

NAUKI O FINANSACH

2

**PRACE NAUKOWE
UNIwersYTETU EKONOMICZNEGO
WE WROCŁAWIU
nr 75**

NAUKI O FINANSACH

2

Redaktor naukowy
Wanda Ronka-Chmielowiec



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2009

Rada Naukowa

Ewa Bogacka-Kisiel (przewodnicząca)

Grażyna Borys, Krzysztof Jajuga, Zbigniew Luty, Marek Łyszczak,

Edward Nowak, Wanda Ronka-Chmielowiec

Recenzenci

Wiesława Przybylska-Kapuścińska, Jerzy Węclawski

Redaktor Wydawnictwa

Joanna Świrska-Kortub

Skład i łamanie

Małgorzata Czupryńska

Projekt okładki

Beata Dębska

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2009

ISSN 1899-3192

ISSN 2080-5993

Spis treści

Wstęp	7
Marta Borda: Doświadczenia krajów europejskich w zastosowaniu współpłacenia w finansowaniu ochrony zdrowia.....	9
Marek Czuba, Bartosz Kaszuba: Porównanie efektów stosowania średnich ruchomych w analizie finansowych szeregów czasowych polskiego rynku akcji.....	22
Wojciech Grzegorzczak: Segmentacja internetowych nabywców usług bankowych.....	36
Monika Małecka: Znaczenie produktu ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym w zabezpieczeniu na cele emerytalne	44
Bartłomiej Nita: Rola specjalistów rachunkowości zarządczej w zarządzaniu dokonaniem przedsiębiorstwa	55
Adam Nosowski: Usługi finansowe – ujęcie procesowe	65
Jarosław Olejniczak: Sytuacja finansowa samorządów powiatowych województwa dolnośląskiego w latach 2006-2008	76
Katarzyna Prędkiewicz: Ryzyko finansowe w mikro-, małych i średnich przedsiębiorstwach	94
Grzegorz Radomski: Informacje rynkowe w nadzorczej ocenie banków	107
Małgorzata Solarz: Systemy płatności internetowych dla <i>e-commerce</i>	117
Piotr Szczepaniak: Zadłużenie polskich spółek giełdowych a ich płynność finansowa	127

Summaries

Marta Borda: European countries' experiences in the application of cost sharing in health care financing	21
Marek Czuba, Bartosz Kaszuba: Researching the effects of using various moving averages in financial time series analysis	34
Wojciech Grzegorzczak: The segmentation of on-line banking customers	43
Monika Małecka: The meaning of unit-linked insurance in pension system	54
Bartłomiej Nita: The role of management accountants in corporate performance management.....	64
Adam Nosowski: Financial services – process approach	75

Jarosław Olejniczak: Lower Silesia powiats' (2 nd level of local government) financial issues in 2006-2008 years	93
Katarzyna Prędkiewicz: Financial risk in micro-, small and medium entrepreneurship	106
Grzegorz Radomski: Market information in the bank's supervisory evaluation	116
Małgorzata Solarz: On-line payment system for e-commerce	126
Piotr Szczepaniak: Debt of public companies in Poland and financial liquidity	137

Wstęp

Do rąk czytelników oddajemy kolejny zeszyt dziedzinowy poświęcony naukom o finansach składający się z jedenastu artykułów, w których autorzy poruszają problematykę z różnych obszarów związanych z finansami.

Zebrane w nim teksty dotyczą funkcjonowania systemu bankowego: w jednym z nich omówiono nadzorczą ocenę banków z punktu widzenia informacji rynkowej, a przedmiotem badania autorów dwóch artykułów była bankowość internetowa. Kolejne opracowania mieszczą się w obszarze ubezpieczeń, zawierają bowiem analizę produktu z zakresu ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym w aspekcie zabezpieczenia emerytalnego, a także kwestie dotyczące finansowania ochrony zdrowia w krajach europejskich. W prezentowanym zeszycie znajduje się też artykuł przedstawiający badania związane z finansami samorządowymi przeprowadzone na podstawie danych empirycznych pochodzących z województwa dolnośląskiego, a także tekst, w którym zanalizowano usługi finansowe w ujęciu procesowym i omówiono zmiany i tendencje na rynku usług finansowych. Autorzy opracowań wchodzących w skład niniejszej publikacji poruszyli także problematykę zarówno funkcjonowania rynku kapitałowego: przedstawili wyniki badań empirycznych dotyczących stosowania średnich ruchomych w analizie finansowania szeregów czasowych polskiego rynku akcji, jak i rachunkowości zarządczej i jej roli w funkcjonowaniu przedsiębiorstwa i zarządzaniu nim. Zagadnieniu finansów przedsiębiorstw poświęcono dwa artykuły: w pierwszym omówiono ryzyko finansowe w mikro-, małych i średnich przedsiębiorstwach, natomiast w drugim zanalizowano zadłużenie polskich spółek giełdowych w powiązaniu z ich płynnością finansową.

Jak widać, zebrane teksty zawierają aktualną problematykę badawczą dotyczącą funkcjonowania zarówno rynków finansowych, jak i finansów przedsiębiorstw, omówione w nich badania empiryczne odnoszą się zaś do polskiego rynku. Wszystkie prezentowane artykuły pozytywnie przeszły etap recenzji, a ich ostateczna forma powstała po uwzględnieniu cennych uwag recenzentów.

Wanda Ronka-Chmielowiec

Marta Borda

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

**DOŚWIADCZENIA KRAJÓW EUROPEJSKICH
W ZASTOSOWANIU WSPÓŁPŁACENIA
W FINANSOWANIU OCHRONY ZDROWIA**

Streszczenie: Artykuł omawia problematykę zastosowania oficjalnych dopłat ze strony pacjentów w finansowaniu świadczeń zdrowotnych na przykładzie wybranych krajów europejskich. Metody prywatnego finansowania ochrony zdrowia, m.in. dopłaty ze strony pacjentów, nabierają coraz większego znaczenia w obliczu niewydolności publicznych źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych. W praktyce współpłacenie dotyczy najczęściej: lekarstw, usług dentystycznych, wybranych usług ambulatoryjnych, pobytu w szpitalu, jednak zakres świadczeń objętych dopłatami oraz wielkość udziału pacjentów różnią się w poszczególnych krajach. Wprowadzenie lub zwiększenie dopłat może pozytywnie wpływać na efektywność systemu zdrowotnego, być dodatkowym źródłem przychodów dla sektora zdrowotnego. Negatywne skutki tego mechanizmu to zaś utrudnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych i dodatkowe koszty administracyjne.

W artykule zaprezentowano różne formy współpłacenia stosowanych w krajach europejskich oraz korzyści i zagrożenia związane z zastosowaniem partycypacji pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: współpłacenie, finansowanie ochrony zdrowia, wydatki zdrowotne, świadczenia zdrowotne.

1. Wstęp

W większości krajów europejskich finansowanie ochrony zdrowia bazuje na wykorzystaniu środków publicznych pochodzących z budżetu państwa (budżetów jednostek samorządu terytorialnego) i (lub) funduszy obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W ostatnich latach widoczny jest jednak systematyczny wzrost zaangażowania dodatkowych środków finansowych pochodzących od gospodarstw domowych i podmiotów gospodarczych w finansowanie sektora zdrowotnego. Tendencja ta związana jest przede wszystkim ze wzrostem kosztów świadczeń zdrowotnych, z ograniczonością publicznych źródeł finansowania ochrony zdrowia, a także rosnącym popytem na usługi zdrowotne starzejących się i coraz bardziej świadomych zalet profilaktyki zdrowotnej społeczeństw krajów europejskich. Wśród różnych metod prywatnego finansowania ochrony zdrowia relatywnie często wystę-

pującym rozwiązaniem jest stosowanie udziału pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych realizowanych ze środków publicznych (tzw. współpłacenie).

Celem niniejszego opracowania jest prezentacja doświadczeń krajów europejskich w zastosowaniu oficjalnych dopłat ze strony pacjentów jako jednej z form dodatkowego, prywatnego finansowania świadczeń zdrowotnych. W artykule omówiono rolę dodatkowych opłat za korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w systemie finansowania ochrony zdrowia, dokonano przeglądu mechanizmów współpłacenia stosowanych w wybranych krajach europejskich, a także przedstawiono główne poglądy na temat wpływu współpłacenia na funkcjonowanie współczesnych systemów ochrony zdrowia.

2. Miejsce współpłacenia w systemie finansowania ochrony zdrowia

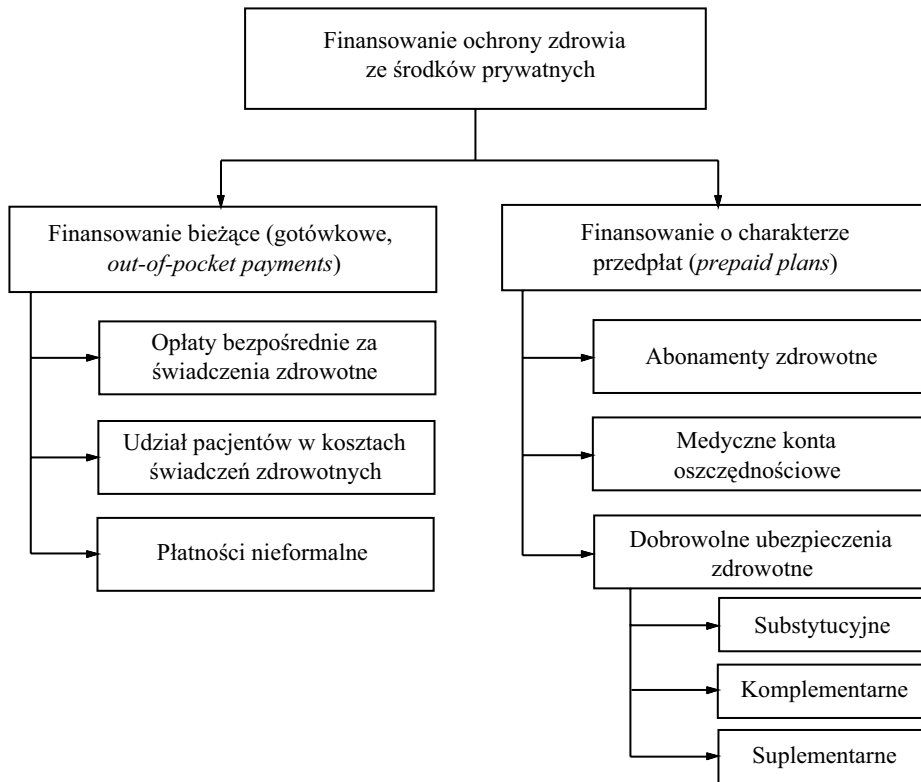
Finansowanie ochrony zdrowia może mieć charakter publiczny lub prywatny. Finansowanie ze źródeł publicznych dotyczy bazowej, z reguły obowiązkowej, części systemu ochrony zdrowia i odbywa się przez zastosowanie metody zaopatrzeniowej (budżet państwa lub budżety samorządowe) lub metody ubezpieczeniowej (obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne). Rozwiązania przyjęte w zakresie finansowania bazowej części systemu mają znaczenie pierwszorzędne, ponieważ przynależność do tej części powinna zapewniać wszystkim uczestnikom dostęp do tzw. koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, bez względu na sytuację materialną poszczególnych osób. W krajach europejskich finansowanie ochrony zdrowia ze środków prywatnych ma najczęściej charakter dodatkowy, uzupełniający względem finansowania publicznego.

Najważniejsze formy finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych przedstawiono na rys. 1.

W ramach finansowania prywatnego można wyróżnić: finansowanie bieżące (gotówkowe, *out-of-pocket payments*) związane ściśle z konsumpcją świadczeń zdrowotnych oraz finansowanie polegające na wnoszeniu „przedpłat” (*prepaid plans*), w tym m.in. dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, które (choć odgrywają istotną rolę) ze względu na tematykę niniejszego artykułu nie będą przedmiotem dalszych szczegółowych rozważań.

Do grupy wydatków gotówkowych zalicza się (por. [Jemiai i in. 2004, s. 1; Robinson 2002, s. 22]):

- bezpośrednio opłaty za świadczenia zdrowotne (*direct payments*) – dotyczą 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,
- płatności nieformalne o charakterze dodatkowej gratyfikacji (*informal payments*),



Rys. 1. Formy finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych

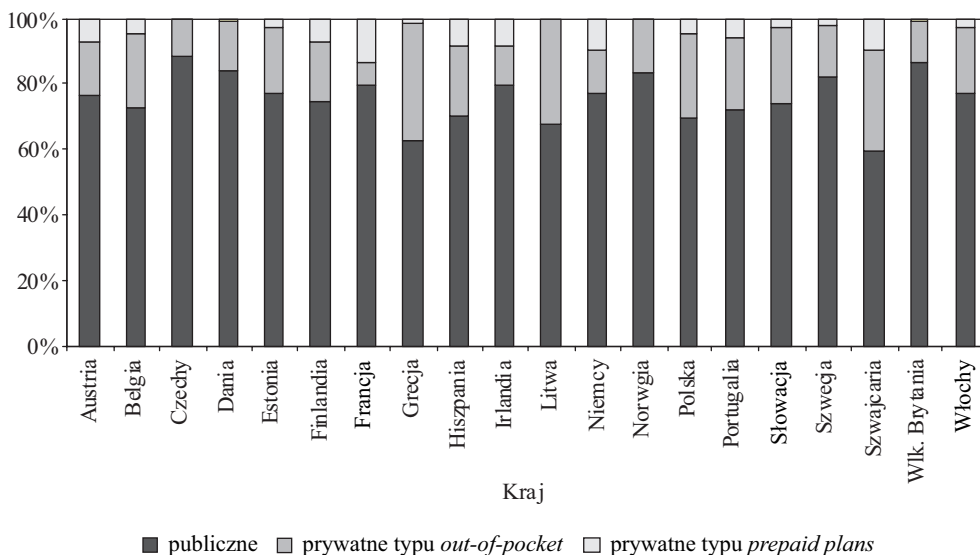
Źródło: opracowanie własne.

- udział pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych (tzw. współpłacenie, *cost sharing, user charges*) – w tym przypadku skorzystanie z określonych świadczeń zawartych w pakiecie publicznym wiąże się z koniecznością wniesienia oficjalnej dopłaty.

Na rysunku 2 zaprezentowano strukturę całkowitych wydatków zdrowotnych w wybranych krajach europejskich według głównych źródeł finansowania w 2005 r.

Jak wynika z rys. 2, w większości krajów europejskich występuje dominacja publicznych źródeł finansowania ochrony zdrowia. W roku 2005 w analizowanych krajach wydatki publiczne stanowiły około 70-90% całkowitych wydatków zdrowotnych. Udział finansowania publicznego jest na ogół wyższy w krajach o państwowym lub samorządowym charakterze bazowej części systemu ochrony zdrowia (Wielka Brytania, Szwecja, Norwegia, Dania) oraz w niektórych krajach postkomunistycznych (np. w Czechach w 2005 r. wyniósł aż 88,6%). Stosunkowo niskie zaangażowanie środków publicznych (poniżej 70%) odnotowały: Szwajcaria (59,6%), Grecja (62,8%) i Litwa (67,8%). Towarzyszyło temu zdecydowanie większe niż w

pozostałych krajach zaangażowanie środków prywatnych pochodzących bezpośrednio z kieszeni pacjenta, w tym wydatków na oficjalne dopłaty. Na przykład w Grecji w 2005 r. aż 35,4% całkowitych wydatków zdrowotnych stanowiły wydatki gotówkowe gospodarstw domowych. Pozostałe prywatne źródła finansowania (typu *pre-paid plans*), w tym m.in. dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, mają najczęściej niewielkie znaczenie (w 2005 r. ich udział w całkowitych wydatkach zdrowotnych kształtował się najczęściej na poziomie 2-8%). Jedynie we Francji, Niemczech i Szwajcarii – krajach o wieloletniej tradycji ubezpieczeń zdrowotnych – wydatki o charakterze przedpłat stanowiły około 10-13% całkowitych wydatków zdrowotnych.



Rys. 2. Struktura wydatków na ochronę zdrowia według źródeł finansowania w wybranych krajach europejskich w 2005 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WHO European Health for All Database [Internet1].

Z danych GUS-u wynika, że w 2006 r. w Polsce 30% wydatków na ochronę zdrowia miało charakter wydatków prywatnych, w tym 25,6% wydatków finansowanych było bezpośrednio przez gospodarstwa domowe, a zaledwie 0,6% – w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych [*Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia...* 2008, s. 151].

Podsumowując, można stwierdzić, że analizowana struktura wydatków zdrowotnych w obszarze prywatnych form finansowania jest efektem polityki państw europejskich w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego polegającej na przesuwaniu części ciężaru finansowania świadczeń zdrowotnych na pacjentów bardziej w for-

mie różnego rodzaju dopłat gotówkowych niż poprzez wprowadzanie mechanizmów stymulujących rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

3. Przegląd form współpłacenia stosowanych w krajach europejskich

Partycypacja pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych może obejmować różne formy, co w ujęciu koncepcyjnym można traktować jako wszelkie możliwe punkty w przestrzeni ograniczonej z jednej strony całkowitym pokryciem kosztów świadczenia przez płatnika publicznego, a z drugiej – całkowitym pokryciem tych kosztów przez świadczeniobiorcę. Według R. Rubina i D. Mendelсона [Rubin, Mendelson 1995] należy też odróżnić bezpośredni udział w kosztach od współpłacenia o charakterze pośrednim. Do form współpłacenia pośredniego (*indirect cost sharing*) zalicza się wykluczenie niektórych świadczeń w całości z finansowania publicznego (np. zapłodnienie *in vitro*), a także różne mechanizmy regulujące odpłatność za leki, takie jak: substytuty generyczne, pozytywne i negatywne listy lekarstw. W niniejszym opracowaniu współpłacenie jest jednak rozumiane w ujęciu bezpośrednim (*direct cost sharing*) jako formalna dopłata do określonego świadczenia finansowanego w ramach bazowej części systemu ochrony zdrowia, nie zaś jako pełna odpłatność.

Do najważniejszych form udziału pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych należą (por. [Thomson, Mossialos 2004, s. 19; Sowada 2004, s. 16-17]):

- klasyczne współpłacenie (*co-payment*) – stała opłata (stała stawka) wnoszona za każdą określoną jednostkę świadczenia (np. 1 euro za wizytę lekarską),
- udział własny (*co-insurance*) – pacjent uczestniczy w określonej, stałej proporcji w całkowitym koszcie świadczenia, natomiast ubezpieczyciel pokrywa jego resztę; udział pacjenta może dotyczyć wybranych rodzajów świadczeń (np. 30-procentowy udział w koszcie usługi dentystycznej) lub wszystkich świadczeń zrealizowanych w określonym przedziale czasu (np. 2% całkowitych kosztów zdrowotnych poniesionych przez daną osobę w ciągu roku),
- franszyza (*deductible*) – świadczeniobiorca opłaca określoną wielkość kosztów, a nadwyżkę ponad ustaloną kwotę franszyzy pokrywa ubezpieczyciel (franszyza redukcyjna) lub pacjent ponosi całkowite koszty leczenia do ustalonego limitu, natomiast koszty przekraczające ten limit są w całości pokrywane przez ubezpieczyciela (franszyza integralna); rozwiązanie to dotyczy określonych świadczeń zdrowotnych lub ustalonego przedziału czasu.

Ponadto ciekawą, choć w praktyce rzadziej stosowaną, formą współpłacenia jest indemnizacja (*balance billing*). W ramach indemnizacji płatnik publiczny dopłaca do każdej wykorzystanej przez pacjenta jednostki świadczenia określoną kwotę (np. 20 zł za wizytę lekarską). Jeżeli rzeczywisty koszt świadczenia przekracza ustaloną dopłatę, to różnicę finansuje pacjent. W rezultacie pacjent ostatecznie decyduje o pokryciu dodatkowego kosztu określonej usługi zdrowotnej z własnej kieszeni. Zasto-

sowanie tej formy współpłacenia motywuje pacjentów do poszukiwania tańszych świadczeń zdrowotnych i ich dostawców (por. [Sowada 2004, s. 17]).

Warto też dodać, że niektórzy autorzy w literaturze przedmiotu do podstawowych form współpłacenia stosowanych w ochronie zdrowia zaliczają ograniczenie sumy ubezpieczenia [Sowada 2004, s. 16]. Rozwiązanie to jest charakterystyczne dla prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, natomiast w publicznej części systemu ochrony zdrowia występuje bardzo rzadko w formie limitu wydatków na świadczenia zdrowotne wykorzystane przez pacjenta w określonym przedziale czasu (np. w ciągu roku) lub limitu kosztów pokrywanych z publicznej części systemu w odniesieniu do pojedynczego ryzyka, np. konkretnej choroby.

Mechanizmy współpłacenia są powszechnie stosowane w systemach zdrowotnych krajów Europy Zachodniej. Zakres świadczeń objętych dopłatami oraz wielkość udziału pacjentów różnią się przy tym istotnie w poszczególnych krajach (tab. 1). W praktyce głównym obszarem finansowania objętym współpłaceniem jest pokrycie kosztów lekarstw. W tym przypadku partycypacja pacjentów przybiera na ogół formę udziału własnego (w różnej wysokości w zależności od rodzaju leków lub sumy poniesionych wydatków), może też mieć charakter ryczałtowej dopłaty. Kolejną kategorią świadczeń medycznych, dla których powszechnie stosuje się współfinansowanie przez pacjenta w formie udziału własnego lub rzadziej w formie stałej opłaty, są usługi dentystyczne, przy czym na ogół dzieci do 18 lat są zwolnione z tego typu dopłat. Współpłacenie w odniesieniu do konsultacji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów występuje stosunkowo częściej w krajach, w których podstawową metodą finansowania ochrony zdrowia jest obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne (np. Francja czy Niemcy). Stosowane jest w formie stałej opłaty lub udziału własnego pacjenta lub jako kombinacja obu tych form. W razie pobytu w szpitalu pacjent z reguły uiszcza stałą opłatę za każdy dzień hospitalizacji, ewentualnie połączoną z udziałem własnym (np. we Francji). Instrumenty ograniczające obciążenie finansowe gospodarstw domowych udziałem w kosztach świadczeń zdrowotnych są zróżnicowane w poszczególnych krajach. Do najczęściej stosowanych można zaliczyć: obniżone stawki dopłat, wyłączenia (zwłaszcza dla dzieci, osób starszych, przewlekle chorych, o niskich dochodach), rabaty w przypadku wniesienia dopłaty z góry np. za ustalony okres, roczne limity wydatków (*out-of-pocket maximum*).

W ostatnim dziesięcioleciu w większości państw Europy Środkowo-Wschodniej podjęto decyzje o wprowadzeniu dodatkowych opłat do świadczeń zawartych w pakiecie publicznym. Systemy współpłacenia funkcjonujące obecnie w krajach postkomunistycznych wykorzystują stosunkowo prostsze mechanizmy w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, niemniej jednak również w tym przypadku widoczne jest duże zróżnicowanie w szczegółowym zakresie dopłat obowiązujących w państwach naszego regionu (tab. 2). Partycypacja pacjentów w kosztach dotyczy przede wszystkim: wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, pobytu w szpitalu, lekarstw oraz usług stomatologicznych. Najczęściej stosowaną formą współpłacenia są stałe

Tabela 1. Opłaty za korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach Europy Zachodniej

Kraj	Metoda finansowania w bazowej części systemu	Udział płatności typu <i>out-of-pocket</i>	Zakres przedmiotowy współpłacenia	Wyłączenia i ograniczenia
1	2	3	4	5
Dania	zaopatrzeniowa (podatek od wynagrodzeń)	około 14% całkowitych wydatków zdrowotnych (2005 r.)	relatywnie niewielki, dotyczy: usług dentystrycznych (35-60% udziału w kosztach), szkielek korekcyjnych, lekarstw w zależności od kwoty indywidualnych rocznych wydatków: poniżej 520 DKK – 100% udziału własnego, 50% dla dzieci; 520-1260 DKK – 50% udziału własnego; 1260-2950 DKK – 25% udziału własnego; ponad 2950 – 15% udziału własnego	zwolnienia dla dzieci do 18 roku życia; osoby przewlekle chore mogą ubiegać się o pełne pokrycie kosztów lekarstw (wydatki ponad 3805 DKK rocznie), podobnie osoby o niskich dochodach
Francja	ubezpieczeniowa	7,4% całkowitych wydatków zdrowotnych (2005 r.)	pow szezne dopłaty do większości usług medycznych i lekarstw dostarczanych w ramach pakietu publicznego; udział własny w odniesieniu do leków (zróżnicowany w zależności od ich rodzaju), usług dentystrycznych (30%), konsultacji lekarskich (30%), pobytu w szpitalu (20% + stała dopłata 16 EUR za dzień); dodatkowe dopłaty, które nie mogą być objęte ubezpieczeniem komplementarnym (1 EUR za wizytę lekarską, 0,5 EUR za receptę, 2 EUR za transport medyczny, z limitem rocznym 50 EUR); pokrycie dodatkowych kosztów świadczeń medycznych przekraczających ceny referencyjne	ze współpłacenia zwolnione są osoby przewlekle chore, o niskich dochodach, pobierające świadczenia z tytułu inwalidztwa i wypadków przy pracy, hospitalizowane ponad 31 dni; z dodatkowych stałych dopłat zwolnione dzieci i osoby o niskich dochodach
Holandia	ubezpieczeniowa (od 2006 r. obowiązkowa składka na prywatne ubezpieczenie zdrowotne)	8% całkowitych wydatków zdrowotnych (2006 r.)	ubezpieczeni w wieku 18 lat i więcej pokrywają pierwsze 150 EUR kosztów świadczeń zdrowotnych w danym roku (z wyjątkami dotyczącymi określonych usług)	zwolnienia dotyczą dzieci do 18 lat; dopłaty dla osób o niskich dochodach (jeśli przeciętna zryczałtowana składka na ubezpieczenie przekracza 5% dochodu gospodarstwa domowego)

Tabela 1, cd.

1	2	3	4	5
Niemcy	ubezpieczeniowa	13,8% całkowitych wydatków zdrowotnych (2005 r.)	dotyczy przede wszystkim lekarstw i usług dentystrycznych, od 2004 r. wprowadzono stałe dopłaty do wizyt u lekarzy ogólnych i dentystów (10 EUR za pierwszą wizytę w kwartale); pobyt w szpitalu (10 EUR do 28 dni w roku), 5-10 EUR za lekarstwa (z określonymi wyjątkami), 5-10 EUR za środki pomocnicze na receptę; protezy dentystryczne – udział własny około 50%	zwolnienia dla dzieci do 18 lat; roczny górny limit dopłat wynosi 2% dochodu gospodarstwa domowego (1% dla ludzi z chorobami przewlekłymi)
Szwecja	zaopatrzeniowa (podatki państwowe i lokalne)	13,9% całkowitych wydatków zdrowotnych (2005 r.)	pow szezne dopłaty ze strony pacjentów dotyczą: wizyt u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (100-150 SEK), wizyt u specjalistów i pomocy w razie nagłego wypadku (200-300 SEK), pobytu w szpitalu (do 80 SEK za dzień); koszty leków – pełna odpłatność do 900 SEK rocznie, nadwyżka częściowo refundowana w zależności od wielkości poniesionych wydatków	zwolnienia z dopłat dla dzieci; limit rocznych wydatków na dopłaty wynosi 900 SEK w przypadku usług zdrowotnych i 1800 SEK w odniesieniu do leków; ograniczone wsparcie finansowe dotyczące usług dentystrycznych dla dorosłych
Wielka Brytania	zaopatrzeniowa (podatki państwowe)	11,9% całkowitych wydatków zdrowotnych (2005 r.), dominują płatności bezpośrednie (90% wydatków prywatnych)	relatywnie niewiele dopłat do świadczeń finansowanych przez NHS, dotyczą one w szczególności: lekarstw przepisanych przez lekarzy ogólnych (7,10 GBP za receptę), usług dentystrycznych (współplacenie z limitem rocznym wynoszącym 200 GBP)	współplacenie za leki na receptę nie obejmuje: dzieci do 16 lat, młodzieży uczącej się do 18 lat, osób w wieku 60 lat i starszych, osób o niskich dochodach, kobiet w ciąży i tych które urodziły w ciągu ostatnich 12 miesięcy, osób chorych na określone choroby; zniżki za wcześniejszą „przedpłatę” udziału w kosztach lekarstw

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Anell 2008; Boyle 2008; Busse 2008; Durand-Zaleski 2008; Klazinga 2008; Vrangbæk 2008].

Tabela 2. Charakterystyka dopłat do świadczeń zdrowotnych obowiązujących w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej

Kraj	Zakres współpłacenia
Bułgaria	Obowiązkowe dopłaty do świadczeń zdrowotnych dotyczą: wizyty u lekarza, stomatologa (1% minimalnej pensji – ok. 1,80 BGN), badań laboratoryjnych (2 BGN), pobytu w szpitalu (2% minimalnej pensji – ok. 3,60 BGN dziennie, maksymalnie przez 10 dni w roku); zwolnienia dla dzieci do 18 roku życia i kobiet w ciąży
Czechy	Od 1 stycznia 2008 roku wprowadzono następujące opłaty: – wizyta u lekarza rodzinnego i specjalisty – 30 CZK, – pobyt w szpitalu lub sanatorium – 60 CZK za dzień, – wizyta w ambulatorium, oddziale specjalistycznym dyżurującym w godz. 17.00-7.00 w dni powszednie, soboty, niedziele i święta, a także wizyta domowa lekarza dyżurującego – 90 CZK, – leki przepisywane na receptę (refundowane) – 30 CZK
Estonia	Pacjenci dopłacają w przypadku: domowych wizyt lekarskich, porad lekarzy specjalistów (do 50 EEK), pobytu w szpitalu (do 25 EEK za dzień, maksymalnie 10 dni; dopłaty nie obejmują świadczeń związanych z ciążą, porodem oraz intensywną opieką, a także udzielanych osobom poniżej 19 roku życia). Za leki refundowane należy wnieść opłatę w wysokości 20 lub 50 EEK oraz pokryć określoną część ceny powyżej tej kwoty (10, 20 lub 50% w zależności od rodzaju leku). Zniżka w wysokości 90% dotyczy dzieci między 4 a 16 rokiem życia, rencistów i osób powyżej 63 lat; pełne zwolnienie z dopłat do leków dla dzieci do 4 roku życia
Litwa	Większość świadczeń jest nieodpłatna; występują obowiązkowe dopłaty do leków refundowanych – 10, 20 lub 50% w zależności od rodzaju leku
Łotwa	Pacjenci zobowiązani są do pokrycia części kosztów wizyty u lekarza (0,5-2 LVL) i badań diagnostycznych (0,50-9 LVL). Hospitalizacja wiąże się z dodatkową opłatą należną od drugiego dnia pobytu (1,50-5,0 LVL) oraz z pewnym udziałem w kosztach opieki; suma opłat nie może jednak przekroczyć 80 LVL za jeden pobyt w szpitalu i 150 LVL w ciągu roku kalendarzowego. Opłata za leczenie stacjonarne w ośrodkach dziennego pobytu to koszt 2,50 LVL za pierwszy dzień i 1 LVL za następne. Zwolnienia dotyczą: dzieci do 18 roku życia, pacjentów dializowanych, tzw. nagłych przypadków oraz kobiet w ciąży i do 42 dnia połogu. Dopłata do leków refundowanych wynosi 0,10 LVL oraz 0, 10, 25 lub 50% ceny
Polska	Opłaty dotyczące leków refundowanych: – opłata ryczałtowa w wysokości 3,20 PLN w przypadku leków podstawowych i 5 PLN dla leków recepturowych, – 30 lub 50% ceny leku w przypadku leków uzupełniających. Dopłaty do środków pomocniczych i ortopedycznych (np. protezy, szkła korekcyjne); opłaty ryczałtowe za pobyt w sanatorium
Rumunia	Obowiązują dopłaty w następujących przypadkach: – świadczenia stomatologiczne – dla osób powyżej 18 roku życia do 60%, – leki – opłaty w wysokości 10 lub 50% ceny w zależności od kategorii
Słowacja	Świadczenia ambulatoryjne i wizyty w pogotowiu objęte są dopłatą w wysokości 1,99 EUR, koszt wypisania recepty to 0,17 EUR, a transport medyczny jest płatny w wysokości 0,07 EUR za km
Węgry	Istnieją 30% dopłaty (maksymalnie 100 000 HUF) w przypadku hospitalizacji bez skierowania od lekarza, zmiany sposobu leczenia na życzenie pacjenta powodującej wzrost kosztów leczenia, żądania opieki lekarza, który nie dyżuruje w momencie udzielania świadczeń; ponadto występują dodatkowe opłaty za ponadstandardowe warunki pobytu w szpitalu, a także różne stawki dopłat do leków wydawanych na receptę

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Internet 2].

opłaty w ustalonej wysokości za pojedyncze świadczenie, dzień pobytu w szpitalu czy km transportu medycznego (Bułgaria, Czechy, Estonia, Łotwa, Słowacja).

W odniesieniu do lekarstw refundowanych stosowane są dopłaty zarówno kwotowe, jak i w formie udziału własnego w cenie leku lub połączenie obu tych form (np. w Estonii i na Łotwie) zróżnicowane w zależności od kategorii leku. Udział własny jest stosowany również w odniesieniu do innych świadczeń, np. usług stomatologicznych w Rumunii, dopłat do pobytu w szpitalu na Węgrzech. W analizowanych krajach występuje stosunkowo mniej zniżek i wyłączeń z obowiązkowych dopłat w porównaniu z systemami współpłacenia w krajach Europy Zachodniej. Mechanizmy protekcyjne obejmują w zależności od kraju: dzieci do określonego wieku, kobiety w ciąży i w ustalonym okresie po urodzeniu dziecka, osoby ciężko chore, rencistów, osoby starsze, wykorzystywane są również limity dopłat, niemniej jednak brakuje rozwiązań skierowanych do osób o niskich dochodach.

4. Argumenty za współpłaceniem i przeciw niemu

Dyskusja dotycząca korzyści i zagrożeń wynikających z zastosowania współpłacenia we współczesnych systemach zdrowotnych jest od dawna prowadzona w światowej literaturze z zakresu ekonomiki zdrowia i polityki zdrowotnej. W niniejszym opracowaniu zaprezentowano wybrane najczęściej przytaczane argumenty za współpłaceniem i przeciw bezpośredniej partycypacji pacjentów w finansowaniu ochrony zdrowia.

W literaturze przedmiotu wskazuje się na dwie podstawowe przesłanki przemawiające za wprowadzeniem lub zwiększaniem zakresu współpłacenia w finansowaniu świadczeń medycznych. Po pierwsze partycypacja pacjentów w kosztach ogranicza nadmierną konsumpcję świadczeń zdrowotnych przez sygnały cenowe, które zniechęcają do nieracjonalnego korzystania ze świadczeń, co z kolei ma pozytywny wpływ na poziom kosztów i efektywność funkcjonowania całego systemu. Mechanizm współpłacenia ogranicza zjawisko hazardu moralnego, a przez to umożliwia bardziej efektywne wykorzystanie ograniczonych zasobów związanych z ochroną zdrowia. Po drugie dopłaty mogą stanowić dodatkowe źródło przychodów dla sektora zdrowotnego, co jest ważne zwłaszcza w przypadku krajów, które borykają się ze znaczną niewydolnością publicznych źródeł finansowania ochrony zdrowia, a wprowadzenie w nich innych rozwiązań nie jest politycznie akceptowane. W rzeczywistości, jeżeli zwiększone opłaty za korzystanie ze świadczeń zdrowotnych zmniejszają popyt na te świadczenia, to nie przyniesie to jednocześnie wzrostu przychodów. Argument dotyczący wzrostu przychodów jest oparty na założeniu o nieelastyczności cenowej popytu [Kutzin 1998], a także zakłada, że dodatkowe koszty administracyjne związane z wprowadzeniem dopłat będą niższe niż dodatkowy osiągnięty w ten sposób przychód.

Kolejnym argumentem przytaczanym na korzyść współpłacenia jest wpływ na „sprawiedliwy” podział kosztów ochrony zdrowia pomiędzy poszczególne grupy

społeczne. W obszarze polityki zdrowotnej sprawiedliwy podział kosztów zależy od indywidualnej zdolności płatniczej, natomiast nie zależy od indywidualnej konsumpcji świadczeń zdrowotnych. Innymi słowy, osoby o wyższych dochodach musiałyby płacić więcej za świadczenia zdrowotne niż porównywalne pod względem stanu zdrowia i korzystania ze świadczeń osoby z niższymi dochodami. Przez odpowiednią konstrukcję systemu dopłat można osiągnąć wymienione efekty redystrybucyjne. Ponadto współpłacenie może oddziaływać na wzrost świadomości społeczeństwa odnośnie do rzeczywistych kosztów leczenia, wspomagać kontrolę świadczeniodawców, jak również stwarzać możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze komplementarnym [Sowada 2004, s. 14].

Przeciwnicy partycypacji pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych zwracają uwagę na asymetrię informacji w relacji pacjent–lekarz jako podstawową barierę w osiągnięciu pozytywnych efektów wpływu współpłacenia na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. W praktyce współpłacenie prowadzi do znacznej redukcji konsumpcji świadczeń zdrowotnych, niemniej jednak może to dotyczyć świadczeń zarówno wykorzystywanych w sposób racjonalny, jak i „niepotrzebnych”, ponieważ znaczna część decyzji o skorzystaniu ze świadczeń, zwłaszcza specjalistycznych, podejmowana jest przez świadczeniodawców w imieniu pacjentów. Przesunięcie części ciężaru finansowania ochrony zdrowia bezpośrednio na uczestników systemu powoduje na ogół niekorzystne zmiany w podziale kosztów świadczeń zdrowotnych. Im większy udział oficjalnych dopłat w finansowaniu ochrony zdrowia, tym większe relatywne obciążenie finansowe osób biednych oraz o złym stanie zdrowia [Rice, Morrison 1994]. Kolejnym argumentem przeciwko stosowaniu współpłacenia jest nierówność w dostępie do usług medycznych objętych dopłatami, co w skrajnych przypadkach może uniemożliwiać dostęp do niezbędnych świadczeń zdrowotnych. Właściwym rozwiązaniem obu tych problemów jest konstrukcja odpowiedniego systemu zwolnień obejmujących przede wszystkim osoby przewlekle chore (często korzystające ze świadczeń) oraz o niskich dochodach. Do pozostałych negatywnych skutków związanych z wprowadzeniem lub rozszerzaniem zakresu współpłacenia można zaliczyć m.in. umacnianie niekorzystnych z medycznego punktu widzenia postaw pacjentów (zwlekanie z pójściem do lekarza), co w razie konieczności późniejszego leczenia (np. długotrwałej hospitalizacji) powoduje wzrost kosztów dla całego systemu, a także koszty transakcyjne generowane przez system zwolnień mogące znacznie ograniczyć spodziewany dodatkowy przychód.

5. Podsumowanie

W większości krajów europejskich widoczna jest przewaga finansowania bieżącego (w tym wydatków ponoszonych w ramach współpłacenia) w strukturze prywatnych wydatków zdrowotnych. Współczesne rozwiązania dotyczące udziału pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych mają charakter mieszany, uwzględniający przede wszystkim specyfikę i zakres publicznej części systemu finansowania ochro-

ny zdrowia, jak również rodzaje poszczególnych świadczeń, tryb ich udzielania oraz akceptację społeczeństwa.

Ze względu na różne i często konfliktowe cele, których osiągnięciu ma służyć zastosowanie współpłacenia w finansowaniu ochrony zdrowia, konstrukcja systemu dopłat jest bardzo trudnym i złożonym zadaniem. Jak pokazują doświadczenia krajów Europy Zachodniej, zastosowanie współpłacenia ogranicza konsumpcję zarówno uzasadnionych, jak i „niepotrzebnych” świadczeń zdrowotnych, przez co negatywnie wpływa na efektywność systemów zdrowotnych. Z powodu barier dostępu stwarzanych przez konieczność uiszczenia dopłaty konieczne jest stosowanie zwolnień chroniących osoby biedne i stosunkowo często korzystające ze świadczeń. Niemniej jednak zbyt rozbudowane systemy zwolnień sprzyjają hazardowi moralnemu i mogą generować znaczne koszty transakcyjne, co w rezultacie ogranicza dodatkowy przychód dla sektora zdrowotnego.

Doświadczenia krajów Europy Zachodniej w zastosowaniu współpłacenia w finansowaniu świadczeń zdrowotnych mogą być przykładem dla krajów postkomunistycznych, zwłaszcza dla Polski, gdzie w obliczu niewydolności publicznej służby zdrowia konieczne są jak najszybsze, gruntowne zmiany w sposobie finansowania sektora zdrowotnego.

Literatura

- Anell A., *The health system in Sweden*, “Eurohealth” 2008, vol. 14, no 1, s. 10-11.
- Boyle S., *The health system in England*, “Eurohealth” 2008, vol. 14, no 1, s. 1-2.
- Busse R., *The health system in Germany*, “Eurohealth” 2008, vol. 14, no 1, s. 5-6.
- Durand-Zaleski I., *The health system in France*, “Eurohealth” 2008, vol. 14, no 1, s. 3-4.
- Jemai N., Thomson S., Mossialos E., *An overview of cost sharing for health services in the European Union*, „Euro Observer” 2004, vol. 6, no 3, s. 1-4.
- Klazinga N., *The health system in the Netherlands*, “Eurohealth”, vol. 14, nr 1, 2008, s. 8-10.
- Kutzin J., *The appropriate role for patient cost sharing*, [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, red. R.B. Saltman i in., Open University Press, Buckingham 1998.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r.*, Informacje i Opracowania Statystyczne, Departament Badań Społecznych GUS, Warszawa 2008.
- Rice T., Morrison K.R., *Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reform*, “Medical Care Review” 1994, vol. 51, no 3, s. 235-287.
- Robinson R., *User charges for health care*, [w:] *Funding health care: options for Europe*, red. E. Mossialos i in., Open University Press, Buckingham 2002.
- Rubin R., Mendelson D., *A framework for cost sharing policy analysis*, [w:] *Sharing the costs of health: a multi-country perspective*, red. N. Mattison, Pharmaceutical Partners for Better Health, Basle 1995.
- Sowada Ch., *Współpłacenie – szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004, t. II, nr 1, s. 11-22.

Thomson S., Mossialos E., *What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe?*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2004.

Vrangbæk K., *The health system in Denmark*, "Eurohealth" 2008, vol. 14, no 1, s. 7-8.

Źródła internetowe

[1] <http://data.euro.who.int>.

[2] www.nfz.gov.pl.

EUROPEAN COUNTRIES' EXPERIENCES IN THE APPLICATION OF COST SHARING IN HEALTH CARE FINANCING

Summary: The paper deals with problems concerning the application of cost sharing (user charges) in the health care systems in the selected European countries. It is important to emphasize the increasing significance of private health care expenditure, including formal user charges, in the contemporary health systems, according to difficulties in funding health care by taxation or social insurance contributions. In practice user charges usually concern: pharmaceuticals, dental care, selected ambulatory services and better conditions during hospitalization, however, their level and services to which they are applied vary considerably among particular European countries. The introducing or increasing user charges is expected to provide additional revenue for the health care sector as well as to improve health system's efficiency. However, their implementation can also result in some negative effects, such as creating financial barriers in access to health care services and additional transaction costs. In the paper an overview of the main forms of user charges is presented and then the arguments for and against cost sharing are discussed.