

dr Przemysław SZETELA

Wydział Medyczny, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie
e-mail: pszetela@wsiz.rzeszow.pl

DOI: 10.15290/ose.2016.04.82.07

ANALIZA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA ZE ŚRODKÓW PRYWATNYCH W KRAJACH EUROPEJSKICH NALEŻĄCYCH DO OECD

Streszczenie

Artykuł stanowi przegląd finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych w krajach europejskich, należących do OECD. Analizę porównawczą przeprowadzono na podstawie kilku wybranych wskaźników, takich jak: (1) wysokość wydatków prywatnych w relacji do produktu krajowego brutto – PKB; (2) wielkość wydatków prywatnych w przeliczeniu na osobę (*per capita*); (3) udział wydatków prywatnych w strukturze wydatków całkowitych na ochronę zdrowia; (4) udział poszczególnych prywatnych źródeł finansowania w strukturze finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych oraz (5) udział wydatków prywatnych w strukturze finansowania farmakoterapii. W artykule ukazano rolę, jaką środki prywatne odgrywają w finansowaniu ochrony zdrowia w krajach europejskich, należących do OECD, jak również tendencje występujące w tym zakresie.

Słowa kluczowe: środki prywatne, finansowanie ochrony zdrowia, OECD, współpłacenie pacjentów, prywatne ubezpieczenie zdrowotne

FINANCING OF HEALTH CARE FROM PRIVATE SECTOR RESOURCES IN OECD EUROPEAN COUNTRIES

Summary

The paper presents a comparative analysis of financing health care from private resources in European countries that belong to the Organization for Economic Co-operation and Development.

The analysis is performed using *several* indicators, such as: (1) amount of private expenditure on health in relation to gross domestic product – GDP; (2) amount of private expenditure on health per person (*per capita*); (3) share of private expenditure in total expenditure on health; (4) share of all private financing agents in the financing of health care; and (5) share of private expenditure in the financing of pharmacotherapy.

The author emphasises *the* important role of private financial resources in financing health care in European countries that belong to the OECD and discusses the current trends in this area.

Key words: private financial resources, financing health care, OECD, patient co-payment, private health insurance

JEL: I130

1. Wstęp

Ciągły wzrost cen procedur medycznych, starzenie się społeczeństw i ich coraz większa świadomość zdrowotna sprawiają, że dostępne (ograniczone) środki publiczne nie zaspokajają potrzeb zdrowotnych społeczeństwa zgodnie z rosnącymi oczekiwaniami pacjentów i ich rodzin. Aby sprostać współczesnym wyzwaniom, coraz częściej wykorzystuje się więc środki prywatne w realizacji celów, dla których powołuje i utrzymuje się systemy ochrony zdrowia.

Głównym celem niniejszego artykułu jest przegląd poziomu, struktury i roli oraz metod finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych w krajach europejskich należących do OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, ang. *Organization for Economic Co-operation and Development*).

2. Wskaźniki poziomu i struktury wydatków prywatnych na ochronę zdrowia

Poziom wydatków prywatnych przeznaczanych na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństw w poszczególnych krajach europejskich, należących do OECD, najlepiej charakteryzują dwa następujące wskaźniki: (1) wysokość wydatków prywatnych w relacji do produktu krajowego brutto – PKB (w %) oraz (2) wielkość wydatków prywatnych w przeliczeniu na osobę (*per capita*), wyrażone w dolarach amerykańskich (*United States Dollar* – USD), według parytetu siły nabywczej (*purchasing power parity* – PPP). Natomiast **strukturę wydatków prywatnych** w systemach ochrony zdrowia w poszczególnych państwach europejskich, należących do OECD, najlepiej przedstawiają trzy następujące wskaźniki: (1) udział wydatków prywatnych w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia (w %); (2) udział poszczególnych prywatnych płatników w strukturze finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych (w %) oraz (3) udział wydatków prywatnych w strukturze finansowania farmakoterapii (w %). Przegląd poziomu i struktury finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych został ograniczony do krajów europejskich, należących do OECD, ze względu na to, że specyfika tych państw jest bardziej zbliżona do Polski, aniżeli ta występująca w krajach z odległych części świata. Dlatego też z przeglądu wyłączono takie kraje, należące do OECD, jak: USA, Australię, Chile, Kanadę, Meksyk, Koreę, Japonię i Nową Zelandię. Analizie poddano 26 systemów zdrowotnych w niniejszych krajach: Austrii, Belgii, Czechach, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Islandii, Izraelu, Luksemburgu, Niemczech, Norwegii, Polsce, Portugalii, Słowacji, Słowenii, Szwajcarii, Szwecji, Turcji¹, na Węgrzech, Wielkiej Brytanii oraz we Włoszech.

Wybór powyższych krajów, powszechnie uznawanych za wysoko rozwinięte i demokratyczne, gwarantuje wyciągnięcie właściwych wniosków, które mogą okazać się przydatne dla decydentów funkcjonujących w polskim systemie ochrony zdrowia.

¹ Turcja powszechnie jest klasyfikowana jako państwo europejskie, mimo że większość tego kraju geograficznie leży na kontynencie azjatyckim. Od 1987 roku trwa proces negocjacyjny w sprawie przystąpienia tego kraju do Unii Europejskiej.

3. Znaczenie środków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia

Środki prywatne w krajach europejskich w finansowaniu ochrony zdrowia odgrywają rolę uzupełniającą w relacji do środków publicznych. We wszystkich systemach zdrowotnych środki publiczne pełnią funkcję dominującą. Jednak nie oznacza to wcale, że środki publiczne są dominujące we wszystkich obszarach związanych ze zdrowiem. Istnieją bowiem dziedziny medyczne, w których zaangażowanie środków prywatnych przewyższa środki publiczne (np. w stomatologii). Znaczący udział środków prywatnych w systemach ochrony zdrowia wynika z faktu, iż władze publiczne nie są w stanie sfinansować bezpłatnego dostępu do wszystkich świadczeń zdrowotnych każdemu obywatelowi, dlatego też część świadczeń zdrowotnych jest zwykle finansowana w pełni lub częściowo przez społeczeństwo. Pacjenci wykorzystują środki prywatne do uzupełnienia zakresu świadczeń wyłączonego z finansowania ze środków publicznych i/lub do podniesienia jakości i dostępności świadczeń oferowanych w sektorze publicznym. Pomimo że udział wydatków prywatnych w strukturze finansowania opieki zdrowotnej kształtuje się na różnym poziomie w zależności od analizowanego kraju, to wspólnym celem ich zaangażowania jest m.in.: zwiększeniu środków finansowych na opiekę zdrowotną (cel fiskalny); odciążenie systemu publicznego; poprawa efektywności alokacji ograniczonych zasobów (dzięki kontroli kosztów, zwiększeniu świadomości pacjentów w odniesieniu do realnych kosztów ochrony zdrowia, wzrostowi konkurencji zarówno wśród instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, jak i wśród świadczeniodawców); zaspokajanie potrzeb zdrowotnych osób, które nie są uprawnione do świadczeń w systemie publicznym; ogólna poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych i ich jakości (wyższy standard leczenia, większe możliwości wyboru dla pacjenta); wpływ na rozwój nowych technologii w ochronie zdrowia oraz kształtowanie się postaw prozdrowotnych w społeczeństwie [Szetela, 2014, s. 101].

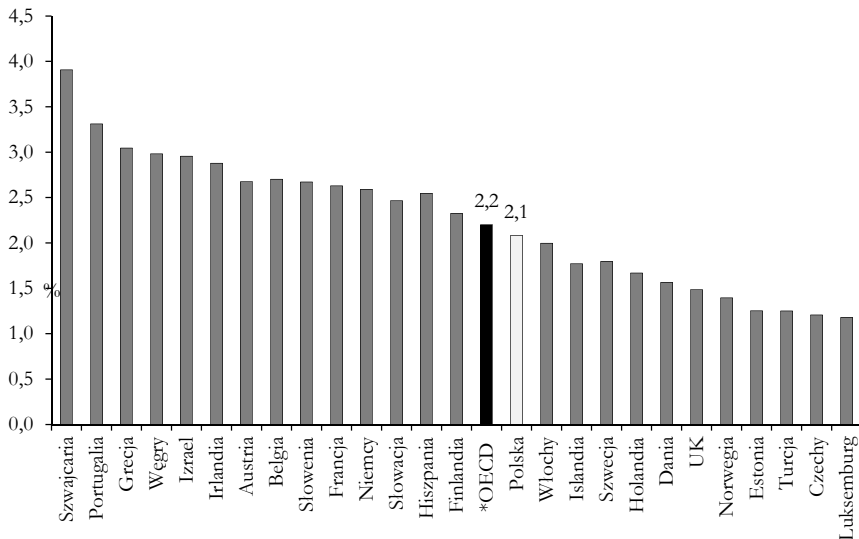
4. Wysokość wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w relacji do PKB

Udział wydatków całkowitych (tj. publicznych i prywatnych) na ochronę zdrowia w produkcie krajowym brutto jest podstawowym wskaźnikiem, który pozwala ocenić ilość środków znajdujących się w systemie ochrony zdrowia danego kraju i tym samym stan zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa [Ryć, Skrzypczak, 2007, s. 1]. Jest to również podstawowy wskaźnik wykorzystywany w międzynarodowych porównaniach nakładów przeznaczanych na opiekę zdrowotną [Skrzypczak, Rogoś, 2007, s. 171]. W kontekście podjętego tematu posłużono się wskaźnikiem udziału wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w relacji do produktu krajowego brutto (w %).

Udział środków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia w relacji do PKB w krajach europejskich, należących do OECD, w zależności od kraju wahał się od 1,2 do 3,9%. Najniższą relację wydatków prywatnych na ochronę zdrowia do PKB wśród krajów należących do OECD wykazały: Luksemburg i Czechy (po 1,2%) oraz Turcja i Estonia (po 1,3%). Natomiast najwyższy udział środków prywatnych w ochronie zdrowia w relacji do PKB wystąpił w takich krajach, jak: Izrael, Węgry i Grecja (po 3,0%)

oraz Portugalia (3,3%) i Szwajcaria (3,9%). Dla Polski powyższy współczynnik wyniósł 2,1% i był nieco niższy niż średnia ustalona dla analizowanych krajów, oscylująca wokół wartości 2,2% (rysunek 1.).

RYСУNEK 1.
Udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w relacji do PKB,
w krajach europejskich należących do OECD, w 2013⁽¹⁾ roku (w %)



* Średnia dla krajów będących przedmiotem analizy.

(1) 2013 (lub najbliższy rok)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [OECD Health Data 2014, 2014].

Stosunkowo niski wskaźnik zaangażowania środków prywatnych w ochronę zdrowia w relacji do PKB dla Polski wynika z relatywnie niskich nakładów na ochronę zdrowia w stosunku do innych krajów. Należy w tym miejscu wskazać, iż występuje ścisła zależność pomiędzy wielkością PKB na mieszkańca a wydatkami na zdrowie [Krakowińska, 2006, s. 49]. W roku 1994 Howard Oxley i Maitland MacFarlan na zlecenie OECD oszacowali, że istnieje istotna, dodatnia korelacja pomiędzy wydatkami na opiekę zdrowotną a produktem krajowym brutto *per capita* [Oxley, MacFarlan, 1994, s. 82]². Wraz ze wzrostem poziomu PKB na jednego mieszkańca wzrasta również poziom wydatków na ochronę zdrowia. Powyższa zależność została wielokrotnie potwierdzona [Turowska, Turowski, 2014 s. 361; *Health at a Glance...*, 2011, s. 150]. Jednakże dochód nie jest jedynym czynnikiem, który wpływa na poziom wydatków na zdrowie, zwłaszcza gdy są rozważane kraje charakteryzujące się wysokim poziomem rozwoju. Inne czynniki to

² Dodatnią korelację w tym zakresie można także zaobserwować w grupie badanych krajów pomiędzy analizowanymi wydatkami prywatnymi na ochronę zdrowia a poziomem PKB *per capita*.

m.in.: decyzje polityczne dotyczące kształtu systemu ochrony zdrowia oraz regulacje prawne oddziałujące na poziom wydatków na zdrowie [Colombo, Morgan, 2006, s. 29]. Warto zauważyć, że wysoki udział wydatków na zdrowie w produkcie krajowym brutto może być wynikiem wyjątkowo: korzystnych dla zdrowia preferencji społecznych, dużego marnotrawstwa środków, wysokiej zamożności społeczeństwa pozwalającej na wysokie wydatki na zdrowie lub także niezbyt wysokiej zasobności społeczeństwa, która sprawia, że nawet relatywnie niewielkie wydatki absolutne już stanowią duży udział w PKB. Ponadto, wysokie wydatki na mieszkańca mogą być pochodną bogactwa narodu albo też niskiego poziomu zdrowia społeczeństwa wymagającego wysokich nakładów [Sowada, 2004, s. 1].

Na przestrzeni analizowanego okresu, tj. 2000-2013, poziom nakładów prywatnych przeznaczanych na opiekę zdrowotną w relacji do PKB w poszczególnych krajach europejskich, należących do OECD, ulegał znacznym wahaniom, co głównie wiązało się z szybszym bądź wolniejszym rozwojem gospodarczym danego kraju. Jednak w zdecydowanej większości w analizowanych systemach zdrowotnych nastąpił wzrost wydatków prywatnych w relacji do PKB. Wzrost wydatków prywatnych większy niż dynamika wzrostu PKB był spowodowany m.in. tym, iż potrzeby zdrowotne społeczeństw rosły w większym stopniu niż ich dobrobyt.

5. Poziom wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w wartościach nominalnych *per capita*

Wysokość środków prywatnych przeznaczanych na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w poszczególnych krajach europejskich była bardzo zróżnicowana, co stanowiło efekt m.in. różnic występujących w poziomie rozwoju gospodarczego danego kraju, mierzonego wielkością produktu krajowego brutto przypadającego na jednego mieszkańca.

Wysokość środków prywatnych przeznaczanych na ochronę zdrowia w wartościach nominalnych w przeliczeniu na osobę w analizowanych krajach, należących do OECD, wahała się od 228 dolarów w Turcji, 308 w Estonii, 332 w Czechach, 475 w Polsce do nawet 1 096 w Belgii, 1 120 w Niemczech, 1 180 w Austrii, 1 261 w Irlandii oraz 2 078 dolarów w Szwajcarii (rysunek 2.).

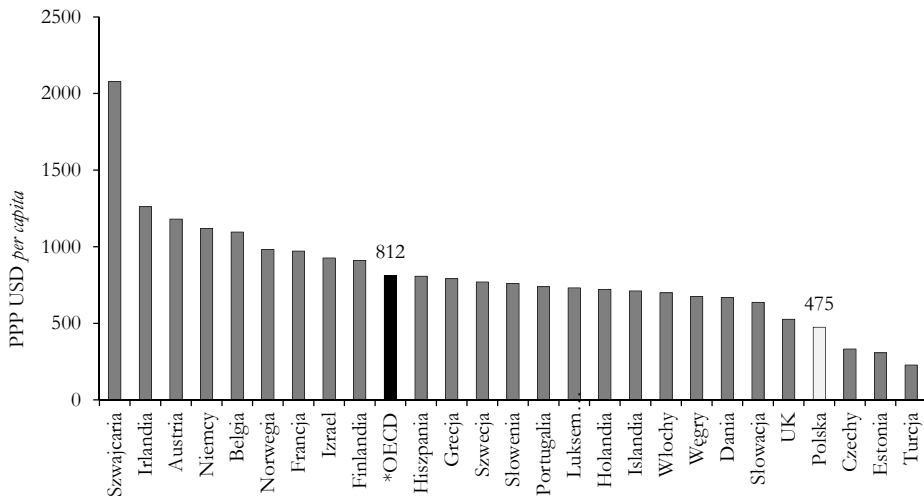
Średnia wartość nakładów prywatnych na ochronę zdrowia *per capita* w analizowanych krajach w 2013 roku wynosiła 812 dolarów. Średnia dla krajów, należących do OECD, była więc niemal dwukrotnie wyższa niż w Polsce. Relatywnie niska pozycja Polski na tle innych państw europejskich pod względem wysokości zaangażowania środków prywatnych w przeliczeniu na jednego mieszkańca przede wszystkim wynika z wciąż niskiego poziomu zamożności polskiego społeczeństwa w stosunku do innych krajów europejskich³, co, jak można przypuszczać, bezpośrednio przekłada się na poziom wydatków prywatnych przeznaczanych na ochronę zdrowia *per capita*. Niemniej poziom

³ Według wskaźnika zamożności obywateli, jakim posługuje się m.in. Eurostat (tzw. *Actual Individual Consumption – AIC*), wartość „Faktycznego Spożycia Indywidualnego” niższą niż w Polsce (spośród analizowanych krajów) zanotowano jedynie w Estonii i na Węgrzech. Natomiast wśród krajów należących do Unii Europejskiej Polska w tym zakresie wyprzedziła tylko: Rumunię, Bułgarię, Chorwację, Węgry,

zamożności społeczeństwa nie jest jedynym czynnikiem, który oddziałuje na poziom wydatków prywatnych przeznaczanych na ochronę zdrowia w danym kraju. Na wysokość wydatków prywatnych na zdrowie mają również wpływ m.in. przyjęte rozwiązania organizacyjne w danym kraju oraz determinanty kulturowe (np. traktowanie zdrowia jako wartości, o którą warto dbać). Polacy wydają na ochronę zdrowia cztery razy mniej środków prywatnych niż Szwajcarzy oraz trzykrotnie mniej niż Irlandczycy i dwukrotnie mniej niż obywatele: Austrii, Niemiec, Belgii, Norwegii, Francji, Izraela i Finlandii. Na tle krajów z Europy Środkowo-Wschodniej pod względem wysokości wydatków prywatnych przeznaczanych na zdrowie w przeliczeniu na osobę Polska także nie zajęła wysokiej pozycji, wydając znacznie mniej niż Słowacja (+34%), Węgry (+42%) czy Słowenia (+60%). Natomiast niższy niż w Polsce poziom wydatków prywatnych *per capita* w opiece zdrowotnej wystąpił w: Czechach (-30%), Estonii (-35%) i Turcji (-52%). Jednakże w kolejnych latach należy spodziewać się znacznego wzrostu poziomu wydatków prywatnych *per capita* w Czechach, w związku z wprowadzeniem i rozwojem od 1 stycznia 2008 roku współpłacenia pacjentów w systemie ochrony zdrowia.

RYSUNEK 2.

Wysokość wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w wartościach nominalnych *per capita*, w krajach europejskich należących do OECD, w 2013⁽¹⁾ roku



* Średnia dla krajów będących przedmiotem analizy.

(1) 2013 (lub najbliższy rok)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [OECD Health Data 2014, 2014].

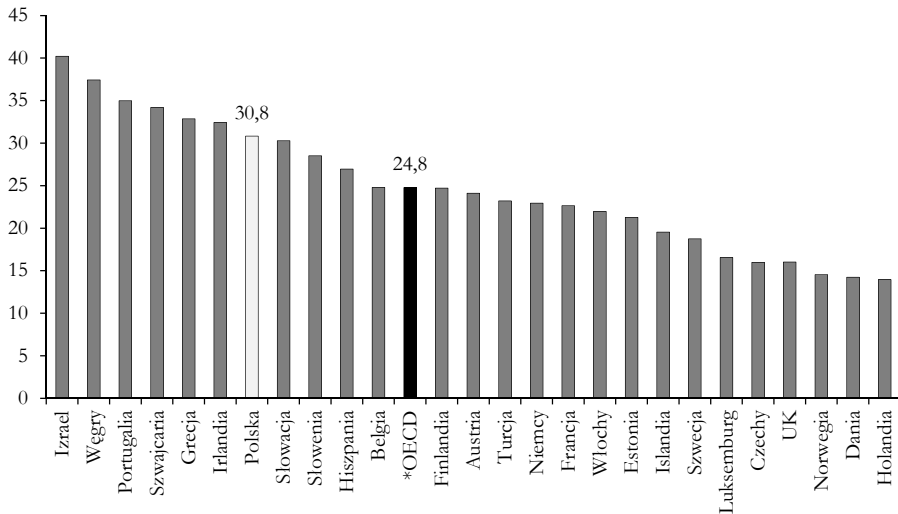
Łotwę i Estonię [Eurostat, 2016]. Podobne wyniki można uzyskać analizując inne, powszechne miary zamożności społeczeństw, m.in. PKB na mieszkańca.

Średnioroczne tempo wzrostu wydatków prywatnych w wartościach nominalnych *per capita* na opiekę zdrowotną charakteryzowała tendencja rosnąca we wszystkich badanych krajach. Analiza wydatków prywatnych przeznaczanych na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca w latach 2000-2013 wykazała ich wyraźny wzrost w rozpatrywanym okresie. Wzrost ten można obserwować we wszystkich analizowanych krajach europejskich na przestrzeni ostatnich lat, bez względu na wysokość dokonywanych wydatków prywatnych. Dynamika wzrostu zaangażowania środków prywatnych w systemach zdrowotnych w poszczególnych państwach przebiegała jednak w różnym tempie. Szczególnie wysoki wzrost wydatków prywatnych na Słowacji i w Czechach był spowodowany wprowadzeniem w tych krajach zmian systemowych w ochronie zdrowia, które polegały na przerwaniu części kosztów świadczeń zdrowotnych na pacjentów, odpowiednio od 1 stycznia: 2004 i 2008 roku.

6. Udział wydatków prywatnych w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia

Systemy ochrony zdrowia w państwach europejskich, należących do OECD, charakteryzują się przede wszystkim finansowaniem ze środków publicznych, tj. zarówno z podatków, jak i ze składek na społeczne ubezpieczenie zdrowotne. W każdym jednak analizowanym państwie finansowanie opieki zdrowotnej ze środków publicznych jest wspierane środkami prywatnymi. Udział wydatków prywatnych w całości wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia w większości krajów europejskich, należących do OECD, wahał się od kilkunastu procent w: Holandii (14,0%), Danii (14,2%), Norwegii (14,5%), UK i Czechach (po 16%) oraz Luksemburgu (16,5%) do ponad 30% w: Irlandii (32%), Grecji (33%), Szwajcarii (34%), Portugalii (35%), Węgrzech (37%) i Izraelu (40%). Dla Polski wskaźnik ten wynosił 30,8%, co usytuowało ją w grupie krajów wyróżniających się relatywnie wysokim zaangażowaniem środków prywatnych w strukturze finansowania ochrony zdrowia ogółem (rysunek 3.).

W 2013 roku średnia wartość wskaźnika określającego udział środków prywatnych w strukturze wydatków całkowitych na ochronę zdrowia w analizowanych krajach europejskich wynosiła niecałe 25% (tj. 24,8%). Mniejszy bądź też większy udział wydatków prywatnych w strukturze wydatków całkowitych na zdrowie był zdeterminowany przyjętymi i realizowanymi przez dany kraj rozwiązaniami systemowymi w ochronie zdrowia, wynikał z uwarunkowań historycznych i ideologicznych, a także był konsekwencją możliwości ekonomicznych danego społeczeństwa. Zwykle w krajach, w których system socjalny jest słabiej rozwinięty lub gdzie system publiczny nie oferuje wystarczającego poziomu usług, wydatki prywatne stanowią większy udział w strukturze finansowania ochrony zdrowia aniżeli w krajach, w których wskazane elementy są silnie rozwinięte (ale nie należy traktować tego jako reguły) [Szetela, 2014, s. 112].

RYСУNEK 3.**Udział środków prywatnych w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia, w krajach europejskich należących do OECD, w 2013 ⁽¹⁾ roku (w %)**

* Średnia dla krajów będących przedmiotem analizy.

(1) 2013 (lub najbliższy rok)

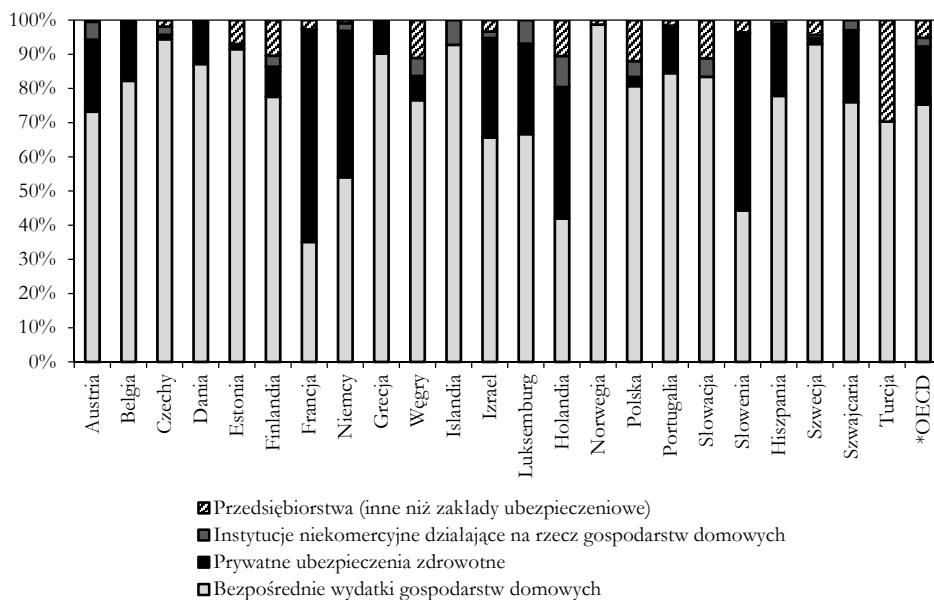
Źródło: opracowanie własne na podstawie: [OECD Health Data 2014, 2014].

Bez względu na wielkość zaangażowania środków prywatnych, w analizowanych systemach zdrowotnych na przestrzeni rozpatrywanego okresu (tj. 2000–2013) nastąpił wzrost lub spadek udziału środków prywatnych w strukturze finansowania opieki zdrowotnej – nie zaobserwowano w tym obszarze jednolitego trendu.

7. Udział prywatnych źródeł w finansowaniu ochrony zdrowia

Zgodnie z metodologią stosowaną w narodowych rachunkach zdrowia przez OECD, do prywatnych źródeł finansowania opieki zdrowotnej zalicza się: (a) wydatki gotówkowe *out of pocket* gospodarstw domowych (zarówno bezpośrednio, jak i te przybierające formę udziału w kosztach); (b) wydatki instytucji prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych; (c) płatności ponoszone przez przedsiębiorców oraz (d) organizacje charytatywne [Health at a Glance..., 2009 s. 170]. Środki prywatne w ochronie zdrowia pochodzą więc z kilku źródeł, jednak w różnych proporcjach w poszczególnych krajach europejskich (rysunek 4.)

RYSUNEK 4.

Struktura prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia, w krajach europejskich należących do OECD, w 2013 ⁽¹⁾ roku

* Średnia dla krajów będących przedmiotem analizy (Irlandia, Włochy, UK – brak danych).

(1) 2013 (lub najbliższy rok)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [OECD Health Data 2014, 2014].

Wydatki prywatne, przeznaczone na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństw w krajach europejskich należących do OECD, w zdecydowanej większości (tj. w 75%) realizowano w postaci wydatków gospodarstw domowych (tzw. płatności typu *out of pocket*). Ten rodzaj wydatków stanowił 90% (i więcej) płatności prywatnych w takich krajach, jak: Grecja (90,3%), Estonia (91,5%), Islandia (92,8%), Czechy (94,4%) oraz Szwecja (93%) i Norwegia (98,7%). Jednak w Europie były kraje, w których wydatki prywatne tego typu obejmowały znacznie mniejszy odsetek w strukturze dokonywanych płatności prywatnych na zdrowie, m.in. w: Słowenii (44,3%), Holandii (42,0%) oraz Francji (35,1%). W systemach zdrowotnych państw europejskich, należących do OECD, wystąpiła więc znaczna rozpiętość wydatków typu *out of poczet*, która wahała się od 35% do niemal 100% ich udziału w całości dokonywanych płatności prywatnych. W Polsce natomiast wydatki prywatne, pochodzące z gospodarstw domowych, stanowiły 81% wszystkich wydatków prywatnych przeznaczanych na zdrowie.

Drugim w kolejności najistotniejszym prywatnym źródłem finansowania opieki zdrowotnej w Europie są prywatne ubezpieczenia zdrowotne. W krajach poddanych analizie wydatki dokonywane przy udziale instytucji prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

wynosiły średnio 17% wszystkich ponoszonych wydatków prywatnych w ochronie zdrowia. Udział tych wydatków w strukturze płatności prywatnych, podobnie jak i wydatków bezpośrednich, był znacznie zróżnicowany i wahał się od niemalże 0% w: Islandii, Norwegii, Szwecji, Turcji, Słowacji, Estonii i Czechach do nawet 38,5% w Holandii, 42,9% w Niemczech, 51,8% w Słowenii i aż 62,2% we Francji. Tymczasem w Polsce prywatne ubezpieczenia zdrowotne wciąż mają marginalne znaczenie w finansowaniu ochrony zdrowia, stąd ich udział w strukturze wydatków prywatnych wynosił zaledwie 2,7%.

Pozostałe źródła finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków prywatnych, które wystąpiły w krajach europejskich, to pracodawcy (5,2%) oraz organizacje *non profit* (2,5%). W zdecydowanej większości udział organizacji z tzw. trzeciego sektora w strukturze finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych był marginalny. Dla Polski powyższy wskaźnik oscylował wokół wartości 4,7%. Podobne znaczenie w strukturze finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych w krajach europejskich, należących do OECD, miały przedsiębiorstwa. W polskim systemie ochrony zdrowia środki prywatne, pochodzące od pracodawców, jednak odgrywały relatywnie nieco większą rolę aniżeli miało to miejsce w większości krajów europejskich, co było spowodowane przerzuceniem przez ustawodawcę części kosztów opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń medycyny pracy na pracodawców od 1996 roku, a to w konsekwencji przyczyniło się do dynamicznego rozwoju rynku abonamentów medycznych (około 12%) [*Rozządzenie Ministra Zdrowia...*, 1996].

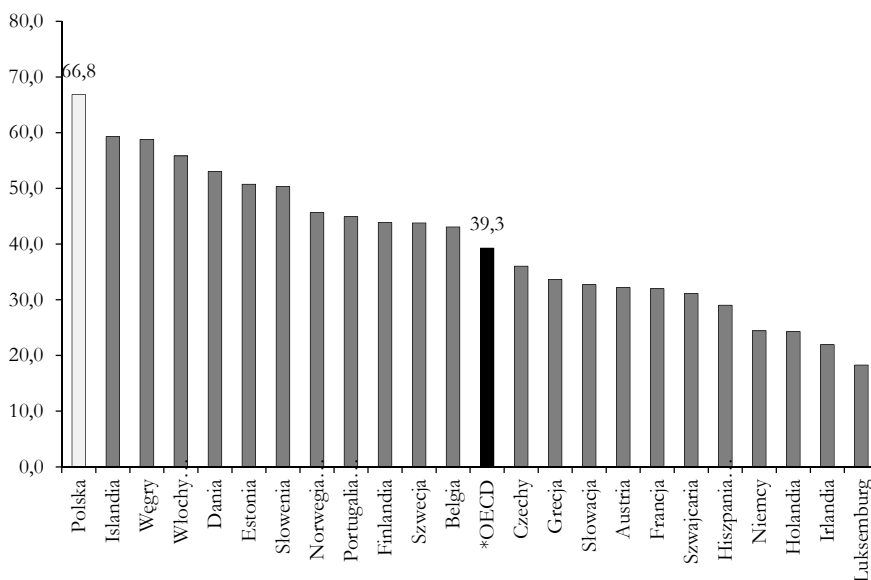
Na przestrzeni analizowanego okresu, tj. w latach 2000-2013, w krajach europejskich, należących do OECD, nastąpił wzrost znaczenia instytucji prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz przedsiębiorstw w strukturze finansowaniu ochrony zdrowia ze środków prywatnych, przede wszystkim kosztem bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych.

8. Udział wydatków prywatnych w finansowaniu farmakoterapii

Wydatki na farmaceutyki (produkty lecznicze, wyroby medyczne, suplementy diety) stanowią jedną z najwyższych pozycji kosztowych w każdym systemie zdrowotnym, dlatego środki finansowe przeznaczane na ten rodzaj świadczeń zdrowotnych są szczególnie istotne. We wszystkich krajach europejskich, należących do OECD, udział środków prywatnych w strukturze finansowania leków był niższy niż w Polsce. W krajach tych przeważało (poza: Islandią, Węgrami, Włochami, Danią, Estonią i Słowenią) finansowanie leków z funduszy państwowych oraz z ubezpieczeń społecznych (tj. ze środków publicznych). Tymczasem w Polsce z powodu niewystarczającego poziomu refundacji cen farmaceutyków ze środków publicznych (przez Narodowy Fundusz Zdrowia) koszty farmakoterapii w znacznej części są pokrywane ze środków prywatnych, tj. aż w 66,8% (rysunek 5.). Na ten niezwykle wysoki poziom współpłacenia składa się udział własny pacjentów w kosztach leków częściowo refundowanych przez ubezpieczenie zdrowotne, jak również koszty leków wyłączonych z systemu refundacji [Sowada, 2003, s. 20].

RYSUNEK 5.

Udział wydatków prywatnych w wydatkach całkowitych na leki, w krajach europejskich należących do OECD, w 2013 ⁽¹⁾ roku (w %)



* Średnia dla krajów będących przedmiotem analizy (Izrael, Turcja, UK – brak danych).

(1) 2013 (lub najbliższy rok)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [OECD Health Data 2014, 2014].

Udział wydatków prywatnych w strukturze wydatków całkowitych przeznaczanych na produkty farmaceutyczne w polskim systemie ochrony zdrowia był znacznie wyższy od średniej ustalonej dla krajów europejskich, należących do OECD, która oscylowała wokół wartości 39,3%. Relatywnie wysoki udział środków prywatnych (ponad 50%) w kosztach konsumowanych leków wystąpił także na Islandii (59,3%), Węgrzech (58,8%), we Włoszech (55,8%), w Danii (53,1%), Estonii (50,8%) i Słowenii (50,3%). Równie wysoki poziom zaangażowania środków prywatnych w pokrywaniu kosztów farmakoterapii miał miejsce w krajach skandynawskich (Danii, Norwegii i Szwecji), odpowiednio: 53,1%, 45,7% oraz 43,8%. Natomiast najmniejszy (tj. poniżej 25%) udział środków prywatnych w finansowaniu kosztów leczenia z wykorzystaniem leków był w systemach zdrowotnych w: Niemczech (24,4%), Holandii (24,3%), Irlandii (21,9%) i Luksemburgu (18,3%).

Warto zauważyć, że według WHO (Światowa Organizacja Zdrowia, ang. *World Health Organization*), przekroczenie 50% udziału pacjentów w kosztach farmakoterapii powoduje występowanie ograniczeń w dostępie do leków. Powyższą hipotezę potwierdzają przeprowadzone badania, które dowodzą, że znaczną część pacjentów w Polsce nie stać na zakup niektórych lub wszystkich zaordynowanych leków. Okazuje się, że 23%

polskiego społeczeństwa nie realizuje częściowo recept, a 3% nie wykupuje ich w ogóle [Polityka Lekowa Państwa..., 2004, s. 7]. Wyniki *Diagnozy Społecznej 2013 i 2015* dostarczają podobnych informacji, tj. odpowiednio 16,9% oraz 13,4% społeczeństwa z powodów finansowych jest zmuszona do rezygnacji z zakupu leków. Zakres rezygnacji ze względów ekonomicznych jednak nie rozkłada się równo w przekroju różnych grup społeczno-demograficznych. Najwięcej rezygnacji z wszystkich bądź większości leków wystąpił w gospodarstwach domowych utrzymujących się z niezarobkowych źródeł (aż 40,7%) oraz w grupie rencistów (33,3%) [Czapiński, Panek, 2015, s. 119]. Wyniki innego badania społecznego (przeprowadzonego w 2008 roku) wskazują, iż 28% Polaków zrezygnowało z zakupu leku ze względu na jego zbyt wysoką cenę. W takiej sytuacji pacjenci najczęściej prosili lekarza o wypisanie recepty na inny, tańszy lek (47% przypadków) bądź prosili aptekarza o zamianę leku na inny (35%). Do całkowitej rezygnacji z leku przyznało się 14% badanych, zaś fakt wykupienia leku, ale zażywania go w mniejszych dawkach wyraziło 3% badanych. Rezygnację z zakupu leku ze względu na jego zbyt wysoką cenę częściej zgłaszały osoby starsze, słabiej wykształcone, dysponujące niższymi dochodami na osobę gospodarstwa domowego, jak również chorujące na choroby przewlekłe [Bojarska i in. 2009, s. 12].

Na przestrzeni analizowanego okresu, tj. w latach 2000-2013, udział wydatków prywatnych w strukturze wydatków całkowitych na leki wzrósł w niektórych krajach europejskich, należących do OECD, m.in. na: Słowacji, Słowenii, Węgrzech oraz w Czechach. Jednak w większości analizowanych państw wystąpiła pozytywna tendencja polegająca na zmniejszeniu obciążenia prywatnych płatników (głównie pacjentów) kosztami nabywanych farmaceutyków.

9. Metody finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych

Kraje europejskie stosują dwa schematy pozyskiwania i dystrybuowania środków prywatnych, a mianowicie: wydatki bezpośrednie (*out of pocket payments* – OOP) i wydatki w formie przedpłat (*prepaid payments; prepaid plans*), przede wszystkim przybierające postać prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (*private health insurance* – PHI). Udział wydatków prywatnych typu *out of pocket payments* w ochronie zdrowia jest znacznie wyższy w krajach słabiej rozwiniętych. W krajach afrykańskich wydatki typu *out of pocket payments* stanowią nawet 100% wszystkich wydatków prywatnych w ochronie zdrowia (m.in. w Angoli i Gabonie). Natomiast w krajach wysoko rozwiniętych większy nacisk kładzie się na rozwój ubezpieczeniowych form zabezpieczenia zdrowotnego [Lorenz, 2009, s. 3]. Finansowanie bezpośrednio opieki zdrowotnej jest zróżnicowane w poszczególnych krajach europejskich i obejmuje zarówno bezpośrednie płatności pacjentów bez udziału ubezpieczenia (*direct payments*), jak i udział w kosztach z udziałem ubezpieczenia (*cost sharing*), a także nieformalne opłaty (*informal payments*), o ile takie występują. Spośród wcześniej wspomnianych rozwiązań w krajach europejskich najbardziej rozpowszechnione jest współuczestniczenie pacjentów w kosztach otrzymywanych świadczeń zdrowotnych, a więc – udział w kosztach z udziałem ubezpieczenia. Znajduje ono zastosowanie w różnych obszarach opieki zdrowotnej, tj.: podstawowej i specjalistycznej.

nej, ambulatoryjnej i stacjonarnej, również dotyczy farmaceutyków i stomatologii [Nojszewska, 2009, s. 215]. Rozwiązania przyjęte w poszczególnych krajach europejskich, obejmujące bezpośrednie finansowanie świadczeń zdrowotnych, są bardzo zróżnicowane i zależą od polityki zdrowotnej realizowanej w danym kraju. W opiece stacjonarnej zwykle obowiązują zryczałtowane opłaty za każdy dzień pobytu w szpitalu. W Niemczech i Austrii po 10 euro, ale nie więcej niż za 28 dni w ciągu jednego roku kalendarzowego. W Szwecji w przypadku pobytu w szpitalu obciąża się pacjenta stawką dzienną 80 SEK (korona szwedzka), zaś w Estonii do 25 EEK (korona estońska) za każdy dzień pobytu pacjenta w szpitalu, lecz maksymalnie do 10 dni w ciągu jednego roku kalendarzowego. Natomiast w Norwegii leczenie szpitalne jest bezpłatne, podobnie jak w: Portugalii, Islandii i Holandii (chyba że pacjent zdecyduje się na wyższy standard pobytu). W opiece ambulatoryjnej (podstawowej i specjalistycznej) także pobiera się zryczałtowane opłaty. W Niemczech obowiązują opłaty w wysokości 10 euro za każdą pierwszą wizytę u lekarza rodzinnego, lekarza stomatologa i lekarza specjalisty w kwartale rozpoczynającym kurację. Podczas kolejnych wizyt u tego samego lekarza wystarczy okazać dowód poprzedniej zapłaty. Jeśli czas trwania kuracji przeciąga się (powyżej 3 miesięcy), to w następnym kwartale pacjent musi ponownie uiścić powyższą opłatę. W Grecji zaś za każde świadczenie ambulatoryjne pacjent wnosi stałą opłatę w wysokości 3 euro. Tymczasem w Szwecji za poradę lekarza ogólnego i specjalisty pacjent musi wnieść opłatę, której wysokość jest zróżnicowana w zależności od hrabstwa (100-300 SEK). W kraju tym za leczenie stomatologiczne pacjent ponosi pełne koszty do pewnego limitu, a w przypadku droższego leczenia pacjent płaci za część nadwyżki ponad tę kwotę (30-65%). W Szwajcarii za poradę lekarza ogólnego i specjalisty trzeba uiścić opłatę w wysokości 33 CHF (frank szwajcarski) (dzieci do 18. roku życia) lub 92 CHF (osoby powyżej 18. roku życia). Wnieciona opłata daje prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez kolejne 30 dni. Na Słowacji również obowiązują zryczałtowane opłaty za świadczenia ambulatoryjne, ustalone w wysokości 1,99 euro. Natomiast w Portugalii za wizytę u lekarza są naliczane opłaty w wysokości od 2,10 do 8,75 euro w zależności od placówki. Kobiety w ciąży nie ponoszą kosztów leczenia. Podobne zryczałtowane opłaty występują w Norwegii za: wizytę u lekarza rodzinnego 130 NOK (korona norweska), poradę specjalisty na podstawie skierowania 280 NOK, bez skierowania 450 NOK, wizytę lekarza w domu w ciągu dnia 180 NOK, a za wizytę w nocy i weekend 220 NOK, a wizyta u stomatologa jest płatna w 100%. Z powyższych opłat są zwolnione dzieci poniżej 12. roku życia. W każdym kraju pacjenci ponoszą także pewien udział w finansowaniu farmakoterapii. W Niemczech odpłatność za leki na receptę wynosi 10% ich ceny, jednak nie mniej niż 5 euro i nie więcej niż 10 euro. Powyższe opłaty nie obowiązują dzieci do 18. roku życia i kobiet w ciąży. We Włoszech niektóre leki na receptę są sprzedawane za opłatą ryczałtową, za pozostałe trzeba zapłacić pełną cenę lub 50% ich ceny. W Szwecji za leki na receptę pacjent płaci pełną cenę, chyba że przekracza ona ustalony limit: do 900 SEK – 100% odpłatności, od 900 do 4 300 SEK – między 10 a 50%, powyżej 4 300 SEK – bez współpłacenia pacjenta. Na Słowacji obowiązują zryczałtowane opłaty za receptę w wysokości 0,17 euro. W Portugalii niektóre leki są bezpłatne, za inne należy

zapłacić: 5%, 31%, 61% lub 85% ich ceny. Leki spoza listy produktów refundowanych są sprzedawane z pełną odpłatnością. W Norwegii zaś za leki zapisane na „białej receptce” należy zapłacić pełną cenę. Za leki wypisane na „niebieskiej receptce” (na choroby przewlekłe) pacjent płaci 36% ceny do pewnego limitu (510 NOK). W Wielkiej Brytanii leki na receptę są wydawane bezpłatnie dzieciom do lat 16, uczniom do 18. roku życia, kobietom w ciąży i osobom powyżej 60. roku życia, a pozostałe osoby muszą ponieść opłatę ryczałtową (6,40 funtów) za każdy lek. W Danii w momencie realizacji recepty należy zapłacić 100% ceny leków, a następnie można dochodzić zwrotu części poniesionych wydatków w urzędzie gminy. Przy pierwszym zakupie leków jest wydawana karta elektroniczna, którą należy okazywać przy każdym kolejnym zakupie. Wydatki na lekarstwa są zwracane, gdy ich suma zarejestrowana na karcie przekroczy 465 DKK (korona duńska) w jednym roku kalendarzowym. Stawki zwrotu kosztów lekarstw są uzależnione od wielkości poniesionych wydatków (0%, 50%, 75%, 85%). Wydatki poniżej 465 DKK są zwracane tylko w przypadku dzieci (w wysokości: 50%, 75% lub 85%). W krajach europejskich opłaty pobiera się także za transport medyczny. Na Słowacji w wysokości 0,07 euro za każdy kilometr. Natomiast w Norwegii za tego rodzaju usługę jest naliczana ryczałtowana opłata 120 NOK. W Danii i Hiszpanii jest to usługa bezpłatna. W polskim systemie ochrony zdrowia udział pacjentów w pokrywaniu kosztów otrzymywanych świadczeń zdrowotnych występuje tylko w wąskim zakresie w przypadku lecznictwa uzdrowiskowego oraz świadczeń otrzymywanych w zakładach rehabilitacyjno-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, a także w bardzo szerokim zakresie w przypadku leków i wyrobów medycznych oraz stomatologii. Pozostałe obszary opieki zdrowotnej są pozbawione oficjalnej partycypacji pacjentów w kosztach otrzymywanych świadczeń zdrowotnych.

Obok finansowania bezpośredniego, kraje europejskie w finansowaniu ochrony zdrowia ze środków prywatnych wykorzystują jednocześnie prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Jednak w poszczególnych krajach odgrywają one różną rolę, co jest uwarunkowane zarówno rozwojem historycznym, jak i bieżącymi regulacjami dotyczącymi powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach istniejących systemów zdrowotnych [Colombo, Tapay, 2004, s. 21]. Fakt istnienia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego niejako determinuje rolę ubezpieczeń prywatnych, które w większości krajów mają charakter uzupełniający. Ubezpieczenia uzupełniające są obecne w niemal wszystkich krajach, w których funkcjonują prywatne ubezpieczenia zdrowotne (m.in. w: Austrii, Belgii, Danii, we Francji i w Luksemburgu) [Jasiński, 2003, s. 32]. System prywatnych ubezpieczeń komplementarnych najlepiej jest rozwinięty we Francji, gdzie od 87 do nawet 90% społeczeństwa posiada takie ubezpieczenie [Durand-Zaleski, 2010, s. 24]. Celem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych we Francji jest zwrot opłat wnoszonych przez ubezpieczonych w ramach współpłacenia za korzystanie z publicznej opieki zdrowotnej oraz zwrot wydatków poniesionych na te kategorie świadczeń, które są objęte limitami kwotowymi w ramach publicznej opieki zdrowotnej, np. usługi optyczne lub dentystyczne. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w niektórych krajach europejskich stanowią nie tylko uzupełnienie, ale także alternatywę dla funkcjonującego systemu publicznego. Taka sytuacja występuje w: Niemczech, Austrii, Belgii i Hiszpanii (do 31 XII 2006 roku także w Holandii). Najlepszym przykładem rozwiniętego systemu ubezpieczeń

zastępczych w Europie jest rynek niemiecki. W Niemczech za kryterium wyłączenia z systemu publicznego przyjęto wysoki poziom uzyskiwanych dochodów bądź wykonywany zawód. Obowiązek ubezpieczenia w ustawowych kasach ubezpieczenia zdrowotnego ciąży na wszystkich obywatelach. Poza systemem pozostaje część osób prowadzących własną działalność gospodarczą i z mocy prawa wykluczonych z systemu publicznego, jak również osoby podejmujące dobrowolne decyzje o przejściu do systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, o ile uzyskują dochody powyżej określonego poziomu [Sowada, 2003, s. 20]. Świadczenia w prywatnych ubezpieczeniach substytucyjnych muszą obejmować taki sam zakres, jak świadczenia w systemie publicznym. W niemieckim sektorze ubezpieczeń prywatnych funkcjonuje około 50 zakładów ubezpieczeń specjalizujących się w prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Podobne rozwiązania występują w Hiszpanii i Austrii. W tych krajach prywatnymi ubezpieczeniami zastępczymi są obejmowane osoby wykluczone z ubezpieczenia powszechnego, a mianowicie: grupy zawodowe, np. adwokaci w Hiszpanii oraz weterynarze, notariusze i duchowni w Austrii [Mossialos, Thomson, 2002, s. 53]. Natomiast ubezpieczenia dodatkowe są szczególnie ważne w krajach posiadających państwowy system usług zdrowotnych, takich jak: Grecja, Włochy, Portugalia, Hiszpania i Wielka Brytania. Ich znaczenie wzrasta w krajach skandynawskich (Dania, Finlandia, Szwecja). W krajach, gdzie znaczącym problemem jest czas oczekiwania na poszczególne świadczenia zdrowotne, ubezpieczenia dodatkowe pozwalają „ominąć kolejkę”. Najpełniej system ubezpieczeń dodatkowych jest rozwinięty w Wielkiej Brytanii. Tam Narodowa Służba Zdrowia (ang. *National Health Services* – NHS) gwarantuje szeroki zakres świadczeń, co w istotny sposób wpływa na zakres ubezpieczeń prywatnych, które nie zastępują ochrony gwarantowanej przez państwo, lecz wypełniają niewielką lukę wynikającą z wyłączenia niektórych świadczeń z finansowania ze środków publicznych oraz świadczeń objętych stosunkowo niskimi opłatami, np. usługi stomatologiczne lub okulistyczne. Stąd też jedynie nieco ponad 11% społeczeństwa w Wielkiej Brytanii posiada prywatne ubezpieczenie zdrowotne, z czego znaczna ich część to ludzie z najwyższego przedziału dochodów [Foubister i in. 2007, s. 14-15]. W Wielkiej Brytanii świadczenia z zakresu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych najczęściej obejmują zwrot kosztów: drobnych zabiegów chirurgicznych, konsultacji specjalistycznych, badań laboratoryjnych, radiologicznych i usług szpitalnych (w tym szybszy dostęp do: specjalistów, niektórych metod leczenia i podwyższony standard pokojów w szpitalach publicznych). Udział ludności, która jest objęta ochroną zapewnianą przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne, istotnie różni się w poszczególnych krajach europejskich. W wielu krajach prywatne ubezpieczenia zdrowotne posiada zdecydowana część społeczeństwa (20-40%). To sprawia, że ich znaczenie w krajowych systemach ochrony zdrowia jest stosunkowo duże (m.in. w: Austrii, Szwajcarii czy Danii). W niektórych krajach prywatne ubezpieczenia zdrowotne posiada nawet ponad połowa populacji i w tych krajach ubezpieczenia zdrowotne odgrywają relatywnie dużą rolę w finansowaniu systemu ochrony zdrowia. Należą do nich m.in.: Holandia, Francja, Luksemburg, Słowenia, Belgia, Lichtenstein i Irlandia. Jednak w większości krajów europejskich prywatne ubezpieczenia zdrowotne pozostają w cieniu systemów publicznych i nie odgrywają znaczącej roli w systemach zdrowotnych (m.in. w: Szwecji, Norwegii, Turcji i Polsce). Dane, które dotyczą odsetka

osób posiadających prywatne ubezpieczenia zdrowotne w rozbiciu na ich trzy główne formy, tj.: zastępcze, uzupełniające i dodatkowe, wskazują, że odsetek osób posiadających polisy ubezpieczeń substytucyjnych waha się od 0,2% w Austrii do 9% w Niemczech. Natomiast udział ubezpieczeń uzupełniających (przeważających w Europie) waha się, w zależności od kraju, w przedziale od 11,4% w Hiszpanii do około 90% we Francji [Mossialos, Thomson, 2004, s. 34]⁴. Warto wspomnieć, że nabywcami ubezpieczeń dodatkowych są zwykle osoby o wysokich dochodach, o wysokim statusie zawodowym i zamieszkujące regiony zamożne. Grupa nabywców ubezpieczeń uzupełniających jest dużo bardziej zróżnicowana, ale wyraźnie mniej zamożna. Natomiast posiadacze ubezpieczeń substytucyjnych są zdefiniowani przez precyzyjne progi dochodów, zatem jest to grupa najzamożniejsza, która często prowadzi własną działalność gospodarczą [Szetela, 2014, s. 122-126].

10. Podsumowanie

Prywatne środki finansowe odgrywają coraz większą rolę w systemach ochrony zdrowia w krajach europejskich. Wszystkie analizowane kraje europejskie, należące do OECD, stosują zarówno środki publiczne, jak i prywatne w finansowaniu ochrony zdrowia, lecz w różnych proporcjach [*Health at a Glance...*, 2009, s. 170]. Nawet w krajach, które zapewniają powszechny dostęp do opieki zdrowotnej, wykorzystuje się środki ze źródeł prywatnych, a ich poziom zależy od tego, jak duże są wyłączenia przedmiotowe z systemu publicznego i przyjętego współudziału pacjentów w kosztach opieki zdrowotnej, a także roli i wielkości rynków prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych [Colombo, Morgan, 2006, s. 32]. Wzrost środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną ze źródeł prywatnych wynika z kilku przesłanek, tj.: zmian demograficznych (starzenie się społeczeństw), rosnącego popytu na dobra i usługi zdrowotne, który jest pochodną wzrostu dochodów ludności i skutkiem coraz większej świadomości zdrowotnej wśród społeczeństw (traktowanie zdrowia jako wartości), jak również w niektórych krajach wiąże się z rozczarowaniem społeczeństwa sposobem funkcjonowania publicznej części systemu opieki zdrowotnej. Dynamiczny wzrost wydatków prywatnych na ochronę zdrowia jest jednocześnie spowodowany gwałtownym rozwojem skomplikowanych i nowoczesnych, a zarazem bardzo kosztownych technologii medycznych⁵ oraz rozwojem rynków prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Na rosnącą wielkość środków prywatnych, przeznaczanych na zdrowie, równocześnie ma wpływ polityka zdrowotna państw, które nie są w stanie zagwarantować bezpłatnego

⁴ Ubezpieczenia prywatne uzupełniające i dodatkowe występują w różnym wymiarze niemalże w każdym kraju europejskim, należącym do OECD. Jednak rozróżnienie pomiędzy ubezpieczeniem uzupełniającym a dodatkowym nieraz jest bardzo trudne. Ich zakresy bardzo często „krzyżują się” i/lub pokrywają ze sobą [Jasiński, 2003, s. 32].

⁵ Koszty technologii i postępów w leczeniu są wskazywane jako najważniejsze determinanty rosnących wydatków na zdrowie. O ile rozwój technologii obniża jednostkowe koszty świadczeń, to nie rekompensuje on rosnącego popytu na świadczenia. Efektem są coraz wyższe wydatki na opiekę zdrowotną [*Projecting OECD...*, 2006, s. 8; Magda, Szczygielski, 2011, s. 9].

dostępu do wszystkich usług zdrowotnych każdemu obywatelowi, dlatego też część usług zdrowotnych (poza podstawowymi) jest pozostawiana do finansowania w pełni lub częściowo przez społeczeństwo (powszechnie wyłącza się z tego obowiązku poszczególne grupy społeczne, m.in. dzieci i młodzież oraz kobiety w ciąży).

Z jednej strony środki ze źródeł prywatnych ułatwiają dostęp do świadczeń zdrowotnych, gwarantują ich wyższą jakość, stwarzają możliwość większego wyboru dla pacjentów, wpływają na zwiększenie (maksymalizację) indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie, szybciej i trafniej (aniżeli środki publiczne) zaspokajają zmieniające się potrzeby i preferencje jednostek, a jednocześnie pozostają względnie niezależne od decyzji politycznych (zależą głównie od mechanizmu rynkowego). Z drugiej strony środki prywatne w ochronie zdrowia przyczyniają się do ograniczania powszechnej dostępności i równego korzystania ze świadczeń oraz do zmniejszenia solidarności i sprawiedliwości społecznej, osłabiając poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie.

Reasumując niniejsze rozważania, należy skonstatować, iż finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków prywatnych wiąże się zarówno z pozytywnymi, jak i negatywnymi kwestiami. Z tego też względu w praktyce, w konstrukcji systemów zdrowotnych stosuje się różne kombinacje i proporcje finansowania ochrony zdrowia ze źródeł prywatnych i publicznych. O sposobie i zakresie wykorzystania środków ze źródeł prywatnych decyduje przyjęta i realizowana misja polityki zdrowotnej, w ramach której docenia się jedne aspekty i jednocześnie rezygnuje z innych.

Literatura

- Bojarska M., Golinowska S., Jassem J., Niewada M., Nowak A., Ostrowska A., Pasowicz M., Rycharda A., Sztwiertnia P., Szpara A., 2009, *Dostęp polskich pacjentów do innowacji w ochronie zdrowia. Analiza sytuacji i propozycje rozwiązań*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”, nr 3.
- Colombo F., Morgan D., 2006, *Evolution of Health Expenditure in OECD countries*, “Revue française des affaires sociales”, no. 2, Paris.
- Colombo F., Tapay N., 2004, *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, “OECD Health Working Papers”, no. 15.
- Czapiński J., Panek T., 2013, *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Czapiński J., Panek T., 2015, *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Durand-Zaleski I., 2010, *The French Health Care System – 2009*, New York.
- Eurostat, 2016, *Actual Individual Consumption per capita in PPS*, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/gdp-and-beyond/quality-of-life/consumption> (data wejścia: 01.04.2016).
- Foubister T., Thomson S., Mossialos E., McGuire A., 2007, *Private Medical Insurance in the United Kingdom*, European Observatory on Health System and Policies, Copenhagen.
- Health at a Glance 2009: OECD indicators*, 2009, OECD Publishing, Genewa.
- Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, 2011, OECD Publishing, Genewa.

- Jasiński G., 2003, *Dobrowolne ubezpieczenia w UE*, „Służba Zdrowia”, nr 9-12.
- Krakowińska E., 2006, *Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Studia i Materiały”, nr 1.
- Lorenz C., 2009, *Out-of-pocket household health expenditures and their use in National Health Accounts: Evidence from Pakistan*, “Asia Health Policy Program Working Paper”, Stanford.
- Magda I., Szczygielski K., 2011, *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, Ernst&Young, Warszawa.
- Mossialos E., Thomson S., 2002, *Voluntary Health Insurance in the European Union: A Critical Assessment*, European Observatory on Health System and Policies, Brussels.
- Mossialos E., Thomson S., 2004, *Voluntary Health Insurance in the European Union*, European Observatory on Health System and Policies, Brussels.
- Nojszewska E., 2009, *Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa.
- OECD Health Data 2014, 2014.
- Oxley H., MacFarlan M., 1994, *Health Care Reform, Controlling Spending and Increasing Efficiency*, “OECD Economics Department Working Paper”, no. 149.
- Polityka Lekowa Państwa 2004-2008*, 2004, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?*, 2006, “Economics Department Working Papers”, no. 477, OECD Publishing.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy*, Dz.U. 1996, Nr 69, poz. 332.
- Ryc K., Skrzypczak Z., 2007, *Rachunki nakładów na ochronę zdrowia w Polsce*, <http://www.eksoc.uni.lodz.pl/SNA/doc/RycSkrzypczak.pdf> (data wejścia: 10.10.2014).
- Skrzypczak Z., Rogoś E., 2007, *Nakłady na ochronę zdrowia a kondycja zdrowotna społeczeństwa w krajach Unii Europejskiej*, „Studia Europejskie”, nr 2.
- Sowada C., 2003, *Dobrowolne prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia – Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, t. 1, nr 1.
- Sowada C., 2004, *Finansowanie opieki zdrowotnej – źródła i metody (Handout)*, Warszawa.
- Szetela P., 2014, *Efektywność finansowania ochrony zdrowia w Polsce ze źródeł prywatnych*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków.
- Turowska I. A., Turowski K., 2014, *Nakłady na ochronę zdrowia a poziom i dynamika PKB per capita w wybranych krajach*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania”, t. 2, nr 37, Szczecin.