

Wydatki bezpośrednie na ochronę zdrowia w systemach opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej



Fot. Simone Galob/Corbis

Czy się to komuś podoba, czy nie – nie ma na świecie systemu ochrony zdrowia, w którym można się obyć bez współpłacenia. Hipokryzją jest zatem obiecywanie komukolwiek, że współpłacenia nie będzie. A głównym zadaniem sterników ochrony zdrowia jest ucywilizowanie tej instytucji. O tym, jak sobie z tym radzą kraje Unii Europejskiej, taktuje raport HOPE.

Polscy eksperci zgodnie zwracają uwagę na jedno: współpłacenie pomaga ograniczyć marnotrawstwo w ochronie zdrowia. Małe dopłaty do wizyt lekarskich pozwoliłyby skrócić kolejki do lekarzy POZ, wyeliminować tzw. nadwizyty, czyli porady dla pacjentów, którzy w rzeczy samej porady nie potrzebują, a chcą po prostu „pogadać”, poskarżyć się. Cokolwiek by mówić, drobne dopłaty do rachunków za leki refundowane pomagają ograniczyć ich nadmierne spożycie i utrzymać w ryzach ceny.

Ale uwaga! Współpłacenie to dobry lek, który można... przedawkować. Gdy mowa o drobnych dopłatach, wypada się z nimi pogodzić, a nawet uznać, że spełniają pozytywną rolę. Jednak, co szczególnie boleśnie odczuwają polscy pacjenci, ustawienie kosztów współpłacenia na zbyt wysokim poziomie jest szkodliwe. Zbyt drogie leki, koszty terapii niektórych schorzeń pozostają poza zasięgiem budżetów domowych. Leczenie nie jest podejmowane, leki nie są wykupywane, stan zdrowia pacjentów się pogarsza.

Na pytanie o współpłacenie większość Europejczyków reaguje alergicznie, to prawda. A czy płacą? No pewnie. Bo nie mają wyjścia i są świadomi, że bez dopłacenia paru groszy od siebie Nasz Drogą Pacjent zostanie potraktowany gorzej. I taka jest europejska tradycja,

obyczaj, gdzieś głęboko zakodowana zgoda, żeby jednak dopłacić. Zadeklarowani przeciwnicy współpłacenia, gdy sami podupadną na zdrowiu, często bez namysłu decydują się na dopłaty. Mało tego, w rozwiniętych krajach zachodniej Europy można wykupić sobie ekstrapakety z dodatkowymi gwarancjami ubezpieczeniowymi. Czyli – mówiąc w skrócie – za niewielką dopłatą do składki można się ubezpieczyć przed... współpłaceniem.

Rzecz zatem nie w tym, jak zwalczyć współpłacenie, ale jak sobie z nim poradzić. Ile płacić, komu, w jakich wypadkach i w jakiej formie – ubezpieczeniowej, bezpośrednio z kieszeni. W Polsce wydatki bezpośrednie mają formę współpłatności i płatności bezpośrednich. Stanowią one 30 proc. wydatków na opiekę zdrowotną i w największym stopniu obciążają prywatne gospodarstwa domowe. To dużo.

A jak jest w innych państwach europejskich? Dopłaty są oficjalne lub nieoficjalne. Ciekawą prawidłowość zauważono, gdy chodzi o opłaty nieformalne, czyli łapówki, kopertówki itp. Autorzy z HOPE stwierdzili, że podobna forma opłat jest stosowana w niemal wszystkich krajach postkomunistycznych i na południu Europy. Północ i zachód Europy pozostają od nich wolne. Prezentujemy obszernie fragmenty raportu HOPE.

Redakcja

Marek Balicki

były minister zdrowia, członek prezydenckiej Narodowej Rady Rozwoju



Fot. Janusz Maciejowski

Współpłacenie – co do zasady – pełna zgoda. Nie może być jednak zgody na zbyt wysoką kwotę tego współpłacenia. Dokładanie groszy czy złotych do leczenia powinno pozostać instrumentem ograniczającym marnotrawstwo w systemie ochrony zdrowia. Gdy coś jest za darmo, właśnie takie marnotrawstwo się pojawia, częściej sięga się po drogie, lecz nie zawsze potrzebne terapie, świadczenia, leki. Dochodzi do zbyt częstych i nieuzasadnionych wizyt u lekarza, niepotrzebnej diagnostyki. Drobne opłaty ponoszone przez pacjenta to zaporą przed takim marnotrawstwem. Ale mówimy o opłatach drobnych, w Polsce są one za wysokie. Zamiast uczynić z instytucji współpłacenia narzędzie zabezpieczające przed nadużyciami, uczyniliśmy z niego narzędzie dodatkowego finansowania systemu. Niebagatelnego. To budzi obawy o stan zdrowia pacjentów. Spójrzmy, gdzie w Polsce stopień współpłacenia jest najwyższy. Chodzi o dopłaty do leków i stomatologię. Efekt? Pacjenci nie leczą się, bo nie stać ich na farmaceutyki. A gdy chodzi o stan zębów Polaków... cóż, chyba nie muszę kończyć tego zdania.

Andrzej Sokołowski

prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych



Fot. Archiwum

Gdyby w Polsce rzeczywiście właściwie funkcjonował mechanizm współpłacenia, oszczędzilibyśmy. Bo moglibyśmy z powodzeniem zwolnić z pracy ponad połowę kontrolerów, audytorów – czy z funduszu, czy z rozmaitych innych instytucji. Współpłacenie to doskonała broń w rękach pacjenta i najlepsze narzędzie kontroli. Przyglądałem się doświadczeniom portugalskim. Tam pacjent opuszczający szpital otrzymuje szczegółowy rachunek i po zaznajomieniu się z nim – podpisuje. W rachunku wyszczególnione są wszelkie świadczenia i usługi, standardowe czy ponadstandardowe, oferowane w poszerzonym pakiecie. Oczywiście wcześniej pacjent jest pytany, czy danego świadczenia sobie życzy, czy nie. I o to, którą opcję terapeutyczną wybiera. Zupełnie jak w wielu polskich szpitalach prywatnych. Gdzie jest różnica? Otóż portugalski pacjent z tym rachunkiem idzie do swojej ubezpieczalni. I choć nie zawsze ubezpieczyciel wypłaci całą kwotę, pacjent może być pewien, że zwróci lwią część poniesionych kosztów. Według wcześniejszej umowy i z góry określonych zasad.

Poniżej obszerne fragmenty raportu

Pierwszym, zaskakującym wnioskiem z badania jest niewielka liczba, ograniczony zakres i słaba dostępność informacji w krajowych bazach danych. Informacje Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej różnią się także szczegółowością dostępnych danych na szczeblu krajowym. Wreszcie informacje jakościowe na temat płatności nieformalnych (*under the table payments*) różnią się w poszczególnych krajach poziomem dokładności.

Tylko niektóre organizacje członkowskie HOPE były w stanie dostarczyć informacji na temat procentowego poziomu gwarantowanej ochrony w ramach państwowego systemu opieki zdrowotnej oraz wysokości stałych

opłat wnoszonych przez pacjentów, którzy chcą skorzystać z opieki szpitalnej lub pozaszpitalnej.

Jeśli chodzi o trendy w zakresie płatności, z badania wynika, iż poszczególne rządy wybrały odmienne, niekiedy przeciwstawne strategie, aby poradzić sobie z oddziaływaniem kryzysu finansowego i gospodarczego na systemy opieki zdrowotnej.

Profile państw

Austria

W 2010 r. wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych w Austrii stanowiły 17,7 proc. całkowitych

Tabela 1. Rodzaje wydatków bezpośrednich w poszczególnych krajach

Kraj	Płatność bezpośrednia	Podział kosztów		Płatność nieformalna
		współpłatność	współubezpieczenie	
Austria	X	X	X	
Belgia	X	X	X	
Bułgaria	X	X		X
Chorwacja	X	X	X	X
Cypr	X	X		X
Dania	X	X	X	
Estonia	X	X	X	X
Finlandia	X	X		
Francja	X	X		
Grecja	X	X	X	X
Hiszpania	X	X		
Holandia	X	X		
Irlandia	X	X		
Litwa	X	X	X	X
Łotwa	X	X	X	X
Malta	X	X		
Niemcy	X	X	X	
Polska	X	X		X
Portugalia	X	X	X	
Słowenia	X	X		
Szwecja	X	X		
Węgry	X	X	X	X
Wielka Brytania	X	X		
Włochy	X	X		X

Źródło: HOPE, 2015

Tabela 2. Rodzaje wydatków bezpośrednich z podziałem na podkategorie (dane za 2010 r. w mln euro i jako wartość procentowa)

Podkategorie	Wydatki bezpośrednie					
	ponoszone przez pacjenta				opłacane w ramach dobrowolnego ubezpieczenia	
	płatność bezpośrednia		udział w kosztach			
	mln euro	proc.	mln euro	proc.	mln euro	proc.
opieka długoterminowa	47	52	0	0	44	48
leczenie jednego dnia	1	100	0	0	0	0
świadczenia ambulatoryjne	1797	85	148	7	177	8
świadczenia szpitalne	791	42	252	13	847	45
środki farmaceutyczne	855	69	371	30	19	1
wyroby medyczne	610	91	0	0	61	9
świadczenia na rzecz rodzin pacjentów	107	37	0	0	178	63
całkowite wydatki	4208	67	770	12	1327	21

Źródło: Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, 2013

wydatków bieżących na opiekę zdrowotną, z czego 12 proc. (770 mln euro) stanowiły opłaty w ramach podziału kosztów, a 67 proc. (4,2 mld euro) płatności bezpośrednie. 21 proc. wydatków było finansowane z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i przez organizacje o celach niezarobkowych.

Zwolnienia dotyczą pacjentów z chorobami zakaźnymi lub dializowanych, osób uzyskujących minimalną emeryturę, dzieci objętych ubezpieczeniem, pracowników służby cywilnej, osób wymagających ochrony socjalnej oraz osób, których miesięczny dochód netto nie przekracza 814 euro. Dla osób przewlekle chorych, które mogą wykazać, iż ponoszą w związku z tym wysokie koszty, ustalony limit jest wyższy i wynosi 937 euro. Ponadto od 2008 r. obowiązuje limit odpłatności za leki wydawane na receptę.

Wydatki bezpośrednie dotyczą zarówno opieki szpitalnej, jak i pozaszpitalnej.

W zakresie opieki szpitalnej dane gromadzone od 2012 r. przez Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej dotyczą jedynie opłat za opiekę stacjonarną i ambulatoryjną (w wypadku opieki ambulatoryjnej – na poziomie makro). Pacjenci hospitalizowani zazwyczaj ponoszą stałą opłatę dobową w wysokości ok. 10 euro przez maksymalnie 28 dni w roku. Pacjenci objęci ubezpieczeniem mogą korzystać ze współubezpieczenia, którego wartość wynosi 10 proc. stawki dobowej przez okres do 28 dni w roku.

Zebrane dane dotyczące opieki ambulatoryjnej odnoszą się do świadczeń ambulatoryjnych udzielanych

przez lekarzy (z umową i bez umowy). Od 2006 r. pobierana jest stała opłata roczna za udzielane świadczenia. Opłata wynosi 10 euro i jest rozliczana za pomocą karty elektronicznej (tzw. elektroniczna karta zdrowotna). Osoby ubezpieczone w kilku funduszach nie płacą opłaty związanej z kartą elektroniczną, ponoszą jednak koszty współubezpieczenia za każdą wizytę lekarską.

W ambulatoriach i szpitalach obowiązuje współpłatność w wysokości 21,20 euro. Kwota ta pokrywa koszt wszystkich świadczeń zdrowotnych otrzymanych w okresie 4 miesięcy od jej uiszczenia. Świadczenia udzielane w poradniach alergologicznych oraz świadczenia logopedów, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych oraz psychologów klinicznych uznaje się za równoważne ze świadczeniami lekarskimi i podlegają one takim samym opłatom i zwolnieniom.

Dostępne dane o wydatkach bezpośrednich na opiekę pozaszpitalną dotyczą produktów farmaceutycznych, rehabilitacji medycznej, uzdrowisk, środków pomocniczych stosowanych w leczeniu oraz psychoterapii. Według danych za 2012 r. w tzw. kodeksie świadczeń refundowanych widnieje opłata w wysokości 5,15 euro za każdą wystawioną receptę. Niemniej od 2008 r. obowiązuje górny pułap ograniczający całkowite wydatki na leki wydawane na receptę do wysokości 2 proc. rocznego dochodu netto. Przewidziano także zwolnienia dla osób, których miesięczny dochód nie przekracza określonego progu.

Współpłatność wiąże się również ze świadczeniami rehabilitacji medycznej i leczenia uzdrowiskowego. Po-

bierana opłata wynosi od 7,04 do 17,10 euro za dzień przez okres maksymalnie 28 dni (dane za 2012 r.). Ogólną opłatę za hospitalizację w celach leczniczych i rehabilitacyjnych ujednolicono w 2011 r. i obecnie jej wysokość ustala się rocznie, a samą opłatę pobiera według kryterium dochodowego. Pacjenci korzystający w leczeniu ze środków pomocniczych obowiązkowo partycypują w kosztach poprzez współubezpieczenie. Wysokość udziału wynosi 10 proc. lub 20 proc. w zależności od wybranego funduszu ubezpieczeniowego. W przypadku fizjoterapii obowiązuje system podziału kosztów. Godzina sesji jest subsydiowana w wysokości 21,80 euro.

W tabeli 2 przedstawiono wydatki bezpośrednie ponoszone przez pacjentów w formie płatności bezpośrednich lub udziału w kosztach albo finansowane z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego lub przez organizacje o celach niezarobkowych z podziałem na poszczególne podkategorie. Dane dla każdej kategorii podano w milionach euro i jako wartość procentową.

W 2010 r. 34 proc. ludności Austrii było objętych jakąś formą prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Udział prywatnych ubezpieczeń w finansowaniu całkowitych wydatków bieżących na opiekę zdrowotną wyniósł 5,5 proc., co stanowiło ok. 1,4 mld euro. Wśród wszystkich wydatków z ubezpieczeń prywatnych 8 proc. (tj. 112 mln euro) dotyczyło świadczeń ambulatoryjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Około 6 proc. kwoty wydano na środki farmaceutyczne.

W 2007 r. wydatki bezpośrednie stanowiły 15,34 proc. całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. Odsetek ten nieznacznie wzrastał do roku 2009, by później się zmniejszyć i w 2012 r. wrócić do poziomu 15,34 proc.

Belgia

Obowiązująca w Belgii definicja wydatków bezpośrednich co do zasady odpowiada definicji WHO, z tym jedynie wyjątkiem, że obejmuje także składki na dodatkowe ubezpieczenie chorobowe (np. na leczenie szpitalne).

Wydatki bezpośrednie mają formę płatności bezpośrednich lub są pokrywane przez zewnętrznego płatnika. W pierwszym wypadku pacjent uiszcza całą opłatę za otrzymane świadczenie opieki zdrowotnej,

Tabela 3. Udział wydatków bezpośrednich w łącznych wydatkach na opiekę zdrowotną w 2009 r.

Sektor	Proc.
opieka szpitalna	9
opieka pozaszpitalna	25

Źródło: Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, 2010

a następnie występuje o jej zwrot z funduszu chorobowego. W drugim należności wobec świadczeniodawcy reguluje kasa chorych, pacjent zaś odpowiada za współpłatności, dodatki oraz koszty świadczeń nierefundowanych.

System wydatków bezpośrednich obejmuje współpłatności. Są one takie same dla wszystkich z wyjątkiem osób, którym przysługuje „refundacja na preferencyjnych zasadach”. Od 2009 r. o status taki mogą się ubiegać pacjenci, których roczny dochód do opodatkowania nie przekracza 14 339 euro, a od stycznia 2014 r. przyznaje się go automatycznie również sierotom. Wydatki bezpośrednie są przeznaczone na opiekę szpitalną (stacjonarną i ambulatoryjną) oraz opiekę pozaszpitalną. W ostatnich latach (tj. 2010, 2011 i 2012) wydatki bezpośrednie stanowiły ok. 20 proc. całkowitych wydatków.

Tabela 4. Maksymalne kwoty wydatków bezpośrednich na podstawie kryterium dochodowego w 2009 r.

Dochód netto rodziny (euro)	Maksymalny wydatek (euro)
do 16 114,10	450,00
16 114,11 – 24 772,40	650,00
24 772,41 – 33 430,75	1000,00
33 430,76 – 41 728,30	1400,00
od 41 728,31	1800,00

Źródło: NIHDI, 2009

Tabela 5. Wydatki bezpośrednie ponoszone przez pacjentów z podziałem na podkategorie w 2009 r.

Podkategorie	Wydatki bezpośrednie ponoszone przez pacjentów (proc.)
opłaty na rzecz lekarzy	38,4
opłaty na rzecz pielęgniarek	0,4
opłaty na rzecz stomatologów	6,0
opłaty na rzecz fizjoterapeutów	7,5
opłaty na rzecz ratowników medycznych	6,6
apteki	28,9
hospitalizacja	10,5
pobyt w innej placówce	0,7
pozostałe	1,0

Źródło: Institut National D'assurance Maladie-Invalidité – INAMI, 2011

Tabela 6. Roczne wydatki bezpośrednie ponoszone przez pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych w latach 2005 i 2010

Podkategorie	Pacjenci stacjonarni		Pacjenci ambulatoryjni	
	2005	2010	2005	2010
opłaty na rzecz lekarzy	37,0 proc.	34,0 proc.	63,0 proc.	66,0 proc.
opłaty na rzecz pielęgniarek	0,0 proc.	0,0 proc.	100,0 proc.	100,0 proc.
opłaty na rzecz stomatologów	0,3 proc.	0,3 proc.	99,7 proc.	99,7 proc.
opłaty na rzecz fizjoterapeutów	10,1 proc.	8,4 proc.	89,9 proc.	91,6 proc.
opłaty na rzecz ratowników medycznych	62,7 proc.	56,8 proc.	37,3 proc.	43,2 proc.
apteki	17,7 proc.	13,5 proc.	82,3 proc.	86,5 proc.
hospitalizacja	95,2 proc.	94,4 proc.	4,8 proc.	5,6 proc.
pobyt w innej placówce	4,8 proc.	4,4 proc.	95,2 proc.	95,6 proc.
pozostałe	5,3 proc.	3,3 proc.	94,7 proc.	96,7 proc.
razem	39,5 proc.	36,6 proc.	60,5 proc.	63,4 proc.

Źródło: Institut National D'assurance Maladie-Invalidité – INAMI, 2011

tych wydatków na opiekę zdrowotną. Średnio udział wydatków bezpośrednich w opiece szpitalnej wynosi 9 proc., a w opiece pozaszpitalnej – 25 proc.

Pacjenci mający niskie dochody mogą skorzystać z systemu refundacji w ramach tzw. *omnio-statute*. Krajowe bazy danych nie dostarczają informacji dotyczących związanego z nim poziomu ochrony (pokrycia). Wdrożono jednak system pod nazwą *maximumfactuur*, w którym określono maksymalne odpłatności, które pacjenci z niskimi dochodami oraz ich rodziny ponoszą w ramach „udziału” w wydatkach na opiekę zdrowotną nieobjętych ubezpieczeniem.

Jeśli chodzi o opiekę szpitalną, opiekę stacjonarną i środki farmaceutyczne nabywane w aptekach, obowiązek pacjenta ogranicza się wyłącznie do udziału w kosztach świadczeń. Pacjenci ambulatoryjni co do zasady muszą regulować pełną odpłatność za świadczenie z góry, a następnie ubiegają się o zwrot kosztów z funduszu chorobowego. W zakresie opieki stacjonarnej na wydatki bezpośrednie składają się stała opłata dobową za pobyt w szpitalu, opłata dodatkowa za pobyt w sali dwu- lub jednoosobowej, opłaty na rzecz lekarzy, którzy przystąpili lub nie przystąpili do umowy w sprawie świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego (w pierwszym wypadku lekarz może pobierać opłatę dodatkową wyłącznie od pacjentów, którzy zażądali pobytu w sali dla jednej osoby), a także koszt określonych produktów lub środków farmaceutycznych, które nie podlegają refundacji. Ponadto każdorazowo w ramach pobytu stacjonarnego pobierana jest stała opłata za badania biologiczne (7,44 euro), badania radiologiczne (6,20 euro) oraz czynności techniczne

(16,40 euro). Zgodnie z uzyskanymi w ramach badania informacjami o charakterze jakościowym, wydatki bezpośrednie w szpitalach dotyczą głównie wygody i udogodnień pobytu (sala, lodówka, telewizor, telefon itp.), świadczeń (usługi specjalistyczne, usługi techniczne, usługi w trybie pilnym, badania biologiczne), lekarzy oraz środków farmaceutycznych (zależnie od zastosowania) i parafarmaceutyków (np. kremów).

Również w przypadku opieki pozaszpitalnej wydatki bezpośrednie wiążą się z opłatami za konsultacje z lekarzami, którzy nie przystąpili do umowy w sprawie świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego. Stawki współpłaty są różne dla poszczególnych świadczeń i wynoszą: 25 proc. za konsultacje z lekarzami rodzinnymi, 35 proc. za domowe wizyty lekarza rodzinnego oraz 40 proc. za konsultacje specjalistyczne i świadczenia z zakresu fizjoterapii, logopedii, podologii i dietetyki. W przypadku pacjentów należących do grup ludności o słabszej pozycji społeczno-ekonomicznej i objętych refundacją na preferencyjnych zasadach stawki te wynoszą: 10 proc. za konsultacje z lekarzami rodzinnymi, 15 proc. za konsultacje ze specjalistami oraz ok. 20 proc. za wszystkie pozostałe świadczenia, które wymieniono powyżej. Od 1 grudnia 2011 r. kwoty współpłaty dla osób nieobjętych refundacją na preferencyjnych zasadach są ograniczone do 4 lub 6 euro za konsultacje u lekarza rodzinnego, innego lekarza lub stomatologa i są uzależnione od tego, czy pacjent ma globalną kartotekę medyczną. W przypadku pacjentów objętych refundacją na preferencyjnych zasadach współpłaty wynoszą od 1 do 1,5 euro i również zależą od tego, czy pacjent ma globalną kartotekę medyczną.

Jarosław J. Fedorowski

prezes Polskiej Federacji Szpitali



Fot. archiwum

Nie ma systemu ochrony zdrowia, który obywałby się bez współpłacenia. Problemem jest to, w jaki sposób konieczność tego współpłacenia uregulować, ucywilizować. Raport HOPE i analiza innych danych wskazują, że w Europie najlepsze wyniki osiągają systemy, w których obowiązuje zasada coinsurance, a nie copayment. Czyli ubezpieczenia dodatkowe w miejsce płatności, których trzeba dokonywać z własnej kieszeni. U nas właśnie obowiązuje zasada copayment – człowiek chory, który często nie ma odłożonej gotówki, staje przed koniecznością znalezienia odpowiednich sum na leki, rehabilitację. Nakłada się to na jego chorobę i utratę – przynajmniej częściową – możliwości zarobkowych.

To przyczyna tysięcy dramatów polskich pacjentów. W systemie ubezpieczeń dodatkowych tak by nie było, nie trzeba by ponosić wielkich i zaskakujących wydatków – zastąpiłaby je niska i regularnie płacona składka.

Dobrowolne i uzupełniające ubezpieczenia zdrowotne w Belgii są dostępne za pośrednictwem tzw. funduszy chorobowych. Według najnowszych danych dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne stanowią ok. 5 proc. całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. W 2008 r. wartość wydatków objętych dobrowolnym ubezpieczeniem sięgnęła 609 mln euro. Roczny wskaźnik dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w okresie od 2001 do 2008 r. wyniósł 4,6 proc. W 2008 r. było 5,3 mln ubezpieczonych osób, a obroty wyniosły 826,2 mln euro. W 2007 r. wartość rynku ubezpieczeń uzupełniających wyniosła 774 mln euro przy rocznym wzroście od 1995 r. na poziomie 3,6 proc.

Tabela 5 przedstawia ostatnie dostępne dane (za 2009 r.) dotyczące wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów. Tabela 6 prezentuje w formie podsumowania dane na temat całkowitej wysokości wydatków bezpośrednich ponoszonych przez pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych.

W latach 2007–2012 priorytetem polityki prowadzonej w Belgii było obniżenie wydatków bezpośrednich oraz redukcja kosztów poprzez wdrożenie innej niż dotychczasowa strategii. I rzeczywiście dane z bazy Światowej Organizacji Zdrowia *European Health for All* potwierdzają, że w wymienionych latach nastąpił stopniowy spadek odsetka wydatków bezpośrednich w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną (z 21,36 proc. do 19,68 proc.).

Bułgaria

Stosowane w Bułgarii typy wydatków bezpośrednich to współpłatność i płatność bezpośrednia. Wyniki najnowszego badania (2006 r.) wskazują na bardzo wysoki poziom płatności nieformalnych – istotny odsetek wydatków bezpośrednich, bo aż 47,1 proc., to płatności nieformalne.

W 2008 r. wydatki bezpośrednie wyniosły 1 789 mln lewów (917 mln euro), co stanowiło 36,5 proc. całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. Dane dotyczą płatności bezpośrednich i udziału w kosztach, lecz nie obejmują płatności nieformalnych. Brakuje oficjalnych danych statystycznych na temat wielkości poszczególnych form wydatków, w związku z czym można założyć, że wydatki bezpośrednie są dużo wyższe, niż wynikałoby z oficjalnych informacji.

Zwolnienie z udziału w kosztach wizyt u lekarza rodzinnego, specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych oraz leczenia stacjonarnego przysługuje dzieciom, pacjentom przewlekle chorym i bezrobotnym. W przypadku dzieci obowiązuje również niższa współpłatność za opiekę stomatologiczną.

Z informacji Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej wynika, że najczęściej pacjenci dokonują nieformalnych płatności w celu skrócenia czasu oczekiwania na świadczenie, uzyskania dostępu do specjalisty bez skierowania oraz uzyskania lepszych warunków i jakości świadczeń w szpitalach. Wyniki przeprowadzonego w 2006 r. reprezentatywnego badania na szczeblu krajowym wskazują, że 22,4 proc. pacjentów płaciło za czynności medyczne w nieuregulowany sposób (operacje chirurgiczne, konsultacje itp.), 11,4 proc. pacjentów uiszczало płatności na rzecz personelu szpitalnego, a 7,3 proc. – na rzecz pielęgniarek. W 2006 r. płatności nieformalne w placówkach szpitalnych stanowiły 11,7 proc. wszystkich wydatków bezpośrednich na opiekę stacjonarną.

Odsetek wydatków nieformalnych na opiekę ambulatoryjną jest wyższy. Najczęściej wiąże się to z niewydawaniem pokwitowania za świadczenia. Zgodnie z cytowanymi badaniami *Open Society Institute* w 2006 r. płatności nieformalne w gabinetach lekarzy rodzinnych oraz specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych stanowiły odpowiednio 61,1 proc. i 53,7 proc. wszystkich wydatków bezpośrednich.

Współpłatności stanowią jednocześnie barierę i finansowy ciężar dla osób niezamożnych i emerytów, którzy korzystają z wizyt u świadczeniodawców częściej niż inne grupy. Mimo to począwszy od 2014 r., osoby na emeryturze uiszczają niższe opłaty za wizyty u lekarzy i stomatologów oraz badania laboratoryjne (zamiast 2,90 lewa, czyli 1,50 euro, emeryci płacą obecnie 1 lew, czyli 0,51 euro). Różnicę pomiędzy pełną a obniżoną odpłatnością pokrywa Ministerstwo Zdrowia.

W bułgarskim systemie opieki zdrowotnej płatności bezpośrednie występują w trzech przypadkach:

Tabela 7. Wydatki bezpośrednie ponoszone przez pacjentów z podziałem na podkategorie

Podkategorie	Pacjenci stacjonarni	Pacjenci ambulatoryjni
opłata za dobę szpitalną	2,80 euro	–
opłata za lekarza wybranego przez pacjenta	375,00 euro	–
opłata za zespół wybrany przez pacjenta	485,00 euro	–
opłaty na rzecz lekarza	brak danych	1,50 euro

Źródło: Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, 2012

- Pacjenci płacą za usługi lub dobra niemieszczące się w pakiecie podstawowych świadczeń Narodowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego według stawek określanych przez świadczeniodawcę. Należy do nich m.in. wiele świadczeń stomatologicznych, a także planowane operacje plastyczne, niektóre badania laboratoryjne, implanty, okulary i szereg różnych środków farmaceutycznych.
- Pacjenci płacą za usługi lub dobra ujęte w pakiecie podstawowych świadczeń Narodowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego, jeśli otrzymują je poza normalną ścieżką leczenia w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. W związku z tym pacjenci, którzy nie otrzymują skierowania od lekarza rodzinnego na dowolne świadczenia opieki zdrowotnej (w ramach opieki szpitalnej i pozaszpitalnej) lub którzy udadzą się do innego lekarza rodzinnego, ponoszą pełną odpłatność za otrzymane świadczenia.
- Za usługi lub wyroby medyczne płacą również osoby nieobjęte ubezpieczeniem, chyba że udadzą się do placówki ratunkowej w sytuacji zagrażającej ich życiu.

Jeśli chodzi o opiekę szpitalną, od 2012 r. przyjmowani pacjenci płacą 5,40 lewa (2,80 euro) za dobę w szpitalu. Inną pośrednią formę udziału w kosztach leczenia szpitalnego stanowią dokonywane przez pacjentów płatności za świadczenia luksusowe w rodzaju pobytu w sali jednoosobowej, telewizję lub wybór lekarza lub zespołu. Dodatkowe koszty nalicza się na podstawie obowiązującego w szpitalu cennika i mogą się one różnić w zależności od placówki. Od 2011 r. szpitale mają prawo obciążyć pacjenta, który chce wybrać swojego lekarza, kwotą do 700 lewów (357 euro), a pacjentów wybierających zespół – kwotą w wysokości 950 lewów (485 euro). W większości szpitali prywatnych wszyscy pacjenci wnoszą dodatkowe opłaty za luksusowe warunki pobytu, jako że placówki te nie

oferują „normalnych” sal. Wymienione świadczenia dodatkowe stanowią integralną część pobytu pacjenta w szpitalu i nie można z nich korzystać odrębnie i niezależnie od świadczeń medycznych. Koszty współpłaty związane z opieką stacjonarną mogą być pokrywane z dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

W ramach opieki ambulatoryjnej opłata pacjenta za wizytę u lekarza wynosi 2,90 lewa (1,50 euro).

Współpłaty dotyczą także świadczeń stomatologicznych w ramach opieki pozaszpitalnej. Kwota odpłatności ponoszonej przez pacjenta zależy od rodzaju świadczenia. Koszty opłat ponoszonych przez pacjenta mogą być pokrywane z dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Koszty środków farmaceutycznych, które nie podlegają refundacji z krajowego funduszu zdrowia, są pokrywane przez pacjentów w formie współpłaty (ich kwota zależy od rodzaju produktu farmaceutycznego). Nie przewidziano odstępstw od powyższej zasady.

W latach 2007–2012 odnotowano wzrost udziału wydatków bezpośrednich w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną. W 2007 r. wyniósł on 40,60 proc. i nieznacznie spadł w następnym roku. Od 2009 r. odsetek wydatków bezpośrednich zaczął ponownie wzrastać i w 2012 r. stanowił 42,30 proc. całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną.

Jerzy Gryglewicz ekspert Uczelni Łazarskiego



Boliański Roman / Foto: borpapa

Współpłacenie to przede wszystkim zastrzyk dodatkowych pieniędzy dla systemu ochrony zdrowia. W wypadku Polski niebagatelny. Bez niego na ochronę zdrowia wydawalibyśmy o jedną trzecią mniej. Oczywiście można mówić, i mówić się coraz częściej, że to budżet państwa powinien udźwignąć wszelkie wydatki na ochronę zdrowia. Co jednak w wypadku, gdy budżet nie będzie w stanie się z tego zadania wywiązać? Co jeśli zgrozi mu katastrofa? Czy w tej sytuacji należy polskim pacjentom odebrać możliwość współpłacenia?

Trzeba jednak, akceptując samą instytucję współpłacenia, dobrze się zastanowić, gdzie jest ono dopuszczalne, a gdzie nie. Nie wyobrażam sobie współpłacenia w takich dziedzinach, jak medycyna ratunkowa, przypadki zagrożenia życia, stosowanie terapii, których koszt drastycznie przewyższa możliwości finansowe polskich rodzin. W wielu jednak wypadkach trzeba pogodzić się z tym, o czym polscy pacjenci wiedzą od dawna: moje zdrowie to nie tylko sprawa państwa, ale i moja własna.

Dania

Obowiązująca w Danii definicja udziału wydatków bezpośrednich w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną co do zasady odpowiada definicji WHO, z tym jedynie wyjątkiem, że nie obejmuje opieki domowej dla osób starszych.

Dostępne dane dotyczą jedynie opieki pozaszpitalnej i środków farmaceutycznych. W ramach opieki pozaszpitalnej procentowy udział współpłatności w całkowitych wydatkach na świadczenia opieki zdrowotnej dla wskazanych niżej zawodów wynosi:

- stomatolodzy – 68 proc.,
- fizjoterapeuci – 60 proc.,
- kręgarze – ok. 80 proc.,
- psychologowie – ok. 40 proc.,
- podiatrzy (podolodzy) – ok. 50–60 proc.

Środki farmaceutyczne przepisywane przez lekarzy rodzinnych są objęte współubezpieczeniem, którego wielkość zależy od kosztów poniesionych na farmaceutyki w danym roku. Górny pułap waha się od 865 koron (116 euro) do ponad 3045 koron (408 euro). Poziom refundacji wynosi od 0 do 85 proc. Pacjenci chorzy przewlekle mogą się ubiegać o pełny zwrot kosztów środków, które przyjmują stale lub często. W 2011 r. wydatki bezpośrednie na środki farmaceutyczne stanowiły 34 proc. całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną, przy czym wartość ta nie uwzględnia płatności w ramach dobrowolnego ubezpieczenia.

Pacjenci ponoszą bezpośrednie wydatki na okulary, środki farmaceutyczne dostępne bez recepty i operacje plastyczne. Dostępne są jedynie dane jakościowe. W pewnym odsetku leczenie pokrywają środki z publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, obecnie jednak brakuje dalszych informacji w tym zakresie.

W ramach opieki szpitalnej wydatki bezpośrednie dotyczą sytuacji, w której pacjent podejmuje decyzję o leczeniu w prywatnym szpitalu, na przykład aby uniknąć kolejek w placówkach publicznych.

Żadna z krajowych baz danych nie dostarcza informacji na temat płatności dokonywanych bezpośrednio

przez pacjentów lub w ramach dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Można jednak stwierdzić, że dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne dotyczą najwyżej 15 proc. wszystkich przypadków leczenia szpitalnego. W 2007 r. ich udział w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną wyniósł 1,7 proc. i stanowił 10,5 proc. ogółu prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną.

W 2007 r. wydatki bezpośrednie stanowiły 14,40 proc. ogółu wydatków na opiekę zdrowotną i 89,40 proc. wartości prywatnych nakładów na zdrowie. W 2012 r. odsetek ten zmalał i wyniósł odpowiednio 12,60 proc. i 87,20 proc.

Francja

W przyjętej we Francji definicji wydatków bezpośrednich mieszczą się wydatki nieobjęte ubezpieczeniem państwowym oraz koszty ponoszone bezpośrednio przez gospodarstwa domowe. W ujęciu procentowym udział tych kategorii w nakładach na świadczenia opieki zdrowotnej wynosi odpowiednio 23 proc. i 9,6 proc.

Wydatki bezpośrednie dotyczą opieki szpitalnej i pozaszpitalnej, ale obejmują także środki farmaceutyczne, inne wyroby medyczne i usługi transportowe. Dane procentowe dla wymienionych sektorów i podsektorów zamieszczono w tabeli 8.

W przypadku określonych stanów chorobowych o przewlekłym charakterze pacjenci korzystają z pełnej ochrony ubezpieczeniowej (100 proc.).

Wydatki bezpośrednie w ramach opieki pozaszpitalnej dotyczą środków farmaceutycznych, a ich udział wynosi od 0 do 85 proc. W przypadku konsultacji i zabiegów odpłatność zależy od statusu pacjenta, rodzaju działania lub leczenia oraz charakteru ryzyka. W każdym wypadku udział w tego rodzaju współpłatności wynosi 1 euro. Przyjęty pułap roczny to 50 euro, a jeśli pacjent odwiedza tego samego świadczeniodawcę kilkakrotnie w ciągu jednego dnia, obowiązuje dzienna odpłatność w maksymalnej wysokości 4 euro. W przypadku zabiegów, których koszt wynosi od 91 euro w górę, obowiązuje stała opłata w wysokości 18 euro.

Tabela 8. Wydatki bezpośrednie na opiekę szpitalną i pozaszpitalną oraz inne świadczenia

Sektor	Proc.	Podsektor	Proc.
opieka szpitalna	3,2	opieka stacjonarna	–
		opieka ambulatoryjna	–
opieka pozaszpitalna	13,0	–	–
pozostałe	–	środki farmaceutyczne	17,7
		inne wyroby medyczne	20,4
		transport	2,5

Źródło: *Fédération Hospitalière de France, 2013*

Tabela 9. Rodzaje wydatków bezpośrednich na opiekę szpitalną, opiekę pozaszpitalną i środki farmaceutyczne

Sektor	Proc.	Podsektor	Proc.
opieka szpitalna	3,2	opieka stacjonarna	–
		opieka ambulatoryjna	–
opieka pozaszpitalna	13,0	–	–
pozostałe	–	środki farmaceutyczne	17,7
		inne wyroby medyczne	20,4
		transport	2,5

Źródło: *Fédération Hospitalière de France, 2013*

Według najnowszych dostępnych danych (za 2013 r.) wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych na świadczenia zakładów opiekuńczych wynoszą 1500 euro miesięcznie i wartość ta stale rośnie. W 2010 r. bezpośrednie wydatki związane z pobytem osób niepełnosprawnych (z wyjątkiem dzieci) w zakładach opiekuńczych wyniosły 18 euro dziennie. Opieka świadczona na rzecz dorosłych i dzieci w obszarach zdrowia psychicznego ludności oraz prywatnych szpitalach psychiatrycznych jest finansowana z ubezpieczeń społecznych.

W ramach opieki szpitalnej oraz opieki świadczonej w obszarach zdrowia psychicznego ludności i prywatnych szpitalach psychiatrycznych obowiązuje tzw. *ticket modérateur*. Według najnowszych dostępnych danych (za 2010 r.), ta forma wydatku bezpośredniego pokrywa 20 proc. dobowych świadczeń szpitalnych, które mogą się różnić w zależności od placówki. Przeprowadzone badanie ujawniło, że zarówno w szpitalach publicznych, jak i prywatnych obowiązuje stała opłata dobową w wysokości 16 euro, a szacowany wydatek bezpośredni dla pacjentów stacjonarnych na oddziałach psychiatrycznych wynosi 12 euro dziennie. Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne często pokrywają koszt luksusowych świadczeń dla pacjentów stacjonarnych (np. prywatne sale), a także wydatki na środki farmaceutyczne.

Opłaty stałe związane z pakietem świadczeń farmaceutycznych i ratowniczych wynoszą 0,50 euro z limitem dziennym 2 euro, a za usługi transportowe 2 euro z limitem dziennym 4 euro.

We Francji wydatki bezpośrednie ponoszone przez pacjentów ambulatoryjnych są wyższe niż u pacjentów stacjonarnych i obejmują świadczenia opieki zdrowotnej w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych, publicznych i prywatnych szpitalach oraz prywatnych placówkach ambulatoryjnych. Francuskie bazy danych dostarczają też informacji o różnych rodzajach wydatków bezpośrednich w ramach opieki szpitalnej i świadczeń ambulatoryjnych. Informacje te zawarto w tabeli 9.

Dostępne dane zagregowane dotyczą wielkości wydatków bezpośrednich ponoszonych przez pacjentów w ramach ubezpieczeń dobrowolnych lub innych, a także związanych z niektórymi kategoriami zawodowymi (lekarze, pielęgniarki, stomatolodzy), środkami farmaceutycznymi i wyrobami medycznymi. Informacje na ten temat przedstawia tabela 10.

W latach 2005–2008 wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych wyraźnie wzrosły, z poziomu 9,0 proc. do 9,7 proc. nakładów zdrowotnych, za co odpowiadał wzrost wartości wydatków nierefundowanych oraz wprowadzenie stałej opłaty za wiele środków far-

Tabela 10. Wartości procentowe wydatków bezpośrednich z podziałem na podkategorie

Podkategorie	Wielkości procentowe wydatków bezpośrednich dla poszczególnych podkategorii		
	opłacane bezpośrednio przez pacjenta (proc.)	opłacane z dobrowolnego ubezpieczenia (proc.)	opłacane z innych źródeł (proc.)
opłaty na rzecz lekarzy	9,4	18,3	1,7
opłaty na rzecz pielęgniarek	9,2	9,2	0,8
opłaty na rzecz stomatologów	28,3	34,7	2,3
środki farmaceutyczne	17,7	15,1	1,2
wyroby medyczne	2,9	21,3	1,8

Źródło: *Fédération Hospitalière de France, 2013*

Tabela 11. Wydatki bezpośrednie jako odsetek całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną w latach 2000, 2005, 2008, 2009, 2010 i 2011

Sektory lub podkategorie	Wydatki bezpośrednie jako odsetek całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną					
	2000	2005	2008	2009	2010	2011
opieka szpitalna	3,3 proc.	2,9 proc.	3,0 proc.	3,0 proc.	3,1 proc.	3,2 proc.
opieka pozaszpitalna	11,8 proc.	13,0 proc.	13,1 proc.	13,2 proc.	13,0 proc.	13,0 proc.
środki farmaceutyczne	15,1 proc.	13,0 proc.	17,2 proc.	16,8 proc.	17,3 proc.	17,7 proc.
inne wyroby	38,8 proc.	17,5 proc.	22,8 proc.	22,4 proc.	21,2 proc.	20,4 proc.
transport	1,1 proc.	2,4 proc.	2,7 proc.	2,6 proc.	2,6 proc.	2,5 proc.
razem	9,7 proc.	9,0 proc.	9,7 proc.	9,6 proc.	9,6 proc.	9,6 proc.

Źródło: *Fédération Hospitalière de France, 2013*

maceutycznych. W 2009 r. tendencja wzrostowa ustała, a wydatki ustabilizowały się na poziomie 9,6 proc.

Niemcy

Wydatki bezpośrednie dotyczą opieki szpitalnej obejmującej zarówno pacjentów stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych, przy czym dostępne są jedynie ograniczone dane dotyczące odsetka wydatków na opiekę zdrowotną finansowanych współpłatnościami oraz rozkładu wydatków bezpośrednich na usługi, dobra oraz świadczenia dodatkowe.

Pacjenci stacjonarni płacą 10 euro za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wkład ten ogranicza się do 28 dni rocznie, co oznacza, że maksymalna odpłatność wynosi 280 euro rocznie. W 2012 r. współpłatności tego rodzaju sięgnęły 682 449 420 euro.

Tabela 12 zawiera szczegółowe zestawienie wydatków bezpośrednich (w mld euro) w latach 2008–2011 z podziałem na placówki i rodzaje świadczeń. W badanym okresie wydatki bezpośrednie były szczególnie skoncentrowane w placówkach ambulatoryjnych, gdzie w 2011 r. sięgnęły 27,6 mld euro. Jeśli chodzi o obszary świadczeń, w przedstawionym okresie większość omawianych wydatków dotyczyła wyrobów (środki farmaceutyczne), środków pomocniczych stosowanych w leczeniu oraz świadczeń stomatologicznych. W 2011 r. wartość wydatków na te cele zamknęła się kwotą 16,2 mld euro.

Osoby objęte ubezpieczeniem społecznym, które wydadzą ponad 2 proc. rocznego dochodu gospodarstwa domowego w ramach współpłatności, podlegają zwolnieniu z udziału w kosztach. Dla osób z poważnymi chorobami przewlekłymi próg zwolnienia z obowiązku współpłatności wynosi 1 proc. Ponadto zwalniany pa-

cjent w poprzednim roku musiał się leczyć co najmniej raz na cztery miesiące, a także musi spełniać jedną z następujących przesłanek:

- potrzebuje długoterminowej opieki,
- jest dotknięty znacznym inwalidztwem / niezdolnością do pracy (co najmniej 60 proc.),
- ma zaświadczenie od lekarza prowadzącego leczenie stwierdzające, że brak stałej opieki zdrowotnej spowoduje pogorszenie stanu zdrowia zagrażające jego życiu, skrócenie oczekiwanej długości życia lub długotrwałe pogorszenie jakości życia.

W sytuacji gdy wydatki na „nadzwyczajne” świadczenia opieki zdrowotnej wynoszą od 1 proc. do 7 proc. rocznego dochodu gospodarstwa domowego, uprawnionym przysługuje także ulga w podatku dochodowym. Osoby, które wykupiły prywatne ubezpieczenia, płacą bezpośrednio świadczeniodawcy, a następnie otrzymują zwrot od swojego ubezpieczyciela (*Kostenerstattungsprinzip*). Obowiązek wcześniejszej odpłatności za świadczenia nie dotyczy osób objętych ubezpieczeniem społecznym.

Nie są dostępne informacje ilościowe dotyczące ogólnej sumy wydatków bezpośrednich ponoszonych przez pacjentów. Danych na temat udziału wydatków bezpośrednich w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną dostarcza jednak baza Światowej Organizacji Zdrowia *European Health for All*. W latach 2007–2012 trendy związane z udziałem wydatków bezpośrednich w łącznej kwocie wydatków zdrowotnych podlegały niewielkim zmianom. Najniższą wartość w tym zakresie odnotowano w 2008 r. (13,4 proc.), najwyższą zaś w 2011 r. (13,7 proc.). W 2012 r. omawiana wartość powróciła do poziomu z 2007 r. i wyniosła 13,5 proc.

Tabela 12. Wydatki bezpośrednie z podziałem na placówki i rodzaje świadczeń w latach 2008–2011

Wydatki bezpośrednie (mld euro)	2008	2009	2010	2011	Wzrost 2008–2011 (proc.)
razem	36,2	37,5	3,9	40,1	10,77
w poszczególnych typach placówek					
placówki ambulatoryjne	24,1	25,5	26,7	27,6	14,52
– gabinety lekarskie	3,3	3,5	3,7	3,9	18,18
– gabinety dentystyczne	3,3	3,4	3,5	3,6	9,09
– inne gabinety	1,7	1,8	1,7	2	17,65
– apteki	7,3	7,2	7,9	8	9,59
– specjaliści i podmioty handlu detalicznego branży zdrowotnej	6,7	6,9	7,1	7,2	7,46
– długoterminowa opieka ambulatoryjna	2,1	2,1	2,1	2,1	0,00
inne placówki	0,6	0,6	0,7	0,8	33,33
placówki opieki stacjonarnej	8	8,5	8,7	8,9	11,25
– szpitale	1,4	1,3	1,4	1,5	7,14
– profilaktyka uzdrowiskowa/rehabilitacja	0,2	0,2	0,2	0,1	–50,00
– długoterminowa opieka stacjonarna	6,5	7	7,1	7,2	10,77
na poszczególne rodzaje świadczeń					
usługi medyczne	5,6	5,7	6	6,4	14,29
opieka bez udziału lekarza	5,5	5,5	6	6	9,09
zakwaterowanie i wyżywienie	5,6	5,7	6	6	7,14
wyroby	14,7	14,9	1,5	16,2	10,20
– środki farmaceutyczne	6,7	6,6	6,5	7,2	7,46
– pomoce medyczne	5,5	5,6	5,7	6,1	10,91
– protezy stomatologiczne (koszt materiałów i laboratoriów)	2,4	2,6	2,7	2,8	16,67
inne środki medyczne	0,1	0,1	0,1	0,2	100,00

Źródło: Statistisches Bundesamt, 2014

Grecja

W Grecji wydatki bezpośrednie dotyczą zarówno opieki szpitalnej, jak i opieki pozaszpitalnej. Według definicji Systemu Rachunków Zdrowia pacjentów ambulatoryjnych wykazuje się w ramach opieki pozaszpitalnej. Współpłatności nalicza się także za opiekę stomatologiczną, środki farmaceutyczne oraz świadczenia dodatkowe. Nie są odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach publicznych, a także wizyty u lekarzy opieki podstawowej i świadczenia ośrodków diagnostycznych zakontraktowane z funduszu ubezpieczeń społecznych.

Ogólnie rzecz biorąc, wydatki bezpośrednie stanowią w Grecji główną formę prywatnych nakładów na

zdrowie. Przede wszystkim składają się na nie płatności bezpośrednie i płatności nieformalne (wg *Economou* 2011). Zgodnie z przyjętym Protokołem Ustaleń (*Memorandum of Understanding*), wprowadzono lub podniesiono stawki współubezpieczenia dotyczące różnych form opieki. W istocie wydatki bezpośrednie stanowią w Grecji ponad połowę całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną.

Oszacowanie faktycznej skali wydatków bezpośrednich, które ponoszą pacjenci, jest trudne z uwagi na olbrzymią liczbę płatności nieformalnych i czarny rynek. W styczniu 2002 r. rząd Grecji wprowadził tzw. popołudniowe wizyty ambulatoryjne, aby zmniejszyć skalę nieformalnych płatności i uchylania się od po-

Tabela 13. Wydatki bezpośrednio związane z opieką szpitalną, opieką pozaszpitalną i innymi świadczeniami (świadczenia dodatkowe i opieka stomatologiczna)

Sektory	Podsektory	Proc.
opieka szpitalna	pacjenci stacjonarni	19,2
opieka pozaszpitalna	pacjenci ambulatoryjni	61,4
inne	świadczenia dodatkowe	26,3–39,6
	opieka stomatologiczna	30

Źródło: Wydział Ekonomiki Zdrowia, Krajowa Szkoła Zdrowia Publicznego, 2013; Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, 2009

datków. Inicjatywa ta umożliwi lekarzom zatrudnionym w szpitalach publicznych (ESY) świadczenie usług w ramach prywatnych praktyk.

Z przeprowadzonego badania wynika, iż krajowe bazy danych udostępniają informacje jakościowe na temat odsetka świadczeń szpitalnych, pozaszpitalnych i dodatkowych, finansowanych bezpośrednio przez pacjentów. Informacje te zawarto w tabeli 13.

Oprócz przedstawionych wyżej danych ilościowych w wyniku badania uzyskano także informacje o charakterze jakościowym, dotyczące stawek współubezpieczenia dla beneficjentów EOPYY – podmiotu utworzonego w wyniku połączenia największych czterech programów ubezpieczeń zdrowotnych.

W przypadku opieki stacjonarnej opłaty z tytułu współubezpieczenia obowiązują jedynie w trakcie leczenia pacjenta w placówkach prywatnych. Zwrotowi podlega od 30 do 50 proc. wartości opłat z tytułu współubezpieczenia, w zależności od funduszu wybranego przez pacjenta. Pomimo braku odpłatności za opiekę stacjonarną w szpitalach publicznych, wydatki bezpośrednio ponoszone w jej ramach dotyczą świadczeń dodatkowych, które nie są refundowane z ubezpieczenia zdrowotnego, środków farmaceutycznych oraz badań laboratoryjnych i diagnostyki.

Wydatki bezpośrednio na oddziałach ambulatoryjnych obejmują stałą opłatę dzienną w wysokości 5 euro. W przypadku ambulatoryjnych wizyt popołudniowych pacjenci pokrywają pełną opłatę na rzecz lekarza, która wynosi od 25 euro w obszarach wiejskich do 90 euro za świadczenia wykonywane przez profesorów medycyny w szpitalach uniwersyteckich. Koszty tego rodzaju świadczeń często nie podlegają refundacji z systemu ubezpieczeń społecznych.

Kryzys postawił Grecję w obliczu problemów finansowych i strukturalnych. Z ich powodu krajowy system opieki zdrowotnej nie zawsze potrafił sprostać zapotrzebowaniu pacjentów na świadczenia opieki podstawowej, a pacjenci nierzadko musieli polegać na sek-

torze prywatnym. Przeciętna opłata ponoszona przez pacjenta za wizytę prywatną wynosi 50 euro. Fundusz ubezpieczeniowy następnie zwraca pacjentowi stałą kwotę w wysokości 20 euro. Główny obszar bezpośrednich wydatków pacjentów stanowią świadczenia opieki stomatologicznej. W porównaniu z przeszłością wzrósł udział pacjentów w kosztach, a szereg świadczeń, np. z zakresu protetyki dentystycznej, nie jest już refundowanych. Ogólnie rzecz biorąc – 30 proc. środków na finansowanie opieki stomatologicznej pochodzi z wydatków bezpośrednich, a pokrycie w ramach współubezpieczenia wynosi od 0 do 40 proc. W wypadku badań diagnostycznych i badań wykonywanych w laboratoriach, które nie należą do publicznej służby zdrowia, pacjenci w ramach współubezpieczenia pokrywają koszty w wysokości 15 proc. W ramach współubezpieczenia pokrywane jest 25 proc. kosztów nietrwających wyrobów medycznych i urządzeń terapeutycznych. Środki farmaceutyczne podzielono na dwie kategorie. W pierwszej z nich obowiązują trzy poziomy współubezpieczenia: 0, 10 i 25 proc. Druga kategoria obejmuje środki farmaceutyczne dostępne bez recepty i tu udział wynosi 100 proc. Obowiązuje także dodatkowa odpłatność bezpośrednia w wysokości 50 proc. różnicy pomiędzy ceną wydanego produktu a jego ceną referencyjną. Według danych z 2010 r. stawka współubezpieczenia w finansowaniu środków farmaceutycznych dla emerytów o niskich dochodach, którzy cierpią na pewne choroby (choroba Parkinsona, moczówka prosta, przewlekłe choroby sercowo-oddechowe, kolagenoza, osteoporoza, miopatia, mukowiscydoza, choroba wieńcowa, gruźlica i astma), wynosi 10 proc.

Według danych zdrowotnych OECD za 2012 r. udział wydatków bezpośrednich w całkowitych nakładach na opiekę zdrowotną w latach 2007, 2008 i 2009 wyniósł odpowiednio 37,9 proc., 36,2 proc. i 38,4 proc. Według opublikowanych w ostatnim czasie wstępnych danych Państwowego Urzędu Statystycznego Grecji w 2009 r. wydatki bezpośrednio gospodarstw domowych stanowiły 28,4 proc. bieżących nakładów na ochronę zdrowia. Dane procentowe za lata 2010 i 2011 wynoszą 29,2 proc. i 30,9 proc.

Węgry

Według Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej w 2007 r. wydatki bezpośrednio na Węgrzech stanowiły 1,8 proc. PKB. Pacjenci na Węgrzech ponoszą opłaty (w formie płatności bezpośrednich) za otrzymywane świadczenia od prywatnych świadczeniodawców, którzy nie zawarli umowy z Narodowym Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Wydatki bezpośrednio dotyczą opieki szpitalnej (dla pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych) oraz opieki podstawowej (lekarze rodzinni i pediatrzy), brakuje jednak precyzyjnych danych ilościowych na temat ich śred-

niego udziału w ogólnej sumie wydatków. Dostępne dane jakościowe dotyczą opieki szpitalnej i pozaszpitalnej. Wynika z nich, że pacjenci stacjonarni ponoszą opłatę za specjalistyczne operacje lub terapie (np. wszczepienie endoprotezy stawu biodrowego), określone wyroby (np. soczewki po operacji usunięcia zaćmy) oraz świadczenia dodatkowe (np. zakwaterowanie w jednoosobowej sali). Współpłatności za opiekę ambulatoryjną dotyczą dodatkowych metod leczenia lub terapii, implantów w ramach opieki stomatologicznej, a także protetyki.

Bardzo powszechnym zjawiskiem na Węgrzech są płatności nieformalne, czemu sprzyjają przede wszystkim niskie zarobki lekarzy i innych pracowników służby zdrowia. Krajowe bazy danych dostarczają informacji o procentowym udziale opłat ponoszonych przez pacjentów w wydatkach zdrowotnych na usługi, wyroby oraz świadczenia dodatkowe. Z drugiej strony nie ma danych na temat wydatków bezpośrednich ponoszonych w ramach dobrowolnego ubezpieczenia. Dostępne dane przedstawiono w tabeli 14.

W 2007 r. środki farmaceutyczne stanowiły 50,1 proc. całkowitych wydatków bezpośrednich na opiekę zdrowotną. Reszta wydatków w omawianym roku przypadła na środki pomocnicze i protezy (5,9 proc.) oraz ogólne świadczenia zdrowotne (42,8 proc.). Przedstawione dane zawierają szacunki Głównego Urzędu Statystycznego Węgier dotyczące płatności nieformalnych. Pacjenci z własnej kieszeni pokrywają także w pełnej wysokości opłaty za poświadczenie stanu zdrowia na potrzeby zatrudnienia, na cele sportowe oraz w celu uzyskania prawa jazdy.

W latach 2007–2012 obserwowana tendencja ogólna polegała na wzroście wydatków bezpośrednich w przychodniach prywatnych oraz ich spadku w szpitalach i przychodniach publicznych. Charakter wydatków bezpośrednich zmienia się w zależności od regionu kraju: w związku z niższymi ogólnymi zarobkami we wschodniej i północnej części kraju udział pacjentów we współpłatnościach jest tam niższy niż u pacjentów na zachodzie i południu Węgier.

Z danych zawartych w bazie Światowej Organizacji Zdrowia *European Health for All* wynika, że od 2007 r. udział wydatków bezpośrednich w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną stale wzrasta. Ich poziom podniósł się z 25,4 proc. w 2007 r. do 27,08 proc. w 2012 r. Ponieważ wydatki te zmniejszały się w pierwszych latach XXI w., odnotowany wzrost wynika prawdopodobnie z zastosowanych środków polityki mających na celu wyjście z kryzysu gospodarczego i finansowego.

Litwa

Jedną z głównych cech charakteryzujących ogólnokrajowy system opieki zdrowotnej na Litwie jest brak górnych pułapów na wydatki bezpośrednie. W sys-

Tabela 14. Wydatki bezpośrednie i ich procentowe wielkości z podziałem na podkategorie

Podkategoria	Wydatki bezpośrednie ponoszone przez pacjenta (proc.)
operacje	10–30
specjalistyczna opieka ambulatoryjna	30–50
opłaty na rzecz lekarzy	30–50
opłaty na rzecz pielęgniarów	40–60
środki farmaceutyczne	10–90
wyroby medyczne	5–80
zakwaterowanie	20–100

Źródło: Hungarian Hospital Association, 2013

temie zastosowano jednak środki prawne ograniczające udział pacjentów w kosztach, głównie za sprawą współubezpieczeń na finansowanie środków farmaceutycznych w opiece ambulatoryjnej i przez zwolnienie niektórych grup pacjentów z obowiązku bezpośrednich płatności.

Z badania przeprowadzonego w 2011 r. na zlecenie Narodowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego wynika, że w ciągu wcześniejszych 12 miesięcy 56 proc. respondentów pokrywało z własnej kieszeni (w formie płatności pośrednich) koszty świadczeń opieki zdrowotnej (45 proc. z nich więcej niż raz). Pacjenci najczęściej płacili za konsultacje specjalistyczne (31 proc. respondentów), konsultacje z lekarzem rodzinnym (24 proc.), operacje (18 proc.) i badania diagnostyczne (14 proc.).

Ubezpieczeniem państwowym objętych jest ok. 60 proc. ludności kraju. W liczbie tej mieszczą się osoby uprawnione do wszelkiego rodzaju świadczeń emerytalno-rentowych lub pomocy społecznej, dzieci poniżej 18. roku życia, studenci, kobiety na urloпах macierzyńskich, rodzice samotnie wychowujący dzieci, osoby zarejestrowane jako bezrobotne, osoby niepełnosprawne oraz ich opiekunowie, a także osoby cierpiące na niektóre choroby zakaźne. W celu otrzymania świadczeń opieki podstawowej pacjenci muszą wykazać przysługujące im uprawnienia do ochrony w ramach państwowego systemu ubezpieczeń. Dostępne jest wsparcie finansowe z budżetów lokalnych, głównie w formie płatności za opiekę instytucjonalną lub świadczenia socjalne w domach dla pacjentów wymagających stałej opieki. Narodowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego stosuje trzy różne poziomy refundacji leków na receptę dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Pierwszy z nich przewiduje pełną refundację i objęto nim dzieci poniżej 18. roku życia,

osoby w podeszłym wieku oraz osoby niepełnosprawne wymagające określonej opieki. Refundacja na drugim poziomie wynosi od 50 proc. do 100 proc. i dotyczy pacjentów, u których rozpoznano określone choroby. Trzeci poziom przewiduje refundację 50 proc. kosztów i dotyczy emerytów i osób niepełnosprawnych. Stawki refundacji świadczeń rehabilitacyjnych i leczenia w placówkach uzdrowiskowych wynoszą 80 proc. i 50 proc.

Dostępne dane jakościowe na temat opieki szpitalnej są bardziej obszerne od danych ilościowych. Niektóre placówki najczęściej obciążają pacjentów kosztami badań diagnostycznych. Pacjenci mają nieodpłatny dostęp do konsultacji ambulatoryjnych w rutynowych wypadkach i do hospitalizacji na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenci bez skierowania ponoszą opłatę w wysokości określonej przez Narodowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego. W ramach opieki ambulatoryjnej istnieją także płatności bezpośrednie za środki farmaceutyczne. W 2010 r. koszty świadczeń ambulatoryjnych w opiece szpitalnej stanowiły 5 proc. średnich rocznych wydatków bezpośrednich, z czego 3 proc. stanowiły usługi lekarskie. Wydatki bezpośrednie na świadczenia opieki stacjonarnej stanowiły ok. 2 proc. wszystkich wydatków bezpośrednich.

W obszarze opieki pozaszpitalnej jedyne dostępne informacje na temat płatności bezpośrednich dotyczą wydatków na środki farmaceutyczne, optykę okularową i wyroby medyczne. W latach 2000–2008 wydatki bezpośrednie na ostatnie dwie ze wskazanych kategorii wyniosły 4 proc. W 2010 r. całkowite wydatki bezpośrednie na środki farmaceutyczne i wyroby medyczne wyniosły 370 mln euro (64 proc. wszystkich wydatków na środki farmaceutyczne i wyroby medyczne poniesionych w warunkach ambulatoryjnych). Ponadto w latach 2000–2008 przeciętnie 75 proc. wszystkich wydatków bezpośrednich przeznaczano na środki farmaceutyczne. Jeśli cena leku jest wyższa od ceny referencyjnej, pacjent pokrywa różnicę w ramach współpłaty. W 2011 r. wydatki z tego tytułu wyniosły 44 mln euro, co stanowiło spadek o 8 proc. w stosunku do roku 2010.

W 2010 r. wydatki na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne stanowiły 0,6 proc. całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. Większość osób objętych dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym uzyskuje je od swoich pracodawców jako świadczenie w ramach stosunku pracy.

W latach 2007–2012 odnotowano zmianę poziomu wydatków bezpośrednich. W 2007 r. wydatki te stanowiły 26,60 proc. całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. W 2008 r. ich poziom nieznacznie się zmienił, by w 2012 r. sięgnąć 28,54 proc.

Polska

W Polsce wydatki bezpośrednie mają formę współpłaty i płatności bezpośrednich. Stanowią one 30 proc. ogółu wydatków na opiekę zdrowotną i w największym stopniu obciążają prywatne gospodarstwa domowe. Mimo to procentowy udział wydatków bezpośrednich w całkowitych nakładach na opiekę zdrowotną spadł z 28,10 proc. w 2004 r. do 22,40 proc. w 2008 r.

Współpłaty wykorzystuje się w stopniu minimalnym, głównie w finansowaniu środków farmaceutycznych oraz innych produktów leczniczych, a w mniejszym stopniu na opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie w placówkach opieki długoterminowej, ośrodkach rehabilitacyjnych i sanatoriach. Prawo nie przewiduje górnej granicy współpłaty za środki farmaceutyczne, inne wyroby medyczne lub świadczenia zdrowotne. Osoby najbardziej potrzebujące mogą jednak skorzystać z pomocy socjalnej na pokrycie kosztów współpłaty. Zwolnieniem z obowiązku współpłaty objęto niepełnosprawnych weteranów wraz z współmałżonkami, wojskowych i ich rodziny oraz zasłużonych dawców krwi i narządów wewnętrznych. Ministerstwo Zdrowia ustala prognozowany poziom refundacji środków farmaceutycznych stosowanych w leczeniu chorób przewlekłych, chorób zakaźnych, chorób psychicznych i niepełnosprawności.

W Polsce występują także płatności nieformalne. Przede wszystkim dotyczą one świadczeń udzielanych w szpitalach publicznych.

W zakresie opieki szpitalnej polskie prawo przewiduje wydatki bezpośrednie w formie bezpośrednich płatności za świadczenia ambulatoryjne oferowane przez prywatnych świadczeniodawców. W 2008 r. płatności bezpośrednie na pokrycie świadczeń prywatnych wyniosły 6,1 mld zł (1,4 mld euro), z czego prawie 35,9 proc. było wydatkowanych głównie na świadczenia specjalistyczne w placówkach ambulatoryjnych i zakładach opieki zdrowotnej. Świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, np. konsultacje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistów, procedury diagnostyczne oraz profilaktyka, mogą być pokrywane z dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Dostępne dane na temat opieki pozaszpitalnej dotyczą środków farmaceutycznych, opieki długotermi-

Tabela 15. Udział wydatków bezpośrednich na świadczenia zdrowotne z podziałem na podsektory w latach 2000–2008

Sektory	Podsektory	Proc.
opieka szpitalna	pacjenci stacjonarni	1
	pacjenci ambulatoryjni	5
opieka pozaszpitalna	optyka okularowa	4
	wyroby medyczne	4

Źródło: *Statistics Lithuania, 2013*

nowej i wydatków transportowych. Największa część wydatków bezpośrednich przypada na środki farmaceutyczne. W zależności od rodzaju farmaceutyków pacjenci pokrywają ich koszt na dwa sposoby. Pierwszy to stała opłata w wysokości od 4,2 zł do 12,7 zł, drugi zaś polega na dopłacie do ceny leku (30 proc. lub 50 proc.). Zasady te dotyczą środków farmaceutycznych znajdujących się na liście leków refundowanych. W 2008 r. wydatki na środki farmaceutyczne i nietrwale wyroby medyczne stanowiły 61,7 proc. prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną. W tym samym roku wydatki na świadczenia medyczne i rehabilitację wyniosły 31,1 proc.

Osoby przebywające w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych, placówkach opieki długoterminowej oraz stałych ośrodkach rehabilitacji ponoszą koszty otrzymywanych świadczeń zdrowotnych. Dla osób dorosłych ich wysokość ustalono na poziomie 250 proc. minimalnej emerytury lub 70 proc. miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy. W przypadku dzieci do 18. roku życia lub studentów dziennych opłata wynosi 200 proc. najniższej emerytury lub 70 proc. przeciętnego miesięcznego dochodu jednej osoby w rodzinie. Pacjenci pokrywają również koszty dojazdu do uzdrowisk oraz koszty transportu medycznego w wypadkach innych niż nagle, kiedy zdolność pacjenta do samodzielnego poruszania się nie jest ograniczona i umożliwia mu skorzystanie z transportu publicznego. Koszty transportu mogą być pokrywane z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W 2008 r. 54,60 proc. wydatków bezpośrednich dotyczyło świadczeń stomatologicznych. Należy odnotować, że udział prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną w finansowaniu świadczeń stomatologicznych od lat pozostaje na wysokim poziomie, blisko 85 proc. Choć w mniejszym stopniu, koszty leczenia stomatologicznego mogą być również pokrywane z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W Polsce dotychczas nie rozwinął się silny rynek dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Nie są dostępne dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne z funkcjami uzupełniającymi lub zastępczymi, a istniejące obecnie formy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego odgrywają jedynie rolę pomocniczą (obok systemu publicznego). Składki miesięczne nie są wysokie i wyno-

Tabela 16. Procentowe wielkości wydatków bezpośrednich w 2008 r.

Kategorie	Proc.
świadczenia świadczenia zdrowotne i rehabilitacyjne	31,1
wyroby środki farmaceutyczne i nietrwale wyroby medyczne	61,7

Źródło: Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, 2011

Tabela 17. Udział wydatków bezpośrednich w poszczególnych podsektorach w 2008 r.

Sektory	Podsektory	Proc.
opieka szpitalna	pacjenci stacjonarni	–
	pacjenci ambulatoryjni	–
opieka pozaszpitalna	świadczenia stomatologiczne	54

Źródło: Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, 2011

są od 12 zł (2,9 euro) do kilkuset złotych w zależności od zakresu świadczeń w oferowanych pakietach.

W latach 2007–2012 udział wydatków bezpośrednich w całkowitych wydatkach na świadczenia opieki zdrowotnej pozostawał na niezmiennym poziomie. W 2010 r. zmalał on do 22,24 proc., by w 2012 r. powrócić do poziomu z 2007 r. (22,82 proc.).

Szwecja

W 2011 r. udział wydatków bezpośrednich prywatnych gospodarstw domowych w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną wyniósł 16,2 proc. Wydatki te dotyczą zarówno stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki szpitalnej, jak i opieki pozaszpitalnej. Pacjenci płacą także za opiekę stomatologiczną, środki farmaceutyczne, wyroby medyczne oraz transport. Informacje na temat średnich wartości wydatków we wskazanych sektorach są dostępne w krajowych bazach danych, prezentuje je tabela 18. W zakresie opieki szpitalnej dane dotyczą

Tabela 18. Wydatki bezpośrednie związane z opieką szpitalną, opieką pozaszpitalną i innymi świadczeniami

Sektory	Podsektory	Proc.
opieka szpitalna	świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne stacjonarne świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne ambulatoryjne	1,6–2,2* (*całodobowe) 24,6
opieka pozaszpitalna	opieka stomatologiczna	60,0
inne	środki farmaceutyczne	23,4

Źródło: Swedish Association of Local Authorities and Regions – SALAR, 2013

W SZWECJI WYDATKI NA OPIEKĘ ZDROWIA

SĄ TAKŻE FINANSOWANE Z ODPOWIEDNIEJ

CZĘŚCI PODATKÓW DOCHODOWYCH

NA SZCZEBLU POWIATÓW LUB GMIN

świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych o charakterze stacjonarnym i ambulatoryjnym. Opieka pozaszpitalna obejmuje leczenie stomatologiczne, a ostatni sektor dotyczy farmaceutyków wydawanych na receptę.

Oprócz źródła w postaci wydatków bezpośrednich nakłady na opiekę zdrowia w Szwecji są także finansowane z odpowiedniej części podatków dochodowych na szczeblu powiatów lub gmin oraz dotacji państwowych (81,6 proc.), ubezpieczeń prywatnych (0,3 proc.), a także ze środków organizacji pozarządowych i firm prywatnych (świadczenia zdrowotne dla pracowników, 1,7 proc.).

W odniesieniu do świadczeń opieki ambulatoryjnej każdy powiat lub region ustala wysokość opłat w własnym zakresie. Zgodnie z ogólnokrajową zasadą ochrony przed ponoszeniem wysokich kosztów żaden pacjent nie przeznacza w ciągu roku więcej niż 125 euro (1100 koron) na opiekę ambulatoryjną.

Pacjenci stacjonarni ponoszą maksymalną opłatę dzienną na poziomie niespełna 11 euro (100 koron). Inaczej niż w przypadku opieki ambulatoryjnej koszty środków farmaceutycznych podawanych w trakcie leczenia szpitalnego są finansowane w całości przez powiat lub region.

W ostatnich latach wydatki bezpośrednie w Szwecji utrzymywały się na dość stabilnym poziomie. Szwedzki system opieki zdrowotnej obejmuje wszystkich mieszkańców, przy czym niewielki, ale rosnący odsetek ludności korzysta dodatkowo z dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. W ok. 80 proc. tych przypadków koszty dodatkowego ubezpieczenia pokrywa pracodawca.

Tabela 19. Wielkość wydatków bezpośrednich z podziałem na podkategorie

Sektory	Podsektory	Proc.
opieka szpitalna	pacjenci stacjonarni	–
	pacjenci ambulatoryjni	–
opieka pozaszpitalna	środki farmaceutyczne dostępne bez recepty	41

Źródło: Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, 2011

Opłaty ponoszone przez pacjentów w Szwecji są zróżnicowane regionalnie, a każdy powiat i region ustala własne opłaty i rodzaje odpłatności. Niemień ochrona przed ponoszeniem nadmiernych kosztów ma zasięg ogólnokrajowy i jest taka sama dla wszystkich mieszkańców. Dotyczy to również maksymalnych dziennych opłat za świadczenia opieki stacjonarnej.

W latach 2007–2012 udział wydatków bezpośrednich w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną nieznacznie się zmienił. W 2007 r. wyniósł 16,50 proc. i mała do poziomu 16,14 proc. w 2012 r.

Wielka Brytania

Profil krajowy dla Wielkiej Brytanii opracowano głównie na podstawie danych Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej. Źródło to *de facto* nie dokonuje rozróżnienia pomiędzy Wielką Brytanią a Anglią, przez co nie zawsze możliwe jest wyraźne rozgraniczenie w tym zakresie.

Większość finansowania systemu opieki zdrowotnej w Anglii pochodzi ze źródeł publicznych (powszechne opodatkowanie, składki na ubezpieczenie społeczne i część podatków na szczeblu lokalnym). Pozostała część środków pochodzi ze źródeł prywatnych, głównie z prywatnych ubezpieczeń medycznych, udziału pacjentów w kosztach krajowego systemu służby zdrowia (NHS) oraz płatności bezpośrednich na świadczenia w ramach opieki prywatnej. Świadczenia w ramach NHS są bezpłatne w miejscu ich udzielenia, z tym że system nie zapewnia części świadczeń. W takich wypadkach pacjenci płacą z własnej kieszeni (płatności bezpośrednie) lub podlegają ochronie w ramach NHS, lecz partycypują w kosztach świadczeń, najczęściej w formie współpłatności. Płatności nieformalne nie stanowią elementu systemu opieki zdrowotnej w Anglii.

Od 1992 r. pacjenci coraz chętniej korzystają z prywatnych świadczeń zdrowotnych. W efekcie ich rynek odnotował wzrost w latach 1992–1993 (13 proc. całkowitej wartości świadczeń opieki szpitalnej) i 2006 (18 proc.). Na przyczynę tego stanu złożyły się po części postrzegana jako słaba jakość świadczeń w NHS i długie listy oczekujących. W latach 2006–2008 zaobserwowano także istotne zwiększenie wykorzystania sektora prywatnych świadczeniodawców w ramach NHS (rynek prywatnych świadczeń szpitalnych wzrósł z 14,5 proc. do ponad 23 proc.).

Źródłem finansowania kosztów prywatnego leczenia w obiektach NHS, środków farmaceutycznych wydawanych bez recepty, świadczeń okulistycznych oraz opieki socjalnej są najczęściej płatności bezpośrednie. Współpłatności dotyczą recept NHS i leczenia stomatologicznego w ramach NHS. *National Health Service* pobiera stałą opłatę za leki wydawane na receptę, a jej wysokość nie zależy od ilości przepisywanego leku ani od kosztów ponoszonych przez NHS. Prywatne ubez-

Tabela 20. Wydatki bezpośrednio ponoszone przez pacjentów lub opłacane z dobrowolnych ubezpieczeń i innych źródeł (wartości procentowe i w funtach szterlingach)

Podkategorie	Rodzaje wydatków bezpośrednich		
	opłacane bezpośrednio przez pacjenta	opłacane z dobrowolnego ubezpieczenia	opłacane z innych źródeł
świadczenia zdrowotne			
prywatna opieka szpitalna	14 proc.	61 proc.	–
opieka długoterminowa	43 proc.	–	57 proc. (ze źródeł publicznych)
świadczenia stomatologiczne	16,50 – 45,60 – 198,00	–	–
środki farmaceutyczne opłata za leki na receptę	7,20 (za szt.)	–	–

Źródło: Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, 2011

pieczenia medyczne na pokrycie kosztów ponoszonych przez pacjentów nie są w Wielkiej Brytanii powszechnie dostępne.

System przewiduje zwolnienia z opłat na leki na receptę dla ok. 50 proc. ludności. W 2009 r. ok. 94 proc. wszystkich przepisanych leków zostało wydanych bez odpłatności. Krąg osób, którym przysługuje zwolnienie, obejmuje dzieci (do 16. roku życia), osoby uczące się w systemie dziennym w wieku 16–19 lat, osoby od 60. roku życia, kobiety w ciąży i kobiety, które urodziły w ciągu ostatnich 12 miesięcy, osoby cierpiące na określone choroby, a także osoby zaliczone na potrzeby NHS do kategorii osób o niskich dochodach. W kwietniu 2009 r. zakres podmiotowy listy zwolnień poszerzono o pacjentów leczących się z powodu nowotworów złośliwych. Środki antykoncepcyjne wydawane na receptę są również nieodpłatne. Innym nieodpłatnym świadczeniem są badania wzroku dla dzieci (tj. osób poniżej 16. roku życia), osób uczących się w systemie dziennym w wieku 16–19 lat, osób od 60. roku życia, osób o niskich dochodach, chorych na cukrzycę oraz osób chorych lub narażonych na jaskrę.

Dostępnych jest niewiele danych na temat opieki szpitalnej, w szczególności w odniesieniu do pacjentów stacjonarnych. Większość pakietów ubezpieczeń prywatnych pokrywa koszty operacji w ramach świadczeń stacjonarnych lub całodobowych, pobytu w szpitalu, opieki pielęgniarskiej i badań w lecznictwie stacjonarnym. Z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych finansuje się głównie pobyt pacjentów w prywatnych placówkach szpitalnych, a także – choć w mniejszym zakresie – pobyt prywatnych pacjentów w jednostkach NHS oraz wykup łóżek szpitalnych w NHS. Odpłatności w szpitalach prywatnych najczęściej składają się z dwóch elementów: opłaty za pobyt w obiekcie oraz opłaty za opiekę specjalisty. W prywatnych formach

leczenia występują płatności bezpośrednie, głównie za planowane zabiegi chirurgiczne. W Wielkiej Brytanii większość wydatków na świadczenia w ramach prywatnej opieki szpitalnej pochodzi z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (61 proc. w 2008 r.). Mimo to świadczenia te były również finansowane przez pacjentów z własnej kieszeni (14 proc.). Szpitale prywatne ułatwiły dostęp do swoich świadczeń osobom nieobjętym prywatnym ubezpieczeniem medycznym, m.in. oferując pakiety świadczeń ze stałą ceną, w których strony z góry umawiają się na stały koszt leczenia, również wtedy, gdy powstaną nieoczekiwane powikłania.

Pakiety świadczeń ze stałą ceną dotyczą głównie rutynowych zabiegów chirurgicznych, takich jak endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego, operacja usunięcia zaćmy czy operacja przepukliny, i są mniej dostępne w leczeniu np. chorób nowotworowych.

W ramach opieki pozaszpitalnej większość ponoszonych wydatków bezpośrednich ma charakter bezpośrednich płatności, z czego ok. 41 proc. dotyczy opłat za środki farmaceutyczne dostępne bez recepty. Kolejną największą pozycję w finansowaniu świadczeń z NHS stanowią dopłaty ze strony pacjentów (udział

W WIELKIEJ BRYTANII PACJENCI

CORAZ CHĘTNIEJ KORZYSTAJĄ

Z PRYWATNYCH ŚWIADCZEŃ

ZDROWOTNYCH

w kosztach), które stanowią 13 proc. ogółu wydatków. Kryteria uprawnień nie dotyczą nieodpłatnych środków farmaceutycznych dostępnych bez recepty. Opłata za leki wydawane na receptę ma stały charakter, a jej wysokość nie zależy od ilości przepisywanego leku ani od faktycznego kosztu przepisane go leku. Opłata ta wynosi 7,20 funta (10,2 euro) za lek (od 1 kwietnia 2010 r.), co pokrywa ok. 72 proc. średniego całkowitego kosztu recepty. Uzupełniające prywatne ubezpieczenia medyczne na pokrycie kosztów ponoszonych przez pacjentów nie są w Wielkiej Brytanii powszechnie dostępne.

Współpłatności są również stosowane w finansowaniu świadczeń stomatologicznych w ramach NHS. Ogólne świadczenia stomatologiczne w ramach NHS wykonują niezależni stomatolodzy na podstawie umów zawieranych z miejscowymi organami, które odpowiadają za sprawy zdrowia. Aktualnie obowiązują trzy

progi opłat za leczenie stomatologiczne w NHS, zróżnicowane według stopnia złożoności usługi. Wynoszą one: 16,50, 45,60 i 198,00 funtów (odpowiednio 23,3, 64,4 i 279,5 euro).

National Health Service nie zapewnia powszechnych świadczeń okulistycznych. W większości wypadków świadczenia tego rodzaju są udzielane na zasadach komercyjnych w prywatnych gabinetach okulistycznych. Ten obszar opieki jest finansowany za pomocą wydatków bezpośrednich (płatności bezpośrednie).

W latach 2007–2012 udział wydatków bezpośrednich w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną w Wielkiej Brytanii zmniejszył się z 11,48 proc. w 2007 r. do 9,76 proc. w 2011 r.

Autorzy:

Pascal Garel, dyrektor generalny HOPE

Isabella Notarangelo, ekonomistka zdrowotna HOPE

Felice Lopane, koordynacja kontaktów z krajami członkowskimi HOPE

Cel i metoda

Niniejsza publikacja stanowi próbę określenia skali wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów (*out-of-pocket payments*) w finansowaniu systemów opieki zdrowotnej (a precyzyjniej – opieki szpitalnej) w krajach europejskich. W tym celu zbadano dostępne informacje na ten temat, tworząc na ich podstawie profile poszczególnych państw. Zebrane informacje przedstawiono w taki sposób, aby czytelnik wiedział, czy ponoszone wydatki bezpośrednio wiążą się z opieką szpitalną czy pozaszpitalną oraz jakiego rodzaju usług i dóbr opieki zdrowotnej oraz świadczeń dodatkowych dotyczą. Stosowne dane zostały zgromadzone przez organizacje członkowskie HOPE w badaniu ankietowym, następnie zaś włączono je do opracowania przygotowanego przez Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej. Z tego samego źródła skorzystano również, tworząc profile państw, dla których nie były dostępne wyniki badania ankietowego. Sposób prezentacji zebranych informacji jakościowych i ilościowych zmieniono tak, aby odpowiadały one strukturze wcześniejszego badania przedstawionego przez członków HOPE.

Definicje

W niniejszej publikacji omówiono różne formy wydatków bezpośrednich stosowanych w poszczególnych krajach. Ich specyfikę wyjaśnia czytelnikowi przedstawiona niżej lista, na której potrzeby skorzystano z definicji Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej.

Płatność bezpośrednia – wydatki na dobra lub usługi niepokryte jakąkolwiek formą przedpłat lub ubezpieczenia

Podział kosztów/opłaty użytkowników – mechanizm stosowany w większości systemów finansowania opieki zdrowotnej, zgodnie z którym osoba objęta ochroną pokrywa część kosztów otrzymywanych świadczeń zdrowotnych; mechanizm obejmuje trzy różne kategorie finansowania:

- współpłatność – stała opłata za świadczenie opieki zdrowotnej
- współubezpieczenie – ustalona procentowo część całkowitego kosztu świadczenia, którą pokrywa pacjent
- udział własny – poziom odpowiedzialności pacjenta, do którego opłaca on koszty świadczeń z własnej kieszeni, a powyżej którego resztę kosztów pokrywa ubezpieczyciel

Płatność nieformalna – każdy nieoficjalny wydatek na dobra lub usługi, które powinny być w pełni refundowane ze wspólnych funduszy, nazywana niekiedy „kopertówką” lub opłatą „pod stołem”