PRACE NAUKOWE Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
Pragmata tes Oikonomias 2017, z. XI, s. 23–35

http://dx.doi.org/10.16926/pto.2017.11.02

Justyna KUJAWSKA
Politechnika Gdańska

Struktura wydatków na opiekę zdrowotną w europejskich krajach OECD w latach 2005–2014

Synopsis: Celem artykułu jest porównanie struktury wydatków na opiekę zdrowotną w wybranych krajach europejskich należących do OECD w latach 2005–2014, ze szczególnym uwzględnieniem różnic w modelach finansowania ochrony zdrowia. W analizie wykorzystano wskaźniki struktury wydatków bieżących.
Finansowanie i organizacja opieki zdrowotnej w europejskich krajach OECD jest bardzo podobna, tzn. fundusze publiczne pochodzą z podatków lub składek na opiekę zdrowotną. Struktura wydatków na opiekę zdrowotną nie jest bardzo zróżnicowana między krajami w zakresie wydatków na leczenie szpitalne i ambulatoryjne. Średnio w analizowanych krajach wydatki te stanowią po około 30% łącznych wydatków bieżących. Wśród analizowanych krajów istnieją duże różnice między wielkością i zakresem wydatków na refundację leków, wydatkami na opiekę długoterminową i wydatkami na administrację systemów ochrony zdrowia.
Słowa kluczowe: struktura wydatków na opiekę zdrowotną, opieka szpitalna, opieka ambulatoryjna, opieka długoterminowa, leki, administracja systemów ochrony zdrowia.

Wprowadzenie

Sprawne działanie systemów opieki zdrowotnej stanowi przedmiot zainteresowania zarówno polityków, jak i całego społeczeństwa. Rozwój technologii medycznych, a także nowe generacje leków, powodują, że istnieją obecnie możliwości leczenia przypadków, które jeszcze do niedawna były poza zasięgiem możliwości opieki zdrowotnej. Zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne wynika również z procesu starzenia się społeczeństw i związanych z nim wyzwań. Te uwarunkowania powodują, że występuje nierównowaga pomiędzy zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych społeczeństwa a możliwościami finansowania świadczeń. Przyczynia się ona do coraz wyższych kosztów utrzymania krajowych systemów zdrowotnych.

Każdy kraj opracował własny mechanizm zarządzania opieką zdrowotną, jednakże wspólne wydarzenia historyczne i podobne cele spowodowały, że systemy te mają wiele cech wspólnych. Z reguły bazują na mieszanych źródłach finansowania, ale większość funduszy w sposób bezpośredni lub pośredni jest kontrolowana przez państwo. Tylko niewielka część finansowania pochodzi z bezpośrednich opłat za usługi (*fee for service*) [9].

Na całym świecie istnieją różne modele systemów opieki zdrowotnej, które globalnie wpływają na strukturę, sposób dostarczania i sposób płatności za opiekę zdrowotną. W krajach europejskich OECD i kandydującej do tej organizacji Litwie wyróżnia się trzy dominujące systemy finansowania opieki zdrowotnej [9]. W jednym z modeli świadczenia zdrowotne finansuje się z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (model Bismarcka). Innym jest finansowanie z podatków ogólnych (często określane jako model Beveridge'a). Trzeci jest związany z finansowaniem ze środków prywatnych, opiera się głównie na dobrowolnym ubezpieczeniu. W przypadku krajów europejskich obejmuje on jedynie niewielką część obywateli z całości populacji. Dwa pierwsze podstawowe systemy są najbardziej rozpowszechnione, jednakże instytucje zbudowane na ich podstawie, odpowiedzialne za finansowanie opieki zdrowotnej, różnią się znacznie, co wynika z czynników specyficznych dla poszczególnych krajów. Odmienne oczekiwania społeczne, obyczaje, kultura, historia, potrzeby i możliwości finansowe wpłynęły na sposób zorganizowania systemów opieki zdrowotnej [6], szczególnie w krajach, które przeszły transformację ustrojową [10].

Ochrona zdrowia w modelu ubezpieczeniowym, nazywanym modelem Bismarcka, ma charakter zdecentralizowany. Główna rola przypada funduszom ubezpieczeniowym – kasom chorych (*sickness founds*). Istnieje przymus ubezpieczenia się w zakresie podstawowym oraz możliwość korzystania z ubezpieczeń dobrowolnych w celu otrzymania świadczeń ponadstandardowych. Fundusze ubezpieczeniowe gromadzone są ze składek opłacanych solidarnie przez pracodawców i pracowników. Fundusze ubezpieczeniowe konkurują o ubezpieczonych oraz zawierają umowy ze świadczeniodawcami na podstawowe usługi zdrowotne, leki i sprzęt medyczny [5].

Model zaopatrzeniowy – narodowej służby zdrowia (National Health Service – NHS) – został wprowadzony w 1948 r. w Wielkiej Brytanii przez W. Beveridge'a. Podstawowe obowiązki w zakresie dostarczania usług zdrowotnych przyjęło na siebie państwo. Świadczenia zdrowotne finansowane są z podatków. Dystrybucja środków finansowych z budżetu państwa odbywa się za pośrednictwem ministerstw (finansów, zdrowia i administracji). Państwo zapewnia tylko świadczenia podstawowe, natomiast obywatele mogą wykupić dobrowolne ubezpieczenia dodatkowe, jeśli chcą otrzymywać świadczenia ponadstandardowe. Opieka zdrowotna jest scentralizowana i kontrolowana przez władze administracyjne. W ochronie zdrowia dominuje sektor publiczny [5].

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

W wielu krajach europejskich finansowany jest ze środków publicznych tylko podstawowy zakres usług zdrowotnych, rozpowszechnione są ubezpieczenia prywatne, z których opłacane są ponadstandardowe świadczenia. Przybierają one postać ubezpieczeń: substytucyjnych, komplementarnych lub suplementarnych [13]. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi objęta jest niewielka część społeczeństwa, popularne są natomiast abonamenty medyczne.

Celem tego rozdziału jest porównanie struktury wydatków na poszczególne rodzaje opieki zdrowotnej w wybranych krajach europejskich należących do OECD w latach 2005–2014, ze szczególnym uwzględnieniem różnic w modelach finansowania opieki zdrowotnej.

1. Źródła finansowania systemów ochrony zdrowia

We wszystkich krajach OECD i na Litwie obserwuje się stały wzrost nakładów na ochronę zdrowia, jednakże wyższe finansowanie nie przekłada się, w opinii społecznej, na sprawniejsze funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia. Skuteczne działanie opieki zdrowotnej jest głównie uzależnione od dostępnych środków finansowych, jak również od sposobu administrowania nimi. Rosnące wysiłki krajów bogatych i rozwijających się, mające na celu poprawę jakości i dostępności usług zdrowotnych, wymagają obiektywnej i dokładnej oceny funkcjonowania ich systemów [7]. Coraz częściej od decydentów wymaga się, aby zwiększyli efektywność poprzez obniżenie wydatków, jednakże przy utrzymaniu stałego poziomu jakości i dostępu do usług [1].

Nie jest zaskoczeniem, że najwięcej na zdrowie *per capita* wydają kraje o najwyższym dochodzie, takie jak Luxemburg, Norwegia czy Szwajcaria. Na drugim krańcu jest np. Łotwa [15].

Większość krajów europejskich stosuje mieszane systemy finansowania, przy czym deklarują, iż fundamentalnym źródłem są środki o charakterze publicznym. Finansowanie ze środków publicznych, stanowiące ¾ wydatków, najogólniej rzecz biorąc, odbywa się poprzez obowiązkowe systemy ubezpieczeń i/lub podatkowe dochody publiczne (z budżetu państwa lub z budżetów lokalnych). W tabeli 1. przedstawiono strukturę publicznych – a w tabeli 2. prywatnych – źródeł finansowania dla wybranych europejskich krajów, uwzględniając podstawowe modele finansowania ochrony zdrowia. Kraje europejskie zostały podzielone na dwie kategorie, w zależności od tego, czy finansowanie odbywa się z ogólnego opodatkowania, czy składek celowych. Pominięto aspekty związane ze sposobem organizacji opieki zdrowotnej.

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

Tabela 1. Struktura wydatków publicznych na zdrowie i źródeł ich pochodzenia w europejskich krajach OECD w wybranych latach

	Publiczne			Budżetowe			Składki zdrowotne		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014	2005	2010	2014
model ubezpieczeniowy									
Austria	75,1	76,1	75,9	29,2	31,7	31,1	45,9	44,5	44,7
Belgia	76,3	77,3	77,6	11,6	10,8	11,4	64,8	66,5	66,2
Czechy	86,8	83,3	83,5	5,6	5,4	11,6	81,3	77,9	71,9
Estonia	76,6	76,3	75,6	10,0	10,7	9,9	66,6	65,6	65,6
Francja	78,7	78,1	78,7	3,5	4,0	4,1	75,2	74,2	74,5
Holandia	70,9	87,0	80,6	6,2	8,8	4,8	64,7	78,2	75,8
Litwa	66,7	71,5	67,6	7,2	10,1	10,1	59,6	61,4	57,5
Luksemburg	83,2	84,9	82,4	8,9	8,1	8,5	74,3	76,8	73,9
Niemcy	76,5	83,7	84,6	7,3	6,7	6,6	69,2	77,0	78,0
Polska	68,7	71,7	71,5	7,2	5,8	9,1	61,5	65,8	62,4
Słowacja	75,3	71,9	80,2	7,6	6,8	4,0	67,7	65,1	76,2
Słowenia	73,5	73,3	71,0	3,4	3,4	3,4	70,0	69,9	67,6
Szwajcaria	59,5	64,1	65,2	16,7	17,9	18,6	42,7	46,2	46,5
Węgry	70,7	67,1	67,1	8,8	8,2	9,4	61,9	58,9	57,6
model zabezpieczeniowy									
Dania	83,7	84,6	84,2	83,7	84,6	84,2	—	—	—
Finlandia	75,7	74,7	75,4	60,8	60,5	62,2	14,9	14,2	13,2
Grecja	61,7	70,0	59,7	..	29,1	28,4	—	40,9	31,3
Hiszpania	71,9	74,8	69,8	66,5	70,0	65,0	5,3	4,7	4,8
Islandia	81,4	80,4	81,0	54,2	51,1	52,1	27,2	29,3	29,0
Irlandia	78,9	76,2	69,3	—	—	69,0	—	—	0,3
Łotwa	55,7	60,2	59,9	55,7	60,2	59,9	—	—	—
Norwegia	83,1	84,7	85,1	68,4	72,3	74,2	14,7	12,4	10,9
Portugalia	71,3	69,8	66,2	70,5	68,8	64,9	0,8	1,0	1,3
Szwecja	81,8	81,9	83,4	81,8	81,9	83,4	—	—	—
Wielka Brytania	81,1	82,9	79,6	81,1	82,9	79,5	—	—	0,1
Włochy	77,5	78,5	75,8	77,4	78,3	75,5	0,1	0,1	0,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD database.

Najwyższy udział wydatków publicznych obserwuje się w Norwegii, Niemczech, Czechach, Danii, Luxemburgu i Szwecji – powyżej 82%. Po reformie systemu opieki zdrowotnej w Holandii (2006) znacznie wzrósł udział finansowania publicznego (z 65% do 81%). Najniższy udział finansowania publicznego można zaobserwować w Grecji, na Łotwie i w Szwajcarii (60–65%). W okresie kryzysu gospodarczego w większości krajów

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

tendencja wzrostowa wydatków na zdrowie uległa zahamowaniu, obniżył się poziom finansowania publicznego. Zaobserwowano, że ubezpieczeniowe systemy zdrowotne były bardziej stabilne w okresie spowolnienia gospodarczego, niż zabezpieczeniowe. Po części wynikało to z faktu, że systemy zdrowotne finansowane ze składek zdrowotnych otrzymują również finansowanie budżetowe[1] (np. dzieci, bezrobotni, osoby w złej sytuacji finansowej) [12]. Podobnie systemy zdrowotne, finansowane z budżetu, w wielu krajach wspomagane są finansowaniem ze składek zdrowotnych.

Tabela 2. Struktura wydatków prywatnych na zdrowie i źródeł ich pochodzenia w europejskich krajach OECD w wybranych latach

Wydatki	**Prywatne**			**Dobrowolne**			**Bezpośrednie – *out of pocket***		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014	2005	2010	2014
model ubezpieczeniowy									
Austria	24,9	23,9	24,1	5,0	4,7	4,9	18,6	17,7	17,7
Belgia	23,7	22,7	22,4	5,2	4,1	4,4	18,2	18,5	17,8
Czechy	13,2	16,7	16,5	0,3	0,2	0,2	11,1	15,3	13,2
Estonia	23,1	23,7	24,4	0,3	0,2	0,2	20,5	22,0	22,7
Francja	21,3	21,9	21,3	13,2	13,4	13,7	7,4	7,7	7,0
Holandia	29,1	13,0	19,4	19,4	6,0	5,9	7,8	5,3	12,3
Litwa	33,3	28,2	32,4	0,4	0,6	0,8	32,8	27,6	31,5
Luksemburg	16,8	15,1	17,6	2,8	3,7	5,5	12,9	10,2	10,7
Niemcy	23,4	16,3	15,4	8,3	1,4	1,5	14,3	14,1	13,0
Polska	31,3	28,3	28,5	0,6	0,7	4,4	27,7	23,7	22,5
Słowacja	24,7	28,1	19,8	—	—	—	23,6	22,8	18,0
Słowenia	26,5	26,7	29,0	12,6	13,1	14,8	13,0	12,7	13,0
Szwajcaria	40,5	35,9	34,8	9,0	8,5	7,0	30,6	26,4	26,7
Węgry	29,3	32,9	32,9	1,1	2,8	2,6	25,8	27,4	28,4
model zabezpieczeniowy									
Dania	16,3	15,4	15,8	1,5	1,7	2,0	14,7	13,7	13,8
Finlandia	24,3	25,3	24,6	2,2	2,3	2,5	19,2	20,1	19,1
Grecja	38,3	30,0	39,1	—	2,4	3,6	—	27,3	35,4
Hiszpania	28,1	25,2	30,2	5,4	4,1	5,2	22,0	20,8	24,7
Islandia	18,6	19,6	19,0	—	—	—	17,2	18,2	17,5
Irlandia	21,1	23,8	30,7	—	—	12,7	13,6	13,8	15,4
Łotwa	44,0	39,8	40,1	2,3	2,5	0,9	41,7	37,2	38,9
Norwegia	16,9	15,3	14,9	—	—	—	16,7	15,0	14,5
Portugalia	28,7	30,2	33,8	4,6	4,7	5,4	23,3	24,6	27,5
Szwecja	18,2	18,1	16,6	0,3	0,5	0,6	17,1	16,9	15,5
Wielka Brytania	18,9	17,1	20,4	4,1	3,3	3,6	10,2	9,9	14,8
Włochy	22,5	21,5	24,2	0,9	1,0	1,5	21,6	20,5	22,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD database.

[1] Niemiecki rząd federalny w okresie kryzysu subsydiował centralny fundusz realokacji, aby zapobiec bankructwom kas chorych [3].

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

Na prywatne dodatkowe systemy finansowania składają się w głównie prywatne ubezpieczenia zdrowotne i bezpośrednie opłaty uiszczane przez pacjentów (*out of pocket*).

Udział pacjentów w kosztach w różnym stopniu wspiera publiczne finansowanie opieki zdrowotnej we wszystkich państwach. Najczęściej dotyczy to dopłat do leków przepisywanych na recepty, opieki dentystycznej (w zróżnicowanym zakresie), pobytów rehabilitacyjnych w sanatoriach. W części krajów stosuje się system dopłat do usług leczniczych, np. w Austrii, Belgii, Finlandii, Francji, Irlandii, Luxemburgu, Łotwie, Niemczech, Słowenii, Szwajcarii, Szwecji. Obowiązkowy system współpłatności pacjentów wspierany jest w wielu państwach dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Wysoki udział wydatków bezpośrednich pacjentów jest obserwowany na Łotwie, Grecji, Litwie, Węgrzech i Szwajcarii. W okresie kryzysu w wielu krajach można było zaobserwować wzrost wydatków prywatnych, będący wynikiem rezygnacji z finansowania niektórych usług, np. dentystycznych. Wysoki udział finansowania opieki zdrowotnej ze środków gospodarstw domowych może skutkować rezygnacją z leczenia, z zakupu leków lub pogorszeniem sytuacji ekonomicznej.

2. Struktura wydatków na opiekę zdrowotną według klasyfikacji funkcjonalnej

Klasyfikacja funkcjonalna w ramach Systemu Rachunków Zdrowia określa dobra i usługi konsumowane indywidualnie przez poszczególne osoby korzystające z systemu opieki zdrowotnej w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych [16]. Analizie zostały poddane wydatki na leczenie szpitalne, opiekę ambulatoryjną, usługi długoterminowej opieki pielęgnacyjnej, leki i administrację systemów ochrony zdrowia.

Rozbudowana infrastruktura szpitalna dominowała w państwach Europy Środkowo-Wschodniej jako pozostałość modelu Siemaszki. Marginalizowano rolę opieki ambulatoryjnej (lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów), nadmiernie rozbudowywano i profilowano szpitale, polikliniki, przychodnie dla poszczególnych chorób [8]. Problemem krajów postkomunistycznych były wysokie wydatki na leczenie szpitalne (40%–60% ogółu wydatków), leki (14%–30%) oraz deficyt w ochronie zdrowia [4]. Takich problemów nie mają kraje Europy Zachodniej, które od wielu lat doskonalą funkcjonujące systemy ochrony zdrowia.

2.1. Struktura wydatków na leczenie szpitalne, ambulatoryjne i opiekę długoterminową

Zgodnie z obowiązującą od 2011 r. klasyfikacją funkcjonalną, w tabeli 3. przedstawiono łączne wydatki na lecznictwo szpitalne i procedury jedno-

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

dniowe, wydatki na leczenie ambulatoryjne obejmujące podstawową, stomatologiczną, specjalistyczną i pozostałą opiekę ambulatoryjną oraz usługi lecznicze w domu pacjenta i usługi pomocnicze w ochronie zdrowia. Ostatnie trzy kolumny przedstawiają wydatki na długoterminową opiekę pielęgnacyjną.

Około 60% ogółu wydatków bieżących na zdrowie przeznaczane jest na opiekę szpitalną i leczenie ambulatoryjne, a średnio około 15% na opiekę długoterminową. Zdecydowanie więcej środków przeznaczane jest na opiekę ambulatoryjną niż szpitalną w Portugalii, Estonii i Czechach. W Portugalii i na Łotwie zdecydowanie najwięcej, spośród badanych państw, wydaje się na procedury jednodniowe. Czechy w ostatnich dwóch badanych latach zdecydowanie zmniejszyły wydatki na leczenia szpitalne – o ponad 10 pp, zwiększając na opiekę długoterminową. Na samo leczenie szpitalne, bez opieki jednodniowej, najwięcej wydają: Grecja (powyżej 40%), Austria, Polska (33%). Na opiekę długoterminową najwięcej wydają państwa rozwinięte, które wprowadziły formalne rozwiązania w zakresie osób starszych: Norwegia, Holandia, Szwecja (powyżej 25%) ogółu wydatków. Niemcy w tym zakresie w 1995 r. wprowadziły oddzielną składkę nazywaną ubezpieczeniem pielęgnacyjnym.

Nie w każdym kraju koszty opieki szpitalnej i ambulatoryjnej są w pełni finansowane w ramach pakietu podstawowego. Dopłaty do podstawowej opieki zdrowotnej, jako opłata wstępna lub współpłatność za wizytę, występują w Austrii, Belgii, Czechach, Finlandii, Francji, Irlandii, Luxemburgu, Łotwie, Norwegii, Portugalii, Słowenii i Szwajcarii. W każdym państwie, gdzie występuje płatność w opiece podstawowej, stosowana jest ona również podczas wizyt u specjalistów (dodatkowo we Włoszech). Współpłacenie za opiekę szpitalną jest stosowane w Austrii, Belgii, Czechach, Finlandii, Francji, Grecja, Irlandii, Luxemburgu, Łotwie, Niemczech, Słowenii, Szwajcarii i Szwecji.

Tabela 3. Struktura wydatków na leczenie szpitalne, ambulatoryjne i długoterminową opiekę pielęgnacyjną w krajach europejskich w wybranych latach

Rodzaje wydatków	**Leczenie szpitalne**			**Leczenie ambulatoryjne**			**Opieka długoterminowa**		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014	2005	2010	2014
model ubezpieczeniowy									
Austria	34,8	34,9	34,3	28,5	28,2	28,0	13,3	14,8	15,1
Belgia	28,8	29,9	29,4	25,5	23,5	24,5	20,1	23,5	24,5
Czechy	32,6	31,6	19,5	27,9	34,2	39,3	3,4	3,8	12,5
Estonia	35,0	28,6	27,6	29,3	37,4	40,4	3,1	4,8	5,4
Francja	38,0	33,4	33,2	22,3	25,9	26,4	9,1	11,3	12,0
Holandia	28,4	30,3	28,1	21,8	22,2	23,6	24,7	24,5	27,2
Litwa	32,9	31,6	29,2	21,6	26,3	27,0	4,2	8,9	8,8

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

Tabela 3. Struktura wydatków na leczenie… (cd.)

Rodzaje wydatków	Leczenie szpitalne			Leczenie ambulatoryjne			Opieka długoterminowa		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014	2005	2010	2014
model ubezpieczeniowy									
Luksemburg	26,7	26,6	28,6	35,7	38,0	30,9	21,3	19,8	23,2
Niemcy	28,5	28,4	28,7	28,6	29,2	29,4	13,4	13,4	13,8
Polska	32,0	35,9	35,0	24,6	27,9	31,0	6,9	6,2	5,5
Słowacja	28,0	20,4	27,9	23,7	31,8	31,1	0,5	0,3	0,3
Słowenia	30,5	32,0	30,0	28,4	27,3	29,8	9,9	10,2	10,3
Szwajcaria	28,4	27,8	27,5	32,5	32,0	33,8	19,2	19,2	19,2
Węgry	27,4	26,0	28,9	26,9	28,0	28,9	3,9	4,1	4,3
model zabezpieczeniowy									
Dania	28,1	29,2	26,8	31,7	31,3	34,4	24,2	24,4	24,4
Finlandia	27,4	26,4	26,8	32,0	34,5	35,9	15,9	18,0	17,7
Grecja	—	38,1	40,7	—	25,9	22,4	—	0,6	1,6
Hiszpania	24,3	25,0	26,0	38,0	37,7	37,5	7,9	9,6	9,2
Islandia	32,0	29,7	30,6	28,2	30,5	30,4	19,9	17,9	20,4
Irlandia	—	—	30,5	—	—	25,7	—	—	22,3
Łotwa	30,4	32,0	27,6	31,1	26,8	33,0	3,1	5,9	5,9
Norwegia	30,6	30,2	28,9	26,2	26,4	28,3	25,9	28,5	28,4
Portugalia	26,5	23,6	26,3	42,7	47,5	47,9	1,1	1,7	2,4
Szwecja	29,6	29,0	22,7	40,4	41,4	33,9	7,9	7,6	26,2
Wielka Brytania	—	—	28,0	—	—	30,4	—	—	18,0
Włochy	—	—	33,1	35,8	37,3	31,8	—	—	9,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD.Stat

2.2. Struktura wydatków na leki i administrację ochrony zdrowia i ubezpieczeń

Kraje europejskie stosują różne stawki refundacji leków kupowanych przez pacjentów ambulatoryjnych. Najczęściej leki podstawowe, lub niezbędne w terapii, są refundowane w 100%. Z 80-procentową refundacją sprzedawane są leki dla chorych przewlekle oraz z 60-procentową refundacją pozostałe. Obowiązkowe dopłaty prywatne do leków pokrywane są często wydatkami *out of pocket*. Obywatele państw Europy Środkowo-Wschodniej częściej korzystają z leków generycznych niż innowacyjnych. Zdecydowanie mniej leków podlega refundacji i jest ona niższa [17]. Przeważa finansowanie prywatne nad publicznym (w tym dopłaty do leków wydawanych na receptę) oraz nieefektywność w doborze leków refundowanych, co

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

przy braku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych prowadzi do rezygnacji z zakupu lub naraża pacjenta na nadmierne wydatki [19].

Coraz większy wpływ na wydatki gospodarstw domowych na wyroby farmaceutyczne mają wydatki na produkty OTC (*over-the-counter*), sprzedawane bez recepty przez apteki i sklepy spożywcze.

W tabeli 4. przedstawiono wydatki na leki i inne nietrwałe dobra oraz wydatki na administrację ochrony zdrowia w wybranych krajach i latach.

Średnio około 16% wydatków stanowią wydatki na leki, a około 3% wydatki na administrację systemów ochrony zdrowia. Udział wydatków na leki na przestrzeni badanych lat uległ zmniejszeniu głównie poprzez odpowiednią politykę regulacji cen [2]. Zmniejszenie udziału wydatków na wyroby farmaceutyczne w wydatkach bieżących widoczne jest przede wszystkim w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Najwyższy udział wydatków na leki występuje na Węgrzech, w Grecji, na Litwie, Słowacji, Łotwie (około 27%–30%). Natomiast najniższy – w Danii, Norwegii, Holandii, Luxemburgu i Szwecji (7%–10%).

Tabela 4. Struktura wydatków na leki i inne nietrwałe dobra oraz na administrację ochrony zdrowia i ubezpieczeń

Rodzaje wydatków	**Leki**			**Administracja systemów ochrony zdrowia**		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014
model ubezpieczeniowy						
Austria	13,3	12,4	12,4	3,7	3,5	3,7
Belgia	17,1	15,7	13,8	4,5	3,7	3,5
Czechy	25,7	20,4	17,1	3,2	3,2	2,8
Estonia	24,0	20,5	18,8	3,4	2,3	2,0
Francja	17,6	16,4	15,0	6,6	6,0	6,1
Holandia	11,0	9,8	7,6	4,7	4,1	4,2
Litwa	34,3	26,7	27,8	1,7	2,1	2,2
Luksemburg	10,2	9,7	8,4	1,5	1,6	4,6
Niemcy	15,4	15,0	14,5	5,7	5,4	4,9
Polska	29,8	24,3	20,9	1,6	1,4	2,2
Słowacja	33,3	29,2	27,0	4,1	3,7	4,2
Słowenia	21,3	19,8	18,6	3,5	3,4	4,1
Szwajcaria	10,6	11,4	10,8	4,9	4,7	4,1
Węgry	31,3	33,3	30,2	1,1	1,7	1,8
model zabezpieczeniowy						
Dania	8,6	7,7	6,7	1,1	1,2	2,1
Finlandia	16,1	13,5	12,3	2,4	1,8	1,6
Grecja	22,3	30,4	28,4	—	1,7	3,2

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

Tabela 4. Struktura wydatków na leki… (cd.)

Rodzaje wydatków	Leki			Administracja systemów ochrony zdrowia		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014
model zabezpieczeniowy						
Hiszpania	20,7	18,2	17,9	3,3	2,9	3,0
Islandia	14,4	15,8	12,6	2,0	2,2	1,3
Irlandia	15,5	14,8	14,1	—	—	3,5
Łotwa	22,5	25,8	26,8	6,0	3,2	1,6
Norwegia	9,7	7,7	7,5	0,9	0,7	0,6
Portugalia	22,1	19,3	15,4	1,6	1,9	2,0
Szwecja	13,9	13,3	9,6	1,1	1,5	1,6
Wielka Brytania	—	—	12,2	—	—	2,4
Włochy	20,4	18,8	17,0	0,9	1,1	1,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD database.

Polityka regulacji cen leków przyczyniła się do zmniejszenia wydatków na wyroby medyczne oraz zapewniła stabilność finansową systemów ochrony zdrowia w latach kryzysu [18]. Ciężar odpłatności za wyroby farmaceutyczne został przesunięty ze środków publicznych na prywatne [11].

Wydatki na administrację ochrony zdrowia i ubezpieczeń wykazują zdecydowaną różnicę w wielkości wydatków pomiędzy modelem ubezpieczeniowym a zabezpieczeniowym. Model finansowania ochrony zdrowia z przewagą środków budżetowych jest tańszy, średnio o ponad jeden punkt procentowy. Najwyższy udział wydatków na administrację systemów ochrony zdrowia w wydatkach bieżących finansowanych głównie ze składek zdrowotnych obserwuje się we Francji (6,1%) i Niemczech (4,9%). Najniższy udział wydatków w tej grupie krajów mają Węgry (1,8%). W drugiej grupie krajów najwięcej wydaje sie w Irlandii (3,5%), a najmniej w Norwegii – 0,6%.

Każde z przedstawionych zestawień należy traktować z dużą ostrożnością. W Polsce na przykład na administrację NFZ przeznacza się 1% wpływów ze składek zdrowotnych. Duża część kosztów związanych z obsługą systemu została przerzucona na podmioty lecznicze, które, aby sprostać wymogom płatnika publicznego, rozbudowały działy obsługi umów i statystyki medycznej.

Zakończenie

Państwa europejskie należące do OECD (i aspirująca o członkowstwo Litwa) mają zorganizowaną opiekę zdrowotną w postaci modelu Bismarcka lub Beveridge'a z różnymi modyfikacjami.

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

Kraje Europy Zachodniej (Austria, Belgia, Dania, Francja, Holandia, Niemcy, Norwegia, Szwajcaria, Szwecja, Wielka Brytania) wydały na ochronę zdrowia w 2014 r. – 10% PKB lub więcej, gdy tymczasem kraje Europy Wschodniej zdecydowanie mniej (Łotwa – 5,5%, Estonia 6,1%, Litwa 6,2%, Polska 6,4%, Słowacja 7,0%, Węgry 7,2%, Czechy 7,7% PKB).

Kraje rozwinięte wydają na ochronę zdrowia *per capita* średnio trzy lub nawet cztery razy więcej niż kraje rozwijające się oraz mają korzystną strukturę – ponad 80% wydatków pochodzi ze środków publicznych. Nie ma znaczenia, czy środki te głównie pochodzą z budżetu państwa, czy ze składek zdrowotnych. Wszystkie kraje, które finansują opiekę zdrowotną przede wszystkim ze składek zdrowotnych, dopłacają część środków z budżetu na finansowanie opieki, między innymi nad dziećmi, bezrobotnymi, nisko zarabiającymi, służbami mundurowymi, itp. Doświadczenia ostatnich lat wskazują, że ten sposób finansowania zapewnia większą stabilność systemu zdrowia w warunkach kryzysu, a konkurujący ze sobą płatnicy przyczyniają się do większej efektywności jego działania.

Struktura wydatków według funkcji jest bardzo podobna w analizowanych krajach – po około 30% na lecznictwo szpitalne i ambulatoryjne (podstawowe i specjalistyczne), 16% na leki i 14% na opiekę długoterminową. Struktura ta jest zaburzona w krajach biedniejszych, które wydają zdecydowanie więcej na leki i leczenie szpitalne, a mniej na opiekę nad osobami starszymi. W ostatnich latach można zaobserwować wzrost wydatków na lecznictwo ambulatoryjne, które jest tańsze, a spadek wydatków na droższe lecznictwo szpitalne. Wzrasta także udział wydatków na badania diagnostyczne i procedury jednodniowe.

Polska na tle krajów rozwiniętych, należących do OECD, ma niekorzystną strukturę wydatków na ochronę zdrowia. Wydatki publiczne stanowią tylko około 70% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną, prywatne około 30%, i są to głównie wydatki bezpośrednie. Narodowy Fundusz Zdrowia w 2014 r. wydał łącznie na opiekę ambulatoryjną mniej niż 30% ogółu wydatków na świadczenia zdrowotne, a na leczenie szpitalne – 50% wydatków. Niedofinansowanie opieki ambulatoryjnej ze środków publicznych jest rekompensowane środkami prywatnymi w postaci opłat bezpośrednich za wizyty prywatne, abonamentów zdrowotnych finansowanych przez firmy, badań okresowych, indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych. W przypadku opieki szpitalnej 99% wydatków pochodzi ze środków publicznych.

Literatura

[1] Anell A., Willis M., *International comparison of health care systems using resource profiles*, „Bulletin of the World Health Organization" 2000, vol. 78, no. 6, s. 770–778.

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

[2] Belloni A., Morgan D., Paris V., *Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges*, „OECD Health Working Papers" 2016, no. 87, s. 34; http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en.
[3] Busse R., Blümel M., *Germany: health system review. Health Systems in Transition*, „European Observatory on Health Systems and Policies" 2014, vol. 16, no. 2, s. 119–120.
[4] Chawla M., *Health care spending in the new EU member states: controlling costs and improving quality*, „World Bank Working Paper" 2007, no. 113, s. 8–20; http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-7151-0.
[5] *Finansowanie ochrony zdrowia*, red. J. Suchecka, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015, s. 28–38.
[6] Fincham J., *Health Policy and Ethics*, Pharmaceutical Press, London 2011, s. 24.
[7] González E., Cárcaba A., Ventura J., *Value efficiency analysis of health systems: does public financing play a role?*, „Journal of Public Health" 2010, vol. 18, issue 4, s. 337–350; http://dx.doi.org/10.1007/s10389-009-0311-4.
[8] *Implementing Health Financing Reform, Lessons from countries in transition*, ed. J., Kutzin, Ch. Cashin, M. Jakab, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010, s. 33.
[9] Jakubowski E., Busse R., *Health care systems in the EU. A comparative study*, Working Paper, SACO 101 EN. Luxemburg: European Parliament, Directorate General for Research, 1998, s. 17–18.
[10] Kutzin J., Ibraimova A., Jakab M., O'Dougherty S., *Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan*, „Bulletin of the World Health Organization" 2009, vol. 87, no. 7, s. 549–554; http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.049544.
[11] Leopold Ch. Mantel-Teeuwisse A.K., Vogler S., Valkova S., de Joncheere K., Leufkens H.G.M., Wagner A.K., Ross-Degnan D., Laing R., *Effect of the economic recession on pharmaceutical policy and medicine sales in eight European countries*, „Bulletin of the World Health Organization" 2014, vol. 92, no. 9, s. 630–640D; http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.129114.
[12] Morgan, D., Astolfi R., *Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries*, „OECD Health Working Papers" 2014, no. 68, s. 5–15; http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnwf5-en.
[13] Mossialos E., Thomson S., *Voluntary heath insurance in European Union*, WHO 2004, s. 52.
[14] OECD database, www.stats.oecd.org [dostęp: 10.12.2016].
[15] OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, 2016, s. 113–123; http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en.

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl

[16] OECD, Eurostat, WHO, *A System of Health Accounts 201:* Revised edition, OECD Publishing, Paris, 2017, s. 71–120; http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en.
[17] Vogler S., Habl C., Leopold C., Rosian-Schikuta I., de Joncheere K., Lyager T.T., PPRI Report, *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information,* ÖBIG, Vienna, 2008, s 126.
[18] Vogler S., Zimmermann N., Leopold C., Joncheere K.D., *Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis*, „Southern Medical Review" 2011, vol. 4; issue 2, s. 69–79; http://dx.doi.org/10.5655/smr.v4i2.1004.
[19] Xu K., Evans D.B., Carrin G., Aguilar-Rivera A.M., *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*, Technical brief for policy-makers, WHO, 2005, no. 2, s. 1.

Structure of Health Care Spendings in the European Countries of OECD in the Years 2005–2014

Summary: The aim of the chapter is to compare the structure of various health care spendings in selected European countries belonging to the OECD in the period 2005–2014, with particular emphasis on the differences in models of health care financing. In analysis indicators of current expenditure structure are used.
Financing and organization of health care in European OECD countries is very similar i.e. public funds come from taxes or health care contributions. The structure of health care spending is not very varied between countries in terms of inpatient and outpatient care expenditures. On average, in the analyzed countries these spending account for approximately 30% of total current expenditures. Among countries analyzed, there are big differences between the size and scope of the expenses for reimbursement of medicines, long-term care spending, and spending on the administration of health care systems.
Keywords: structure of health care expenditures, inpatient care, outpatient care, long-term care, pharmaceuticals, administration of health care systems.

MOST WIEDZY Pobrano z mostwiedzy.pl