

Stanisław Lis

Katedra Polityki Ekonomicznej
i Programowania Rozwoju

Krzysztof Skuza

Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach

Mechanizmy współfinansowania kosztów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej – analiza porównawcza

1. Wprowadzenie

Znaczący wzrost ogólnego poziomu wydatków na opiekę zdrowotną, notowany w ostatnich latach we wszystkich krajach UE, nie jest zjawiskiem nowym, ani też ograniczonym tylko do państw europejskich. Szybki wzrost kosztów usług opieki zdrowotnej od drugiej połowy lat 70. XX w. obserwowany jest na całym świecie. Przemiany cywilizacyjne i ekonomiczno-społeczne, wiążące się z nimi zmiany struktury demograficznej społeczeństw oraz ograniczenie zapadalności na choroby epidemiczne, powodują wydłużanie życia i podnoszenie jego standardu, ale także rozwój tzw. chorób cywilizacyjnych. Są to główne czynniki wzrostu nakładów na opiekę zdrowia. Wymagają stosowania coraz bardziej kosztownych technologii medycznych oraz stosowania leków.

Wszystkie te okoliczności, w sytuacji gdy często tempo wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną jest większe niż tempo wzrostu PKB, skłaniają nie tylko do poszu-

kiwania mechanizmów racjonalizowania wydatków publicznych na opiekę zdrowotną i podnoszenia ich efektywności [Owsiak 2006] zarówno w wymiarze indywidualnie podejmowanych przez pacjenta decyzji, jak i w wymiarze systemowym (warunkującym utworzenie skutecznego systemu kontroli świadczonych usług medycznych), ale także do przenoszenia części odpowiedzialności finansowej za usługi opieki zdrowotnej z sektora publicznego do sektora prywatnego. Istotną przyczyną konieczności zaakceptowania powszechnej zasady współpłacenia jest racjonalizacja ekonomiczna systemu opieki zdrowotnej, która, jak wynika z doświadczeń krajów europejskich, nie jest możliwa bez partycypacji pacjenta w koszcie usług medycznych.

Zasadniczym celem poznawczym artykułu jest zatem porównanie mechanizmów współfinansowania usług opieki zdrowotnej w najwyższej rozwiniętych krajach Unii Europejskiej i wykazania, który z nich jest bardziej efektywny i lepiej realizuje cele społeczne.

2. Systemy finansowania ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej

Systemy finansowania opieki zdrowotnej stosowane w różnych krajach Unii Europejskiej, zaklasyfikować można do jednej z dwóch głównych grup. Pierwszą tworzą tzw. systemy ubezpieczeniowe, oparte na klasycznym wzorze niemieckich kas chorych (model Bismarcka), drugą – systemy zasilane transferami z budżetu państwa, czyli tzw. systemy narodowej służby zdrowia (*National Health Service*, NHS – model Beveridge’a) [Foubister, Mossialos i Thomson 2009]. Znaczne różnice występują nie tylko pomiędzy systemami należącymi do dwóch różnych typów, ale także pomiędzy poszczególnymi państwami, których systemy finansowania opieki zdrowotnej należą do tego samego modelu. Należy jednak zwrócić uwagę, że pomimo występującego zróżnicowania trudno byłoby wskazać takie kraje, które bazują wyłącznie na dochodach ze składek ubezpieczeniowych, i nie ma również takich modeli zasilania finansowego, które opierałyby się wyłącznie na transferach z budżetu państwa. Klasyczny podział ograniczający się wyłącznie do analizy źródeł środków finansowych nie odzwierciedla w pełni różnorodności rozwiązań stosowanych w systemach ochrony zdrowia. Granice pomiędzy tradycyjnie rozróżnianymi dwoma modelami wyraźnie się zacierają i obecnie mamy do czynienia z szerokim spektrum systemów mieszanych znajdujących się na kontynuum pomiędzy dwoma klasycznymi typami idealnymi: systemem ubezpieczeniowym na jednym i systemem budżetowym na drugim krańcu kontynuum.

W Niemczech priorytetowe znaczenie dla funkcjonowania systemu ma podział władzy i zadań pomiędzy administracją federalną, rządami krajów związkowych oraz autonomicznymi, samorządnymi organizacjami kas chorych i świadczenio-

dawców. Całość zagadnień związanych z ubezpieczeniami społecznymi regulowana jest przepisami Kodeksu socjalnego (Sozialgesetzbuch, SGB), który stanowi podstawę ustawodawstwa w tym obszarze [Busse i Riesberg 2004]. Zgodnie z art. 74 Konstytucji Niemiec, inicjatywa ustawodawcza w zakresie podstawowych regulacji prawnych dotyczących równości, zakresu i ustalenia zasad związanych z dostarczaniem i finansowaniem oraz reformą ochrony zdrowia należy do kompetencji rządu federalnego.

Ustawodawstwo federalne dominuje również w tzw. strategicznych obszarach ochrony zdrowia, określając w szczególności standardy w dziedzinach takich, jak ubezpieczenia chorobowe, zwalczanie chorób zakaźnych, czy też polityka lekowa. Tworząc precyzyjne ramy prawne dla całego systemu zabezpieczenia socjalnego, rząd federalny sprawuje jednocześnie ogólny nadzór nad jego funkcjonowaniem.

Do kompetencji landów należą działania w zakresie zdrowia publicznego m.in. edukacja i promocja zdrowia, prewencja i monitoring chorób zakaźnych, inspekcja sanitarna. Kraje związkowe prowadzą także politykę w zakresie lecznictwa zamkniętego i do ich obowiązków należy utrzymanie infrastruktury szpitalnej w regionie na odpowiednim poziomie. Poza tym czuwają nad zapewnieniem dostępności i odpowiedniej jakości usług zdrowotnych na swoim obszarze, sprawują nadzór nad kasami ubezpieczeń zdrowotnych oraz stowarzyszeniami lekarzy działającymi na terenie landu [Busse i Riesberg 2004].

W Belgii, w Holandii i w Austrii [Świątkowski 1999], na wzór niemiecki, państwo określa główne kierunki polityki zdrowotnej i ustanawia niezbędne regulacje prawne, które przedstawiane są pozostałym uczestnikom systemu do akceptacji, a których wdrażanie odbywa się zgodnie z zasadą współodpowiedzialności. We Francji, w odróżnieniu od rozwiązań niemieckich, dominująca rola państwa w publicznym sektorze ochrony zdrowia oznacza, że mamy do czynienia z systemem państwowo-ubezpieceniowym, którego podstawą jest powszechne ubezpieczenie zdrowotne oparte na podatkach i corocznie ustalonym przez parlament budżecie dla publicznej ochrony zdrowia [Chevreul et al. 2010].

Z kolei w krajach, w których dominuje budżetowy system finansowania (Wielka Brytania, Irlandia, Hiszpania, Portugalia, kraje skandynawskie, Grecja, Włochy), organizacja i dostarczanie opieki zdrowotnej pozostaje bądź pod kontrolą państwa, jak ma to miejsce w systemach scentralizowanych, bądź pod kontrolą lokalnych władz samorządowych w systemach zdecentralizowanych. Należy zauważyć, że w różnych krajach centralizacja systemu występuje w różnym natężeniu. Na przykład model narodowej służby zdrowia inaczej realizowany jest w Wielkiej Brytanii, gdzie powstał, a inaczej w wielu innych krajach, w których został przyjęty, zawsze jednak z uwzględnieniem czynników społecznych i gospodarczych specyficznych dla danego kraju. W przypadku Wielkiej Brytanii, to państwo jest organizatorem i zarazem organem finansującym opiekę zdrowotną,

głównie z podatków centralnych, przy znaczącym udziale władz samorządowych na poziomie gminy i okręgu (dystryktu). W krajach skandynawskich od kilkudziesięciu lat odpowiedzialność za organizację ochrony zdrowia spoczywa na władzach samorządowych na poziomie gminy i powiatu (w Danii) [Olejaj et al. 2012] oraz gminy i województwa (w Szwecji i Finlandii) [Anell, Glenngård i Merkur 2012]. W państwach tych na poziomie centralnym określone są główne kierunki narodowej polityki zdrowotnej oraz jednolite rozwiązania prawne i standardy ogólnie obowiązujące. Kraje skandynawskie są przykładem najbardziej zaawansowanej decentralizacji w organizowaniu, zarządzaniu i finansowaniu opieki zdrowotnej, a szwedzki system publicznej służby zdrowia uznawany jest za jeden z najbardziej socjalnych systemów NHS w Unii Europejskiej.

W państwach śródziemnomorskich, takich jak Grecja, Włochy, Hiszpania i Portugalia, a także w Irlandii, współwystępują elementy typowe dla obydwu wskazanych modeli, jak chociażby dwoistość finansowania zarówno z podatków (model Beveridge'a), jak i z funduszy ubezpieczeniowych (model Bismarcka). We Włoszech i w Grecji obydwa te źródła wykorzystywane są niemal w równych proporcjach, a w Hiszpanii nawet z przewagą funduszu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Formalnie model narodowej służby zdrowia występuje w 9 na 27 państw członkowskich Unii Europejskiej.

Niezależnie od przyjętego modelu opieki zdrowotnej podstawowego znaczenia dla systemu nabiera całościowy kształt stosunków, jakie zachodzą pomiędzy instytucjami tworzącymi jego podwaliny. Decentralizacja zarządzania, organizowania i finansowania opieki zdrowotnej, przejawiające się w gromadzeniu, wydatkowaniu i konsumpcji środków finansowych, staje się powszechnym trendem w większości krajów europejskich. W ten sposób wyznaczane są zasady organizacji, dystrybucji funduszy i alokacji zasobów oraz metody płacenia za świadczenia. Porównując systemy zdrowotne poszczególnych krajów członkowskich Unii Europejskiej, można z pewnością odnaleźć w nich wiele podobieństw. Każdy z nich cechuje się jednak swoistymi właściwościami, które wynikają z uwarunkowań i zasłóci historycznych każdego z krajów. Przede wszystkim państwa członkowskie Unii nie stosują jednolitych rozwiązań prawnych i organizacyjnych, jak również, przyjmują różne zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Zasadniczo główne różnice skoncentrowane są właśnie wokół aspektów finansowych, które determinują sposób gromadzenia środków i zakres ich wydatkowania na świadczenia zdrowotne, stopień ingerencji państwa w system, a także podstawę prawną do uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej przez obywateli.

We Francji, obowiązkowym ubezpieczeniem objęci są wszyscy pracownicy najemni, z których każdy zostaje automatycznie włączony do jednej z organizacji ubezpieczeniowych. Podobnie jest w Austrii, Belgii i Luksemburgu [Świątkowski 1999], gdzie przynależność do systemu ubezpieczenia zdrowotnego jest

obowiązkowa i zdeterminowana wykonywanym zawodem. W przypadku Belgii, osoby pracujące na własny rachunek mają obowiązek ubezpieczenia się jedynie w zakresie usług opieki szpitalnej, przysługuje im natomiast swoboda wyboru ubezpieczyciela w zakresie opieki ambulatoryjnej. W Holandii, na wzór niemiecki, pewne grupy zawodowe (np. urzędnicy państwowi, sędziowie, duchowni) oraz osoby o dochodach przewyższających określone prawem poziomy, wyłączone są z obowiązkowego ubezpieczenia. O ile w Niemczech osoby te zobowiązane są do wykupienia prywatnego ubezpieczenia lub do dobrowolnego przystąpienia do ustawowych kas chorych, to w Holandii przymus taki nie istnieje. Zarówno w Niemczech, jak i w Belgii oraz Holandii, ubezpieczony ma prawo wyboru instytucji ubezpieczeniowej (kasy chorych), chociaż w Belgii wybór ten jest ograniczony tylko do instytucji ustawowych ubezpieczeń zdrowotnych. W państwach, w których ochrona zdrowia jest finansowana przez ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne, funkcjonuje duża liczba instytucji ubezpieczeniowych, stosujących często bardzo zróżnicowane rozwiązania prawne.

W zależności od rozwiązań szczegółowych w krajach tych działają dwa główne sposoby finansowania świadczeń medycznych. Pierwszy z nich opiera się na refundowaniu przez ubezpieczyciela kosztów poniesionych przez pacjenta w trakcie leczenia. Takie rozwiązanie występuje w Belgii, Francji i Luksemburgu. W systemach opartych na drugim sposobie opłacania usług zdrowotnych, świadczenia dostarczane są w naturze, co oznacza, że pacjent w momencie korzystania z usługi otrzymuje świadczenie bezpłatnie. Państwami, w których przyjęto ten model, są Austria, Holandia i Niemcy. Z taką sytuacją mamy również do czynienia w systemach narodowej służby zdrowia [Świątkowski 1999].

3. Zasady współfinansowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej

Niezależnie od przyjętych systemów finansowania ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej coraz większego znaczenia nabiera udział tzw. wydatków z kieszeni pacjenta, jako jednej z form współfinansowania usług medycznych, w celu ograniczenia nakładów na leczenie ze środków publicznych.

W większości państw wdrożony mechanizm współpłacenia przybierał formę mieszaną, polegającą na zapłacie niewielkich stałych kwot za korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz procentowego udziału w opłatach za leki. We wszystkich systemach, stosowane są rozwiązania, które mają na celu ułatwianie obywatelom dostępu do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i profilaktyki poprzez zróżnicowane mechanizmy współpłacenia. Szczegółowe informacje na temat funkcjonowania systemu współpłacenia za korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w sześciu wybranych krajach Unii europejskiej przedstawione zostały w tabeli 1.

Tabela 1. Opłaty za korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej

Państwo	Podstawowa opieka zdrowotna	Specjalistyczna ambulatoryjna	Lecnictwo szpitalne	Leki	Zwolnienie z opłat oraz limity rocznych wydatków z kieszeni pacjenta
Dania	Bezpłatna opieka dla wszystkich obywateli. Dopłaty w wysokości 35–65% kosztów opieki stomatologicznej	Brak dopłat	Brak dopłat	Wysokość dopłat uzależniona jest od indywidualnych rocznych wydatków z kieszeni: 100% do wys. 520 DKK (50% dla dzieci); 50% do 521–1260 DKK, 25% do 1260–2950 DKK, 15% powyżej 2950 DKK	Osoby przewlekłe chore, których roczne wydatkna leki przekraczają 3805 DKK mogą ubiegać się o całkowite zwolnienie z dopłat. Osoby o niskich dochodach i terminalnie chore mogą ubiegać się o zwolnienie z dopłat do leków szczególnie drogich
Francja	Stawka współpłacenia za wizytę lekarską wynosi 30% dla lekarzy pierwszego kontaktu plus stała opłata: 1 euro	Stawka współpłacenia 50% dla wszystkich pozostałych lekarzy, plus różnica między cennikiem danego specjalisty a ceną referencyjną. Stała opłata 1 euro za wizytę	Stawka współpłacenia wynosi 20% (do 31 dni w oddziałach opieki ostrej, maksymalnie 200 euro) plus stała stawka dzienna (16 euro). Stała opłata za transport sanitarny: 2 euro za przejazd	Współpłacenie wynosi 0% (za leki ratujące zdrowie i życie) oraz 35%, 65% i 100% w zależności od kategorii leków. Stała dopłata 0,50 euro za każdą receptę (od 2008 r.)	Zwolnione z dopłat do opieki zdrowotnej są dzieci i osoby o niskich dochodach, osoby otrzymujące świadczenia z tytułu niepełnosprawności, wypadków przy pracy, osoby cierpiące na choroby przewlekłe, przebywający w szpitalu powyżej 31 dni, zwolnienie z opłat za drogie procedury (powyżej 200 euro) – dotyczy to wszystkich obywateli. Limit rocznych stałych dopłat pacjenta wynosi 50 euro
Niemcy	Stawka współpłacenia wynosi 10 euro za pierwszą wizytę lekarza w danym kwartale (tylko dorośli)	Tak jak w POZ, oraz 10 euro za każdą wizytę bez skierowania	10 euro za dzień (nie więcej niż 28 dni w roku). Za transport sanitarny dopłata 13 euro za jeden przejazd	Od 5 do 10 euro za opakowanie na recepty od lekarzy opieki ambulatoryjnej plus różnica pomiędzy ceną apteki a ceną referencyjną. Również dopłata 5 do 10 euro za inne artykuły medyczne	Dzieci do 18 roku życia zwolnione są z opłat. Częściowe zwolnienie dotyczy osób o niskich dochodach, bezrobotnych, studentów otrzymujących stypendia. Limit dopłat rocznych wynosi 2% dochodów gospodarstwa domowego (1% dla osób przewlekłe chorych)

Holandia	Brak dopłat	Podlegające odliczeniu od dochodu wydatki w ramach limitu od 165 do 665 euro rocznie	Tak samo jak w specjalistycznej ambulatoryjnej	Na receptę w pełni refundowane (chyba że istnieje tańszy zamiennik, wówczas różnicę dopłaca pacjent). Dopłata powyżej ceny referencyjnej	Dzieci do 18 roku życia i kobiety w ciąży zwolnione są ze współfinansowania, rząd może stosować ulgi jeśli średnie roczne wydatki gospodarstwa domowego na składki zdrowotne przekraczają 5% dochodu
Szwecja	Stawka współfinansowania wynosi od 100 do 150 SEK za wizytę, jest ona ustanawiana przez samorządy lokalne	Stawka współfinansowania w granicach 200–300 SEK za wizytę u specjalisty, wysokość dopłat ustalana jest przez samorządy lokalne	Dzienna stawka dopłaty wynosi do 80 SEK	Do 900 SEK odpłatność za leki wynosi 100%, po przekroczeniu tego poziomu pacjent pokrywa już tylko: 50% (901–1700 SEK), 25% (1701–3300 SEK), 10% (3301–4300 SEK), 0% (powyżej 4300 SEK)	Maksymalny poziom dopłat to 900 SEK w ciągu roku za opiekę zdrowotną świadczoną w ramach sektora publicznego oraz 1800 SEK za leki w ramach leczenia ambulatoryjnego. Dzieci zwolnione są z opłat do opieki medycznej. Dla dzieci z tej samej rodziny roczny limit dopłat do leków wynosi 1800 SEK
Wielka Brytania	Brak dopłat	Brak dopłat	Brak dopłat	Opłata ryczałtowa wynosi £ 7,10 GBP za opakowanie, ale ponad 88% recept zwolnionych jest z dopłat (2005)	Zwolnienie z opłat za leki obejmuje: dzieci do 16 roku życia i uczące się do 18 roku życia, osoby powyżej 60 roku życia, kobiety w ciąży i do roku po urodzeniu dziecka, osoby o niskich dochodach, z pewnymi schorzeniami i niepełnosprawnością

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Thomson i Mossialos 2012].

W Danii, Wielkiej Brytanii oraz Holandii dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej jest bezpłatny dla wszystkich obywateli. Niektóre kraje zastosowały metodę współpłacenia polegającą na zapłacie niewielkich stałych kwot za korzystanie z opieki ambulatoryjnej. Tak jest w Niemczech czy Francji, gdzie opłaty wnoszą tylko osoby dorosłe. W Szwecji pacjenci uprawnieni są do niższych dopłat, jeśli zdecydują się skorzystać ze świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zamiast specjalisty. W Holandii oraz Szwecji wprowadzone zostały limity rocznych wydatków z tytułu konieczności współpłacenia za opiekę zdrowotną. W Niemczech limit ten jest uzależniony od dochodów pacjentów. We Francji osoby o niskich dochodach nie powinny płacić więcej niż ok. 50 euro rocznie za opiekę zdrowotną (włączając wydatki na leki).

Jeśli chodzi o rozwiązania dotyczące dopłat do leków na receptę, to w poszczególnych państwach stosowane są zróżnicowane rozwiązania. Na przykład Wielka Brytania zastosowała metodę współpłacenia za leki polegającą na zapłacie niewielkich, stałych kwot. Podobna sytuacja ma miejsce w Niemczech, jednakże tam uiszcza się opłatę w zależności od wielkości opakowania. W Holandii leki na receptę są w pełni refundowane, a we Francji za leki ratujące życie koszty ponosi państwo lub ubezpieczyciel. W Niemczech, Szwecji i Holandii funkcjonuje system cen referencyjnych, w którym pacjent ponosi koszty stanowiące nadwyżkę ponad ustalone ceny leków.

W systemie niemieckim mówić można nawet o swego rodzaju racjonowaniu świadczeń publicznej opieki medycznej: decyzja o rozszerzeniu zasady współpłacenia za świadczenia i leki przez pacjentów przekłada się na mechanizm dostosowujący poziom współpłacenia za wizytę u lekarza do poziomu ryzyka zdrowotnego podopiecznych. Od 1 stycznia 2004 r., na podstawie nowelizacji ustawowego ubezpieczenia chorobowego, rozszerzono zakres dotychczasowego współpłacenia przez pacjentów także o opiekę ambulatoryjną w kwocie 10 euro na kwartał. Ustanowiona opłata wnoszona jest przy pierwszej wizycie u lekarza ogólnego lub u specjalisty. Kolejne wizyty u tego samego lekarza są już bezpłatne, z wyjątkiem konsultacji u specjalisty, do którego za każdym razem wymagane jest zwalniające z opłaty skierowanie. Społeczny odbiór zmian w systemie wpłynął na spadek popytu na usługi tych lekarzy w pierwszym kwartale 2004 r. o 4,5% w porównaniu z analogicznym okresem 2003 r. [Riesberg 2004]. Obowiązująca od 2004 r. nowelizacja wprowadziła również nowy pułap indywidualnych bezpośrednich wydatków z kieszeni pacjenta na współpłacenie na poziomie 2% rocznych dochodów brutto (1% dla osób przewlekle chorych). Dzieci i młodzież szkolna do 18 roku życia to grupy populacji zwolnione z obowiązku współpłacenia.

Spośród 15 krajów tzw. starej unii współpłacenie usankcjonowano w 11 krajach. W lecznictwie ambulatoryjnym, zwłaszcza w specjalistycznym, pełni funkcje regulacyjne, natomiast w lecznictwie szpitalnym stanowi ono dodatkowe

cd. tabeli 2

Rodzaj świadczenia	1994–1996	I połowa 1997	II połowa 1997	1998	1999	2000–2004	2005–2009
Transport „do” i „z” obiektów medycznych							
– leczenie szpitalne lub nagłe przypadki (euro na jeden przejazd)	10,2	10,2	12,8	12,8	12,8	12,8(13)	5–10
– leczenie ambulatoryjne	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Opieka nielekarska (np. pielęgnacja domowa, fizjoterapia)	10	10	15	15	15	15	10 plus 10 euro za receptę
Pobyt w szpitalu oraz rehabilitacja stacjonarna po pobycie w szpitalu (euro na dzień)	6,1	6,1	8,7	8,7	8,7 (9)	10	–
Sanatorium prewencyjne lub rehabilitacja stacjonarna niezwiązana z pobytem w szpitalu (euro na dzień)	6,1	12,8	12,8	12,8	12,8	8,7 (9)	10

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Busse i Riesberg 2004, s. 76; Busse 2010, s. 5–6 (dostęp: 30.05.2012).

Wprowadzanie w Niemczech w coraz szerszym zakresie obowiązku współpłacenia pacjentów za niektóre świadczenia medyczne, w szczególności za leki (tabela 2) powoduje, że dotychczasowa zasada obciążania kosztami ubezpieczeń zdrowotnych po równo (50:50) pracodawców, jak i pracowników, ulega zmianom na niekorzyść tych ostatnich. Ocenia się, że aktualne proporcje obciążenia kosztami świadczeń to 40:60 (pracodawca:pracownik). Wielkość i rodzaj świadczeń, za które obowiązuje współpłacenie, określa rząd federalny, a zakres ten zmienia się w zależności od programu partii aktualnie rządzącej.

Neoklasyczna teoria ekonomii rozważa wprowadzenie współpłacenia za usługi zdrowotne w sytuacji funkcjonowania publicznego systemu ubezpieczeń jako mechanizmu mającego służyć racjonalizacji popytu. W większości europejskich systemów ochrony zdrowia w okresie poprzedzającym reformy tego sektora odpłatność za usługę w momencie jej dostarczenia była zerowa, ponieważ z reguły dokonywana była w całości przez stronę trzecią, tj. płatnika środków publicznych lub prywatnych. W sytuacjach tego rodzaju, nie występuje dążenie do oszczędności ani po stronie dostawcy, ani po stronie korzystającego z usług. Po

stronie odbiorców usług może pojawić się skłonność do dodatkowej, nie zawsze uzasadnionej konsumpcji świadczeń zdrowotnych, co z kolei prowadzi do generowania wyższych społecznych kosztów produkcji w porównaniu z wartością konsumowanych usług. Z drugiej jednak strony, wprowadzanie różnego rodzaju form współpłacenia może skutkować ograniczeniem dostępu do usług zdrowotnych, szczególnie w grupie osób o niskich dochodach.

4. Wnioski

Jedno z najistotniejszych pytań, zadawanych przez ekonomistów zajmujących się problematyką zdrowia, dotyczy kwestii, jak alokować istniejące, z reguły ograniczone zasoby, aby zgłaszane przez społeczeństwo potrzeby zdrowotne mogły być zaspokajane w optymalnym stopniu. Pojawiają się także problemy wynikające zarówno z mnogości podmiotów (publicznych, jak i prywatnych) zaangażowanych w działalność sektora opieki zdrowotnej, z konieczności monitorowania przepływów środków finansowych, jak również alokacji różnego rodzaju zasobów wewnątrz sektora.

W ramach wszystkich systemów ochrony zdrowia istnieją określone struktury i rodzaje powiązań, które w większym lub mniejszym stopniu odzwierciedlają funkcje i podział ról pełnionych przez uczestników w rozwiązywaniu problemów tego sektora.

Po pierwsze, coraz częściej w ramach prowadzonej polityki zdrowotnej pojawia się konieczność dokonywania wyboru pomiędzy zapewnieniem powszechnej dostępności społeczeństwa do świadczeń medycznych oraz odpowiednią liczbę i jakością oferowanych usług a możliwością ich sfinansowania, wynikającą z wielkości dostępnych zasobów dla sektora ochrony zdrowia w danym kraju.

Po drugie, reformy systemów ochrony zdrowia, jakie podjęto w ostatnich dwóch dekadach minionego stulecia (ograniczenie wydatków państwa na zdrowie) sprowadzały się do przenoszenia na obywateli ciężaru kosztów opieki medycznej. Dla większości obywateli oznacza to ograniczenie dostępności opieki medycznej lub, co najmniej, obniżenie jakości dostępnej opieki w ramach świadczeń niewymagających wysokiego poziomu współpłacenia z własnych środków.

Skala problemów w poszczególnych krajach odzwierciedla z jednej strony funkcje systemu ochrony zdrowia wynikającą z roli, jaką przypisuje się zdrowiu w kulturze danej społeczności, natomiast z drugiej strony odzwierciedla potencjalne możliwości, wynikające z wielkości dostępnych zasobów dla sektora ochrony zdrowia w każdym z tych krajów.

Literatura

- Anell A., Glenngård AH., Merkur S. [2012], *Sweden: Health System Review*, Health Systems in Transition, www.observatory.dk (dostęp: 25.05.2012).
- Busse R. [2010], *The Health System in Germany. Health Systems Snapshots: Perspectives from Six Countries*, „Eurohealth”, vol. 14, nr 1.
- Busse R., Riesberg A. [2004], *Health Care Systems in Transition: Germany*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 6 (9), www.observatory.dk (dostęp: 25.05.2012).
- Chevreur K. et al. [2010], *France: Health System Review. Health Systems in Transition*, 12(6), www.observatory.dk (dostęp: 25.05.2012).
- Foubister T., Mossialos E., Thomson S. [2009], *Financing Health Care in the European Union* [w:] European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
- Olejaz M. et al. [2012], *Denmark: Health System Review. Health Systems in Transition*, www.observatory.dk (dostęp: 25.05.2012).
- Owsiak S. [2006], *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa.
- Riesberg A. [2004], *Choice in the German Health Care System*, „Euro Observer” vol. 6, nr 4, www.observatory.dk (dostęp: 14.06.2010).
- Świątkowski A.M. [1999], *Europejskie prawo socjalne*, t. 2, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa.
- Thomson S., Mossialos E. [2010], *Primary Care and Prescription Drugs: Coverage, Cost-Sharing, and Financial Protection in Six European Countries*, Issues in International Health Policy, Commonwealth Fund, vol. 82, www.observatory.dk (dostęp: 25.05.2012).

Streszczenie

W artykule podjęto analizę funkcjonowania mechanizmów współfinansowania usług zdrowotnych w systemach ochrony zdrowia państw Unii Europejskiej, opartych na różnych odmianach dwóch głównych modeli opieki zdrowotnej: modelu ubezpieczeniowego i modelu narodowej służby zdrowia. Porównawcza analiza właściwości poszczególnych systemów współfinansowania usług zdrowotnych stanowi punkt wyjścia do przedstawienia problemu wspólnego dla wszystkich krajów, jakim jest poszukiwanie sposobów ograniczenia tempa wzrostu nakładów publicznych na zdrowie. Jednym z proponowanych sposobów jest udział pacjentów w płaceniu za część usług zdrowotnych. Jednakże poziom i zakres współfinansowania tych usług przez pacjentów znacznie różnią się w modelu ubezpieczeniowym i w modelu narodowej służby zdrowia. W artykule przeprowadzono krytyczną analizę zasad współfinansowania oraz udziału pacjentów we współfinansowaniu poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach Unii Europejskiej (w tym w Polsce) oraz pokazano zalety i wady przyjętych rozwiązań.

Słowa kluczowe: modele opieki zdrowotnej, koszty usług zdrowotnych, współfinansowanie usług zdrowotnych, deregulacja w sektorze usług zdrowotnych.

Cost-sharing Mechanisms of the Health Care Systems in Selected EU States – a Comparative Analysis

The article analyses the co-financing of health services in the health care systems of the countries of the European Union, which are based on different variations of the two main models: the insurance model and the national health care model. Comparative analysis of the characteristics of health care financing systems is the starting point for a presentation of the issue common to all countries, which is to seek ways to reduce the growth rate of public expenditures on health. One of the methods on the table is to have patients finance part of the health services delivered. However, the level and scope of co-financing of these services by patients vary widely between countries that use an insurance-based model and those with a national health service one. The article presents a critical analysis of policies and levels of patient co-participation in different types of health services in selected EU countries (including Poland), along with a comparison of the advantages and disadvantages of the different solutions.

Keywords: models of health care, cost of health services, co-financing of health services, deregulation in the health sector.