

**PRACE NAUKOWE**

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

**RESEARCH PAPERS**

of Wrocław University of Economics

**226**

# **Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów**



pod redakcją

**Marka Łyszczaka, Marii Węgrzyn,  
Dariusza Wasilewskiego**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2011

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Teresa Lubińska

Redaktor Wydawnictwa: Anna Grzybowska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna na stronie [www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl)

Streszczenia opublikowanych artykułów są dostępne w międzynarodowej bazie danych The Central European Journal of Social Sciences and Humanities <http://cejsh.icm.edu.pl> oraz w The Central and Eastern European Online Library [www.ceeol.com](http://www.ceeol.com), a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon [http://kangur.uek.krakow.pl/bazy\\_ae/bazekon/nowy/index.php](http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php)

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa [www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2011

**ISSN 1899-3192**

**ISBN 978-83-7695-131-7**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

## Spis treści

Wstęp.....	7
<b>Część 1. Budowanie wartości – aspekt systemowy i właścicielski</b>	
<b>Dorota Korenik</b> , Źródła finansowania innowacji w MSP szansą na rozwój (poprawę kondycji finansowej) ZOZ.....	11
<b>Agnieszka Bem</b> , Finansowanie ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe .....	23
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska</b> , Fundusze strukturalne UE jako determinanta konkurencyjności ZOZ .....	33
<b>Joanna Jończyk</b> , Kultura organizacyjna a innowacyjność w szpitalu publicznym.....	43
<b>Joanna Sulowska, Łukasz Sulowski</b> , Modele zarządzania zasobami ludzkimi w organizacjach medycznych.....	53
<b>Część 2. Budowanie wartości – aspekt rachunkowy i finansowy</b>	
<b>Sylwia Serwatka</b> , Wzajemne współzależności pomiędzy audytem i kontrolą wewnętrzną w Zakładzie Opieki Zdrowotnej .....	63
<b>Maria Węgrzyn</b> , Kształtowanie wartości ZOZ a rynek usług finansowych .....	70
<b>Alina Warelis</b> , Wartość szpitala jako przedsiębiorstwa a wartość firmy ( <i>goodwill</i> ). .....	83
<b>Paweł Prędkiewicz</b> , Identyfikacja potencjalnych problemów ze stosowaniem klasycznych metod wyceny przedsiębiorstw do samodzielnych publicznych ZOZ .....	93
<b>Robert Golej</b> , Perspektywy wykupów menedżerskich w służbie zdrowia w Polsce.....	104
<b>Grzegorz Michalski</b> , Efektywność inwestycji w płynne aktywa w opodatkowanych i nie opodatkowanych organizacjach opieki zdrowotnej.....	115
<b>Radosław Witczak</b> , Wpływ norm podatkowych na wycenę zakładów opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia .....	129
<b>Część 3. Budowanie wartości – aspekt pacjenta</b>	
<b>Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Agnieszka Weber, Dorota Rogala, Agnieszka Skinder</b> , Badanie poziomu oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów – wybrane aspekty.....	139
<b>Katarzyna Krot</b> , Zaufanie w relacji lekarz–pacjent.....	150
<b>Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska</b> , Reputacja w funkcjonowaniu placówki zdrowotnej .....	161
<b>Anna Murawska, Anna Michalska</b> , Ocena wybranych problemów ochrony zdrowia ludności w Polsce .....	174

## Summaries

### Part 1. Value Creation – system and ownership aspect

<b>Dorota Korenik</b> , Sources of innovation in smes an opportunity for development – improving the financial situation of health care centers.....	22
<b>Agnieszka Bem</b> , Financing of health care by households .....	32
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska</b> , EU Structural Funds as the determinant of the competitiveness in health care centre.....	42
<b>Joanna Jończyk</b> , Organizational culture and innovation in a public hospital.....	52
<b>Joanna Sułkowska, Łukasz Sułkowski</b> , Models of human resources management in medical organizations.....	60

### Part 2. Value Creation – accounting and financial aspect

<b>Sylvia Serwatka</b> , Mutual interdependence of audit and internal control in a health care centre.....	69
<b>Maria Węgrzyn</b> , Shaping the value of health care centre vs. financial services market.....	82
<b>Alina Warelis</b> , Worth of hospital as a company vs its value (goodwill).....	92
<b>Paweł Prędkiewicz</b> , Identification of potential problems related to using traditional methods of valuing companies for public health care organizations.....	103
<b>Robert Golej</b> , Prospects for management buyouts in the health sector in Poland.	114
<b>Grzegorz Michalski</b> , The efficiency of liquid assets investment: taxed and not taxed healthcare organizations case.....	128
<b>Radosław Witczak</b> , The influence of tax provisions on the valuation of health care centers – chosen issues .....	136

### Part 3. Value Creation – aspect of patient

<b>Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Agnieszka Weber, Dorota Rogala, Agnieszka Skinder</b> , Examination of the level of expectation and satisfaction of patients of chosen health care units – some aspects .....	149
<b>Katarzyna Krot</b> , Trust in doctor-patient relationship.....	160
<b>Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska</b> , Reputation in functioning of a health facility.....	173
<b>Anna Murawska, Anna Michalska</b> , Evaluation of selected problems of health-care in Poland .....	182

**Agnieszka Bem**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

---

## **FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA PRZEZ GOSPODARSTWA DOMOWE**

---

**Streszczenie:** Artykuł prezentuje zagadnienia związane z finansowaniem ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe. W Polsce z tego źródła pochodzi 24,3% wydatków ogółem w ochronie zdrowia. Motywem wprowadzenia środków „trzeciej strony” jest najczęściej racjonalizacja popytu i zgromadzenie dodatkowych środków.

**Słowa kluczowe:** ochrona zdrowia, współpłacenie, gospodarstwa domowe.

### **1. Wstęp**

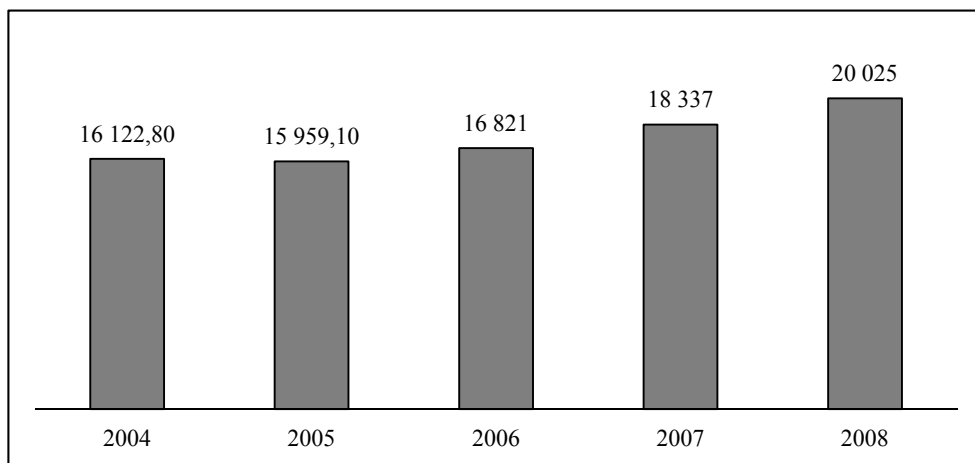
Niezależnie od przyjętego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, podstawowym problemem ochrony zdrowia pozostaje niedobór środków finansowych – i to niezależnie od tego, jak dużym budżetem dysponuje sektor ochrony zdrowia. Jednym z rozwiązań może być zaakceptowanie ograniczeń i tworzenie list kolejkowych. Inna droga to próba racjonalizacji popytu i zwiększenia przychodów poprzez sięgnięcie do kieszeni pacjentów i wymuszenie ich partycypacji w kosztach świadczeń zdrowotnych.

Celem artykułu jest ocena roli wydatków na usługi zdrowotne gospodarstw domowych jako źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce na tle doświadczeń wybranych krajów.

### **2. Wydatki gospodarstw domowych jako źródło finansowania usług zdrowotnych w Polsce**

Jak wskazuje analiza danych statystycznych, wydatki gospodarstw domowych są ważnym źródłem finansowania ochrony zdrowia w Polsce – w 2008 r. wydatki te wyniosły ok. 20 mld PLN.

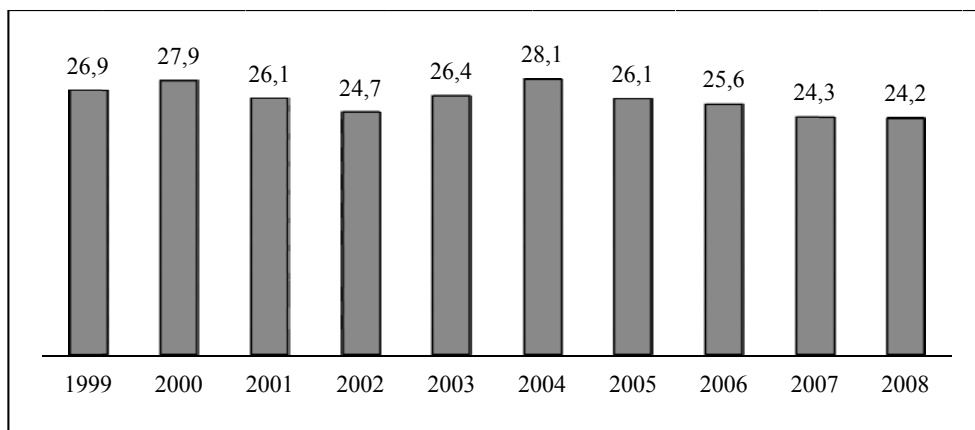
Od roku 2004 ich wielkość nominalna systematycznie wzrasta (rys. 1), jednak ich udział w PKB systematycznie spada (z poziomu 1,74% w 2004 r. do 1,57 w 2008 roku).



**Rys. 1.** Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2004-2008 (w mln PLN)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia za 2006 rok*, GUS, Warszawa 2007; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia za 2008 rok*, GUS, Warszawa 2009; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia za 2009 rok*, GUS, Warszawa 2010.

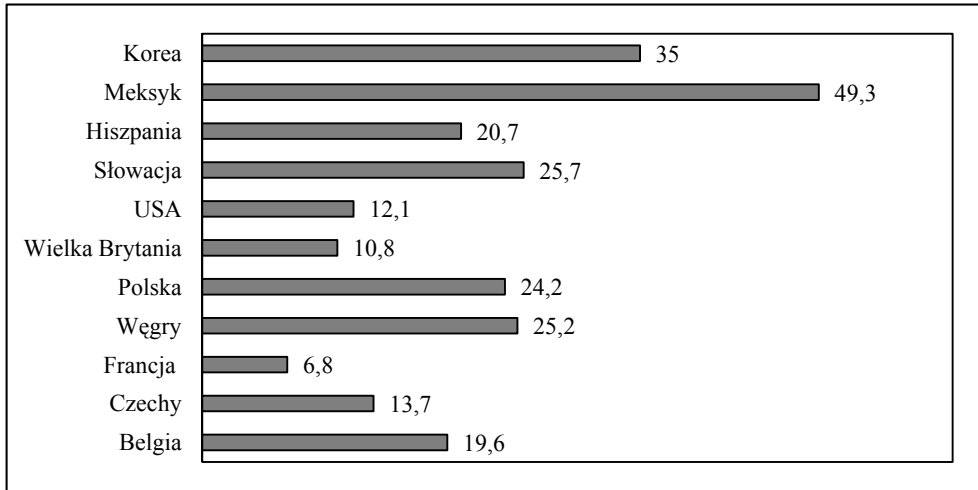
Gospodarstwa domowe odgrywają istotną rolę w finansowaniu ochrony zdrowia, przede wszystkim ze względu na to, że z tego źródła pochodzi niemal 25% środków finansowych w systemie, choć udział ten na przestrzeni lat 1999-2008 wykazuje niewielką tendencję spadkową (rys. 2).



**Rys. 2.** Udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych w wydatkach na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1999-2008 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *European health for all database (HFA-DB)*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 2011.

Na tle innych państw europejskich polscy pacjenci w znacznym stopniu uczestniczą w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Na rysunku 3 zaprezentowano udział gospodarstw domowych w wydatkach na ochronę zdrowia ogółem.



**Rys. 3.** Udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w wybranych krajach europejskich (w %)

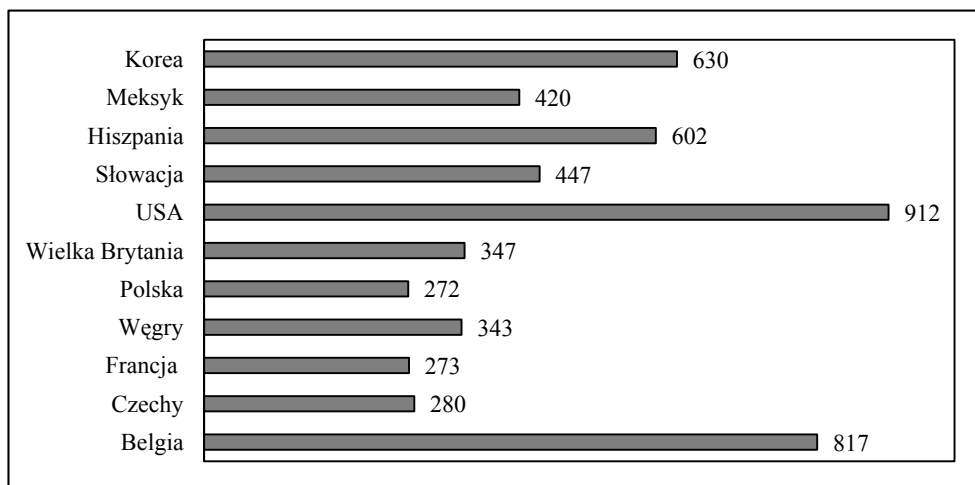
Źródło: opracowanie własne na podstawie: *European health for all database (HFA-DB)*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 2011.

Rysunek 4 odzwierciedla wydatki gospodarstw domowych *per capita* na ochronę zdrowia w USD według parytetu siły nabywczej. Zaprezentowane dane (rys. 3 i 4) pozwalają ocenić łączne obciążenie polskich pacjentów na tle innych krajów.

Przede wszystkim analiza nie wskazuje na istnienie związku pomiędzy typem systemu ochrony zdrowia (model bismarckowski, zaopatrzeniowy czy rezydualny). Można natomiast zauważyć związek między przyjętą doktryną społeczno-ekonomiczną (będącą m.in. pochodną poziomu rozwoju gospodarczego) a wielkością środków, jakie pacjenci muszą wyłożyć z własnych budżetów.

W Meksyku, pomimo istniejącego systemu publicznej ochrony zdrowia, 49,3% (2008) środków w systemie pochodziło z gospodarstw domowych – każdy obywatel Meksyku przeznaczają z własnej kieszeni 420 USD (PPP<sup>1</sup> USD) rocznie na ochronę zdrowia. Podobną sytuację obserwujemy w Korei – 35% wydatków i aż 630 USD (PPP USD) rocznie.

<sup>1</sup> PPP – parytet siły nabywczej (*purchasing-power parity*). Kurs PPP USD oznacza, że kurs waluty w stosunku do USD zastosowany przy porównaniach międzynarodowych został skorygowany z zastosowaniem parytetu siły nabywczej.



**Rys. 4.** Udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w wybranych krajach europejskich (PPP USD)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *European health for all database (HFA-DB)*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 2011.

W Stanach Zjednoczonych – światowym liderze wydatków na ochronę zdrowia (16% PKB w 2008 r. – dla porównania Polska 7% PKB) – pacjenci co prawda przeznaczają na usługi zdrowotne jedynie 12,1% ogólnej kwoty wydatków, jednak statystyczny obywatel przeznaczają na zakup świadczeń aż 912 USD (PPP USD) w ciągu roku. Wynika to z bardzo wysokich wydatków na ochronę zdrowia ogółem (7538 USD *per capita* rocznie; w Polsce – 1213 USD).

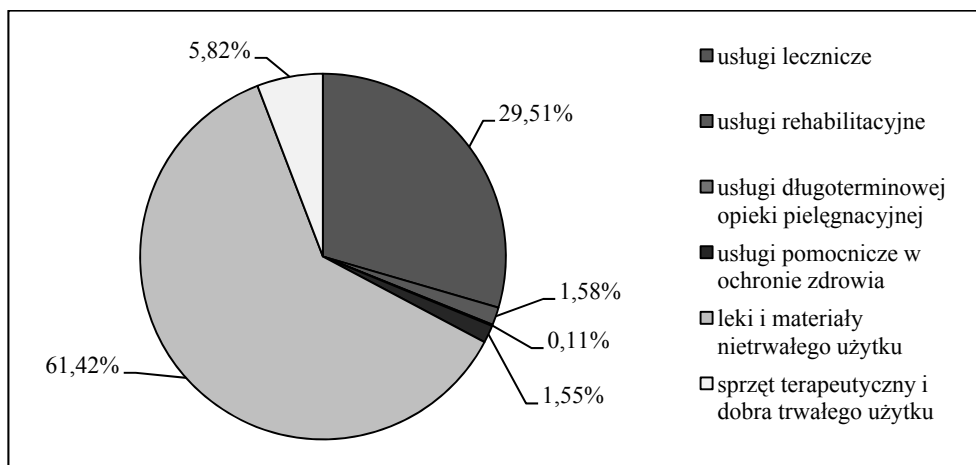
Porównując sytuację gospodarstw domowych w Polsce z krajami, których systemy finansowania ochrony zdrowia są zbliżone, podobna sytuacja społeczno-ekonomiczna i doświadczenia historyczne, pacjenci w Polsce są obciążeni kosztami świadczeń w zbliżonym stopniu (24,3% wydatków ogółem i 272 USD rocznie) do pacjentów w innych krajach regionu, jak Czechy i Węgry.

Udział środków gospodarstw domowych stanowi na Węgrzech 25,2%, a wydatki roczne wynoszą 343 USD rocznie (czyli 26% więcej *per capita* niż w Polsce). Dla porównania w Czechach gospodarstwa domowe przeznaczają na świadczenia zdrowotne procentowo znacznie mniej środków (13,7%), jednak *per capita* jest to poziom taki sam jak w Polsce (273 USD rocznie).

Na tym tle gorzej wypada sytuacja na Słowacji, gdzie 25,7% środków pochodzi ze środków pacjentów, którzy przeznaczają na świadczenia zdrowotne 447 USD (PPP USD) rocznie, więc 64% rocznie niż pacjenci w Polsce.

Analizując wydatki gospodarstw domowych w Polsce, należy zwrócić uwagę na ich strukturę przedmiotową i podmiotową.

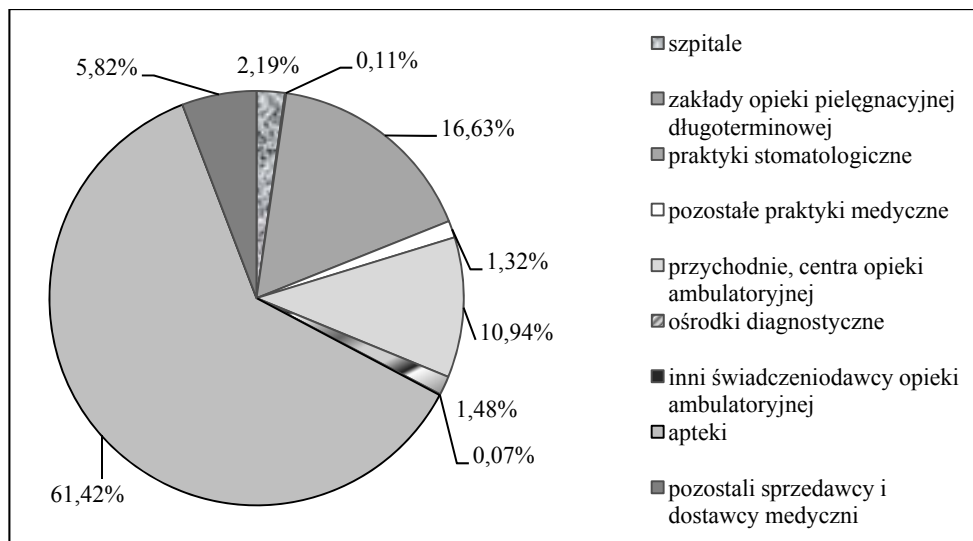




Rys. 5. Struktura wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych w 2008 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia za 2009 rok*, GUS, Warszawa 2010.

Strukturę przedmiotową zaprezentowano na rys. 5. Pacjenci największą część środków przeznaczają na zakup (lub dopłaty) do leków i innych materiałów nietrwałego użytku (61,42%). 29,51% środków – na świadczenia lecznicze, a 5,82% na sprzęt terapeutyczny i dobra trwałego użytku.



Rys. 6. Struktura wydatków gospodarstw domowych wg świadczeniodawców

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia za 2009 rok*, GUS, Warszawa 2010.

Strukturę podmiotową wydatków pokazano na rys. 6. 61,42% środków pacjenci wydatkują w aptekach, przeznaczając je na leki i parafarmaceutyki. Beneficjentami 16,63% środków są praktyki stomatologiczne, a 10,94% – przychodnie i centra ambulatoryjne. Wysokie wydatki na leki i parafarmaceutyki są wynikiem regulacji w zakresie refundacji leków (przede wszystkich w zakresie leków znajdujących się na liście leków refundowanych) oraz statystycznie wysokiej konsumpcji leków w Polsce. Struktura podmiotowa jest również pochodną zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych – duży udział praktyk stomatologicznych jest wynikiem małego zakresu świadczeń (i ich niskiego standardu – w kontekście refundowanych materiałów stomatologicznych) oferowanych przez publicznego płatnika.

### 3. Formy partycypowania gospodarstw domowych w kosztach świadczeń zdrowotnych

Gospodarstwa domowe tworzą „trzecią stronę” w strukturze finansowania ochrony zdrowia (obok świadczeniodawców i płatników), finansują świadczenia zdrowotne (*out-of-pocket payments*) w dwóch podstawowych formach:

- płatności bezpośrednie (*direct-payments*);
- partycypacja w kosztach świadczeń (współpłacenie – *cost-sharing*).

Płatności bezpośrednie są związane z zakupem świadczeń zdrowotnych na rynku prywatnym. Zwykle dotyczą świadczeń, które nie są oferowane przez ubezpieczyciela (niezależnie od tego, czy jest to podmiot publiczny, czy prywatny). Finansowanie poprzez płatności bezpośrednie pojawia się również w sytuacji małej dostępności świadczeń finansowanych przez płatnika publicznego (gdy osoby lepiej sytuowane lub nie mogące oczekiwać na świadczenie decydują się skorzystać z oferty na rynku prywatnym) lub gdy oferowany standard świadczeń jest niski i istnieje możliwość nabycia świadczeń o wyższym standardzie.

Współpłacenie jest związane z korzystaniem z usług zdrowotnych objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i jest formą partycypacji ubezpieczonego w kosztach uzyskanych świadczeń. Współpłacenie przyjmuje zróżnicowane formy:

- współpłatność (*co-payment*),
- współubezpieczenie (*co-insurance*),
- udział własny (*deductible*).

**Współpłatność** (*co-payment*) oznacza stałą (kwotowo) opłatę za każde wykorzystane świadczenie (najczęściej dopłatę do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), za konsultację specjalistyczną lub za dzień pobytu w szpitalu). To forma udziału w kosztach wykorzystywana często w systemach bazujących na publicznym powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W tej postaci dopłaty wprowadzono w Czechach, Słowacji i na Węgrzech.

Opłaty najczęściej mają niski poziom. W Czechach zostały ustalone na poziomie od 30 do 90 koron czeskich (czyli od 4,80 zł do 14,40 zł). Opłatę w wysokości 30 koron wnosi się za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu oraz za każdy przepisany

lek. 60 koron pacjent płaci za każdy dzień w szpitalu, opłata w wysokości 90 koron dotyczy świadczeń w nagłych przypadkach<sup>2</sup>. Jeśli jednak wziąć pod uwagę, że opłaty te są pobierane za każdą wizytę, nawet jeżeli dotyczą tej samej choroby, może to zwielokrotnić koszty leczenia. Problemem, który podnosiła czeska prasa, była sytuacja wcześniaków, których rodzice musieli opłacać wielomiesięczne pobyty w szpitalu<sup>3</sup>. W tym kontekście wprowadzeniu opłat powinien towarzyszyć limit miesięczny lub roczny dopłat wniesionych przez jednego pacjenta. Z powodów społecznych wprowadzane są również zwolnienia z opłat dla osób najuboższych.

**Tabela 1.** Opłaty za świadczenia zdrowotne w wybranych krajach

Kraj	Wizyta u lekarza POZ (za wizytę)	Pobyt w szpitalu (za dzień)	Pomoc w nagłych przypadkach (za wizytę)
Słowacja	0 EUR (od czerwca 2003 do października 2006 – 20 SKK)	0 EUR (od czerwca 2003 do października 2006 – 50 SKK)	0 EUR
Węgry	0 HUF (od lutego 2006 do marca 2007 – 300 HUF)	0 HUF (od lutego 2006 do marca 2007 – 300 HUF, maks. przez 20 dni)	0 HUF (od lutego 2006 do marca 2007 – 1000 HUF)
Czechy	30 CZK	60 CZK	90 CZK
Polska	0 PLN	0 PLN	0 PLN
Chorwacja	10 HRK (maks. 30 HRK miesięcznie)	50 HRK (pełna opłata to 150 HRK, z czego 100 HRK płaci ubezpieczyciel)	0 HRK
Słowenia	0 EUR	0 EUR	0 EUR
Romania	0 RON	0 RON	0 RON
Bułgaria	1,8 BGN (1% minimalnego wynagrodzenia)	3,6 BGN (maks. przez 10 dni, 2% minimalnego wynagrodzenia)	0 BGN

Źródło: T. Szabo, *International experience in the area of cost sharing in health care. Implication for the Czech Republic*, Madrid 2008.

Wprowadzenie opłat za świadczenia finansowane z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest od kilku lat przedmiotem publicznej debaty w Polsce i, podobnie jak w innych krajach regionu, budzą one dużą niechęć społeczną. Praktycznie we wszystkich krajach naszego regionu (Grupa Wyszehradzka) podjęto próby wprowadzenia opłat. Ostatecznie przetrwały one jednak tylko w Czechach, w innych krajach rządy wycofały się z nich pod naciskiem opinii publicznej (tab. 1).

W ramach **współubezpieczenia** ubezpieczony opłaca stały udział w koszcie całkowitym, a ubezpieczyciel płaci pozostałą część kosztów świadczenia. Ta forma

<sup>2</sup> T. Szabo, *International experience in the area of cost sharing in health care. Implication for the Czech Republic*, referat na konferencję, Madrid 2008..

<sup>3</sup> N. Kulish, *\$1.85 Fee to see a doctor? Some say it's too much*, "New York Times" 2008 (z 24 maja).

partycypacji w kosztach pojawia się przede wszystkim w ramach systemu rezydualnego. W zależności od planu, z którego korzysta ubezpieczony, wielkość współubezpieczenia może się kształtować w zróżnicowany sposób – często ta forma jest łączona z współpłacaniem.

**Udział własny** (*deductible*) oznacza, że ubezpieczony płaci koszty świadczeń zdrowotnych, z których korzysta, do określonej (najczęściej rocznie) kwoty – dopiero po jej przekroczeniu ubezpieczyciel przejmuje dalsze koszty leczenia.

Plany ubezpieczeniowe, które uwzględniają wysoki poziom współubezpieczenia i udział własny, są oferowane zwykle za niższą stawkę miesięczną<sup>4</sup>, więc są wybierane albo przez osoby młode i zdrowe, albo przez te, które nie mają możliwości uzyskania lepszego ubezpieczenia. W ten sposób tworzy się kategoria ludzi „niedoubezpieczonych” (*underinsured*), których ubezpieczenie w sytuacji poważnej choroby lub wypadku nie umożliwi sfinansowania leczenia<sup>5</sup>. O ile poziom w przypadku udziału własnego ubezpieczony zna z góry maksymalny poziom rocznych zobowiązań, o tyle w przypadku współubezpieczenia ostateczna kwota zobowiązań może być trudna do oszacowania. W takiej sytuacji znalazły się niektóre osoby ciężko poszkodowane w strzelaninie w Tucson (USA), które otrzymały wysoko specjalistyczną pomoc i z uwagi na wysoki poziom współubezpieczenia i udziału własnego nie są w stanie pokryć swoich zobowiązań względem szpitali<sup>6</sup>. W konsekwencji długi medyczne stają się często przyczyną bankructw – 62,7% bankructw osobistych w 2007 r. było spowodowanych chorobą (dotyczy zarówno osób nieubezpieczonych, jak i „niedoubezpieczonych”)<sup>7</sup>.

#### 4. Podsumowanie

Poprzez włączenie pacjentów w koszty finansowania usług zdrowotnych podmioty odpowiedzialne za ochronę zdrowia chcą uzyskać dwa podstawowe cele:

- racjonalizację popytu – poprzez wyeliminowanie zbędnych świadczeń, czego efektem jest również ogólna poprawa dostępności świadczeń,
- pozyskanie dodatkowych środków finansowych – nawet niewielka opłata pobierana powszechnie tworzy znaczną pulę dodatkowych środków i stabilizuje system w długim okresie.

Gospodarstwa domowe mogą w różnych formach uczestniczyć w kosztach finansowania świadczeń, jednak w kontekście polskiej ochrony zdrowia najczęściej

---

<sup>4</sup> M. Jeffries, *How Deductibles and Co-pays Work*, Discovery Health, 04.10.2007, <http://tlc.howstuffworks.com/family/deductible-copay.htm>.

<sup>5</sup> J. Steenhuysen, *Cost-sharing health plans lead poor to make tough choices*, Reuters, [www.reuters.com](http://www.reuters.com) [dostęp 22.11.2010].

<sup>6</sup> M. Lacey, S. Dolnick, *For Tucson survivors. Health care cost is concern*, “New York Times” 2011 (z 3 lutego)

<sup>7</sup> D.U. Himmelstein, D. Thorne, E. Warren, S. Woolhandler, *Medical bankruptcy in the united states 2007: results of a national study*, “The American Journal of Medicine” 2009.

wskazuje się dopłaty do świadczeń, które stosunkowo najmniej obciążają pacjentów, ponieważ najczęściej dotyczą świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i kosztów pobytu w szpitalu oraz są określone na niskim kwotowo poziomie. Nie są pobierane natomiast za świadczenia opieki stacjonarnej, które są najbardziej kosztowne. Nawet jednak w odniesieniu do tak niskich opłat konieczne jest wprowadzenie mechanizmów ochronnych, takich jak maksymalny roczny limit.

Polacy już teraz w stosunkowo wysokim stopniu uczestniczą w kosztach ochrony zdrowia – wydatki gospodarstw domowych stanowią 24,3% wydatków ogółem na ochronę zdrowia – i przeznaczają rocznie 272 USD (PPP USD) na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Największa część tych środków jest jednak wydatkowana nie bezpośrednio na usługi zdrowotne, a na leki i materiały nietrwałego użytku oferowane przez apteki (61,42% wydatków), co wynika z małego zakresu refundacji leków i ich dużej konsumpcji w Polsce.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ocenia, że aby finansowanie przez gospodarstwa domowe ochrony zdrowia (*out-of-pocket payment*) nie prowadziło do zubożenia i ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych, powinno wahać się w przedziale 15-20% wydatków ogółem na ochronę zdrowia<sup>8</sup>. W tym kontekście należy uznać, że udział polskich pacjentów w finansowaniu usług zdrowotnych jest już nadmierny. Nie oznacza to jednak, zdaniem autorki, że wprowadzenie opłat w Polsce jest wykluczone. Opłaty bowiem stanowią jednocześnie narzędzie racjonalizacji popytu i, w świetle doświadczeń zagranicznych, przynoszą oszczędności w systemie. Wydaje się, że istotna jest jednak zmiana mechanizmów refundacji leków, aby ogólne obciążenia finansowe pacjentów nie zwiększały się istotnie.

## Literatura

- European health for all database (HFA-DB)*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 2011.
- Himmelstein D.U., Thorne D., Warren E., Woolhandler S., *Medical bankruptcy in the united states, 2007: results of a national study*, "The American Journal of Medicine" 2009.
- Jeffries M., *How Deductibles and Co-pays Work*, Discovery Health, 04.10.2007 <http://tlc.howstuffworks.com/family/deductible-copay.htm>.
- Kelland K., *One billion people cannot afford healthcare: WHO*. Reuters, [www.reuters.com](http://www.reuters.com) [dostęp 22.11.2010].
- Kulish N., *\$1.85 fee to see a doctor? Some say it's too much*, "New York Times" 2008 (z 24 maja).
- Lacey M., Dolnick S., *For Tucson survivors, Health care cost is concern*, "New York Times" 2011 (z 3 lutego).
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia za 2006 rok*, GUS, Warszawa 2007.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia za 2008 rok*, GUS, Warszawa 2009.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia za 2009 rok*, GUS, Warszawa 2010.

---

<sup>8</sup> K. Kelland, *One billion people cannot afford healthcare: WHO*, Reuters, [www.reuters.com](http://www.reuters.com) [dostęp 22.11.2010].

Steenhuysen J., *Cost-sharing health plans lead poor to make tough choices*, Reuters, www.reuters.com [dostęp 22.11.2010].

Szabo T., *International experience in the area of cost sharing in health care. Implication for the Czech Republic*, referat na konferencję, Madrid 2008.

## FINANCING OF HEALTH CARE BY HOUSEHOLDS

**Summary:** The article presents issues related to the financing of health care by households. In Poland 24.3% of the total expenditure on health comes from this source. The main cause of the introduction of the “third party” is mostly the rationalization of demand and gaining of additional measures.

**Keywords:** health care, cost-sharing, households.