

Marcin Moks

SZWEDZKI SYSTEM OCHRONY ZDROWIA – WYBRANE KIERUNKI JEGO REFORMOWANIA

Słowa kluczowe: *Szwecja, finansowanie opieki zdrowotnej, reformy systemu opieki zdrowotnej, usługi opieki zdrowotnej*

Abstrakt: Systematyczny wzrost wydatków publicznych związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych, obserwowany począwszy od lat 60., zainicjował poszukiwanie sposobu ich optymalizacji. Celem artykułu jest przedstawienie, które z koncepcji reform w systemie ochrony zdrowia znalazły zastosowanie w szwedzkiej służbie zdrowia. Spośród wielu proponowanych rozwiązań w artykule przedstawione zostały rozwiązania koncentrujące się na zmianach w sposobie finansowania oraz dostarczania świadczeń. Scharakteryzowany został udział pacjentów w kosztach świadczeń, prywatne ubezpieczenia medyczne, prywatyzacja placówek medycznych, koncepcja *purchaser-provider split* oraz sposób wynagradzania świadczeniodawców. Artykuł rozpoczyna przegląd koncepcji związanych z reformowaniem systemu ochrony zdrowia. Następnie przedstawiona została krótka charakterystyka systemu ochrony zdrowia w Szwecji. Zasadniczą część artykułu prezentuje reformy wdrożone w finansowaniu systemu oraz dostarczaniu świadczeń. Udział pacjentów w finansowaniu świadczeń został rozszerzony o opłaty za udzieloną poradę. Znaczenie prywatnych ubezpieczeń medycznych pozostaje wciąż marginalne. Podział funkcji nabywcy i dostawcy usług medycznych został wprowadzony przez niektóre hrabstwa. Prywatyzacja objęła głównie placówki podstawowej opieki medycznej. W zakresie wynagradzania świadczeniodawców stosowane jest generalnie globalne budżetowanie, jednakże stosowane są również rozwiązania oparte o grupy diagnostyczne.

SWEDISH HEALTH CARE SYSTEM – SOME TRENDS OF ITS REFORMING

Keywords: *Sweden, health care financing, health care reform, delivery of health care*

Abstract: The constant increase in public health expenditure, which is being observed from the 60s, initiated research into way to optimize it. The aim the article is to show concepts of the health reforms which have been applied in the Swedish health service. In the article are presented main proposals of changes in the system financing and service provision. Article characterizes patient participation in costs of services, private health insurance, privatisation of health care facilities, purchase-provider split and providers reimbursement. The articles begins with the overview of concepts related to health care system reform. Next, the health system in Sweden is shortly presented. The main part of the article presents the reforms which has been implemented in the financing and services provision. Patients' participation in financing of the health system has been extended by fees for service. The importance of private medical insurance is marginal. Purchaser-provider split has been introduced in most of counties. In general primary care facilities have been privatised. In regard to service providers reimbursement is generally used global budgeting, feed for service or diagnosis-related groups.

WPROWADZENIE

Szwecja w zbiorowej świadomości kojarzona jest z wyjątkowo rozbudowanym i hojnym system świadczeń społecznych. Znajduje to potwierdzenie w danych statystycznych (na podstawie danych OECD) – w 2007 r. całkowite wydatki publiczne na cele społeczne stanowiły 27,3% PKB Szwecji, co stanowi drugie miejsce wśród krajów należących do OECD (pierwsze miejsce zajęła Francja z 28,4% PKB). Wydatki związane z ochroną zdrowia w 2007 r. stanowiły 9,1% PKB, co uplasowało Szwecję na trzynastej pozycji wśród krajów OECD. Ze środków publicznych zostało pokryte w 2007 r. 81,7% kosztów opieki zdrowia, co oznacza siódmą pozycję wśród krajów OECD.

Rosnące koszty systemu ochrony zdrowia, wynikające zarówno z rozwoju technologii medycznych, jak również starzenia się społeczeństwa Szwecji zapoczątkowały działania mające na celu zreformowanie systemu tak, aby był tańszy, lecz nie kosztem jakości czy dostępności świadczeń. Na kształt przeprowadzanych reform wpłynęło spowolnienie gospodarcze na początku lat 90. Celem artykułu jest przedstawienie, które z globalnych

koncepcji reform w systemie ochrony zdrowia znalazły zastosowanie w szwedzkiej służbie zdrowia. Artykuł rozpoczyna krótka charakterystyka wybranych działań mających na celu usprawnienie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia. Następnie przedstawiona została organizacja i zasady systemu ochrony zdrowia w Szwecji. W części dotyczącej finansowania przedstawiono reformy, które wprowadziły udział pacjentów w finansowaniu świadczeń (w postaci opłat *out-of-pocket*) oraz powołały do życia prywatne ubezpieczenia medyczne. Ostatnia część artykułu poświęcona jest reformom związanym z dostawcami świadczeń medycznych, takimi jak: prywatyzacja placówek medycznych, rozdzielenie nabywców od wytwórców świadczeń (*purchaser-provider split*) oraz zmiany w sposobie finansowania świadczeniodawców.

WYBRANE KONCEPCJE REFORMOWANIA SŁUŻBY ZDROWIA

W latach 70. dotychczasowy model funkcjonowania sfery publicznej krajów wysokorozwiniętych został poddany silnej krytyce, co spowodowało ponowne zainteresowanie koncepcjami liberalnymi. Wskazywano na niską elastyczność systemu względem zmieniających się potrzeb społecznych oraz brak efektywności prowadzący do marnotrawstwa ograniczonych zasobów. Państwo było krytykowane za nadmierne zaangażowanie w różne rodzaje działalności, co prowadziło do ograniczenia wolności gospodarczej oraz tempa wzrostu gospodarczego. W wyniku połączenia współczesnych doktryn neoliberalnych narodziła się koncepcja Nowego Zarządzania Publicznego. Zakłada ona takie przekształcenie organizacji i zasad funkcjonowania sektora publicznego, aby działał on sprawniej, dzięki zastosowaniu narzędzi wykorzystywanych w zarządzaniu organizacjami prywatnymi. W kontekście ochrony zdrowia postulowano utworzenie rynków wewnętrznych w ramach systemu ochrony zdrowia, poprzez rozdzielenie dostawców świadczeń od podmiotów odpowiedzialnych za ich finansowanie (*purchaser-provider split*). Zainicjowano proces prywatyzacji świadczeniodawców medycznych, głównie z zakresu podstawowej opieki medycznej. Podobnie zakładano komercjalizację niektórych ponadstandardowych usług medycznych. Postulowano zastosowanie zarządzania „menadżerskiego” w ramach służby zdrowia, wspierane przez narzędzie zarządzania stosowane w gospodarce. Podjęta została również próba włączenia obywateli w procesy decydowania o kształcie systemu oraz przedsiębiorstw prywatnych w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego (Ryć, Sobczak 2010, s. 17-25).

W sytuacji gwałtownie rosnących kosztów świadczeń oraz zmieniających się oczekiwań społeczeństwa względem dostępu do świadczeń medycznych wymagana jest stabilność źródeł finansowania. W większości krajów dominują źródła mające charakter publiczny. Celem podejmowanych reform jest przeniesienie większej odpowiedzialności za finansowanie systemu z podmiotów publicznych na rzecz podmiotów prywatnych. Stosowane rozwiązania obejmują wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń medycznych oraz współfinansowanie świadczeń bezpośrednio przez pacjentów (Suchecka 2010, s. 56-57).

Zmiany polityczne oraz niższa niż zakładano skuteczności neoliberalizmu jako teorii politycznej w latach 90. sprawiły, iż wiele krajów postanowiło wdrożyć zasady socjaldemokratyczne w ramach przygotowywanych reform systemu ochrony zdrowia. Jednakże podczas formułowania nowych celów nie zrezygnowano ze zmian, które przyniósł neoliberalizm. Wdrożenie programów socjaldemokratycznych w krajach wysokorozwiniętych przyczyniło się do powstania złożonych programów polityki zdrowotnej, w których rządy podejmują aktywnie działania w ramach systemu. Decydenci oraz planiści przyjęli postawę bezpośredniego udziału w tworzeniu programów mających na celu lepszą koordynację usług, poprawę jakości i efektywności oraz zmianę postaw społeczeństwa w celu poprawy stanu ich zdrowia. Pracownicy służby zdrowia znajdują się w centrum uwagi w trakcie zarządzania i decydowania o świadczeniach przez nich wytwarzanych. Świadczenia będą podlegały mechanizmowi demokratycznemu, w którym uczestniczyć mają również pacjenci (Powell, Hendricks 2009, s. 127,132).

ORGANIZACJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W SZWECJI

System opieki medycznej w Szwecji posiada długą tradycję działań z zakresu zdrowia publicznego, gdyż pierwsze szpitale dla trędowatych czy osób, których nie było stać na leczenie powstały już w XII w., a od roku 1533 zostały objęte kontrolą państwową. Znaczącym momentem w rozwoju szwedzkiego systemu ochrony zdrowia są lata 70. XX w. W wyniku podjętych decyzji służba zdrowia została zdominowana przez sektor publiczny. Wyraźna większość porad medycznych była udzielana przez lekarzy specjalistów, udzielających porad w ramach szpitali. Naczelną zasadą, którą kierował się system było świadczenie usług zgodnie z potrzebami jednostki, a nie jej zdolnością do zapłaty. Tak skonstruowany system opieki medycznej generował olbrzymie koszty. Rozwiązania problemu wysokich kosztów świadczeń upatrywano w rozbudowie opieki ambulatoryjnej

w miejsce opieki szpitalnej oraz ułatwieniu dostępu do podstawowej opieki medycznej, a wraz z tym zwiększenia liczby lekarzy rodzinnych (Twaddle, 2002, s. 58-59).

W 1982 r. przyjęto ustawę *Prawo o zdrowiu i opiece zdrowotnej (Health and Sickness Care Law)*, która miała rozwiązać problemy trapiące system opieki zdrowotnej. Ustawa przenosiła uprawnienia do decydowania o kształcie opieki zdrowotnej na poziom lokalny, dzięki czemu proces decyzyjny stał się bardziej elastyczny względem zmian zachodzących w systemie. Opieka zdrowotna określona została jako działania mające na celu zapobieganie, diagnozowanie i leczenie chorób. Zdefiniowane zostały cele opieki medycznej (takie jak: jakość, dostępność, bezpieczeństwo, równość w dostępie do świadczeń) oraz zasady relacji między dostawcą i pacjentem (poszanowanie niezależności i jednolitości, jakości relacji) (Twaddle 1999, s. 7).

Prawem każdego pacjenta jest gwarancja dostępu do świadczeń medycznych. Została ona wprowadzona w 1992 roku i obejmowała możliwość wyboru dowolnego szpitala na terenie Szwecji w sytuacji, kiedy pacjent nie otrzyma stosownego leczenia w szpitalach znajdujących się na terenie hrabstwa, w którym mieszka. Od 1994 r. analogiczne rozwiązania zostały wprowadzone w przypadku lekarza rodzinnego. W 2005 r. zmieniono zasady gwarancji świadczeń, wprowadzając zasadę 0-7-90-90, rozumianą jako zapewnienie natychmiastowego kontaktu z systemem opieki medycznej, kontakt z lekarzem pierwszego kontaktu w ciągu 7 dni, konsultacje lekarza specjalisty w ciągu 90 dni oraz maksymalnie 90-dniowy okres oczekiwania pomiędzy diagnozą a leczeniem (Magnussen, Vrangbaek, Saltman 2009, s. 36).

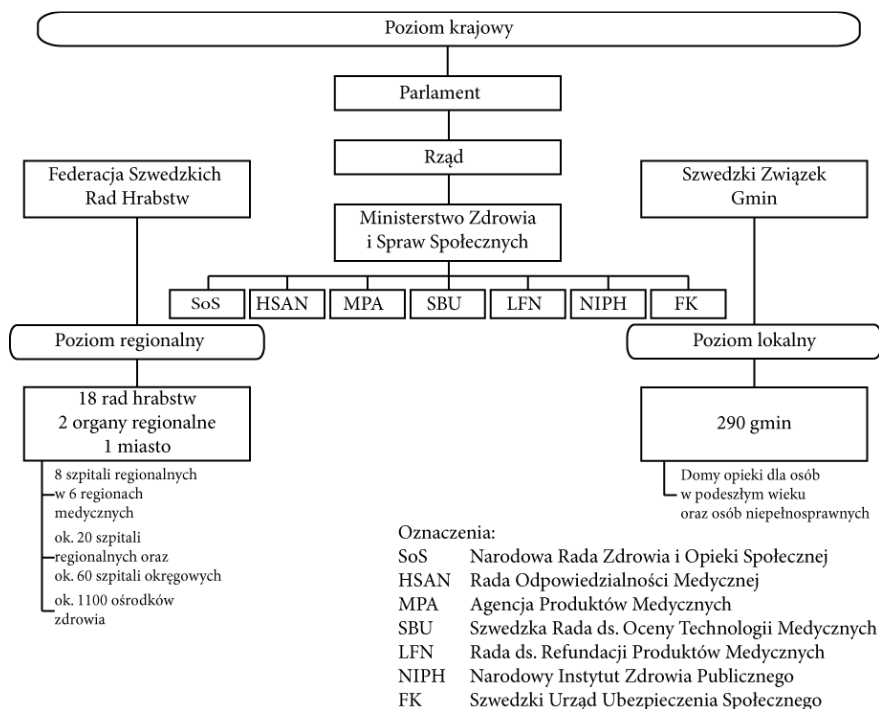
System opieki zdrowia w Szwecji jest publicznym systemem, zorganizowanym w oparciu o regiony. Podzielony jest na trzy poziomy: krajowy, regionalny i lokalny. Poziom regionalny, zarządzany przez radę hrabstwa wraz z centralnymi władzami państwa tworzy podstawy systemu. Całościowy nadzór na sektorze ochrony zdrowia spoczywa na poziomie państwowym na Ministerstwie Zdrowia i Spraw Społecznych (*The Ministry of Health and Social Affairs, Socialdepartementet*) (Glenngård, Hjalte, Svensson, Bankauskaite 2005, s. 18). Rysunek 1 przedstawia organizację szwedzkiego systemu ochrony zdrowia.

Poziom regionalny tworzy 18 hrabstw, 2 organy regionalne (Västra Götaland i Skåne) oraz jedno miasto, które jest niezależne od rady hrabstwa (Gotland). Podmioty te zarządzają systemem ochrony zdrowia począwszy od podstawowej opieki medycznej poprzez leczenie szpitalne, kończąc na zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Rada hrabstwa ponosi całkowitą odpowiedzialność za dostarczenie wszystkich świadczeń medycznych

oraz decyduje o organizacji szpitali. Hrabstwa zostały podzielone na 6 regionów medycznych, których zadaniem jest ułatwienie współpracy pomiędzy tworzącymi je hrabstwami (Glenngård, Hjalte, Svensson, Bankauskaite 2005, s. 22).

Statutowym obowiązkiem gminy jest zapewnienie finansowania i jakości usług opieki społecznej (Andersson, Karlberg 2000, s. 4). Świadczenia opieki społecznej obejmują między innymi opiekę nad dziećmi, opiekę medyczną realizowaną w szkołach oraz opiekę nad osobami w podeszłym wieku, osobami niepełnosprawnymi czy wymagającymi opieki psychiatrycznej (Grosse-Tebbe, Figueras 2005, s. 46).

Rysunek 1. Schemat organizacyjny systemu ochrony zdrowia w Szwecji



Źródło: A.H. Glenngård, F. Hjalte, M. Svensson, A. Anell, V. Bankauskaite (2005, s. 19).

W 1992 r. wprowadzona została reforma ÄDEL, przenosząca odpowiedzialność związaną z zapewnieniem opieki długoterminowej dla wymagających jej pacjentów, jak również osób w podeszłym wieku z hrabstw na rzecz samorządu miejskiego (Glenngård, Hjalte, Svensson, Bankauskaite 2005, s. 33).

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ

Podstawowym źródłem finansowania świadczeń medycznych w Szwecji są podatki. Mają one charakter lokalny, przez co wysokość funduszy zgromadzonych przez poszczególne hrabstwa jest zróżnicowana. Rząd uczestniczy w wyrównywaniu dochodów poprzez przyznawanie subsydiów (Thomson, Foubister, Mossialos 2009, s. 29, 34).

Przeciętna wysokość stopy podatku lokalnego nakładanego przez hrabstwa w 2008 r. wynosiła 10,8% uzyskanego dochodu. W przypadku podatku lokalnego nakładanego przez gminy, wysokość stopy podatkowej w 2008 r. wynosiła 20,7% uzyskanych dochodów (Swedish Association of Local Authorities and Regions 2010, s. 11). Dochody uzyskane z podatków lokalnych nie są powiązane jedynie z finansowaniem ochrony zdrowia, co powoduje określone trudności w ustaleniu udziału podatków w finansowaniu świadczeń. W 2002 r. ok. 82% świadczeń medycznych (wyłączając opiekę dentystyczną) oraz 65% świadczeń dentystycznych było finansowane z podatków lokalnych (Glenngård, Hjalte, Svensson, Bankauskaite 2005, s. 44).

Drugim podstawowym źródłem finansowania świadczeń są środki pochodzące z systemu ubezpieczeń społecznych, zarządzanego przez Szwedzki Urząd Ubezpieczenia Społecznego (*The Swedish Social Insurance Agency, Försäkringskassan*). Udział w systemie jest obowiązkowy, zakres ubezpieczenia obejmuje zarówno utratę dochodów spowodowaną chorobą, jak również koszty leczenia. Środki, którymi dysponuje system ubezpieczenia społecznego pochodzą w przeważającej większości ze składek opłacanych przez pracodawców, uzupełnianych przez transfery dokonywane przez rząd centralny. Składka ubezpieczenia chorobowego opłacana jest przez pracodawcę w 2008 r. wynosiła 7,7% lub 7,9% wynagrodzenia podlegającego opodatkowaniu (Swedish Social Insurance Agency 2010, s. 14). W ramach ubezpieczenia pokrywane są koszty refundacji leków (poprzez Program Refundacji Leków, *Drug Benefit Scheme*), koszty opieki medycznej oraz stomatologicznej (poprzez ochronę przed wysokimi kosztami świadczeń oraz zwolnień z udziału pacjentów w pokrywaniu kosztów świadczeń z własnych środków) (Glenngård, Hjalte, Svensson, Bankauskaite 2005, s. 45).

Trzecie źródło finansowania systemu stanowi udział obywateli w finansowaniu kosztów świadczeń w formie wydatków ponoszonych przez nich bezpośrednio z własnych środków (*out-of-pocket payments*). Dotyczą one wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, konsultacji z lekarzem specjalistą, pobytu w szpitalu, odpłatności za leki oraz opieki dentystycznej (Thomson, Foubister, Mossialos 2009, s. 46).

Wysokość przeciętnej opłaty za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu w 2004 r. wynosiła 100 koron, natomiast porada lekarza specjalisty 200 koron. Koszt wizyty w nagłym przypadku w szpitalu wynosił 250 koron, podczas gdy koszt dnia hospitalizacji wynosił nie więcej niż 80 koron. W większości hrabstw dzieci oraz nastolatki są wyłączone z pobierania opłat za świadczenia medyczne, natomiast w pozostałych hrabstwach pobierana jest niższa opłata niż w przypadku dorosłych pacjentów (Jemai, Thomson, Mossialos 2004, s. 5).

Rząd ustanowił górny limit dla wydatków związanych z udziałem pacjenta w finansowaniu świadczeń. Opłaty wniesione przez pacjenta za korzystanie ze świadczeń m.in. lekarza pierwszego kontaktu, pielęgniarki czy fizykoterapeuty nie mogą przekroczyć 900 koron w przeciągu 12 miesięcy, nie wliczając opłat z tytułu leczenia szpitalnego. W sytuacji kiedy opłaty indywidualne przekroczą ustaloną granicę, pacjent nie płaci za następne porady do końca 12-miesięcznego okresu, liczonego od daty pierwszej wizyty u lekarza pierwszego kontaktu. Udział pacjentów w kosztach leków na receptę jest rozpatrywany osobno względem udziału w finansowaniu świadczeń medycznych. Wysokość udziału pacjentów w kosztach leków na receptę ustala Rząd Szwecji i jest jednakowy dla mieszkańców wszystkich hrabstw. Pacjent pokrywa całkowity koszt leków na receptę do kwoty 900 koron, po przekroczeniu której wartość subsydium rośnie do wysokości 100% ceny leku. Maksymalny udział pacjenta w kosztach zakupu leków w okresie 12 miesięcy ustalony jest na poziomie 1800 koron. Opieka dentystryczna jest bezpłatna w przypadku dzieci i młodzieży (do 20 roku życia). Osoby dorosłe otrzymują subsydium obejmujące podstawową opiekę dentystryczną. Subsydium jest wypłacane bezpośrednio stomatologom, a jego wysokość jest uzależniona o rodzaju zastosowanego leczenia. Ograniczenie udziału pacjentów w kosztach leczenia stomatologicznego stosuje się w odniesieniu do określonych grup (np. osób w podeszłym wieku lub niepełnosprawnych) do wysokości 900 koron w okresie 12 miesięcy łącznie z pozostałymi wydatkami medycznymi. W stosunku do osób powyżej 65. roku życia w przypadku kosztownych procedur dentystrycznych udział własny pacjenta jest ograniczony do 7700 koron w okresie 12-miesięcznym (Glenngård, Hjalte, Svensson, Bankauskaite 2005, s. 45-47).

Prywatne ubezpieczenia medyczne mają marginalny udział w finansowaniu kosztów świadczeń medycznych. Ich podstawowym zadaniem jest zapewnienie szybszego dostępu do świadczeń medycznych. Takim ubezpieczeniem w 2005 r. objęte było 2,5% populacji, natomiast 0,3% całkowitych kosztów świadczeń medycznych było pokryte przez ubezpieczenie medyczne (Thomson, Foubister, Mossialos 2009, s. 195).

DOSTAWCY ŚWIADCZEŃ

Cechą charakteryzującą szwedzki system ochrony zdrowia jest jego wysoki stopień zintegrowania w ramach sektora publicznego. Rady hrabstw są właścicielami i zarządzającymi dla większości szpitali. Podobnie większość ośrodków podstawowej pomocy medycznej stanowi własność hrabstw (Rae 2005, s. 6).

Prywatne szpitale odgrywają niewielką rolę w Szwecji głównie z powodów natury politycznej. Kilka szpitali w Sztokholmie oraz Regionie Skåne zostało przekształcone w spółki w celu ich późniejszej prywatyzacji (Magnussen, Vrangbaek, Saltman 2009, s. 205).

Przykładem takiego szpitala jest Szpital Świętego Görana. W 1994 r. konserwatywna Rada Hrabstw w Sztokholmie postanowiła przekształcić Szpital w spółkę. Jeszcze w tym samym roku przejmujący władzę rząd socjaldemokratów postanowił przywrócić szpitalowi tradycyjną strukturę. Jednakże, na skutek silnego sprzeciwu pracowników szpitala oraz związków zawodowych w których byli oni zorganizowani, Rada musiała wycofywać się ze swoich planów. Do roku 1999 szpital funkcjonował jako przedsiębiorstwo będące własnością hrabstwa, następnie został sprzedany spółce Capio, która jest właścicielem szpitali w Europie. Proces prywatyzacji został uznany za sukces. Szpital pozostał jednym z najwydajniejszych szpitali w Szwecji, działając o przynajmniej 10% taniej niż pozostałe efektywne, publiczne szpitale w Sztokholmie. Jakość usług dostarczanych przez szpital nie budziła wątpliwości, podobnie jak nie pojawiły się skargi, iż chęć osiągnięcia zysku przysłoniła priorytety medyczne. Ponadto szpital cieszy się opinią jednego z najbardziej innowacyjnych szpitali w kraju, jest wysoko oceniany przez opinię publiczną i pracowników (Rae 2005, s. 22).

Podjęte działania zmierzające do prywatyzacji szpitali spowodowały wzrost napięcia wewnątrz rządu socjaldemokratów i w 2001 r. wydano ustawę zakazującą radom hrabstw wydzierżawiania szpitali przedsiębiorstwom działającym dla zysku. W 2006 r. wprowadzono nowe zasady zarządzania szpitalami finansowanym ze środków publicznych. Rada hrabstwa ma obowiązek zarządzać samodzielnie co najmniej jednym szpitalem, ponadto obowiązek zarządzania szpitalami i klinikami regionalnymi nie może zostać przekazany na rzecz innego podmiotu. Zasady te zostały jednak zniesione wraz z objęciem rządów przez koalicję centro-prawicową w 2006 r. Komitet ds. Zadań Sektora Publicznego (*The Committee on Public Sector Responsibilities*) w 2007 r. zasugerował wzmocnienie znaczenia szpitali regionalnych w rozwoju specjalistycznych zabiegów medycznych (Magnussen, Vrangbaek, Saltman 2009, s. 205).

Każde hrabstwo samodzielnie decyduje w jaki sposób zostaną zapewnione świadczenia z zakresu podstawowej opieki. Spośród 1100 ośrodków zdrowia działających w Szwecji w 2003 r. ok. 300 stanowiło własnością prywatną. Zdecydowana większość prywatnych ośrodków zdrowia oraz praktyk lekarskich funkcjonuje w silnie zurbanizowanych regionach kraju. Konsultacje udzielone przez lekarzy podstawowej opieki medycznej praktykujących w sektorze prywatnym stanowiły w 2003 r. 27% ogółu udzielonych porad. Podobnie 29% wszystkich porad ambulatoryjnych udzielonych w 2003 r., zostało udzielone w ramach prywatnych praktyk (Glenngård, Hjalte, Svensson, Bankauskaite 2005, s. 79-80).

W przygotowaniu są dalsze działania mające na celu zwiększenie swobody wyboru świadczeniodawcy przez pacjentów w połączeniu ze stworzeniem równych szans konkurencji prywatnych świadczeniodawców z publicznymi. Krajowa Komisja ds. Praw Pacjentów (*National Committee on Patients' Rights*) proponuje umożliwienie prywatnym świadczeniodawcom prowadzenie nie tylko ogólnej praktyki, lecz również specjalistycznych zabiegów medycznych niewymagających hospitalizacji (Magnussen, Vrangbaek, Saltman 2009, s. 206).

Na początku lat 90. postanowiono wprowadzić reformy mające na celu postanie *quasi*-rynku w ramach systemu opieki zdrowia, na wzór rozwiązań funkcjonujących w Wielkiej Brytanii. Zmiany te były wprowadzane przez poszczególne hrabstwa jako eksperyment. Jednakże rząd kraju wywierał presję do reformowania organizacji służby zdrowia, nie tylko poprzez zmiany systemu podatkowego faworyzujące rząd centralny lecz również poprzez redukcje dofinansowania na rzecz samorządu (Dent 2003, s. 51-52).

Większość hrabstw postanowiła oddzielić podmioty odpowiadające za zakup świadczeń od ich dostawców (*purchaser-provider split model*). Spowodowało to między innymi odejście od alokacji zasobów w oparciu o stałe, roczne kwoty na rzecz alokacji na podstawie ilości wykonanych świadczeń (Glenngård, Hjalte, Svensson, Bankauskaite 2005, s. 50).

Sposób, w jaki realizowano rozdział nabywców od dostawców różnił się w znacznym stopniu pomiędzy poszczególnymi hrabstwami. Możliwe było wskazanie trzech podstawowych modeli jego realizacji. Model Dala (wprowadzony przez hrabstwa Dalarna oraz Bohuslän) zakładał przekazanie obowiązku kupowania świadczeń na rzecz rejonów podstawowej opieki zdrowia obejmujących swoim zasięgiem od 6 do 50 tys. mieszkańców. Model Sztokholmski (wprowadzony przez Sztokholm oraz Västerbotten) podobnie jak w modelu Dala skupił funkcje nabywcy w ręku lokalnych organów, jednakże ich zasięg terytorialny był większy. Ostatni model, zwany scentralizowanym, charakteryzował się utworzeniem centralnych

podmiotów odpowiadających za zakup świadczeń dla wszystkich mieszkańców danego hrabstwa (Dent 2003, s. 52).

Wkrótce po rozpoczęciu eksperymentów mających na celu stworzenie *quasi*-rynków w ramach służby zdrowia, większość rad hrabstw odstąpiła od ich budowy. Wprowadzono podział pomiędzy nabywcami i dostawcami świadczeń medycznych, który miał być sposobem na scalenie zdecentralizowanych nabywców. Następnie w połowie lat 90. planowanie na poziomie regionalnym stało się alternatywą dla reform przeprowadzanych przez poszczególne hrabstwa. Hrabstwa borykające się nieustannie ze zbyt ciasnymi budżetami zaczęły postrzegać działania na poziomie regionalnym jako metodę na jednoczesne ograniczenie wzrostu kosztów i zapewnienie pacjentom wyższej jakości usług. Powstała inicjatywa odgórnego zmniejszenia liczby hrabstw poprzez połączenie ich w większe jednostki, zarządzające jednocześnie na większą skalę placówkami medycznymi. Jednakże hrabstwa mogą łączyć się w większe regiony na zasadach dobrowolności, co wydaje się być rozwiązaniem preferowanym nad przymusowym, odgórnym łączeniem w większe regiony (Magnussen, Vrangbaek, Saltman 2009, 110-111).

W Szwecji zdecydowana większość przedstawicieli zawodów medycznych jest zatrudniona w oparciu o umowę o pracę. Pracownicy prywatnych ośrodków zdrowia są wynagradzani poprzez połączenie pensji, świadczenia zależnego od liczby zapisanych pacjentów oraz opłaty za usługę (Glenngård, Hjalte, Svensson, Bankauskaite 2005, s. 51-52).

Świadczenia udzielone przez szpitale są finansowane w oparciu o przyznanie im globalnego budżetu lub płatności zależne od leczonego przypadku (Thomson, Foubister, Mossialos 2009, s. 43). Większość z hrabstw, które rozdzieliły funkcje nabywcy od dostawcy wprowadziły płatności w oparciu o przypadek, uzupełniony często o ograniczenia ilości udzielonych świadczeń oraz wymagania jakościowe. Powszechnym modelem tych płatności jest system NordDRG. Efekty osiągnięte w Sztokholmie, który na początku lat 90. wdrożył płatność w oparciu o grupy diagnostyczne wskazywały na wzrost produktywności w stosunku do placówek działających w oparciu o globalny budżet. Problemem, który wystąpił po wprowadzeniu płatności w oparciu o model DRG było przekraczanie budżetów przeznaczonych przez hrabstwa na świadczenia medyczne. Rozwiązaniem problemu było ustalenie limitów budżetowych oraz obniżenie cen za poszczególne jednostki w ramach systemu DRG. Dzięki temu nadwyżki produktywności zostały podzielone pomiędzy hrabstwem oraz szpitalem (Rae 2005, s. 20-21).

ZAKOŃCZENIE

Omawiane reformy w szwedzkim systemie ochrony zdrowia wpłynęły na poprawę jego efektywności. Nie zmieniły one jednakże fundamentalnych założeń systemu, gdyż nadal podstawowym źródłem jego finansowania pozostają dochody podatkowe (w 2007 r. 81,7% kosztów zostało pokryte ze środków publicznych), a instytucje publiczne są właścicielami dużej części placówek medycznych.

Analizując reformy wprowadzone w systemie finansowania świadczeń usług medycznych, najważniejszą zmianą było wprowadzenie opłat wnoszonych przez pacjentów. Stanowią one efektywne źródło finansowania systemu, pokrywając w 2007 r. około 16,6% całkowitych kosztów świadczeń medycznych. Mechanizm ograniczający koszty pacjentów oraz system zwolnień można uznać za skuteczny sposób zabezpieczenia pacjentów przed nadmiernymi obciążeniami finansowymi. Wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń medycznych nie wpłynęło w znaczący sposób na źródła finansowania kosztów ochrony zdrowia. Ich znaczenie pozostaje marginalne – w 2005 r. 0,3% kosztów świadczeń zostało opłacone w ramach polis ubezpieczeniowych.

Proces prywatyzacji świadczeniodawców dotyczy głównie podmiotów świadczących usługi z zakresu podstawowej opieki medycznej. Jednakże zdecydowanie większa część placówek tego typu pozostaje własnością publiczną. Jedynie 300 spośród 1100 ośrodków zdrowia działających w Szwecji w 2003 r. stanowiło własność prywatną. W przypadku szpitali tylko pojedyncze placówki są w prywatnych rękach. Jednocześnie nie istnieje wola ani polityczna ani społeczna zmiany istniejącego stanu. Budowanie *quasi*-rynków usług medycznych zostało ograniczone do wprowadzenie modelu *purchaser-provider split* przez zdecydowaną większość hrabstw. Sposób, w jaki funkcjonuje ten podział nie został ujednolicony w skali kraju. Rozpatrując zmiany w sposobie wynagradzania świadczeniodawców należy wskazać na upowszechnienie się płatności w oparciu o grupy diagnostyczne, funkcjonujące równoległe z finansowaniem w oparciu o globalny budżet.

LITERATURA

- Andersson G., Karlberg I. (2000), *Integrated care for the elderly. The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly*, „International Journal of Integrated Care” 2000, Vol. 1 listopad.
- Dent M. (2003), *Remodelling Hospitals and Health Professions in Europe. Medicine, Nursing and the State*, Palgrave Macmillan, Gordonsville.
- Glenngård A.H., Hjalte F., Svensson M., Anell A., Bankauskaite V. (2005), *Health Systems in Transition: Sweden*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhaga.
- Grosse-Tebbe S., Figueras J. (2005), *Snapshots of health systems*, European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhaga.
- Jemai N., Thomson S., Mossialos E. (2004), *An overview of cost sharing for health services in the European Union*, „Euro Observer” Vol. 3, No. 6.
- Magnussen J., Vrangbaek K., Saltman R.B. (2009), *Nordic Health Care Systems*, McGraw-Hill, Maidenhead 2009.
- Organization for Economic Co-operation and Development (2010), *OECD Stat*.
- Powell J., Hendricks J. (2009), *The welfare state in post-industrial society. A global perspective*, Springer, Dordrecht, London.
- Rae D. (2005), *Getting Better Value for Money from Sweden's Healthcare System*, Economics Department Working Papers No. 443, OECD, Paryż.
- Ryć K.(red.), Sobczak A. (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowia. Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Suchecka J. (2010), *Ekonomika zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolter Kluwer business, Warszawa.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions (2010), *The Economy Report. On Swedish Municipal and County Council Finances – October 2009*, english.skl.se, (13.11.2010r.).
- Swedish Social Insurance Agency (2010), *Social Insurance in Figures 2009*, Sztokholm.
- Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2009), *Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhaga.
- Twaddle A.C. (1999), *Health care reform in Sweden 1980-1994*, Auburn House, Westport.

Twaddle A.C. (2002), *Health Care Reform Efforts Around the World*,
Greenwood Press, Westport.