

Ekonomia

Efektywność funkcjonowania szpitali publicznych w Łodzi

Katarzyna Miszczyńska



Efektywność funkcjonowania szpitali publicznych w Łodzi



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Ekonomia

Efektywność funkcjonowania szpitali publicznych w Łodzi

Katarzyna Miszczyńska



**WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO**

Łódź 2019

Katarzyna Małgorzata Miszczyńska – Uniwersytet Łódzki
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Katedra Finansów Publicznych
90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 39

RECENZENT

Magdalena Ziolo

REDAKTOR INICJUJĄCY

Monika Borowczyk

REDAKTOR WYDAWNICTWA UŁ

Magdalena Czarnecka

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/sudok1

© Copyright by Katarzyna Małgorzata Miszczyńska, Łódź 2019

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2019

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.08468.17.0.M

Ark. wyd. 13,0; ark. druk. 14,5

ISBN 978-83-8142-494-3

e-ISBN 978-83-8142-495-0

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział I	
System ochrony zdrowia i uwarunkowania jego funkcjonowania w gospodarce narodowej	13
1.1. Systemy ochrony zdrowia	13
1.1.1. Pojęcie systemu ochrony zdrowia	13
1.1.2. Klasyfikacja systemów ochrony zdrowia	15
1.2. Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce	20
1.3. Uwarunkowania prawne funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce	24
1.4. Podmioty systemu ochrony zdrowia	25
1.4.1. Organizator systemu	26
1.4.2. Świadczeniobiorcy	29
1.4.3. Świadczeniodawcy	30
1.4.4. Płatnicy	35
1.4.5. Pozostałe	37
1.5. Ochrona zdrowia jako sektor gospodarki	41
Rozdział II	
Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce	55
2.1. Ubezpieczeniowe finansowanie systemu ochrony zdrowia	58
2.2. Pozaubezpieczeniowe finansowanie ochrony zdrowia	68
2.3. Finansowanie ochrony zdrowia – analiza wydatków	73
Rozdział III	
Efektywność funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia w sektorze publicznym i metodyka jej oceny	79
3.1. Pojęcie efektywności funkcjonowania jednostek sektora publicznego	79

6 Spis treści

3.2. Pomiar efektywności funkcjonowania jednostek sektora publicznego	86
3.2.1. Wybrane metody pomiaru efektywności funkcjonowania jednostek sektora publicznego	86
3.2.2. Zbilansowana Karta Wyników jako narzędzie pomiaru i oceny efektywności funkcjonowania organizacji	99
3.3. Specyfika pomiaru efektywności funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia	111
3.4. Efektywność funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia w badaniach empirycznych	117

Rozdział IV

Zbilansowana Karta Wyników jako narzędzie oceny efektywności jednostek ochrony zdrowia. Rozwiązanie modelowe dla szpitali w Łodzi **127**

4.1. Wybrane wskaźniki pomiaru i oceny efektywności funkcjonowania szpitala	127
4.2. Perspektywy pomiaru i oceny efektywności funkcjonowania szpitala	132
4.2.1. Perspektywa finansowa	132
4.2.2. Perspektywa pacjentów i rynku	144
4.2.3. Perspektywa rozwoju	147
4.2.4. Perspektywa procesów wewnętrznych	147
4.2.5. Perspektywa interesariuszy	153

Rozdział V

Wielokryterialna analiza funkcjonowania szpitali w Łodzi z wykorzystaniem zagregowanego miernika efektywności **159**

5.1. Założenia wstępne wielokryterialnej analizy funkcjonowania szpitali	159
5.2. Analiza porównawcza efektywności funkcjonowania szpitali za pomocą metody unitaryzacji zerowanej	161
5.2.1. Budowa i analiza rankingu szpitali w Łodzi – wariant I	161
5.2.2. Budowa i analiza rankingu szpitali w Łodzi – wariant II	164
5.3. Analiza porównawcza efektywności funkcjonowania szpitali za pomocą metody Analytical Hierarchy Process	166
5.3.1. Budowa i analiza rankingu szpitali w Łodzi – wariant I	167
5.3.2. Budowa i analiza rankingu szpitali w Łodzi – wariant II	169
5.4. Analiza porównawcza efektywności funkcjonowania szpitali za pomocą metody Promethee II	171
5.4.1. Budowa i analiza rankingu szpitali w Łodzi – wariant I	172
5.4.2. Budowa i analiza rankingu szpitali w Łodzi – wariant II	174
5.5. Podsumowanie	176

Podsumowanie i wnioski	179
------------------------	-----

Bibliografia	191
--------------	-----

Załącznik	211
-----------	-----

Wstęp¹

Sektor ochrony zdrowia jako część gospodarki jest niezwykle ważny w kształtowaniu ekonomicznego rozwoju państwa, ponieważ wywiera na niego istotny wpływ poprzez stosowany model opieki medycznej. Potrzeby dotyczące tej sfery życia odgrywają podstawową rolę w polityce zdrowotnej. W celu ich zaspokojenia konieczne jest efektywne funkcjonowanie jednostek opieki zdrowotnej, którego wynikiem powinno być świadczenie usług medycznych o odpowiedniej jakości i w czasie akceptowanym przez pacjenta. Do podmiotów zainteresowanych skutecznym działaniem tego systemu zaliczani są świadczeniodawcy, płatnicy, rząd oraz ustawodawca, chociaż ich pobudki nie zawsze pozostają zgodne, a co ważniejsze – zdarza się, że nie odpowiadają interesom pacjentów. Nie ma na świecie kraju, o którym można powiedzieć, że funkcjonujący w nim system opieki zdrowotnej jest optymalny z punktu widzenia pacjentów². Dążenie do osiągnięcia *optimum* to trudne zadanie w związku z indukcją popytu na świadczenia zdrowotne przez ich podaż (prawo

-
- 1 Monografia stanowi fragment pracy doktorskiej pt. *Ocena efektywności funkcjonowania jednostek zamkniętej opieki zdrowotnej na przykładzie wybranych szpitali w Łodzi*, napisanej pod kierunkiem dr hab. Beaty Guziejewskiej, prof. nadzw. Uniwersytetu Łódzkiego w Katedrze Finansów Publicznych tejże uczelni.
 - 2 Jednym z celów systemu opieki zdrowotnej wykazywanych w literaturze przedmiotu jest organizowanie opieki w optymalny sposób przy wykorzystaniu istniejących zasobów materialnych, finansowych i osobowych. Z punktu widzenia pacjenta, aby osiągnąć maksymalną poprawę zdrowia poprzez zastosowanie świadczeń medycznych odpowiedniej jakości niezbędne jest całkowite wykorzystanie wiedzy, umiejętności, metod klinicznych oraz technologii. Znaczącą rolę w tej sferze odgrywa system zarządzania jakością, który powinien być nieustannie optymalizowany, czyli udoskonalany i dostosowywany do zmieniających się warunków, co zapewni mu sprawne działanie. W związku z ciągle rosnącymi potrzebami zdrowotnymi i wymaganiami związanymi z samym procesem leczenia osiągnięcie *optimum* jest trudne i w wielu przypadkach niemożliwe, gdyż zależy od stale niewystarczających środków finansowych, jakie generuje system.

Romera). Zakładając, że ten cel jest nieosiągalny, należy skoncentrować się na po-dążaniu w jego kierunku. Z tego powodu trzeba wybrać odpowiednie podejście, którym może być:

- model racjonalny (podejście „od korzeni”) – charakteryzuje się całościowym i długofalowym ujęciem analizowanego problemu; uwzględnia się w nim wszystkie ważne czynniki, które pozwalają osiągnąć wyznaczony cel, co z uwagi na ich mnogość jest nierealistyczne; działanie takie prowadzi do powoływania rozbudowanych struktur hierarchicznych, niemających ścisłego związku z rzeczywistymi uwarunkowaniami i dalekich od stawianych im celów;
- model inkrementalny (podejście „od gałęzi”) – charakteryzuje się poszukiwaniem rozwiązań częściowych, co nie wyklucza dążenia do dalszych, długofalowych działań, które jednak powinny być podejmowane stopniowo, z uwzględnieniem niezbyt szerokiej i nie za bardzo oddalonej perspektywy³.

Wszystkie podejmowane działania, pozwalające na osiągnięcie zakładanego celu, bez względu na zastosowane w nich podejście, wymagają odpowiednich środków finansowych, które z uwagi na swoją ograniczoność powinny być efektywnie wykorzystywane.

Zakłady opieki zdrowotnej, będące jednostkami sektora finansów publicznych, są zobligowane do gospodarowania środkami w taki sposób, aby osiągać możliwie najlepsze rezultaty przy określonych nakładach. Dlatego też decydujące jest w tym przypadku uzasadnione ponoszenie kosztów bezpośrednio związanych z podjętymi działaniami służącymi uzyskaniu zamierzonych efektów.

System gospodarowania środkami publicznymi podlega nieustannym przekształceniom mającym na celu ich jak najwłaściwsze wykorzystywanie. Należy zgodzić się z Bartłomiejem Wroną, który podkreśla, że najważniejszym aspektem staje się odpowiednie zarządzanie sektorem finansów publicznych i wykorzystywanie majątku jego jednostek⁴. Konieczność efektywnego wydatkowania środków publicznych związana jest z potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa finansowego jednostkom sektora finansów publicznych bez względu na ograniczenia budżetowe bądź wahania koniunktury. Zmiany zachodzące w ostatnich latach w systemie ochrony zdrowia spowodowały, że jego jednostki znalazły się w nowej, niekiedy dość trudnej sytuacji finansowo-ekonomicznej. Istotną rolę odegrały tu nie tylko przekształcenia wprowadzone w sposobie finansowania, ale również usamodzielnienie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co w konsekwencji spowodowało, że wzrosła odpowiedzialności kadry

3 C.W. Włodarczyk, *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2014, s. 64–80.

4 B. Wrona, *Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego” 2011, nr 11, s. 380.

zarządzającej za wyniki prowadzonej działalności⁵. Nieustannie rozwijające się potrzeby zdrowotne, zmieniająca się sytuacja demograficzna skutkująca często wydłużonym procesem leczenia, postęp technologiczny w zakresie wysokospecjalistycznych procedur medycznych oraz związany z tym wzrost świadomości pacjentów przekładają się na zwiększenie kosztów funkcjonowania placówek ochrony zdrowia. Wszystko to niesie za sobą potrzebę stosowania metod racjonalowania kosztów związanych z funkcjonowaniem podmiotów leczniczych, a w konsekwencji – poprawy efektywności gospodarowania zasobami publicznych jednostek ochrony zdrowia. Warunkiem koniecznym do efektywnego funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej jest stosowanie dobrych praktyk zarządzania⁶. Trudna sytuacja finansowo-ekonomiczna tych publicznych jednostek, a w szczególności problem zadłużania się, powinna stanowić jedną z najważniejszych kwestii wymagających rozwiązania przez administrację publiczną. Szpitale, będące publicznymi podmiotami leczniczymi, są przedsiębiorstwami niepodlegającymi prawom rynku. Regulacja prawna szeroko określa ich samodzielność, jednocześnie ograniczając płynącą z korzystania z niej odpowiedzialność, co powoduje generowanie kosztów, które znacznie przekraczają uzyskiwane przychody, a w konsekwencji prowadzi do wzrostu zadłużenia.

W związku z tym, że środki publiczne stanowią podstawowe źródło finansowania usług zdrowotnych świadczonych przez jednostki publiczne, zarówno rząd, samorzady, jak i inne instytucje będące organami założycielskimi tych ośrodków powinny być zainteresowane jak najwłaściwszym sposobem ich wydatkowania. Niemniej jednak potrzeba opracowania i wdrażania odpowiednich metod pomiaru efektywności funkcjonowania podmiotów sektora ochrony zdrowia wydaje się nieunikniona.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) od lat prowadzi międzynarodowe analizy porównawcze, mające na celu zaprezentowanie tzw. dobrych praktyk w zakresie szeroko pojętego zarządzania systemem ochrony zdrowia, co stanowi użyteczne wskazówki dla jednostek ochrony zdrowia. W opracowaniach tych coraz częściej pojawiają się parametryczne oraz wskaźnikowe metody pomiaru efektywności. Wśród tych drugich rosnącym zainteresowaniem cieszy się metoda Zbilansowanej Karty Wyników, która w spójny sposób łączy sferę finansową i organizacyjną podmiotu, uzyskując kompleksowy i holistyczny obraz działania całej jednostki. Umożliwia ona ocenę funkcjonowania opartą na wskaźnikach zarówno finansowych, jak i niefinansowych i wydaje się zasadną do zastosowania w przypadku szpitali będących podmiotami typu *non profit*, lecz niezależnie od tego mających

5 J. Kogut, *System informacji kosztowej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] T. Kiziukiewicz (red.), *Zasoby i procesy w rachunkowości jednostek gospodarczych*, Warszawa 2009, s. 266–289.

6 K. Cieśla, *Ład finansowy i ekonomiczny podstawą efektywności zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] E. Nojszewska (red.), *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, Warszawa 2012, s. 75–80; R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Warszawa 2004, s. 28.

możliwość wypracowania zysku, który powinien być zawsze przeznaczany na rozwój determinowany coraz silniejszą konkurencją na rynku⁷.

Przeprowadzanie analizy ekonomicznej funkcjonowania podmiotów sektora ochrony zdrowia jest niezwykle ważne i użyteczne ze względu na decyzje zarządcze. Ujęcie wyników tych badań w szerokim, wieloaspektowym zakresie może pozytywnie wpłynąć na wprowadzane zmiany, a w dalszej perspektywie – na kształtowanie polityki zdrowotnej państwa.

W związku z przedstawioną problematyką celem niniejszej monografii jest ocena efektywności funkcjonowania wybranych szpitali w Łodzi, dokonana według kryteriów dotyczących pięciu obszarów ich działalności: finansów, pacjentów i rynku, procesów wewnętrznych, rozwoju i interesariuszy oraz określenie czynników powodujących proces zadłużania się szpitali. Co więcej, w poniższej dysertacji został opracowany ranking łódzkich szpitali ze względu na efektywność ich działania. Ponadto postawiono następujące cele szczegółowe:

- ocenę funkcjonowania szpitali z perspektywy finansowej,
- ocenę funkcjonowania szpitali z perspektywy pacjentów i rynku,
- ocenę funkcjonowania szpitali z perspektywy procesów wewnętrznych,
- ocenę funkcjonowania szpitali z perspektywy rozwoju,
- ocenę funkcjonowania szpitali z perspektywy interesariuszy,
- wyodrębnienie czynników powodujących zadłużanie się szpitali,
- ocenę efektywności funkcjonowania szpitali za pomocą dyskretnych metod programowania wielokryterialnego oraz metody unitaryzacji zerowanej,
- opracowanie rankingu łódzkich szpitali ze względu na efektywność ich działania.

Podstawowym czynnikiem wpływającym na sprawne funkcjonowanie szpitali i ich sytuację finansową było właściwe zarządzanie tymi jednostkami w wyżej wymienionych obszarach działalności. W związku z tym w badaniu została postawiona hipoteza badawcza opierająca się na założeniu, że efektywność funkcjonowania szpitali oceniana z perspektywy finansowej (występowanie zadłużenia) w dużej mierze była uzależniona od wyników osiągniętych przez nie w pozostałych obszarach określanych jako niefinansowe.

W badaniu postawione zostały również następujące hipotezy szczegółowe:

- hipoteza 1 – organ założycielski wpływa na zadłużenie szpitala,
- hipoteza 2 – udział lekarzy specjalistów w ogólnej liczbie zatrudnionych lekarzy wpływa na zadłużenie szpitala,
- hipoteza 3 – błędy w procedurach medycznych (oceniane na podstawie wskaźnika zakażeń) powodują zadłużanie się jednostki,
- hipoteza 4 – ilość przeprowadzanych operacji ma wpływ na zadłużenie szpitala.

Nadrzędnym celem przeprowadzonego badania była ocena efektywności funkcjonowania szpitali, w wyniku czego stworzono rankingi tych jednostek stanowiące

⁷ *Ibidem*, s. 76.

użyteczną informację m.in. dla pacjentów. Ponadto badanie to może być wykorzystywane przez kadre zarządzającą szpitalami, która na podstawie tych opracowań i szczegółowej analizy finansowo-ekonomicznej znajdowałaby wzory do naśladowania i dobre praktyki stosowane przez inne, znajdujące się na wyższej pozycji rankingowej jednostki.

Do realizacji postawionych celów posłużyły następujące metody badawcze: przegląd literatury przedmiotu, analiza wskaźnikowa, analiza statystyczna, modelowanie ekonometryczne, metoda unitaryzacji zerowanej oraz metody programowania wielokryterialnego. Analiza statystyczna i modelowanie ekonometryczne zostały wykorzystane do wykazania zależności między analizowanymi wskaźnikami finansowymi i niefinansowymi oraz wyodrębnienia czynników wpływających na zadłużanie się szpitali. Za pomocą analizy wskaźnikowej przeprowadzono zaś analizę funkcjonowania szpitali w wybranych obszarach (perspektywach). Metody programowania wielokryterialnego oraz metoda unitaryzacji zerowanej posłużyły do skonstruowania rankingu szpitali ze względu na efektywność ich działania. Do jej oceny w przypadku wybranych placówek zostały wykorzystane sprawozdania finansowe (w ujęciu rocznym), a także odpowiednie dane statystyczne udostępniane przez jednostki zajmujące się gromadzeniem i przetwarzaniem informacji dotyczących funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej w Polsce.

Rozdział I

System ochrony zdrowia i uwarunkowania jego funkcjonowania w gospodarce narodowej

1.1. Systemy ochrony zdrowia

1.1.1. Pojęcie systemu ochrony zdrowia

Choć z perspektywy problematyki ochrony zdrowia „system ochrony zdrowia” (*healthcare system*)¹ wydaje się jednym z podstawowych i najczęściej stosowanych terminów, to może on jednak być wielorako rozumiany. Do najczęściej spotykanych określeń zalicza się: „system zdrowotny/zdrowia” (*health system*), „system opieki medycznej” (*medical care system*), „system opieki zdrowotnej” (*healthcare system*), „sektor zdrowia” (*health sector*) oraz „sektor ochrony zdrowia” (*health-care sector*)².

System funkcjonuje zawsze w pewnym otoczeniu, w którym zachodzą określone relacje. Systemy składają się z podsystemów niekiedy traktowanych również jako odrębne systemy. Stosowanie terminu „system”³ wiąże się z traktowaniem

-
- 1 Termin „system ochrony zdrowia” wykorzystywany jest w analizach w trzech odrębnych nurtach: w perspektywie międzynarodowej w badaniach porównawczych, w analizach systemów poszczególnych krajów oraz jako narzędzie analizy modelowej. Szerzej: C.W. Włodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001, s. 13.
 - 2 J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Kraków 2004, s. 54.
 - 3 Z definicją tą wiąże się podejście systemowe, które obejmuje m.in. następujące założenia: system stanowi coś więcej niż tylko sumę jego elementów składowych; wpływy każdego elementu są współzależne, a usprawnienie wybranego podsystemu nie musi prowadzić do usprawnienia całego systemu; system wraz ze swoimi podsystemami wykorzystuje różnorodne metody do realizacji celów, osiągając przy tym ten sam poziom sprawności. Szerzej: C.W. Włodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, s. 14–15, [cyt. za:] W. Kieżun, *Wstęp do teorii organizacji*, Warszawa 1999.

go jako „zestawu współdziałających elementów bądź jednostek tworzących zintegrowaną całość oraz mających na celu wykonywanie odpowiednich funkcji”⁴.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia z 2000 roku system ochrony zdrowia rozumiany był jako „ogół działań nastawionych na promowanie, poprawę i utrzymanie dobrego stanu zdrowia populacji”⁵. Jak zauważają Adam Kozierekiewicz i Jarosław Pinkas, każda aktywność – bez względu na formę czy sposoby finansowania – na rzecz wyżej wymienionych celów uznawana jest za system ochrony zdrowia. Błażej Łyszczarz zwraca uwagę, że takie pojmowanie definicji systemu ochrony zdrowia determinuje jego niezwykle szeroki zakres działań⁶. Kolejną, węższą niż WHO definicję przedstawiają Barbara McPake, Lilani Kumaranayake i Charles Normand, wskazując, że na system ochrony zdrowia składają się: świadczeniodawcy, płatnicy i podmioty regulacyjne oraz zachodzące między nimi związki⁷. Takie postrzeganie definicji systemu ochrony zdrowia podzielają również A.J. Mills i M.K. Ranson, dodając, że relacje zachodzące między poszczególnymi podmiotami są ściśle związane z czterema funkcjami systemu, tj. finansowaniem, alokacją zasobów, świadczeniem usług oraz regulacją⁸. Z kolei definicja Milтона Romera (1991) charakteryzuje system ochrony zdrowia przez pryzmat produkcji zasobów, organizacji programów, mechanizmów wsparcia ekonomicznego, metod zarządzania oraz świadczenia usług zdrowotnych⁹. Ponadto, według jego spostrzeżeń, jest to kombinacja zasobów, finansowania, organizacji i metod zarządzania, które współgrają w celu dostarczania usług zdrowotnych populacji¹⁰. The European Observatory for Health Systems and Policies definiuje system ochrony zdrowia jako „ludzi, instytucje i zasoby powiązane razem w celu ustalenia polityki [w rozumieniu sposobu postępowania, *policy*] mającej na celu polepszanie zdrowia populacji przy jednoczesnym spełnianiu jej oczekiwań i ochronie przed nadmiernym obciążaniem kosztami opieki zdrowotnej”¹¹. Patrząc zaś na system

4 L. Skyttner, *General Systems Theory: Problems, Perspectives, Practice (2nd Edition)*, NJ 2006, s. 57.

5 A. Kozierekiewicz, J. Pinkas, *Systemy ochrony zdrowia*, [w:] D. Cianciara (red.), *Zdrowie publiczne – przegląd tematyki*, Warszawa 2010, s. 33.

6 B. Łyszczarz, *Ocena efektywności systemów opieki zdrowotnej w krajach OECD*, Warszawa 2014, s. 86.

7 B. McPake, L. Kumaranayake, C. Normand, *Health Economics: An international perspective*, London 2008, s. 191.

8 A.J. Mills, M.K. Ranson, *The Design of Health Systems*, [w:] M.H. Merson, R.E. Black, A.J. Mills (red.), *International Public Health: Diseases programs systems and policies*, Sudbury 2006, s. 514.

9 *Ibidem*.

10 *What is Health System?*, Healthy Development – The World Bank Strategy for HNP Results, Annex L, The World Bank 2007, [za:] <http://siteresources.worldbank.org/health-nutritionandpopulation/Resources/281627-1154048816360/AnnexLHNPStrategyWhatisaHealthSystemApril242007.pdf> (dostęp: 4.09.2015).

11 S.J. Hoffman, J.A. Rottingen, S. Bennett, J.N. Lavis, J.S. Edge, J. Frenk, *Background paper on: Conceptual Issues Related to Health Systems Research to Inform a WHO Global Strategy on Health Systems Research*, A Working Paper in Progress, February 2012, s. 6, [cyt. za:] European Observatory for Health Systems and Policies. Observatory

ochrony zdrowia z perspektywy pacjentów – jego użytkowników – trudno nie zgodzić się z Markiem Saneckim, który podkreśla, że system ten jest postrzegany z perspektywy działań dotyczących promocji zdrowia oraz procedur: zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych, a także organizowania opieki terminalnej¹². Podobnie system ochrony zdrowia definiuje Stefan Poździech, uznając go za „skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych w celu zabezpieczenia oraz poprawy stanu zdrowia jednostki, jak i zbiorowości”¹³.

Przytoczone powyżej definicje wskazują na wieloaspektowość i złożoność systemu ochrony zdrowia i sposobów jego pojmowania. W dalszej części monografii będzie on rozumiany jako ogół działań mających na celu nieustanne polepszanie i utrzymywanie w odpowiedniej kondycji stanu zdrowia populacji za pośrednictwem podmiotów medycznych, przy odpowiednim sposobie finansowania, alokacji zasobów, regulacjach i metodach zarządzania. Definicja ta jest niejako połączeniem funkcji, jakie ten system pełni, i realizowanych przez niego celów¹⁴.

1.1.2. Klasyfikacja systemów ochrony zdrowia

Istnieje wiele klasyfikacji (typologii) systemów ochrony zdrowia, które stanowią niezwykle przydatne narzędzie do pełniejszego poznania kluczowych ram ich funkcjonowania¹⁵. Typologie te oparte są na podejściu modelowym¹⁶, które porządkuje modele (typy) systemów według wybranych kryteriów klasyfikujących. Mnogość tych aspektów jest bezdyskusyjna, jednakże, jak podkreślają Ellen Nolte, Martin McKee i Suzanne Wait, większość z nich opiera się na koncepcji „typów idealnych” Maxa Webera¹⁷.

Glossary, 2007, http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_backgroundpaperh-srstrat1.pdf (dostęp: 25.08.2016).

- 12 M. Sanecki, *Systemy zdrowia – Proces transformacji – Przyczyny i cele zmian*, [w:] J. Opol-ski (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, Warszawa 2011, s. 31.
- 13 S. Poździech, *System zdrowotny*, [w:] A. Czupryna, S. Poździech, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, Kraków 2000, s. 127.
- 14 M. Sanecki w swojej pracy przedstawia następujące cele systemu ochrony zdrowia: poprawianie stanu zdrowia populacji, odpowiadanie na uprawnione oczekiwania społeczeństwa, zapewnianie finansowej ochrony przed ponoszeniem nadmiernych kosztów związanych z problemami zdrowotnymi. Szerzej: M. Sanecki, *Systemy zdrowia – Proces transformacji – Przyczyny i cele zmian*, [w:] J. Opol-ski (red.), *Zdrowie publiczne...*, t. 1, s. 31.
- 15 S.Y. Lee, C.B. Chun, Y.G. Lee, N.K. Seo, *The National Health Insurance as One Type of New Typology: The case of South Korea and Taiwan*, „Health Policy” 2008, vol. 85 (1), s. 105–113.
- 16 Pojęcie modelu pełni w ochronie zdrowia rolę „syntetyczną” (opis systemu badanego państwa) oraz „porównawczą” (narzędzie do porównywania analizowanych systemów). Szerzej: C.W. Włodarczyk, S. Poździech, *Systemy zdrowotne...*, s. 79 oraz J. Suchecka (red.), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Warszawa 2010.
- 17 E. Nolte, M. McKee, S. Wait, *Describing and Evaluating Health Systems*, [w:] A. Bowling, S. Ebrahim (red.), *Handbook of Health Research Methods: Investigation, Measurement and Analysis*, Maidenhead 2005, s. 15.

W miarę rozwoju badań nad systemami ochrony zdrowia powstało wiele typologii systemów różniących się kryteriami klasyfikującymi. Przykładami klasyfikacji, które pojawiają się najczęściej w literaturze przedmiotu, są m.in. klasyfikacje Davida Fielda (1973), Milтона Terrisa (1978), Julio Frenka i Avedisa Donabediana (1987), OECD (1987, 1992, 2004), Milтона Romera (1993), Raya H. Ellinga (1994¹⁸), Michaela Morana (1999¹⁹), Heinza Rothganga (2005²⁰) czy Clausa Wendta (2006²¹). Charakterystyka wybranych klasyfikacji systemów ochrony zdrowia przedstawiona została w Załączniku (patrz: tabela I).

W miarę postępującego rozwoju cywilizacyjnego wynikającego ze zmian gospodarczych, społeczno-politycznych, kulturowych oraz rozwoju medycyny i ekonomii, który miał miejsce w XIX i XX wieku, wykształciły się cztery zasadnicze modele systemów ochrony zdrowia²². Jedną z najbardziej rozpowszechnionych typologii jest podział na modele „Bismarcka, Siemaszki, Beveridge’a, rezydualny (wolnorynkowy) oraz hybrydowy”²³. Jednakże, jak podkreśla Rafał Stankiewicz, nie ma wątpliwości, że funkcjonujący obecnie na świecie i w Europie klasyczny model polityki zdrowotnej – niezależnie od kompetencji i działań podejmowanych przez organizacje międzynarodowe – oparty jest właśnie na modelu państwowym²⁴.

Model Bismarcka (społecznego ubezpieczenia zdrowotnego) – nazywany również modelem ubezpieczeniowym – jest najstarszym modelem ochrony zdrowia. Jego pochodzenie wiąże się z pakietem ustaw socjalnych wprowadzonych przez Ottona von Bismarcka, kanclerza Rzeszy Niemieckiej²⁵. Według Jana Jończyka „pierwotna idea ustawowego ubezpieczenia związana była z: kwestiami socjalnymi, polityką społeczną oraz pytaniem, kto i w jaki sposób ma finansować koszt niezbędnej opieki zdrowotnej na rzecz ludności robotniczej”²⁶. System ten jako pierwszy na świecie regulował problematykę ubezpieczeń społecznych

18 R.H. Elling, *Theory and Method for the Cross-national Study of Health Systems*, „International Journal of Health Services” 1994, vol. 24 (2), s. 285–309.

19 M. Moran, *Governing the Health Care State: A comparative study of the United Kingdom, the United States, and Germany*, Manchester 1999.

20 H. Rothgang, M. Cacace, S. Grimmeisen, C. Wendt, *The Changing role of the State in Healthcare Systems*, „European Review” 2005, vol. 13, supp 1, s. 187–212.

21 C. Wendt, L. Frisina, H. Rothgang, *Healthcare System Types: A conceptual framework for comparison*, „Social Policy & Administration” 2009, vol. 43 (1), s. 70–90 oraz C. Wendt, *Mapping European Healthcare Systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to Healthcare*, „Journal of European Social Policy” 2009, vol. 19 (5), s. 432–445.

22 E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011, s. 98.

23 A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 193–194.

24 R. Stankiewicz, *Krajowe systemy ochrony zdrowia a Unia Europejska*, Warszawa 2016, s. 23.

25 M. Paszkowska, *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych krajach UE*, „Finansowy Kwartalnik Internetowy e-Finanse”, <http://www.e-finanse.com/artykuly/47.pdf> (dostęp: 15.10.2011).

26 J. Jończyk, *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010, nr 8, s. 9.

i zdrowotnych w trybie ustawowym, zapewniając osobom pracującym bezpłatny dostęp do opieki medycznej. Na jego wprowadzenie miała wpływ malejąca liczba mężczyzn czynnych zawodowo, tzn. zdolnych do pracy fizycznej i służby wojskowej, wynikająca z ich złego lub pogarszającego się stanu zdrowia spowodowanego wczesnym zatrudnieniem i nadmierną eksploatacją²⁷. Według Martina Kolmara w idealnym systemie ubezpieczeniowym nie istnieje redystrybucja pomiędzy grupami o różnych dochodach²⁸. System wprowadzony przez O. von Bismarcka opiera się na następujących założeniach:

- dostęp do świadczeń jest powszechny i bezpłatny dla wszystkich uprawnionych,
- finansowanie usług odbywa się z obowiązkowej składki zdrowotnej opłacanej przez pracownika/pracodawcę jako procent dochodu,
- podmiotami gromadzącymi środki i opłacającymi świadczenia są pozarządowe i publiczne fundusze, które nie działają dla zysku,
- koszyk świadczeń refundowanych ustalany jest przez wykluczenia (np. chirurgia plastyczna),
- świadczeniodawcami w otwartej opiece zdrowotnej są publiczne i prywatne szpitale niefunkcjonujące dla zysku, ośrodki komercyjne, w głównej mierze jednostki niepubliczne,
- zapłata za usługę świadczeniodawcom odbywa się poprzez kontrakt zawarty z jednym lub wieloma płatnikami,
- podmioty opłacające składkę (pracownik i jego rodzina) mają prawo do świadczeń medycznych,
- udział pacjenta w kosztach leczenia polega w większości usług na współpłaconiu,
- świadczenia wyceniane są na podstawie negocjacji pomiędzy związkami płatników, świadczeniodawców oraz korporacji zawodowych,
- państwo sprawuje ogólny nadzór nad systemem i tworzy ramy prawne jego działania, instytucje ubezpieczeniowe funkcjonują jednak poza administracją publiczną państwa,
- przywilejem konsumentów jest to, że odpowiednio wysoki dochód zwalnia z przynależności do systemu, ale nie zabiera prawa do dobrowolnego przystąpienia lub skorzystania z ubezpieczenia prywatnego²⁹.

Przykładowymi krajami, w których funkcjonuje model Bismarcka, są: Niemcy, Austria, Francja, Belgia, Holandia i Szwajcaria.

W 1942 roku Winston Churchill poprosił lorda Williama Henry'ego Beveridge'a o opracowanie raportu *Social Insurance and Allied Services*. Dokument ten kwalifikował służbę zdrowia do „służb pokrewnych”, a na jego podstawie powstał **plan**

27 A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem...*, s. 194.

28 M. Kolmar, *Beveridge versus Bismarck Publicpension Systems in Integrated Markets*, „Regional Science and Urban Economics” 2007, vol. 37, s. 649–669.

29 A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem...*, s. 194–195; R. Lewandowski, *Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Warszawa 2010, s. 52–53.

Beveridge’a, z którego wynika, że zdrowie jest bardzo istotnym elementem zapewniającym społeczeństwu aktywność zawodową, społeczną i ekonomiczną³⁰. Główne założenia systemu Beveridge’a (narodowy model służby zdrowia/model budżetowy) to:

- władze publiczne są odpowiedzialne w sensie finansowym i organizacyjnym za ochronę zdrowia,
- państwo kontroluje cały system opieki zdrowotnej i kieruje procesem rozmieszczania zasobów³¹,
- instytucje rządowe i samorządowe, redystrybuujące część budżetu państwa lub samorządu terytorialnego, są podmiotami gromadzącymi środki, a także opłacającymi świadczenia,
- każdy obywatel uprawniony jest do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych z podatków ogólnych i innych źródeł publicznych,
- zakres świadczeń zdrowotnych ustala się na podstawie koszyka świadczeń refundowanych lub publicznych inwestycji,
- świadczeniodawcy mają przeważnie charakter publiczny, ale widoczna staje się również tendencja do charakteru prywatnego,
- świadczenia wyceniane są przez agendy rządowe na podstawie wielkości infrastruktury i populacji,
- udział pacjentów w kosztach leczenia odbywa się na zasadach ograniczonego współpłacenia,
- pacjenci mają swobodę wyboru jedynie lekarza pierwszego kontaktu³².

System ten stworzono po to, aby rozwiązać problemy ochrony zdrowia w warunkach niewielkich budżetowych wydatków przeznaczonych na ten cel³³. Przykładowymi krajami, w których funkcjonuje ten model, są: Wielka Brytania, Dania, Finlandia, Szwecja, Hiszpania, Portugalia i Norwegia.

Nikołaj Aleksandrowicz Siemaszko stworzył system centralnie planowanej służby zdrowia. Został on przyjęty po zakończeniu II wojny światowej przez państwa socjalistyczne i funkcjonował do lat 90. XX wieku³⁴. Podstawowe założenia **modelu Siemaszki** opierały się na uniwersalnym dostępie całej populacji do świadczeń zdrowotnych, na zasadzie rejonizacji w korzystaniu z nich, finansowaniu z podatków za pośrednictwem budżetu, pełnym pakiecie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych poza niektórymi lekami niedostępnymi w otwartej opiece zdrowotnej, podporządkowaniu całego systemu władzom centralnym, udziale społeczeństwa w działaniach na rzecz ochrony zdrowia, orientacji

30 E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia*, s. 99.

31 I. Witczak, *Ekonomika szpitala. Uwarunkowania, elementy, zasady*, Warszawa 2009, s. 77–78.

32 S. Owsiak, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 2005, s. 160; R. Lewandowski, *Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej...*, s. 63–64.

33 J. Jończyk, *Zasady i modele ochrony...*, s. 3–17.

34 K. Wielicka, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2014, t. 70, nr 1909, s. 491–504.

na postępowanie profilaktyczne, odpowiedzialności państwa za zdrowie społeczeństwa³⁵. Koncepcja ta gwarantowała szeroki zakres uprawnień w korzystaniu ze świadczeń oraz całkowicie eliminowała grę rynkową i swobodę inicjatyw świadczeniodawców³⁶. W modelu tym personel był zatrudniany przez państwo i opłacany według tabeli płac³⁷. System ten występował w ZSRR i w krajach bloku wschodniego do końca lat 90. ubiegłego wieku.

W **modelu rezydualnym (pluralistycznym/rynkowym)** finansowanie usług zdrowotnych odbywa się z indywidualnych opłat pacjentów oraz z dobrowolnych ubezpieczeń. Z tego względu państwo ma ograniczony udział w kontroli wydatków i rozmieszczenia zasobów w sektorze. Dodatkowo rezygnuje z odpowiedzialności za dostęp do opieki zdrowotnej. Cechą charakterystyczną tego systemu jest brak jednolitych formuł organizacyjnych dotyczących zarządzania finansami systemu ochrony zdrowia, co skutkuje dużą liczbą różnorodnych rozwiązań³⁸. Podstawę finansowania stanowią prywatne ubezpieczenia, do których można dobrowolnie przystąpić, dzięki czemu cena usługi, z jakiej się korzysta, zostaje zredukowana³⁹. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych ograniczony jest przez zamożność pacjenta lub umowę z komercyjnym ubezpieczycielem. Ci, którzy znajdują się w szczególnej sytuacji (osoby starsze, niezamożne), zostają objęci opieką gwarantowaną przez państwo w ramach dwóch programów – Medicare (dla osób powyżej 65. roku życia) i Medicaid (dla biednych) – finansowanych z podatków. W modelu tym uwzględnia się także zdrowie publiczne, czego przykładem są programy pomocy dla ludzi o niskich dochodach⁴⁰. Krajem, w którym funkcjonuje ten system, są Stany Zjednoczone⁴¹.

W latach 50. i 60. XX wieku wraz z pojawieniem się systemu państwa opiekuńczego zaczął rozwijać się model nowoczesnej opieki zdrowotnej, zwany **modelem hybrydowym**. Powstał on poprzez połączenie rozwiązań zaczerpniętych z systemów Bismarcka oraz Beveridge'a i występuje w krajach skandynawskich. W modelu tym finansowanie opieki zdrowotnej pochodzi z wielu źródeł, wśród których dominują fundusze budżetów lokalnych samorządów zasilanych przez wyrównawcze dotacje rządowe. Obywatele zobowiązani są do odpłatnego, państwowego ubezpieczenia zdrowotnego, zapewniającego pełny dostęp do opieki zdrowotnej i obejmującego całość świadczeń w tym zakresie. Dodatkowo istnieje pełna współpłatność pacjentów, z której wyłączone są jednak określone grupy społeczne (tj. dzieci, kobiety w ciąży, bezrobotni, przewlekle chorzy, emeryci). Większość

35 J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu...*, s. 66–67.

36 K. Krajewski-Siuda, P. Romaniuk, *Zdrowie publiczne – stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy*, Warszawa 2011, s. 39.

37 E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, s. 98–101.

38 K. Krajewski-Siuda, P. Romaniuk, *Zdrowie publiczne – stan obecny...*, s. 37–38.

39 W. Giermaziak, J. Kamiński, *Modele finansowania opieki zdrowotnej*, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2012, t. 33, nr 198, s. 309–312.

40 S. Owsiak, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, s. 161.

41 E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, s. 99–101; J. Suchecka (red.), *Ekonomia zdrowia i opieki...*, s. 50.

placówek zdrowotnych należy do samorządów. Z budżetu centralnego finansowane są natomiast m.in. szkoły medyczne i narodowe instytuty naukowe⁴².

Podsumowując rozważania na temat klasyfikacji systemów ochrony zdrowia, należy podkreślić, że rozpatrywane modele powinny być traktowane jako swoiste wzorce opisujące idealny system. Z tym poglądem zgadza się również B. Łyszczarz, podczas gdy Tomasz Tatar, Agata Matysiak i Agnieszka Wyrozębska podkreślają, że modele te nie występują w czystej formie, a kraje jedynie dostosowują je do własnych uwarunkowań, implementując z nich wybrane elementy⁴³. Ponadto coraz bardziej znaczącą rolę zaczynają odgrywać mechanizmy rynkowe (zwłaszcza w systemach opartych na dominacji publicznej), co ma związek z zainicjowanym w latach 80. XX wieku procesem reformowania systemów ochrony zdrowia⁴⁴.

1.2. Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce

Próby wdrażania rozwiązań systemowych w zakresie sektora ochrony zdrowia pojawiły się w Polsce po odzyskaniu niepodległości. W latach 1918–1939 podejmowane były inicjatywy mające na celu poprawę zdrowia dzięki polepszaniu warunków sanitarno-higienicznych. Początki obowiązku zapewnienia obywatelom państwa opieki zdrowotnej i obejmujących tę sferę życia ubezpieczeń związane są z wprowadzeniem w 1919 roku Dekretu o obowiązkowych ubezpieczeniach chorobowych oraz pierwszej polskiej ustawy ubezpieczeniowej⁴⁵, która weszła w życie w 1920 roku⁴⁶. Do wybuchu II wojny światowej obowiązywał ubezpieczeniowy model ochrony zdrowia, przy czym ubezpieczenie było konieczne dla pracowników najemnych, wyłączając chłopów. Przepisy ubezpieczeniowe nie miały charakteru powszechnego, a z odpowiednich przywilejów korzystali pracownicy umysłowi oraz rządowi. W okresie tym podejmowano próby stworzenia zrębów systemu ochrony zdrowia, które zostały przerwane przez wybuch II wojny światowej⁴⁷.

42 T. Tatar, R. Stoniewski, P. Dera, *Systemy ochrony zdrowia: skrypt dla studentów*, Warszawa 2010, s. 25–26.

43 T. Tatar, A. Matysiak, A. Wyrozębska, *Opieka zdrowotna w krajach Unii Europejskiej – organizacja i funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 2009, nr 119 (2), s. 175–178.

44 B. Łyszczarz, *Ocena efektywności systemów opieki zdrowotnej...*, s. 94.

45 Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz.U. z 1920 r. Nr 44, poz. 272, z późn. zm.

46 A. Alińska, B. Woźniak, *Współczesne finanse publiczne*, Warszawa 2015, s. 312.

47 L. Buliński, *Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny*, Warszawa 2009, s. 12–14; M. Paszkowska, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, „Kwartalnik Internetowy e-Finanse”, <http://www.e-finanse.com/artykuly/56.pdf> (dostęp: 27.04.2012).