

Marta Borda

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

PRYWATNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA W KRAJACH EUROPY ŚRODKOWO-WSCHODNIEJ

1. Wstęp

W latach dziewięćdziesiątych XX wieku w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, poza innymi przemianami społeczno-ekonomicznymi, zapoczątkowano gruntowne reformy dotychczasowych systemów ochrony zdrowia. Nadrzędnym celem tych zmian było „przejście” od systemu centralnie planowanego do systemu ubezpieczeniowego opartego na założeniach tzw. modelu Bismarcka. W rezultacie, choć obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne zostały wprowadzone w większości krajów tego regionu, dalsze reformy przeprowadzono w różnym czasie i z różnym natężeniem, co spowodowało istotne zróżnicowanie systemów ochrony zdrowia w tych krajach w zakresie szczegółowych rozwiązań.

W warunkach systematycznego wzrostu kosztów usług medycznych oraz niewystarczalności publicznych źródeł ich finansowania coraz większego znaczenia nabiera zaangażowanie prywatnych środków gospodarstw domowych i podmiotów gospodarczych w finansowanie świadczeń zdrowotnych. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej sektor prywatny nie jest jednak wystarczająco rozwinięty, aby właściwie uzupełniać lub wzbogacać świadczenia dostępne w ramach publicznej części systemu, głównie ze względu na brak odpowiednich regulacji prawnych, bariery kosztowe oraz – w niektórych przypadkach – słaby poziom infrastruktury medycznej.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie roli i udziału prywatnych źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych w systemach ochrony zdrowia wybranych krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Analiza wydatków ponoszonych przez poszczególne kraje europejskie na ochronę zdrowia została przeprowadzona na podstawie danych dostępnych w bazie WHO European for All Database (HFA-DB).

2. Wydatki na ochronę zdrowia w krajach Europy Środkowo-Wschodniej

Tendencje w zakresie kształtowania się wydatków na ochronę zdrowia, ich poziomu, dynamiki i struktury wpływają na całokształt organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym wyznaczają również możliwości rozwoju prywatnych form finansowania świadczeń zdrowotnych.

W tabeli 1 przedstawiono wysokość całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej w latach 2001-2005. Całkowite wydatki zdrowotne obejmują wydatki ze źródeł publicznych (budżet państwa i/lub system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego), a także wydatki ponoszone w sektorze prywatnym, w tym przede wszystkim: opłaty za korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, wydatki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty medyczne, wydatki instytucji charytatywnych na opiekę medyczną. Wydatki całkowite stanowią sumę wydatków konsumpcyjnych i inwestycyjnych.

Tabela 1. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej w latach 2001-2005

Kraj	Całkowite wydatki zdrowotne <i>per capita</i> [w USD, według PPP]				
	2001	2002	2003	2004	2005
Białoruś	582	601	665	427	515
Bułgaria	476	561	573	671	734
Czechy	1065	1186	1302	1412	1447
Estonia	540	589	682	752	846
Litwa	591	660	754	843	862
Łotwa	549	611	678	852	860
Mołdawia	125	146	166	138	170
Polska	646	732	745	814	844
Rumunia	429	491	540	433	507
Słowacja	641	716	777	1061	1130
Ukraina	224	255	306	427	488
Węgry	975	1115	1269	1308	1329
Kraje UE obecnie (wartość średnia)	1941	2078	2175	2334	2468
Kraje UE przed jej rozszerzeniem w maju 2004 (wartość średnia)	2293	2437	2544	2729	2883

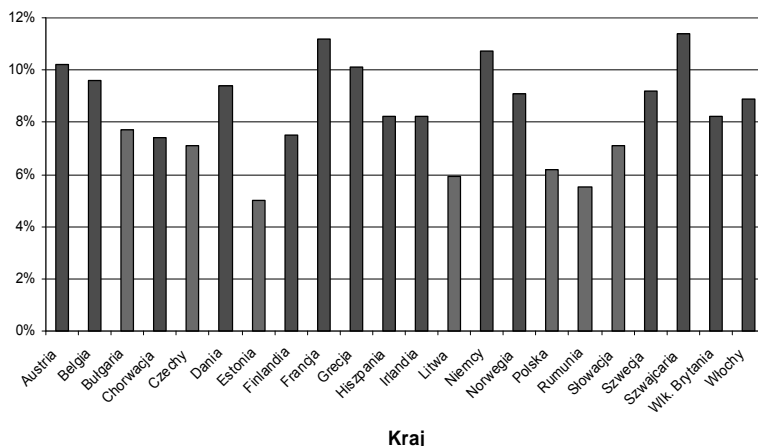
Źródło: WHO European Health for All Database (HFA-DB).

W grupie badanych krajów widoczny jest przede wszystkim stosunkowo niski poziom finansowania sektora zdrowotnego. Wydatki na ochronę zdrowia są tu kilkakrotnie niższe w porównaniu z krajami należącymi do Unii Europejskiej przed jej rozszerzeniem w maju 2004 roku, jak również znacznie odbiegają od wartości średnich obliczonych dla wszystkich obecnych krajów członkowskich Unii (tab. 1). Wyraźne zróżnicowanie finansowania ochrony zdrowia w poszczególnych krajach na-

szego regionu jest związane ze zróżnicowanym poziomem i dynamiką rozwoju gospodarczego, a także – z preferencjami dla sektora zdrowotnego [Golinowska 2006]. Z jednej strony można wskazać na kraje, takie jak: Czechy, Słowacja (w latach 2004-2005) czy Węgry (od 2002 roku), dla których roczne wydatki zdrowotne na 1 mieszkańca przekraczają 1000 USD (według PPP), a z drugiej strony – kraje, takie jak: Mołdawia, Rumunia i Ukraina, w przypadku których wskaźnik ten w całym analizowanym okresie przyjmuje na ogół wartości poniżej 500 USD (według PPP).

Kolejnym, istotnym problemem w obszarze finansowania ochrony zdrowia w krajach Europy Środkowo-Wschodniej jest systematyczny wzrost całkowitych wydatków zdrowotnych. Tendencja ta ma charakter globalny, a jako jej główne przyczyny można wymienić: wzrost kosztów świadczeń medycznych, procesy demograficzne (starzenie się społeczeństw) pociągające za sobą zwiększoną konsumpcję usług medycznych, a także rozwój nowoczesnych technologii wykorzystywanych w medycynie. W grupie analizowanych krajów najwyższe wskaźniki dynamiki wydatków zdrowotnych w 2005 roku w stosunku do 2001 roku odnotowały: Ukraina (przyrost o 117,86%), Słowacja (76,29%), Estonia (56,67%), Łotwa (56,65%) oraz Bułgaria (54,20%).

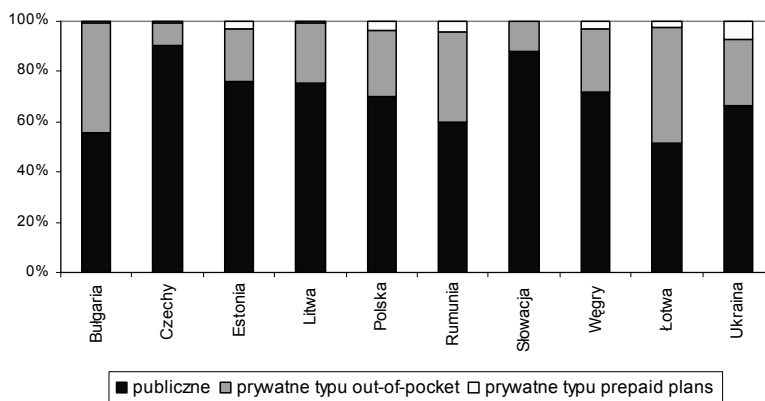
Udział wydatków zdrowotnych w PKB poszczególnych krajów naszego regionu na ogół stopniowo wzrasta, co może świadczyć o nieco szybszym tempie wzrostu tych wydatków w porównaniu z tempem wzrostu PKB. Niemniej jednak wskaźnik udziału wydatków zdrowotnych w PKB wciąż przyjmuje stosunkowo niskie wartości (poniżej 8%) w porównaniu z krajami Europy Zachodniej (rys. 1), np. w 2005 roku najniższe wartości omawianego wskaźnika odnotowały: Estonia (5%), Rumunia (5,5%), Litwa (5,9%) i Polska (6,2%).



Rys. 1. Udział całkowitych wydatków zdrowotnych w PKB wybranych krajów europejskich w 2005 roku
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WHO European Health for All Database.

Głównym źródłem finansowania wydatków na ochronę zdrowia są środki publiczne (rys. 2). W większości analizowanych krajów środki te pokrywają około

70-90% wydatków na zdrowie. Dominująca rola wydatków publicznych jest szczególnie widoczna w przypadku Czech (90,7% całkowitych wydatków zdrowotnych w 2004 roku) i Słowacji (odpowiednio 88%), gdzie składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne stanowią główne źródło przychodów systemu ochrony zdrowia. Stosunkowo niskie zaangażowanie funduszy publicznych (poniżej 60%) odnotowały w analizowanym okresie Mołdawia, Łotwa i Bułgaria. Towarzyszy temu zdecydowanie większe niż w pozostałych krajach zaangażowanie środków prywatnych pochodzących bezpośrednio z kieszeni pacjenta (wydatki typu *out-of-pocket*). W krajach Europy Środkowo-Wschodniej najwyższy udział finansowania prywatnego występuje na Łotwie – w 2004 roku aż 45,9% całkowitych wydatków zdrowotnych w tym kraju stanowiły wydatki gotówkowe gospodarstw domowych. Widoczna jest ogólna tendencja wzrostu udziału wydatków gotówkowych pochodzących z dochodów ludności, co dokonuje się nie tyle pod wpływem zmian systemowych, lecz z powodu niewystarczającego finansowania ze środków publicznych [Golinowska 2006]. Pozostałe prywatne źródła finansowania o charakterze przedpłat (typu *prepaid plans*), w tym m.in. dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, mają najczęściej niewielkie, wręcz marginalne znaczenie.



Rys. 2. Struktura wydatków zdrowotnych według źródeł finansowania w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WHO European Health for All Database.

Biorąc pod uwagę strukturę rodzajową wydatków zdrowotnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, należy zaznaczyć, że największym problemem jest dominacja wydatków szpitalnych, które stanowią około 30-35% całkowitych wydatków zdrowotnych. Na wielkość wydatków szpitalnych wpływają różne czynniki, w tym m.in.: liczba przyjęć do szpitali, długość pobytu w szpitalu, przeciętny koszt jednego dnia hospitalizacji (zakwaterowanie i wyżywienie), koszty procedur leczniczo-diagnostycznych, leków, środków opatrunkowych, a także wynagrodzenie personelu medycznego. W większości krajów europejskich podejmowane są działania mające

na celu ograniczenie wydatków szpitalnych, np. wprowadzenie dodatkowych opłat za każdy dzień pobytu w szpitalu. Drugą co do wielkości pozycję w wydatkach zdrowotnych stanowią wydatki na środki farmaceutyczne. Najwięcej na leki i inne farmaceutyki wydają mieszkańcy takich krajów, jak: Słowacja (aż 37,3% wydatków całkowitych w 2002 roku), Polska, Węgry, Estonia i Czechy (około 25-30% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia) [Dixon, Langenbrunner, Mossialos 2004].

3. Formy prywatnego finansowania świadczeń zdrowotnych

Jak już wcześniej wspomniano, jedną z głównych tendencji w zakresie finansowania ochrony zdrowia w krajach Europy Środkowo-Wschodniej jest systematyczny wzrost udziału środków prywatnych pochodzących z dochodów ludności. Zjawisko to wynika bezpośrednio z rozwiązań systemowych polegających na częściowym „przerzuceniu” na pacjentów ciężaru finansowania ochrony zdrowia (częściowa lub całkowita odpłatność za niektóre leki i usługi zdrowotne nierefundowane w ramach publicznej części systemu), jak również związane jest z trudnościami w uzyskaniu szybkiego dostępu do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych.

W strukturze wydatków prywatnych ponoszonych na ochronę zdrowia przez analizowane kraje zdecydowanie dominują wydatki gotówkowe (typu *out-of-pocket*), które w 2004 roku stanowiły około 73-98% wydatków zdrowotnych finansowanych ze źródeł prywatnych [Borda 2008]. Do grupy wydatków gotówkowych należą: bezpośrednio opłaty za usługi medyczne, oficjalne dopłaty ze strony pacjentów (tzw. współpłacenie) do niektórych świadczeń zdrowotnych zawartych w pakiecie publicznym, jak również płatności nieformalne o charakterze „dowodów wdzięczności”.

Opłaty bezpośrednio mogą dotyczyć świadczeń zdrowotnych niepodlegających refundacji w ramach publicznej części systemu, a także świadczeń refundowanych, lecz o utrudnionym dostępie ze względu na stosunkowo niewielką podaż lub długie okresy oczekiwania. W praktyce są to najczęściej opłaty za usługi dentystyczne, prywatne wizyty lekarskie, specjalistyczne badania diagnostyczne [Mossialos (red.) 2002]. Zastosowanie współpłacenia pozwala na ograniczenie nieracjonalnej konsumpcji świadczeń zdrowotnych. W ostatnich latach powszechne dopłaty zostały wprowadzone formalnie w Bułgarii, Estonii, na Łotwie i Słowacji [Golinowska 2006], przy czym zakres świadczeń objętych dopłatami oraz wielkość udziału pacjentów są zróżnicowane w poszczególnych krajach. Najczęściej współpłacenie dotyczy: usług dentystycznych, leków, rehabilitacji, wybranych usług ambulatoryjnych, lepszych warunków pobytu w szpitalu [Dixon, Langenbrunner, Mossialos 2004]. Należy również zaznaczyć, że we wszystkich krajach Europy Środkowo-Wschodniej praktykowane są opłaty nieformalne o charakterze dodatkowych gratyfikacji przyjmowanych przez personel medyczny. Jak wynika z międzynarodowych badań, około 60% pacjentów na Słowacji, 70% w Mołdawii, 78% osób hospitalizowanych w Polsce przyznaje się do tej formy finansowania ochrony zdrowia [Mossialos (red.) 2002]. Płatności nieformalne są popularne

zwłaszcza w przypadku świadczeń związanych z hospitalizacją, natomiast relatywnie rzadziej towarzyszą opiece ambulatoryjnej.

Kraje naszego regionu charakteryzują się bardzo niskim udziałem wydatków o charakterze przedpłat (typu *prepaid plans*), w tym dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, w prywatnym finansowaniu ochrony zdrowia. Wydatki należące do tej grupy odgrywają stosunkowo widoczną, choć nadal niewystarczającą rolę w przypadku Białorusi, Estonii, Polski, Słowacji i Węgier. Cechą charakterystyczną omawianych krajów, znajdujących się na etapie transformacji swoich systemów ochrony zdrowia, jest stosunkowo duża zmienność dynamiki wydatków zdrowotnych typu *prepaid plans*, w przeciwieństwie do krajów Europy Zachodniej, w których analizowane źródła finansowania ochrony zdrowia, w szczególności dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, są obecne na rynku od wielu lat (szerzej w: [Borda 2008]).

Podstawowym czynnikiem wpływającym na stan rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych są regulacje prawne określające zakres podmiotowy i przedmiotowy publicznej części systemu ochrony zdrowia, które jednocześnie wyznaczają możliwości rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych i określają ich rolę w systemie. Ubezpieczenia dobrowolne mogą występować jako (por.: [Mosialos, Thomson 2004; Wasem, Greß, Okma 2004]):

- ubezpieczenia substytucyjne (alternatywne, zastępcze) – w sytuacji, gdy możliwa jest rezygnacja z uczestnictwa w bazowej części systemu, pod warunkiem wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego co najmniej taki sam standard zabezpieczenia; ubezpieczenia tego typu są dostępne m.in. w Niemczech, Hiszpanii, i Holandii, ale możliwość skorzystania z nich i tym samym „wyjścia” z publicznej części systemu zależy od spełnienia dodatkowych kryteriów dotyczących poziomu dochodu, charakteru zatrudnienia lub rodzaju wykonywanego zawodu,
- ubezpieczenia komplementarne (uzupełniające) – których celem jest „wypełnienie luk” w niepełnym zakresie ochrony zapewnianej w ramach bazowej części systemu, tzn. pokrycie kosztów świadczeń w całości lub częściowo wyłączonych z refundacji w ramach publicznego pakietu świadczeń zdrowotnych, w tym pokrycie kosztów współpłacenia,
- ubezpieczenia suplementarne (wzbogacające, dodatkowe lub duplikujące) – które zapewniają większy wybór oraz wyższy standard świadczonych usług medycznych niż ten gwarantowany w ramach bazowej części systemu, a także szybszy dostęp do świadczeń, w których występują okresy oczekiwania (np. operacje chirurgiczne).

W większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej zakłady ubezpieczeń mogą prowadzić dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komplementarnym i/lub suplementarnym adresowane do klientów zarówno indywidualnych, jak i grupowych, niemniej jednak rozwój tego segmentu rynku ubezpieczeniowego jest wciąż niezadowolający. Z punktu widzenia potencjalnych ubezpieczonych w krajach naszego regionu brakuje korzystnych rozwiązań fiskalnych zachęcających do zakupu produktów ubezpieczeń zdrowotnych. Pierwszoplanowym problemem wciąż jednak

pozostaje brak jednoznacznego zdefiniowania zakresu publicznego i prywatnego finansowania ochrony zdrowia [Dixon, Langenbrunner, Mossialos 2004].

Na przykładzie polskiego rynku można też zauważyć, że (poza brakiem odpowiednich regulacji prawnych) dodatkowo popyt na grupowe ubezpieczenia zdrowotne ogranicza konkurencja ze strony prywatnych placówek medycznych, które oferują kompleksową opiekę medyczną w formie tzw. abonamentów medycznych coraz chętniej nabywanych przez pracodawców dla swoich pracowników.

Wśród czynników warunkujących dalszy rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej należy wymienić przede wszystkim:

- wzrost poziomu dochodów ludności – jak pokazują doświadczenia innych krajów europejskich nabywcami dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych są najczęściej osoby o wyższych dochodach, lepszej pozycji zawodowej oraz wyższym wykształceniu [Grzebieluch, Kuriata, Felińczak 2006],
- zdefiniowanie zakresu publicznej części systemu ochrony zdrowia – co daje możliwość wyodrębnienia świadczeń nier refundowanych oraz ponadstandardowych warunków udzielanych świadczeń,
- wzrost świadomości ubezpieczeniowej społeczeństw oraz upowszechnienia nawyku ubezpieczenia się we własnym zakresie (poza systemem publicznym) od różnych rodzajów ryzyka zdrowotnego,
- dalszy rozwój rynku prywatnych usług medycznych.

4. Podsumowanie

Niewystarczalność publicznych źródeł finansowania ochrony zdrowia przy systematycznie rosnących kosztach leków i usług medycznych sprzyja zwiększaniu zaangażowania środków prywatnych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Przedstawione wyniki analizy wydatków zdrowotnych ponoszonych przez kraje Europy Środkowo-Wschodniej wskazują na stosunkowo niski poziom finansowania sektora zdrowotnego w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, gdzie zarówno publiczne, jak i prywatne źródła finansowania ochrony zdrowia „współpracują ze sobą” od wielu lat. W grupie wydatków prywatnych zdecydowanie dominują wydatki typu *out-of-pocket*, co odzwierciedla politykę analizowanych krajów w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego polegającą na „przesuwaniu” na pacjentów kosztów świadczeń zdrowotnych w formie płatności bezpośrednich oraz różnego rodzaju dopłat, natomiast nie stosuje się tu mechanizmów stymulujących rozwój rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. W rezultacie znaczenie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jako dodatkowej metody finansowania ochrony zdrowia jest stosunkowo niewielkie. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej istnieją możliwości dalszego rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, w szczególności o charakterze uzupełniającym i dodatkowym, jednakże pod warunkiem dokładnego zdefiniowania zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a także zapewnienia w sensie prawnym ochrony konsumentów tego rodzaju usług.

Literatura

- Borda M., *The role of private health care financing in the Central and Eastern European countries*, "Economics", Research papers, Vilnius University Publishing House 2008, vol. 83, s. 100-109.
- Dixon A., Langenbrunner J., Mossialos E., *Facing the challenges of health care financing*, [w:] J. Figueras i in. (red.), *Health systems in transition: learning from experience*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2004.
- Golinowska S., *Zmiany i reformy systemów ochrony zdrowia w krajach transformacji*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, 2006, tom IV, nr 1, s. 5-28.
- Grzebieluch J., Kuriata E., Felińczak A., *Rola dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej i na świecie*, [w:] B. Samoliński (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006.
- Mossialos E. (red.), *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham 2002.
- Mossialos E., Thomson S., *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2004.
- Wasem J., Greß S., Okma K.G.K., *The role of private health insurance in social health insurance countries*, [w:] R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras (red.), *Social health insurance systems in western Europe*, Open University Press, McGraw-Hill House, England, 2004.
- WHO European Health for All Database (HFA-DB), <http://data.euro.who.int>.

PRIVATE SOURCES OF HEALTH CARE FINANCING IN CENTRAL AND EASTERN EUROPEAN COUNTRIES

Summary

In the contemporary health care systems, based mainly on public funds (state budget and/or compulsory social health insurance) private sources of health care financing have become more and more important (free health insurance, medical subscription or different surcharges of patients).

The paper presents the role and the place of private sources of health care financing (including cash payments and prepaid plans) in central and eastern European countries' health systems. The research results allow to compare and evaluate the range of using private health care funds in the analysed countries during the last few years. Moreover, the results indicate a need for further development of private methods of health care financing, which in practice can supplement or improve health care services delivered by public sector.