

OCHRONA ZDROWIA W UNII EUROPEJSKIEJ

THE PROTECTION OF HEALTH IN THE EUROPEAN UNION

Katarzyna Głąbicka

Katedra Filozofii i Socjologii

Wydział Ekonomiczny Politechniki Radomskiej

Kierownik Katedry: dr hab. prof. nadzw. Katarzyna Głąbicka

STRESZCZENIE

Artykuł jest poświęcony kwestii ochrony zdrowia na obszarze 27 państw członkowskich Unii Europejskiej. Pierwsza część artykułu omawia kwestie zdrowotne 27-UE, w tym: długość życia, zachorowania na choroby, przyczyny zgonów, bezpieczeństwo w miejscu pracy, wypadki drogowe, infrastrukturę zdrowotną, organizację i świadczenie usług zdrowotnych (finansowanie).

W dalszej części omówiono regulacje prawne ochrony zdrowia w UE oraz wydawane dokumenty wspólnotowe w tym obszarze. Zwrócono tu uwagę, że Unia Europejska jedynie uzupełnia politykę państw członkowskich w dziedzinie zdrowia poprzez wydawane dokumenty strategiczne.

Organizacja i świadczenie usług zdrowotnych oraz ochrona zdrowia w dużej mierze leży w rękach państw członkowskich UE, które charakteryzują się różnymi systemami ochrony zdrowia. Gromadzenie i ocena, dokładne i szczegółowe informacje dotyczące zagadnień zdrowotnych jest niezbędne, aby UE mogła skutecznie zaprojektować politykę oraz cel przyszłych działań do 2020 roku.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, długość życia, infrastruktura zdrowotna, organizacja i świadczenie usług zdrowotnych (finansowanie), regulacje prawne usług medycznych.

SUMMARY

The article is devoted to health issues in the 27 EU Member States.

The first part of the article discusses the health issues in the 27 sovereign Member States, including life expectancy, incidence of disease, causes of death, workplace safety, road accidents, health infrastructure, organization and health services (financing).

The following sections discuss the health regulations in the EU and Community documents issued in this area. A particularly important issue here was that the European Union only complement Member States' policies on health, through its strategic documents.

The organization and provision of health services and health care depend on the EU member states, which are characterized by the different health systems. The collection and evaluation, accurate and detailed information about health issues is indispensable for the EU to effectively design the policy and purpose of future activities for 2020.

Key words: health issues, including life expectancy, health infrastructure, organization and health services (financing), health regulations.

WPROWADZENIE

Zdrowie, wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia [1] umożliwiający człowiekowi prowadzenie produktywnego, sensownego i twórczego życia w sferze społecznej i ekonomicznej, a także zdolność do odgrywania ról społecznych, adaptacji do zmian środowiska i radzenia sobie z tymi zmianami. Przyjęte zasady równości, sprawiedliwości i partycypacji w zdrowiu stanowią istotną przesłankę w realizacji podstawowego prawa do zdrowia i korzystania z usług służby zdrowia.

Ochrona zdrowia to wielokierunkowa działalność zmierzająca do zapewnienia człowiekowi jak najlepszych warunków zdrowotnych. Podstawę ochrony zdrowia stanowi prawidłowe rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, a także prawidłowe organizowanie możliwości i środków koniecznych do działania na rzecz zdrowia ludności [2].

Zgodnie ze strategią Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” oraz z koncepcją promocji zdrowia zdrowie możemy traktować jako:

- wartość, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia

satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie w nim;

- zasób (bogactwo) społeczeństwa, gwarantujący jego rozwój społeczny i ekonomiczny, tylko zdrowe społeczeństwo może bowiem tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się, osiągać odpowiednią jakość życia;
- środek do osiągnięcia lepszej jakości życia [1].

Zdrowie jest priorytetem dla Europejczyków, którzy oczekują od swoich państw zabezpieczenia przed nagłą chorobą nie tylko w domu, lecz także w miejscu pracy czy podczas podróży.

Organizacja i świadczenie usług zdrowotnych oraz ochrona zdrowia w dużej mierze leży w rękach państw członkowskich UE, podczas gdy Unia Europejska uzupełnia ich politykę w dziedzinie zdrowia.

KONDYCJA ZDROWOTNA NA OBSZARZE UNII EUROPEJSKIEJ

Na kwestię zdrowia składają się następujące wskaźniki:

- długość życia;
- śmiertelność niemowląt;
- choroby, niepełnosprawność;
- przyczyny zgonów;
- alkoholizm, narkomania.

Ponadto wpływ na kondycję zdrowotną obywateli UE oraz jej zróżnicowanie mają styl życia, standard i jakość życia, profilaktyka zdrowotna, rozwój medycyny, dostęp do opieki zdrowotnej, aktywność po 65 roku życia oraz wydatki na publiczną ochronę życia.

Na stan zdrowia jednostek i całego społeczeństwa mają wpływ genetyczne i środowiskowe warunki oraz czynniki kulturowe i społeczno-ekonomiczne.

Długość życia

W 2008 roku zdrowe lata życia w krajach UE osiągnęły 60,8 roku dla mężczyzn i 61,9 dla kobiet, co daje 79,9% i 75,3% statystycznej długości życia dla mężczyzn i kobiet.

Dla osób w wieku 65 lat liczba pozostałych lat zdrowego życia wyniosła 8,2 roku dla mężczyzn i 8,3 roku dla kobiet. Liczby te można przeciwstawić dla osób dożywających wieku 65 lat, jest to blisko 15 lat dla mężczyzn i 20 lat dla kobiet.

Średnia długość życia kobiet w krajach UE wynosiła średnio o 6 lat dłużej niż dla mężczyzn w 2008 roku. Jednak większość z nich przeżywała swoje lata w zmniejszonej aktywności.

Różnica płci w kategoriach zdrowych lat życia była znacznie mniejsza – mniej niż dwa lata różnicy na korzyść kobiet.

W państwach członkowskich UE średnia długość życia w chwili narodzin w 2008 roku wahała się od 66,3 do 79,2 roku (12,9 roku różnicy) dla mężczyzn i między 77,0 lat i 84,9 roku (7,9 roku różnicy) dla kobiet.

W 6 państwach członkowskich (Dania, Hiszpania, Luksemburg, Holandia, Portugalia i Szwecja) mężczyźni (po urodzeniu) mogą oczekiwać dłuższych lat życia niż kobiety, natomiast w Estonii, Litwie i Polsce różnice między płciami wynosiły więcej niż 4 lata na korzyść kobiet.

Długość życia obywateli UE wynosi średnio 79,9 roku dla kobiet i 75,3 dla mężczyzn. Między 27 państwami członkowskimi UE różnica w długości życia mężczyzn w poszczególnych krajach wynosi aż 12,9 roku (66,3 roku na Litwie i 79,2 roku we Włoszech), w przypadku kobiet 7,9 roku (od 77,0 na Litwie do 84,9 we Francji).

Najczęstsze choroby i problemy zdrowotne obywateli UE związane są z wysokim ciśnieniem krwi, cholesterolem, cukrzycą, uzależnieniem od tytoniu, chorobami serca [3].

Choroby związane z układem oddechowym występowały najczęściej w Wielkiej Brytanii, Belgii, Irlandii, Portugalii i Danii [3].

Główną przyczyną zgonów obywateli Unii są choroby układu krążenia oraz nowotwory.

Od 2000 roku zauważa się na obszarze UE spadek zgonów (o 30%) z powodu zawału (ataku serca) oraz w wyniku wypadków drogowych.

W tym samym czasie zgony spowodowane rakiem zmniejszyły się o 10% [3].

Najwięcej osób umierających z powodu nowotworu odnotowano w 2010 roku na Węgrzech, Danii, Polsce, Słowenii, Słowacji i w Czechach. Były to najczęściej nowotwory złośliwe krtani, tchawicy, płuc, jelita grubego (u mężczyzn), a u kobiet piersi i macicy.

Trzecią najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu oddechowego (pneumonia, czyli zapalenie płuc).

Poza wypadkami drogowymi odnotowuje się również zgony z powodu samobójstw. Najmniej takich przypadków jest w Grecji, na Cyprze i w Hiszpanii. Stosunkowo mało samobójstw zdarza się również we Włoszech, na Malcie oraz w Wielkiej Brytanii. Natomiast wysoki ich udział w liczbie zgonów odnotowano na Litwie, Łotwie i na Węgrzech.

Wśród kobiet najwyższa liczba samobójstw była w Luksemburgu, Belgii, Finlandii i Francji.

Natomiast śmiertelne wypadki drogowe są najczęściej na Litwie, Łotwie, Rumunii. Najmniej wypadków ze skutkiem śmiertelnym odnotowuje się na Malcie i w Holandii [3].

Cztero-, pięciokrotnie częściej mężczyźni aniżeli kobiety umierają z powodu uzależnień od alkoholu lub narkotyków [3].

Tabela 1. Przyczyny zgonów obywateli UE w 2009 roku (na 100 000 mieszkańców)

	Nowotwór	System krążenia	Choroby serca	Samobójstwa	Wypadki drogowe
UE-27	73,9	46,8	20,4	9,2	8,0
Belgia	73,5	37,6	16,5	16,5	10,4
Bułgaria	95,1	143,1	38,1	8,1	13,0
Czechy	85,1	64,0	31,1	10,8	9,7
Dania	77,6	35,5	13,4	8,8	5,4
Niemcy	67,5	38,0	17,2	8,2	5,2
Estonia	83,2	114,0	46,5	16,0	10,9
Irlandia	65,6	34,5	20,5	9,7	5,7
Grecja	61,5	46,6	28,0	2,6	13,5
Hiszpania	67,5	28,6	12,4	5,6	6,8
Francja	75,0	25,6	8,9	13,5	6,8
Włochy	63,0	27,1	11,6	4,5	8,9
Cypr	44,3	40,9	25,3	4,6	10,1
Łotwa	95,6	157,0	77,4	19,4	15,6
Litwa	97,5	135,1	73,8	30,0	16,4
Luksemburg	60,8	31,3	15,2	15,3	8,6
Węgry	130,7	108,8	53,6	18,9	10,9
Malta	58,1	34,1	18,9	6,7	3,0
Holandia	72,2	29,0	10,9	7,7	3,6
Austria	65,2	30,5	16,5	10,5	6,7
Polska	94,3	85,9	29,5	13,6	13,7
Portugalia	69,0	29,2	10,5	6,0	8,3
Rumunia	100,3	118,4	51,0	9,8	15,7
Słowenia	83,7	40,5	19,6	15,3	11,4
Słowacja	93,4	90,4	46,6	9,6	12,7
Finlandia	51,6	47,1	24,2	18,4	6,2
Szwecja	52,0	30,4	17,0	10,9	4,8
Wielka Brytania	66,1	40,0	23,0	6,1	5,1

Źródło: Europa in figures, Eurostat Yearbook 2011, Luxembourg 2011, tabl. 3.2, s. 171.

Tabela 2. Wybrane wskaźniki zróżnicowania infrastruktury ochrony zdrowia między państwami członkowskimi UE

Państwo	Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców w 2008 roku	Liczba łóżek szpitalnych na 100 000 mieszkańców w 2009 roku
1	2	3
UE-27	293,2	561,9
Austria	377,2	769,2
Belgia	373,1	660,1
Bułgaria	346,0	650,8
Cypr	285,6	377,2
Czechy	352,7	715,8
Dania	341,0	357,8
Estonia	335,0	571,5
Finlandia	271,4	653,8
Francja	332,3	684,8
Grecja	599,8	478,4
Hiszpania	354,8	324,5
Holandia	369,4	426,3
Irlandia	309,3	519,9
Litwa	370,6	685,3
Luksemburg	282,1	705,0
Łotwa	298,6	633,0
Malta	303,9	731,4
Niemcy	356,2	820,3

cd. tabeli 2

1	2	3
Polska	216,1	662,1
Portugalia	377,3	336,8
Rumunia	221,5	657,4
Słowacja	300,0	655,0
Słowenia	238,8	476,9
Szwecja	356,6	217,9
Węgry	309,3	731,4
Wielka Brytania	270,2	336,7
Włochy	414,0	371,4

Źródło: <http://epp.eurostat.ec> [dostęp: 8.03.2012].

Polityka ochrony zdrowia i dostęp do jej infrastruktury są uzależnione od realizowanego modelu w tym obszarze. W ostatnich kilku latach zauważa się na poziomie UE-27 spadek liczby łóżek szpitalnych (z 634,4 w 2002 roku do 561,9 w 2009 roku) na rzecz wzrostu opieki ambulatoryjnej [3].

W modelu kontynentalnym (Niemcy, Austria) nadal jest bardzo dobrze rozbudowany system infrastruktury opieki zdrowotnej (szpitale, sanatoria). W przypadku działań dotyczących poprawy jakości usług medycznych w regionach dofinansowanie można otrzymać na modernizację i wyposażenie ośrodków zdrowia i szpi-

tali (wsparcie jest skierowane na podniesienie jakości służby zdrowia w ramach krajowej lub regionalnej strategii rozwoju służby zdrowia).

Wypadki przy pracy

Corocznie 3% (4 mln) pracowników na obszarze UE ulega wypadkom przy pracy, czego rezultatem jest zwolnienie lekarskie powyżej trzech dni. Skutkiem 29% ogółu wypadków przy pracy była niezdolność do pracy w okresie 3–14 dni, kolejne 29% skutkowało konsekwencjami zdrowotnymi do 3 miesięcy, a 5% ulegających wypadkom doświadczała kalectwa.

Tabela 3. Wypadki w państwach członkowskich UE w 2009 roku (na 100 000 osób)

	Wypadki przy pracy ogółem	Wypadki przy pracy – kobiety	Wypadki przy pracy – mężczyźni	Ofiary wypadków drogowych w 2007 roku
UE-27	76	82	77	42 492
Belgia	60	61	63	1067
Bułgaria	58	50	62	1006
Czechy	78	91	74	122
Dania	84	99	80	406
Niemcy	66	68	67	4949
Estonia	120	129	127	196
Irlandia	107	89	109	338
Grecja	55	55	57	162
Hiszpania	85	84	90	3823
Francja	82	103	79	4620
Włochy	69	74	69	5131
Cypr	86	116	80	89
Łotwa	91	b.d.	b.d.	419
Litwa	101	119	95	739
Luksemburg	78	70	81	51
Węgry	74	86	70	1232
Malta	85	71	9	12
Holandia	b.d.	b.d.	b.d.	709
Austria	72	72	73	69
Polska	88	96	84	5583
Portugalia	76	81	76	974
Rumunia	94	97	96	2794
Słowenia	70	60	76	293
Słowacja	64	80	60	627
Finlandia	88	96	87	380
Szwecja	82	83	82	471
Wielka Brytania	75	71	76	3059

Źródło: Europa In figures, Eurostat Yearbook 2011, Luxembourg 2011, tabl. 3.2, s. 171.

Z powodu wypadku przy pracy 3,2% pracowników (7 mln pracowników) było na zwolnieniu lekarskim powyżej jednego roku [3].

Ponadto w 2008 roku doszło do 5785 wypadków śmiertelnych w miejscu pracy na całym obszarze 27 państw członkowskich, co stanowi 3,5% ogółu wypadków przy pracy [3]. Wypadkom przy pracy częściej ulegają mężczyźni aniżeli kobiety, co związane jest ze specyfiką ich zawodów (częściej są zatrudniani w budownictwie, transporcie itd.). Najczęściej do wypadków dochodzi w małych i średnich przedsiębiorstwach, a najbardziej zagrożoną kategorią są młodzi pracownicy między 18 a 24 rokiem życia [3].

Odrębną kwestią są choroby zawodowe, których doświadcza 8,6% pracowników na obszarze UE (ponad 20 mln osób) [3].

W 2007 roku 42 492 obywateli UE zginęło w wypadkach drogowych. Najmniej ofiar śmiertelnych na liczbę mieszkańców jest na Malcie, w Holandii, Szwecji i Wielkiej Brytanii, co może świadczyć o dobrych drogach oraz wyobraźni kierowców. Najwyższy procent śmiertelnych wypadków jest w Rumunii, na Łotwie i Litwie. Polska również należy do krajów, gdzie liczba ofiar jest relatywnie wysoka [3].

Finansowanie opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej

System opieki zdrowotnej jest organizowany i finansowany w zróżnicowany sposób w poszczególnych państwach członkowskich UE.

W 2008 roku bieżące wydatki służby zdrowia przekroczyły 10% produktu krajowego brutto (PKB) w Niemczech i Francji, co stanowiło prawie dwukrotnie więcej niż w Rumunii, na Cyprze i w Estonii (poniżej 6% PKB). Różnica była jeszcze większa w porównaniu z poziomem wydatków na opiekę zdrowotną przypadającą na jednego mieszkańca, która wahała się od 635 PPS (ang. Purchasing Power Standard – Standard Siły Nabywczej) w Rumunii do ponad 4280 PPS w Luksemburgu.

W 2008 roku fundusze publiczne zdominowały sektor opieki zdrowotnej w większości państw członkowskich UE, wyjątek stanowił Cypr, gdzie środki publiczne stanowiły 42% udziału w całkowitym finansowaniu. Wśród pozostałych państw członkowskich, których dane są dostępne, udział społeczeństwa w finansowaniu bieżących wydatków na opiekę zdrowotną wahał się od 56% w Bułgarii do ponad 80% w Rumunii, Holandii, Czechach, Szwecji, Luksemburgu i Danii.

Publiczne finansowanie opieki zdrowotnej odbywa się z różnych źródeł, na przykład zabezpieczenie społeczne stanowiło 3/4 lub więcej całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w Czechach i Holandii (77%) w 2008 roku.

Wydatki prywatne na ochronę zdrowia często są wykorzystywane jako wskaźnik do pomiaru dostęp-

ności systemów opieki zdrowotnej. Głównym źródłem finansowania prywatnego w 2008 roku były bezpośrednie płatności domowe, potocznie zwane „out-of-pocket” (z własnej kieszeni), które w Holandii i Francji stanowiły mniej niż 7% bieżących wydatków na opiekę zdrowotną.

Koszty poniesione w 2008 roku w większości państw członkowskich UE na usługi lecznicze i rehabilitacyjne wynosiły 50% wydatków na ochronę zdrowia, wyjątek stanowiły Słowacja, Rumunia i Węgry.

Towary dostarczane do pacjentów ambulatoryjnych były drugim co do wielkości wydatkiem opieki zdrowotnej (choć z wyraźnym stopniem zmienności od 13% w Luksemburgu i Danii do więcej niż 1/3 całkowitych wydatków na Słowacji, w Bułgarii i na Węgrzech).

Usługi związane z długoterminową opieką pielęgniarską stanowiły mniej niż 10% wydatków na ochronę zdrowia w ponad połowie państw członkowskich, ale osiągnęły prawie 20% w Luksemburgu i nieco ponad 21% w Danii.

Wydatki poniesione przez opiekę zdrowotną na dodatkowe usługi takie jak badania laboratoryjne lub przewóz pacjentów znacznie różnią się pomiędzy państwami członkowskimi UE: począwszy od 2,4% w Belgii do 10% w Estonii.

Wydatki na opiekę zdrowotną administracji i ubezpieczeń zdrowotnych były generalnie niższe w państwach ze scentralizowanym systemem zabezpieczenia społecznego lub w których prywatne ubezpieczenie odgrywa stosunkowo ograniczoną rolę. Ogólnie rzecz biorąc, wydatki związane z usługami zbiorowymi zgłaszanymi do programów profilaktycznych i administracji systemów opieki zdrowotnej nie przekraczają 10% ogółu wydatków bieżących opieki zdrowotnej (z wyjątkiem Holandii i Belgii).

Utrzymanie szpitali stanowiło największe wydatki na opiekę zdrowotną, co stanowiło od 27% w Słowacji do ponad 46% w Danii, Estonii i Szwecji.

Drugą najważniejszą kategorią były wydatki świadczone przez ambulatoryjne placówki służby zdrowia, które stanowiły od nieco ponad 16% całkowitych wydatków na służbę zdrowia w Rumunii i Bułgarii do ponad 30% całości w Niemczech, Finlandii, Cyprze i Portugalii.

Wydatki na towary i usługi medyczne pochodzące od różnych dostawców różniły się znacznie między państwami (od 11% w Luksemburgu i 13% w Danii, przez środkowe państwa członkowskie, w których akcja waha się między 16% a 27%, do 30% lub więcej całkowitej opieki zdrowotnej na Litwie, Węgrzech, Bułgarii i Słowacji).

Należy jednak pamiętać, że personel medyczny zaliczony do tej samej grupy nie musi wykonywać tych

Tabela 4. Wydatki na ochronę zdrowia według celów w 2008 roku (% bieżących wydatków na zdrowie)

Państwo	Usługi opieki leczniczej i rehabilitacyjnej	Usługi długoterminowej opieki pielęgniarstwa	Pomocnicze usługi do opieki zdrowotnej	Artykuły medyczne wydawane dla pacjentów ambulatoryjnych	Zapobieganie i publiczna służba zdrowia	Administracja i ubezpieczenia zdrowotne
Austria	60,0	13,2	3,1	18,1	1,8	3,7
Belgia	50,5	17,0	2,4	17,6	4,1	8,5
Bułgaria	53,6	0,1	3,6	36,8	4,3	1,0
Cypr	59,3	2,5	9,5	23,9	0,7	4,2
Czechy	58,5	3,4	5,6	24,6	2,7	3,5
Dania	58,1	21,4	4,7	13,2	1,5	1,2
Estonia	55,8	4,2	10,1	24,9	2,8	2,3
Finlandia	59,0	12,1	3,0	17,8	5,8	2,3
Francja	53,7	10,8	5,2	21,2	2,0	7,1
Grecja	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Hiszpania	56,4	9,2	5,3	23,5	2,4	3,3
Holandia	53,8	13,4	4,9	17,2	5,1	5,6
Irlandia	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Litwa	53,4	7,4	5,6	29,9	1,4	2,3
Luksemburg	58,4	19,9	5,9	12,5	1,9	1,7
Łotwa	52,9	3,5	8,4	26,0	3,1	6,1
Malta	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Niemcy	53,3	12,3	4,7	20,5	3,7	5,4
Polska	57,7	5,6	5,9	26,9	2,4	1,7
Portugalia	62,3	1,4	8,5	24,7	1,9	1,2
Rumunia	47,5	12,4	4,7	26,6	6,0	2,8
Słowacja	44,7	0,4	7,3	39,1	4,5	4,1
Słowenia	57,5	8,6	3,0	23,0	3,9	4,0
Szwecja	64,4	7,9	4,9	16,9	3,6	1,4
Węgry	48,9	4,0	4,5	36,5	4,0	1,3
Wielka Brytania	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Włochy	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

Źródło: Europa in figures, Eurostat Yearbook 2011, Luxembourg 2011, tabl. 3.4, s. 181.

Tabela 5. Wydatki na opiekę zdrowotną przez agenta finansowego w 2008 roku (% bieżących wydatków na zdrowie)

Państwo	Institucje rządowe i samorządowe, z wyłączeniem funduszy ubezpieczeń społecznych	Fundusze ubezpieczeń społecznych	Prywatne zakłady ubezpieczeń (włączając prywatne ubezpieczenia społeczne)	Prywatne wydatki gospodarstwa domowego	Institucje niekomercyjne działające na rzecz gospodarstw domowych	Korporacje (inne niż ubezpieczenia zdrowotne)
1	2	3	4	5	6	7
Austria	30,5	47,0	4,8	16,3	1,3	0,1
Belgia	12,4	62,8	5,6	19,0	0,3	0,0
Bułgaria	17,7	38,5	0,5	42,6	0,4	0,3
Cypr	42,0	0,1	5,7	50,2	2,0	0,0
Czechy	5,0	77,1	0,2	16,1	1,2	0,4
Dania	83,8	0,0	1,7	14,4	0,1	0,0
Estonia	10,8	67,6	0,3	20,5	0,0	0,8
Finlandia	59,0	15,4	2,2	20,0	1,2	2,1
Francja	5,3	73,5	13,5	6,9	0,1	0,7
Grecja	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Hiszpania	67,3	4,8	5,8	21,5	0,6	0,0
Holandia	5,4	76,7	6,2	6,0	3,2	2,5
Irlandia	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Litwa	10,0	61,4	0,5	28,0	0,0	0,1

cd. tabeli 5

1	2	3	4	5	6	7
Luksemburg	8,5	73,9	3,5	13,7	0,4	0,0
Łotwa	61,5	0,0	2,6	35,6	0,3	0,0
Malta	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Niemcy	7,1	70,2	9,7	12,3	0,4	0,4
Polska	7,6	64,5	0,6	24,0	1,1	2,1
Portugalia	70,3	0,9	4,3	23,9	0,3	0,2
Rumunia	10,9	70,5	0,1	18,2	0,1	0,2
Słowacja	6,4	63,6	0,0	26,6	0,8	2,6
Słowenia	1,7	70,9	13,8	12,7	0,0	0,8
Szwecja	82,3	0,0	0,2	16,5	0,2	0,8
Węgry	0,0	60,8	2,2	24,5	1,7	0,9
Wielka Brytania	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Włochy	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

Źródło: Europa in figures, Eurostat Yearbook 2011, Luxembourg 2011, tabl. 3.3, s. 180.

Tabela 6. Wydatki na opiekę zdrowotną przez dostawcę w 2008 roku (% bieżących wydatków na opiekę zdrowotną)

Państwo	Szpitalne	Opieka i ośrodki opieki	Ambulatoryjna opieka zdrowotna	Sprzedaż detaliczna i artykuły medyczne	Administracja programów zdrowia publicznego	Ogólna administracja zdrowia i ubezpieczenia
Austria	38,8	7,6	24,3	18,1	0,7	4,0
Belgia	29,9	11,1	29,8	16,6	4,3	7,9
Bułgaria	41,0	0,8	16,7	36,9	1,8	1,0
Cypr	41,9	2,5	33,4	18,8	0,2	1,9
Czechy	43,7	1,1	24,3	20,6	0,2	3,7
Dania	46,2	12,4	26,2	13,2	0,2	1,5
Estonia	46,5	2,7	21,0	24,9	2,5	2,3
Finlandia	35,9	8,5	31,5	18,3	1,4	1,3
Francja	35,5	6,8	27,4	21,9	0,5	7,1
Grecja	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Hiszpania	39,9	5,4	28,8	21,5	1,0	3,3
Holandia	36,9	12,0	24,0	16,4	1,6	5,6
Irlandia	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Litwa	37,1	1,5	22,8	29,9	0,9	2,5
Luksemburg	32,9	15,7	26,2	1,2	0,4	1,4
Łotwa	41,2	2,8	26,7	24,6	1,4	3,2
Malta	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Niemcy	29,4	7,8	30,8	21,8	0,8	5,9
Polska	34,5	1,3	29,6	26,5	1,7	1,7
Portugalia	37,2	1,8	33,7	24,7	0,0	1,2
Rumunia	39,1	2,1	16,3	26,6	1,4	1,7
Słowacja	27,1	0,0	24,7	39,1	1,9	4,1
Słowenia	41,6	5,3	24,6	22,4	0,6	4,1
Szwecja	46,9	3,0	20,6	16,8	1,0	1,7
Węgry	33,1	3,5	21,1	36,5	2,7	1,2
Wielka Brytania	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Włochy	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

Źródło: Europa in figures, Eurostat Yearbook 2011, Luxembourg 2011, tabl. 3.5, s. 182.

samych czynności. Szpitale na przykład mogą oprócz podstawowych usług szpitalnych oferować pomoc ambulatoryjną lub też świadczyć inne rodzaje usług.

W ciągu 10 lat między 1998 a 2008 rokiem, liczba łóżek w szpitalu przypadających na 100 000 mieszkańców spadła w każdym państwie członkowskim,

z wyjątkiem Malty. Największą redukcję odnotowano w trzech państwach członkowskich bałtyckich oraz w Bułgarii. Taka sytuacja może być odzwierciedleniem m.in. ograniczenia ekonomicznego, zwiększenia efektywności dzięki wykorzystaniu środków technicznych (np. aparaty), ogólnego przesunięcia

od szpitalnych operacji ambulatoryjnych na rzecz opieki ambulatoryjnej oraz krótszych okresów pobytu w szpitalu po operacji.

W państwach członkowskich UE w 2008 roku na 100 000 mieszkańców przypadało średnio 378 łóżek leczniczych.

PRAWNE REGULACJE OCHRONY ZDROWIA

Kwestie ochrony zdrowia obywateli reguluje zarówno ustawodawstwo międzynarodowe, wspólnotowe (Unii Europejskiej), jak i krajowe akty prawne odnoszące się wyłącznie do regulacji ochrony zdrowia w danym państwie.

W Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ z 1948 roku zapisano, że każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodzinie, włączając w to m.in. opiekę lekarską (art. 25). Kwestii ochrony zdrowia poświęcono także art. 12 Paktów Praw Człowieka z 1966 roku, uznając prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia fizycznego i umysłowego. Dla urzeczywistnienia tych praw wprowadzono środki służące [2]:

- zapewnieniu zmniejszenia poronień i śmiertelności dzieci oraz zdrowego rozwoju dziecka;
- poprawieniu pod każdym względem higieny społecznej i przemysłowej;
- zapobieganiu, leczeniu i poddawaniu kontroli chorób epidemiologicznych, endemicznych, zawodowych i innych;
- stworzeniu warunków zapewniających wszelką pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby.

Problem prawa do ochrony zdrowia reguluje również Europejska Karta Społeczna Rady Europy (art. 11), zobowiązując państwa ratyfikujące EKS do wyeliminowania przyczyn chorób, wprowadzenia ułatwień w zakresie poradnictwa i oświaty dla poprawy zdrowia i rozwijania indywidualnej odpowiedzialności w sprawach zdrowia, zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym i innych [4].

Kodeks Zabezpieczenia Społecznego Rady Europy z 1964 roku oraz Zrewidowany Kodeks Zabezpieczenia Społecznego Rady Europy z 1990 roku określają minimalne normy w zakresie zabezpieczenia społecznego poprzez dokładne wskazanie kategorii i odsetka ludności podlegającej zabezpieczeniu społecznemu, precyzując zakres świadczeń medycznych w przypadku choroby oraz w przypadku ciąży, porodu i ich następstw [5].

Na szczeblu Unii Europejskiej zdrowie publiczne jest uregulowane na mocy art. 152 Traktatu o UE. Unia zachęca w szczególności do współpracy między Państwami Członkowskimi w celu zwiększenia kom-

plementarności ich usług zdrowotnych w regionach przygranicznych [5]. Wprowadza również środki ustanawiające wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Parlament Europejski i Rada, stanowiąc zgodnie ze zwykłą procedurą prawodawczą i po konsultacji z Komitetem Ekonomiczno-Społecznym i Komitetem Regionów, mogą również ustanowić środki zachęcające, zmierzające do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego, w szczególności zwalczania epidemii transgranicznych, środki dotyczące monitorowania poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesnego ostrzegania w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczania, jak również środki, których bezpośrednim celem jest ochrona zdrowia publicznego w związku z tytoniem i nadużywaniem alkoholu, z wyłączeniem jakiegokolwiek harmonizacji przepisów ustawowych i wykonawczych państw członkowskich [5].

Działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również przydział przyznanych im zasobów. Środki, o których mowa, nie naruszają przepisów krajowych dotyczących oddawania organów i krwi lub ich wykorzystywania do celów medycznych [5].

Aktywna polityka ochrony zdrowia powinna obejmować przede wszystkim trzy obszary działań:

- zwalczanie raka,
- zapobieganie uzależnieniom narkotycznym,
- edukację zdrowotną.

W związku z powyższym UE ma na celu:

- przyczynić się do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia poprzez zachęcanie do współpracy pomiędzy państwami członkowskimi w powyższym zakresie;
- zapobiegać chorobom (zwłaszcza epidemiom, uzależnieniom od narkotyków) poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami i sposobami przenoszenia;
- prowadzić działania informacyjne i edukacyjne w kwestii zdrowia.

Aby realizować powyższe cele, państwa te tworzą i koordynują między sobą polityki i programy w dziedzinie zdrowia.

DOKUMENTY UNII EUROPEJSKIEJ NA RZECZ ZDROWIA

Pierwszy program działań obejmujący sprawy zdrowia publicznego został ogłoszony na okres od

2003 do 2008 roku, a 23 października 2007 roku Komisja Europejska przyjęła nową strategię „Razem dla zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013” [6]. W celu doprowadzenia do zmian, jakie zostały zatwierdzone w ramach tej nowej strategii, drugi program działań wszedł w życie 1 stycznia 2008 roku. Główne cele, jakie objął to:

- rozpoznawanie związków między zdrowiem i dobrobytem gospodarczym;
- zintegrowanie zdrowia we wszystkich obszarach polityki;
- wzmocnienie głosu UE w globalnych problemach zdrowotnych.

Dnia 25 czerwca 2007 roku została przyjęta rezolucja 2007/C 145/01 w sprawie nowej strategii, tym razem obejmującej temat bezpieczeństwa w miejscu pracy (2007–2012).

Wszystkie działania w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa pracy obsługiwane są przez PROGRESS Program (2007–2013) [6].

Biała Księga – Razem na rzecz zdrowia:

Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013

W 2007 roku opublikowano dwie Białe Księgi poświęcone zdrowiu: *Biała Księga – Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013* (dalej: *Biała Księga*) [7] oraz *Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością*.

W *Białej Księdze* uregulowano te dziedziny, w których państwa członkowskie nie mogą działać same w sposób skuteczny i gdzie niezbędne są działania podejmowane na szczeblu wspólnotowym. Należą do nich główne zagrożenia dla zdrowia oraz kwestie o wymiarze transgranicznym i międzynarodowym (pandemie i bioterroryzm, związane ze swobodnym przepływem towarów, usług i osób).

Księga ta zawiera zapisy dotyczące poważniejszych wyzwań związanych ze zdrowiem społeczeństwa, których rozwiązanie wymaga nowego strategicznego podejścia. Zaliczono do nich:

- Po pierwsze, zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństwa, które zmieniają strukturę chorób i zagrażają równowadze unijnych systemów zdrowotnych. Wspieranie zdrowego starzenia się oznacza zarówno promocję zdrowia przez całe życie, mającą na celu zapobieganie problemom zdrowotnym i niepełnosprawności od wczesnego dzieciństwa, jak i zajmowanie się nierównościami zdrowotnymi, związanymi z czynnikami społecznymi, gospodarczymi i środowiskowymi. Kwestie te są ściśle związane z solidarnością, która jest ogólnym strategicznym celem Komisji.
- Po drugie, potencjalnym poważnym zagrożeniem dla zdrowia są pandemie, poważne wypadki i kata-

strofy biologiczne oraz bioterroryzm. Zmiany klimatyczne powodują zmiany w strukturze chorób zakaźnych. Jedną z głównych ról Wspólnoty związanej ze zdrowiem jest koordynacja i szybka reakcja na zagrożenia dla zdrowia na świecie oraz zwiększenie zdolności państw Wspólnoty i państw trzecich do takich działań. Związane jest to z ogólnym strategicznym celem Komisji – bezpieczeństwem.

- Po trzecie, w ostatnich latach doszło do znacznej ewolucji systemów opieki zdrowotnej, częściowo jako wynik szybkiego rozwoju nowych technologii, które rewolucjonizują sposób, w jaki promuje się zdrowie, przewiduje, zapobiega i leczy choroby. Należą do nich technologie informacyjno-komunikacyjne (ICT), innowacje w dziedzinie genomiki, biotechnologii i nanotechnologii. Powyższe kwestie związane są z dobrobytem, ogólnym strategicznym celem Komisji, zapewniającym konkurencyjną i trwałą przyszłość dla Europy.

Zagadnienia związane ze zdrowiem powinny zostać włączone do wszystkich dziedzin polityki WE, po to, by móc zmniejszyć nierówności zdrowotne oraz położyć nacisk na promowanie zdrowia i poprawę jakości informacji w tej dziedzinie.

W tej *Białej Księdze* jest propozycja przyjęcia czterech głównych zasad:

1. Strategii opartej na wspólnych wartościach związanych ze zdrowiem (powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność, wzmacnianie roli i aktywności obywateli, zmniejszanie nierówności zdrowotnych).
2. „Zdrowie – nasz największy skarb”. Zdrowie jest ważne dla dobrego samopoczucia jednostki i społeczeństwa, a zdrowie społeczeństwa jest również niezbędnym warunkiem wydajności gospodarczej i dobrobytu.
3. Uwzględnianie kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki. Zdrowie społeczeństwa nie jest kwestią należąca jedynie do polityki zdrowotnej. Inne obszary polityki wspólnotowej odgrywają ważną rolę, na przykład polityka regionalna, polityka w zakresie ochrony środowiska, opodatkowanie wyrobów tytoniowych, regulacje dotyczące produktów farmaceutycznych i żywnościowych, zdrowie zwierząt, badania w dziedzinie zdrowia i innowacji, koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego, polityka rozwoju, zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy, technologie informacyjno-telekomunikacyjne, ochrona przed promieniowaniem oraz koordynacja agencji i służb regulujących przywóz do Wspólnoty.
4. Zwiększenie roli UE w ochronie zdrowia na świecie. WE i jej państwa członkowskie mogą

osiągnąć lepsze wyniki w zakresie zdrowia obywateli UE i innych poprzez trwałe wspólne przywództwo w globalnej ochronie zdrowia [7].

Tak sformułowana polityka zdrowotna na szczeblu UE powinna promować zdrowie, chronić obywateli przed zagrożeniami i wspierać zrównoważone podejście. W celu sprostania głównym wyzwaniom stojącym przed kwestiami związanymi ze zdrowiem, strategia określa trzy cele jako podstawowe obszary działania na nadchodzące lata:

- 1) propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie,
- 2) ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia,
- 3) wspieranie dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii.

Strategia ta ma na celu osiągnięcie konkretnych wyników dla poprawy zdrowia. Tak jak zostało to określone w Traktacie, WE odgrywa jedyną w swoim rodzaju rolę w poprawie i ochronie zdrowia oraz w ułatwianiu współpracy w dziedzinie zdrowia.

Uwzględniając odpowiedzialność państw członkowskich w zakresie zdrowia na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym oraz potrzebę poszanowania zasady pomocniczości, muszą one być ściśle zaangażowane w realizację niniejszej strategii.

Biała Księga – Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością

Kolejna *Biała Księga – Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością* [7] ma na celu określenie zintegrowanego podejścia UE do zmniejszenia występowania chorób wynikających z nieprawidłowego odżywiania, nadwagi i otyłości. Dokument opiera się na aktualnych inicjatywach podjętych przez Komisję, w szczególności platformie UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia oraz *Zielonej Księdze Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym*.

Zajmowanie się tą istotną kwestią zdrowia publicznego wymaga całościowej integracji polityk; począwszy od żywności i konsumenta, do sportu, edukacji i transportu. Problem otyłości występuje częściej wśród przedstawicieli niższych grup społeczno-ekonomicznych, co wskazuje na konieczność zwracania szczególnej uwagi na społeczny wymiar tego zagadnienia. Działania w niniejszym dokumencie skupiają się na czterech zasadniczych aspektach.

- Po pierwsze, działania powinny dotyczyć przyczyn powstawania zagrożeń dla zdrowia. W ten sposób działania ustalone w strategii powinny się przyczynić do zmniejszenia wszelkich zagrożeń

związanych z nieodpowiednim sposobem odżywiania i ograniczoną aktywnością fizyczną.

- Po drugie, opisane działania mają funkcjonować w obszarach polityki rządowej i na różnych szczeblach władzy przy zastosowaniu szeregu instrumentów, łącznie z ustawodawstwem, tworzeniem sieci kontaktów, podejściami publiczno-prywatnymi i przy zaangażowaniu sektora prywatnego oraz społeczeństwa obywatelskiego.
- Po trzecie, w celu zapewnienia skuteczności strategia będzie wymagała podjęcia działań przez szereg podmiotów prywatnych, takich jak przemysł spożywczy i społeczeństwo obywatelskie, oraz podmiotów na poziomie lokalnym, takich jak szkoły i organizacje społeczne.
- Po czwarte, najważniejszą kwestią w nadchodzących latach będzie monitorowanie. Podejmuje się już wiele działań mających na celu poprawienie sposobu odżywiania i aktywności fizycznej, a ich liczba każdego roku rośnie. Brak lub słaby nadzór spowodował niepełną ocenę na temat tego, co funkcjonuje sprawnie i czy konieczna jest poprawa lub zasadnicza zmiana działań.

SYSTEMY ZDROWIA NA OBSZARZE UNII EUROPEJSKIEJ

Poszczególne kraje członkowskie UE reprezentują różnorodne systemy opieki zdrowotnej. Ta różnorodność powoduje różnice w przysługujących obywatelom uprawnieniach w dostępie do ochrony zdrowia. Odpowiedzialność za opiekę zdrowotną spoczywa w zasadzie na poszczególnych krajach. Systemy narodowe różnią się pod względem organizacji, finansowania i dostarczania usług zdrowotnych [1].

W krajach UE funkcjonują dwa podstawowe, zasadnicze modele finansowania opieki zdrowotnej: ubezpieczeniowy i państwowy (narodowy).

Są to systemy ochrony zdrowia opierające swoje konstrukcje na modelu Bismarcka lub Beveridge'a, które następnie zostały uszczegółowione (ze względu na różnorodność rozwiązań występujących w poszczególnych krajach).

W przypadku systemu Bismarcka kryterium wyodrębniania podsystemów stało się wnoszenie opłat za korzystanie ze świadczeń opieki ambulatoryjnej, a w przypadku systemu Beveridge'a – źródło pozyskiwania funduszy na ochronę zdrowia [8].

System Bismarcka – model ubezpieczeniowy

Model ubezpieczeniowy wywodzi się od kas chorych, będących wynikiem wprowadzonych w 1883 roku przez kanclerza Bismarcka ubezpieczeń, zgodnie

z którym pracownicy przemysłowych zakładów pracy należeli do kas chorych (początkowo dobrowolnych, później obowiązkowych).

W systemie ubezpieczeniowym głównym źródłem finansowania są składki na ubezpieczenie zdrowotne płacone przez osoby ubezpieczone, które z tego tytułu posiadają uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. W tym celu funkcjonują różnorodne instytucje finansowe. W zależności od kraju ubezpieczony może mieć nieograniczone lub ograniczone (np. wykonywanym zawodem) prawo wyboru pomiędzy instytucjami ubezpieczeniowymi. Świadczenia udzielane są przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z płatnikiem (ubezpieczycielem). Rozróżniamy dwa sposoby opłacania świadczeń: refundację kosztów leczenia i system świadczeń rzeczowych [1].

Refundacja kosztów leczenia (inaczej system zwrotów) polega na tym, że ubezpieczony ma prawo do swobodnego wyboru świadczeniodawcy (lekarza opieki podstawowej, specjalistycznej, szpitala) opłacając pełne koszty udzielonych mu świadczeń, a następnie ubiegać się o zwrot poniesionych kosztów wg stawek instytucji ubezpieczeniowej. Koszty związane z korzystaniem z usług medycznych pokrywa ubezpieczyciel. Takie rozwiązanie funkcjonuje np. we Francji, Luksemburgu czy Belgii.

System świadczeń rzeczowych to dostarczanie świadczeń w naturze, co oznacza, że pacjent otrzymuje usługi bezpłatnie, np. w Holandii, Austrii, Niemczech.

W odniesieniu do systemu ubezpieczeniowego możemy dokonać jego podziału na system ubezpieczeń społecznych i prywatny [1]. Podstawowa różnica pomiędzy tymi systemami sprowadza się do stopnia, w jakim rząd określa wymagania i zasady funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych. Systemy te zazwyczaj odróżnia od siebie także skala świadczeń, a zwłaszcza wielkość populacji podlegającej ubezpieczeniu, odpłatności za świadczenia społeczne.

Ogólną cechą ubezpieczeń społecznych jest ich przymusowy charakter i konieczność opłacania składek przez pracowników lub pracodawców czy wspólnie przez pracowników i pracodawców. Grupa osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia jest określona odgórnie. Wysokość składki (swoistego podatku od dochodu) określona przez rząd lub organizacje pozarządowe zazwyczaj ustalana jest zgodnie z zasadą solidarności (uwzględniając jedynie ryzyko i dochód), a nie pod kątem indywidualnych czynników ryzyka, takich jak wiek czy styl życia. W systemie ubezpieczeń społecznych dopuszczalne są ulgi, wyjątki i szczególne zasady dla niektórych grup, takich jak niepełnosprawni, bezrobotni, więźniowie, osoby o niskich dochodach czy samozatrudnieni.

Jest to system, który z założenia winien świadczyć usługi o charakterze niedochodowym w zakresie opieki zdrowotnej.

System ubezpieczeń społecznych może oferować ograniczoną liczbę świadczeń lub gwarantować je tylko części populacji. W takim przypadku często powstała luka wypełniają prywatne ubezpieczenia.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne są w mniejszym stopniu kontrolowane przez rząd. W systemie tym dopuszczalna jest większa swoboda w kalkulowaniu wysokości składek, określaniu grup ryzyka i pakietów gwarantowanych świadczeń (firmy ubezpieczeniowe działają na zasadzie konkurencji). Składka z tytułu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego jest zazwyczaj powiązana ze stopniem indywidualnego ryzyka (wynikającego m.in. z wieku, płci, stanu zdrowia, wykonywanej pracy itp.) [1].

W wielu krajach mamy do czynienia z mieszanym, tzn. społeczno-prywatnym systemem ubezpieczeń zdrowotnych. W takim systemie prywatne ubezpieczenia zdrowotne stanowią swoiste uzupełnienia społecznych ubezpieczeń zdrowotnych. Najczęściej prywatni ubezpieczyciele mają w swojej ofercie świadczenia dla osób niekwalifikujących się do ubezpieczeń społecznych lub oferują dodatkowe produkty ubezpieczeniowe (świadczenia) niedostępne w ubezpieczeniach społecznych (np. współfinansowanie niektórych specjalistycznych świadczeń, dostęp do opieki w szpitalach „wyższej klasy”).

System Beveridge'a – Narodowy system ochrony zdrowia

Narodowy system ochrony zdrowia – jest to system finansowany z podatków, w którym odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie spoczywa po stronie rządu. Koszty takiego systemu są co roku negocjowane przez parlament w ramach dyskusji budżetowej. W systemie narodowym każdy obywatel ma prawo korzystania ze świadczeń – na zasadzie pełnej równości. Pacjent nie płaci za świadczenia (partycypacja pacjenta w kosztach leczenia jest bardzo niewielka), najczęściej korzysta jednak z usług lekarza pierwszego kontaktu (koordynatora), który kieruje pacjenta do lekarza specjalisty, szpitala. W ramach tego modelu wyróżnia się:

- system scentralizowany (centralny), w którym organizacja i dostarczanie świadczeń są obowiązkiem państwa (służba zdrowia zarządzana jest przez ministerstwo i podległe mu jednostki terenowe), np. w Grecji, Hiszpanii, Irlandii, Portugalii;
- system zdecentralizowany (lokalny), w którym organizacja i dostarczanie świadczeń są obowiązkiem władz lokalnych (służba zdrowia zarządzana jest przez autonomiczne władze samorządowe), np. w Danii, Finlandii, Szwecji [8].

Każdy z funkcjonujących w świecie systemów ochrony zdrowia obejmuje następujące sfery działań:

- a) opiekę zdrowotną, rozumianą jako medycynę leczniczą;
- b) ochronę zdrowia, rozumianą jako działania na rzecz zdrowia publicznego, tj. na rzecz ogółu społeczeństwa, realizowane zarówno przez służby medyczne, jak i inne sektory życia społeczno-gospodarczego;
- c) struktury zarządzania opieką zdrowotną i ochroną zdrowia;
- d) źródła i drogi finansowania całokształtu działań na rzecz zdrowia [1].

PODSUMOWANIE

W ostatnich dwu dziesięcioleciach, a zwłaszcza w latach dziewięćdziesiątych XX wieku, podjęto intensywne dyskusje, a w ślad za nimi realizację reform w obowiązujących systemach ochrony zdrowia. Reformy wprowadza się zarówno w krajach, gdzie funkcjonuje system narodowej służby zdrowia (np. Dania, Finlandia, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Norwegia, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy), jak i w krajach, gdzie funkcjonuje system oparty na ubezpieczeniach zdrowotnych (np. Austria, Belgia, Francja, Holandia, Niemcy). Wszędzie konieczność reform uzasadniana jest głównie niedostateczną efektywnością dotychczasowego systemu, brakiem równości do świadczeń, brakiem konkurencyjności, niedostateczną motywacją personelu, a także koniecznością ograniczania tempa wzrostu nakładów na zdrowie [8].

Konieczność reformy systemu determinowana była i jest więc głównie trzema czynnikami:

- 1) zmianami demograficznymi – przejawiającymi się przede wszystkim wzrostem liczby ludności, postępującym procesem starzenia się społeczeństwa, a następnie wzrostem proporcji osób wymagających intensywnej i długotrwałej opieki medycznej;
- 2) postępem cywilizacyjnym i technologicznym – udostępniającym coraz nowocześniejsze procedury diagnostyczne i lecznicze w medycynie i pozwalającym na przyspieszenie tempa rozwoju nauk medycznych i wzrost efektywności działań medycznych oraz jednoczesną eskalację kosztów procedur diagnostyczno-leczniczych, degradację środowiska i pojawienie się nowych zagrożeń zdrowotnych,
- 3) realiami ekonomicznymi – ograniczającymi wszelkie możliwości wzrostu nakładów na zdrowie, szczególnie w sektorze publicznym w skali dostosowanej do tempa zmian demograficznych i technologicznych. Czynniki te decy-

dują o różnicach w sytuacji zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi krajami i stanowią wyzwanie do intensyfikacji procesu reform systemowych w ochronie zdrowia w skali europejskiej.

Ujednolicenie polityk ochrony zdrowia (np. na szczeblu wspólnotowym) następuje poprzez:

- ustalenie wysokich norm jakości i bezpieczeństwa w odniesieniu do organów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i substancji krwiopochodnych;
- działania w dziedzinie weterynarii i fitosanitarne, zmierzające bezpośrednio do ochrony zdrowia publicznego;
- działania zachęcające do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego.

Stan zdrowia różni się w całej UE w zależności od miejsca, pochodzenie etnicznego, płci oraz statusu społecznego. Unia Europejska promuje otwartą koordynację krajowych polityk ochrony zdrowia, która kładzie szczególny nacisk na dostęp do opieki zdrowotnej, jej jakość.

Niektóre z głównych celów to: krótszy czas oczekiwania, powszechne ubezpieczenie, lepszy dostęp do opieki, skuteczne programy profilaktyczne, podstawowe leki, uproszczone procedury administracyjne oraz wzmacnianie zdrowia poprzez promocję zdrowia i zapobieganie chorobom.

W obecnej sytuacji gospodarczej dostęp do opieki zdrowotnej i wprowadzenie postępu technologicznego są coraz częściej postrzegane na tle stabilności finansowej. Wiele z wyzwań stojących przed rządami w całej UE zostało przedstawionych w Białej Księdze Komisji Europejskiej, zatytułowanej *Razem dla zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013* (COM (2007) 360) i przeniesione do realizacji do 2020 roku.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Dziadczyk B. Modele opieki zdrowotnej. W: Procesy globalizacyjne a myśl ekonomiczna Kościoła katolickiego. Red. M Pierzchalska. Wyd WSB, Radom 2006; 204.
- [2] Auleytner J. Polityka społeczna w Polsce i w świecie. Wyd WSP TWP, Warszawa 2011.
- [3] Europa in figures, Eurostat Yearbook 2011, Luxembourg 2011.
- [4] Głębicka K. Socjalny wymiar Europy. Wyd PRad., Radom 2006.
- [5] Traktat o Unii Europejskiej, Lizbona 13.02.2007, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 306/83.
- [6] Głębicka K. Strategie polityki społecznej w Unii Europejskiej. W: Strategie w polityce społecznej.

Red. M Grewiński, A Karwacki. Wyd MCPS, Warszawa 2009.

[7] Biała Księga – Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013, COM (2007) 630, Październik 2007 KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH Bruksela, dnia 23.10.2007.

[8] Niżnik J. W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Kraków 2004.

Adres do korespondencji:

dr hab. prof. nadzw. Katarzyna Głąbicka
Wydział Ekonomiczny Politechniki Radomskiej
26-600 Radom, ul. Chrobrego 31
e-mail: kfis@we.radom
tel. +48 361 74 14

