

Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i propozycje rozwiązań

Nadesłany: 09.02.15 | Zaakceptowany do druku: 22.06.15

Ewelina Nojszewska*

Artykuł przedstawia sposoby wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do polskiego systemu ochrony zdrowia. Na tle uwarunkowań dla funkcjonowania ochrony zdrowia oraz zasad, jakie każdy kraj powinien przyjąć w wyniku porozumienia społecznego dotyczącego finansowania i funkcjonowania ochrony zdrowia, przedstawiono uniwersalne cele stojące przed ochroną zdrowia w każdym kraju. Następnie przedstawiono dla Polski dane statystyczne pokazujące publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia na tle uwarunkowań makroekonomicznych. Najważniejszą częścią artykułu jest przedstawiona propozycja sposobów rozwiązania kwestii włączenia prywatnego finansowania w postaci ubezpieczeń komercyjnych do mechanizmu finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie komercyjne, opłaty bezpośrednie, współfinansowanie.

Public and private funding of the health care in Poland – the current state and proposals of solutions

Submitted: 09.02.15 | Accepted: 22.06.15

The article is showing ways of entering private health insurance into the Polish system of the health care. Relating to conditioning for functioning of the health care and principles every country should accept as a result of the social agreement concerning financing and functioning of the health care universal purposes standing before the health care in every country were presented. Next for Poland statistical data on public and private funding of the health care in relation to macroeconomic conditioning were presented. A proposal of ways of solving the issue to include the private funding in the form of commercial insurance in the financing mechanism of the health care in Poland is the most important part of the article.

Keywords: health care, social security, private insurance, out-of pocket, co-payment.

JEL: I13, H31, H51

* **Prof. dr hab. Ewelina Nojszewska** – prof. dr hab., Szkoła Główna Handlowa, Katedra Ekonomii Stosowanej.

Ares do korespondencji: ul. Madalińskiego 6/8, 02-513 Warszawa; e-mail: enojsz@sgh.waw.pl.

1. Wstęp

W Polsce wzrost publicznych wydatków na ochronę zdrowia stanowi szczególny problem dla polityki fiskalnej oraz zdrowotnej. Dlatego warto jest rozważyć możliwość zwiększenia wydatków przede wszystkim na koszty leczenia, ale także na inwestycje kapitałowe dzięki włączeniu do systemu finansowania ochrony zdrowia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Sytuacja polskiej ochrony zdrowia jest szczególnie złożona ze względu na wykorzystywanie jej w walce politycznej. Ponadto, kolejne rządy nie wypełniały swej roli informacyjnej i edukacyjnej, przez co w społeczeństwie panują niepokój i niezrozumienie uwarunkowań dotyczących zarówno finansowania, jak i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako całości oraz poszczególnych świadczeniodawców z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz szpitali. Przepisy prawa dotyczące ochrony zdrowia również nie służą efektywności ekonomicznej, a przede wszystkim skuteczności klinicznej. W zaistniałych warunkach warto rozważyć możliwość zmian tych przepisów, aby mogli funkcjonować dwaj płatnicy: publiczny i prywatny, kontraktujący większą liczbę świadczeń o wyższej jakości dzięki włączeniu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W przedkładanym artykule scharakteryzowane są uwarunkowania funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce, a także zadania stojące przed państwem w dążeniu do usprawnienia jej funkcjonowania na tle celów, jakie powinny być zrealizowane przez ochronę zdrowia. Następnie, na podstawie danych statystycznych, pokazane są publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia wraz z uwarunkowaniami makroekonomicznymi. Na końcu przedstawiono propozycje sposobów włączenia prywatnych ubezpieczycieli do finansowania ochrony zdrowia.

2. Uwarunkowania dla funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce

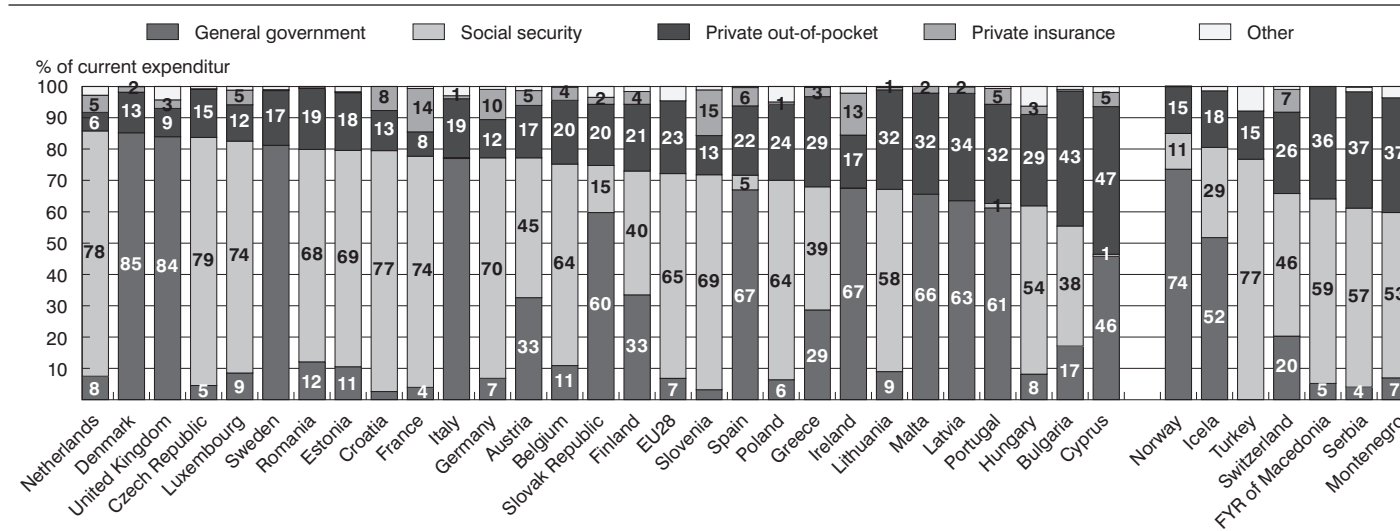
Finansowanie ochrony zdrowia jest jednym z największych wyzwań dla finansów publicznych nie tylko w Polsce, ale również w krajach członkowskich EU i OECD. Od lat 90. XX w. tempo wzrostu tych wydatków przekroczyło tempo wzrostu PKB w krajach OECD (*Provider payments and cost-containment*, 2007). Dzieje się tak, gdyż wzrost popytu na świadczenia powodowany jest starzeniem się społeczeństwa oraz rosnącymi wymaganiami pacjentów, którzy dzięki większej wiedzy mają również większe oczekiwania. Ponadto postęp w naukach medycznych jest bardzo kosztowny. Po stronie podaży należy odnotować istnienie coraz twardszego ograniczenia budżetowego. Ze względów politycznych, spowodowanych szczególną rolą zdrowia i życia ludzkiego, ograniczenie to nigdy nie będzie doskonale twarde, ale pomimo tego ochrona zdrowia odczuwa niedobór pieniędzy. Niedobór ten zmusza do poszukiwań dodatkowych źródeł finansowania. Zgodnie danymi

przedstawionymi na rysunku 1 w Polsce leczenie w 64% finansowane jest ze składek na społeczne ubezpieczenie zdrowotne, a w 6% z budżetu państwa, czyli podatków ogólnych. Zwiększenie finansowania publicznego hipotetycznie jest możliwe, chociaż wydaje się mało prawdopodobne, aby ustawodawca podniósł wysokość składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne lub minister finansów wyasygnował z budżetu państwa dodatkowe pieniądze dla ochrony zdrowia. Wprost przeciwnie: w ramach porządkowania regulacji prawnych należałoby oczekiwać zmiany w ubezpieczeniu rolników, czyli likwidacji KRUS-u, a to oznaczałoby zmniejszenie środków przekazywanych z budżetu. Nie można mieć nadziei ani na włączenie rolników do grona płatników podatku dochodowego, czyli i składki na ubezpieczenie zdrowotne, ani na jednoczesne utrzymanie wkładu budżetu równego wartości finansowania ubezpieczenia rolników do zasobów finansowych publicznego płatnika.

Niedobór pieniądza w ochronie zdrowia zmusza więc do znalezienia dodatkowych źródeł finansowania. Pierwszą możliwością jest poprawa efektywności funkcjonowania systemu jako całości, a zwłaszcza szpitali, polegająca na wyeliminowaniu czynników prowadzących do nieefektywności. Poprawa konkurencyjności poszczególnych świadczeniodawców, a głównie szpitali, również służyłaby poprawie skuteczności leczenia, a więc i efektywności wykorzystania zasobów ochrony zdrowia. W wielu krajach prowadzone są analizy ekonomiczne efektywności wykorzystujące narzędzia ekonometryczne, np. stochastyczną funkcję graniczną (SFA), i programowania matematycznego, np. DEA, dzięki którym możliwe jest określenie przyczyn nieefektywności i poprawienie efektywności zatrudnionych zasobów¹.

Z danych przedstawionych na rysunku 1 wynika, że w Polsce udział prywatnego pieniądza jest znaczny, gdyż wydatki bezpośrednie sięgnęły 24%, a ubezpieczenia komercyjne – 4% w 2012 roku. Dzięki zmianie regulacji prawnej można by jednak prywatny pieniądz wykorzystać skuteczniej i poprawić zarówno dostępność, jak i jakość świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo eliminowane byłyby korupcja i szara strefa, gdyż istnienie kolejek do lekarzy sprzyja ich rozwojowi. Warto stworzyć warunki umożliwiające właściwe funkcjonowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, ale problemem jest, jak nakłonić pacjentów do wykupienia komercyjnych ubezpieczeń, pomimo tak dużego udziału wydatków bezpośrednich w wydatkach na zdrowie. Doświadczenia innych krajów mogą być pomocne przy konstruowaniu własnych rozwiązań, ale specyfika ochrony zdrowia oznacza, że narzędzia skuteczne w jednym kraju okazują się fiaskiem w innym. Ponadto można wprowadzić różne formy współpłacenia, a także umożliwić wzrost inwestycji kapitałowych w ochronie zdrowia, np. dzięki wykorzystaniu formuły partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP).

Ochrona zdrowia w Polsce znajduje się w szczególnej i niesprzyjającej sytuacji. Jesteśmy krajem z młodą demokracją, w ramach której nie wykształciły się jeszcze odpowiednie instytucje właściwe dla społeczeństwa obywatelskiego. Właśnie z tego powodu klasa polityczna w kolejnych wyborach nie jest rozliczana ze swych „merytorycznych” dokonań. Politycy popełnili



Rysunek 1. Wydatki na ochronę zdrowia według rodzajów finansowania, 2012. Źródło: OECD (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing, s. 129.

wiele błędów, takich jak np. uczynienie z ochrony zdrowia areny walki politycznej, oraz zaniedbań, takich jak zaniechanie działań informacyjnych i edukacyjnych. Ponadto nie prowadzi się rzetelnych badań ekonomicznych, przede wszystkim z powodu niedostępności danych. W zaistniałych warunkach postawę pacjentów charakteryzują ich obawy i niezrozumienie sytuacji. Wymienione czynniki ujawniają ograniczone możliwości wzrostu finansowania SOZ ze źródeł prywatnych.

3. *Ab ovo usque ad mala*²

Czy podstawą dla ustawodawcy przy konstruowaniu regulacji prawnych nie powinien być konsensus społeczny dotyczący ról, jakie państwo i jednostki powinny odgrywać w ochronie zdrowia? Czy jako społeczeństwo nie powinniśmy najpierw uzgodnić, ile państwa, a ile suwerenności konsumenta powinniśmy mieć w ochronie zdrowia? Co stanowi obowiązki państwa, a jakie są obowiązki każdej jednostki? Rozważania i wnioski dotyczące ogólnych zasad reformowania ochrony zdrowia zostały przedstawione przez Janosá Kornai (Kornai i Eggleston, 2002, rozdział 1). Kornai stwierdza, że w sferze usług opiekuńczych zakres i możliwości decydowania jednostek powinny być rozszerzane, a zakres i możliwości państwa powinny być ograniczane. Oznacza to, że państwo ponosi odpowiedzialność za status zdrowotny społeczeństwa, ale jednocześnie jednostki same są odpowiedzialne za dbanie o własne zdrowie. Oczywiście stwierdza on też, że należy pomagać cierpiącym, mającym problemy i społecznie upośledzonym. Istnieje więc solidaryzm społeczny, ale realizowany w sposób skuteczny, a nie populistyczny. Dlatego w sytuacji, w jakiej znalazła się polska ochrona zdrowia warta rozważa jest zasada formułująca nową rolę państwa: „Głównymi zadaniami państwa w sektorze opiekuńczym muszą być: zapewnienie prawnych ram funkcjonowania i regulacji prawnych, nadzór nad instytucjami niepaństwowymi, a także zapewnienie ostatecznej pomocy i zabezpieczenia ostatecznej instancji. Państwo jest odpowiedzialne za zapewnienie, że każdy obywatel ma dostęp do podstawowej edukacji i służby zdrowia” (Kornai i Eggleston, 2002, s. 34). Kornai konsekwentnie uważa więc, że reformując ochronę zdrowia, państwo powinno stworzyć warunki instytucjonalno-prawne dla sprawnego i sprawiedliwego funkcjonowania ochrony zdrowia, ale obowiązek dbania o stan zdrowia spoczywa na każdej jednostce.

Skuteczna regulacja prawna jest najważniejszym czynnikiem determinującym funkcjonowanie ochrony zdrowia. Przykładem jej znaczenia jest sytuacja zbadana przez Adama Kozierkiewicza (Kozierkiewicz, 2008). Komercyjne firmy ubezpieczeniowe w ubezpieczeniach zdrowotnych rozumianych jako ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe w dziale I i II wypłaciły ok. 38% zebranych składek. Jeśli firmy te miałyby otrzymywać od ZUS, jako prywatny płatnik, część składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zamiast NFZ, to ustawodawca powinien wyznaczyć maksymalny poziom kosztów administracyjnych, np. odpowiadający poziomowi w krajach unijnych, a który w NFZ wynosi 1%.

Kolejną kwestią wymagającą rozważenia i zmiany przepisów prawa jest umożliwienie SPZOK-om komercyjnego świadczenia usług leczniczych, gdyż z jednej strony lekarze i pracownicy medyczni oraz sprzęt nie są w pełni wykorzystani, a z drugiej strony pacjenci czekają w długich kolejkach. Problem ten można by rozwiązać odpowiednimi przepisami prawa dopuszczającymi prywatne ubezpieczenia. Następnym problemem do rozważenia i zmiany prawa jest wieloletowość lekarzy.

4. Cele dla ochrony zdrowia

Intuicyjnie oczywistym celem ochrony zdrowia jest umożliwianie długiego i zdrowego życia. Poszczególne systemy funkcjonujące w różnych krajach realizują ten cel w różny sposób, precyzując cele szczegółowe i sposoby ich osiągnięcia. Cele te można sformułować w następujący sposób.

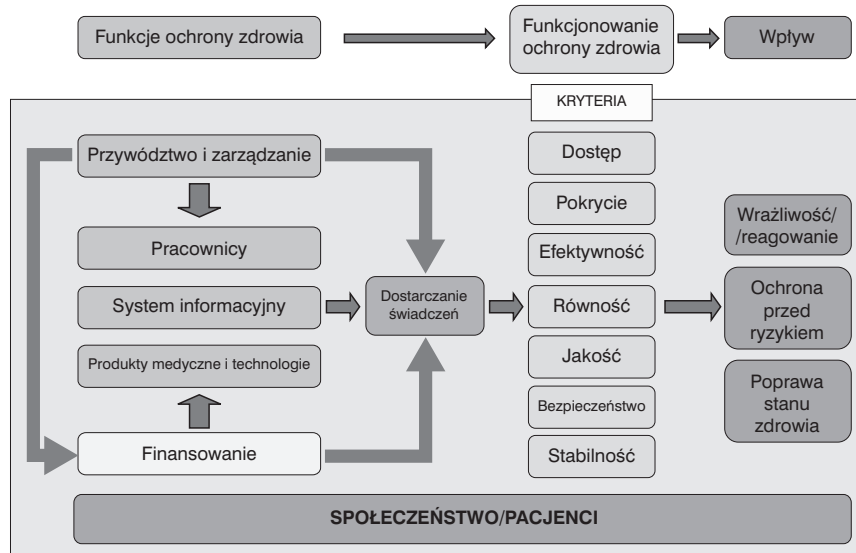
- 1) **Dostarczanie świadczeń zdrowotnych o jak najlepszej jakości przez wszystkich świadczeniodawców.** Poszczególni świadczeniodawcy napotykają jednak różne ograniczenia i bodźce, co szczególnie widać przy ich podziale na publicznych i prywatnych. Prowadzi to do zróżnicowania jakości świadczeń i osiąganych wyników leczenia.
- 2) **Zapewnienie sprawiedliwości w dostępie do świadczeń, przy czym sprawiedliwość ta interpretowana jest jako równość w dostępie do tych świadczeń.** Stanowi to realizację zasady solidaryzmu społecznego, zgodnie z którą każdy chory, bez względu na np. status majątkowy, powinien mieć taki sam dostęp do leczenia.
- 3) **Osiąganie efektywności w dostarczaniu świadczeń.** Dążenie do efektywności wykorzystania zasobów ochrony zdrowia jest celem zasadniczym, gdyż likwidacja marnotrawstwa stanowi źródło dodatkowych pieniędzy, a więc możliwość poprawy dostępu i jakości świadczeń. Ponownie świadczeniodawcy publiczni i prywatni napotykają jednak różne bodźce i różną twardość ograniczenia budżetowego. Wymusza to różną alokację zasobów, czyli zróżnicowanie kosztów świadczonych usług, a także osiąganych wyników zdrowotnych. Ponadto z dorobku ekonomii sektora publicznego wynika, że nie można jednocześnie osiągnąć równości dostępu do świadczeń i efektywności ich dostarczenia, gdyż, dążąc do efektywności, ograniczamy równość, a dążąc do równości ograniczamy efektywność (Tresch, 1981, rozdział 2). A więc zwiększanie równości/sprawiedliwości dostępu oznacza ograniczanie efektywności i odwrotnie. Stopień realizacji tych dwóch celów musi być więc zbilansowany, aby podejmowane decyzje zgodne były z preferencjami społecznymi.
- 4) **Zagwarantowanie stabilności finansowania.** Konieczne jest zrównoważenie celów krótkookresowych z długookresowymi. Na ogół działania nakierowane na osiągnięcie pożądanego skutku w krótkim okresie prowadzą do problemów w przyszłości. Widać to w przypadku decyzji politycznych dotyczących publicznego sektora ochrony zdrowia.

W przypadku niedoboru pieniądza publicznego celem stojącym przed państwem i społeczeństwem staje się sformułowanie przepisów prawnych umożliwiających właściwą kombinację publicznego i prywatnego zarówno finansowania, jak i świadczenia usług zdrowotnych. Przy wypełnianiu celu, jakim jest osiągnięcie sprawiedliwości społecznej przy jednoczesnym dążeniu do efektywnego funkcjonowania oba sektory, publiczny i prywatny, powinny uzupełniać się, tworząc skutecznie działający system ochrony zdrowia.

Zdrowie i życie ludzkie stanowią wartość nadrzędną, a zapewnienie praw człowieka w finansowaniu ochrony zdrowia stało się przedmiotem uwagi np. *National Economic & Social Rights Initiative* oraz *National Health Law Program*³. Sformułowano dziesięć zasad, jakie powinny być spełnione podczas finansowania i dostarczania świadczeń zdrowotnych:

1. Skoncentrowanie funkcjonowania ochrony zdrowia wyłącznie na zdrowiu.
2. Zapewnienie uniwersalności i ujednolicenie dostępu do świadczeń dla wszystkich pacjentów.
3. Uznanie ochrony zdrowia za dobro publiczne, z czego wynika szczególna rola sektora publicznego.
4. Bezpłatność świadczeń w chwili ich dostarczania, co oznacza, że fundusze powinny być gromadzone niezależnie od samego procesu świadczenia usług zdrowotnych. Pacjenci nie płacą za świadczenia w momencie ich konsumowania, więc traktują je jako darmowe.
5. Sprawiedliwość finansowania uniemożliwiająca jakąkolwiek dyskryminację.
6. Skoncentrowanie finansowania na ochronie zdrowia, co oznacza bezpośrednie finansowanie, czyli bez pośredników, a prywatne ubezpieczenia mogą funkcjonować tylko po spełnieniu warunku solidarności ryzyka i dochodu. Takie rozwiązania służą minimalizacji kosztów transakcyjnych.
7. Alokowanie zasobów w sposób sprawiedliwy i tylko na potrzeby zdrowotne.
8. Nagradzanie jakości świadczeń i osiągniętych wyników zdrowotnych.
9. Efektywne wykorzystanie zasobów.
10. Transparentność i ponoszenie odpowiedzialności za finansowanie.

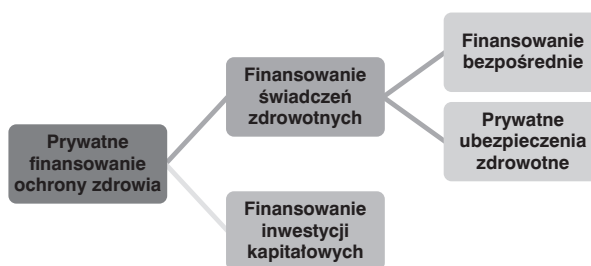
Wszystkie te zasady zawarte są w przedstawionych powyżej celach dla ochrony zdrowia. Rysunek 2 przedstawia wzajemne oddziaływanie funkcji realizowanych przez system ochrony zdrowia ze skutkami, jakie są osiągnięte poprzez jego funkcjonowanie, a to funkcjonowanie musi podlegać zasadom stanowiącym dla niego kryteria. Zarówno zasady sformułowane przez Kornai, jak i te mające zagwarantować przestrzeganie praw człowieka w finansowaniu ochrony zdrowia ujawniają, że leczenie, a przede wszystkim jego finansowanie, stanowi problem nie tylko w Polsce, lecz także w krajach unijnych oraz w USA. Jednocześnie sygnalizują one, że nie wystarczy ograniczenie się do poprawy czy drobnych zmian istniejących regulacji prawnych, ale należy zweryfikować podejście do sposobu finansowania dzięki osiągniętemu konsensusowi społecznemu.



Rysunek 2. Powiązanie funkcji i funkcjonowania ochrony zdrowia oraz skutków. Źródło: opracowanie na podstawie: http://www.healthsystemassessment.com/wp-content/uploads/2012/06/Section-3-Module-3-3-_HSA-Manual-August-2012-1.pdf, s. 142.

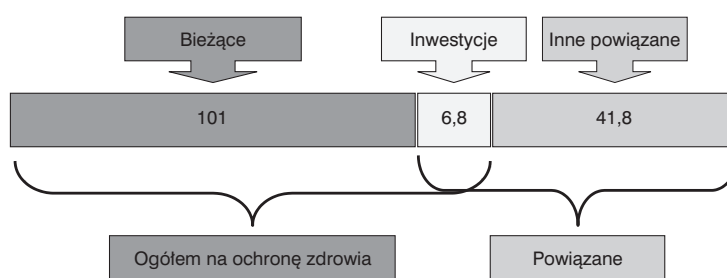
5. Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia w Polsce

Finansowanie świadczeń zdrowotnych umożliwiające osiągnięcie skuteczności klinicznej i efektywności ekonomicznej, a także sprawiedliwości społecznej powinno wykorzystać wszystkie dostępne źródła pieniędzy. Z perspektywy polskiej ochrony zdrowia konieczne jest włączenie prywatnego finansowania w sposób, który pozwala zrealizować wymienione cele stojące przed ochroną zdrowia. Rysunek 3 przedstawia rodzaje prywatnego finansowania w ochronie zdrowia.



Rysunek 3. Rodzaje prywatnego finansowania w ochronie zdrowia. Źródło: opracowanie własne.

Prywatne finansowanie trzeba uwzględnić w dwóch płaszczyznach. Po pierwsze, są to prywatne inwestycje kapitałowe. Zgodnie z narodowym rachunkiem zdrowia obok wydatków bezpośrednich na ochronę zdrowia (publicznych i prywatnych) występuje tzw. grupa wydatków powiązanych z ochroną zdrowia. Należą do nich wydatki inwestycyjne (też publiczne i prywatne), a także nakłady polegające na dostarczaniu świadczeń pieczęnych, wydatki na kształcenie personelu medycznego oraz na badania i rozwój w ochronie zdrowia. Powiązanie wydatków inwestycyjnych z wydatkami bieżącymi oraz związanymi z ochroną zdrowia pokazuje rysunek. 4.

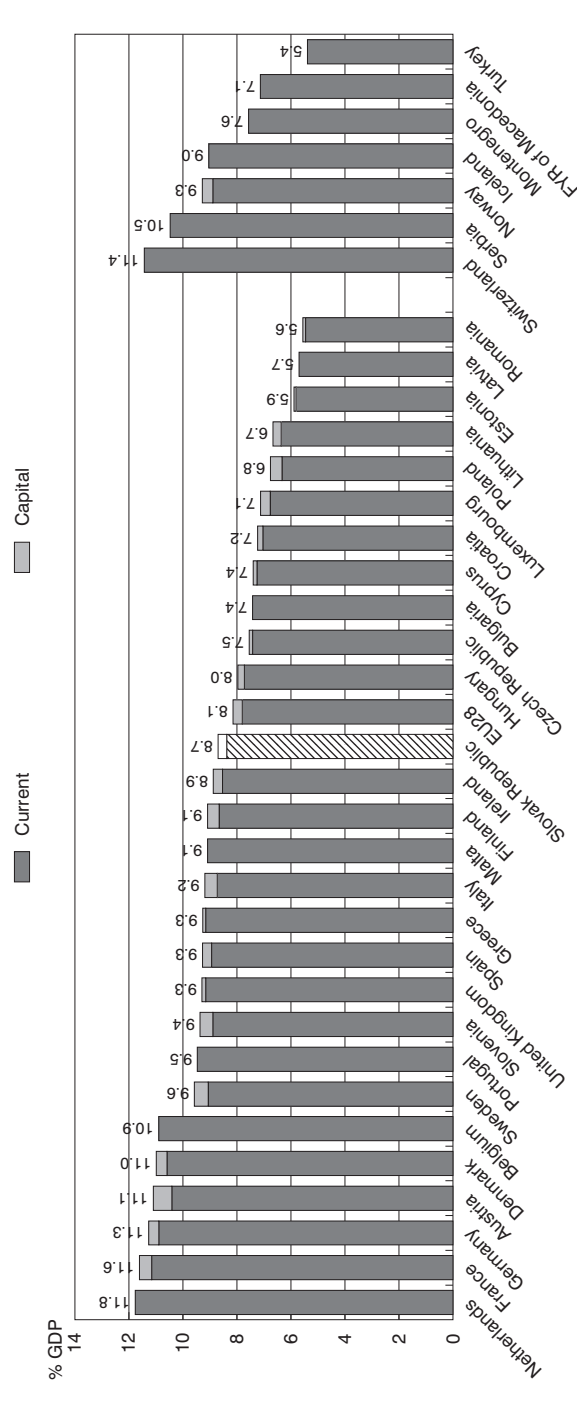


Rysunek 4. Schemat głównych agregatów wydatków w Narodowym Rachunku Zdrowia w 2012 r. (w mld zł). Źródło: opracowanie na podstawie: Narodowy rachunek zdrowia za 2012 r., GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/4/5/1/z_narodowy_rachunek_zdrowia_2012.pdf, s. 5.

W 2011 r. łączne wydatki na inwestycje wyniosły 7 323 mln zł, co stanowiło 0,48% PKB oraz 15,15% wydatków powiązanych z ochroną zdrowia. W 2012 r. wydatki te wyniosły 6 761 mln zł, czyli 0,42% PKB oraz 13,93% wydatków powiązanych z ochroną zdrowia (*Narodowy rachunek zdrowia za 2012 r.*, [http](http://stat.gov.pl), s. 2 i 5).

O konieczności dokonania inwestycji kapitałowych w publicznych szpitalach świadczy fragment z raportu Najwyższej Izby Kontroli:

„Obiekty budowlane, użytkowane przez szpitale, w tym ogólnodostępne budynki, w których udzielano świadczeń zdrowotnych, są w znacznym stopniu wyeksploatowane i wymagają dużych nakładów finansowych na odtworzenie ich pełnej wartości użytkowej. Stwierdzono, że 33 SP ZOZ-ów (tj. 69% skontrolowanych) użytkowały budynki, których ogólny stan techniczny i estetyczny był nieodpowiedni i niejednokrotnie stwarzał realne zagrożenia dla bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzi. W trakcie kontroli inspektorzy nadzoru budowlanego wskazywali na konieczność natychmiastowego wykonania najważniejszych napraw, remontów, bądź wykonania ekspertyz budowlanych, w celu wyeliminowania potencjalnych zagrożeń. Szpitale nie posiadały wystarczających środków finansowych na utrzymanie obiektów ochrony zdrowia w należytym stanie. Środków tych nie zapewniły również ich organy założycielskie. Poniesione w latach 2006–2008 wydatki na remonty i modernizacje obiektów budowlanych skontrolowanych SP ZOZ-ów stanowiły zaledwie połowę potrzeb, określonych przez kierujących zakładami (rzetelność określania tych potrzeb nie była przedmiotem badań kontrolnych)” (*Informacja o wynikach kontroli stanu technicznego*, [http](http://stat.gov.pl), s. 7).



Rysunek 5. Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB, 2012. Źródło: OECD (2014). Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing, s. 123.

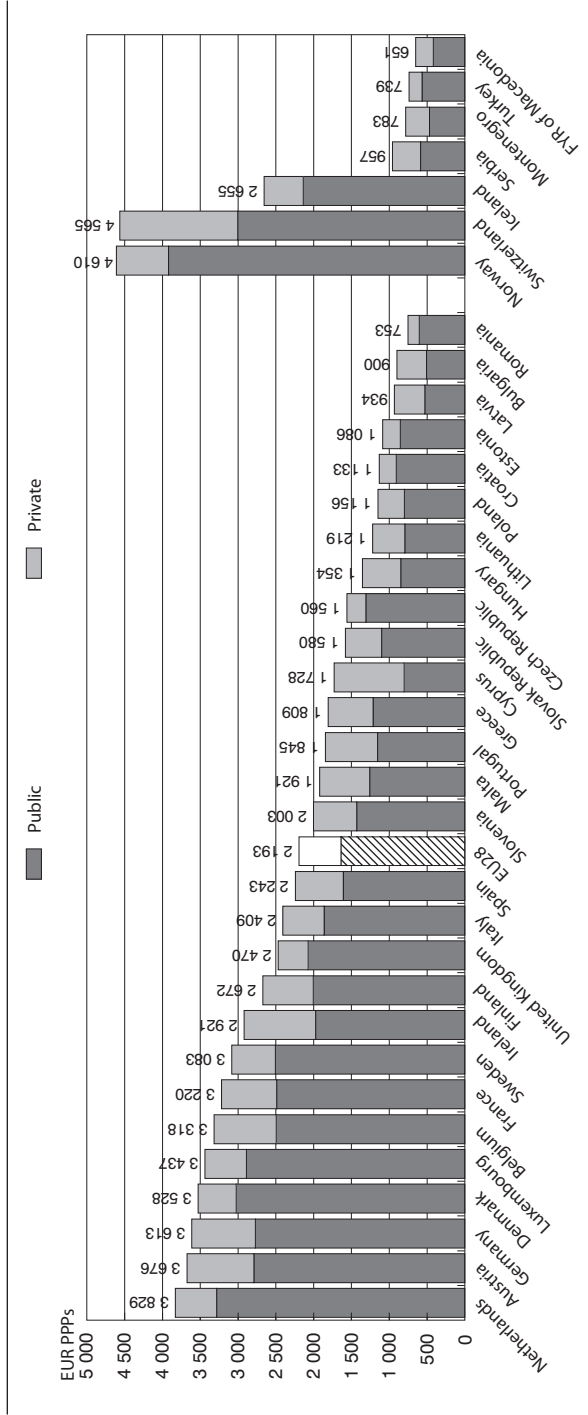
Rysunek 5 przedstawia udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB, gdzie kolorem jasnoszarym pokazane są wydatki kapitałowe, łącznie publiczne i prywatne. Ponownie udział ten jest niewielki na tle inwestycji realizowanych w krajach OECD. Ponadto, są to przede wszystkim wydatki inwestycyjne dokonane przez świadczeniodawców prywatnych, w tym również szpitale prywatne. Z zacytowanego powyżej raportu Najwyższej Izby Kontroli wynika, jakiej skali inwestycje kapitałowe powinny być zrealizowane w polskiej ochronie zdrowia.

Należy domniemywać, że prywatni inwestorzy podejmą inwestycje kapitałowe, gdy rozwiązane zostaną problemy z finansowaniem leczenia. Obecnie również prywatni świadczeniodawcy leczą pacjentów przede wszystkim w ramach kontraktu z NFZ. Zasób pieniądza, jakim dysponuje publiczny płatnik, jest niewystarczający, o czym świadczy czas oczekiwania na wszystkich poziomach systemu, czyli w POZ, AOS i leczeniu szpitalnym. Oznacza to, że istnieje zapotrzebowanie na świadczenia, a ograniczenie budżetowe uniemożliwia jego zaspokojenie. Rysunek 5 pokazuje, że w Polsce udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB wyniósł niecałe 7% w 2012 r., co plasuje nas na jednej z ostatnich pozycji wśród krajów członkowskich OECD. Na rysunku 6 pokazano, że wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w Polsce wynoszące 1156 euro, również należą do najniższych w OECD. Sytuacja w finansowaniu ochrony zdrowia przedstawiona na tle krajów z OECD potwierdza konieczność nie tylko zwiększenia, ale i usprawnienia tego finansowania.

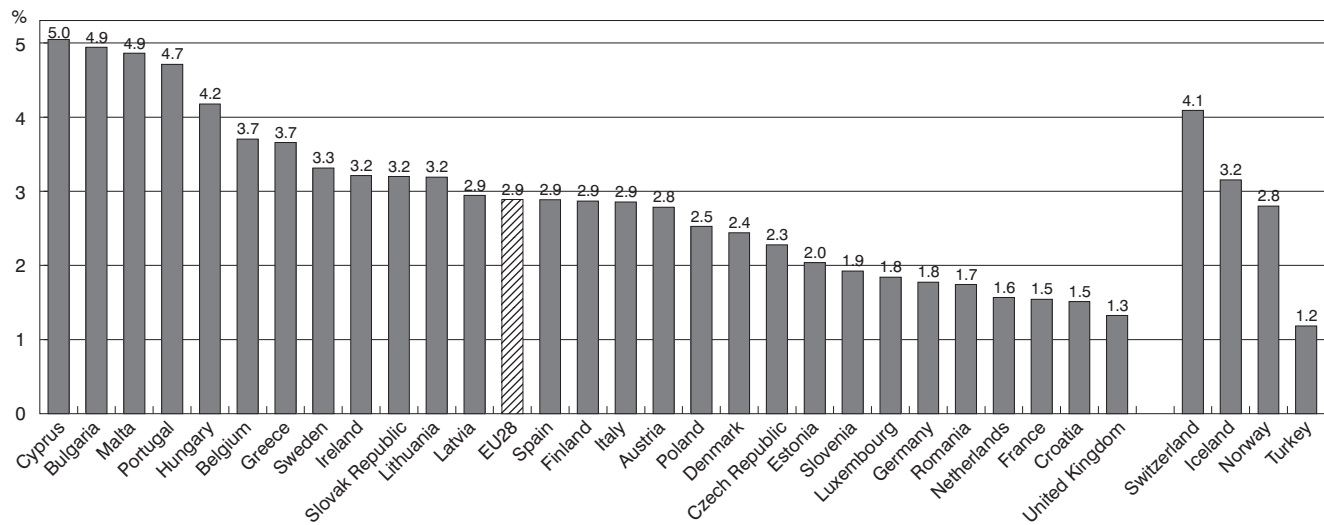
Można domniemywać, że po wprowadzeniu prawnych uwarunkowań dla prywatnego finansowania nastąpi zarówno zwiększanie prywatnej bazy kapitałowej do świadczenia usług zdrowotnych, jak i poprawa oraz zwiększenie infrastruktury w szpitalach publicznych, a tym samym zwiększy się dostępność i poprawi jakość świadczeń.

Na rysunku 3 pokazano, że finansowanie świadczeń odbywa się dwoma kanałami, a mianowicie poprzez opłaty bezpośrednie i prywatne ubezpieczenia. Z rysunku 1 wynika szczególna sytuacja polskiego sposobu finansowania ochrony zdrowia, a mianowicie udział prywatnego pieniądza sięgnął 28% w 2012 r., w tym opłaty bezpośrednie wyniosły 24% przy znikomym udziale prywatnych ubezpieczeń, gdzie dominują opłaty abonamentowe. Należy podkreślić, że pomijane są wydatki ponoszone w szarej strefie, aby przyspieszyć proces leczenia. Można domniemywać, że uregulowanie prawne możliwości rozwoju komercyjnych ubezpieczeń zwiększyłoby zasób pieniądza dostępny na leczenie. Dodatkowo warto jeszcze uwzględnić udział medycznych wydatków bezpośrednich w spożyciu gospodarstw domowych pokazany na rysunku 7.

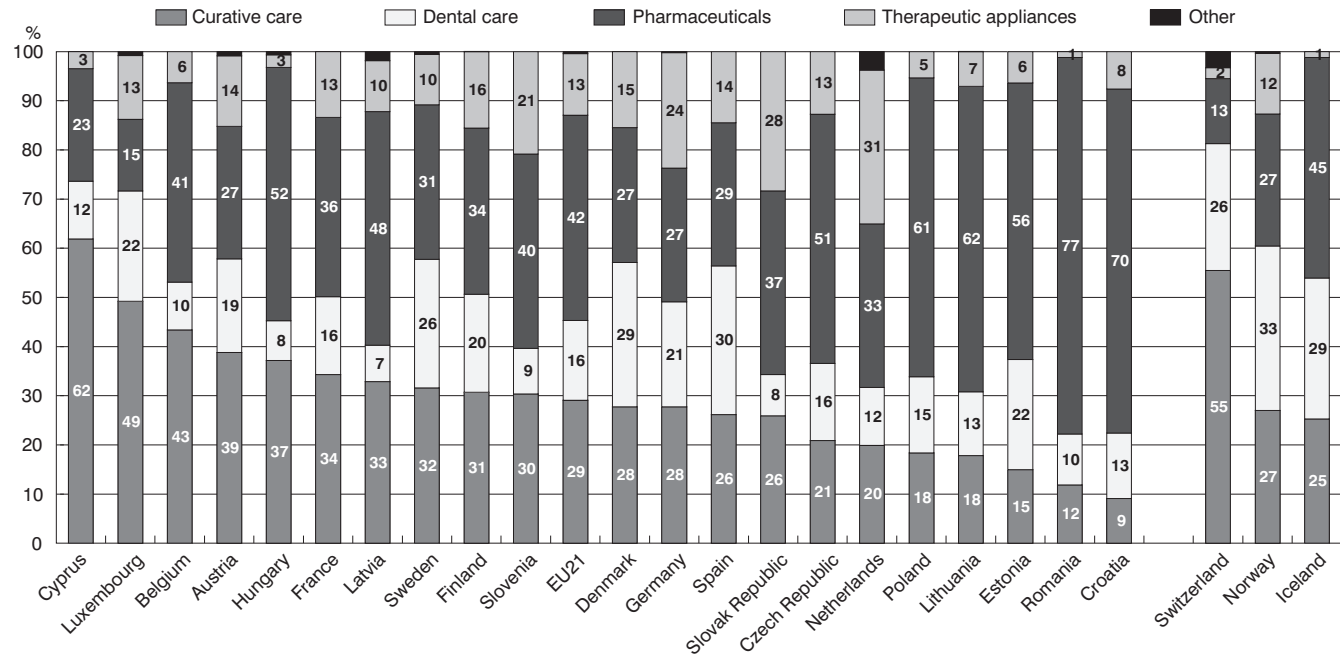
W Polsce udział ten również należy do najniższych w krajach OECD. Możliwości zwiększenia wydatków na leczenie przez gospodarstwa domowe zależy przede wszystkim od uzyskiwanych przez nie dochodów. Te zaś zależą od uwarunkowań makroekonomicznych, a przede wszystkim od wzrostu gospodarczego. Dodatkowo z rysunku 8 wynika, że dominującym rodzajem medycznych wydatków bezpośrednich są wydatki na leki, a udział kosztów leków w wydatkach bezpośrednich wyniósł 61% w 2012 roku. Na podstawie udziałów



Rysunek 6. Wydatki na ochronę zdrowia per capita, 2012. Źródło: OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing, s. 121.



Rysunek 7. Udział medycznych wydatków bezpośrednich w spożyciu gospodarstw domowych, 2012. Źródło: OECD (2014). Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, s. 111.



Rysunek 8. Udział medycznych wydatków bezpośrednich według dóbr i usług, 2012. Źródło: OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing, s. 111.

wydatków na poszczególne dobra i usługi w bezpośrednich wydatkach medycznych gospodarstw domowych można domniemywać, że państwo, realizując swoją funkcję w ochronie zdrowia, mogłoby przeformułować politykę refundacyjną, zwiększając udział budżetu państwa w uiszczanych kosztach leków, a uwolnione w gospodarstwach domowych pieniądze mogłyby być przeznaczone na leczenie poprzez ubezpieczenia zdrowotne. Pacjenci mieliby zabezpieczone leczenie farmakologiczne i w zależności od potrzeb mieliby przeznaczyć na zakup ubezpieczenia komercyjnego.

Na decyzje gospodarstw domowych dotyczące wielkości wydatków na leczenie i zdrowie przede wszystkim ma wpływ ich sytuacja ekonomiczna. Dane dotyczące realnych dochodów do dyspozycji brutto w sektorze gospodarstw domowych (tabela 1) pokazują, że w latach 2007–2012 dochody te zwiększały się z roku na rok. Zarówno w ujęciu ogólnym, jak i *per capita* w badanych latach sytuacja materialna gospodarstw domowych poprawiała się, chociaż w coraz mniejszym stopniu. Zwiększanie się dochodów zwiększa możliwości podwyższenia wydatków na zdrowie, w tym na zakup prywatnego ubezpieczenia.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ogółem	104,4	104,2	103,5	102,0	101,3	100,4
<i>Per capita</i>	104,4	104,2	103,4	101,9	101,3	100,4

Tabela 1. Dynamika realnych dochodów do dyspozycji brutto w sektorze gospodarstw domowych (rok poprzedni = 100) w Polsce, w latach 2007–2012. Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski 2014, GUS, Warszawa, s. 174.

W tabeli 2 zawarte są wskaźniki pokazujące, w jakim tempie rok do roku zwiększały się przeciętne wynagrodzenie nominalne i realne oraz ceny towarów i usług konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych pracowników, a także realna emerytura i renta. W miarę stabilny wzrost dochodów skonfrontowany ze wzrostem cen potwierdza zwiększanie się możliwości nabywczych gospodarstw domowych.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie nominalne brutto	107,9	110,1	105,4	103,9	105,6	103,7	103,4
Przeciętna miesięczna emerytura i renta realna brutto	100,0	104,1	104,3	103,6	100,3	101,3	104,4
Ceny towarów i usług konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych pracowników	102,3	104,0	103,3	102,5	104,1	103,6	100,9
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie realne brutto	105,5	105,9	102,0	101,4	101,4	100,1	102,5

Tabela 2. Wskaźnik wynagrodzeń, emerytur i rent, cen towarów i usług konsumpcyjnych (rok poprzedni = 100) w Polsce, w latach 2007–2013. Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski 2014, GUS, Warszawa, s. 180 i 187.

Poprawa sytuacji członków gospodarstw domowych możliwa była dzięki wzrostowi gospodarczemu, a ten ilustrowany jest przez wzrost PKB i wynikający z niego wzrost spożycia gospodarstw domowych, co przedstawia tabela 3.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PKB	106,8	105,1	101,6	103,9	104,5	102,0	101,6
Spożycie	104,6	106,1	102,0	103,4	101,6	101,0	101,2

Tabela 3. Dynamika podstawowych kategorii makroekonomicznych w gospodarce narodowej (rok poprzedni = 100) w Polsce, w latach 2007–2013. Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski 2014, GUS, Warszawa, s. 474 i 484.

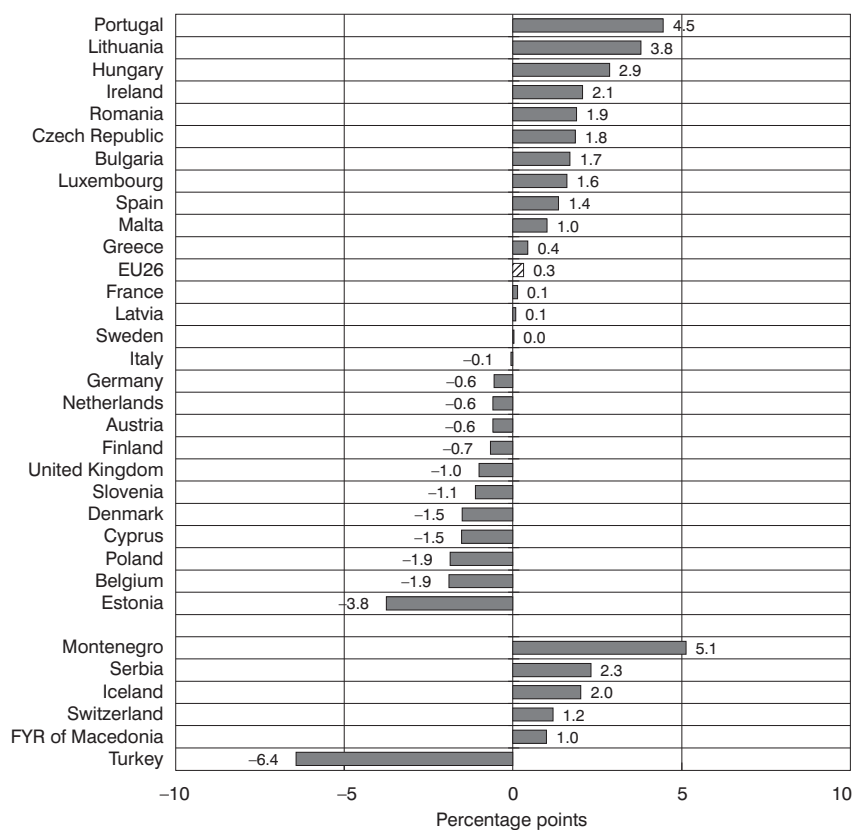
Wskaźniki cen zawarte w tabeli 4 dopełniają wizerunku poprawy sytuacji materialnej gospodarstw domowych. Wzrost cen dla PKB i spożycia pozwala wnioskować, że sytuacja gospodarstw domowych poprawiała się w ujęciu realnym, a więc zwiększają się możliwości powiększania wydatków na zdrowie przez gospodarstwa domowe.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PKB	103,9	103,1	103,7	101,4	103,3	102,5	100,9
Spożycie	103,1	104,3	102,7	102,7	104,7	103,6	100,7

Tabela 4. Wskaźniki cen podstawowych kategorii makroekonomicznych w gospodarce narodowej (rok poprzedni = 100) w Polsce, w latach 2007–2013. Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski 2014, GUS, Warszawa, s. 474.

Spostrzeżenia sformułowane na podstawie podstawowych kategorii makroekonomicznych potwierdza również to, że polskie gospodarstwa domowe zmniejszyły udział wydatków bezpośrednich w całkowitych wydatkach na zdrowie o 1,9 pp. w latach 2007–2012, co pokazuje rysunek 9.

Z badania przeprowadzonego w 2013 r. przez GUS, określającego przyczyny niekorzystania z porad lekarzy specjalistów wynika, że dla 49,8% Polaków jest to długi czas oczekiwania na wizyty, natomiast brak pieniędzy jako przyczynę zadeklarowało 22,9% (*Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*, [http](#), s. 4). W roku 2013 w co trzecim gospodarstwie domowym przynajmniej jedna osoba co najmniej raz skorzystała z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ. Dokładnie było to 35,1%. Jako główną przyczynę wyboru płatnej wizyty gospodarstwa wskazywały odpowiednio: zbyt odległe terminy (49,8%), lepsze wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne (28,3%) oraz lepszych specjalistów (18,6%) (*Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*, [http](#), s. 5). W wydatkach gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną wydatki na usługi specjalistyczne stanowiły 38,1% w 2013 r. (*Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*, [http](#), s. 7). Na podstawie analiz danych liczbowych



Rysunek 9. Zmiana udziału medycznych wydatków bezpośrednich w całkowitych wydatkach na zdrowie, 2007–2012. Źródło: OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing, s. 129.

można pokusić się o stwierdzenie, że wydatki bezpośrednie warto przekształcić w prywatne ubezpieczenia zdrowotne tym bardziej, że ograniczy to korupcję i szarą strefę. Problemem jest jednak, jak nakłonić pacjentów do zmiany podejścia do finansowania ochrony zdrowia.

6. Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia – propozycje rozwiązań

Uogólniając: wydatki bezpośrednie stoją w sprzeczności z ideą funkcjonowania społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, gdyż mało kto może sprostać kosztom leczenia ze swoich dochodów, szczególnie w przypadku bardzo kosztownych procedur medycznych stosowanych w najcięższych chorobach. Ten rodzaj wydatków wpływa na sprawiedliwość społeczną, gdyż

rośnie pionowa nierówność/niesprawiedliwość w społeczeństwie. Ponadto, wydatki te oddziałują na efektywność wykorzystania zasobów w ochronie zdrowia. W Polsce sytuacja jest szczególnie skomplikowana, gdyż z jednej strony SPZOZ-y podobno nie mogą prowadzić działalności komercyjnej, a z drugiej – prywatne ubezpieczenia zdrowotne praktycznie nie odgrywają żadnej roli, gdyż regulacja prawna, a szczególnie fakt, że koszyk świadczeń obowiązkowych jest kopią katalogu świadczeń NFZ, na to nie pozwala. Dlatego warto rozważyć możliwość zmiany przepisów prawa w taki sposób, aby wydatki bezpośrednio przekierować na właściwie przez prawo uregulowane ubezpieczenia komercyjne, gdyż dzięki temu zlikwidowany zostanie problem zbyt dużej liczby łóżek w szpitalach i nadwykonań, czyli zlikwidowane zostaną przyczyny nadmiernych kosztów ponoszonych przez szpitale. Dodatkowo pomoże to w zmniejszaniu szarej strefy na styku prywatnych gabinetów i publicznych szpitali.

Na podstawie systemów łączących ubezpieczenie prywatne i publiczne w ochronie zdrowia w różnych krajach można stworzyć katalog poszczególnych rozwiązań uwzględniających konsekwencje zarówno pozytywne, jak i negatywne ich stosowania.

Jeżeli przyjmujemy możliwość, aby dwa rodzaje płatników, publiczny i prywatny, pośredniczyły w zakupie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych pacjentów, to konkretne rozwiązania mogą być oparte na wprowadzeniu trzech rodzajów rozróżnień dotyczących ubezpieczonych, świadczeń oraz świadczeniodawców:

1. Odwołując się do doświadczeń USA czy Niemiec, **można podzielić społeczeństwo na osobne kohorty posiadające albo społeczne, albo prywatne ubezpieczenie zdrowotne, przy czym obie kohorty otrzymywałyby ten sam koszyk świadczeń u tych samych publicznych i prywatnych świadczeniodawców.** Grupa ubezpieczonych przez prywatnych ubezpieczycieli jest jednak zdecydowanie mniejsza i należą do niej zamożniejsze gospodarstwa domowe. Natomiast grupa objęta publicznym ubezpieczeniem potrzebuje większych zabezpieczeń socjalnych. Takie rozwiązanie oznacza, że składki płacone przez najbogatszych nie zasilają systemu publicznego, co negatywnie wpływa na realizację zasady solidarności społecznej. Ponadto, jeśli prywatni świadczeniodawcy wymagają dodatkowych opłat (jak w Niemczech i Irlandii), to kierują oni swoją ofertę głównie do pacjentów posiadających prywatne ubezpieczenie. Może to prowadzić do zróżnicowania jakości świadczeń, ale odciąża publiczną część systemu i skraca tam kolejki.
2. Na podstawie doświadczeń Francji czy Holandii **można dopuścić, że obaj ubezpieczyciele, publiczny i prywatny, oferują swe ubezpieczenia całemu społeczeństwu. Jednakże idzie za tym podział świadczeń różnicujący je między ubezpieczycielami. Co do świadczeniodawców, to ci sami mogą je świadczyć obu kohortom, ale nie musi tak być ze względu na specyfikę samych świadczeń.** Takie rozwiązanie dopuszcza możliwość

posiadania obu rodzajów ubezpieczenia, ale jednocześnie wymusza zdefiniowanie różnych koszyków świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych ubezpieczycieli. To rozwiązanie sprawia wrażenie najkorzystniejszego ze społecznego punktu widzenia, gdyż społecznie zaakceptowany, a przede wszystkim możliwy do sfinansowania zakres świadczeń jest dostępny dla całego społeczeństwa. Oznacza to, że jakość i dostępność świadczeń są zdeterminowane jakością regulacji prawnej, a więc demokratycznym procesem ustawodawczym. Przykładowo: najdroższe procedury związane z najcięższymi chorobami powinny być zawarte w koszyku publicznego świadczeniodawcy, a leczenie lżejszych przypadków może przejść do koszyka ubezpieczyciela prywatnego, gdzie również mogą być zawarte dodatkowe elementy związane z procesem leczenia. Oczywiście problemem jest wyznaczenie granicy między świadczeniami, które powinny znaleźć się w każdym z koszyków.

3. W Wielkiej Brytanii, Irlandii i Włoszech **zarówno ubezpieczyciel publiczny, jak i prywatny jest dostępny dla całego społeczeństwa i oferuje ten sam koszyk świadczeń, który jednak jest realizowany przez różnych świadczeniodawców.** Takie rozwiązanie prowadzi do skrócenia kolejek oczekujących w publicznej części systemu, gdyż prywatnie ubezpieczeni leczeni są przez odrębnych świadczeniodawców. Pojawia się kwestia konkurowania o najlepszych pracowników medycznych między świadczeniodawcami z obu sektorów systemu. Ponadto, w Polsce możliwa jest wieloetatowość, czyli możliwa byłaby praca w obu sektorach, co prowadziłoby do lepszego dbania o pacjentów pracodawcy oferującego wyższe wynagrodzenie. Oczywiście zmiana regulacji prawnej może wymusić jednoetatowość, co sprzyja dbaniu o posiadane miejsce pracy.

Konstruując ramy prawne do wspólnego funkcjonowania prywatnych i publicznych ubezpieczycieli w polskim systemie ochrony zdrowia, warto wziąć pod uwagę możliwość uzyskania w ramach prywatnego ubezpieczenia **lepszego jakości świadczeń i przyspieszenia leczenia**, jak to ma miejsce np. w Danii, Hiszpanii czy Francji. Ze względu na fakt, że budżet płatnika publicznego jest niewystarczający do zatrudnienia wszystkich zasobów ochrony zdrowia, to dzięki ubezpieczeniu prywatnemu można zabezpieczyć dodatkowe leczenie, a więc zmniejszać czas bezczynności zasobów ochrony zdrowia, co jednocześnie oznacza skracanie czasu oczekiwania u publicznego ubezpieczyciela. Ponadto można wprowadzić ubezpieczenia prywatne gwarantujące wyższy standard leczenia. Takie rozwiązanie otwiera większe możliwości leczenia dla ludzi niezadowolonych z publicznego sektora ochrony zdrowia, ale jednocześnie oznacza nierówność dostępu do leczenia. Bez tej dodatkowej możliwości dostępność do świadczeń nie zwiększy się jednak, a zasoby w części będą niewykorzystane.

Innym sposobem wprowadzenia prywatnego ubezpieczenia jest **współfinansowanie**. W ramach przyjętej regulacji prawnej określa się udział procentowy w koszcie leczenia pokrywany przez publicznego płatnika, a pozostałą

część płaci prywatny ubezpieczyciel. Takie rozwiązanie przyjęte jest np. we Francji, gdzie publiczne ubezpieczenie finansuje 94% kosztów leczenia. Dzięki niemu do ochrony zdrowia wpływają dodatkowe pieniądze i jednocześnie utrzymywana jest dbałość o jakość publicznej części systemu.

Na zakończenie warto zwrócić uwagę na istniejące w Polsce dodatkowe możliwości, jakie mają świadczeniodawcy w celu finansowania swojej działalności ze źródeł prywatnych. Chodzi zarówno o bieżące finansowanie świadczeń, jak i o dokonywanie inwestycji kapitałowych. Świadczeniodawca może oczywiście uzyskać kredyt lub zaciągnąć pożyczkę, ale posiadając osobowość prawną, może dokonać emisji obligacji w celu zwiększenia zasobu pieniądza do swojej dyspozycji, a to stwarza większe możliwości, gdyż jest to bardziej elastyczny sposób od zaciągania kredytu bankowego. Dodatkowo emitent obligacji może je zabezpieczyć na wierzytelnościach wynikających z kontraktu z publicznym płatnikiem. Wydaje się, że ten rodzaj finansowania prywatnego przeznaczony będzie przede wszystkim na realizację inwestycji kapitałowych.

Rozważania dotyczące włączenia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego umożliwiają sformułowanie pewnych spostrzeżeń. Najważniejsze, że nastąpi zwiększenie wydatków na świadczenia. Z badań (Propper i Green, 1999, s. 1–2) wynika jednak, że z dużym udziałem prywatnego finansowania ochrony zdrowia związane są wysokie koszty, natomiast systemy ochrony zdrowia, w których większy udział ma finansowanie publiczne, są skuteczniejsze w ograniczaniu kosztów. Finansowanie publiczne prowadzi więc do większej efektywności gospodarowania zasobami niż finansowanie prywatne. Badania również nie potwierdzają populistycznego poglądu, że zwiększenie finansowania prywatnego doprowadzi do tego, że publiczny sektor ochrony zdrowia będzie świadczył kiepskie usługi biednym ludziom. Duży udział finansowania prywatnego nie oznacza spowolnienia wzrostu finansowania publicznego.

7. Zakończenie

Wzrost wydatków na ochronę zdrowia w konfrontacji z możliwościami budżetu państwa i zasobem w dyspozycji NFZ, a także czas oczekiwania na leczenie i jakość świadczeń zdrowotnych zmuszają do rozważenia zmiany sposobu finansowania ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem roli państwa. Sytuacja, w jakiej znalazł się polski system ochrony zdrowia i doświadczenia innych krajów pozwalają sformułować wniosek, że pod warunkiem wprowadzenia właściwej regulacji prawnej warto zasób publicznego pieniądza zwiększyć o pieniądz, który wpłynąłby z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Wydaje się, że należy dążyć do zminimalizowania wydatków bezpośrednich, gdyż przy istnieniu kolejek do lekarzy prowadzą one do korupcji i szarej strefy. Jednoczesne funkcjonowanie płatnika publicznego i prywatnego doprowadzi do efektywności gospodarowania

zasobami dzięki m.in. konkurencyjności świadczeniodawców zabiegających o kontrakty. Konkurencja między płatnikami będzie tym samym prowadzić do poprawy warunków kontraktowania. Zadaniem dla ustawodawcy jest stworzenie ram prawnych, w których przede wszystkim wyznaczony będzie górny pułap dla kosztów administracyjnych płatników, aby pieniądze ze składek nie były przeznaczane na inne cele niż leczenie, a także skonstruowanie koszyków świadczeń zdrowotnych, prowadzone będą prace nad JGP, systemem informacyjnym i informatycznym.

W polskich warunkach, gdzie funkcjonowanie ochrony zdrowia zostało upolitycznione, a rząd zaniedbał działań informacyjnych i edukacyjnych umożliwiających osiągnięcie konsensusu społecznego dotyczącego zasad funkcjonowania prywatnych ubezpieczycieli i świadczeniodawców, konieczne jest wprowadzenie nowego porządku prawnego, umożliwiającego poprawę zarówno dostępności świadczeń, jak i ich jakości.

Przypisy

- ¹ Rząd w Australii, podejmując reformę systemu ochrony zdrowia, opierał się na badaniu wykorzystującym metodę SFA. Raporty zawarte są na stronie internetowej: <http://www.pc.gov.au/projects/study/hospitals/report> (02.05.2015).
Również takie badanie przeprowadzone było m.in. w Szwajcarii, a skrócony raport znajduje się na stronie internetowej: http://doc.rero.ch/record/5191/files/1_wp0501.pdf (02.05.2015).
- ² „Od jajka do jabłek” – „Od początku do końca” (Horacy).
- ³ Opracowania znajdują się na stronie: <http://www.healthlaw.org/issues/health-care-reform/health-care-financing-principles-to-ensure-universality-equity-and-accountability#.VKaP-VNd2cQ> (02.05.2015).

Bibliografia

- Chernikovskiy, D. (2000). The public-private mix in the modern health care system – concepts, issues and policy options revisited. *NBER Working Paper*, 7881.
- Hurley, J. (2001). Ethics, economics and public financing of health care. *Journal of Medical Ethics*, 27, 234–239.
- Götze, R. i Schmid, A. (2012). Healthcare Financing in OECD Countries Beyond the Public-private Split. *TranState Working Papers*, 160. Pozyskano z: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1998037 (02.05.2015).
- Informacja o wynikach kontroli stanu technicznego obiektów użytkowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej. NIK Delegatura w Lublinie, LLU-410-13/09, nr ewid. 167/2009/P09147/LLU. Pozyskano z: <http://www.nik.gov.pl/plik/id,1255,vp,1259.pdf> (02.05.2015).
- Kornai, J. i Eggleston, K. (2002). *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*. Warszawa: Wydawnictwo WSPiZ im. L. Koźmińskiego.
- Kozierkiewicz, A. (2008). Wielki pośrednik. *Menedżer Zdrowia*, 2, 24–28.
- Mały Rocznik Statystyczny Polski 2014 (2014). Warszawa: GUS.
- Narodowy rachunek zdrowia za 2012r., GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. Pozyskano z: http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/4/5/1/z_narodowy_rachunek_zdrowia_2012.pdf (02.05.2015).

- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*, GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. Pozyskano z: http://stat.gov.pl/download/gfx/portal_informacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/2/4/1/ochrona_zdrowia_w_gospodarstwach_domowych_w_2013_r.v2.pdf (02.05.2015).
- Polton, D. (2012). *Public/private mix in health care financing*. Referat wygłoszony na 2012 EHMA Annual Conference. Pozyskano z: <http://www.ehma.org/files/2.%20Plenary%20Session%20-Polton.pdf> (02.05.2015).
- Propper, C. i Green, K. (1999). A larger role for private sector in health care? A review of the arguments. *CMPO Working Paper, 99/009*, University of Bristol.
- Provider payments and cost-containment: lessons from OECD countries, Technical brief for policy-makers, 2/2007*. Pozyskano z: http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_07_2-providerpay_oecd/en/ (02.05.2015).
- Ten Health Care Financing Principles to Ensure Universality, Equity, and Accountability*. Pozyskano z: <http://www.healthlaw.org/issues/health-care-reform/health-care-financing-principles-to-ensure-universality-equity-and-accountability#.VKIplNd2cQ> (02.05.2015).
- Thomson, S. i Mossialos, E., *Private health Insurance in the European Union*, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Pozyskano z: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4216&langId=en> (02.05.2015).
- Tresch, R.W. (1981). *Public Finance: A Normative Theory*. Plano, Texas: Business Publications.
- Wagstaff, A. i van Doorslaer, E. (1992). Equity in the finance of health care: Some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 11, s. 361–387.