

System ochrony zdrowia rozumiany jest zwykle, jako system dostarczania i finansowania udzielania usług zdrowotnych. Rozróżnia się następujące teoretyczne modele systemów zdrowotnych: moralny, biurokratyczny, wolnorynkowy i ubezpieczeniowy.

- Model moralny zbudowany jest głównie w oparciu o przesłanki etyczne. Zawody medyczne traktowane są, jako powołanie i altruistyczna służba na rzecz drugiego człowieka. Model należy uznać za nierealistyczny.
- Model biurokratyczny wyróżnia to, że cele opieki zdrowotnej oparte są na ustaleniach naukowych, a system podlega centralnemu nadzorowi. Problemem jest nadzór nad kosztami.
- Model wolnorynkowy charakteryzuje się tym, że społeczeństwo i instytucje rządowe zwolnione są z troski o stan zdrowia społeczeństwa. Działanie instytucji zdrowotnych i podaż świadczeń medycznych kształtowane są wyłącznie w oparciu o mechanizm rynkowy.
- Model ubezpieczeniowy polega na następujących założeniach:
 - o zakres ubezpieczenia, do którego ma prawo ubezpieczony, zależy od wysokości składki
 - o świadczenia, które otrzymuje pacjent są zależne od umowy zawartej pomiędzy pacjentem a ubezpieczycielem.

Każdy z nich ma swoje zalety i wady. W czystej postaci praktycznie nie występuje żaden z nich. Systemy budowane głównie przez kraje rozwinięte, wykorzystują zalety i starają się minimalizować wady poszczególnych modeli. Większość krajów europejskich budowała swoje systemy wykorzystując doświadczenia prekursorów, którymi byli, wspomniany kanclerz Niemiec Otto von Bismarck, oraz lord William Beveridge w Wielkiej Brytanii i komisarz ludowy ds. zdrowia w ZSRR Nikołaj Siemaszko.

W modelu Bismarcka istnieje wiele kas chorych, pomiędzy którymi jest konkurencja o ubezpieczonych i ich składki. Politycy nie mają większego wpływu na wydzielone fundusze na ochronę zdrowia.

W systemie opartym na modelu Beveridge'a dominuje przekonanie, że zdrowie obywateli jest dobrem publicznym i jego ochrona jest obowiązkiem państwa. System jest oparty na modelu biurokratycznym i posiada większość jego wad. Brak konkurencji i podmiotów prywatnych, zmniejsza jego efektywność.

System wg Siemaszki, wprowadzony w latach 30. w ZSRR, posiadał finansowanie z budżetu państwa i podobnie jak model Beveridge'a, był centralnie zarządzany. Jego założeniem był pełny, równy i nieodpłatny dostęp całego społeczeństwa do usług zdrowotnych. Współpłacenie występowało tylko przy wykupie leków.

Model wolnorynkowy, który nie występuje w Europie, przerzuca odpowiedzialność za zdrowie z państwa na obywateli. A ochrona zdrowia jest traktowana, jako pełnoprawna gałąź gospodarki (wg M. Kautsch).

Źródło: materiał powstał w ramach projektu "Innowacyjna i sprawna administracja" współfinansowanego ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a realizowanego przez Związek Powiatów Polskich; autor: Janusz Atłachowicz