

Błażej Łyszczarz

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

SYSTEM FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAJACH OECD

Wprowadzenie

Funkcjonowanie systemów zdrowotnych budzi rosnące zainteresowanie społeczeństw krajów rozwiniętych. Spowodowane jest to nasileniem czynników społecznych i ekonomicznych, sprawiających, że współczesne systemy zdrowotne stoją przed poważnymi wyzwaniami. Najważniejszymi z tych wyzwań są dynamiczny wzrost wydatków na cele zdrowotne oraz gwałtowne zmiany demograficzne. Oba te czynniki odciskają piętno m.in. na systemie finansowania opieki zdrowotnej, który stanowi kluczowy subsystem systemu zdrowotnego.

Celem opracowania jest zbadanie struktury systemów finansowania opieki zdrowotnej oraz przegląd tendencji zachodzących w systemach krajów należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Uzasadnieniem podjęcia tej tematyki oraz sformułowania celu w powyższy sposób jest rosnące znaczenie badanych zagadnień dla stabilności gospodarek krajów rozwiniętych, w szczególności w kontekście problematyki równoważenia finansów publicznych. W części teoretycznej opracowania zdefiniowano pojęcie finansowania opieki zdrowotnej i omówiono najważniejsze elementy tego subsystemu. W dalszej części przeanalizowano najważniejsze cechy systemów finansowania opieki zdrowotnej w krajach OECD, a także tendencje w tym zakresie w badanej grupie krajów. Posłużono się przy tym metodą opisową oraz analizą wskaźników statystycznych.

Obszary finansowania opieki zdrowotnej – ramy analityczne

W polskiej literaturze przedmiotu stwierdza się, że „[...] system finansowy zdrowia to wyodrębniona, spójna całość, na którą składają się instytucje o różnych formach organizacyjnych, akty normatywne będące podstawą ich tworze-

nia i funkcjonowania, jak również umożliwiające nawiązanie pomiędzy nimi różnego rodzaju relacji na płaszczyźnie finansowej, której zadaniem jest realizacja celów zdrowotnych¹. Taki sposób definiowania nie odpowiada poglądom dotyczącym finansowania opieki zdrowotnej spotykanym w literaturze zagranicznej. Należy przy tym zauważyć, że pojęcie „systemu finansowania opieki zdrowotnej” nie występuje w piśmiennictwie często, z reguły stosuje się pojęcie „finansowania opieki zdrowotnej”, które rozumie się jako subsystem opieki zdrowotnej. W opracowaniu oba pojęcia stosuje się wymiennie, a przyjęte ramy badawcze analizy odpowiadają proponowanym w literaturze anglojęzycznej².

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje finansowanie opieki zdrowotnej jako system generowania i kredytowania środków finansowych oraz ich wydatkowania i przepływu, wykorzystywany do wsparcia systemu dostarczania świadczeń zdrowotnych³. Problematyka finansowania opieki zdrowotnej w makroskali jest niezwykle złożona. Obejmuje wiele zagadnień rozpatrywanych na różne sposoby, a badania w tym obszarze koncentrują się na następujących zagadnieniach: kto płaci, ile płaci, za co, w jakiej formie, kto i jak dokonuje alokacji środków finansowych na poszczególne funkcje i podmioty opieki zdrowotnej, jakie są finansowe, zdrowotne, gospodarcze i społeczne skutki decyzji o rozdziale środków⁴.

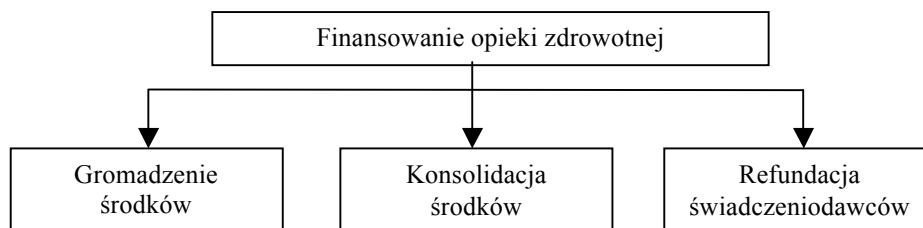
W ramach systemu finansowania opieki zdrowotnej wyodrębnia się różnorodne obszary zagadnień związanych z przepływem środków pieniężnych. W literaturze anglojęzycznej wskazuje się trzy obszary finansowania opieki zdrowotnej: gromadzenie środków (fund collection), konsolidacja zebranych środków (fund pooling), problematyka refundacji świadczeniodawców (purchasing, reimbursing) (rys. 1).

¹ J. Niżnik, W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004, s. 63.

² Por. P. Gottret, G. Schieber, Health financing revisited: A practitioner's guide, World Bank, Washington 2006; S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos, Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses, Observatory Studies Series No. 17, WHO, Brussels 2009; J. Kutzin, A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, "Health Policy" 2001, Vol. 56.

³ Witryna internetowa WHO: Glossary of globalization, trade and health terms, <http://www.who.int/trade/glossary/en/>

⁴ A. Sobczak, Finansowanie ochrony zdrowia, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2007, s. 12.



Rys 1. Obszary finansowania opieki zdrowotnej

Źródło: P. Gottret, G. Schieber, *Health financing revisited: A practitioner's guide*, World Bank, Washington 2006.

Sposób gromadzenia środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną ma istotne znaczenie dla osiągnięcia celów polityki zdrowotnej, m.in. w obszarach sprawiedliwości finansowania oraz przejrzystości zarządzania środkami. Proces gromadzenia środków obejmuje trzy elementy składowe, które pozwalają na identyfikację procesów finansowania opieki zdrowotnej w poszczególnych systemach⁵. Elementami tymi są: podmioty finansujące, formy finansowania, organizacje zajmujące się poborem środków finansowych (tab. 1).

Publiczne formy finansowania charakteryzują się przymusowością i cechuje je mechanizm łączenia ryzyka zdrowotnego i finansowego, w przekroju czasowym oraz między jednostkami⁶. Prywatne źródła finansowania mają z reguły charakter płatności dobrowolnych. Część z nich ma formę przedpłat (prywatne ubezpieczenia oraz medyczne konta oszczędnościowe), inne opierają się na płatności w momencie korzystania. Wśród źródeł prywatnych tylko ubezpieczenia zawierają mechanizm łączenia różnego rodzaju ryzyka.

⁵ S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos, op. cit., s. 26.

⁶ Mechanizm łączenia ryzyka zwiększa efektywność przeciwdziałając negatywnym konsekwencjom niepewności, wynikającym z niemożności przewidzenia wystąpienia potrzeby zdrowotnej oraz wysokich kosztów leczenia.

Tabela 1

Elementy procesu gromadzenia środków finansowych w opiece zdrowotnej

Podmioty finansujące	Formy finansowania	Organizacja zbierająca środki
<ul style="list-style-type: none"> – Gospodarstwa domowe i pracownicy – Przedsiębiorstwa i pracodawcy – Organizacje non-profit i charytatywne – Zagraniczne rządy i organizacje międzynarodowe 	<ul style="list-style-type: none"> Publiczne <ul style="list-style-type: none"> – Podatki pośrednie i bezpośrednie – Obowiązkowe składki ubezpieczeniowe Prywatne <ul style="list-style-type: none"> – Składki prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego – Medyczne konta oszczędnościowe – Płatności bezpośrednie 	<ul style="list-style-type: none"> – Centralny, regionalny lub lokalny rząd – Niezależny organ publiczny lub agencja zabezpieczenia społecznego – Publiczny fundusz ubezpieczeniowy – Fundusz ubezpieczeniowy prywatny działający dla zysku lub non-profit

Źródło: J. Kutzin, A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, "Health Policy" 2001, Vol. 56, p. 175.

Konsolidacja środków polega na akumulacji i zarządzaniu przychodami opieki zdrowotnej w taki sposób, aby uczestnicy tego mechanizmu kolektywnie dzielili ryzyko w sposób chroniący ich przed znacznymi, nieprzewidywalnymi wydatkami na cele zdrowotne⁷. Jest to mechanizm akumulacji przedpłatowych funduszy w imieniu populacji, pozwalający na zapewnienie powszechnej dostępności do opieki zdrowotnej. Podmioty zajmujące się konsolidacją środków mogą mieć charakter publiczny lub prywatny. Zwraca się uwagę, że im większa część środków podlega konsolidacji i im mniejsza liczba podmiotów administruje środkami, tym większe istnieją możliwości zapewnienia sprawiedliwego dostępu do świadczeń oraz efektywności administracyjnej⁸.

Refundacja świadczeniodawców to sposób, w który środki finansowe są alokowane między dostawców usług przez płatników, czyli rząd, ubezpieczycieli i pacjentów⁹. Zagadnienia związane z refundacją mają charakter złożony, a stosowane metody wynagradzania mają zróżnicowany charakter. Systemy refundacji dzielą się na stałe i zmienne. W przypadku metod stałych, kwota refundacji nie jest zależna od ilości świadczonych usług, natomiast wysokość płatności zmiennych jest uzależniona od intensywności aktywności świadczeniodawcy¹⁰. Oba rodzaje metod płatności rodzą różne bodźce dla usłu-

⁷ P. Gottret, G. Schieber, op. cit., p. 46.

⁸ S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos, op. cit., p. 36.

⁹ I.H.M. Aas, Incentives and financing methods, "Health Policy" 1995, Vol. 34, p. 206.

¹⁰ M. Jegers, K. Kasteloot, D. De Graeve, W. Gilles, A typology for provider payment systems in

godawców, co ma zasadnicze znaczenie dla dostępności usług oraz minimalizowania kosztów¹¹. Najczęściej stosowanym kryterium klasyfikacji systemów płatności jest jednostka rozliczeniowa, a przyporządkowanie metody na podstawie tego kryterium polega na ustaleniu, co jest usługą, której wykonanie jest wynagradzane. Wśród mechanizmów płatności wyróżnia się: opłatę za usługę, kapitaację, stałą pensję, opłatę za przypadek chorobowy, budżet globalny, osobodzień, zwrot kosztów¹². Pierwsze trzy występują przede wszystkim w opiece ambulatoryjnej, pozostałe głównie w sektorze szpitalnym, przy czym w wielu państwach systemy płatności są oparte na połączeniu co najmniej dwóch metod płatności.

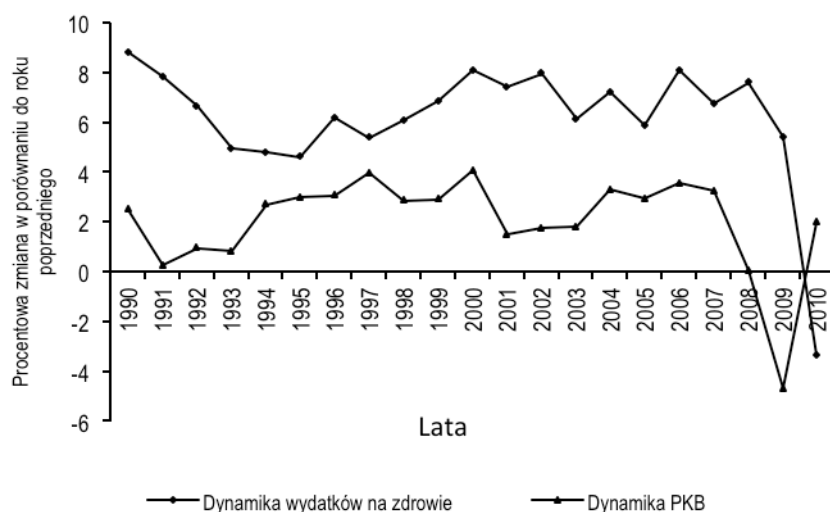
Zróźnicowanie rozwiązań instytucjonalnych w zakresie finansowania opieki zdrowotnej w krajach OECD

Opieka zdrowotna odgrywa współcześnie coraz istotniejszą rolę w gospodarkach krajów rozwiniętych. W 1970 r. kraje członkowskie OECD wydawały na cele zdrowotne średnio 4,8% PKB, w 2000 r. – 7,8% PKB, w 2010 r. już 9,7% PKB. Tak silny wzrost wydatków na zdrowie jest spowodowany dynamicznym rozwojem kosztochłonnych technologii medycznych, zmianami demograficznymi oraz rosnącymi oczekiwaniami użytkowników opieki zdrowotnej. W efekcie tych zjawisk średnia dynamika wydatków na opiekę zdrowotną wyraźnie przewyższała średnią dynamikę PKB w każdym niemal roku ostatnich dwóch dekad (rys. 2).

health care, "Health Policy" 2002, Vol. 60, p. 257.

¹¹ W systemach zmiennych przychód krańcowy jest równy płatności otrzymanej za wykonaną usługę, świadczeniodawcy mają więc silny bodziec do podnoszenia wolumenu produkcji. Może to mieć pozytywny wpływ na jakość opieki zdrowotnej, istnieje jednak niebezpieczeństwo świadczenia usług, które nie przynoszą korzyści zdrowotnych. W systemach stałych świadczeniodawca otrzymuje ryczałt, którego wysokość często jest ustalana ex ante, niezależnie od wielkości produkcji. W takiej sytuacji przychód krańcowy wynosi zero, co skłania świadczeniodawcę do redukcji kosztów krańcowych.

¹² Z uwagi na złożoność mechanizmów płatności nie omówiono ich w opracowaniu. Szerzej na ten temat por. H.R. Waters, P. Hussey, Pricing health services for purchasers – A review of methods and experiences, "Health Policy" 2004, Vol. 70; H. Karaszewska, Mechanizmy wynagradzania lekarzy, „Polityka Społeczna” 2008, t. 35, nr 7; J. Sobiech, Ekonomiczne aspekty zarządzania opieką zdrowotną, w: Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

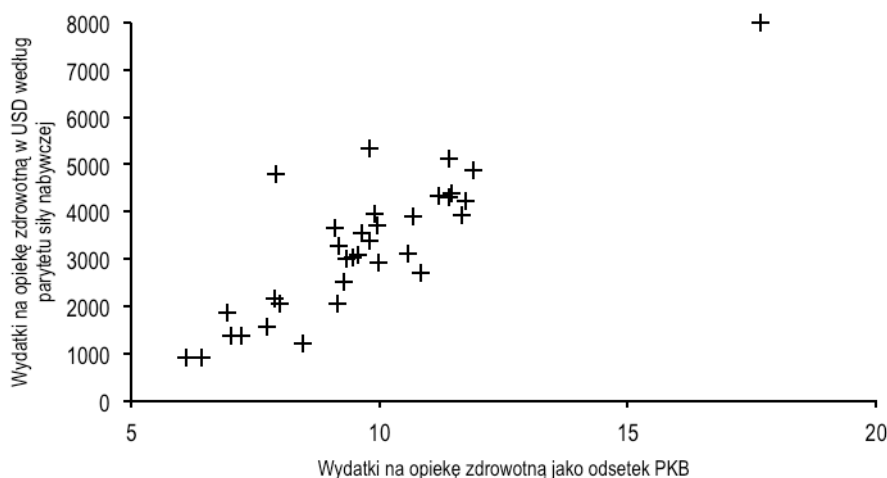


Rys. 2. Średnia dynamika PKB oraz wydatków na zdrowie w krajach OECD

Źródło: OECD Health Data 2012.

Zróźnicowanie wysokości wydatków na opiekę zdrowotną w badanej grupie krajów jest znaczne (rys. 3). Zastosowanie dwóch miar obrazujących wielkość wydatków na zdrowie – odsetka PKB lub wydatków w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej – wskazuje, że krajem wydającym najwięcej na opiekę zdrowotną są Stany Zjednoczone, które w 2009 r. przeznaczyły na ten cel 17,7% PKB, alternatywnie 7990 dolarów amerykańskich według parytetu siły nabywczej (USD według PSN). Krajem o najniższych wydatkach jest Turcja, z wielkościami odpowiednio 6,1% PKB i 913 USD według PSN. Wśród krajów o relatywnie niewielkich wydatkach znalazła się również Polska, przeznaczająca na cele zdrowotne 7,2% PKB, czyli 1365 USD według PSN. Wyższe wydatki charakteryzują m.in. Węgry (7,7%), Czechy (8%), Słowację (9,2%) i Słowenię (9,3%) oraz wszystkie kraje zachodnioeuropejskie¹³.

¹³ Pełne dane, por. OECD Health Data 2012, www.oecd.org

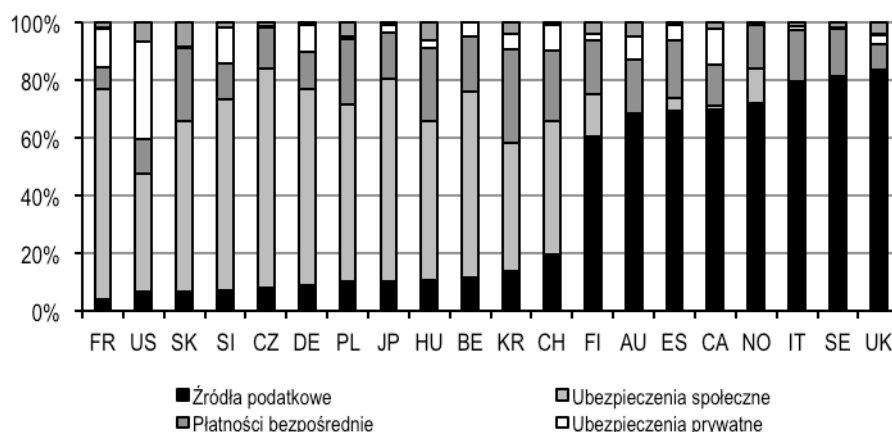


Rys. 3. Wydatki na opiekę zdrowotną w krajach OECD w 2009 r.

Źródło: Ibid.

Kluczowym zagadnieniem związanym z gromadzeniem środków finansowych na cele zdrowotne są formy finansowania opieki zdrowotnej. W większości krajów OECD źródła o charakterze publicznym stanowią większość środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Wyjątek stanowią Stany Zjednoczone i Meksyk, gdzie środki publiczne w 2009 r. stanowiły odpowiednio 47,3% i 48,3% wszystkich. Polska charakteryzowała się udziałem źródeł publicznych (71,6%) na poziomie średnim dla badanej grupy krajów (71,9%).

Wewnętrzna struktura publicznych i prywatnych form finansowania opieki zdrowotnej wskazuje na znaczne zróżnicowanie. Część krajów charakteryzuje się finansowaniem opartym na źródłach podatkowych – są to m.in. Wielka Brytania, kraje skandynawskie, kraje południa Europy (Grecja, Włochy, Hiszpania i Portugalia), a także Kanada i Australia. Wśród krajów opierających finansowanie opieki zdrowotnej na mechanizmie ubezpieczeń społecznych znajdują się: kraje środkowoeuropejskie (Polska, Czechy, Słowacja, Estonia, Węgry, Słowenia), Niemcy, Francja, Japonia oraz kraje Beneluksu. Zwraca przy tym uwagę fakt, że znaczenie obu źródeł publicznych w strukturze finansowania jest zróżnicowane i zależne również od wielkości finansowania prywatnego (rys. 4).



AU – Australia, BE – Belgia, CA – Kanada, CH – Szwajcaria, CZ – Czechy, DE – Niemcy, ES – Hiszpania, FI – Finlandia, FR – Francja, HU – Węgry, IT – Włochy, JP – Japonia, KR – Korea Pd., NO – Norwegia, PL – Polska, SE – Szwecja, SI – Słowenia, SK – Słowacja, UK – Wielka Brytania, US – Stany Zjednoczone.

Rys. 4. Struktura źródeł finansowania opieki zdrowotnej w krajach OECD w 2009 r.

Źródło: Ibid.

Znaczenie prywatnych źródeł finansowania również jest silnie zróżnicowane. Ponad 1/4 wszystkich środków przeznaczanych na cele zdrowotne ma charakter płatności bezpośrednich w Meksyku (47,8% wszystkich środków), Grecji (36,2%), Chile (33,8%), Korei Południowej (32,4%), Izraelu, Portugalii oraz na Słowacji i Węgrzech (25,3%-27,1%), a więc w krajach o relatywnie niskim poziomie finansowania opieki zdrowotnej. Ubezpieczenia prywatne największe znaczenie mają w Stanach Zjednoczonych (33,8% wszystkich środków) oraz Chile (18,5%), Francji, Słowenii, Kanadzie i Irlandii (11,2%-13,5%). Polskę – podobnie jak wszystkie badane kraje transformacji ustrojowej z wyjątkiem Słowenii – charakteryzuje śladowe znaczenie ubezpieczeń prywatnych. Jednocześnie duże znaczenie w krajach środkowoeuropejskich mają płatności bezpośrednie.

Drugim filarem systemu finansowania opieki zdrowotnej jest konsolidacja środków, mająca na celu zmniejszenie ryzyka finansowego związanego z leczeniem. W krajach OECD stosowane są trzy mechanizmy konsolidacji środków, pozwalające na łączenie ryzyka: finansowanie w oparciu o fundusze budżetowe; powszechne, społeczne ubezpieczenie zdrowotne; dobrowolne, prywatne ubezpieczenie zdrowotne¹⁴. Poszczególne mechanizmy stosowane są w badanych

¹⁴ P. Gottret, G. Schieber, op. cit., s. 7, 10.

krajach, przy czym w większości z nich współwystępują dwa lub trzy mechanizmy łączenia ryzyka¹⁵ (tab. 2).

Ważną kwestią w obszarze konsolidacji środków jest struktura rynku podmiotów zajmujących się łączeniem ryzyka. Znaczenie ma nie tylko liczba tych podmiotów, ale również istnienie bądź brak konkurencji między nimi. Zwraca się uwagę, że mniejsza liczba podmiotów, a tym samym większa centralizacja funduszy, sprzyja sprawiedliwości w dostępie do świadczeń i efektywności administracyjnej. Istotne znaczenie w obszarze konsolidacji ryzyka ma również mechanizm wyrównywania ryzyka między populacjami, oparty na redystrybucji środków finansowych między poszczególnymi podmiotami.

Tabela 2

Konsolidacja środków finansowych w opiece zdrowotnej w krajach OECD

Mechanizm konsolidacji środków	Zalety	Wady	Kraje, w których mechanizm ma znaczenie dominujące
Fundusze budżetowe	<ul style="list-style-type: none"> – Szeroki dostęp do świadczeń – Zróżnicowane źródła przychodów – Relatywnie proste zarządzanie 	<ul style="list-style-type: none"> – Uzależnienie od sytuacji budżetowej – Konieczność konkurowania o środki budżetowe z innymi sektorami 	Australia, Kanada, Dania, Finlandia, Grecja, Islandia, Irlandia, Włochy, Norwegia, Portugalia, Hiszpania, Szwecja, Wielka Brytania
Powszechne ubezpieczenie zdrowotne	<ul style="list-style-type: none"> – Stabilna wysokość przychodów – Transparentność finansowania 	<ul style="list-style-type: none"> – Skuteczność uzależniona od czynników socjoekonomicznych i politycznych – Z reguły wyższe koszty administracji systemem 	Austria, Belgia, Czechy, Estonia, Francja, Niemcy, Węgry, Izrael, Japonia, Korea Płd., Luksemburg, Holandia, Polska, Słowacja, Słowenia, Szwajcaria, Turcja,
Prywatne ubezpieczenie zdrowotne	<ul style="list-style-type: none"> – Zmniejszenie presji na finanse publiczne 	<ul style="list-style-type: none"> – Dostęp do świadczeń ograniczony do osób posiadających polisę – Podatność na niesprawności rynkowe typowe dla ubezpieczeń 	Stany Zjednoczone

Źródło: P. Gottret, G. Schieber, Health financing revisited: A practitioner's guide, World Bank, Washington 2006; OECD Health Data 2012.

¹⁵ Współwystępowanie mechanizmów jest odzwierciedlone przez strukturę źródeł finansowania opieki zdrowotnej, np. w Polsce dominujące znaczenie ma powszechne ubezpieczenie zdrowotne (61,6% wszystkich środków), następnie fundusze budżetowe (10%), natomiast znaczenie ubezpieczeń prywatnych jest marginalne (0,6%).

W większości krajów środki publiczne przeznaczone na ochronę zdrowia są gromadzone na poziomie krajowym, co oznacza, że istnieje jeden podmiot zajmujący się łączeniem ryzyka – taka sytuacja ma miejsce np. w Belgii, Kanadzie, Japonii, Francji, na Węgrzech, w Irlandii, Holandii, Portugalii, a także w Polsce. Wyjątek stanowią kraje, w których opieka zdrowotna jest współfinansowana z podatków lokalnych (Dania, Finlandia, Włochy, Szwecja) oraz kraje, w których fundusze powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są odpowiedzialne za pobieranie składek od własnych członków (Czechy, Niemcy, Słowacja, Grecja i Austria). W przypadku krajów z finansowaniem opartym na podatkach lokalnych z reguły istnieje mechanizm kompensacyjny, którego celem jest redystrybucja środków zwiększająca dochody funduszy w regionach o niższych wpływach podatkowych. Mechanizmy tego rodzaju są charakterystyczne dla większości krajów¹⁶, a ich celem jest zwiększenie środków w funduszach, których członkowie mają niższe dochody bądź reprezentują wyższe ryzyko zdrowotne¹⁷.

Ostatni analizowany element systemu finansowania stanowią sposoby wynagradzania świadczeniodawców. Znaczenie mechanizmów wynagradzania w opiece zdrowotnej może mieć istotny wpływ na efektywność jej funkcjonowania. Różne mechanizmy płatności charakteryzują się bodźcami skłaniającymi do oszczędnego bądź rozrzutnego dysponowania zasobami, poza tym mogą wpływać na stopień dostępności świadczeń, a w efekcie stan zdrowia pacjentów. Mechanizm stałej pensji jest stosowany w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) przede wszystkim w krajach organizujących opiekę zdrowotną według modelu Beveridge'a (Skandynawia i południe Europy). Kapitacja stosowana jest natomiast w krajach transformacji ustrojowej, a także m.in. w Wielkiej Brytanii i Holandii. W pozostałych krajach dominującym sposobem wynagradzania w POZ jest opłata za usługę. Mechanizm refundacji w sektorze szpitalnym jest bardziej złożony niż w opiece ambulatoryjnej – większość krajów stosuje rozwiązania mieszane. Dominującą formą finansowania szpitali w krajach OECD są różne warianty metod opartych na opłacie za przypadek oraz na budżecie globalnym (tab. 3).

¹⁶ W Europie wyjątkiem jest Grecja.

¹⁷ S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos, op. cit., p. 36.

Tabela 3

Mechanizmy wynagradzania świadczeniodawców w krajach OECD

Wyszczególnienie	Dominujący mechanizm wynagradzania lekarzy w POZ			Dominujący mechanizm płatności w sektorze szpitalnym			
	opłata za usługę	kapitacja	pensja	opłata za przypadek	budżet globalny	osobodzień	zwrot kosztów
Australia	X				X		
Austria	X						X
Belgia	X			X			
Kanada	X				X		
Chile		X			X		
Czechy		X			X		
Dania	X				X		
Estonia		X		X			
Finlandia			X	X			
Francja	X			X			
Niemcy	X			X			
Grecja			X			X	X
Węgry		X		X			
Islandia			X		X		
Irlandia	X				X		
Izrael			X			X	
Włochy		X		X			
Japonia	X			X			
Korea Pd.	X			X			
Luksemburg	X				X		
Meksyk			X		X		
Holandia		X			X		
Nowa Zelandia	X				X		
Norwegia	X				X		
Polska		X		X			
Portugalia			X		X		
Słowacja		X		X			
Słowenia		X		X			
Hiszpania			X		X		
Szwecja			X	X			
Szwajcaria	X			X			
Turcja	X				X		
Wielka Brytania		X		X			
Stany Zjednoczone	X			X			

Źródło: V. Paris, M. Devaux, L. Wei, Health systems institutional characteristics: A survey of 29 OECD countries, OECD Health Working Papers, nr 50, 2010.

Podsumowanie

Finansowanie opieki zdrowotnej stanowi złożony i wewnętrznie zróżnicowany subsystem, którego sprawność funkcjonowania ma zasadnicze znaczenie dla całego systemu zdrowotnego. Problematyka finansowania stanowi jedno z najistotniejszych zagadnień współczesnej polityki zdrowotnej, co znajduje odzwierciedlenie w formułowaniu celów systemów zdrowotnych. Jednym z trzech głównych celów tych systemów sformułowanych przez Światową Organizację Zdrowia jest sprawiedliwość finansowania opieki zdrowotnej¹⁸.

Kraje rozwinięte od kilku dekad w ramach systemów zdrowotnych podejmują procesy reformatorskie, co dotyczy również sfery finansowania. Przykładem takich procesów jest zmiana modeli finansowania opieki zdrowotnej przez Grecję, Hiszpanię, Portugalię i Włochy. W latach 1978-1986 kraje te zrezygnowały z dominującej pozycji ubezpieczeń społecznych w finansowaniu i wdrożyły rozwiązania oparte na mechanizmach budżetowych. Kamieniami milowymi reform polityki zdrowotnej, zmieniającymi stosunki finansowe w ramach systemów było wdrożenie rynku regulowanego w Wielkiej Brytanii i konkurencji zarządzanej w Holandii. Koncepcje te zaproponowane i wdrożone w latach 90. XX w. do dziś silnie oddziałują na organizację opieki zdrowotnej na całym świecie. Aktualną tendencją w obszarze reform systemów, w tym także ich finansowania, zdaje się zacieranie różnic między rozwiązaniami modelowymi, a także dążenie do konwergencji systemów i ich wzajemnego upodobniania. Wdrożenie rozwiązań zmierzających do uniwersalizacji dostępu do opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych oraz stworzenie centralnego funduszu zdrowotnego w Niemczech są najbardziej aktualnymi tego przykładami.

HEALTHCARE FINANCING SYSTEM IN OECD COUNTRIES

Summary

The aim of the paper is to investigate the structure of health care financing systems in OECD countries. In the theoretical part the following areas of health care financing are discussed: fund collection, fund pooling and provider reimbursement. The empirical part analyses trends in health care expenditures and institutional arrangements in health care financing in OECD countries. Health care financing systems in these countries vary in terms of financing sources, fund and risk pooling mechanisms as well as reimbursement systems. Though, reforming processes in the last decades leads to convergence of health care financing arrangements.

¹⁸ WHO: World health report 2000: Reducing risks, promoting healthy life, WHO, Geneva 2000.