Jadwiga Suchecka, Zofia Skrzypczak

Kierunki reform systemów zdrowotnych w krajach Europy Środkowej : przypadek Węgier

Problemy Zarządzania 13/2 (2), 81-99

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Problemy Zarządzania, vol. 13, nr 2 (53), t. 2: 81–99
ISSN 1644-9584, © Wydział Zarządzania UW
DOI 10.7172/1644-9584.53.5

Kierunki reform systemów zdrowotnych w krajach Europy Środkowej – przypadek Węgier

Nadesłany: 11.05.15 | Zaakceptowany do druku: 29.06.15

Jadwiga Suchecka*, Zofia Skrzypczak**

Celem opracowania jest prezentacja procesu transformacji systemu zdrowotnego w krajach Europy Środkowej – ze szczególnym uwzględnieniem przypadku Węgier. Finansowanie opieki zdrowotnej w tych krajach opierało się na składce na obowiązkowe ubezpieczenie, płaconej w różnych proporcjach przez pracodawcę i pracownika; dodatkowo wprowadzono w niektórych krajach zasadę współpłacenia (*co-payment*) za niektóre świadczenia zdrowotne oraz możliwe było całkowite finansowanie usług medycznych ze środków prywatnych pacjenta, tzw. *out-of-pocket payments*. Obecnie proponowane są kolejne modyfikacje systemów zdrowotnych, wynikające przede wszystkim z niestabilności systemu finansowego oraz spowolnienia wzrostu gospodarczego, będącego skutkiem światowego kryzysu finansowego.

Słowa kluczowe: finansowanie ochrony zdrowia, obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, współpłacenie.

The Process of Transformation of Healthcare in Central Europe – Focus on Hungary

Submited: 11.05.15 | Accepted: 29.06.15

The aim of the paper is to present the process of transformation of healthcare in Central Europe with focus on Hungary. Healthcare financing in this region was based on mandatory healthcare premiums paid both by the employee and the employer, although not divided equally. In addition, in a number of countries selected health services were subject to co-payment. Moreover, certain services were fully financed by the patient as out of pocket payments. Nowadays numerous modifications of healthcare systems are being proposed due to the instability of the financial sector, as well as economic slowdown, being a result of world financial crisis.

Keywords: healthcare financing, mandatory health insurance, co-payment.

JEL: I13

* Jadwiga Suchecka – prof. zw. dr hab., Katedra Ekonometrii Przestrzennej, Uniwersytet Łódzki.

** Zofia Skrzypczak – doc. dr, Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania.

Adres do korespondencji: Katedra Ekonometrii Przestrzennej UŁ, ul. Rewolucji 1905 roku 37, 90-214 Łódź; e-mail: suchecka@uni.lodz.pl; Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa; email: skrzypczak@wz.uw.edu.pl.

1. Wprowadzenie

Współczesne systemy zdrowotne w krajach Europy Środkowej powstały w latach 90. XX wieku w wyniku transformacji systemowej[1], która obejmowała transformację ustrojową i gospodarczą. Należy zwrócić uwagę, że transformacja gospodarcza stanowi element polityki gospodarczej i obejmuje działania mające na celu stworzenie podmiotom gospodarczym rynkowych warunków funkcjonowania. Warunki te powinny wykraczać poza sferę ludzkich postaw i wynikających z nich zachowań (por. Bałtowski i Miszewski, 2006, s. 23–24).

Zmiany zachodzące wewnątrz systemu politycznego oraz partyjnego poszczególnych krajów związane były przede wszystkim ze zmianą ustroju państwa, ale także z jakościową zmianą rządzenia i sprawowania władzy. Istotę transformacji ustrojowej w państwach Europy Środkowej dobrze określa definicja sformułowana przez Jana Szczepańskiego (1999, s. 73), według której jest to ciąg zmian dokonujących się w różnych dziedzinach, prowadzących do przemian istotnych dla całego systemu społecznego. Przekształcenia rzeczywistości społecznej mogą dokonywać się w wyniku reformy, rewolucji bądź transformacji.

Cechą charakterystyczną przemian systemu zdrowotnego obserwowanych od lat 90. XX wieku w krajach Europy Środkowej są dwa procesy: wcześniej omówiona transformacja i reforma postrzegana jako proces ewolucyjny, stopniowo i długotrwale przekształcający elementy systemu. Przekształcenia w systemie powinny mieć charakter ewolucyjny, co oznacza, że „w kolejnych latach reforma będzie kontynuowana na wyższym jakościowo poziomie organizacji i usprawniania systemu ochrony zdrowia" (Golinowska i Włodarczyk, 2005, s. 3).

Na system ochrony zdrowia składa się wielość elementów tworzących system organizacji i system finansowania świadczeń, podporządkowanych nadrzędnemu celowi, jakim jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych zarówno społeczeństwa, jak i poszczególnych jego członków, z jednoczesnym przestrzeganiem zasad efektywności ekonomicznej oraz racjonalności i skuteczności działań. Dążenie do spełnienia tych założeń powoduje, że współczesne systemy zdrowia podlegają transformacji o różnej intensywności.

Efektywność ekonomiczna transformowanych lub reformowanych systemów ochrony zdrowia zależy przede wszystkim od intensywności tworzenia wspólnych funduszy oraz metod gromadzenia i wydatkowania środków finansowych, a także od sposobu określania zasad równości w finansowaniu transformowanego systemu. Wynika stąd, że analizując systemy ochrony zdrowia, należy odróżniać funkcje finansowe i organizacyjne, jakie zostały przypisane w różnych ujęciach mających charakter modelowy sektora ochrony zdrowia.

 DOI 10.7172/1644-9584.53.5

Powiązanie funkcji finansowania świadczeń zdrowotnych z odpowiednim systemem organizacyjnym może odbywać się drogą:
- ustalenia zasad gromadzenia dochodów jednostek ochrony zdrowia i tworzenia wspólnych funduszy,
- określenia roli nabywcy świadczeń zdrowotnych,
- sformułowania warunków zabezpieczenia dostępności usług medycznych[2].

Gromadzenie dochodów jest procesem uruchamiającym różne źródła finansowania opieki zdrowotnej. Tworzenie wspólnych funduszy ma na celu rozłożenie ryzyka finansowego na całą populację lub wyróżnione grupy społeczne poprzez gromadzenie przedpłat na pokrycie kosztów działalności jednostek ochrony zdrowia. Potencjalni indywidualni nabywcy świadczeń powinni natomiast przyczyniać się do realizacji solidaryzmu, m.in. poprzez odpowiedni poziom finansowania uniezależniony od ich statusu ekonomicznego.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż efektywność współczesnych systemów zdrowotnych będzie zależała przede wszystkim od intensywności tworzenia wspólnych funduszy oraz gromadzenia i wydatkowania środków finansowych.

Transformacja systemowa w krajach Europy Wschodniej i Środkowej zapoczątkowała również transformację systemów zdrowotnych. W tej grupie państw procesy transformacji ukierunkowane były na (Golinowska, 2006):
- zmianę finansowania z planowania budżetowego na rzecz finansowania ze składki pracodawców i/lub pracowników – obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne,
- wzrost autonomii sektora zdrowotnego zarówno na szczeblu terytorialnym, jak i w placówkach ochrony zdrowia w sektorze publicznym,
- prywatyzację określonych rodzajów opieki zdrowotnej,
- implementację metod finansowania umożliwiających osiąganie wynagrodzeń „białego personelu" na poziomie przeciętnym dla gospodarki (Depta, 2011, s. 47–59).

Celem niniejszego opracowania jest prezentacja procesu transformacji systemu zdrowotnego w krajach Europy Wschodniej i Środkowej – ze szczególnym uwzględnieniem przypadku Węgier. W krajach tych finansowanie opieki zdrowotnej obejmowało składkę na obowiązkowe ubezpieczenie, płaconą w różnych proporcjach przez pracodawcę i pracownika, wprowadzono zasadę współpłacenia (*co-payment*) za niektóre świadczenia zdrowotne oraz całkowite finansowanie usług medycznych ze środków prywatnych pacjenta tzw. *out-of-pocket payments.* Obecnie proponowane są kolejne modyfikacje systemów zdrowotnych, wynikające przede wszystkim z niestabilności systemu finansowego oraz spowolnienia wzrostu gospodarczego, będącego skutkiem światowego kryzysu finansowego.

2. Ogólna charakterystyka modeli opieki zdrowotnej

W krajach Europy Wschodniej i Środkowej do końca lat 80. XX wieku obowiązywał w opiece zdrowotnej system scentralizowany, oparty na modelu Siemaszki. Funkcjonowanie tego systemu obciążało państwo odpowiedzialnością za zdrowie społeczeństwa i gwarantowało powszechny dostęp do szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych. Obecnie system ten, w wyniku procesów transformacji i reform, przekształcony został w system niemiecki, oparty na klasycznym modelu Bismarcka, który również podlega ciągłym modyfikacjom.

Modyfikacje modelu Bismarcka doprowadziły do wyodrębnienia się dwóch podsystemów:

- podsystem monopolistycznych ubezpieczeń zdrowotnych traktowany jako klasyczny model Bismarcka,
- podsystem pluralistycznych ubezpieczeń, nazywany systemem hybrydowym, który charakteryzuje występowanie współpłatności i interwencjonizmu państwowego (Suchecka, 2010, s. 59).

Dokonując porównań obu modeli klasycznych przez pryzmat idei tworzenia systemu, finansowania usług, zakresu interwencjonizmu państwa, przywilejów konsumentów/pacjentów oraz prawa do świadczeń, można dostrzec kierunki zmian w transformowanym systemie centralistycznym.

Charakterystyka omawianych modeli z uwzględnieniem wyróżnionych kryteriów prezentowana jest w tabeli 1.

Wyznacznik	Model Siemaszki	Model Bismarcka (ubezpieczeniowy)
Idea tworzenia systemu	Zobowiązanie się państwa do zapewnienia opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom posiadającym obywatelstwo danego kraju, niezależnie od tego, czy jest zatrudniony, czy nie. Prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych jest zagwarantowane konstytucyjnie.	Ochrona przed skutkami nieprzewidzianych zdarzeń losowych, w wyniku których pogorszeniu może ulec sytuacja materialna obywatela.
Finansowanie usług	Całkowite finansowanie z budżetu państwa, środki przyznawane są określone możliwościami finansowymi kraju i ich wysokość nie jest powiązana z realnymi potrzebami zdrowotnymi ludności.	Przez fundusze ubezpieczeniowe gromadzone z obowiązkowych składek pracowników i pracodawców
Udział państwa	Sprawuje całkowity nadzór nad systemem, odpowiada za dostęp pacjentów do jednakowych świadczeń zdrowotnych, posiada monopol w zatrudnianiu i wynagradzaniu pracowników, ustala	Sprawuje ogólny nadzór. Tworzy ramy prawne funkcjonowania systemu. Instytucje ubezpieczeniowe są zorganizowane i funkcjonują poza administracją publiczną państwa

 DOI 10.7172/1644-9584.53.5

cd. tab. 1

Wyznacznik	Model Siemaszki	Model Bismarcka (ubezpieczeniowy)
Udział państwa	akty prawne określające potrzeby zdrowotne społeczeństwa i strukturę organizacyjną jednego centralnie zaplanowanego systemu. Centralne opracowanie wytycznych odnośnie do liczby przewidzianych poradni i szpitali referencyjnych.	
Przywileje konsumentów	Ścisła rejonizacja poradni opieki zdrowotnej (interna, pediatria, chirurgia, ginekologia, okulistyka, stomatologia), poradnie zakładowe i szkolne. Pacjenci są objęci opieką całkowicie zapewnioną przez państwo.	Osoby osiągające odpowiednio wysoki dochód są zwolnione z obowiązku ubezpieczenia – mogą korzystać z ubezpieczeń prywatnych
Prawo do świadczeń	Wszyscy obywatele posiadający obywatelstwo danego kraju mają dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej na takich samych zasadach.	Wynika z umowy ubezpieczeniowej: ubezpieczony płaci składkę, co jest warunkiem udzielenia mu świadczenia

Tabela 1. Charakterystyka modeli według wybranych kryteriów. Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Kautsch i in. (red.), (2001) Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Kraków: Wolters Kluwer Polska, 36–37; E. Rogoś i Z. Skrzypczak (2006). Odejście od modelu Siemaszki – i co dalej z ochroną zdrowia? Przypadki Rosji, Ukrainy i Łotwy. Problemy Zarządzania, 2, 48–49.

Z przedstawionej charakterystyki obu systemów wynika między innymi, że w każdym z nich występują różne uregulowania prawne kształtujące podaż i popyt na świadczenie zdrowotne oraz różne sposoby gromadzenia i wydatkowania środków finansowych, a także określające zakres redystrybucji dochodów. W tym ostatnim przypadku niezwykle ważną rolę odgrywają odpowiednie instrumenty finansowe, które powinny charakteryzować się wysoką wydajnością fiskalną i efektywnością ekonomiczną[3]. Instrumenty finansowe powinny spełniać również funkcję narzędzi umożliwiających oddziaływanie na efektywność wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej oraz na racjonalność zachowań świadczeniodawców i pacjentów (zob. Sobiech, 2007, s. 27). Wynika stąd, że decyzje dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych powinny być uwzględnione w polityce zdrowotnej kreowanej przez rząd danego kraju. Z tego względu w teoretycznych propozycjach określa się funkcje finansowania systemu zdrowia w przyszłej polityce zdrowotnej. Powiązania funkcji finansowania z zadaniami polityki zdrowotnej zaprezentowane są w tabeli 2.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż w transformowanych systemach zdrowotnych, przechodzących z systemu scentralizowanego do systemu zaopa-

Funkcje finansowania	Zadania polityki zdrowotnej (ustalenia)
1) Gromadzenie funduszy	Ile należy zgromadzić środków i od kogo? Dla kogo i na jaką działalność powinny być przeznaczone?
2) Fundusz nabywców	Z jakich źródeł pozyskiwać środki finansowe? W jaki sposób dokonać alokacji tych środków pomiędzy świadczeniodawców?
3) Dostarczanie świadczeń	Od kogo kupować i jak kupować? Po jakiej cenie kupować i jak płacić?

Tabela 2. Funkcje finansowania i zadania polityki zdrowotnej. Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Figueras, M. McKee, J. Cain i S. Lessof (2006). Health system in transition: learning from experience. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 53.

trzeniowo-ubezpieczeniowego kluczowym zadaniem dla rządów poszczególnych państw będzie zapewnienie efektywności ekonomicznej współczesnego systemu oraz stabilności finansowej gwarantujących równowagę systemu zdrowotnego i bezpieczeństwo zdrowotne.

3. Procesy transformacji systemów ochrony zdrowia w krajach Europy Wschodniej i Środkowej

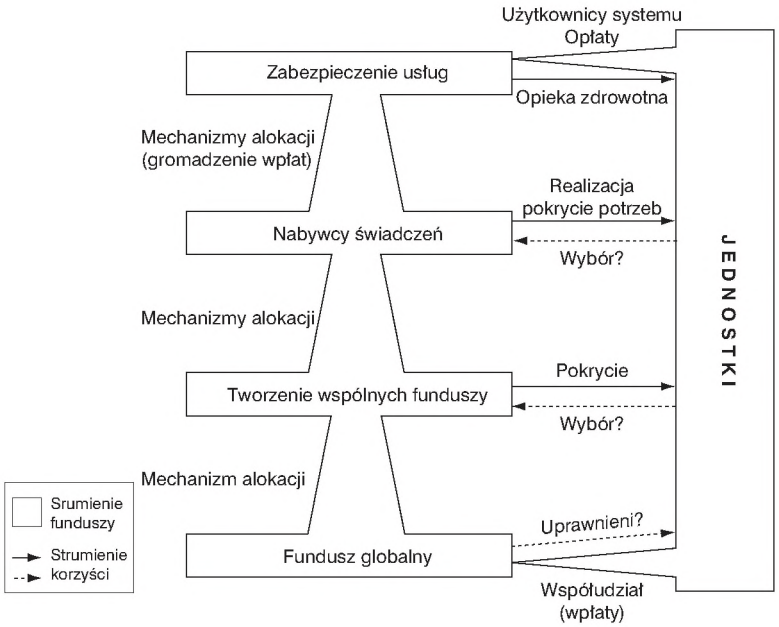
Procesy transformacji ochrony zdrowia w krajach Europy Wschodniej i Środkowej skoncentrowane były początkowo na najistotniejszym problemie, jakim jest ustalenie źródeł i sposobów gromadzenia środków finansowych, z wykorzystaniem odpowiednich instrumentów finansowych gwarantujących stabilność finansową i efektywność ekonomiczną systemu, z zachowaniem bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwu. Wymaga to równoczesnego wykorzystania takich instrumentów finansowych, które byłyby właściwe finansom publicznym, ubezpieczeniom oraz finansom korporacji (przedsiębiorstw) i rynków finansowych (Sobiech, 2007, s. 37). Te postulaty w większości, jak wskazano w tabeli 1, spełnia system ubezpieczeniowo-zaopatrzeniowy, wywodzący się z modelu Bismarcka.

W literaturze przedmiotu wymienia się następujące instrumenty finansowe, których stosowanie uwarunkowane jest odpowiednim systemem organizacyjno-instytucjonalnym (Sobiech, 2004, s. 443):

- składka na powszechne ubezpieczenia zdrowotne (ubezpieczenia obowiązkowe), która charakteryzuje się wydajnością fiskalną i efektywnością ekonomiczną oraz ma znaczenie fiskalne, redystrybucyjne i alokacyjne,
- składka na dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne mająca znaczenie redystrybucyjne i alokacyjne,
- współpłacenie jako forma bezpośredniej opłaty za świadczenia zdrowotne, która pełni funkcje fiskalną i regulacyjną.

 DOI 10.7172/1644-9584.53.5

Podsumowując dotychczasowe rozważania, można stwierdzić, iż w krajach podlegających transformacji systemowej i ekonomicznej, w przekształcanych centralistycznych systemach zdrowotnych niezwykle ważną rolę przypisywano mechanizmom finansowym. Ogólne założenia tej koncepcji zaprezentowano na rysunku 1.



Rysunek 1. Funkcje systemu finansowania zdrowia w transformowanym systemie centralistycznym. Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Kutzin (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy, 56, s. 181.

Zapoczątkowanym procesom transformacji towarzyszyły odpowiednie reformy wprowadzające odpowiedni systemem organizacyjno-instytucjonalny. Ogólną charakterystykę kierunku reform typową dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej prezentuje tabela 3.

	Kierunek reform
Organizacja sektora	• wprowadzenie funkcji lekarza rodzinnego i odejście od poliklinik • wyodrębnianie specjalistyki, placówek pielęgnacyjnych i hospicjów • budowa instytucji zdrowia
Prywatyzacja własności	• gabinety prywatne w poz i prywatna specjalistyka • prywatne szpitalnictwo, rehabilitacja, usługi pielęgnacyjne i hospicja
Prywatyzacja finansowania	• ubezpieczenia dodatkowe, alternatywne • współpłacenie w systemie publicznym

cd. tab. 3.

Kierunek reform	
Decentralizacja/ centralizacja	• decentralizacja funkcji właścicielskich • krajowa sieć szpitali • decentralizacja funkcji płatniczych
Modernizacja zarządzania	• wprowadzenie zawodu menedżera zdrowia, systemu informacji o usługach i kosztach • sporządzanie analiz i prognoz ekonometrycznych • badanie satysfakcji pacjentów i wykorzystywanie ich w procesie zarządzania
Zmiana metod finansowania placówek	• w poz od opłat za usługę do kapitacji • w szpitalnictwie od opłat za osobodzień do DRG

Tabela 3. Ogólna charakterystyka kierunków reform w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Źródło: S. Golinowska (2006). Zmiany i reformy systemów ochrony zdrowia w krajach transformacji. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, IV(1), 25.

4. Reformy systemu ochrony zdrowia na Węgrzech

Węgierski system ochrony zdrowia przechodził w ostatnich 20 latach szereg modyfikacji. Rozpoczęto je na początku lat 90. XX wieku od zmniejszenia stopnia centralizacji, będącej pozostałością państwa socjalistycznego.

Węgierski dwupoziomowy system samorządowy – powiatowy oraz gminny – odgrywa znaczącą rolę w systemie ochrony zdrowia. Do zadań samorządów należą przede wszystkim planowanie oraz zapewnienie lokalnych usług zdrowotnych. Za podstawową opiekę zdrowotną odpowiadają gminy, usługi specjalistyczne – należą do obowiązków powiatów. Opierając się na powszechnie panującej zasadzie pomocniczości, powiaty mogą przejmować zadania gmin, jeśli nie są one w stanie podjąć tych działań oraz wyrażają chęć ich przekazania na wyższy poziom administracyjny. Oba podmioty mogą także zlecić rolę dostarczyciela usług prywatnym świadczeniodawcom. Samorządy są również właścicielami większości zakładów opieki zdrowotnych funkcjonujących na ich obszarze, przez co pełnią funkcję głównych dostawców świadczeń. Gminy są zwykle właścicielami przychodni POZ; większe z nich mogą posiadać przychodnie ambulatoryjne oraz szpitale oraz je prowadzić. Władze powiatu prowadzą duże szpitale powiatowe, zapewniające opiekę specjalistyczną oraz wysokospecjalistyczną. Pełniąc funkcję właścicielskie, samorządy lokalne są odpowiedzialne za finansowanie – wspólnie z rządem – nakładów inwestycyjnych w zakresie świadczonych usług (European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 34–35).

Konsekwencją reformy zdrowia publicznego i zmian administracji w ochronie zdrowia było powołanie w 1991 roku agencji rządowej Narodowy

 DOI 10.7172/1644-9584.53.5

Urząd Zdrowia Publicznego i Biuro Administracji Medycznej (NPHMOS – National Public Health and Medical Officer Administration). Agencja ta, wraz ze Zgromadzeniem Narodowym (parlamentem), rządem, Sekretariatem Stanu ds. Zdrowia i lokalnymi władzami samorządowymi, stała się jednym z głównych podmiotów systemu opieki zdrowotnej.

W debatach parlamentarnych i dyskusjach ekspertów na początku lat 90. XX wieku przewijały się koncepcje stworzenia modelu pojedynczego płatnika lub systemu z wieloma płatnikami, posiadającymi kompetencje ubezpieczyciela zdrowia. W rezultacie został zaakceptowany model jednego płatnika, z możliwością wprowadzenia wielu planów ubezpieczeniowych w przyszłości[4].

Od 1990 do 1992 roku ubezpieczenia zdrowotne i emerytalne były finansowane ze środków Społecznych Ubezpieczeń Zdrowotnych – SHI (*Social Health Insurance*). W roku 1992 rząd podzielił SHI na dwa fundusze: Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych – HIF (*Health Insurance Fund*) i Fundusz Ubezpieczeń Emerytalnych – PIF (*Pension Insurance Fund)*[5]. Zarządzanie tymi funduszami zostało zmienione w połowie 1993 roku. Narodowe Społeczne Ubezpieczenia Administracyjne zostały podzielone na dwa: NHIFA (*National Health Insurance Fund Administration)* i NPIFA (*National Pension Insurance Fund Administration*)[6].

Najważniejsze decyzje polityczne dotyczące ochrony zdrowia podejmuje Zgromadzenie Narodowe. Określa ono mechanizm płatności oraz uchwala ostateczną wielkość budżetu Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego (HIF) wraz z jego subfunduszami. Decyduje o wysokości stawki ubezpieczeniowej w danym roku (European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 27).

Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego (HIF) stanowi główne źródło finansowania bieżących wydatków na usługi zdrowotne, finansuje także niektóre świadczenia, takie jak zasiłek chorobowy. Dochody funduszu pochodzą głównie z obowiązkowych składek, które stanowią proporcjonalny podatek dochodowy pracowników, podatków ogólnych transferowanych z budżetu centralnego, wpływów bezpośrednich od korporacji farmaceutycznych, celowego podatku zdrowotnego oraz źródeł prywatnych. Składki dla osób o niskim dochodzie opłaca rząd, a ich wysokość nie uwzględnia ryzyka zdrowotnego. Środki z podatków w znacznym stopniu pokrywają koszty kapitałowe publicznych zakładów opieki oraz niektóre z kosztownych technologii medycznych. Podatek celowy dotyczy jedynie dochodów nieobjętych składką SHI. Do prywatnych źródeł zalicza się środki organizacji charytatywnych, organizacji pozarządowych, korporacji, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, a także znaczną część opłat bezpośrednich. HIF jest oddzielony od budżetu centralnego, dlatego też uzyskane na jego koncie nadwyżki nie mogą być transferowane na rzecz innych wydatków państwowych. Fundusz funkcjonuje w podziale na 30 mniejszych funduszy, finansujących poszcze-

gólne rodzaje usług zdrowotnych (European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 67).

Jeżeli chodzi o wydatki bieżące – są one pokrywane przez HIF; wydatki inwestycyjne dotyczące opieki ambulatoryjnej i szpitalnej są finansowane przez centralne lub lokalne jednostki administracji rządowej. Rząd dodatkowo pokrywa koszty pewnych grup usług medycznych, takich jak kosztowne wysokospecjalistyczne procedury, świadczenia w zakresie zdrowia publicznego (European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 79).

Na mocy ustawy LXXXIV z 1991 roku powołano quasi-publiczne ciało do kontrolowania obu funduszy, tj. HIF (*Health Insurance Fund*) i PIF (*Pension Insurance Fund*), które składało się z reprezentantów pracodawców i pracowników[7]. Samorządowy Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych i Fundusz Emerytalny rozpoczęły swoją działalność w 1993 roku. Przedstawicielami pracowników byli reprezentanci różnych związków zawodowych, natomiast pracodawcy byli reprezentowani przez delegatów stowarzyszeń pracodawców[8]. Organizacja ta posiadała szerokie uprawnienia dotyczące decyzji budżetowych oraz prawo weta w przypadku niekorzystnych decyzji rządowych w sprawie ubezpieczeń społecznych.

W latach 1990–1994 nastąpiło wzmocnienie podstawowej opieki medycznej, ponieważ w roku 1991 powołano do życia Narodowy Instytut Medycyny Rodzinnej, wprowadzając profesjonalne standardy do tego sektora[9]. W 1992 roku rozpoczęli funkcjonowanie tzw. lekarze rodzinni, a medycyna rodzinna została wprowadzona, jako nowa i obowiązkowa specjalizacja dla wszystkich lekarzy pracujących w opiece podstawowej. Obywatele otrzymali prawo wyboru swojego lekarza rodzinnego.

Mechanizm opłat za usługi lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej stanowi połączenie metod prospektywnych i retrospektywnych. Do prospektywnych zalicza się stawkę za każdego pacjenta (stawka kapitacyjna). Pacjenci mają prawo do wolnego wyboru lekarza POZ. Poziom finansowania konkretnej praktyki lekarskiej zależny jest od liczby pacjentów, lokalizacji placówki, a powiększony jest o retrospektywne opłaty dotyczące pacjentów, których nie ma „na liście" danego lekarza. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są opłacane w formie opłaty za usługę, obliczanej na podstawie przyporządkowanej każdemu świadczeniu liczbie punktów. Usługodawcy mają zakontraktowaną miesięczna liczbę punktów (po jej przekroczeniu NKUZ nie zwraca poniesionych kosztów). Opieka szpitalna jest finansowana w zależności od rodzaju przypadku oraz jego ciężkości. Intensywna terapia, chirurgia jednego dnia oraz ratownictwo medyczne opłacane są według systemu HDG – przypominającym system jednorodnych grup pacjentów (JGP). Procedury wysokospecjalistyczne oraz kosztochłonne zabiegi są rekompensowane na podstawie tzw. opłaty za przypadek, a leczenie przewlekłe jest finansowane za pomocą stawki za tzw. osobodzień (European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 94–96).

 DOI 10.7172/1644-9584.53.5

W 1993 roku Zgromadzenie Narodowe Węgier rozpoczęło prace legislacyjne nad wprowadzeniem dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego[10]. Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne miały mieć charakter komplementarny i suplementarny, jednak – jak do tej pory – nie stanowią substytucyjnego ubezpieczenia.

W 1994 roku Węgierska Izba Medyczna i Węgierska Izba Farmaceutów podjęły działania, mające na celu wprowadzenie obowiązkowej przynależności do nich praktykujących lekarzy i farmaceutów[11]. Krajowi producenci leków, wszystkie hurtownie oraz jednostki handlu detalicznego zostały sprywatyzowane, a rynek farmaceutyków – zliberalizowany.

W roku 1994, po objęciu władzy przez nową koalicję, podjęto działania mające na celu ograniczanie kosztów sektora opieki zdrowotnej; oznaczało to „cięcia" w rządowym budżecie na zdrowie i przerzucenie części kosztów na pacjentów. Działania te były później równoważone ulgami podatkowymi w postaci odpisów za zakupione dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne[12]. Odpowiedzialność za dostarczanie i finansowanie świadczeń w zakresie medycyny pracy została przeniesiona na pracodawców[13].

Rząd zdecydował się ograniczyć nadmiernie rozbudowany sektor stacjonarnej opieki medycznej – w rezultacie 9000 łóżek szpitalnych zostało wyłączonych z systemu ochrony zdrowia[14].

Dbając o stronę przychodową systemu opieki zdrowotnej, rząd Węgier zaproponował trzy rozwiązania:

- zwiększenie udziału podstawy składek HIF,
- obniżenie wysokości składki płaconej przez pracodawcę,
- wprowadzenie podatku ryczałtowego, nazwanego hipotetycznym podatkiem opieki zdrowotnej.

Propozycja przygotowana w 1998 roku przewidywała reformę finansową systemu zdrowia, postulowała wprowadzenie konkurencyjnych funduszy ubezpieczeń zdrowotnych, ale ówczesny rząd nie miał czasu na wdrożenie tej idei w praktykę.

W celu ograniczenia zjawiska nieściągalności składek rząd wprowadził proporcjonalny podatek ryczałtowy[15] oraz przeniósł odpowiedzialność za gromadzenia składek do Urzędu Skarbowego[16].

W styczniu 2001 roku nowy minister zdrowia przejął od Ministerstwa Finansów kontrolę nad NHIFA[17]. Ustawa LXIII z 1996 roku została zastąpiona 10-letnim programem działania w zakresie zdrowia publicznego, w celu podniesienia przeciętnego trwania życia mężczyzn i kobiet – odpowiednio do 70 i 78 lat[18]. Reforma systemu dostarczania świadczeń opieki zdrowotnej była kontynuowana – zachęcano do komercjalizacji dostawców publicznych[19].

Po wyborach w maju 2002 roku nastąpił istotny wzrost wynagrodzeń pracowników publicznych, w tym również pracowników służby zdrowia[20]. Wynosił on np. w przypadku pielęgniarek około 50% i był specjalną premią, mającą na celu ograniczenie odpływu pracowników z sektora ochrony

zdrowia. W celu podniesienia prestiżu społecznego niemedycznego personelu opieki zdrowotnej utworzono Izbę Niemedycznego Personelu[21].

Rząd cofnął niektóre ograniczenia w prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej wyspecyfikowane w ustawie XXIII z 2002 roku i umożliwił inwestycje w prywatnym systemie ochrony zdrowia[22]. Wpływ nowych regulacji na system zdrowia był jednak ograniczany i ostatecznie – jako niezgodny z prawem – został uchylony przez Trybunał Konstytucyjny[23].

W latach 2004–2007 większość reform i inicjatyw koncentrowała się na zmianach zarządzania i organizacji węgierskiego systemu zdrowia:

- wprowadzono konkurencyjne zarządzanie do SHI poprzez wzmocnienie tzw. systemu koordynowanej opieki zdrowotnej (CCS) uruchomionego jako program pilotażowy, ale ostatecznie wycofanego w 2008 roku,
- wprowadzono nowe zasady regulujące pracę dostawców świadczeń zdrowotnych,
- wspierano komercjalizację dostawców i wprowadzono outsourcing do ich zarządzania,
- wzmocniono współpracę międzysektorową poprzez wdrożenie Narodowego Planu Zdrowia Publicznego (NPHP),
- wykorzystano ocenę technologii medycznych (HTA) do podejmowania decyzji o refundacji leków przez NHIFA.

Zmniejszenie wpływów do systemu opieki zdrowotnej z powodu redukcji składki zdrowotnej pracodawców po 2006 roku spowodowało znaczny wzrost udziału budżetu państwa w finansowaniu systemu ochrony zdrowia. W lutym 2007 roku została wprowadzona zasada współpłacenia za świadczenia w opiece ambulatoryjnej i opłata dzienna za pobyt pacjenta w placówce opieki stacjonarnej. Opozycja polityczna doprowadziła jednak do referendum, w którym społeczeństwo wypowiedziało się przeciwko nowej zasadzie współpłacenia. Publiczne niezadowolenie z innych społecznych reform i ogólne spowolnienie wzrostu gospodarczego kraju doprowadziły do upadku rządzącej koalicji.

Formułując rząd mniejszościowy wprowadzono – w warunkach zarządzania kryzysowego – program zawierający pakiet poważnych i uciążliwych dla społeczeństwa przedsięwzięć oszczędnościowych, także w systemie ochrony zdrowia.

W maju 2010 roku rząd opublikował agendę, poświęcając niektóre jej fragmenty systemowi ochrony zdrowia. Założono wzrost publicznych wydatków na opiekę zdrowotną, zwracając szczególną uwagę na programy dotyczące zdrowia publicznego, zwiększając rolę opieki ambulatoryjnej, wprowadzając zasadę jednego płatnika (system ubezpieczeń zdrowotnych), określając nowe zasady ustalania wielkości świadczeń zdrowotnych bazujących na oszacowaniu potrzeb zdrowotnych i zmniejszaniu długości list oczekujących o 50%.

W październiku 2010 roku Minister Zasobów Naturalnych (ministerstwo to powstało z połączenia pięciu ministerstw wcześniej odpowiedzial-

 DOI 10.7172/1644-9584.53.5

nych za sprawy społeczne, sprawy rodziny i młodzieży, ochrony zdrowia, edukacji, kultury i sportu) opublikował plan strategiczny (zwany planem Semmelweisa) i skierował go do publicznej debaty w celu przygotowania rządowej ustawy, zawierającej m.in. szczegółowe strategie dla systemu zdrowotnego.

Reasumując: w 2010 roku w wyniku transformacji i reform ukształtowała się nowa struktura organizacyjna systemu zdrowia na Węgrzech. Liczni „aktorzy" – uczestnicy systemu – zostali pogrupowani wg czterech podstawowych funkcji: zarządzający/właściciel, dostawca usług, finansowanie i zdrowie publiczne.

Uwzględniając kierunki polityki społeczno-ekonomicznej Węgier oraz warunki wzrostu gospodarczego, zdeterminowane światowym kryzysem finansowym, rząd węgierski zmodyfikował system ochrony zdrowia, zwracając szczególną uwagę na źródła dochodów i przepływy finansowe. Rysunek 2 prezentuje rozwiązania proponowane przez rząd węgierski.

Naturę relacji między „aktorami" – uczestnikami systemu ochrony zdrowia pokazują linie:

- hierarchiczną – linia ciągła,
- kontraktową – linia przerywana.

Zgodnie z obowiązującym na Węgrzech prawem uczestnictwo w systemie powszechnych ubezpieczeń jest obowiązkowe dla wszystkich obywateli, a więc nie ma możliwości rezygnacji z systemu.

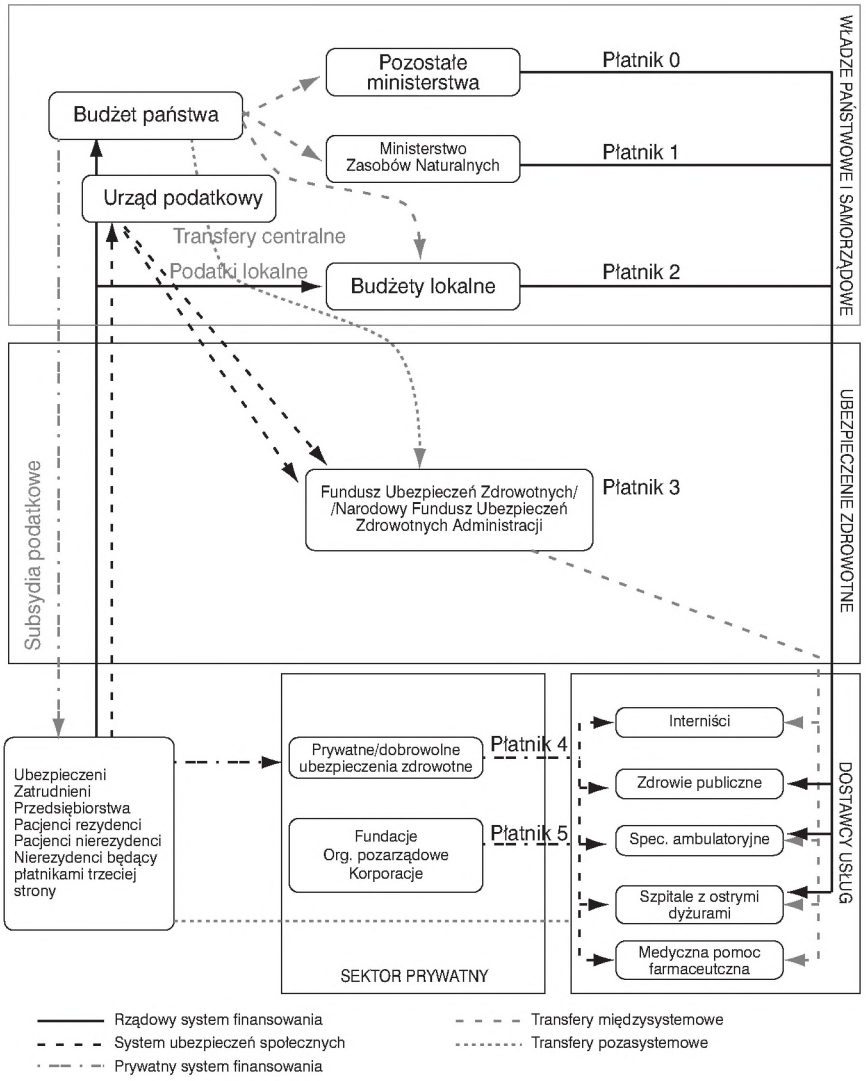
Zgodnie z przyjętymi ustawami społeczeństwo węgierskie można podzielić na trzy grupy:

- ubezpieczonych płacących składki na podstawie dochodu, uprawnionych do korzystania z wszelkich świadczeń objętych NKUZ,
- osoby posiadające uprawnienia bez obowiązku opłacania składek,
- pozostałych stałych mieszkańców, którzy są zobowiązani do „medycznej opłaty obsługowej" – kwota ubezpieczenia na czas określony.

Przebywający przez dłuższy okres, pracujący na terenie Węgier cudzoziemcy nie są zobowiązani do przystąpienia do systemu, mogą to zrobić dobrowolnie. Świadczenia w ramach systemu udzielane są na podstawie numeru identyfikacyjnego ubezpieczenia społecznego. Jest on weryfikowany podczas każdej wizyty. W przypadku, gdy pacjent nie opłacił składki i ubezpieczenie jest nieważne, może on skorzystać z niezbędnych usług, zostaje jednak pouczony o konieczności retrospektywnego pokrycia składki, co weryfikuje biuro podatkowe (European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 72–73).

Opłaty uiszczane przez pacjentów w węgierskim systemie można podzielić na trzy kategorie:

- dopłaty do usług częściowo finansowanych przez HIF,
- zakup usług wyłączonych z zakresu świadczeń gwarantowanych,
- nieformalne („pod stołem") środki za usługi przysługujące bezpłatnie – rodzaj wdzięczności uznawany za dziedzictwo systemu socjalistycznego.



Rysunek 2. System finansowania ochrony zdrowia na Węgrzech. Źródło: European Observatory on Health Systems and Policies (2011). Hungary: Health System Review 2011. Health Care Systems in Transition, 13(5), s. 69.

Dopłaty są konieczne w przypadku środków farmaceutycznych, środków pomocniczych, protez, balneoterapii, leczenia sanatoryjnego, opieki długoterminowej oraz usług hotelowych w szpitalach. Współpłacenie ma również miejsce, gdy usługi specjalistyczne uzyskiwane są bez koniecznego skierowania, korzysta się z usług innego świadczeniodawcy niż wskazany

 DOI 10.7172/1644-9584.53.5

lub konsumuje się większą liczbę usług, niż zalecił lekarz. Mechanizmy oraz poziomy opłat są ustalane przez rząd centralny i są zróżnicowane dla poszczególnych świadczeń lub produktów (European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 84).

System dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych na Węgrzech ma charakter uzupełniający, dodatkowy. Osoby w nim ubezpieczone wybierają ten wariant ze względu na dostęp do usług nieujętych w koszyku świadczeń gwarantowanych lub z powodu niezadowolenia ze świadczeń sektora publicznego. Regulacje dotyczące utworzenia, rejestracji oraz funkcjonowania prywatnych podmiotów ubezpieczeniowych tworzone są przez Zgromadzenie Narodowe, a ich nadzorem zajmuje się rząd (European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 89).

5. Podsumowanie

Zapoczątkowany w końcu lat 90. XX wieku proces transformowania i reformowania węgierskiego systemu zdrowia nie został jeszcze definitywnie zakończony. W dalszym ciągu rząd Węgier poszukuje racjonalnych rozwiązań funkcjonowania całego systemu w celu zapewnienia efektywności zarówno technicznej, jak i alokacyjnej istniejących zasobów.

Podobnie jak w innych krajach zmieniającej się Europy Centralnej i Wschodniej wszelkie próby uporządkowania prawnego i finansowego funkcjonowania sektora zdrowia uzależnione są od politycznych decyzji kolejnych rządów i ogólnej sytuacji ekonomiczno-społecznej kraju.

Prezentowane w niniejszym opracowaniu zmiany w ustawach i rozporządzeniach kolejnych rządów wyraźnie wskazują na ewolucję propozycji rozwiązania problemu sprawnego finansowania zarządzania systemem zdrowotnym. Świadczy o tym dobitnie częste wycofywanie wprowadzonych w życie ustaw i zastępowanie ich rozporządzeniami oraz nowymi ustawami.

Wprowadzenie jednego płatnika w systemie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz kolejne jego modyfikacje nie przyniosły oczekiwanej poprawy w zakresie finansowania i dostępności do świadczeń zdrowotnych, a w wyniku wprowadzenia kolejnych ustaw została zwiększona bezpośrednia kontrola nad ubezpieczeniami oraz wdrożona ocena technologii medycznych (HTA) i zachęty do zwiększania konkurencyjności funkcjonowania podmiotów sektora zdrowia. Pomimo wielu starań nie znaleziono sposobu skutecznego przydziału środków poszczególnym dostawcom usług zdrowotnych, chociaż niektóre z nich przyczyniły się do zwiększenia efektywności technicznej. Podejmowane przez rząd działania nie wyeliminowały negatywnych zjawisk, takich jak: kolejki do lekarzy specjalistów i nieformalne opłaty za udzielone świadczenia zdrowotne.

Próbą usprawnienia funkcjonowania systemu zdrowotnego na Węgrzech było uruchomienie w 1999 roku pilotażowego programu wprowadzającego koordynowaną opiekę zdrowotną, która w założeniach miała przyczynić

się do zwiększenia efektywności alokacyjnej systemu. Podobne oczekiwania wiązano z wprowadzonym w 1993 roku węgierskim systemem płatności tzw. Jednorodnych Grup Pacjentów. Początkowo system ten wprowadzał finansowanie dostawców świadczeń szpitalnych. Obecnie jest on unikalnym systemem identyfikacji pacjentów. Jest to system zintegrowany, dostarczający informacji o każdym pacjencie dotyczących zużycia leków, korzystania z ambulatoryjnych usług specjalistycznych i szpitalnych. Stanowi więc bogaty, zintegrowany zestaw danych dla decydentów. Niestety nie jest on w pełni wykorzystany w celu kreowania odpowiedniej polityki zdrowotnej.

W ostatnich latach wprowadzono również, obok współpłacenia, dodatkowe źródło finansowania opieki zdrowotnej – uzupełniające, dobrowolne i komercyjne ubezpieczenia zdrowotne, nadzorowane przez rząd.

Przypisy

1 W polskiej literaturze definicję transformacji systemowej upowszechnił M. Nasiłowski (1995, s. 78). Według tej definicji transformacja systemowa w krajach Europy Środkowej to „przejście od gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej, obejmujące zmianę ustroju politycznego oraz tworzenie rynkowych warunków funkcjonowania wszystkich podmiotów gospodarczych, tj. przedsiębiorstw, jednostek budżetowych i gospodarstw domowych".

2 Klasyfikacja modeli systemów zdrowotnych została zaprezentowana m.in. w monografii: Suchecka (2010, s. 45–69).

3 Problemom efektywności współczesnych systemów ochrony zdrowia poświęcone były warsztaty zorganizowane 28 listopada 2012 roku w Brukseli. Szczegółowe informacje na ten temat zawiera publikacja opracowana przez Directorate General For Internal Policies Policy Department (2012).

4 Uchwała nr 60/1991. (X. 29). OGY Zgromadzenia Narodowego dotycząca Ubezpieczeń Społecznych głosi, że Zgromadzenie Narodowe określa główne kierunki kształtowania emerytur i systemu ubezpieczeń zdrowotnych (*Resolution No. 60/1991. (X. 29.) OGY of the National Assembly on Social Insurance proclaims that the National Assembly sets out the main directions of the pension and health insurance system*).

5 Ustawa X z 1992 r. w sprawie budżetu na rok 1992 Funduszu Ubezpieczeń Społecznych budżetu 1992 oraz zmiany Ustawa XXI z 1988 r. w sprawie Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (ogłoszone: 03.09.1992). *Act X of 1992 on the Social Insurance Fund's Budget of 1992 and the Amendment of Act XXI of 1988 on the Social Insurance Fund (promulgated: 09/03/1992).*

6 Dekret rządowy 91/1993. (VI. 9). Korm. w sprawie ustanowienia Narodowej Administracji Ubezpieczeń Emerytalnych i Administracji Narodowego Funduszu Zdrowotnego i innych ośrodków. Na mocy tego dekretu Administracja Społecznego Funduszu Ubezpieczeń i ich Organy Administracyjne oraz inne instytucje z nimi związane zostały podzielone na dwa Fundusze: Narodowy Fundusz Zdrowia i Narodowy Fundusz Emerytalny oraz została określona struktura organizacyjna Narodowego Funduszu Zdrowia. *Government Decree No. 91/1993. (VI. 9.) Korm. on the Establishment of the National Pension Insurance Administration and the National Health Insurance Fund Administration and their Administrative Organs and Other Measures in Connection with this*

- *divides the Social Insurance Fund Administration is divided into the National Health Insurance Fund Administration and the National Pension Insurance Administration as of July 1993*

 DOI 10.7172/1644-9584.53.5

- *determines the organizational structure of the National Health Insurance Fund Administration (NHIFA).*

7 Ustawa LXXXIV z 1991 roku dotycząca Samorządowych/Autonomii Ubezpieczeń Społecznych (*Self-Governance of Social Insurance)* określała strukturę Samorządowych Ubezpieczeń Społecznych. Została ogłoszona 28 grudnia 1991 roku.

8 Ustawa XII z 1993 roku dotycząca ordynacji wyborczej przedstawicieli do Samorządowego Ubezpieczenia Społecznego.

9 Zarządzenie nr 26/1991. (XII 28). NM Ministra Opieki Społecznej z Narodowego Instytutu Medycyny Rodzinnej.

10 Ustawa XCVI z 1993 r. o dobrowolnych funduszach ubezpieczeń wzajemnych ogłoszona 12 czerwca 1993 roku:
- określa ramy prawne dla ustanowienia dobrowolnego ubezpieczenia, działalności placówek non-profit w dziedzinie ochrony zdrowia, emerytury i własnego udziału pacjenta.

11 Ustawa XXVIII z 1994 r. dotycząca Węgierskiej Izby Lekarskiej (ogłoszona 4 maja 1994 roku):
- wprowadza obowiązkowe członkostwo dla wszystkich lekarzy praktykujących;
- przyznaje Izbie Lekarskiej prawo do tworzenia norm etycznych i procedur w celu umożliwienia negocjacji dotyczących ogólnych zasad i treści umów między NHIFA a lekarzami oraz uczestniczenia w tworzeniu polityki zdrowotnej.

Ustawa LI z 1994 roku dotycząca Węgierskiej Izby Aptekarskiej ogłoszona 5 lipca 1994 roku:
- nakłada obowiązkowe członkostwo dla wszystkich praktykujących farmaceutów, w oparciu o te same zasady jak w przypadku Węgierskiej Izby Lekarskiej (zob. ustawa XXVIII 1994).

12 Ustawa CXVII z 1995 roku dotycząca ulg w podatku dochodowym ogłoszona 22 grudnia 1995 roku:
- umożliwia korzystanie z ulg podatkowych za zakup dobrowolnych (non-/for-profit) ubezpieczeń zdrowotnych (Art. 35, ustęp 2, artykuł 44/A, Sekcja 1/b).

13 Dekret rządowy 89/1995. (VII. 14). Korm. w sprawie opieki zdrowotnej w zakresie medycyny pracy i zobowiązań pracodawców do zagwarantowania i finansowania świadczeń w tym zakresie.

14 Ustawa LXIII z 1996 r. w sprawie obowiązku świadczenia usług zdrowotnych i regionalnych norm ich dostarczania (ogłoszona 23 lipca 1996 r.) określa zasady funkcjonowania opieki zdrowotnej w powiatach w zakresie ustalania łóżek szpitalnych i terminie konsultacji oraz zobowiązuje samorządy terytorialne do dostarczenia świadczeń zdrowotnych i podpisaniu stosownej umowy z NHIFA.

15 Ustawa LXVII z 1998 r. w sprawie zmiany ustawy LXXX z 1997 r. (ogłoszona 14 listopada 1998 r.) zmniejsza wysokość składki na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracodawcę o 6 pp od 1 stycznia 1999 roku i zwiększa hipotetyczny podatek od świadczenia opieki zdrowotnej o ponad 70%.

16 Ustawa XCI z 1998 r. w sprawie Budżetu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w 1999 r.(ogłoszona 29 grudnia 1998 r.): wzmacnia kontrolę budżetu farmaceutycznego (art. 4, ust. 1, pkt d), upoważnia ministra zdrowia do przesunięcia środków finansowych HIF pomiędzy budżety cząstkowe opieki prewencyjnej i usług leczniczych (art. 5 pkt 3), wprowadza koordynatora opieki zdrowotnej dla maksymalnej populacji 200 000 (art. 16), znosi częściowo stały element w płatności za usługi specjalistyczne (art. 19), przewiduje, że pierwotne i wtórne świadczenia stomatologiczne będą opłacane na zasadzie składki kapitacyjnej i obowiązujących punktów FFS, odpowiednio przenosi obowiązek gromadzenia składek na ubezpieczenia społeczne do Urzędu Skarbowego (art. 24.31).

17 Dekret rządowy nr 227/2000. (XII 19) o zmianie niektórych przepisów dotyczących kontroli Administracji Ubezpieczeń Społecznych przenosi z dniem 1 stycznia 2001 roku kontrolę nad ubezpieczeniami zdrowotnymi do Ministerstwa Zdrowia.

18 Ustawa LXX z 2001 r. o zmianie różnych aktów w zakresie opieki zdrowotnej dotyczyła zasad dostarczania środków farmaceutycznych i opieki społecznej w celu harmonizacji przepisów prawa, oraz Ustawy LXXXI z 1997 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego i różnych aktów dotyczących składek na ubezpieczenie społeczne i istniejących w ochronie zdrowia podatków (ogłoszona: 25 października 2001 r.) i rozporządzenie nr 34/2001 (X. 17) ministra zdrowia o zmianie dekretu nr 9/1993 (IV. 2). NM ministra opieki społecznej znosi w stomatologii współpłacenie za zabiegi zachowawcze, zwiększa wysokość minimalnego obowiązkowego udziału własności farmaceutów w aptekach do 50% (do osiągnięcia do dnia 31 grudnia 2006 r.), i wyklucza producentów farmaceutycznych i hurtowni z własności aptek (art. 12).

19 Ustawa CVII z 2001 roku o świadczeniu usług finansowanych ze środków publicznych opieki zdrowotnej i organizacji usług medycznych (ogłoszona: 24 grudnia 2001 r.). W myśl tej ustawy zakres możliwości organizacyjnych instytucjonalnych i indywidualnych dostawców usług zdrowotnych, w tym możliwość współpracy szpitali (art. 12, punkt (3)) oraz samozatrudnienie lekarzy i farmaceutów.

20 Ustawa XXIII z 2002 r. o zmianie ustawy CXXXIII 2000 z 2001 i Budżetu Republiki Węgier w 2002 r. (ogłoszona: 19 lipca 2002 r.). Postuluje ona zwiększenie wynagrodzenia pracowników opieki zdrowotnej średnio o 50% z dniem 1 października 2002 roku oraz ogranicza kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

21 Ustawa LXXXI z 2003 r. o Izbie Pracowników Niemedycznych (ogłoszona: 6 listopada 2003 r.).

22 Ustawa XLIII z 2003 r. w sprawie opieki zdrowotnej zasad finansowania ze środków publicznych usługi ochrony zdrowia (ogłoszona: 30 czerwca 2003 r.), łagodzi zapisy rozporządzenia w sprawie prywatyzacji szpitali i przychodni. Ustawa XLIV z 2003 r. w sprawie uchylenia ustawy CVII 2001 r. o świadczeniu opieki zdrowotnej ze środków publicznych i innych formach praktyki medycznej (ogłoszona: 30 czerwca 2003 r.): uchyla poprzednią ustawę o komercjalizacji i prywatyzacji z uwzględnieniem zapisów ustawy XLIII 2003.

23 Orzeczenie nr 63/2003. (XII 15). AB Trybunału Konstytucyjnego: Ustawa XLIII z 2003 roku z powodów proceduralnych jest niezgodna z konstytucją Republiki Węgier.

Bibliografia

Bałtowski, M. i Miszewski, M. (2006). *Transformacja gospodarcza w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

European Observatory on Health Systems and Policies (2011). Hungary: Health System Review 2011. *Health Care Systems in Transition*, *13*(5).

Depta, A. (2011). Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach. W: J. Suchecka (red.), *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Directorate General For Internal Policies Policy Department (2012). Workshop Health Policy – Proceeding (2012). Brussels.

Golinowska, S., Włodarczyk, C. i in. (2005). *Projekt reformy ochrony zdrowia w Polsce. Część I Analiza*. Warszawa: CASE – Doradcy Sp. z o.o.

Golinowska, S. (2006). Zmiany i reformy systemów ochrony zdrowia w krajach transformacji. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, *IV*(1), 5–27.

 DOI 10.7172/1644-9584.53.5

Kautsch, M. i in. (red.). (2001). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Kraków: Wolters Kluwer Polska.

Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, *56*.

Nasiłowski, M. (1995). *Transformacja systemowa w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Key Text.

Rogoś, E. i Skrzypczak, Z. (2006). Odejście od modelu Siemaszki – i co dalej z ochroną zdrowia? Przypadki Rosji, Ukrainy i Łotwy. *Problemy Zarządzania*, *2*.

Sobiech, J. (2004). Składka na ubezpieczenie zdrowotne i bezpośrednie opłaty za usługi w systemie „monokasy". W: S. Owsiak (red.), *Nauki finansowe wobec współczesnych problemów polskiej gospodarki*. Kraków: Wydawnictwo AE w Krakowie.

Sobiech, J. (2007). Wydajność fiskalna i efektywność ekonomiczna instrumentów gromadzenia dochodów przeznaczonych na opiekę zdrowotną. W: K. Ryć i Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sektor publiczny i rynek*. Warszawa: Wydawnictwo UW WZ.

Suchecka, J. (2010). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Szczepański, J. (1999). *Reformy, rewolucje, transformacje*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.