

Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia

Zdrowie Publiczne

i Zarządzanie

od redaktorów

Wprowadzenie3

opłaty nieformalne

Milena Pavlova, Tetiana Stepurko, Vladimir S. Gordeev,
Sonila Tomini, Irena Gryga, Wim Groot
Informal patient payments for health care services: policy challenges and
strategies for solutions5

Stanisława Golinowska
Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia
polskie12

współpłacenie

Milena Pavlova, Marzena Tambor,
Godefridus G. van Merode, Wim Groot
Are patient charges an effective policy tool? Review of theoretical
and empirical evidence29

Petra Baji, Imre Boncz, György Jenei, László Gulácsi
The short story of co-payments for health care services in Hungary
– lessons for neighbouring countries37

Elka Atanasova, Emanuela Moutafova, Todorka
Kostadinova, Milena Pavlova
Patient payments and the problems in medical services provision
in Bulgaria48

Stanisława Golinowska, Marzena Tambor,
Christoph Sowada
Wprowadzenie dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych – opinie głównych uczestników polskiego systemu
opieki zdrowotnej54

Liubove Murauskienė, Marija Veniute, Milena Pavlova
The opinions of the key health care stakeholders towards patient payments in
Lithuania62

Irena Gryga, Tetiana Stepurko, Andrii Danyliv, Maksym
Gryga, Olga Lynnyk, Milena Pavlova, Wim Groot
Attitudes towards patient payments in Ukraine: is there a place for official patient
charges?69

Health Impact Assessment

Cezary Włodarczyk
Koncepcja „Oceny wpływu na zdrowie” (*Health Impact Assessment*) i jej
wykorzystywanie w Unii Europejskiej. Perspektywa sektora prywatnego79

prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Irmina Jurkiewicz, Carole Tinardon
Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich. Przykład
rozwiązań francuskich95

Wim Groot
Quality and efficiency improvement and cost containment through regulated
competition in the Dutch health care system106

Adam Reichardt
Health insurance reform in the United States: old lessons
on a renewed debate111

niepubliczna opieka stacjonarna

Błażej Łyszczarz
Struktura własnościowa a efektywność świadczeniodawców121

Katarzyna Dubas
Szpitale niepubliczne w województwie małopolskim – profil działalności oraz
znaczenie w systemie lecznictwa137

do autorów149

do czytelników149

PRZEWODNICZĄCA**Prof. dr hab. Stanisława Golinowska**

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego,
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Prof. dr hab. Antoni Czupryna

Pełnomocnik Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Klinicznych
w Collegium Medicum
Dyrektor Instytutu Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Prof. dr hab. Wojciech Drygas

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej,
Uniwersytet Medyczny, Łódź

Prof. dr hab. Józef K. Gierowski

Zakład Patologii Społecznej, Katedra Psychiatrii,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Prof. dr hab. Maria Danuta Głowacka

Kierownik Katedry Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Akademia Medyczna, Poznań

Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Dziekan Wydziału Lekarskiego
Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Prof. dr hab. Hubert Izdebski

Dyrektor Instytutu Nauk o Państwie i Prawie,
Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski

Prof. dr hab. Witold Lukas

Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej, Wydział Lekarski
I Oddział Stomatologiczny, Śląska Akademia Medyczna, Zabrze

Prof. dr hab. Antonina Ostrowska

Zastępca Dyrektora Instytutu Filozofii i Socjologii,
Polska Akademia Nauk, Warszawa

Prof. dr hab. Stanisław Owskiak

Kierownik Zakładu Polityki Finansowej,
Katedra Finansów, Uniwersytet Ekonomiczny, Kraków

Prof. dr hab. Zbigniew Szawarski

Zakład Etyki Instytutu Filozofii, Wydział Filozofii i Socjologii,
Uniwersytet Warszawski

Prof. dr hab. Jerzy Szczerbań

Kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna, Warszawa

Prof. dr hab. Stanisław Tarkowski

Zakład Środowiskowych Zagrożeń Zdrowia, Instytut Medycyny Pracy
im. Prof. J. Nofera, Łódź

Prof. dr hab. Alicja Walczak

Kierownik Zakładu Higieny, Epidemiologii i Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin

Prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH
Warszawa

Prof. dr hab. Jan Zejda

Śląska Akademia Medyczna, Katowice

komitet redakcyjny**Redaktor Naczelny****Prof. dr hab. Cezary Włodarczyk**

Kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania,
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Prof. dr hab. Stanisława Golinowska

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego,
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Prof. dr hab. Janusz Hałuszka

Kierownik Zakładu Zdrowia i Środowiska, Instytut Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Prof. dr hab. Jolanta Jaworek

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum

Prof. dr hab. Andrzej Pająk

Dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu



Instytut Zdrowia Publicznego
ul. Grzegorzeczka 20
31-531 Kraków
tel. (12) 424-13-66
e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

*Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia.
Zdrowie Publiczne i Zarządzanie.
Pismo Instytutu Zdrowia Publicznego
Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM*

sekretarz redakcji

Elżbieta Ryś

redakcja

Dorota Węgierska

korekta

Katarzyna Jagieła

projekt okładki

Marcin Bruchnalski

wydawca

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM

współwydawca

Wydawnictwo UJ

skład i łamanie

Hanna Wiechecka

ADRES REDAKCJI

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM
ul. Grzegorzeczka 20
31-531 Kraków
tel. (12) 424-13-66
e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

Nakład: 250 egzemplarzy

Przedruk i powielanie tekstów zamieszczonych na łamach pisma
wyłącznie za zgodą redakcji.

Wprowadzenie

Finansowanie i organizacja ochrony zdrowia we współczesnym świecie stanowią przedmiot niekończącej się debaty i licznych reform. Potrzeby zdrowotne zdają się bowiem nienasycone. Rosną wraz z wydłużaniem się ludzkiego życia, wzrostem poziomu życia i wykształcenia ludności – a więc praktycznie w całym świecie rozwiniętym i w coraz większej liczbie krajów rozwijających się. Ponadto nowe technologie medyczne tworzą nadzieję na uzyskanie korzystnego efektu zdrowotnego niezależnie od innych czynników wzrostu potrzeb, a zauważyć należy, że kategoria „zdrowie” obejmuje coraz więcej spraw, także tych, które kiedyś traktowano jako sprawy urody i sprawności. To powoduje, że publiczne systemy ochrony zdrowia, gdy nie są dostatecznie finansowane, nie są w stanie pełnić swej podstawowej funkcji – zaspokajania potrzeb zdrowotnych wszystkich grup ludności na możliwym do osiągnięcia i oczekiwanym przez obywateli poziomie.

Wydawałoby się, że alternatywą publicznych systemów ochrony zdrowia w krajach zamożniejszych mógłby być system rynkowy. Doświadczenie historyczne pokazało jednak jednoznacznie, że nie jest to alternatywa rozwojowo efektywna. W wielu krajach o wysokich dochodach i dominacji rozwiązań rynkowych w sektorze zdrowia status zdrowotny populacji jest daleki nawet od przeciętnego dla krajów o podobnym poziomie zamożności. Rynek prywatnych instytucji ubezpieczeń zdrowotnych ukazał swoje wady, które polegają na ograniczaniu dostępu wielu grupom ludności (i to nie tylko tym najuboższym), a nierówności w zdrowiu – często narastające – są źródłem problemów społecznych i ekonomicznych. Ograniczenia dostępu do zdrowia zagrażają biologicznemu rozwojowi zmieniającej się demograficznie populacji i są sprzeczne z globalnymi celami rozwoju społecznego, wśród których coraz bardziej jednoznacznie wysuwa się dążenie do osiągania równości zdrowia.

Między publiczną a rynkową służbą zdrowia sytuuje się wiele rozwiązań „pomiędzy”, które próbują uporać się z problemami zaspokajania potrzeb zdrowotnych, trudnych do rozwiązania w „czystych” rozwiązaniach publicznych bądź w „czystych” rozwiązaniach rynkowych. Drogi budowania rozwiązań „pomiędzy” mają obecnie różne punkty startu. Kraje postkomunistyczne ze swym publicznym systemem służby zdrowia, zwanym modelem Siemaszki, zmieniają go istotnie, wprowadzając wiele rozwiązań quasi-rynkowych bądź w niektórych obszarach ochrony zdrowia nawet całkowicie rynkowych. Z kolei kraje z przewagą rozwiązań rynkowych w coraz szerszym zakresie wprowadzają rozwiązania publicznej służby zdrowia albo w odniesieniu do wybranych adresatów: dzieci, osób starszych, osób biednych i/lub w stosunku do pewnego rodzaju usług zdrowotnych, np. zdrowia publicznego czy związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych i przewlekłych. Do reform w kierunku

ograniczenia rozwiązań rynkowych w celu osiągnięcia powszechnego dostępu do ochrony zdrowia dążą też Stany Zjednoczone, o czym pokrótce relacjonuje jeden z artykułów prezentowanego numeru zeszytów.

Niektóre kraje wprowadzają rozwiązania polegające na swoistej symbiozie rozwiązań regulacyjno-administracyjnych z rynkowymi. Ten rodzaj reform, zwanych *public-private mix*, występuje w krajach o znacznej dojrzałości instytucjonalnej i wysokiej kulturze zarządzania w ogóle oraz w sektorze zdrowotnym szczególnie. Dwa przykłady zdecydowanie zasługują tu na uwagę: francuski i holenderski. Poświęcamy im artykuły, które sygnalizują oryginalne podejście w polityce zdrowotnej, warte pogłębionych studiów.

Wprowadzanie elementów rynkowych do lub obok publicznego systemu ochrony zdrowia w krajach postkomunistycznych dokonuje się nadal bez odpowiedniego namysłu. Nie bez przesady Wiliam Hsiao w artykule z „Health Policy” (nr 32 z 1995 r.) pisał, że w regionie Europy Środkowej i Wschodniej zbyt często bezkrytycznie przyjmuje się założenia o efektywności stosowania zasad rynkowych w ochronie zdrowia. Tak jakby zawodność rynku była bez znaczenia w porównaniu z zawodnością znanego z przeszłości państwa. Ponadto wiemy już z doświadczenia, że przy stałym domaganiu się szybkich reform radykalne zmiany wprowadza się bez należytego przygotowania – w sposób rewolucyjny, jakby w obawie o utratę szansy (*windows of opportunity*). Jednocześnie nawet tam, gdzie chodzi o regulacje sprzyjające zasadom rynkowym, nie przykładają się dostatecznej wagi do jakości regulacji i tworzonych instytucji.

Taka sekwencja: najpierw szybka zmiana na podstawie jednostronnie, a nawet nieściśle zdefiniowanego problemu, a dopiero potem analiza skutków i niekiedy wycofanie się z podjętej zmiany należą do specyfiki okresu transformacji. Bob Deacon w swych pracach na temat polityki społecznej w krajach regionu Europy Środkowej i Wschodniej pisał, że te szybkie reformy w krajach postkomunistycznych, często promowane przez międzynarodowe agencje, stanowią rodzaj społecznego i bardzo kosztownego eksperymentu. Aby skutek takich eksperymentów był mniej bolesny, potrzebna jest dogłębna świadomość celów wprowadzanych reform, oszacowanie warunków i kosztów ich wprowadzenia oraz rozumienie szerokiego spektrum potencjalnych efektów. Potrzebne są więc rozpoznania, analizy, symulacje i rozważania ukazujące potencjalne korzyści oraz potencjalne zagrożenia wprowadzanych zmian. To jest możliwe tylko wtedy, gdy reformy są poprzedzane odpowiednimi badaniami. W początkowych okresach zmian nie zawsze to było możliwe, nie zawsze też politycy zdawali sobie sprawę z konieczności podejmowania stosowanego namysłu. Niekiedy zresztą dążenie do uzyskania szybkiego efektu przemawiało za rezygnacją z prowadzenia zbyt długich

deliberacji. Argumenty, że w polityce zdrowotnej tylko w niektórych sytuacjach i tylko w niektórych krajach przestrzega się zasad uporządkowanego postępowania, są tylko częściowo pocieszające. Współcześnie, po dwudziestu latach przemian mamy szansę na pożądaną sekwencję przy wprowadzaniu kolejnych zmian, tak w Polsce, jak i w innych krajach regionu. Zarówno badacze, jak i reformatorzy mogą (i powinni) z tej szansy skorzystać.

W oddawanym Państwu numerze zeszytów przedstawiamy zarówno rozważania teoretyczne, jak i opis rozwiązań praktycznych dotyczących prywatyzacyjnych i/lub rynkowych reform wprowadzanych do sektora zdrowotnego krajów postkomunistycznych. Główna uwaga skoncentrowana jest na dopłatach pacjentów do usług zdrowotnych, świadczonych w sektorze publicznym. Dopłaty te są bowiem tematem europejskiego projektu: *Assessment of patient payment policies and projection of their efficiency, equity and quality effects: The case of Central and Eastern Europe* (ASSPRO CEE 2007), realizowanego w ramach programu nauk społeczno-ekonomicznych i humanistycznych.

Doświadczenia z wprowadzaniem opłat pacjentów w krajach postkomunistycznych są szczególnie godne uwagi, jako że proces ich wprowadzania jest obecnie politycznie bardzo trudny, prowadzi niekiedy do odwrotu od podjętego już przedsięwzięcia. Z tego punktu widzenia warto więc zwrócić uwagę na artykuł kolegów z Węgier o wycofaniu się z reformy. W tym kontekście interesujące są także artykuły na temat badania opinii społecznej o dopłatach pacjentów w poszczególnych krajach.

Wiele miejsca w zeszytach poświęcamy debacie i badaniom sektora prywatnego w polskiej ochronie zdrowia, w której z pewnym opóźnieniem rozważa się i wprowadza oficjalne zmiany w tej dziedzinie. Jednocześnie udział prywatnego finansowania (z dochodów indywidualnych ludności) jest relatywnie wysoki, co często jest wymuszane przez niesprawność systemu publicznego. To powoduje, że ten wysoki udział prywatnego finansowania i brak klasycznych prywatnych instytucji finansowych: prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

czy formalnych dopłat pacjentów, traktowany jest przez niektórych ekspertów zagranicznych jako forma szarej strefy ochrony zdrowia. Znaczna skala bezpośredniego finansowania usług zdrowotnych (bez udziału trzeciej strony), szczególnie w ambulatoryjnym sektorze specjalistycznym, oraz wysokie wydatki na leki niewątpliwie ograniczają dostęp do usług zdrowotnych wielu grupom ludności. To zwiększa też całkowite koszty systemu. W sytuacji zagrożenia zdrowia pacjenci od razu zgłaszają się do szpitala, omijając indywidualnie drogą specjalistykę, co wobec konieczności często wielomiesięcznego oczekiwania na konsultację jest psychologicznie całkowicie zrozumiałe. Przy tym dyskusja o prywatnych podmiotach w opiece zdrowotnej jest często zdeformowana i z trudem kieruje się w stronę wątków merytorycznych. W tych warunkach ważenie pozytywnych i negatywnych skutków prywatyzacji bywa bardzo trudne.

Zapewne niebawem zostaną podjęte w Polsce odpowiednie decyzje o przygotowaniu legislacji w zakresie prywatnych instytucji płatniczych. Następują już przekształcenia publicznych placówek zdrowotnych w prywatne czy komunalne spółki. Zmienia się więc instytucje i relacje w sektorze zdrowotnym. Przedstawiając wyniki badań na ten temat w krajach z podobnym punktem startu oraz wstępne badania przeprowadzane w Polsce, chcielibyśmy zachęcać badaczy i decydentów do przemyślanej i unikającej emocji stosunku do przygotowywanych rozwiązań. Wszystko, co dotyczy możliwości tkwiących w instytucjach i mechanizmach sektora prywatnego, zawiera potencjał bardzo dużych zmian w dostępie do zdrowia oraz wpływa na efekty zdrowotne populacji. Energia wyzwolana dzięki angażowaniu publicznych i prywatnych pieniędzy może pozwolić na osiągnięcie poważnych korzyści w zakresie efektywności działania. Może jednak także przyczynić się do powstania nowych, odmiennych od dotychczasowych, napięć i konfliktów. Byłoby dobrze, gdyby racje przemawiające za różnymi rozwiązaniami były dostatecznie starannie przemyślane i przygotowane. Ocena zasadności celów oraz rozważenie potencjalnych efektów kolejnych reform powinny być działaniem stale ponawianym.

Stanisława Golinowska i Cezary W. Włodarczyk

Milena Pavlova, Tetiana Stepurko, Vladimir S. Gordeev,
Sonila Tomini, Irena Gryga, Wim Groot

Informal patient payments for health care services: policy challenges and strategies for solutions

Key words: informal payments, health care, policy strategies

■ Introduction

The topic of informal patient payments is rather new in research and policy discussions although the phenomenon has existed for decades [1]. Studies on informal patient payments published hitherto refer mainly to the period after 1990 and mainly to former-socialist countries [2]. Therefore, Thompson and Witter [3] argue that informal patient payments are one of the phenomena, which the transition economies inherited from the communist period. Nevertheless, unofficial payments for health care services are reported in other countries as well. This includes low- and middle-income countries, for example Uganda, Peru and Turkey [4–6], and high-income countries like Greece [7], which are not former-socialist countries. Certain unofficial payments for health care services (even though not widely spread) are reported in some other high-income countries in Europe, such as Italy and Austria [8]. Apparently, the presence of informal patient payments is an important feature of many health care systems around the world [9].

Empirical studies indicate that informal payments are made to both medical staff in hospitals and general practitioners in polyclinics (e.g. [3, 10–17]). Informal patient payments are most often reported for services included in the basic health care package, but services outside the basic package are also affected. These payments are observed in all patient groups irrespective of the socio-economic status of the patients. However, empirical studies in some countries report certain variations among the patient groups. For example, elderly and those with low-level of education are found to pay less informally than the younger and those with high-level of education [7, 17].

The measurement of informal patient payments is a challenging task since these payments are a multi-face phenomenon with different features even within a single country, i.e. in the frame of the same health care system, regulations and traditions [2]. Nevertheless, empirical

evidence indicates that informal patient payments can represent a significant part of the income of the health care providers. In some instances, physicians may earn as much as a full additional salary from informal payments [9, 18]. In more extreme cases (i.e. specialised doctors in Albania), physicians may increase their incomes up to five times through such informal payments [19].

These payments can also represent a significant part of the total health care expenditure. According to Lewis [15], informal health care expenditure represents about 84% of the total national health expenditures in Azerbaijan and 56% in the Russian Federation. More recent studies suggest that informal health care expenditure constitutes about 1.5–4.6% of the total health expenditure in Hungary, about 3.6% in Bulgaria and about 0.3–0.5% in Poland [9, 17, 18]. Although the level and incidence of informal payments are difficult to compare across countries, these payments are substantial in terms of both scope and scale, and should not be neglected.

This paper outlines the negative effects of informal payments for public health care provision and the reasons for their existence. Based on this, the paper discusses a mixture of strategies as a plausible solution to informal patient payments. The focus is on policy mechanisms that can help to deal with this type of payment in a country.

1. Why do informal patient payments matter?

Informal patient payments affect the health care provision in a very complex and interrelated manner. On the one hand, these payments usually exist in a context of limited resources for health care provision and therefore, informal compensations to providers appear to be a feasible solution for receiving treatment. On the other hand, these payments are a threat to public health since those who cannot afford to pay informally might forgo or delay seeking treatment [7, 20, 21, 26]. Thus, informal patient

payments can jeopardise efficiency, equity, and quality of health care provision.

In case of informal patient payments, the providers of health care services are compensated individually, irrespective of the value of health care provision to the society. Thus, the role of health policy and priorities set by policy-makers are undermined by the existence of these payments. The informal cash-flow goes directly from the patients to medical staff in publicly funded health care facilities and remains unregistered. In view of this, informal patient payments can become a major impediment to ongoing reforms because they hinder the estimation of future funding requirements of the health care sector [12, 15].

The existence of informal patient payments can also obstruct the attempts to improve the technical efficiency of health care provision [13, 15]. In fact, these payments might introduce incentives for providing less cost-effective services if patients are willing or accept to pay informally. It is likely that the practice of informal patient payments can lead to resource allocation that is different from the social optimum. Specifically, in case of informal patient payments, resources are not allocated based on the benefits to the society and services are not consumed by those who would benefit most, but rather by those who are able to pay or are easily forced into paying [3, 7, 12, 22]. Thus, social efficiency is adversely affected as well.

Significant quality improvements, as a result of informal patient payments seldomly exist. Overall, health care providers are not interested in reinvesting these payments in the public health care system (e.g. for purchasing new medical equipment) but are more likely to invest them in their own private practices (if dual-practice is allowed and if informal payments are invested at all). In the long run, this leads to better quality of services provided in the private sector, even when provided by the same physician. Thus, the public health care provision remains underfunded even when informal patient payments are widely spread. This does not mean however, that the health care providers remain under-paid. Yet, there are no incentives for health care providers to improve current conditions and working patterns when they provide public health care services and receive informal payments [15].

The most adverse effect of informal patient payments concerns equity. When informal patient payments are established as a practice, patients who cannot afford to pay informally either avoid or delay seeking treatment, or more likely, use personal savings, loans and sell assets to cover these payments [26]. The ultimate effect is the same as referring patients to the private health care sector [13]. Thus, the burden of informal patient payment is not distributed equally within different socio-economic groups. In some instances, patients with very low earnings are found to pay informally about six times more in relation to their income than those in high-income groups [20, 21]. Therefore, informal patient payments are highly regressive even when compared to formal patient fees [15].

Since informal patient payments are provider-determined (excluding expressions of gratitude where patients are intrinsically motivated to make informal payments),

there is a hypothesis that health care providers can cross-subsidise unofficially when charging wealthier patients with higher informal payments than the poor patients [13]. However, the validity of this hypothesis depends to a large extent on the social structure and level of solidarity within the society [23]. The rationale behind the theory of cross-subsidising is quite weak since willingness-to-pay is a more important determinant of informal patient payments than the ability-to-pay, especially when immediate care is needed and where the choice of providers is limited [13]. There is no reason to expect that wealthier patients will pay more informally than the poor. In fact, the empirical evidence shows rather the opposite [20, 21].

The issue of informal patient payments is also relevant to policy-making when formal patient payments are introduced or considered for introduction. There is an overall concern that official charges do not have the ability to eliminate the informal ones, and their introduction may result in a mixture of formal and informal payments by the patients [24–26]. If no effective measures for dealing with informal patient payments are introduced, the effectiveness of the exemption mechanism for vulnerable population groups that accompanies official charges, could be undermined.

2. Why do informal patient payments exist?

Before attempting to deal with informal patient payments, it is necessary to understand the reasons for their existence and their role in health care provision. This could indicate the mechanisms through which these payments can be influenced by policy, as well as relevant strategies for dealing with these payments.

The literature offers various theoretical explanations of informal patient payments. Namely, Gaal and McKee [27] develop a cognitive behavioural model on informal payments, which draws on the theory of government failure and extends Hirschman's theory of "exit, voice, loyalty" (INXIT theory). The INXIT theory is applicable in different situations, i.e. indentifying quality-conscious patients and physicians, and analysing their response to a decline in performance, as well as to key dilemmas in the health care systems seeking to improve equity and efficiency [27].

Another theory that could offer a way of understanding informal patient payments is the theory of Bourdieu [28]. This theory is constructed in response to theory of rational choice as an explanation of human behaviour. It emphasises the role of practice and embodiment or forms in social dynamics and worldview constructions. Bourdieu [28] uses the concepts "field" and "habitus", where "field" is a social arena in which people manoeuvre and struggle in pursuing desirable resources and where "habitus" is a system of dispositions toward various practices.

Theories from the field of sociology and psychology (such as theory of rational choice, theory of social exchange, psychology of change, theories of reasoned action and planned behaviour) also appear relevant for

explaining the phenomenon of informal patient payments. For example, Vian and Burak [29] analyse the existence of informal payments from the perspective of intentions, past behaviours, attitudes and beliefs.

Empirical evidence confirms these theoretical explanations. It indicates that informal patient payments are sometimes made due to the patients' gratitude for services provided [10, 12], but such payments also result from the misuse of market power by the health care providers due to monopoly or due to the principle-agent relation between providers and patients [7, 13, 25].

As reported in empirical studies (e.g. [3, 7, 10, 12, 15, 30–32]), the main reasons why patients make informal payments and why physicians or medical staff accept/request such payments, can be summarised as follows:

Patients make informal payments in order to:

- thank the physician and medical staff;
- reduce waiting time from referral to hospitalisation;
- obtain services with higher quality or obtain more services;
- obtain treatment at specific health care facilities or from specific physicians;
- obtain services that are not available formally in the medical institution;
- substitute for a high formal patient payment;
- respond to the request of physician or medical staff to pay informally;
- establish a good relationship with the physician (in order to get good service next time or to get the service at any time).

Physicians or medical staff accept/request such payments due to:

- low level of income and salaries;
- possibility to receive unregistered cash that is several times higher than formal fees;
- incoherence between official fees and physicians' perception of their true costs;
- perceived higher expertise than colleagues, who receive the same reimbursement;
- lack of resources for purchasing necessary equipment, instruments, and materials;
- lack of resources for professional development and improvement;
- lack of regulations and unresponsive government.

Thus, informal patient payments can be seen either as "donation" or as "fee-for-service" [9]. The donation hypothesis affirms that gratitude payments do not adversely affect efficiency in health care provision in cases when the gratitude payments are sustainable [26]. Gratitude payments can improve the responsiveness of health care staff, ensure sustainable supply of human resources, and provide incentives for physicians to stay in the profession, especially in countries where medical staff is under-paid [9]. The fee-for-service hypothesis states that informal patient payments can exhibit the adverse effects of formal co-payments but with additional complication of lack of transparency, which makes it difficult to control them [3, 10, 15, 27]. Still, these are only hypotheses and they need to be tested to explain the existence of informal patient payments in some parts of the world and their absence in others.

3. Three areas for possible solutions

Overall, the reasons for the existence of informal patient payments discussed above, suggests three areas for possible solutions to the problem of informal patient payments: cultural perceptions, insufficient funding of the health care sector and lack of control and accountability in the health care system.

Cultural perceptions

People use gifts to express their gratitude. Thus, gratitude payments for health care services could be seen as a part of the social culture (see e.g. [10, 12]). However, informal patient payments are gratitude payments as long as they are gifts in kind with negligible monetary value and are given after the service provision [1] by the thankful patient without any request or hint by the staff. Truly gratitude payments would be sustainable for the patient and patient's family, and would not adversely affect efficiency in health care provision. The elimination of such informal payments would require a change of culture, which means inter-sector efforts and generally more time to be achieved. Nevertheless, informal payments that are not truly gratitude payments (e.g. expensive gifts in kind or informal cash payments often requested by the staff or given by the patient as a bribe for service provision) may also look or may be even presented like gratitude payments. To be able to deal with such "gratitude" payments, strategies for dealing with corruption should be followed [30, 33].

Insufficient funding

In countries where the public health care sector is under-funded, the existence of informal patient payments is often excused by insufficient health care resources (see e.g. [3]). As a result, informal patient fees are charged by providers to fill in the gaps in funding of medical supplies, diagnostics, pharmaceuticals and hospital hotel services. Informal compensations are also requested (directly or indirectly) to supplement the low salaries of health care providers. Under these circumstances, informal payments become a means for the patient to receive more attention by the health care staff, as well as to ensure better quality and quicker access to health care [7, 26, 31]. Informal compensations also provide incentives for low-paid physicians to stay in the profession. However, the implementation of formal patient fees with an adequate exception mechanism in addition to a suitable health care funding mechanism, would be a more appropriate solution to insufficient health care resources. Nevertheless, Lewis [5] shows that this is not sufficient to eliminate informal payments. The formal fees should be accompanied by a suitable rewarding mechanism for the physicians.

Lack of control and accountability

Governance and accountability in the health care sector emerge as important determinants of the performance of the health care systems (see e.g. [27, 33]). Nevertheless, they are still under-estimated and even neglected in some countries. Poor governance and poor accountability contribute to the existence of corruption and create a favourable environment for informal patient payments. The incapability to maintain the rule of law leads to non-ethical behaviour of medical staff, who can use their bargaining power to increase their earnings [34, 35]. Thus, the development of a transparent system for monitoring and control of health care provision and patient payments can be essential steps in dealing with informal payments.

4. Strategies for dealing with informal patient payments

There is no single solution since the phenomenon of informal patient payments is not isolated but rather connected to the overall performance of public health care sector in a country (e.g. [3, 13]). Moreover, different strategies for dealing with informal patient payments have various disadvantages [3, 13].

Punitive measures

Penalties can be imposed on those who receive/request informal payments. One of the basic characteristics of the environment where informal payments are prevalent is a weak regulatory system. Strengthening the control and accountability in the health care sector will be essential for dealing with corruption. However, if the financing of the health care system is insufficient, it is hard to expect that imposing sanctions to providers would be an effective measure for dealing with informal patient payments. Among other things, imposing sanctions could be one of the driving forces for shifting providers from public to private sector. The government should continue to invest in the improvement of health care quality and access to health care services.

Higher salaries for health care workers

The income of physicians and medical staff could be increased. Informal patient payments often supplement the low salaries of physicians and medical staff in the public sector. However, the simultaneous increase in the income level of physicians and medical staff is a rather challenging task since it depends on the overall economic growth in the country. An alternative is to implement a provider payment mechanism that will allow for a more fair compensation for service provision (e.g. based on quality and professional skills) rather than a uniform central payment scale for physicians and medical staff. This, however, should be combined with a significant increase in the incomes of providers who offer good services, to assure the acceptance of this new provider payment mechanism by the medical lobby.

Introduction of formal patient charges

It is assumed that patients who pay informally would be in favour of introducing official charges for public health care services. Yet, there is an overall concern that official charges do not have the ability to eliminate the informal ones, and that their introduction would result in a mixture of formal and informal payments by the patients. Moreover, vulnerable population groups who are exempted from formal charges might continue to pay informally, especially if the medical staff refuses to grant the formal exemption and requests an informal payment. This could result in a failure of the exemption mechanism that accompanies the official charges and could create public opposition towards these changes. It is necessary to assure that formal charges replace informal payments immediately after their introduction.

Development of private sector alternatives

The effect of informal patient payments is similar to shifting the patients to the private sector. Therefore, the development of the private sector could help to formalise the informal payments. In particular, patients could be offered the option to use health care services included in the basic health care package but provided by private health care providers. This could result in a direct competition for patients and some physicians might decide to be involved in both sectors. Lower or no official charges in the public sector compared to the private sector might stimulate the use of public health care services. However, better quality of services provided in the private sector, even when provided by the same physician (if dual-practice exists), might shift patients to the private sector. Given the potential weaknesses of each of the above options, a mixture of strategies is advisable for dealing with the problem of informal patient payments. The successful implementation of these strategies and the possibility to circumvent their weaknesses will depend on the particular setting and the overall conditions in the country [3, 13]. The prevalence of corruption in the society is crucial. Dealing with corruption at all social levels will be a precondition for dealing with informal patient payments.

5. Changes in attitudes as a precondition for success

Changes in attitudes of the health care consumers, providers and policy-makers will also play a crucial role in eliminating informal payments for health care services. This could help to build a social resistance against this type of payments.

Health care consumers

While consumers are generally interested in solving the problem of informal patient payments, they often accept these payments as a means of gaining more attention, better quality and quicker access to health care. Information campaigns among health care consumers are needed to change their attitude towards informal

payments [10, 29]. In addition to this, patients need to be well informed about the size of the official fees that they are obliged to pay for health care service *prior* to the use of these services. Patients are often unable to make a distinction between formal and informal payments, especially if they do not know the exact size of the formal charge. Also, there is a need of a formalised channel for filing complaints by patients who are asked to pay informally for health care services. The procedure for filing such complaints should be easy and simple.

Health care providers

Health professionals are often reluctant to comply with strategies for dealing with informal patient payments and attempt to maintain the “status quo”. They might even try to sabotage measures aimed at eliminating informal payments (e.g. by creating unnecessary delays for patients). Therefore, the power of the medical lobby will play a key role in eliminating informal payments [3, 13]. Mechanisms to improve integrity and ethics in health care provision will be essential. It is necessary to develop a professional code of conduct for physicians and other health professionals related to medical and non-medical activities. The main objective of such codes should be to ban the request or acceptance of any informal payment (either in cash or in kind), including gratitude payments and gifts.

Health policy-makers

Informal patient payments are not always seen as a negative phenomenon by policy-makers, especially in countries with very low fiscal capacities and insufficient financing of the public health care sector [15, 26]. In these countries, informal patient payments could be the only factor that maintains the survival of the public health care system and keeps physicians working in public health care institutions (e.g. hospitals). Thus, policy-makers might address informal patient payments since they are of an unethical nature, but they might decide to neglect these payments in their decisions since they do not have an alternative for filling in the gaps in the public health care budgets. Due to the non-transparent nature of the informal patient payments, health authorities might even deny the existence of bribes in the health care system [3]. Under such circumstances, solutions to the problem of informal patient payments would not be a priority. Changes in the attitude of policy-makers toward informal patient payments will be essential.

Conclusion and policy recommendations

This paper reviewed the policy challenges related to informal payments for public health care provision and strategies for dealing with these payments. Although we recognise that the exact measure for eliminating informal patient payments depends on the country context (e.g. prevalence of corruption, and attitudes of health system stakeholders towards informal payments), we outline

several policy recommendations that might be useful for policy-makers confronted with this health care problem.

In particular, we suggest that policy-makers should strengthen the control and accountability in their health care sectors and create a system of penalties for those who receive/request informal payments. A simple and easily accessible system for filing complaints by patients, who are asked to pay informally for health care services, should be in place. At the same time, it will be necessary to assure continuous government investments in the improvement of health care quality and access to health care services, as well as an adequate system funding for the normal functioning of the public health care sector.

The implementation of a provider payment mechanism that allows for an adequate and fairer compensation for service provision (depending on quality and professional skills) could also facilitate the elimination of informal patient payments. There should be also incentives for the development of a private sector that leads to direct competition between public and private providers, but the dual-practice by physicians should be prohibited.

These mechanisms for dealing with informal patient payments could be coupled with the introduction of official/formal patient charges with an adequate exemption and fee reduction mechanism for those who cannot pay or who use health care frequently. It is also necessary to identify instruments to assure that formal charges replace informal payments immediately after their introduction to avoid the double financial burden to patients, as well as the failures of the exemption mechanism. Moreover, a transparent system of official patient charges should be created. Information about official charges and free-of-charge services should be available and easily accessible to patients prior to service use.

Information campaigns targeting health care consumers, providers and policy-makers should be launched in order to mobilise a social opposition against informal patient payments. This will be an important precondition for the successful elimination of these payments.

Acknowledgement:

The study is financed by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services.

Abstract:

The topic of informal patient payments is rather new in policy discussions although the phenomenon has existed for decades. These payments are a threat to public health since they jeopardise efficiency, equity and quality of health care provision. Most importantly, those who cannot afford to pay might not seek or delay seeking treatment. Before attempting to deal with informal patient payments, it is necessary to understand the reasons for their existence and their role in health care provision. This could indicate the mechanisms through which these payments can be influenced by policy, as well as relevant strategies for dealing with these payments. This paper outlines a mixture of strategies as a plausible solution to informal patient payments. The successful im-

plementation of these strategies depends on the particular setting and the overall conditions in the country (e.g. prevalence of corruption, and attitudes of health system stakeholders towards informal payments).

■ Streszczenie:

Nieformalne opłaty pacjentów za świadczenia opieki zdrowotnej: wyzwania dla polityki i strategie rozwiązań

Słowa kluczowe: opłaty nieformalne, opieka zdrowotna, strategie polityki zdrowotnej

Nieformalne opłaty pacjentów, choć występują od wielu dekad, są tematem stosunkowo nowym w dyskusjach z zakresu polityki zdrowotnej. Opłaty te są zjawiskiem niekorzystnym, ponieważ zagrażają efektywności, równości i jakości opieki zdrowotnej. Co najistotniejsze, osoby które nie stać na poniesienie opłaty, mogą zaniechać korzystania z opieki zdrowotnej lub wizytę u lekarza opóźnić. Przed podjęciem prób zwalczania opłat nieformalnych istotne jest zrozumienie powodów ich istnienia i roli, jaką pełnią w dostarczaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwoli to na wskazanie mechanizmów, poprzez które polityka zdrowotna będzie oddziaływała na opłaty nieformalne, a także istotnych strategii ich zwalczania. W artykule przedstawione zostały różnorodne strategie oraz prawdopodobne rozwiązania problemu opłat nieformalnych. Skuteczne zastosowanie tych strategii zależy od uwarunkowań danego systemu, a także ogólnych warunków istniejących w kraju (np. powszechności zjawiska korupcji i stosunku uczestników systemu opieki zdrowotnej do opłat nieformalnych).

References:

- Adam G., *Gratuity for doctors and medical ethics*. „The Journal of Medicine and Philosophy” 1989; 14: 315–322.
- Stepurko T., Pavlova M., Gryga I., Groot W., *Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments*. „BMC Health Services Research” 2010; 10: 273.
- Thompson R., Witter S., *Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform*. „International Journal of Health Planning and Management” 2000; 15: 169–187.
- Hunt J., *Bribery in health care in Peru and Uganda*. NBER Working paper series. National bureau of economic research, Cambridge 2007.
- Lewis M., *Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries*. „Health Affairs” 2007; 26: 984–997.
- Tatar M., Ozgen H., Sahin B., Belli P., Berman P., *Informal payments in the health sector: a case study from Turkey*. „Health Affairs” 2007; 26: 1029–1039.
- Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras T., *Informal payments in public hospitals in Greece*. „Health Policy” 2008; 87: 72–81.
- Health Consumer Powerhouse, Euro health consumer index 2009*. European Commission, Brussels 2009.
- Gaal P., Belli P.C., McKee M., Szocska M., *Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas*. „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2006; 31(2): 251–291.
- Balabanova D., McKee M., *Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria*. „Health Policy” 2002; 62: 243–273.
- Belli P., Gotsadze G., Shahriari H., *Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia*. „Health Policy” 2004; 70: 109–123.
- Delcheva E., Balabanova D., McKee M., *Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria*. „Health Policy” 1997; 42: 89–100.
- Ensor T., *Informal payments for health care in transition economies*. „Health Policy” 2004; 58(2): 237–246.
- Gaal P., McKee M., *Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care*. „Social Science and Medicine” 2005; 60: 1445–1457.
- Lewis M., *Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implications*, in: Mossialos E. et al. (eds), *Funding health care: options for Europe*. Open University Press, Buckingham–Philadelphia 2002.
- McMenamin I., Timonen V., *Poland's health reform: politics, markets and informal payments*. „Journal of Social Policy” 2002; 31: 103–118.
- Open Society Institute, *Informal payments in the healthcare system (in Bulgarian)*. Sofia 2008.
- Health Ministry, *Funding public health in Poland (in Polish)*. Warszawa 2008.
- Healy J., McKee M., *Health sector reform in Central and Eastern Europe: the professional dimension*. „Health Policy and Planning” 1997; 12(4): 286–295.
- Mastilica M., Bozиков J., *Out-of-pocket payments for health care in Croatia: implications for equity*. „Croatian Medical Journal” 1999; 40(2): 152–159.
- Szende A., Culyer A.J., *The inequity of informal payments for health care: the case of Hungary*. „Health Policy” 2006; 75: 262–271.
- Allin S., Davaki K., Mossialos E., *Paying for 'free' health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe*, in: Transparency International/Centre for Global Development, *Global corruption report*. The University Club of Washington, Washington, DC 2006.
- Ensor T., Sun P.B., *Access and payment for health by the poor in Northern Vietnam*. „International Journal of Health Planning and Management” 1996; 11(1): 69–84.
- Baschieri A., Falkingham J., *Formalizing informal payments: the progress of health reform in Kyrgyzstan*. „Central Asian Survey” 2006; 25: 441–460.
- Ensor T., Savelyeva L., *Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan*. „Health Policy and Planning” 1998; 13: 41–49.
- Lewis M., *Who is paying for health care in Europe and Central Asia? Europe and Central Asia Region Monograph*. The World Bank, Washington, DC 2000.
- Gaal P., McKee M., *Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'*. „International Journal of Health Planning and Management” 2004; 19: 163–178.
- Bourdieu P., *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Routledge, London 1984.
- Vian T., Burak L.J., *Beliefs about informal payments in Albania*. „Health Policy and Planning” 2006; 21: 392–401.
- Shishkin S., *Informal out-of-pocket payments for health care in Russia*. Moscow Public Science Foundation, Moscow 2003.

31. Vian T., Grybosk K., Sinoimeri Z., Halld R., *Informal payments in government health facilities in Albania: results of a qualitative study*. „Social Science and Medicine” 2006; 62: 877–887.
32. Ensor T., Witter S., *Health economics in low income countries: adapting to the reality of the unofficial economy*. „Health Policy” 2001; 57: 1–13.
33. Vian T., *Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions*. „Health Policy and Planning” 2008; 23: 83–94.
34. Miller W.L., Grødeland Å.B., Koshechkina T.Y., *If you pay, we'll operate immediately*. „Journal of Medical Ethics” 2002; 6: 305–311.
35. Thompson R., Xavier A., *Unofficial payments for acute state hospital care in Kazakhstan. A model of physician behaviour with price discrimination and vertical service differentiation*. LICOS Discussion Papers, Discussion Paper 124. Centre for Institutions and Economic Performance, Leuven 2002.

■ About the authors:

Milena Pavlova, PhD – Assistant Professor Health Economics, Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Tetiana Stepurko, MPH – PhD researcher Informal Patient Payments in Europe, School of Public Health; National University of 'Kyiv-Mohyla Academy'; Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Vladimir S. Gordeev, MD, MPH – PhD researcher Out-Of-Pocket Payments in Russia, Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Sonila Tomini, MSi – PhD researcher Informal Patient Payments in Albania, Maastricht Graduate School of Governance; and Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Irena Gryga, PhD – Director of School of Public Health, School of Public Health; National University of 'Kyiv-Mohyla Academy'

Wim Groot, PhD – Professor Health Economics, Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; and Topinstitute Evidence-Based Education Research (TIER)



Stanisława Golinowska

Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie

Słowa kluczowe: korupcja w opiece zdrowotnej, nieformalne opłaty pacjentów, Polska

Badanie zostało przeprowadzone w ramach projektu ASSPRO CEE 2007 finansowanego przez Komisję Europejską w ramach 7. Programu Ramowego, Temat 8: Nauki społeczno-ekonomiczne i humanistyczne, Projekt ASSPRO CEE 2007 (umowa nr 217431). Wyrażone w publikacji poglądy są wyłącznie poglądami autorki i niekoniecznie odzwierciedlają oficjalne stanowisko Komisji Europejskiej.

Wprowadzenie

Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia, powszechnie znane w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (CEE), nie są zjawiskiem specyficznym dla regionu krajów postkomunistycznych, chociaż zapewne ich skala jest tu znacząco większa niż w krajach starej Europy.

Występowanie opłat nieformalnych w ochronie zdrowia traktowane jest jako należące do szerszego obszaru zachowań korupcyjnych, które są definiowane jako *nadużywanie funkcji publicznych w celu osiągnięcia prywatnych korzyści* [1]. Takie zachowania występują powszechnie, ale w krajach o niższych dochodach na ogół częściej niż w krajach bogatszych i instytucjonalnie dojrzałszych, chociaż w ocenie niektórych autorów zachowania korupcyjne w krajach zamożniejszych nie są odosobnione, tylko zwykle dobrze ukryte, np. przy sprawozdawczości kosztowej świadczeniodawców, w orzeczeniach medycznych i korporacyjnych opiniach lekarzy czy w ocenach technologii medycznych. W USA pisze się o tym od pewnego czasu dość otwarcie [2, 3], a kampania związana z reformą ochrony zdrowia prezydenta Obamy formułuje to wprost.

Z rozważań i analiz problemu wynika, że sektor zdrowotny jest bardziej podatny na korupcję niż inne sektory

i że czynniki temu sprzyjające mają charakter związany ze specyfiką sektora zdrowotnego¹. Specyfika ta polega na: (a) znacznym zakresie asymetrii i nierównym dostępie do informacji stron wymiany, (b) powierzaniu indywidualnych interesów agentowi, który „wie lepiej” (*principal-agent mechanism*), (c) niepewności o potrzebach zdrowotnych oraz (c) złożoności systemu, w którym występuje duża liczba uczestników w transakcjach związanych z udzielaniem usług zdrowotnych.

Co do wyjaśnienia zjawiska opłat nieformalnych w sektorze zdrowotnym istnieje wiele teorii, które można by sklasyfikować do czterech grup. Pierwsza z nich obejmuje wyjaśnienia w ramach koncepcji zwanej teorią opłaty za usługę (*fee for service theory*), która jako główny czynnik dodatkowych opłat eksponuje **ograniczenia ekonomiczne** – niedostateczne środki do sfinansowania procesu tworzenia usługi zdrowotnej [9]. Takie ograniczenia występowały nie tylko w socjalistycznych gospodarkach niedoboru, lecz występują także w krajach transformacji i w wielu innych krajach o niskich dochodach z publicznym systemem ochrony zdrowia. Ograniczenia te wywołują dostosowawcze reakcje uczestników systemu. Reakcja po stronie podaży polega na pozyskiwaniu środków prywatnych i to zarówno legalnie, jak i nielegalnie, w celu umożliwienia tworzenia usług medycznych, które w dzisiejszym świecie wymagają całkiem okazałych nakładów. Z kolei reakcja po stronie popytu polega na poszukiwaniu możliwości realizacji indywidualnej potrzeby w sposób pozasystemowy – stosowaniu opłat nieformalnych tam, gdzie jest to najbardziej skuteczne. Obie motywacje są zgodne co do kierunku.

Głównym źródłem drugiej grupy teorii wyjaśniania opłat nieformalnych są **czynniki społeczno-kulturowe, związane z systemem wartości danego społeczeń-**

¹ Specyfika zachowań uczestników wymiany w sprawach związanych ze zdrowiem była przedmiotem wielu prac analityczno-teoretycznych podejmowanych przez takich autorów, jak: Arrow [4] czy Sappington [5] oraz Getzen [6]. W raporcie Transparency International z 2006 r. na temat korupcji syntetycznie opisali ją Savedoff i Hussmann [7], a w kolejnej publikacji teoretycznej Vian [8].

stwa. W krajach o wysokim poziomie wartości rodziny i zdrowia oraz pielęgnowaniu więzi rodzinnych opłata za usługę jest zarówno wyrazem wdzięczności, jak i dowodem na to, że ma miejsce indywidualna troska o członka rodziny. Wyjaśnienie to „uniewinnia” lekarzy i sprzyja bezradności, nieskuteczności, a nawet niecelowości prowadzenia polityki zwalczającej opłaty nieformalne. Ten rodzaj wyjaśnień, zwanych hipotezą donacji (*donation hypothesis*), znajdujemy zarówno w literaturze węgierskiej [9], jak i polskiej [10]. Wśród zwolenników tego nurtu istnieje skłonność do zaliczania całości opłat nieformalnych do wdzięczności za troskę i usługę.

Niekiedy eksponowana jest **trzecia grupa teorii, należących do nurtu etyczno-prawnego**. Przyjmuje się w nich, że głównym źródłem opłat nieformalnych jest niskie morale środowiska medycznego (skrajny indywidualizm i woluntaryzm), które już dawno nie respektuje etyki oraz misji zawodowej i w celu zaspokojenia swych materialno-hedonistycznych potrzeb wyczekuje gratyfikacji lub wręcz nakłaniania pacjentów do dodatkowych opłat. Warto zauważyć, że obecnie podobne oceny dotyczą nie tylko środowiska medycznego, lecz także innych środowisk zawodowych o istotnej roli zarówno w życiu publicznym, jak i w życiu każdego obywatela: prawników, doradców finansowych, menedżerów, polityków i urzędników. W ocenach tych coraz częściej zwraca się uwagę na to, że nieetyczne zachowania są wynikiem wadliwego funkcjonowania licznych instytucji w warunkach osłabionej współcześnie demokracji, w której nie ponosi się odpowiedzialności za decyzje zawodowe [11].

Założenie o słabościach etycznej postawy lekarzy wywołało zróżnicowane reakcje otoczenia i władzy. W okresie centralnego planowania w kalkulowano takie postawy w politykę wynagradzania lekarzy. „Nie trzeba im dobrze płacić, ponieważ sami sobie dopłacą, przyjmując datki od pacjentów” [12]. W ostatniej dekadzie odwrotnie – podjęto restrykcyjne działania prawne w celu wzmocnienia kontroli w sektorze zdrowotnym oraz wzrostu penalizacji lekarzy przyjmujących dodatkowe opłaty. Ten rodzaj wyjaśniania opłat nieformalnych dominował w Polsce w okresie 2005–2007 i był źródłem restrykcyjnych działań rządu wobec środowiska lekarskiego. Równoległe znaczny nacisk kładziono na edukację etyczną lekarzy oraz tworzenie kodeksów etycznych w korporacjach zawodów medycznych.

Czwarta grupa teorii sytuuje **wyjaśnianie opłat nieformalnych w zawodności państwa i słabości rządu**. W literaturze ekonomicznej więcej miejsca poświęcono zawodności mechanizmu rynkowego niż zawodności państwa², ale w krajach transformacji państwo *a priori* zostało w gospodarce zanegowane. Z tego powodu przyjmowano, że rynek wszędzie jest dobry [15] i w konsekwencji problemom rządu i zarządzania publicznego nie poświęcano zbyt wiele uwagi.

Tymczasem słabość państwa daje się we znaki korzystającym z każdego systemu publicznego, także ochrony zdrowia. Rozmyta odpowiedzialność licznych uczestników systemu opieki zdrowotnej, braki informacyjne o funkcjonowaniu systemu, brak narzędzi monitorujących i kontrolujących system, niejasna strategia, niekonsekwentne motywacje i braki w ewaluacji – to główne czynniki, które powodują, że uczestnicy systemu biorą sprawy w swoje ręce i oddolnymi przepisami (prawo powielaczowe) czy niepisаныmi regulaminami ustalają opłaty, które okresowo pozwalają zapobiec dysfunkcjom systemu. Ten rodzaj zachowań obserwowano w Polsce, szczególnie w okresie nasilenia reform systemu opieki zdrowotnej (przełom dekady lat 90. i następnej) oraz nałożenia się nań innych reform, szczególnie decentralizacyjnej. W krajach transformacji, w których zarówno rynek, jak i regulacyjne zdolności państwa są nadal słabe, społeczna samoregulacja w postaci rozwiązań „szarych” i nieformalnych okazuje się sposobem na zaspokojenie wielu ważnych potrzeb ludzkich. Ostatni globalny kryzys finansowy zwrócił uwagę na to, że także w krajach o dojrzałych gospodarkach rynkowych i posiadających dobrze rozwinięte instytucje zawodność państwa i zawodność rynku mogą się wzmacniać, przyczyniając się do poważnych trudności w uzyskaniu korzystnych efektów nie tylko dla wzrostu gospodarczego, ale i szerzej – dla zrównoważonego rozwoju [16].

Wskazanie tych czterech nurtów wyjaśniania nieformalnych opłat w opiece zdrowotnej nie oznacza, że w konkretnej rzeczywistości główne czynniki każdego nurtu działają rozłącznie. W Polsce mamy do czynienia z jednoczesnym działaniem wielu czynników, chociaż można by wskazać, że w pewnych okresach niektóre z nich miały przewagę.

Te liczne nurty teoretyczne, które starają się wyjaśnić opłaty nieformalne pacjentów, wartościują je w zróżnicowany sposób; z jednej strony bardziej neutralnie – jako zachowania uwarunkowane zewnątrz wobec sektora zdrowotnego, a z drugiej bardziej jednostronnie – jako nieetyczne zachowania lekarzy, posiadających dużą autonomię („władzę”) i wykorzystujących ją bezpośrednio (nakłanianie) i pośrednio (tworzenie warunków i niepoddawanie się reformom) do dodatkowego wynagradzania.

Na wstępie przyjmujemy założenie, że opłaty nieformalne należą do zachowań korupcyjnych. To pozwoli prześledzić dyskusję, liczne badania oraz działania rządów, które sytuują się w obszarze tematów poświęconych korupcji. Nie oznacza to jednak, że akceptujemy pogląd, iż wszystkie opłaty nieformalne mają charakter zachowań korupcyjnych, na co zwraca uwagę prezentowane opracowanie. Ograniczymy się do analizy zjawiska w Polsce w kontekście tendencji występujących w innych krajach postkomunistycznych (regionu CEE).

² Rozważania na temat zawodności rynku w najpełniejszy sposób zostały przedstawione w podręcznikach na temat ekonomii sektora publicznego [13] oraz *welfare state* [14]. Oba główne podręczniki na ten temat zostały w Polsce przetłumaczone i wydane. Natomiast problematyka dobrego rządu i społecznie efektywnego zarządzania publicznego nie została dostatecznie opracowana i przedstawiona, mimo postulatywnych zapisów w kilku dokumentach rządowych, szczególnie opracowywanych na potrzeby otwartej koordynacji programów i strategii wspólnych z UE.

1. Opłaty nieformalne w krajach postkomunistycznych

To, co łączy wiele definicji opłat nieformalnych w ochronie zdrowia formułowanych przez autorów pochodzących z regionu CEE³, można ująć następująco: (1) opłaty nieformalne występują w relacjach między świadczeniodawcami (lekarzami, pielęgniarkami, zarządem placówek zdrowotnych) a pacjentami i/lub ich rodzinami, (2) mogą być związane z gratyfikacją za udzieloną usługę lub z oczekiwaniem usługi wyższej jakości czy uprzywilejowanym traktowaniem, z uzyskaniem szybszego dostępu i deficytowej technologii medycznej, (3) opłaty są dobrowolne mimo możliwej presji ze strony świadczeniodawcy, (4) mogą mieć charakter pieniężny lub rzeczowy, (5) nie są legalne w takim sensie, że nie są przedmiotem regulacji przyzwalających na nie, ale jednocześnie nie są jednoznacznie wskazane jako nielegalne.

Badania na temat występowania opłat nieformalnych w regionie CEE przez długi czas były bardzo skromne, ale ostatnie 20 lat przyniosło duży postęp w tej dziedzinie. Najwcześniej o zjawisku występowania opłat nieformalnych w krajach postkomunistycznych, ich przyczynach i skutkach zaczęli pisać Węgrzy. W poniższym zestawieniu podano głównych autorów oraz ich prace dotycząc opłat nieformalnych w regionie CEE.

Badania i rozważania poświęcone opłatom nieformalnym koncentrowały swą uwagę na kilku celach jednocześnie: (1) identyfikowaniu zjawiska i szacowaniu jego skali, (2) rozpoznawaniu i wyjaśnianiu głównych przyczyn ich występowania oraz motywacji do ich rozwoju, (3) rozpoznawaniu skutków i (4) rekomendowaniu i analizowaniu polityki zwalczania opłat nieformalnych.

Peter Gaal, który opłatom nieformalnym w ochronie zdrowia poświęcił swą pracę doktorską napisaną pod kierunkiem Martina McKee [9], kompleksowo opisał to zjawisko w postkomunistycznym kraju transformacji, którego przykładem są Węgry. Wnioski tej pracy mają zasadnicze znaczenie dla zrozumienia i oceny zjawiska opłat nieformalnych. Jest on autorem koncepcji zwanej „pozostanie wewnątrz” – *inxit*, która nawiązując do pracy Alberta Hirschmana z 1970 r. *Exit, Voice, Loyalty* [18], wprowadza istotne uzupełnienie. Hirschman analizuje reakcje ludzi na ograniczenia zasobów i złą organizację w firmie, co nie satysfakcjonuje ani pracowników, ani zarządzających. Reakcje dzieli na trzy rodzaje. Pierwsza reakcja jest to wyjście z firmy (*exit*) i poszukiwanie lepszej firmy i/lub sytuacji życiowej. Druga reakcja polega na zabraniu głosu (*voice*), czyli wystąpieniu ze skargą czy jakimś rodzajem protestu w ramach istniejących, legalnych procedur. Trzecia reakcja – to postawa lojalna, polegająca na włączeniu się do programów naprawczych w firmie. Peter Gaal dodaje do tego reakcję czwartą, polegającą na dostosowaniu się w ramach istniejących ograniczeń, ale z poszukiwaniem własnej drogi, która pozwoli na osiągnięcie indywidualnych korzyści. Nazywa to pozostaniem wewnątrz i dostosowaniem się *inxit*. Dostosowanie to w sektorze zdrowotnym polega na

akceptacji opłat nieformalnych jako częściowej odpowiedzi na ograniczone zasoby. Opłaty są korzystne zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów. Jednym uzupełniają ograniczone zasoby, a innym dają poczucie satysfakcji z osiągnięcia dostępu, uważniejszej czy nawet lepszej opieki [19].

Peter Gaal i współautorzy [20] w kolejnej pracy oszacowali skalę opłat nieformalnych na Węgrzech i zwrócili uwagę na to, że zjawisko to nie jest wprawdzie duże (od 1,5 do 4,6% całości wydatków na zdrowie na przełomie dekad), ale jest ono dość trwałe i dotyczy konkretnych segmentów opieki zdrowotnej (opieki stacjonarnej) w znacznie większej skali niż innych. Ponadto autorzy węgierscy, podkreślając wielość czynników prowadzących do występowania opłat nieformalnych, ukazali niejednoznaczność ich oceny. Zwrócili uwagę na wysoki koszt działań antykorupcyjnych w kraju relatywnie niebogatym i dopiero budującym swe służby oraz instytucje. W sumie wyniki rozpoznania ocenili jako mało konkluzywne z punktu widzenia polityki eliminacji opłat nieformalnych. Polityka ta nie jest więc ani klarowna, ani skuteczna (**Tabela I**).

O opłatach nieformalnych w krajach transformacji początkowo pisano jako o zjawisku będącym spuścizną socjalistycznej gospodarki niedoboru. Następnie zwrócono uwagę na ograniczenia w finansowaniu sektora publicznego – w tym sektora zdrowotnego – w okresie kryzysu transformacyjnego. W ostatnich latach wskazuje się na wielość i złożoność czynników występowania opłat nieformalnych w gospodarkach dokonujących licznych reform i instytucjonalnych dostosowań do młodego systemu rynkowego. Eksperti międzynarodowi skupiali się na rozpoznawaniu skutków opłat nieformalnych w odniesieniu zarówno do wpływu na dostępność i równość, jak i na efektywność podejmowanych reform systemu zdrowotnego. W pracach ostatnich lat analizuje się już skuteczność polityki zwalczania opłat nieformalnych.

2. Debata o opłatach nieformalnych w Polsce

O problemie opłat nieformalnych w Polsce przez długi czas otwarcie nie pisano. Sytuacja zmieniła się pod wpływem nacisków zewnętrznych, głównie Banku Światowego, który swym raportem z 1999 r. o korupcji w Polsce [32] spowodował większe zainteresowanie ekspertów, organizacji społecznych, a także polityków tym zjawiskiem. Z inicjatywy polskiego rządu i przy wsparciu Biura Banku Światowego w Warszawie powstała w 2000 r. społecznie działająca Grupa Robocza, nastawiona na uświadamianie problemu korupcji i jej negatywnych skutków oraz na opiniowanie i konsultowanie podejmowanych działań systemowych skierowanych na zwalczanie korupcji.

Do zwalczania korupcji w kraju włączył się jeden z większych i prestiżowych polskich *think tanków* – Fundacja im. Stefana Batorego. W 2000 r. fundacja ta (www.batory.org.pl/korupcja) rozpoczęła, trwającą do dzisiaj,

³ Przegląd badań na ten temat w krajach postkomunistycznych zawiera praca doktorska węgierskiego badacza Petera Gaala (2004) [9] oraz artykuł ukraińskiej doktorantki Tetiany Stepurko i współautorów [17].

Autor	Identyfikowanie	Wartościowanie
Adam G., 1989 [21]	Nieformalna gratyfikacja za wykonaną usługę w publicznym sektorze zdrowia.	Dobrowolna, wyraz woli pacjenta.
Chawla M., Berman P., Kawiorska D., 1998 [22]	Opłaty nieformalne traktowane są jako bezpośredni udział gospodarstw domowych w finansowaniu ochrony zdrowia – finansowanie prywatne.	Sugestia istotnego wpływu na wzrost wynagrodzeń lekarzy niektórych specjalności.
Bognar G., Gal R.I., Kornai J., 2000 [23]	Opłaty nieformalne – pieniężne dowody wdzięczności – uwarunkowane systemowo i kulturowo.	Psują system zdrowotny i utrudniają jego reformowanie.
Shahriari H., Belli P., Lewis M., 2001 [24]	Nieformalna opłata za formalnie bezpłatną usługę w publicznym sektorze ochrony zdrowia obejmuje też dofinansowywanie placówek zdrowotnych.	Jako że są to opłaty nieformalne i nielegalne, stanowią zachowania korupcyjne.
Kornai J., Enggleston K., 2001 [20], wydanie polskie 2002	Opłaty nieformalne są spuścizną socjalistycznej gospodarki niedoboru i elementem szarej strefy gospodarczej.	Pewna prawidłowość gospodarki w specyficznym okresie przejścia od jednego systemu gospodarczego do drugiego.
Włodarczyk W.C., Zając M., 2002 [10]	Opłaty nieformalne stanowią cechę funkcjonowania systemu zdrowotnego w transformowanej gospodarce, pozwalając na pełnienie przez ten system podstawowych funkcji medycznych.	Zjawisko związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w specyficznym okresie rozwoju kraju.
Balabanova D., McKee M., 2002 [26]	Nieformalna gratyfikacja lekarzy w Bułgarii ma zarówno charakter rzeczowy (częściej <i>ex post</i>), jak i pieniężny (często <i>ex ante</i>). Płacą zamożniejsi i młodszy.	Nieformalne opłaty są bardziej wynikiem trudności ekonomicznych okresu transformacji niż zwyczaju.
Gaal P., 2004 [9]	Powiązanie opłat nieformalnych z niedofinansowaniem sektora zdrowotnego i reformami zorientowanymi na obniżanie kosztów (<i>cost containment</i>).	Opłaty nieformalne nie zawsze są nielegalne i nie zawsze są nieformalne w swej istocie.
Ensor T., 2004 [27]	Różne rodzaje opłat nieformalnych: wyrównanie kosztów, wykorzystywanie pozycji na rynku, opłaty za dodatkowe świadczenia.	Akcent na różnicowanie polityki zwalczania nieformalnych opłat odpowiednio do zlokalizowanej przyczyny.
Besstremyannaya G., Shishkin S., 2005 [23]	Równoległy wzrost opłat pacjentów: formalnych w wyniku rozwoju sektora prywatnego i nieformalnych w sektorze publicznym.	Na nieformalne opłaty istnieje ciche przyzwolenie władz, szczególnie w regionach biedniejszych i o niskich wydatkach na opiekę zdrowotną.
Cockcroft A. i inni, 2008 [29]	W krajach bałtyckich połowa kontaktów ze służbą zdrowia związana jest z opłatami.	Im sprawniejszy i bardziej sprywatyzowany sektor zdrowotny, tym opłaty niższe (Estonia <i>versus</i> Litwa).
Bognar G., Gaal R.I., Kornai J., 2010 [30]	Nieformalne opłaty nie są jedyną drogą uzyskania dostępu i opieki.	Obok nieformalnych opłat inną formą zachowań korupcyjnych jest protekcja.
Gaal P., Jakab M., Shishkin S., 2010 [31]	Opłaty nieformalne występują w większej skali i dłużej w krajach z większymi ekonomicznymi problemami transformacji.	Reformy opieki zdrowotnej w regionie CEE nie rozwiązują skutecznie opłat nieformalnych.

Tabela I. Definiowanie i wartościowanie opłat nieformalnych występujących w krajach regionu Europy Środkowej i Wschodniej.

Źródło: zestawienie własne.

program „Przeciw korupcji”, obejmujący takie działania, jak kampanie społeczne (*Korupcja: Nie musisz dawać, nie musisz brać w tym udziału*), informacje oraz szkolenia mające na celu także zwiększenie przejrzystości w życiu publicznym. Równoległe podjęte zostały specjalne badania na temat opłat nieformalnych w sektorze zdrowotnym [33].

Godny uwagi jest fakt, że do debaty aktywnie włączyło się środowisko medyczne i to w sposób instytucjonalizowany, powołując w 2006 r. Lekarską Grupę Roboczą oraz udostępniając portal internetowy Eskulap.

Także środowisko prawnicze, zaangażowane w opracowanie polskich regulacji do *accuis communaitaire*

w związku z akcesją Polski do Unii Europejskiej, przygotowało szereg prac i dokumentów dotyczących rozpoznawania i zwalczania korupcji [34, 35].

2.1. Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia a korupcja

Postrzeganie opłat nieformalnych jako zjawiska naganego, a nawet patologii systemu ochrony zdrowia, nastąpiło wraz z odkrywaniem i ostrą krytyką zjawiska korupcji w gospodarce i w państwie. W latach 90. uwaga publiczna w Polsce zaprzągnięta była wprowadzaniem demokratycznego systemu politycznego oraz kolejnymi rynkowymi reformami w gospodarce i w głównych instytucjach pub-

licznych. Nie przejmowano się korupcją lub jej nie dostrzegano. Może także dlatego, że nadal odwoływano się do solidarnościowych wartości etycznych i pozostawano we wzniosłym klimacie duchowości pod wpływem Jana Pawła II. Autorów piszących o tym zjawisku traktowano jako opozycjonistów gospodarki rynkowej [36]. Korupcję kojarzono z poprzednim systemem – centralnym planowaniem, a nawet ją sytuowano zasadniczo w komunistycznym systemie władzy i instytucji [37], a w nowej rzeczywistości – głównie z przebiegiem procesu prywatyzacji [38]. Zakładano, że jest to uboczny skutek koniecznego procesu, który – gdy zostanie zakończony – stworzy warunki, w których korupcja nie będzie miała racji bytu.

Początkowo ze zdumieniem i niedowierzaniem przyjmowano informacje, często pochodzące z międzynarodowych raportów, o relatywnie wysokiej pozycji Polski w rankingu krajów europejskich czy krajów OECD na temat poziomu korupcji. Do dostrzeżenia korupcji jako zjawiska wysoce negatywnego niewątpliwie przyczyniły się organizacje międzynarodowe, dbające o wysokie standardy funkcjonowania instytucji publicznych i zaufania publicznego. Szczególnie wcześniej i intensywnie do rozpoznawania i zwalczania korupcji przyczynił się Bank Światowy, wskazując na pokaźne straty ekonomiczne krajów, w których występuje wysoki poziom korupcji.

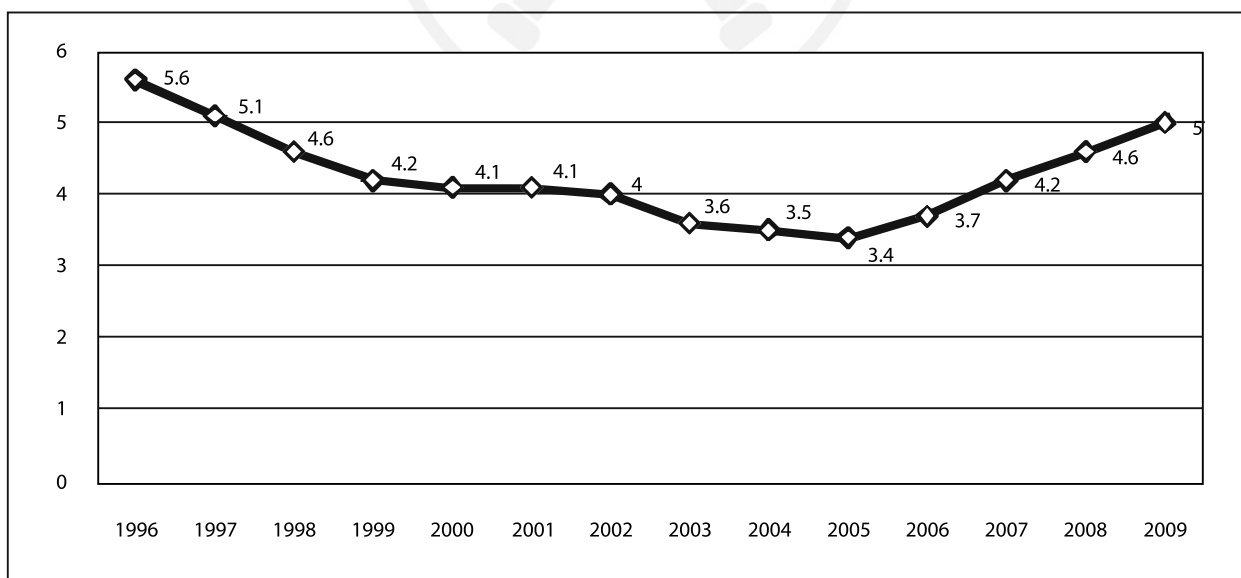
Bank Światowy i Transparency International publikowały raporty z rankingami krajów, oceniając ich instytucje pod względem nieskażenia korupcją na podstawie specjalnie skonstruowanych wskaźników. Bank Światowy korzystał z badań dotyczących otoczenia biznesu i efektów działania firm (BEEPS *survey*), a Transparency International z danych na temat postrzegania korupcji, stosując wskaźnik zwany indeksem postrzegania korupcji (CPI). Oba wskaźniki są silnie skorelowane [39].

Wskaźniki dla Polski znacząco zmieniały się w czasie. W końcu lat 90. zaczęło narastać przekonanie o wzroście korupcji. Jak pisali niektórzy socjologowie,

wzrost wskaźników postrzegania korupcji był w znacznej mierze wynikiem nagłośnienia problemu przez media [40]. Tendencja odwróciła się w drugiej połowie dekady. Na wykresie (**Rysunek 1**) pokazana jest wartość indeksu percepcji korupcji w latach 1996–2009, wskaźnika stosowanego przez Transparency International. Indeks ten przybiera wartości od 0 do 10. Im wyższa wartość, tym lepiej. Wartości bliskie 10 świadczą o czystości danego kraju, a bliżej 0 o bardzo wysokim poziomie korupcji.

Gdy poza ogólnymi ocenami funkcjonowania instytucji państwa, prawa i otoczenia biznesu zaczęto analizować pod kątem korupcji obszary bardziej konkretne, ze wskazaniem zawodów i stanowisk narażonych na korupcję, w raportach pojawiła się ochrona zdrowia i personel medyczny. W badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), w których na podstawie zadawanego pytania o to: *w których z wymienionych dziedzin Pana(i) zdaniem korupcja występuje najczęściej*, służba zdrowia sytuowała się zwykle na drugim miejscu, a w latach 2006–2007 nawet na pierwszym wśród najbardziej skrupupowanych dziedzin w państwie (**Tabela II**).

Także w innych dokumentach sektor zdrowotny pojawiał się wśród najbardziej skorumpowanych obszarów działalności publicznej. W podręczniku na temat korupcji opracowanym przez ekspertów USAID [46] ochrona zdrowia znalazła się wśród kilku innych dziedzin jako bardziej podatnych na występowanie zjawiska korupcji. Także organizacja Transparency International poświęciła specjalną uwagę ochronie zdrowia w jednym ze swych globalnych raportów na temat korupcji [1]. Zakres wskazanych zjawisk korupcyjnych w sektorze zdrowotnym obejmował styk z politykami i ubezpieczycielami, firmami farmaceutycznymi, z zaopatrzeniem szpitali, pomocą międzynarodową w warunkach epidemii HIV/AIDS. Obszary ochrony zdrowia, w których pojawia się korupcja wraz z wyjaśnieniem głównych mechanizmów doń prowadzących, systematycznie opisał Taryn Vian [8].



Rysunek 1. Indeks Percepcji Korupcji Transparency International. Wartość IPK dla Polski w latach 1996–2009.

Źródło: [41].

Okres badania	Dziedzina pierwsza	Dziedzina druga	Dziedzina trzecia
2001	Polityka 54%	Służba zdrowia 47%	Urzędy centralne 38%
2002	Polityka 52%	Służba zdrowia 42%	Sądy i prokuratura 33%
2003	Polityka 60%	Służba zdrowia 43%	Urzędy centralne 37%
2004	Polityka 64%	Sądy i prokuratura 42%	Urzędy centralne 39%
2005	Polityka 61%	Służba zdrowia 50%	Sądy i prokuratura 37%
2006	Służba zdrowia 53%	Polityka 35%	Sądy i prokuratura 32%
2007	Służba zdrowia 58%	Polityka 44%	Urzędy centralne 32%
2009	Polityka 55%	Służba zdrowia 54%	Sądy i prokuratura 29%
2010	Polityka 60%	Służba zdrowia 58%	Urzędy samorządów terytorialnych 31%

Tabela II. Postrzeganie najbardziej skorumpowanych dziedzin w państwie w latach 2001–2010.

Źródło: na podstawie wyników kolejnych badań CBOS [42–45].

Wskazano także na relacje pacjent–lekarz jako na jeden z obszarów występowania zachowań korupcyjnych. Do korupcji zaliczono nieformalne opłaty pacjentów. Pierwsze w Polsce informacje na temat opłat nieformalnych pochodziły z rozszerzonych badań budżetów rodzinnych GUS, zapoczątkowanych w 1994 r. i powtarzanych co kilka lat [47], na podstawie których poszły w świat dane o dowodach wdzięczności pacjentów i wpłatach cegiełek na szpitale [22]. Dzięki badaniom budżetów domowych GUS identyfikowano i szacowano opłaty nieformalne [50], ale bardziej jako wyrazy wdzięczności pacjentów oraz jako indywidualną kontrybucję wspierającą instytucję publiczną w warunkach transformacyjnego kryzysu, który silnie dotknął usługi społeczne, a szczególnie sektor zdrowotny, niż jako zachowania korupcyjne. Natomiast eksperci Banku Światowego, którzy kilka lat później (w 1999 r.) przeprowadzili badania jakościowe na temat opłat nieformalnych w sektorze zdrowotnym⁴, traktowali je jako zachowania korupcyjne [24].

Opłaty nieformalne uzasadniano sytuacją konieczności w warunkach gospodarki niedoboru. Wobec dotkliwych ograniczeń budżetowych istniała znaczna tolerancja różnych dróg dotarcia do świadczenia zdrowotnego. Opłaty nieformalne były niejednokrotnie jedyną drogą uzyskania potrzebnej usługi na czas i w odpowiednim miejscu [48]. Zmiana stosunku do opłat nieformalnych na mniej tolerancyjny zaczęła występować wraz z poprawą sytuacji w sektorze zdrowotnym.

W polskiej debacie na temat korupcji w ochronie zdrowia, podobnie jak w węgierskiej, zwracano też uwagę na kryterium prawne: legalności bądź nielegalności zachowań związanych z opłatami nieformalnymi. Mimo że konstytucja zakłada bezpłatny dostęp do usług opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to

stosowane opłaty były nie tylko społecznie tolerowane, ale, co więcej, nie były traktowane jako nielegalne, ponieważ nie były zabronione. W niektórych wypowiedziach podnoszono, że materialne podziękowania pacjentów po wykonaniu usługi zdrowotnej powinny być traktowane jako dowód wdzięczności, a do wyrażania wdzięczności ma prawo każdy człowiek. Jest to bowiem naturalne prawo do wyrażania uczuć [49].

Tolerowanie opłat nieformalnych wynikało także z wieloletniej praktyki wynagradzania lekarzy na niskim poziomie (około 70% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce [50]). Opłaty stanowiły uzupełnienie oficjalnie niskich zarobków lekarzy. Opinia społeczna w tej sprawie zaczęła ulegać zmianie, gdy dostrzeżono, że poziom życia lekarzy zaczął ulegać widocznej poprawie, niekiedy w kierunku demonstracyjnie luksusowej konsumpcji⁵.

Usprawiedliwianie występowania opłat nieformalnych, znacznie częstsze w latach 90. niż w następnej dekadzie, wynikało z istotnie różnych ich form i różnego stosunku do poszczególnych z nich. W kategorii opłat nieformalnych oraz zagregowanej informacji statystycznej na ten temat mamy do czynienia z „workiem” różnych zachowań; z jednej strony niewinne dowody wdzięczności i wspieranie szpitali w postaci cegiełek, a z drugiej strony – wysoce naganne łapówki i „koperty”.

Do jednoznacznego uznania opłat nieformalnych w ochronie zdrowia za korupcję przyczynił się program polityczny jednej z partii (PiS), stawiający sobie za cel „moralne oczyszczenie społeczeństwa”. Gdy w 2005 r. partia ta objęła rządy, opłaty nieformalne stały się przedmiotem śledztwa specjalnie powołanych antykorupcyjnych służb państwowych. Lekarze przyjmujący prezenty i pieniądze byli aresztowani w świetle kamer telewizyjnych i przykładowo karani.

⁴ Badanie przeprowadzono metodą wywiadów oraz dyskusji w grupach fokusowych z pacjentami oraz personelem medycznym w dwóch dużych miastach (Gdańsk i Wrocław) i w dwóch gminach wiejskich.

⁵ Jeden z wicepremierów rządu w okresie 2005–2006, nagabywany o podwyżki płac dla lekarzy, wyraził wątpliwość co do ich potrzeby, formułując powiedzenie: *Pokaż lekarzu, co masz w garażu*, dając do zrozumienia, że luksusowe samochody stoją w sprzeczności z oficjalnymi danymi o niskich zarobkach.

2.2. Rodzaje opłat nieformalnych

Debata na temat korupcji w ochronie zdrowia i podejmowane badania tego zjawiska pozwoliły na wyróżnienie czterech rodzajów nieformalnych opłat pacjentów⁶, istotnie odmiennych w charakterze oraz różnych pod względem przyczyn, a w konsekwencji – etycznej oceny zachowania osób je stosujących.

W dotychczasowych doniesieniach i badaniach na temat opłat nieformalnych wyraźnie odróżnia się **podarunki** wręczone jawnie personelowi medycznemu (lekarzowi, pielęgniarkie i kiedyś salowej), będące wyrazami wdzięczności za opiekę. Lista podarunków obejmowała zwykle kwiaty, słodycze, kawę, herbatę, napoje alkoholowe oraz pióra czy notatniki, kalendarze i książki. W wyjątkowych przypadkach zdarzały się obrazy i inne droższe przedmioty. To obdarowywanie personelu medycznego występowało zawsze. Tylko prezenty się zmieniały: kiedyś dominowały produkty żywnościowe pochodzenia wiejskiego. W okresie PRL, a szczególnie w dotkliwych momentach funkcjonowania gospodarki niedoboru, lekarze byli obdarowywani towarami „spod lady”, do których należało głównie mięso, wędliny i owoce cytrusowe. Jako że w gospodarce rynkowej dostęp do produktów konsumpcyjnych jest powszechny, a oferta bogata, więc obecnie są to prezenty pochodzące z bogatej oferty handlowej pamiątek i drobiazgów. Dawanie prezentów ma charakter bardziej rutynowy i symboliczny. Jest rodzajem gestu, częścią pewnego obyczaju towarzyszącego zakończeniu wizyty u lekarza czy w placówce opieki zdrowotnej.

Druga forma gratyfikacji służby zdrowia przez pacjentów polega na **finansowym wsparciu szpitala**. Gospodarka niedoboru, bardzo dokuczliwa w latach 80. i w okresie intensywnie przekształcaną gospodarki pierwszej dekady lat 90., odbijała się szczególnie negatywnie na warunkach funkcjonowania sektora publicznego, w tym zwłaszcza szpitali. Brakowało środków na remonty, sprzęt medyczny, a nawet leki. Szpitale pomagały sobie, tworząc szpitalne fundacje, wspomagające finansowo placówki [52] albo decydowały się na wprowadzenie dobrowolnych opłat, zwanych cegiełkami (*brick payment*). Dodatkowo, na życzenie pacjenta, pobierano opłaty za dodatkowe usługi, głównie pielęgnacyjne, wyrównując w ten sposób dramatycznie niskie wynagrodzenia personelu pielęgniarstwa. Pacjenci czy ich rodziny nabywali też leki i materiały medyczne sugerowane przez personel medyczny na potrzeby leczenia w szpitalu. Płacono też za pewne usługi pozamedyczne, np. za dodatkowy pobór energii, gdy używano w szpitalu sprzętu elektronicznego. W nowej dekadzie, gdy ministrowie zdrowia wypowiedzieli się publicznie, że pobieranie tego rodzaju opłat w szpitalach jest nielegalne (minister Czakański i minister Balicki w latach 2003–2004), zaczęto je ograniczać. Jednak nie zniknęły, szczególnie w placówkach, w których kontrakty z publicznym płatni-

kiem (NFZ) nie wystarczają na całoroczne finansowanie leczenia. Ich występowanie można dostrzec np. w badaniach budżetów rodzinnych, w których pacjenci informują o opłatach quasi-formalnych, które nie są wprawdzie w przepisach prawa zdefiniowane *expressis verbis* jako dozwolone, ale z punktu widzenia pacjenta mają charakter formalny, jako że są określone regulacjami wewnętrznymi szpitali i całkowicie jawne.

Trzecia forma nieformalnych opłat w sektorze zdrowotnym polega na **dawaniu łapówek lekarzom** w celu uzyskania specjalnych korzyści. W okresie przed reformą ochrony zdrowia w 1999 r., kiedy obowiązywała rejoni-zacja, głównym powodem dawania łapówek było uzyskanie wejścia⁷ do pożądanego specjalisty oraz szpitala. To brak prawa wyboru lekarza był źródłem poszukiwania sposobów na jego dochodzenie. Obecnie łapówka dawana lekarzowi jest raczej sposobem na ominięcie kolejki czy uzyskanie opieki konkretnego specjalisty, a także sposobem na uzyskanie drugiej opinii medycznej – upewnienia się co do postawionej diagnozy.

Istotne znaczenie w zachowaniach pacjentów miało poszukiwanie dostępu do nowych technologii medycznych w oczekiwaniu wyższej skuteczności leczenia, większego komfortu leczenia i większego bezpieczeństwa, w sytuacji raczej powolnego wdrażania niektórych technologii w sektorze finansowanym ze środków publicznych. Ta forma nieformalnych opłat od pewnego czasu bezpośrednio nie występuje. Pacjenci uzyskują bowiem te korzyści dzięki wcześniejszym, prywatnym wizytom u lekarzy, którzy jednocześnie są zatrudnieni w pożądanym przez pacjenta szpitalu. Leczenie szpitalne jest wtedy naturalną kontynuacją leczenia u swobodnie wybranego specjalisty, prowadzącego prywatną praktykę. Należy dodać, że zjawisko podwójnego zatrudnienia, czyli wykonywania prywatnej praktyki przez lekarzy, którzy są jednocześnie zatrudnieni w szpitalach, jest bez mała powszechne. Pacjent nawiązuje bezpośredni kontakt z lekarzem w jego drugim miejscu pracy, czyli w instytucji prywatnej, i na tej podstawie oczekuje nie tylko wejścia do placówki publicznej, w której jest kolejka, lecz także uważniejszego traktowania przez lekarza, z którym wcześniej nawiązał kontakt, korzystając z jego usług w prywatnym gabinecie.

Czwarta forma, zdecydowanie korupcyjna, polega na **placeniu personelowi medycznemu za konkretną usługę „pod stołem”**. Wykonywane usługi mają wtedy określone, powszechnie znane ceny, a opłata przekazywana jest lekarzowi w kopercie. Jednocześnie pacjenci wiedzą, komu trzeba zapłacić. Nie wszyscy lekarze bowiem przyzwalali na pobieranie opłat. Ten proceder został radykalnie ograniczony w połowie dekady, kiedy Centralne Biuro Antykorupcyjne rozpoczęło „naloty” na szpitale, aresztując lekarzy pobierających opłaty za usługi. Reakcja lekarzy była zdecydowana. Z jednej strony zaczęli się domagać wzrostu płac, występując z hasłem „nie chcę brać, ale potrzebuję przyzwoitego wynagrodzenia”, z drugiej

⁶ To rozróżnienie nieformalnych dopłat zastosowano wcześniej w opracowaniu na rzecz projektu Healthquest [51].

⁷ Rejonizacja dostępu do lekarza była główną uciążliwością funkcjonowania ochrony zdrowia w krajach socjalistycznych, przyczyniając się do praktyki pobierania łapówki za dostęp do pożądanego lekarza i/lub placówki. Opisuje to trafnie na przykładzie Węgier Peter Gaal [9], a w odniesieniu do Polski: Golinowska, Tymowska [12] i Tymowska [54].

– w środowisku medycznym podjęto prace nad głębszym rozpoznaniem zjawiska. Powstała wspomniana już Lekarska Grupa Robocza ulokowana przy Fundacji im. Stefana Batorego w programie „Przeciw korupcji”, której celem było zwrócenie uwagi na mechanizmy systemowe, sprzyjające korupcji w sektorze zdrowotnym [55].

Te cztery rodzaje nieformalnych opłat nie zawsze znajdują dostateczne odzwierciedlenie w badaniach i statystyce, ale z pewnym przybliżeniem można je zidentyfikować. W ocenie zjawiska nieformalnych opłat w sektorze zdrowotnym szczególne znaczenie ma wyróżnienie dwóch ostatnich form, czyli łapówek i kopert jako opłat o charakterze korupcyjnym i oddzielenie od tych pierwszych: wyrazów wdzięczności i cegiełek dla szpitali, które wnoszone ze szlachetnych pobudek nie powinny być stawiane w tym samym szeregu. Jako że w praktyce trudno jest je oddzielić, a i intencje dających i zachowania biorących nie zawsze są jednoznaczne, zrozumiałe jest dążenie do zaniechania opłat nieformalnych w całości.

Opłaty nieformalne występują głównie na styku relacji pacjentów ze świadczeniodawcami. Natomiast zachowania korupcyjne w ochronie zdrowia w ogóle występują także w relacji dostawców leków i sprzętu ze świadczeniodawcami (lekarzami oraz placówkami medycznymi) i w relacjach płatników ze świadczeniodawcami. Jako że niniejsze opracowanie dotyczy nieformalnych opłat pacjentów, to prowadzone rozważania nie będą obejmowały korupcji dotyczących relacji z firmami farmaceutycznymi oraz płatnikami.

3. Próby identyfikacji i szacowania opłat nieformalnych

Występowanie opłat nieformalnych w publicznej służbie zdrowia potwierdzają reprezentatywne badania różnych ośrodków badawczych, wśród których zasadnicze znaczenie mają trzy: badania budżetów gospodarstw domowych (*household survey*) GUS, badania o warunkach i jakości życia Polaków „Diagnoza społeczna” oraz badania opinii publicznej prowadzone głównie przez

CBOS, a także przez Ośrodek Badania Opinii Publicznej (OBOP). Każde z nich dostarcza informacji o jakimś fragmencie obrazu opłat pacjentów w publicznej służbie zdrowia. W sumie dają pełniejszy obraz, chociaż niekompletny, pozwalający jednak z pewnym przybliżeniem oszacować skalę i rodzaje tych opłat.

3.1. Badania budżetów gospodarstw domowych

Systematycznie (corocznie) prowadzone przez GUS badania gospodarstw domowych co pewien czas wzbogacone są rozszerzeniem w zakresie jakiegoś ważnego społecznie tematu. Ochrona zdrowia została uznana za taki ważny temat już na początku okresu transformacji i od 1994 r. co kilka lat pojawiają się w Polsce rozbudowane informacje o wydatkach gospodarstw domowych związanych z ochroną zdrowia. Wyniki tych badań, zwanych modułowymi badaniami „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, pozwalają na ocenę indywidualnych opłat na usługi zdrowotne, w tym ponoszonych nieformalnie, głównie podczas pobytu w szpitalu (**Tabela III**).

Badania modułowe gospodarstw domowych GUS informują o skali wydatków prywatnych, a w tym – o skali wydatków nieformalnych, chociaż tylko w odniesieniu do pobytu w szpitalach. Jest to jednak główne miejsce ponoszenia tych wydatków. W tym momencie należy zwrócić uwagę na to, że niektórzy badacze utożsamiają wszystkie wydatki indywidualne (*out of pocket*) w publicznym stacjonarnym sektorze zdrowotnym jako wydatki nieformalne (np. [56]), co jest opinią kontrowersyjną. W opiece stacjonarnej w Polsce ponosi się formalnie opłaty na niektóre usługi medyczne lub przez niektóre grupy zobowiązane przepisami prawa do pokrywania kosztów usług medycznych. Dotyczy to pobierania opłat za pobyt w szpitalu osób nieubezpieczonych (np. cudzoziemców) czy opłat za transport do ośrodków rehabilitacyjnych i sanatoriów itp. Z punktu widzenia skali problemu największe znaczenie wśród opłat nieformalnych ponoszonych w publicznej opiece stacjonarnej

Wydatki	1994	1998	2003	2006
Zakres ponoszących opłaty z dochodów indywidualnych spośród przebywających w szpitalach	78%			
Struktura według rodzajów ponoszonych wydatków (%)				
Dowody wdzięczności		55,7%		
Dobrowolna opłata na rzecz szpitala		6,6%		
Zakup leków i sprzętu, dyżury		3,4%		
Przeciętna wysokość indywidualnego wydatku na osobę w zł			10,5%	15,41% (korzystający – 55,14)
Dowody wdzięczności			4,60%	4,35%
Dobrowolna opłata na rzecz szpitala			0,31%	0,71%
Zakup leków i sprzętu, dyżury			2,54%	3,70%

Tabela III. Nieformalne opłaty ponoszone w opiece stacjonarnej według modułowych badań gospodarstw domowych GUS.

Źródło: [47].

mają dowody wdzięczności (28% wszystkich wydatków ponoszonych indywidualnie w szpitalu) oraz wspieranie placówki medycznej (odpowiednio 24%).

Badania modułowe gospodarstw domowych pozwalają na oszacowanie opłat nieformalnych w opiece stacjonarnej, co uczyniono w raporcie zleconym przez Ministerstwo Zdrowia – Zielona Księga II – na podstawie danych zebranych do 2006 r. [57]. Oszacowano je na poziomie 334 mln zł, co stanowi niespełna 2% całości wysokich wydatków indywidualnych (*out of pocket payments*). Główna pozycja wydatków indywidualnych to wydatki na leki. W Polsce mamy bowiem do czynienia z relatywnie dużą konsumpcją leków (także z powodu wysokiej skali samoleczenia) przy niskim poziomie ich refundacji – jednym z najniższych w krajach europejskich [57].

Ciąg badań modułowych GUS ukazuje tendencję wzrostu wydatków indywidualnych w opiece stacjonarnej, ale przy zmniejszaniu się skali wydatków nieformalnych typu dowody wdzięczności (wstępne wyniki badań za 2010 r. potwierdzają tę tendencję) i wroście wydatków quasi-formalnych oraz jednoznacznie formalnych. Ta tendencja może świadczyć o tym, że debata na temat korupcji i podejmowane działania antykorupcyjne w ochronie zdrowia wiodą bardziej w kierunku legalizacji opłat indywidualnych niż ich eliminowania.

3.2. Wyniki badania „Diagnoza społeczna”

W Polsce prowadzi się co najmniej trzy badania społeczne prowadzone przez socjologów na temat ważnych aspektów życia społecznego w kraju. Obecnie najszersze co do zakresu i najbardziej popularne jest badanie zwane „Diagnoza społeczna”, które zainicjowano w celu monitorowania skutków czterech reform społecznych (emerytalnej, zdrowotnej, edukacyjnej i decentralizacyj-

nej) wprowadzonych przez rząd Jerzego Buzka w 1999 r. Badanie to dostarcza kompleksowych danych na temat warunków i jakości życia gospodarstw domowych, a także informuje o postawach, stanie ducha i zachowaniach osób tworzących te gospodarstwa. Badanie ma charakter panelowy; prowadzone jest w odstępach kilkuletnich, kiedy wraca się w znacznym zakresie do tych samych respondentów. Przeprowadzono już pięć edycji badania w następujących latach: 2000, 2003, 2005, 2007, 2009. Istotną częścią badania są oceny sytuacji w ochronie zdrowia oraz szacunki ponoszonych przez gospodarstwa domowe wydatków na usługi zdrowotne. Badania te nie pozwalają wprawdzie na uogólnienia na poziom ogólnokrajowy, tak jak w przypadku badań modułowych gospodarstw domowych GUS, ale pozwalają na porównania poziomu konkretnych pozycji ponoszonych wydatków indywidualnych, a wśród nich wydatków nieformalnych.

W badaniu wyróżnia się następujące rodzaje wydatków ponoszonych przez gospodarstwa domowe:

- oficjalne opłaty za ambulatoryjne usługi medyczne: badania laboratoryjne;
- opłaty za leki;
- opłaty wnoszone przy okazji pobytu w szpitalu, tzw. cegiełki, opłaty za nocne dyżury, zakup leków dla pacjenta leczonego w szpitalu, zakup środków pomocniczych itp.;
- wydatki na tzw. dowody wdzięczności, dzięki którym starano się pozyskać opiekę o lepszej jakości niż oficjalnie przysługująca lub uzyskać ją w szybszym terminie;
- wydatki związane z prezentami jako dowodami szczerzej wdzięczności za uzyskaną opiekę (**Tabela IV**).

Dane pochodzące z badania „Diagnoza społeczna” zwracają uwagę na to, że 10% gospodarstw domowych, korzystających z usług opieki zdrowotnej, ponosi opłaty

Opłaty gospodarstw domowych	Wskaźnik	2000	2003	2005	2007	2009
Dowody wdzięczności	Jako % badanych gospodarstw domowych korzystających z usług opieki zdrowotnej		3,3	5,6	4,2	2,5
	Opłaty osób ponoszących dany wydatek w kwartale w zł*	210	240	169	312	475
Szczere dowody wdzięczności – prezenty	Jako % badanych gospodarstw domowych korzystających z usług opieki zdrowotnej		4,2	8,7	5,2	3,8
	Opłaty w zł ponoszących dany wydatek w kwartale	160	126	98	129	136
Opłaty dobrowolne ponoszone w szpitalu publicznym	% badanych gospodarstw domowych korzystających z usług szpitalnych			7,2	4,2	3,3
	Opłaty w zł ponoszących dany wydatek w kwartale	179	181	245	116	198
Opłata za leki	Jako % badanych gospodarstw domowych wydatkujących na leki		92	92	96	94
	Opłaty w zł nabywających leki w kwartale		278	308	323	378
Opłaty ambulatoryjne			33	40	50	54
		276	284	302	379	526

* dotyczy kwartału poprzedzającego badanie

Tabela IV. Opłaty indywidualne: % badanych gospodarstw domowych ponoszących dany wydatek oraz przeciętna kwota opłaty gospodarstwa domowego na ten wydatek.

Źródło: [58].

nieformalne. Zjawisko ma tendencje malejącą, począwszy od połowy obecnej dekady. W 2005 r. wskaźnik ten był dwukrotnie wyższy (ponad 20%). Wysokość opłat z grupy dowodów wdzięczności jest jednak istotnie wyższa – ponaddwukrotnie. Janusz Czapiński w opisie wyników badania „Diagnozy społecznej” 2009 (s. 114) interpretuje to jako efekt podwyższonego ryzyka. Píše: „Skurczył się zakres korupcji w ochronie zdrowia, ale wzrosła cena przekupstwa, proporcjonalnie – jak się wydaje – do wzrostu ryzyka” [58].

Wśród opłat nieformalnych mamy do czynienia z występowaniem dobrowolnych opłat ponoszonych w szpitalach publicznych w sposób jawny, chociaż bez oficjalnej regulacji. Mimo że ministrowie zdrowia wielokrotnie wypowiadali się publicznie, że pobieranie opłat w szpitalach jest nielegalne, zjawisko to nadal występuje. W okresie nasilenia programów walki z korupcją jest dwukrotnie mniejsze niż jeszcze w 2005 r.

3.3. Badania opinii społecznej o korupcji i opłatach nieformalnych w ochronie zdrowia

W Polsce przeprowadzono wiele badań opinii społecznej na temat korupcji w ogóle oraz występowania zjawisk korupcyjnych w ochronie zdrowia. Prowadziły je dwie instytucje: OBOP oraz CBOS, które realizowało wiele sondaży w odniesieniu do ochrony zdrowia. Od 2005 r. Polska jest włączona także do systematycznych badań międzynarodowej organizacji Transparency International (TI) na temat postrzegania korupcji (*perception of corruption*).

Ochrona zdrowia w sposób specjalny i szczegółowy została włączona do badań na temat korupcji prowadzonych w ramach programu Fundacji im. Stefana Batorego „Przeciw korupcji”.

Badania zachowań korupcyjnych prowadzone przez CBOS obejmowały nie tylko relacje personelu medycznego i pacjentów, lecz także relacje z firmami farmaceutycznymi oraz firmami zaopatrującymi placówki medyczne w sprzęt i relacje z zakładami niepublicznymi w sektorze usług zdrowotnych.

Szczególnie istotne dla wyjaśnienia zjawiska opłat nieformalnych były uzyskane odpowiedzi na pytania:

- czy pacjenci płacą za formalnie bezpłatne usługi zdrowotne?
- za co płacą pacjenci?
- ile płacą pacjenci, gdy korzystają z usług służby zdrowia?
- w jakim momencie płacą?
- kogo gratyfikują.

Najszerze badania przeprowadzili ankieterzy CBOS w 2001 r. na podstawie ankiety Anny Kubiak [33]. Następnie niektóre z pytań zostały powtórzone w badaniu CBOS z 2007 r. [59]. Badania te przeprowadzone zostały na reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców kraju wynoszącej w pierwszym badaniu 1000 osób, a w drugim – 931 osób. W zestawieniu 5 podano procent odpowiedzi respondentów na zadane w wywiadzie

kwestionariuszowym (2001) lub ankiecie (2007) zbliżone pytania. Porównywalność wyników jest ograniczona ze względu na odmienne techniki badawcze oraz nieco inaczej sformułowane pytania, ale mimo to widoczna jest jednokierunkowa dynamika zjawiska: tendencja do zmniejszania stosowania opłat, poza symbolicznymi dowodami wdzięczności po leczeniu (kwiaty i słodycze) (**Tabela V**).

Wyniki badania opinii nie dostarczają dostatecznie wiarygodnych danych o wartości wręczanych opłat czy prezentów. Z dużym przybliżeniem można by sądzić, że opłaty, występujące częściej w sytuacjach poważniejszych zabiegów, dłuższego pobytu w szpitalu czy częstszego korzystania z usług medycznych, są większe. Dochodzą lub przekraczają kwotę 1000 zł. Natomiast tradycyjne dowody wdzięczności po leczeniu (kwiaty, słodycze, prezenty) można by szacować na wynoszące przeciętnie około 100 zł.

Wyniki obu badań CBOS pozwalają na charakterystykę osób, które wręczają lekarzom jakieś opłaty. Są to przede wszystkim osoby mobilne, względnie młode, co najmniej z wykształceniem średnim, pracujące częściej w sektorze niepublicznym, które motywowane są chęcią szybkiego „rozwiązania” problemu zdrowotnego – własnego lub członka rodziny. To „pragmatyczne” podejście do dawania łapówek lekarzom było rozgrzeszane przekonaniem, że *to nikomu nie szkodzi*, a im pozwala wydajniej funkcjonować [60].

Gdy łapówkarstwo w opinii publicznej coraz wyraźniej zaczęło być postrzegane jako zjawisko naganne, ta zamożniejsza i bardziej mobilna grupa ubezpieczonych zaczęła domagać się prywatyzacji ochrony zdrowia i wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń.

3.4. Badanie wśród lekarzy

Pierwsze badanie wśród lekarzy na temat korupcji autorstwa Anny Kubiak przeprowadzono jesienią 2001 r. metodą indywidualnej ankiety, wypełnianej w obecności ankietera⁸. Grupę 203 lekarzy pracujących w publicznej służbie zdrowia jako pierwszym miejscu pracy dobrano celowo. Pytania ankiety dotyczyły stosunku do wskazanych zachowań w kontaktach z pacjentami, które można by uznać za niedopuszczalne (**Tabela VI**).

Jak obrazują dane pokazane w zestawieniu, ankietowani lekarze nie potępiali przyjmowania prezentów, a znaczna ich część nawet dopuszczała przyjmowanie pieniędzy po zakończeniu leczenia jako wyrazu wdzięczności za wykonaną pracę. Prawie ¾ ankietowanych lekarzy uznawała, że przyjmowanie prezentów po leczeniu jest zjawiskiem występującym często, a prawie ¼, że także dawanie pieniędzy jest równie częste. Ten tolerowany rodzaj zachowań, nazwany „białą korupcją”, nadal wywołuje wiele emocji w debacie na temat funkcjonowania służby zdrowia w Polsce.

Ankietowani lekarze za główną przyczynę przyjmowania wyrazów wdzięczności uznawali „skandalicznie” niskie wynagrodzenia w porównaniu z innymi zawoda-

⁸ Badanie przeprowadzili ankieterzy CBOS.

Pytania badawcze	2001	2007
Czy zdarzyło się wręczać jakieś gratyfikacje w służbie zdrowia w jakimś okresie?	36%	21%
Czy lekarze przyjmują łapówki – opinia ogólna?		27%
Czy z własnego lub rodziny doświadczenia byli nakłaniani do wręczenia opłaty w zamian za przyjęcie do szpitala, zabieg, konsultacje...?		24%
Za co wynagradzają pacjenci?		
– lepszą opiekę	29%	
– przeprowadzenie operacji	23%	
– przyspieszenie zabiegu	13%	
– przyjęcie do lekarza	12%	
– uzyskanie skierowania	10%	
– uzyskanie zwolnienia z pracy	6%	
– inne zabiegi i usługi	4%	
– za dostęp do leków i sprzętu	3%	
Ile płacą pacjenci, gdy wynagradzają personel medyczny?	Dominuje kilkaset do 1000 zł	
W jakim momencie gratyfikuje się lekarzy?		
– przed rozpoczęciem leczenia lub w trakcie	47%	18%
– po zakończeniu leczenia	28%	43%
W jakiej formie gratyfikuje się lekarzy?		
kwiaty i słodycze		
– przed lub w trakcie		31%
– po leczeniu		43%
alkohol i inne prezenty		
– przed lub w trakcie		17%
– po leczeniu		19%
pieniądze	70 dających	
– przed lub w trakcie		14%
– po leczeniu		10%
Kogo pacjenci gratyfikują?		
– lekarza prowadzącego	72%	
– ordynatora, szefa placówki	33%	
– pielęgniarki	21%	

Tabela V. Opinie uczestników badania CBOS z 2001 r. i 2007 r. na temat gratyfikacji pacjentów w służbie zdrowia, % respondentów.
Źródło: zestawienie własne na podstawie danych CBOS [42] i [59].

Zachowania	Dopuszczalne	Niedopuszczalne
Przyjęcie pieniędzy po zakończeniu leczenia z inicjatywy pacjenta	44%	45%
Przyjęcie prezentu po zakończeniu leczenia z inicjatywy pacjenta	86%	10%
Przyjęcie pieniędzy za usługę w kwocie wskazanej przez lekarza przed rozpoczęciem leczenia	2%	96%
Przyspieszenie wykonania reglamentowanych, deficytowych zabiegów czy terapii w zamian za dodatkową opłatę	15%	79%
Wydawanie zwolnień z pracy za pieniądze, przysługi czy prezenty	1%	97%

Tabela VI. Opinie ankietowanych lekarzy na temat przyjmowania gratyfikacji od pacjentów.
Źródło: zestawiono na podstawie informacji z badania: Kubiak (2001) [33].

mi, które nie wymagają tak wysokich kwalifikacji oraz tak dużej odpowiedzialności za wartość najwyższą: zdrowie i życie. Za głównych beneficjentów gratyfikacji przez pacjentów uznawano ordynatorów oraz innych doświadczonych lekarzy, a także personel pielęgniarski.

Drugie badanie w środowisku medycznym na temat zachowań korupcyjnych przeprowadziła w 2006 r. le-

karska Grupa Robocza. W badaniu tym skoncentrowano uwagę na mechanizmach korupcji. W badaniu wykorzystano portal internetowy „Eskulap” oraz dwie gazety: „Rzeczpospolitą” i „Zdrowie”. Zadano pytania o to, jakie rozwiązania organizacyjne oraz jakie przepisy prawne w relacjach lekarzy z: pacjentem, firmą medyczną, własnym zakładem pracy oraz z płatnikiem sprzyjają korup-

cji. Odzew na pytania grupy [55] był duży tylko wśród lekarzy korzystających z Internetu (143 osoby). Czytelnicy prasy zareagowali w stopniu minimalnym (9 osób) (Tabela VII).

Najczęściej pojawiała się odpowiedź wskazująca na niskie płace lekarzy, zarówno jako przyczynę pojedynczą, jak i współwystępującą z innymi. Na drugim miejscu umieszczano organizację i stosunki pracy w szpitalach, określając je feudalnymi i nazywając systemem ordynatorsko-profesorskim, który nie podlega kontroli. Łączenie pracy w zakładzie publicznym i wykonywanie praktyki lekarskiej jako źródło korupcji dotyczyło tylko relacji lekarz–pacjent, ale w ramach tego pytania odpowiedź tę wskazało 20% respondentów (najczęstsze wskazania w tej grupie).

Intersujący był ton odpowiedzi, niejednokrotnie podawany w formie dłuższych wyjaśnień. Lekarze dawali wyraz swemu niezadowoleniu z „biedy” i trwałości ograniczeń z niej wynikających, podobnie jak to było w epoce komunistycznej. Chcieli jasnych reguł gry, a to mogłaby im zapewnić tylko prywatyzacja, konkurencja i ogólnie – mechanizm rynkowy w ochronie zdrowia.

Autorzy relacji z sondażu [54] uważali, że sondaż ten nie spełnił oczekiwań, ponieważ respondenci nie wskazywali na konkretne korupcjogenne przepisy, a raczej pisali o znanych sytuacjach korupcji oraz przyjętej powszechnie ich interpretacji. Wydaje się jednak, że sondaż ten dał, dotychczas raczej „milczącemu” środowisku medycznemu po okresie kilku lat zewnętrznej krytyki, okazję do zbiorowej reakcji zarówno wyjaśniającej, jak i obronnej. Zdarzały się też teksty pełne oburzenia – „dajcie spokój uczciwym lekarzom”, ale były odosobnione.

4. Działania państwa na rzecz zwalczania korupcji w ochronie zdrowia

Badania i debata, prowadzone tak na arenie międzynarodowej, jak i w Polsce, zdeterminowały władze państwa nie tylko do podjęcia jakiegoś działania, lecz także

przyniosły liczne wskazania, jak należy prowadzić politykę antykorupcyjną. Podstawą były analizy przyczyn korupcji, obszarów jej występowania oraz przejawów. Analizy te zwracały uwagę na aspekt zawłaszczania państwa (*state capture*), co w krajach transformacji tworzących od początku liczne regulacje oraz instytucje miało szczególne znaczenie. Identyfikowano przekupstwo, oszustwo, kupczenie wpływami, protekcjonizm i nepotyzm. W strategiach walki z korupcją zwracano uwagę na prewencję, monitorowanie i kontrolę społeczną jako działania najbardziej skuteczne w zwalczaniu korupcji.

Gdy w praktycznie zorientowanej literaturze obcej na temat korupcji wskazuje się pięć podstawowych sposobów przeciwdziałania temu zjawisku: (1) lepsza kontrola i wyższe kary, (2) lepsze zarobki (mniejsza pokusa), (3) poprawa wydajności i organizacji pracy (mniej uznaniowości), (4) lepsza ochrona praw obywateli oraz (5) większa otwartość, przejrzystość i społeczna kontrola [60], to w praktycznych działaniach w Polsce skupiono się bardziej (a może realizowano szybciej) na metodach pierwszej grupy. Przekaz wystosowany do społeczeństwa był jednoznaczny: nieregulowane prawem opłaty ponoszone przez pacjentów w ochronie zdrowia stanowią rodzaj korupcyjnego przestępstwa i będą podlegały sankcjom.

Począwszy od 2002 r. kolejne rządy podejmowały liczne antykorupcyjne działania odnoszące się do zjawiska korupcji w ogóle, a w ochronie zdrowia szczególnie.

- Opracowano dokumenty Strategii Antykorupcyjnej (pierwszy na lata 2002–2004 i drugi na lata 2005–2009).
- Powołano Centralne Biuro Antykorupcyjne (Ustawa z 9 czerwca 2006 r.).
- Stworzono w Ministerstwie Zdrowia zespół do spraw przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia – 23 października 2006 r. (Uchwała Nr 1/2006).
- Uruchomiono ogólnopolską bezpłatną infolinię w Biurze Praw Pacjenta działającym w Ministerstwie

Odpowiedzi	Lekarz–pacjent	Lekarz–firma farmaceutyczna	Lekarz–placówka medyczna	Świadczeniodawca–płatnik
Niskie płace	P	P	P	
Łączenie pracy w zakładzie publicznym z prywatną praktyką	–	–	–	–
Przyczyny kulturowe – „mentalność Polaków”			P	
Demoralizacja środowiska	P			
Brak środków na doksztalcanie lekarzy		P		
Brak kontroli nad ordynatorami i kierownikami klinik	P		P	
Monopol płatnika			P	
Brak monitorowania udzielanych świadczeń				P
Inne przyczyny: niska świadomość praw pacjentów, ogólny brak nadzoru i kontroli w nowym systemie	–	–	–	–

Tabela VII. Odpowiedzi na pytanie: Czy przepisy prawne sprzyjają korupcji w następujących relacjach?

Źródło: zestawienie własne na podstawie danych z: Janota, Górecki (2006) [55].

Zdrowia, gdzie można zgłaszać wszystkie przypadki korupcji w ochronie zdrowia.

- Przygotowano specjalną rządową ekspertyzę, wyjaśniającą problem korupcji w ochronie zdrowia [61].
- Zebrano materiały i opracowano poradnik na temat zachowań korupcyjnych w ochronie zdrowia.
- Podjęto współdziałania w ramach Europejskiej Sieci do spraw Przeciwdziałania Oszustwom i Korupcji w Ochronie Zdrowia (*European Healthcare Fraud and Corruption Network – EHFCN*), zorganizowanej w latach 2004–2005.

W ramach pierwszego etapu strategii antykorupcyjnej obejmującej także ochronę zdrowia zaproponowano:

- nowelizację ustawy o izbach lekarskich w kierunku usprawnienia postępowania w sądach i izbach lekarskich (eliminacja przewlekłości postępowania, wprowadzenie dodatkowych kar do katalogu kar, zmiana statusu pokrzywdzonego, nadzór nad orzecznictwem sądów lekarskich);
- nowelizację ustawy o zakładach opieki zdrowotnej uwzględniającą:
 - zakaz prowadzenia przez zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty działające na terenie tego zakładu działalności, która nie służy realizacji celów ustawowych oraz nie służy zaspakajaniu podstawowych potrzeb pacjenta i realizacji jego praw;
 - weryfikację uprawnień Ministra Zdrowia i wojewodów w zakresie kontroli zakładów opieki zdrowotnej pod względem prawidłowości gospodarowania mieniem, środkami publicznymi oraz oceny realizacji zadań statutowych;
 - wprowadzenie nadzoru nad przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej;
- rozszerzenie uprawnień konsultantów krajowych i wojewódzkich w procesie podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne;
- opracowanie i przedstawienie projektu rozwiązań dotyczących Rejestru Usług Medycznych (do połowy 2003 r.), którego zadaniem byłoby monitorowanie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jak wynika z powyższego, ten pierwszy dokument strategii antykorupcyjnej został ukierunkowany na sprawy monitorowania, kontroli i oceny prowadzonej działalności medycznej zarówno ze względu na kryteria legalności, jak i – w mniejszym stopniu – kryteria etyczne. W tym celu zaproponowano nowelizację wielu przepisów prawnych, rozszerzających uprawnienia organów powołanych do realizacji funkcji monitorowania i kontroli, zarówno w strukturach wewnętrznych środowiska medycznego, jak i zewnętrznych – państwowych. Można by powiedzieć, że strategia ta odpowiadała pierwszej metodzie zwalczania korupcji, polegającej na lepszej kontroli i wyższych karach. W strategii zapisano też zadanie dotyczące opracowania jednego z podstawowych instrumentów umożliwiających pełnienie funkcji informacyjno-monitorujących – Rejestru Usług Medycznych.

Sporządzone w 2004 r. sprawozdanie z realizacji pierwszego etapu strategii [63] wskazało, że w zasadzie tylko zadania o charakterze edukacyjnym, *nota bene* w praktyce rozszerzone na wprowadzenie zagadnień

korupcji w ochronie zdrowia do programów kształcenia studentów medycyny, były wyraźnie realizowane. Ciekawym momentem decyzji w tamtym okresie było niepodpisanie przez prezydenta nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w której zabraniano prowadzenia na terenie szpitala działalności pozamedycznej.

Drugi etap realizacji rządowej strategii antykorupcyjnej przedstawiono w 2005 r. Sformułowane zostały ogólne cele i mniej szczegółowo zadania na okres 2005–2009:

- przygotowanie materiałów edukacyjnych, służących zmniejszeniu tolerancji społecznej dla działań korupcyjnych w ochronie zdrowia;
- opracowanie standardów etycznego zachowania pracowników medycznych, wykorzystujące wzory z innych krajów oraz postulaty organizacji międzynarodowych;
- wprowadzenie zasad porządkujących funkcjonowanie list pacjentów oczekujących na zabiegi;
- monitorowanie kształcenia na studiach medycznych w zakresie zachowań etycznych;
- utworzenie systemu informacji o usługach medycznych i monitorowanie udzielania świadczeń.

W drugim okresie realizacji antykorupcyjnej strategii rządu [63] podstawowe działania sprowadzały się w praktyce do trzech rodzajów.

Po pierwsze, nadrabiano wykonywanie zadań niepodjętych w pierwszym etapie. Chodziło głównie o zadania regulacyjne: nowelizację ustawy o izbach lekarskich oraz o ustawę w sprawie wdrażania rejestracji usług medycznych. Prace nad ustawą o samorządzie lekarskim (o izbach lekarskich) trwały wiele lat. Ustawę uchwalono dopiero w październiku 2009 r. Problem rejestrowania usług medycznych był rozważany i dyskutowany jeszcze dłużej. Doczekał się projektu ustawy w postaci ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgłoszonej przez rząd jesienią 2010 r. Wśród nowych zadań regulacyjnych podjęto działania związane ze zgłaszaniem i porządkowaniem list pacjentów oczekujących na wizyty i zabiegi. Mimo opracowania projektu w tej dziedzinie rozwiązanie problemu wymaga dalszych działań, uwzględniających nie tyle problem zarządzania kolejkami, ile reform prowadzących do większej równowagi między zasobami w sektorze a popytem na usługi zdrowotne.

Po drugie, podjęto liczne aktywności ukierunkowane na podnoszenie stopnia świadomości o zjawiskach korupcyjnych i oszustwach oraz na promowanie i egzekwowanie odpowiednich wzorów postępowania zarówno w środowisku medycznym, jak i szeroko w społeczeństwie. Znaczną aktywność w tej dziedzinie wykazał ówczesny minister zdrowia – prof. Zbigniew Religa. Wśród działań uruchomionych w Ministerstwie Zdrowia należy zwrócić uwagę na utworzenie specjalnej strony internetowej zatytułowanej „Przeciw korupcji” z różnymi informacjami na temat rozpoznawania i zwalczania korupcji. Ponadto minister zdrowia powołał zespół do spraw przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia (Dz.Urz. Min. Zdr. Nr 15, poz. 74, z późn. zm.), który nadal pełni funkcje opiniodawcze i doradcze w zakresie identyfikacji obszarów i form występowania oszustw i korupcji w ochronie zdrowia.

Na potrzeby społeczne przygotowano w ministerstwie poradnik dla pacjenta pt. *Korupcja nie wyjdzie nam na zdrowie* [64]. W publikacji tej wyjaśniono, czym jest korupcja, odwołując się przy tym do kodeksu karnego, gdzie zdefiniowano łapownictwo czynne (dawanie łapówki – przekupstwo) i bierne (przyjmowanie łapówki – sprzedajność) oraz wskazano kary za oba rodzaje łapownictwa. Sprecyzowano także, na czym polega pełnienie funkcji publicznych i jednoznacznie zdefiniowano pracę lekarza w publicznych placówkach służby zdrowia jako pełnienie funkcji publicznej. Konkretnie przedstawiono różne sytuacje w relacjach pacjent–służba zdrowia i wskazano możliwe zachowania korupcyjne w tym kontekście. Podano głównych adresatów zgłoszenia zachowania korupcyjnego. Obok prokuratury i policji wskazano także samorządy zawodów medycznych. Podano konkretne adresy. Mimo podtytułu: *Poradnik dla pacjenta* publikacja ta była także źródłem edukacji oraz informacji dla lekarzy. Na uwagę zasługuje jej forma: jednoznaczność i zwięzłość. Wzmocniono kompetencje Biura Praw Pacjenta, przekształcając je w Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w zgodzie z ustawą o prawach pacjenta, uchwaloną w kwietniu 2009 r. (Dz.U. Nr 76, poz. 641). Od kilku lat działa przy biurze infolinia, gdzie można zgłaszać przypadki korupcji. Największa liczba zgłoszeń miała miejsce w 2007 r., a w kolejnych latach ich liczba zdecydowanie się zmniejszyła. W 2009 r. zgłoszono zaledwie kilka przypadków korupcji. Ponadto Ministerstwo Zdrowia zaktywizowało swych pracowników do działań w Europejskiej Sieci ds. Oszustw i Korupcji w Ochronie Zdrowia (EHFCN). W 2010 r. organizacja ta przyznała polskiemu ministrowi zdrowia nagrodę *Excellence Award* za całokształt działań antykorupcyjnych w ochronie zdrowia.

Prace nad trzecim etapem strategii rządowej w zwalczaniu korupcji rozpoczęto w 2010 r. z horyzontem do 2015 r. W ochronie zdrowia antykorupcyjnym wyzwaniem są obecnie relacje z sektorem farmaceutycznym oraz praca lekarzy jednocześnie w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i prowadzenie prywatnej praktyki.

Wnioski

Opłaty nieformalne, występujące w sektorze zdrowotnym, wpisały się w Polsce w ogólną debatę na temat korupcji i licznych działań antykorupcyjnych. To spowodowało, że także stosunek do zjawiska dopłat pacjentów do formalnie bezpłatnych usług zdrowotnych jest obecnie zdecydowanie mniej tolerancyjny niż w latach 90. Także coraz mniej pacjentów płaci dodatkowo za usługi zdrowotne, na co wskazują przedstawione dane statystyczne oraz badania opinii. Nie znaczy to jednak, że zniknęły czynniki, które są źródłem zachowań korupcyjnych. One występują nadal, i to zarówno po stronie podażowej, jak i popytowej, i sytuują się w nurcie tej grupy wyjaśnień teoretycznych, które zostały nazwane teorią opłaty za usługę, czyli niedostatecznym zabezpieczeniem sekto-

ra pod względem ekonomiczno-finansowym. Istotne znaczenie mają także czynniki mieszczące się w nurcie słabości rządzenia, związane z niedostatecznie oprzyrządowanym informacyjnie, motywacyjnie i kontrolnie systemem ochrony zdrowia.

Problem opłat nieformalnych oraz niedostatecznego finansowania sektora zdrowotnego można przedstawić w szerszym kontekście – w ogólnej koncepcji rozwoju i modernizacji Polski. Przyspieszona modernizacja, polegająca w epoce komunistycznej na szybkim uprzemysłowieniu, a w okresie transformacji – na szybszym wprowadzeniu mechanizmu rynkowego i uwolnieniu rynkowych czynników wzrostu, odbywały się kosztem warunków bytu ludności. W PRL dotyczyło to wszystkich obszarów poziomu życia ludności, a w III Rzeczypospolitej – głównie publicznego sektora usług społecznych, w tym usług zdrowotnych.

Polityka zwalczania opłat nieformalnych sprofilowana do etycznej edukacji lekarzy, penalizacji za przyjmowanie opłat oraz wzmacniania praw pacjenta przy niezmiennym zakresie i efektywności nakładów na ochronę zdrowia przynosi, jak na to wskazują także teoretyczne analizy [27], przemieszczenie się korupcyjnego obszaru i nacisk na urynkowienie sektora zdrowotnego.

Przegląd rezultatów antykorupcyjnych programów i akcji w Polsce wskazuje, że zjawisko opłat nieformalnych wprawdzie zmniejsza swój zakres, ale zostaje zastępowane inną ścieżką, prowadzącą do tego samego celu – wzrostem dostępu do odpowiedniego leczenia w sytuacji występowania potrzeby zdrowotnej⁹. Ta inna ścieżka związana jest z podwójnym zatrudnieniem lekarzy – zatrudnieniem najemnym w placówce publicznej oraz samozatrudnieniem w placówce prywatnej. Pacjent przyjmowany w prywatnym gabinecie specjalisty znajduje drogę do dalszego leczenia w placówce publicznej, w której opiekę nad nim sprawuje ten sam lekarz.

Kolejna ścieżka, odmienna niż bezpośrednie dopłaty pacjentów, to protekcja. Znajomość i przyjaźń z lekarzem, pozwalająca na wymianę usług, a nawet świadczeń, nadal rośnie w cenie i, jak pokazują wyniki badań w Polsce [66] czy na Węgrzech [30], ma w ocenie pacjentów wyższą wartość niż dowody wdzięczności.

Podwójne zatrudnienie lekarzy zapewne zostanie wyeliminowane, zapewne i protekcja może zostać ograniczona, ale to nie wyeliminuje występowania jakiegokolwiek formy opłat nieformalnych, gdy nie zmienią się warunki ekonomiczno-finansowe funkcjonowania publicznego sektora zdrowotnego.

Eliminacja podwójnego zatrudnienia lekarzy jeszcze bardziej zwiększy ich presję na prywatyzację służby zdrowia i wprowadzenie mechanizmów rynkowych do finansowania świadczeń. Ubocznym skutkiem programów antykorupcyjnych w sektorze zdrowotnym w Polsce jest bowiem usilne domaganie się od kilku lat reform w kierunku rozszerzania mechanizmu rynkowego. Początkowo izby lekarskie oraz związki zawodowe lekarzy

⁹ *Nota bene* prawo do zaspokajania potrzeby zdrowotnej jest w krajach postkomunistycznych silnie eksponowane jako oczywiste (bezdyskusyjne) uprawnienie. Na ten aspekt problemu opłat nieformalnych zwraca uwagę Peter Gaal i inni (2006) [65].

i pielęgniarek domagały się przede wszystkim wzrostu uposażeń pracowników służby zdrowia. Gdy petycje oraz strajki przynosiły skutek ograniczony, część środowiska medycznego (głównie skupionego przy Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy – OZZL¹⁰) postawiła na prywatyzację i mechanizm rynkowy. To, ich zdaniem, będzie kształtować „normalne” relacje z pacjentami oraz sprawi, że wynagrodzenia personelu medycznego jako odpowiadające równowadze popytu na usługi i możliwej podaży będą najbardziej sprawiedliwe. Ta grupa środowiska medycznego domaga się warunków do wprowadzenia konkurencji zarówno płatników, jak i świadczeniodawców oraz pełnej swobody wyboru lekarza i szpitala. Sprzyjają tym głosom zamożniejsze i lepiej wykształcone środowiska społeczne, których w Polsce przybywa na tle dynamicznego wzrostu gospodarczego oraz wzrostu wykształcenia. *Nota bene* rozwój społeczny w Polsce okresu transformacji cechuje wzrost społecznych nierówności. Szybkiej poprawie warunków życia jednych grup towarzyszy pogłębianie się społecznego wykluczenia innych [67].

Lekarze przestali być lojalnymi urzędnikami sfery publicznej, godzącymi się na niedopłacanie i na dwuznaczne przyzwalanie (do okresu sprzed dekady) przyjmowania dodatkowych gratyfikacji. Co więcej, w dążeniach do urynkowienia systemu finansowania usług zdrowotnych lekarze zdają się nie dostrzegać, nie słyszeć lub bagatelizować problem odchodzenia od solidarności czy wzrostu nierówności dostępu w warunkach rynkowych.

Na tle napięć i zgłaszanych oczekiwań wielu interesariuszy sektora zdrowotnego ostatnich lat powstaje pytanie, czy wprowadzenie formalnych dopłat pacjentów do usług zdrowotnych w sektorze publicznym (finansowanym ze środków publicznych) wyeliminowałoby opłaty nieformalne, a jednocześnie czy zmniejszyłoby presję na rozwiązania czysto rynkowe. Jest to zapewne możliwe, ale przy wyjątkowo dopracowanej konstrukcji tych dopłat, w której przy niskich kosztach administracyjnych beneficjentami byłiby bezpośrednio pracownicy medyczni i placówki zdrowotne, a przy tym dostęp pacjentów nie uległby ograniczeniu (zob. artykuł w tym samym numerze: Golinowska, Tambor i Sowada). Jednocześnie warunkiem niezbędnym powinno być na tyle dobre oprzyrządowanie sektora zdrowotnego pod względem informacyjnym, możliwości monitorowania i kontroli, aby istniała możliwość efektywnej reakcji w sytuacjach nieskutecznych w kontekście postawionych celów. Co więcej, opłaty formalne, wspomagające zrównoważone funkcjonowanie sektora zdrowotnego w skali mikroekonomicznej, nie powinny zakłócać pożądaných celów alokacyjnych.

¹⁰ Opcje rynkowe najwyraźniej zostały wyartykułowane w społecznym projekcie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym autorstwa OZZL, gdzie zapisano: „Konkurencję, wolny wybór, działania dla zysku, prywatyzację i wolną przedsiębiorczość trzeba wprowadzić tak szeroko, jak to tylko możliwe”. www.ozzl.org.pl.

Abstract:

Informal payments in health care. Polish perspective and experiences

Key words: corruption in health care, informal patient payments, Poland

Informal patient payments are a common phenomenon for the former-socialist countries, though they are reported in other European countries as well. There are various definitions of informal patient payments as well as theories which explain this phenomenon (including fee for service theory, donation hypothesis, governance hypothesis and ethics hypothesis). The definitions of informal patient payments and the theories applied for their explanation determine the measures which are taken in order to eradicate informal patient payments.

The topic of informal patient payments in Poland was discussed within a corruption debate which was neglected for a long time. Since the end of 90s, due to the pressure of the international organizations, presence of corruption generally and informal patient payments particularly have been acknowledged. It resulted in various studies on informal patient payments as well as actions undertaken by governmental and non-governmental organisations in order to eliminate these forms of payments.

This paper presents the review of empirical studies on informal patient payments and actions which have been carried out in Poland during last two decades. The types, scope and levels of informal patient payments as well as opinions on informal patient payments are analyzed. Time series data allow to study also a dynamics of informal patient payments and to draw some conclusions on the effects of measures which have been implemented by the Polish government to deal with informal patient payments.

This study is carried out under Project ASSPRO CEE 2007 funded by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services

Piśmiennictwo:

1. Transparency International, *Global Corruption Report 2006*. Pluto Press, London and Ann Arbor 2006.
2. Sparrow M.K., *Corruption in health care systems: the US experience*, w: Transparency International, *Global Corruption Report 2006*. Pluto Press, London and Ann Arbor 2006.
3. Aaron H.J., Schwartz W.B., *Can We Say No?* Brookings Institution Press, Washington, DC 2005.
4. Arrow K.J., *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. „American Economic Review” 1963; 53: 941–973; polskie wydanie: *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*, w: *Eseje z teorii ryzyka*. PWN, Warszawa 1979: 181–215.
5. Sappington D.E., *Incentives in Principal-Agent Relationships*. „Journal of Economic Perspectives” 1991; 5(2): 45–66.
6. Savedoff W.D., Hussmann K., *Why are health systems prone to corruption*, w: Transparency International; *Global Corruption Report 2006*. Pluto Press, London and Ann Arbor 2006.
7. Getzen T.E., *Ekonomika zdrowia*. PWN, Warszawa 2000.

8. Vian T., *Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions*. „Health Policy and Planning” 2008; 23: 83–94.
9. Gaal P., *Informal payments for health care in Hungary*. PhD Thesis. London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London 2004.
10. Włodarczyk W.C., Zajac M., *Poland*, w: Fried B.J., Gaydos L.M., *World health systems: challenges and perspectives*. Health Administration Press and AUPHA Press, Chicago 2002: 279–299.
11. Thompson D.F., *Restoring Responsibility: Ethics in Government, Business and Healthcare*. Cambridge University Press 2005.
12. Golinowska S., Tymowska K., *Poland*, w: Johnson (red.), *Private markets in health and welfare. An international perspective*. Berg Publishers Limited, Oxford 1995: 137–153.
13. Stiglitz J., *Ekonomia sektora publicznego*. PWN, Warszawa 2004.
14. Barr N., *Ekonomia polityki społecznej*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 1993.
15. Hsiao W.C., *Abnormal economics in the health care sector*. „Health Policy” 1995; 32: 125–139.
16. Stiglitz J., *Regulation and Failure*, w: D. Moss, J. Cisternino (red.), *New Perspectives on Regulation*. The Tobin Project, Cambridge 2009: 11–23.
17. Stepurko T., Pavlova M., Gryga I., Groot W., *Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments*. „BMC Health Services Research” 2010; 10: 273.
18. Hirschman A.O., *Exit, Voice, Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Harvard University Press, Cambridge, MA 1970.
19. Gaal P., McKee M., *Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'*. „International Journal of Health Planning and Management” 2004; 19: 163–178.
20. Gaal P., Evetovits T., McKee M., *Informal payment for health care: Evidence from Hungary*. „Health Policy” 2006; 77: 86–102.
21. Adam G., *Gratuity for doctors and medical ethics*. „The Journal of Medicine and Philosophy” 1989; 14: 315–322.
22. Chawla M., Berman P., Kawiorska D., *Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures*, *Health Economics* 1998; 7, 4: 337–346.
23. Bognár G., Gál R.I., Kornai J., *Hálapénz a magyar egészségügyben* (*Gratitude money in the Hungarian health sector*). „Közgazdasági Szemle” 2000; 47: 293–320.
24. Shahriari H., Belli P., Lewis M., *Institutional issues in informal health payments in Poland*. „HNP Discussion Paper”, World Bank, Washington DC 2001.
25. Kornai J., Eggleston K., *Welfare, Choice and Solidarity in Transition. Reforming the Health Sector in Eastern Europe*. Cambridge University Press, New York 2001.
26. Balabanova D., McKee M., *Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria*. „Health Policy” 2002; 62: 243–273.
27. Ensor T., *Informal payments for health care in transition economies*. „Social Science & Medicine” 2004; 58: 237–246.
28. Besstremyannaya G., Shishkin S., *The accessibility of health care*, w: Ovtcharova L.N. (red.), *Incomes and social services: inequality, vulnerability, poverty*. Publishing House of the State University Higher School of Economics, Moscow 2005: 141–167.
29. Cockcroft A., Andersson N., Paredes-Solís S., Caldwell D., Mitchell S., Milne D., Merhi S., Roche M., Konceviciute E., Ledogar R.J., *An inter-country comparison of unofficial payments: results of a health sector social audit in the Baltic States*. „BMC Health Services Research” 2008; 8/15, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/15>.
30. Bognár G., Gál R.I., Kornai J., *Hálapénz a magyar egészségügyben*, TARKI projektszám: C 420115 UFACR, Budapest 2000.
31. Gaál P., Jakab M., Shishkin S., *Strategies to address informal payments for health care*, w: Kutzin J., Cashin Ch., Jakab M. (red.), *Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition*. WHO Europe, „The European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series” 2010; 21: 327–360.
32. World Bank, *Corruption in Poland. Review of priority areas and proposals for action*. Report prepared by Helen Sutch together with Jacek Wojciechowicz and Michał Dybula. The World Bank, Warsaw Office, Warsaw 1999.
33. Kubiak A., *Pacjenci i lekarze o korupcji w publicznej służbie zdrowia. Raport z badań*. Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2001.
34. Płoskonka J., *Korupcja – zagrożenia i metody jej zwalczania. Empiryczne badania nad poziomem korupcji*. „Służba Cywilna” 2003; 3: 109–134.
35. Gadowska K., *National and international anti-corruption efforts: the case of Poland*. „Global Crime” 2010; 11, 2: 178–209.
36. Kamiński A.Z., *Badając korupcję. Korupcja w Polsce pokomunistycznej. Academia, Badania w toku*. „Studia Polityczne” 2005; 4(8): 38–39.
37. Tarkowski J., *A centralized system and corruption: The case of Poland*. „Asian Journal of Public Administration” 1988; 10 (1), Special Issue: A Focus on Corruption.
38. Jasiecki K., *Korupcja w okresie transformacji*, w: Jarosz M. (red.), *Pułapki prywatyzacji*. Warszawa 2003.
39. Kaufmann D., Kraay A., Mastruzzi M., *Governance Matters IV: Governance Indicators for 1996–2004*, „World Bank Policy Research Working Paper” 3630. Washington, DC 2005.
40. McManus-Czubińska C., Miller W.L., Markowski R., Wasilewski J., *Why is corruption in Poland a serious cause for concern?* „Crime, Law and Social Change” 2004; 41(2): 107–132.
41. Transparency International data on Corruption Perception Index: www.transparency.org.
42. CBOS, *Korupcja i afery korupcyjne w Polsce*. Komunikat z badań BS/110/2001, Warszawa 2001.
43. CBOS, *Korupcyjne doświadczenia Polaków oraz ich stosunek do łapownictwa*. Komunikat z badań BS/69/2009, Warszawa 2009.
44. CBOS, *Opinia społeczna o korupcji w Polsce*. Komunikat z badań BS/62/2009, Warszawa 2009.
45. CBOS, *Opinia publiczna o korupcji i lobbingu w Polsce*, Komunikat z badań BS/63/2010, Warszawa 2010.

46. US Aid, *Corruption assessment handbook*. Draft final report, Management Systems International Corporate Offices, Washington DC 2006.
47. GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*. Informacje i opracowania statystyczne z odpowiednich lat, Warszawa 1994, 1999, 2004, 2007, 2010.
48. Włodarczyk C.W., *Reforma i problemy korupcji w polskiej służbie zdrowia, referat na seminarium*. „Problemy etyczne w służbie zdrowia”. Fundacja im. Stefana Batorego 2001. www.batory.org.pl/korupcja/.
49. Szawarski Z., *Prawo do wdzięczności, referat na seminarium*. „Problemy etyczne w służbie zdrowia”. Fundacja im. Stefana Batorego 2001. www.batory.org.pl/korupcja/.
50. Ministerstwo Zdrowia, *Zielona Księga. Finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, Golinowska S. (red.), Warszawa 2004.
51. Golinowska S., Koziarkiewicz A., *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services, Healthquest Project, European Commission 2008*. www.ehma.org/files/healthquest_poland_en.pdf.
52. Golinowska S., *Nowa struktura instytucji sfery społecznej*. „Studia i materiały IpiSS”, z. 10 (400), Warszawa 2004.
53. Tymowska K., *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999.
54. Janota E., Górecki W., *Omówienie wyników sondażu dotyczącego mechanizmów systemowych sprzyjających powstawaniu korupcji w ochronie zdrowia*. Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2006.
55. Lewis M., *Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries, International Policy Center*, „IPC Working Paper Series 2010”; Number 98.
56. Ministerstwo Zdrowia, *Finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Golinowska S. (red.), Wydawnictwo Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego „Vesalius”, Kraków 2009.
57. Rada Monitoringu Społecznego, *Diagnoza Społeczna*. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2000, 2003, 2005, 2007, 2009.
58. CBOS, *Korupcja w służbie zdrowia – opinie i doświadczenia Polaków*. Komunikat z badań BS/55/2007, Warszawa 2007.
59. Kubiak A., *Łapownictwo w świadomości i doświadczeniu potocznym Polaków*. Łódź 2003.
60. Miller W., Grodeland A.B., Koshechkina T.Y., *A Culture of Corruption? Coping with Government in Post-Communist Europe*. CEU Press, Budapest 2001.
61. Majewski P., *Raport na temat korupcji w polskim systemie ochrony zdrowia*. Rada Ministrów, Warszawa 2007.
62. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, *Sprawozdanie podsumowujące realizację I etapu programu zwalczania korupcji*. Zespół do Spraw Koordynacji Strategii Antykorupcyjnej, Departament Administracji Publicznej, Warszawa 2004.
63. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, *Sprawozdanie końcowe z realizacji programu zwalczania korupcji. Strategia antykorupcyjna. II etap wdrażania*. Warszawa 2010.
64. Ministerstwo Zdrowia, *Korupcja nie wyjdzie nam na zdrowie. Poradnik dla pacjenta*. Warszawa 2006.
65. Gaal P., Belli P.C., McKee M., Szócska M., *Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas*. „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2006; 31(2): 251–293.
66. Pączkowska M., *Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków. Raport z badań*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2006.
67. Golinowska S., *Polityka wobec ubóstwa i wykluczenia społecznego w Polsce w minionym dwudziestoleciu*. „Polityka Społeczna” 2010; 9: 7–13.

■ O autorce:

Stanisława Golinowska – profesor nauk ekonomicznych i polityk społeczny, kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Milena Pavlova, Marzena Tambor,
Godefridus G. van Merode, Wim Groot

Are patient charges an effective policy tool? Review of theoretical and empirical evidence

Key words: patient charges, health policy, efficiency, equity, informal payments

■ Introduction

Policy-makers assign various objectives to the implementation of patient charges for public health care services. Overall, patient charges are seen as prices for health care consumption and as such, they are expected to affect the quantities of health care demanded by the consumers and to generate revenues [1, 2]. Hence, patient charges are implemented with macro-level objectives (cost-containment and rising revenue for a sustainable health care system) or with meso- and micro-level objectives (efficient health care utilisation, improvement of service quality and adequate reimbursement of health care providers). The possibility to increase providers' income by allowing health care providers to charge patients directly for health care services provided, is also seen as a way to deal with informal patient payments, especially in countries where these payments are directly requested by providers.

The actual ability of patient charges to achieve these objectives depends to a great extent on the patient payment mechanism implemented in a country, as well as on the health care system and context-specific factors. Evidence from various low-, middle-, and high-income countries indicates what could be reasonably expected from the introduction of patient charges in a public health care sector. The aim of this paper is to review and discuss the theoretical and empirical evidence on the effectiveness of patient payment policies. The objective is to outline the key policy considerations.

1. Patient charges and health care demand

The implementation of patient charges in the public health care sector imposes prices on health care consumption (incl. services and commodities). From an economic point of view, prices are the major determinant of consumer behaviour and the quantities of a good demanded [3, 4]. This implies that patient charges offer

policy-makers a tool to influence the behaviour of health care consumers and to manage the utilisation of health care services towards efficiency improvements. In fact, the objective of controlling health care utilisation in order to improve efficiency in the health care sector is broadly assigned to the implementation of patient charges in countries of all level of development [3, 5, 6].

There are theoretical reasons for expecting efficiency improvement after the implementation of patient charges. It is suggested that if patients have to pay for health care they evaluate the expected benefits before the actual service use and utilise only necessary care (see e.g. [7–10]). Thus, economic theory predicts that patient charges make consumers cost-conscious and reduce the excess demand for health care services caused by free-of-charge health care provision (due to moral hazard) [11, 12]. It should be underlined however, that excess demand does not necessarily mean demand for services that are medically unnecessary or potentially harmful. Indeed, the consumption of these additional services may have positive health effects. The demand is considered to be excessive in economic terms when the marginal costs of providing these additional services are greater than the marginal social benefits of their consumption [3, 13].

Empirical evidence from high-, middle- and low-income countries confirms that the health care utilisation actually declines after the implementation of patient charges (e.g. [14–24]). However, there is no convincing evidence that the utilisation is always reduced because services are unnecessary from an economic or medical point of view [18, 19, 25, 26]. In fact, it is reported that patient charges mainly reduce the utilisation of health care services provided to children, poor individuals and in areas where other costs (e.g. travelling costs) are significantly high [6, 13, 27]. This indicates primarily adverse equity effects rather than efficiency improvements.

Some authors even claim that patient charges cannot be an effective policy tool for controlling health care uti-

lisation due to the potential existence of supplier-induced demand (discussed in [13, 28]). In the health care sector, the demand for health care services is based upon information acquired from the suppliers (i.e. health care providers) due to consumers' insufficient medical knowledge [29]. This gives the suppliers a possibility to influence the consumers' decision to seek health care and consequently, the quantity of health care demanded [1]. The decisions of health care providers are likely to reflect not only the medical needs of their patients but also their own preferences, and particularly, their preferences for a reasonable income [29]. Whenever physicians' income is related to the nature and volume of services they supply, physicians might have incentives to induce health care demand and thus, to maximise their profits. If the implementation of patient charges leads to a reduction in health care utilisation, this threatens the income of those providers who are paid based on service provision. Health care providers might try to compensate the income reduction by inducing consumer demand for additional or more expensive services [13, 26]. The suppliers' response to the reduction in service utilisation caused by the introduction of patient charges, can neutralise the efficiency improvement potential of patient charges [1, 30]. In order to avoid the negative effects of supplier-induced demand, basic strategies can be employed, e.g. remuneration of health care providers that is independent from the nature and quantity of services provided and/or strong supervision of providers' activities [13, 26].

It should be recognised however, that the demand for health care services is not always provider-determined. The utilisation of some services (e.g. first contact with GP or visit to a specialist without a referral) is initiated primarily by the consumers and it derives from consumers' perceptions for the necessity of health care use in order to improve their health. The demand for such services is determined mainly by the consumers' willingness and ability to pay for these services and not by the suppliers. Thus, the introduction of patient charges for consumer-initiated health care services could appear suitable when considering an efficiency perspective. Moreover, applied simultaneously with supply-side measures for suppressing the supplier-induced demand, patient charges can be justified even for services, which utilisation is not determined by the consumers [13].

The potential impact of patient charges on the quantity of health care demanded can be essential not only for decreasing the unnecessary service utilisation, but also for encouraging the use of particular health care services. The assignment of this objective to patient charges is grounded in the fact that health care is not a monolithic commodity, but it comprises various commodities which consumption is characterised with specific private benefits for the patients and externalities for the society. In particular, the consumption of some health care services results in external physical, psychological and/or financial benefits (so called externalities) to other individuals aside from the patients, and more generally, to the society. Also, the private long-term benefits to the patient are not always fully recognised by the patient at the time of

services consumption [4]. In this sense, different types of health care services should be provided to the consumer with different relative prices depending on their short- and long-term value to the patient's health and the level of externalities to the society from their consumption [4, 31]. For example, preventive and emergency services are associated with high (long-term) benefits to the patient's health and high-level of externalities to the society. Low or no patient charges in case of preventive services could encourage the use of these services and reduce the need of curative services in future. On the contrary, dental services where the benefits are mainly restricted to the patient, could be provided with higher patient charges. The difference in the relative prices faced by the consumers can provide incentives in favour of more beneficial spending of the public resources. Thus, despite the full or partial coverage of some health care services, the social benefits can be adequately maximised.

The idea to link patient charges to the value of health care services is extensively discussed at present in the US literature (e.g. [9, 31]). Such patient payment designs are known as value-based insurance designs or clinically sensitive cost-sharing. They presuppose the exclusion of specific services from patient charges, which are considered to be highly valuable for the patient and society, and/or exclusion of specific patient groups from patient charges, which are expected to benefit most from the health care consumption. However, the successful implementation of such designs depends on the effectiveness of the services targeted, the level and precision of targeting, the magnitude of patient fees, and patients' responsiveness to prices [31].

The implementation of different patient charges for different health care services and its impact on the pattern of health care utilisation have not been studied properly yet [26, 32, 33]. However, the influence of such payment schemes on health care utilisation has been registered when there is a mixture of patient charges and free-of-charge health care provision. As suggested by Akin et al. [7], on the background of patient charges, the quantities of preventive and maternity services, services for children and communicable diseases, provided free-of-charge, has increased. Despite the potential over-consumption, the free access to these services reduces the need of cure in the future and leads to externalities for non-users. Yet, little is known if the increased use of this group of services is a result of their exclusion from patient charges [27].

The experience with patient charges provides another indication for the potential impact of patient charges on the pattern of service utilisation. It refers to the application of a cascading (sliding) fee system of patient charges [4, 8, 34]. The cascading system involves lower charges for primary health care services, higher charges for hospital services and highest in tertiary health care facilities. Thus, by graduating the price of health care services according to the level of health care facilities, patients can receive price signals, which can stimulate them to use services at lower levels [27]. However, the cascading system should be designed in a way that ensures appropriate signals to consumers. For example, when patients are referred from

primary care units to hospitals they should not pay the fees at both levels because this can encourage them to contact directly the hospital in order to avoid the first payment [8]. Moreover, evidence suggests that the cascading systems cannot be effective if the health care services are not provided at all levels with the same quality [27].

While the efficiency improvement potential of patient charges at micro-level is still being discussed, authors commonly agree that the decline in health care utilisation after the introduction of patient charges has no significant influence on the overall health care expenditure [35]. The overall health care expenditure in a country is primarily supply-driven while patient charges are a demand-side policy tool. For that reason, achieving a cost-containment objective through patient charges is unfeasible. As indicated by the experience in high-income countries [13, 35, 36], measures that act on the supply side of the health care market, appear to be more effective for containing the overall health care costs. For example, many European countries place the primary care providers in the role of 'gate keepers' to the specialised health care services and attempt to improve the utilisation pattern in their health care sectors. The application of supply-side measures together with patient charges for improving the efficiency in health care utilisation, has already proven to be effective in practice [13, 35].

2. Patient charges and health care system funding

The introduction of patient charges suggests a potential to generate additional revenue for the health care sector [28]. This characteristic of patient charges is of a particular interest for policy-makers in a context of increasing fiscal pressure and sustainability problems within the public health care system [5, 10, 32, 37]. Such a situation is reported in many low- and middle-income countries. In these countries, insufficient domestic resources impede the improvement of the health care sector and the provision of health care services with adequate quality for the entire population. Many of these countries were advised in the past to implement some kind of patient charges in order to increase the resources of their public health care sector [38, 39, 40].

However, empirical evidence indicates that on an aggregate level, patient charges revenues do not present a significant contribution to the public health care funding. The gross revenues generated from patient charges in countries of all levels of development (including high-income countries) is not higher than 15% of the public health care expenditure with an average of 5% [14, 25, 28]. The main reason for this is the fact that patient charges need to be sufficiently low to assure that the majority of consumers are able to pay them while offering even lower or no charges for those who cannot pay or who use health care frequently. Otherwise, patient charges might discourage some consumers to seek health care services when necessary, resulting in adverse equity effects and worsen health status [41].

Even when patient charges have the potential to generate high gross revenue, the considerable administrative

costs related to their collection at a national level, further decrease the yield of their implementation [42]. The experience shows that the management of patient charges can even absorb the revenues collected, like for example in some high-income countries with relatively strong administrative systems. If in a country, the net yield of patient charges tends to be null, patient charges cannot be considered as an effective policy tool for revenue rising [25]. Clearly, patient charges have relative limited potential for generating health care revenue on an aggregate level [8, 25, 27]. Therefore, assigning such objectives to patient charges tends to be unfeasible and expectations for additional health care revenues through patient charges seem to be over-optimistic [6, 27, 41].

The ability of consumers to pay for health care and the administration costs related to patient charges are not the only factors, which influence the size of the patient payment revenue. There are other important determinants as well, such as [4, 10, 25]:

- the type of patient payment mechanism;
- the willingness of health care consumers to pay;
- the market for private health care services;
- the possibility of obtaining additional insurance to cover the patient payment obligations.

These factors need to be analysed before assigning a revenue-generation objective to patient charges. It can help to avoid over-optimistic expectations from the implementation of patient charges.

A more appropriate role of patient charges in the health care system funding is their application as a contributory financing for the local health care structures [8, 25]. In some countries, where the public health funds have been slashed due to deteriorating economies, patient payment revenues are retained at the level of collection and are successfully reinvested in the local health care facilities to revitalise the health care provision [5, 6, 8, 43]. In particular, patient charges are used for covering the very small expenditures of maintenance and emergency purchases (e.g. medical supply and devices). The collection and use of patient payment revenues at the point of service provision appears to make a major difference to the quality of health care services [8, 27, 44]. Evidence from different countries indicates that consumers are overall willing to pay some (usually low) fees if they receive health care services with good quality [4, 24, 39, 45, 46].

For this strategy to be successful, it is essential to have a suitable banking system and skilful local management to assure that the revenues of patient charges are actually spent on urgent local priorities. Moreover, patients' and providers' involvement in the management of these revenues is required to be able to identify adequate priorities and their appropriate targeting [5, 8, 41]. Thus, in a context of health care financing crisis with a severe under-funding of critical inputs, the marginal net revenue from patient charges that are retained locally, may offer greater benefits than those suggested by the low monetary figures at a national level [6, 25, 32].

Another issue related to patient charges and health care system funding, is the existence of informal patient payments in a country. The existence of these payments

is often a response to the insufficient financial resources and poor access to basic health care services. The presence of informal patient payments is an important feature of the health care systems in many middle- and low-income countries [47, 48] but informal patient payments are reported in high-income countries as well [49]. Empirical evidence shows that the informal payments in some countries can represent a significant part of the income of the health care providers. Informal payments are paid to health care providers both in the hospitals and in out-patient polyclinics. These payments can take either monetary or non-monetary form [48, 50, 51]. The existence of informal patient payments can have an adverse effect on equity and efficiency in the health care system, and can hinder the estimation of future funding requirements of the health care sector. Moreover, these types of payments can introduce undesirable incentives for health care providers [48,52], such as provision of health care based on the ability to pay rather than health care needs and cost-effectiveness of care. Therefore, they should be eliminated.

From a theoretical point of view, the implementation of patient charges can be seen as an opportunity to convert the informal patient payments into formal health care charges. However, the development of an appropriate patient payment policy aimed at dealing with the informal patient payments requires reliable data on the magnitude and pattern of these payments, as well as on the willingness and ability of consumers to make such payments. This is also a necessary precondition to avoid the potential adverse effect of the implementation of patient charges in a context of informal payments. Evidence suggests that the introduction of patient charges can result in a mix of formal and informal charges, which increases the real out-of-pocket spending of the consumers [13, 48].

Thus, inequities in health care financing created by informal patient payments in case of officially free-of-charge health care provision can deteriorate after the introduction of formal charges [13]. Furthermore, if patient charges are perceived as a mechanism for replacing the informal payments, the local management of patient charges revenue aimed at adequate supply and provider remuneration is important [47, 48]. Some authors even suggest that the possibility to shift the flow of financial resources from the informal part of the health care sector to an official mechanism for pooling resources (such as patient payment mechanism), should be considered from a broader perspective. A general financial reform in a country accompanied by in-depth health care reforms might be more effective in dealing with informal patient payment rather than the introduction of official patient charges [43].

3. Equity consideration for the implementation of patient charges

Although, the literature provides diverse conclusions about the rationale of implementing patient charges for efficiency and sustainability improvements in the health care sector, there is nearly a common agreement about

the potential adverse effects of these payments on equity [4]. This is because by definition patient charges contradict the equity concepts. In general, equity in the health care sector means paying according to the ability and receiving according to the needs, while patient charges imply contributions based on the health status and access determined by the income [54]. Thus, the introduction of patient charges for health care services is associated with both inequity in health care financing and inequity in health care access.

Patient charges for public health care services cause inequity in health care financing, since their magnitude is not necessarily related to the consumers' ability to pay. Individuals from the same income group are charged differently if they have different health care needs. At the same time, individuals from different income groups can be required to pay the same amounts if they happen to need the same services. In this sense, patient charges cannot assure proportionally equal payments for health care from all income groups [13, 32, 55].

Because patient charges do not require a distinction between high- and low-income individuals, and because the low-income individuals are likely to be more price-sensitive, it is suggested that the introduction of patient charges causes a higher financial burden for low-incomeers than for the wealthier [6, 13, 45]. Thus, the reduction in the quantity of health care demanded after the introduction of patient charges can be greater for the poor than for the richer. The wealthier patients can afford to pay more without significantly reducing their necessary (and even unnecessary) demand [21, 32, 56]. For that reason, patient charges are described (e.g. [54, 55]) as a highly regressive policy tool.

Even when all income groups are equally price-sensitive, as suggested by some studies (see [18, 19, 26]), patient charges are regressive because the poor need to spend a larger part of their income for health care than the richer. In some cases, it could be that the spending of the poor for health care services reaches the limits of their incomes, which means that patient charges could result in a great welfare loss for the poor. Therefore, some authors (e.g. [55, 57]) suggest that the basic equity effect of introducing patient charges is shifting the health care costs from those paying premiums/taxes to those who have fallen sick. In this sense, patient charges present a kind of "taxation" on the illness from those who are already in the disadvantaged position of being sick. A policy that results in taxation of disadvantaged people would be undesirable for social and ethical reasons [58].

From a theoretical point of view, equity in health care financing can only be ensured if patient charges are related to patient income [59]. Introducing price discrimination among the health care consumers is of course not unproblematic. Patients have to be classified into income groups and differentiated prices for different services should be calculated [56]. If such patient payment mechanism can be developed, its successful implementation will be determined to a great extent by the financing and management capacity of the particular health care system [38]. The potential of price discrimination may be even lower

if the wealthier patients can opt for purchasing health care services at the private sector [56]. A more appropriate system of price discrimination can be to set fees for different services and then to adjust these fees based on patient income during the service provision. For example, it is possible to have a low-enough uniform fee for a consultation and then to introduce a price discrimination during the treatment. This way neither the poor nor the wealthier patients will be discouraged to purchase a consultation at public health care facilities [56]. In any case, a patient payment mechanism based on price discrimination will be characterised with high administration costs and complexity. It is likely that the administration costs of such mechanisms considerably wave its benefits. Therefore, it is not surprising that patient payment mechanisms based on price discrimination remain primarily theoretical models.

Patient charges can also cause inequity in access to health care services since the opportunity to benefit from health care when there are patient charges is not necessarily distributed according to the needs. Patient charges create financial barriers most often for people who need health care frequently [13]. The very poor people for example often fall in this group due to the reverse relation between poverty and poor health status [60]. The introduction of patient charges can deeper this reversible effect by reducing the access of poor individuals to health care services [26, 60]. Even for individuals who do not fall in the group of poor people, patient charges can present a financial barrier to service utilisation if the intensity of use is high. This could be the case of the elderly, children, and chronically sick who belong to middle-income households, but who often need health care services. For these population groups, the accumulation of patient charges can become a financial burden. For both poor and intensive users, patient charges can cause delays in seeking necessary treatment and worsen health status. This situation is observed in low-, middle- and high-income countries (e.g. [3, 35, 58, 61]).

Yet, the experience with free-of-charge health care provision suggests that the absence of patient charges does not necessarily ensure equal access to medical care for all population groups especially if the health care resources are insufficient (see [6, 62, 63]). When health care is free at the point of consumption, other factors than patient charges replace the rationing of service utilisation. The travel costs, for example, can represent an important financial barrier for using otherwise free health care services. The services provided free-of-charge at the point of consumption are often inequitably distributed and concentrated mainly in the urban areas close to the middle- and high-income population groups (see [61, 64]). When the travel distances are long and the transport costly, the unequal geographical distribution of the health care services makes access of low-income groups and rural population rather expensive and time consuming [65]. Moreover, even if there is no financial or timing barrier for using health care services, the behaviour of health care providers can have inequitable consequences. Physicians might have (or find) the possibility to decide themselves to whom from the waiting patients to provide

the free-of-charge services, which can affect the equity in access. When there is no control over the physicians' decisions, the amount of health care services provided according to factors other than the needs of the patients may be increased. The existence of informal patient payments in a country might be an additional argument why officially free-of-charge health care provision does not always assure equity.

It should be underlined however, that inequities caused by patient charges are much greater than in case of free-of-charge health care provision. In addition to the costs of travelling and waiting, vulnerable low-income and rural population groups should bare also the patient charges. The potential distortion of equity in the health care sector due to the implementation of patient charges is the soundest reason for the objection of patient charges as a policy tool [4]. Therefore, it is not surprising that the need to remove patient charges in low-income countries has come into focus of current policy debates and empirical research [6, 32, 66–68]. It is recognised however, that the removal of these payments cannot be done instantaneously and should be accompanied with policy measures to avoid deterioration in health care provision due to reduced service funding [55].

The inequity in health care provision caused by patient charges can be reduced to a certain extent by exempting the poor from such payments and introducing modest patient payment obligations for the low-income groups [41, 65]. However, other vulnerable population groups who are frequently in need of health care services (e.g. children, elderly and chronically sick) need to be considered for exclusion or fee reductions as well [3, 13, 61, 58].

Despite the intentions of policy-makers to accompany the introduction of patient charges with equity protection measures, the adverse equity effects are still observed [4,69]. There are two main reasons for this: inadequate design of the equity protection measures and/or inability to implement them in practice. For example, in a review of exemption mechanisms that accompanied patient charges in low-income countries, Barnum and Kutzin [34] report that these mechanisms frequently have an inequitable nature, notably for civil servants and members of the armed forces, who are not necessarily unable to pay or in need of frequent health care use. Thus, the exemption arrangements do not always reflect the consumer ability to pay but are also based on other general considerations [70].

Even when the exemption mechanism designed by policy-makers provides a base for ensuring equity and improving the access of the poor to health care, its implementation often fails in practice [6, 71]. In some low-income countries for example, the calculation of the incomes is administratively difficult due to absence of reliable data about the real economic status and existence of income-subsistence activities [4, 38]. As result, the poor population groups cannot be accurately identified, which leads to inequity even though an exemption mechanism is in place. Additionally, the failure of the exemption mechanism can be caused by a lack of appropriate

dissemination of information about its existence, providers' reluctance to grant the exemption and/or the social stigma associated with the exemptions [4, 60, 70, 72].

Conclusion

This paper presented a review of theoretical and empirical evidence on the effectiveness of patient payment policies with the objective to discuss the key policy considerations. The experience of countries at different levels of development (low-, middle-, and high-income countries) was taken into account to outline what could be reasonably expected from the introduction of patient charges for public health care services.

The review suggests that the social benefits of introducing patient charges in the public health care sector are still rather uncertain (mostly due to a lack of systematic empirical research), while their adverse effects on equity are well recognised. Overall, patient charges could be, to a certain extent, a successful policy tool for shaping the pattern of health care utilisation towards micro-efficiency improvements, and for improving the quality of health care provision by managing the fee revenues at a local level. However, an additional condition for success is the appropriateness of the design of patient charges with respect to equity in the public health care sector.

Nevertheless, an increased reliance on patient charges is unlikely to improve macro-level efficiency and sustainability in the health care sector but will rather have adverse equity effects on health care provision especially in a context of informal payments. It remains the government's responsibility to deal with the existence of informal patient payments (where applicable), to secure adequate resources and investments for the public health care sector, and to contain the overall health care costs using supply-side measures rather than solely patient charges.

Acknowledgement:

The study is financed by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services.

Abstract:

Policy-makers assign various objectives to the implementation of patient charges for public health care services. These charges impose prices on health care consumption and as such, they are expected to affect the quantities of health care service demanded, and to generate revenues. The actual ability of patient charges to achieve these objectives depends to a great extent on the patient payment mechanism implemented in a country, as well as on the health care system and context-specific factors. This paper reviews and discusses the theoretical and empirical evidence on the effectiveness of patient payment policies. The paper suggests that patient charges can be a successful policy tool for controlling the pattern of health care utilisation and improving the quality of health care provision. However, an additional condition for success is the appropriateness of the design of patient charges with respect to efficiency and equity in the public health care sector.

Streszczenie:

Dopłaty pacjentów jako skuteczne narzędzie polityki zdrowotnej. Teoretyczne założenia i empiryczne dowody

Słowa kluczowe: dopłaty pacjentów, polityka zdrowotna, efektywność, sprawiedliwość

Wprowadzeniu dopłat pacjentów do publicznych świadczeń opieki zdrowotnej towarzyszą różnorodne cele. Dopłaty te, stanowiąc cenę konsumowanych świadczeń opieki zdrowotnej, mają wpływać na ich liczbę i/lub generować dodatkowe przychody. Możliwość osiągnięcia tych celów zależy w dużej mierze od mechanizmu dopłat pacjentów wprowadzonego w danym kraju, jak również od cech systemu opieki zdrowotnej oraz czynników pozasystemowych. Niniejszy artykuł prezentuje i poddaje pod dyskusję teoretyczne założenia i empiryczne dowody na skuteczność polityki dopłat pacjentów. Przedstawione wyniki wskazują, że dopłaty pacjentów mogą być skutecznym narzędziem kontroli struktury korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, jak również polepszenia jakości dostarczanej opieki zdrowotnej. Jednakże dodatkowym warunkiem osiągnięcia sukcesu jest odpowiednia konstrukcja systemu dopłat, zapewniająca efektywność i sprawiedliwość w publicznym systemie opieki zdrowotnej.

References:

1. Irvine C., Gratzner D., *Medicare and user fees: Unsafe at any price?* AIMS Health Care Reform. Background Paper #9. Atlantic Institute for Market Studies. Halifax/Nova Scotia 2002.
2. Saltman R.B., Figueras J., *Analyzing the evidence on European health care reforms.* „Health Affairs” 1998; 17(2): 85–108.
3. Rice T., Matsuoka K.Y., *The impact of cost-sharing on appropriate utilization and health status: a review of the literature and scenarios.* „Medical Care Research and Review” 2004; 61(4): 415–452.
4. Sepehri A., Chernomas R., *Are user charges efficiency- and equity-enhancing? A critical review of economic literature with particular reference to experience from developing countries.* „Journal of International Development” 2001; 13: 183–209.
5. Akashi H., Yamada T., Huot E., Kanal K., Sugimoto T., *User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitudes.* „Social Science and Medicine” 2004; 58: 553–564.
6. Deininger K., Mpuga P., *Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: evidence from Uganda.* „Journal of African Economies” 2005; 14: 55–91.
7. Akin J., Birdsall N., de Ferranti D., *Financing health services in developing countries: an agenda for reform.* World Bank Policy Study. The World Bank, Washington DC 1987.
8. Bennett S., Ngalande-Banda E., *Public and private roles in health: a review and analysis of experience in Sub-Saharan Africa.* The World Health Organization/Division of Analysis, Research and Assessment, Geneva 1994.
9. Chernew M.E., Rosen A.B., Fendrick A.M., *Value-based insurance design.* „Health Affairs” 2007; 26(2): w195–w203.
10. Rubin R.J., Mendelson D.N., *A framework for cost sharing policy analysis.* „PharmacoEconomics” 1996; 10 (Suppl. 2): 56–67.
11. Brown L.D., *Competition and health cost containment: cautions and conjectures.* „MMFQ/Bulletin” 1981; 59: 145–189.

12. Pauly M.V., *The economics of moral hazard: comment*. „American Economic Review” 1968; 58(3): 531–537.
13. WHO, *European health care reforms: analysis of current strategies*. World Health Organization/Regional Office for Europe, Copenhagen 1996.
14. Bennett S., *The impact of the increase in user fees: a preliminary investigation*. „Lesotho Epidemiological Bulletin” 1989; 4: 29–37.
15. Falkingham J., *Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan*. „Social Science and Medicine” 2004; 58: 247–258.
16. Kim J., Ko S., Yang B., *The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea*. „Health Policy” 2005; 72: 293–300.
17. Kupor S.A., Liu Y.-C., Lee J., Yoshikawa A., *The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan’s national health insurance system*. „International Journal of Health Services” 1995; 25(2): 295–312.
18. Manning W.G., Newhouse J.P., Duan N., Keeler E.B., Leibowitz A., Marquis M.S., *Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment*. „American Economic Review” 1987; 77: 51–277.
19. Newhouse J.P., *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Harvard University Press, Harvard 1993.
20. O’Grady K.F., Manning W.G., Newhouse J.P., Brook R.H., *The impact of cost sharing on emergency department use*. „The New England Journal of Medicine” 1985; 313: 484–490.
21. Schneider P., Hanson K., *Horizontal equity in utilisation of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda*. „Health Economics” 2006; 15(1): 19–31.
22. Selby J.V., Fireman B.H., Swain B.E., *Effect of a copayment on the use of the emergency department in a health maintenance organization*. „The New England Journal of Medicine” 1996; 334: 635–641.
23. Waddington C.J., Enyimayew K.A., *A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of China*. „International Journal of Health Planning and Management” 1990; 5(4): 287–312.
24. Yoder R.A., *Are people willing and able to pay for health services?* „Social Sciences and Medicine” 1989; 29(1): 35–42.
25. Creese A., *User charges for health care: a review of recent experiences*. „Health Policy and Planning” 1991; 6: 309–319.
26. van de Voorde C., van Doorslaer E., Schikkaert E., *Effects of cost sharing on physician utilization under favorable conditions of supplier-induced demand*. „Health Economics” 2001; 10(5): 457–471.
27. Creese A., Kutzin J., *Lessons from cost recovery in health*. WHO/SHS/NHP/95.5. World Health Organization, Geneva 1995.
28. Sepehri A., Chernomas R., Akram-Lodhi H., *Panelizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam*. „Health Policy and Planning” 2005; 20(2): 90–99.
29. Evans R.G., *Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications*, in: Perlman M. (ed.), *The economics of health and medical care*. John Wiley and Sons, New York 1974.
30. Anderson G.M., Brook R., Williams A., *A comparison of cost-sharing versus free care in children: effects on the demand for office-based medical care*. „Medical Care” 1991; 29(9): 890–898.
31. Fendrick A.M., Chernew M.E., *Value based insurance design: maintaining a focus on health in an era of cost containment*. „AJMC” 2009; 15(6): 338–343.
32. Fafchamps M., Minten B., *Public service provision, user fees and political turmoil*. „Journal of African Economies” 2007; 16(3): 485–518.
33. Palmer N., Mueller D.H., Gilson L., Mills A., Haines A., *Health financing to promote access in low income settings – how much do we know?* „The Lancet” 2004; 364(9442): 1365–1370.
34. Barnum H., Kutzin J., *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing*. John Hopkins University Press, Baltimore 1993.
35. de Gooijer W., *Trends in EU health care systems*. Springer, New York 2007.
36. Hjalmarsson O., *User charging for primary and specialist doctor services in Iceland*. In: *OECD. User charging for government services: best practice guidelines and case studies*. Public Management Occasional Paper No 22. OECD Publication Service, Paris 1998.
37. Gwatkin D.R., *Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do?* „Bulletin of the World Health Organization” 2000; 78(1): 3–18.
38. Gilson L., *Government health care charges: is equity being abandoned?* EPC Publication No 15. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London 1988.
39. McPake B., *User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature*. „Social Science and Medicine” 1993; 36: 1397–1405.
40. Stanton B., Clemens J., *User fees for health care in developing countries: a case study of Bangladesh*. „Social Science and Medicine” 1989; 29(10): 1199–1205.
41. Gilson L., Kalyalya D., Kuchler F., Lake S., Oranga H., Ouendo M., *The equity impacts of community financing activities in three African countries*. „The International Journal of Health Planning and Management” 2000; 15(4): 291–317.
42. Sowada C., *Co-payment – arguments for and against wider use in the system of general social health insurance [in Polish]*. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2004; II(1): 11–22.
43. Litvack J.I., Bodart C., *User fees and improved quality of health care equals improved access: results from a field experiment in Cameroon*. „Social Science Medicine” 1993; 37: 369–383.
44. Audibert M., Mathonnat J., *Cost recovery in Mauritania: initial lessons*. „Health Policy and Planning” 2000; 15(1): 66–75.
45. Gertler P., van der Graag J., *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*. The World Bank, Washington DC 1990.

46. Pavlova M., Groot W., van Merode G.G., *Willingness and ability of Bulgarian consumers to pay for improved public health care services*. „Applied Economics” 2004; 36: 1117–1130.
47. Lewis M., *Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?* The World Bank, Washington DC 2000.
48. Thompson R., Witter S., *Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform*. „International Journal of Health Planning and Management” 2000; 15: 169–187.
49. Health Consumer Powerhouse, *Euro health consumer index*. European Commission, Brussels 2008.
50. Ensor T., Savelyeva L., *Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan*. „Health Policy and Planning” 1998; 13(1): 41–49.
51. Gaal P., McKee M., *Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care*. „Social Science and Medicine” 2005; 60: 1445–1457.
52. Delcheva E., Balabanova D., McKee M., *Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria*. „Health Policy” 1997; 42: 89–100.
53. Figueras J., McKee M., Cain J., Lessof S., *Health systems in transition: learning from experience*. World Health Organization/Regional Office for Europe, Copenhagen 2004.
54. Wagstaff A., van Doorslaer E., *Equity in the finance of health care: some international comparisons*. „Journal of Health Economics” 1992; 11: 361–387.
55. Gilson L., McIntyre D., *Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action*. *BMJ* 2005; 331: 762–765.
56. Musgrove P., *What should consumers in poor countries pay for publicly-provided health services?* „Social Science and Medicine” 1986; 22(3): 329–333.
57. Sprinkle R.H., *Remodeling health care*. „Journal of Health Politics, Policy and Law” 1994; 19(1): 45–68.
58. Street A., Jones A., Futura A., *Cost-sharing and pharmaceutical utilization in Russia: evidence from a household survey*. Discussion Paper No155. Centre for Health Economics/University of York, York 1997.
59. Boaz R.F., *Equity in paying for health care services under a national insurance system*. „MMFQ/Health and Society” 1975; (Summer): 337–352.
60. Huber J.H., *Ensuring access to health care with the introduction of user fees: a Kenyan example*. „Social Science and Medicine” 1993; 36(4): 485–494.
61. Jacobs B., Price N., *The impact of the introduction of user fees at a district hospital in Cambodia*. „Health Policy and Planning” 2004; 19: 310–321.
62. Black D., *Inequalities in health: report of a research working group*. Department of Health and Social Security, London 1980.
63. Mills A., *Economic aspects of health insurance*, in: Lee K., Mills A. (eds), *The economics of health in developing countries*. Oxford University Press, Oxford 1983.
64. Foreit K., Levine R., *Cost recovery and user fees in family planning*. Policy Paper Series No. 5. The Futures Group, Washington, DC 1993.
65. Lee K., *Chapter 1 – Symptoms, causes and proposed solutions*, in: Abel-Smith B., Creese A. (eds), *Recurrent costs in the health sector – problems and policy options in three countries*. World Health Organization, Geneva 1989.
66. Meessen B., van Damme W., Tashobya C.K., Tibouti A., *Poverty and user fees for public health care in low-income countries: lessons from Uganda and Cambodia*. „Lancet” 2006; 368: 2253–2257.
67. Nabyonga J., Desmet M., Karamagi H., Kadama P.Y., Omaswa F.G., Walker O., *Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda*. „Health Policy and Planning” 2005; 20: 100–108.
68. Xu K., Evans D.B., Kadama P., Nabyonga J., Ogwang Ogwal P., Nabukhonzo P., Aguilar A.M., *Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda*. „Social Science and Medicine” 2006; 62(4): 866–876.
69. Gilson L., Russell S., Buse K., *The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy*. „Journal of International Development” 1995; 7(3): 369–401.
70. van Adams A., Harnett T., *Cost sharing in the social sector of Sub-Saharan Africa: impact on the poor*. World Bank Discussion Paper No 338, African Technical Department Series. The World Bank, Washington, DC 1996.
71. Gilson L., Kalyalya D., Kuchler F., Lake S., Oranga H., Ouendo M., *Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries*. „Health Policy” 2001; 58(1): 37–67.
72. Russell S., Gilson L., *User fee policies to promote health service access for the poor: a wolf in sheep’s clothing?* „International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation” 1997; 27(2): 359–379.

About the authors:

Milena Pavlova, PhD – Assistant Professor Health Economics, Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Marzena Tambor, MPH – PhD researcher Patient Charges in Europe, Department of Health Economics and Social Security; Institute of Public Health; Faculty of Health Sciences; Jagiellonian University Collegium Medicum and Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Prof. Godefridus G. van Merode, PhD – Professor Health Care Logistics and Operations Management; Vice Dean Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Prof. Wim Groot, PhD – Professor Health Economics, Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; and Topinstitute Evidence-Based Education Research (TIER)

Petra Baji, Imre Boncz, György Jenei, László Gulácsi

The short story of co-payments for health care services in Hungary – lessons for neighbouring countries

Key words: co-payment, user fee, Hungary, Central-Eastern Europe, patient payment policy

■ Introduction of co-payments in CEE

While in Western-European countries co-payments for using health care services are widely spread, this is a relatively new issue for most of the Central-Eastern European (CEE) countries. Their story goes back to political changes – the collapse of the communist regimes in the early 90s. Before, during the communist era all kinds of services were covered by the states, and patients could use services free of charge.

Slowly more and more countries were pressed to introduce co-payments for using health care services (in addition to co-payments for pharmaceuticals and dental care) to cover public deficits and control health-care spending. However the introduction of co-payments in these countries often met with a cold reception and political resistance by the population [1].

First the Baltic countries (in the early 1990s) then Bulgaria (in 2000) introduced user fees for health care services shortly after the change of the regime. In these countries the system of co-payments for health care services has been working for more than ten years now [2, 3].

In 2003 Slovakia introduced co-payments for health care services, however fees were abolished by the new government which came into power in 2006 [4].

Hungary had the same experience as Slovakia a few years later: co-payments were introduced in 2007 and abolished one year later in 2008 as a result of a population referendum.

Czech Republic introduced co-payments in January, 2008 with the intention to reduce excessive utilisation of services and generate additional revenue for the health care system. However, the decrease of the measure of the fees and the expansion of exemption categories are still a regular object of policy discussion [5].

The introduction of co-payments is also proposed to take place in January 2011 in Romania.

In countries where user fees have not been introduced yet, like in Poland and Ukraine the issue is continuously on the carpet, and there is an active policy discussion about it.

In this paper we present the case of the introduction (and abolishment) of co-payments in Hungary to serve as a lesson for other CEE countries. First, we introduce the Hungarian health care system, then the introduction of co-payments for health care services in Hungary (goals, design, effects). Finally we give some policy recommendations how to establish sustainable patient payments policies.

■ The case of official patient payments in Hungary

Background

Hungarian health care system

Hungary has an insurance-based public health care sector funded by income-related social health insurance contributions paid for by employees and their employers. Self-employed individuals pay the full contributions. The health care providers are financed by the only health insurance fund, the National Health Insurance Fund Administration (NHIFA).

General practitioners work as private entrepreneurs and partially play the role of gate-keepers to specialised care: their referral is needed to visit a specialist except for some services (e.g. gynaecology, urology, ophthalmology, dermatology and otolaryngology) and for hospital admission. Their services are reimbursed on a capitation base combined with fee-for-service reimbursement. Medical specialists work either in private practices or in hospital units. They are paid via fix on salaries when providing out-patient services. A fee-for-service point system works as a basis for financing the out-patient specialist

care. Hospital in-patient care is provided mainly by state hospitals although private clinics also exist. The hospital funding is based on diagnose-related groups reflecting the type and quantity of hospital care provided. In 2007, the number of outpatient care institutes was 426. Currently, there are 77 territorial hospitals which offer basic hospital care and 37 “high priority” hospitals (university clinics and national medical institutes), which represent the highest level of health care services (tertiary care).

In Hungary, the public expenditure on health is slightly lower than the European average, but higher than many Eastern European countries. The total health expenditure accounted for 7.4% of GDP in 2007. The OECD Health Data 2010 suggest public expenditure on health of about 1359 \$ (PPP) per capita, which represents about 70.40% of the total health expenditure.

Changes in 2007

The Hungarian government started on the reform of healthcare in 2006. The reform measures had fiscal reasons arising from the Convergence Programme¹ to decrease the deficit of the government budget and to meet the European Union criteria for countries in transition to join the Euro zone (known as “Maastricht Criteria”) [6–8].

The continuous deficit of the NHIFA was one of the reasons for the Hungarian government to consider health care reforms as a part of the Convergence Program of Hungary. NHIFA’s deficit varied between 3.4% of the

total revenue of the Fund in 1994 and 31.2% in 2005 [9]. The health care reforms in 2006–2007 aimed to secure the revenue of the NHIFA and decrease the expenditure on curative health care and pharmaceuticals.

According to the Convergence Program of Hungary the reduction of expenditures on curative-preventive care as a percentage of GDP as well as a significant reduction of the growth rate of pharmaceutical subsidies was required in order to improve the government balance. Nevertheless, the more efficient use of funds based on requirements of cost efficiency and long term financial sustainability was necessary, and incentives had to be created for providers and households to become more cost sensitive [7].

As a result of the reform arrangements from 2006 to 2007 the total health care expenditure as a percentage of GDP decreased from 8.1% to 7.4%. Also the share of public expenditure of total health care expenditure decreased from 72.6% to 70.4% [1] (see **Figure 1**).

The most important reform measures included the followings [11]:

- Structural changes in inpatient care.

The structural change in inpatient care was the establishment of a system of high priority and territorial hospitals on the one hand. Currently there are 77 territorial hospitals, which carry out basic care, and 37 high priority hospitals – university clinics and national medical institutes, which represent the highest level of health care services.

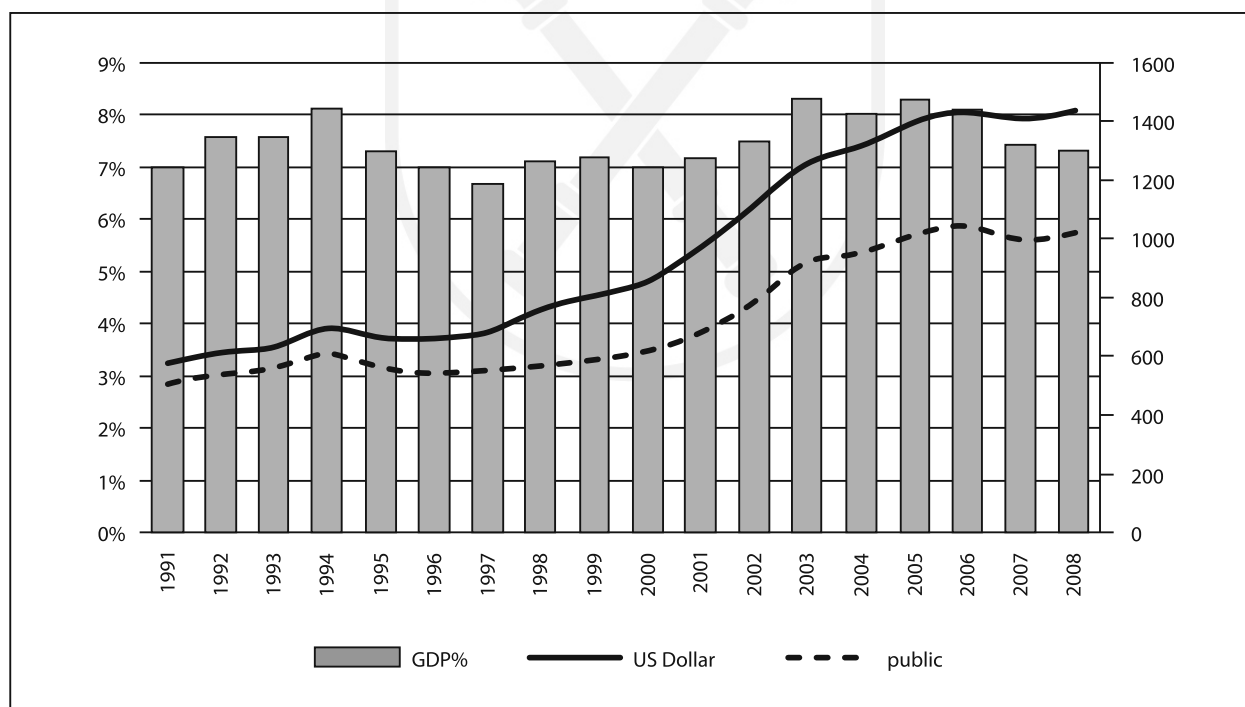


Figure 1. Expenditure on health, Hungary.

Source: OECD Health Data, 2010.

¹ In line with the requirement of EU membership, Member States submit stability programmes, and Member States, which have not yet adopted the euro submit convergence programmes to the Commission and the Council each year. The Hungarian Government, on the invitation of the Council, prepared an adjusted convergence programme update, out of the regular timetable, in September 2006.

On the other hand, the number of acute hospital beds was decreased, while the number of beds for chronic inpatient care was increased. Acute bed capacity was cut by 16 000 beds (~ 27%), while chronic bed capacity increased by 7500 (~31%) [12].

- The checking of citizens' eligibility for insurance coverage (eligibility is conditioned on legal status).
- Act on the secure and efficient supply of pharmaceuticals and medical aids and on the general rules of pharmaceutical trade adopted by Parliament in November 2006.
- The introduction of co-payments (visit fee for primary care, outpatient specialist care and in inpatient institutes for each day of care).
- The establishment of Health Insurance Supervisory Authority.

Also, the transformation of the health insurance system was the focus of reform arrangements during 2006–2007, however the idea of replacing the single-payer insurance model by several Health Insurance Management Funds have never materialised in practice, the Act on Health Insurance Management Funds, was revoked by Parliament in May, 2008.

The introduction of co-payments

The introduction of co-payments for using health care services was also the part of reform arrangements during the period of 2006–2007. However, co-payments were abolished one year after their introduction as a result of a population referendum initiated by the opposition. In the following section we will present the goals of the introduction, the design of co-payments and the experiences of the one-year period.

Goals of the introduction of co-payments for health care services

The idea of the introduction of co-payments for health care services was first communicated toward the public in 2006 when the government published a paper, called "The Green Book of the Hungarian Health Care" [13], to summarise their proposed arrangements in the health care system during the period of 2006–2007, like the transformation of the insurance system, the structural reform of inpatient care, changes in the system of pharmaceutical subsidies and the establishment of the Health Insurance Supervisory Authority.

According to the published paper, the main goals of the introduction of patient payment were:

- a) to formalise informal patient payments;
- b) to decrease the unnecessary use of health care services.

As for the first aim – formalising informal payments, the policy paper argued that "Co-payment exists in Hungary, but in an illegal form: in the form of informal payments, which is the most unfair way of financing the health-care system. Informal payments cause the highest burden for the most vulnerable population groups, and inhibit them from using health care services. Our main

goal is to replace the amount of informal patient payments with a smaller amount of legal co-payments" [13].

As for the second goal – the decrease of unnecessary utilisation of health care services – the Green Book referred to the high number of patient-physician visits in Hungary comparing to other European countries: "In Hungary the number of visits is two times higher than the Western-European average. In some cases these visits are not really reasonable" [13].

Besides these two communicated goals, the Convergence Program of Hungary declared that co-payments are expected to serve as an instrument to regulate demand, increase cost-consciousness of patients, and improve most efficient use of public resources. The document also mentioned that co-payments would provide additional financial resource for health care system at the same time. 30–40 Mrd HUF (111–148 million euro)² was expected from the introduction for the first year, which accounts approximately for 5% of the budget of curative preventive care. Cost-saving was also expected in health care expenditure due to the expected decrease of the number of visits and prescriptions [7].

Main arguments against the introduction of visit fee

After the publication of the Green Book in July, 2006, political discussions started on the proposed arrangements, and some papers commenting on the proposed arrangements were published [14, 15] Also, political discussion continued after the introduction of the visit fee. Those who were against the implementation of co-payments argued that the introduction was an unfounded decision and questioned whether the goals of the introduction of co-payments were relevant in Hungarian context, or doubted that this arrangement was the best way to reach the goals mentioned above.

The main arguments against co-payments were the following:

- The health state of the Hungarian population is below the European average, and in some aspect also behind other CEE countries.
- In Hungary the problem with utilisation of health care services is quite the opposite: most of the population goes to see the doctor at the very last moment.
- Most of the cases providers induce the utilisation of health care services (e.g. controls, prescriptions, tests).
- Those with lower income are more price-sensitive than those with higher income, so those who cannot afford to pay co-payments will be crowded out of using health care services.
- The collection of the fees will generate more cost than the benefit, so in this way, co-payments cannot provide additional resource for health care system.
- The collection process would extend the waiting time of patients and cause more administrative burden for physicians.
- Small amount of co-payments have no potential to deal with informal payments: co-payments cannot

² Exchange rate: 270 HUF = 1 EUR.

substitute informal payments, as they are not capable to compensate personal attention of the physician. In this way the introduction of co-payments would induce a double financial burden for the population.

- Out-of-pocket health care expenditures already have a high share in total health care expenditure.

The facts

Informal payments

We have evidence about the existence of informal payments in Hungary. According to previous research in 2003 every four patient paid informally for health care services on average 48 euros per year. Informal payments are the most widespread at hospital care, where half of the patients pay informally, while in GP and out-patient care every 6th or 7th patient paid informally [16].

After the collapse of the communist regime, in the last 20 years, several Ministry Committees were set to estimate the magnitude of informal payments in Hungary and make proposals for the solution of the problem. Their proposals focused on ethical issues and the transferability of informal payments to taxed legal income. However none of the endeavouring could reach appreciable results, not even the increase of salaries of health care workers in 2002 [16].

Service utilisation and health status

As for the high number of physician-patient contacts, according to OECD data the number of physician contact was really one of the highest among OECD countries, on average 12.9 per capita in 2006. In the Czech Republic and in Slovakia the situation is quite similar with 13 and 11.3 visits per capita [10] (see **Figure 2**).

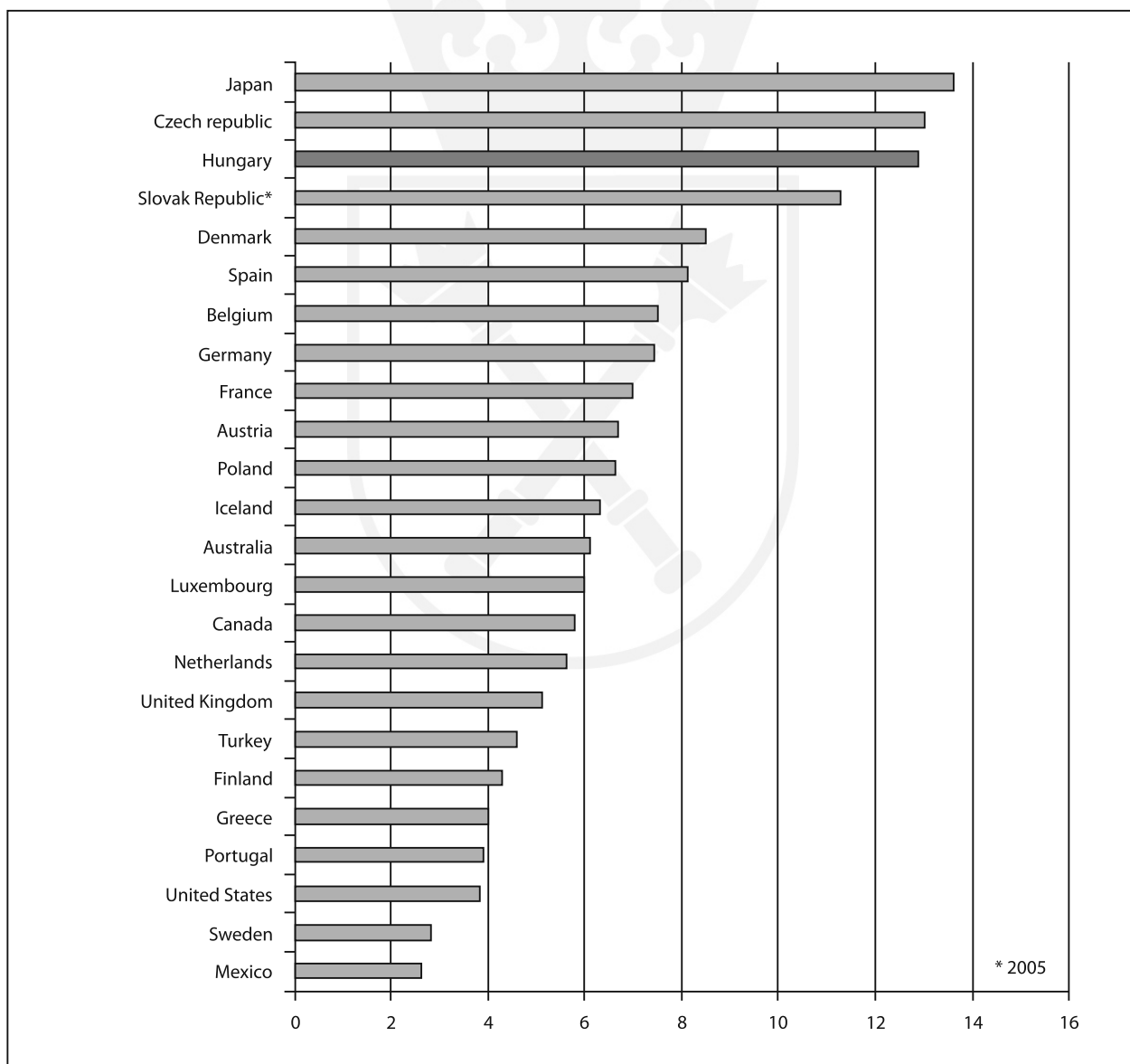


Figure 2. Doctor consultations per capita, 2006.

Source: OECD Health Database.

However at the same time life expectancy of the Hungarian population is more than 5 years below the OECD average. In 2007 it was 73.3 years comparing to the OECD average, 79 years [10] (see **Figure 3**) Hungary also leads in mortality statistics caused by cancer and cardiovascular diseases.

Out of pocket payments of Hungarian population

Private expenditure on health care accounted for 27–30% of the total health care expenditure during the period 2006–2008 according to OECD Health Data. Out-of-pocket payments (including official fees in a form of co-payments, and also informal payments) covered approximately 23–24% of the total health care expenditure during the period 2006–2008 (see **Figure 4**). The share



Figure 3. Average life expectancy in OECD countries 2007.

Source: Health Database 2010.

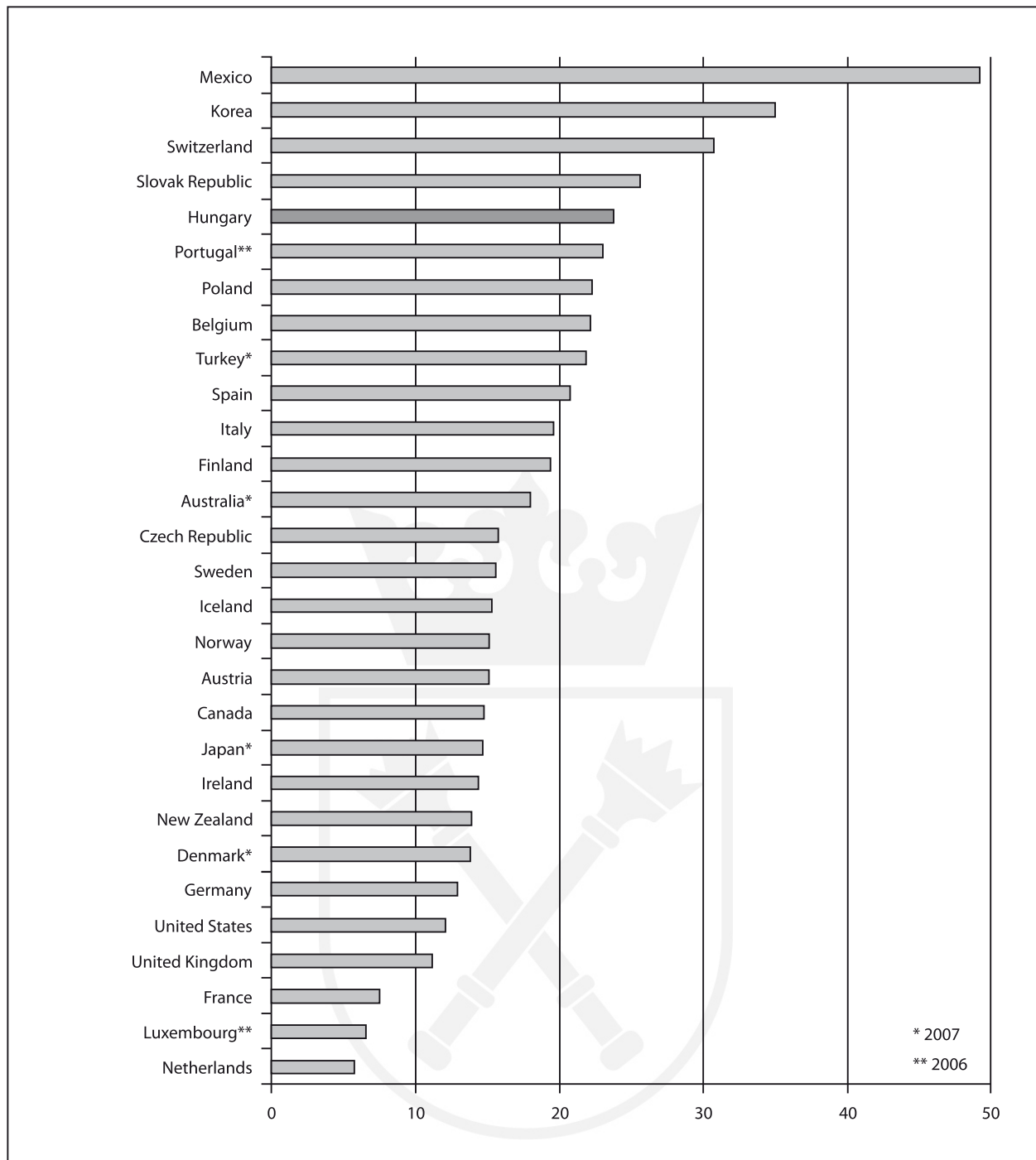


Figure 4. Out-of-pocket payments of OECD countries 2008.

Source: Health Database, 2010.

of out-of-pocket payments increased continuously after the change of the regime, from 11% in the 1990s [10]. This trend and these numbers are comparable to other CEE countries, however the share of out-of-pocket payments are relatively high compared to Western European countries.

The introduction of visit fee

The co-payments for health care services called “visit fee” were introduced in February, 2007 in GP care, out-patient care, inpatient care and dental care.

- **Amount**

The amount of patient payment was 300 HUF (1.1 euro) for each visit in GP care and out-patient-care if the patient had a referral from GP. In inpatient care the same amount of 300 HUF was introduced per day

in hospitals. A higher fee of 600 HUF (2.2 euro) was applied in case of choosing a GP where the patient is not registered or choosing GP services which is not in the patient's residence, or using out-patient care without a referral (after a half year it increased to 1000 HUF). 1000 HUF (3.7 euro) which should have been paid in case of unnecessary use of urgency care.

- *Limits and exemptions*

Children under the age of 18 were exempted. Also, users of certain health care services (e.g. emergency care, some chronic care/treatments, prenatal and preventive care) were exempted as well. A limit was introduced for the total amount of payments and defined in maximum 6000 HUF (22.2 euro) per year per service type. Limits were applied separately for GP, out-patient and inpatient care, the total amount of payment was limited at 15 thousands HUF (55.5 euro) per year. Patients had the right to ask for the reimbursement of payments after 20 visits or 20 days spent in hospital per year.

- *Beneficiary*

The beneficiary of the collected revenue was the provider institution (in case of primary care it means GP practices).

Abolishment

After 1 year, in April 2008 co-payments were abolished as the result of a referendum initiated by the opposition. In case of GP and outpatient care 82.4%, in case of hospital care 84.1% voted for the abolishment of co-payments. The referendum also concerned questions about other reform arrangements planned by the government, like the transformation of the single payer insurance model and the introduction of tuition at tertiary education. The results in these questions were similar.

(In 2010 a new government came to power, which is formed by the former opposition party, who initiated the referendum about co-payments. So far, this issue is no longer on the carpet.)

The effects of the introduction of co-payments

Decreasing utilisation

The introduction of co-payments in GP, out-patient and inpatient care resulted in a significant decrease of visits and inpatient care admissions.

- *GP visits*

During the 6 month period before the introduction of co-payments fee the average monthly number of visits to general practitioners was 5,615,723, during the 6 months period after the introduction of co-payments it decreased to 4,150,282, which represent a 26.1% decrease in the number of visits to general practitioners [17]. At the same time the decrease in case of children practices was not significant, as children under the age of 18 were exempted [18].

- *Out-patient visits*

During the 10 month period before the introduction of co-payments the average monthly number of outpatient visits was 5,846,279, while during the 10 month period after the introduction of co-payments it decreased to 4,720,650. This represents a 19.3% decrease in the number of outpatient visits [19].

- *Inpatient care*

During the 10 month period before the introduction of co-payments the average monthly number of admissions was 207,728, while during the 10 month period after the introduction of co-payments it decreased to 176,444. This represents a 15.1% decrease in the number of acute care admissions [20].

Due to the decrease of number of visits, at the same time the number of prescriptions and referrals decreased as well.

However, other elements of the health care reforms which were introduced at the same time could have also influenced the number of admissions. GPs were allowed to prescribe medication for a longer period of 3 months instead of the previously applied practice of 1 month. Also in in-patient care due to the structural reform the number of acute beds decreased by approximately 27% as mentioned above.

The equity effect of the introduction of co-payments has not been revealed yet. We do not have information whether visits and admissions, which failed to be realised were really unnecessary or not.

Only some results of a survey by GfK Hungária were published. According to the results of, to their question "Have you delayed your visit to the doctor because you were to pay co-payments?" 21% of the respondents living with monthly net income under 90 thousands HUF (333 euro)³ answered yes, while this ratio was 9% considering respondents with higher than 150 thousands HUF monthly net income (556 euro) [21]. On the other hand Mihályi, 2008 argue that the decrease of the number of GP visits did not significantly differ in different regions the country, and was not correlated with the poverty of the territory [18].

After the abolishment of co-payments we can see a slight increase in utilisation data, however utilisation has not reached the previous level. During the 7 month period after the withdrawal of co-payments the average monthly number of outpatient visits increased by 3.7% comparing to the 7 month period before. Also during the 7 month period after the withdrawal of co-payments the average monthly number of in-patient hospital admissions increased by 3.1% comparing to 7 months period before [8, 22].

Revenue and savings

The Ministry of Health published a handout on the effects and results of the introduction of patient payment [23]. The amount of the revenue was estimated⁴ for 22

³ Exchange rate: 270 HUF = 1 EUR.

⁴ More information can be found on the homepage of the Ministry of Health: <http://www.eum.hu/archivum/finanszirozasi/vizitdij-napidij-elso>

billion HUF (81.5 million euro) in 2007, 45% went to GPs, 29% to out-patient care institutions and 14% for hospitals, and the remaining 12% for urgency care, diagnostic, dental care (see **Table I**). Co-payments generated significant resources to GPs: 180 thousands HUF (~666.6 EUR) per GP praxis per month, which is a 25% increase of their budget. This can explain their protest against the abolishment of visit fee (later they were compensated).

Less attention was paid to in-patient and out-patient institutes. They were less lucky, as the collected revenue from co-payments were not as significant compared to their budget, moreover the decrease in utilisation also affected their budget as fee-for-service point system works as a basis for financing the out-patient specialist care and hospitals' fund are based on DRGs (NHIFA data shows that quotas were increased after the introduction of co-payments).

Ministry of Health estimated the amount of indirect cost-savings for 25.3 billion HUF (93.7 million euro) in curative preventive health care expenditure based on the decrease of the use of services, and 15 billion HUF (55.6 million euro) in pharmaceutical subsidies due to the decrease of the number of prescriptions. Together with savings on subsidies for medical aids and sick-allowance the estimated amount of total cost saving was 42.4 billion HUF (157 Million EUR) [23] (see **Table II**).

Effect on informal payments

Two studies based on household surveys reported results on the effect of the visit fee on informal payments [16, 24]. The study of TÁRKI [16] indicated that fewer patients paid informally for hospital doctors in 2007 compared to 2003, while no change was observed in out-patient specialist care. The study of MEDIÁN [24] examined the amount of total informal payments of households compared to the total household expenditures on the visit fee. They found out that one year after the implementation of the visit fee, the total amount of informal payments by households decreased, though this decrease was not enough to compensate the household expenditures on formal patient payments on an aggregate level. Consequently, the total combined expenditure of households on formal and informal payments increased. However, it is also required to consider that decrease in health care utilisation could also cause the decrease in the total expenditure on informal payments.

Population attitude

Not surprisingly co-payments were not so popular among health care consumers. However according to previous results of project ASSPRO CEE 2007 [25], there were supporters of the system, who think that co-payments promote a healthier and more "health-conscious" life-style and cost-conscious behaviour which might lead to more efficient use of health care services. However, even "supporters" of co-payments recall negative experiences with the implementation of co-payments, mostly

Collected co-payments 2007.02.15. – 2007.10.31	Million HUF	Million euro
GP care	6,871.4	25.4
Out-patient care	4,449.7	16.5
Inpatient care (acute)	1,428.9	5.3
Dental care	881.3	3.3
Laboratory	724.8	2.7
Inpatient care (chronic)	454.1	1.7
Other	431.2	1.6
Total	15,241.4	56.4

Table I. Revenue from co-payments 2007.02.15.–2007.10.31.

Source: Ministry of Health, 2008 [23] (exchange rate 270 HUF = 1 euro).

Estimated cost-saving per year	Billion HUF	Million euro
Curative and preventive care	25.3	93.7
out-patient care	3	11.1
in-patient care (acute)	21.2	78.5
in-patient care (chronic)	1.1	4.1
Pharmaceutical subsidies	15	55.6
Medical aids and medical baths	1	3.7
Financial subsidies (e.g. sick-allowance)	1.1	4.1
Total	42.4	157.1

Table II. Estimated cost savings from co-payments for one year.

Source: Ministry of Health, 2008 [23] (exchange rate 270 HUF = 1 euro).

concerning the complex collection process and the negative attitude of health care providers.

On the other hand, most health care consumers did not believe in the policy goals that were assigned to co-payments. In particular, consumers doubted that the decrease of utilisation is necessary and did not consider co-payments as a useful instrument to replace informal payments. They rather felt that the situation of the Hungarian health care system was getting worse and insupportable, which forced the government to find more resources to avoid the collapse of the system. They considered co-payments as a life-belt, which could have provided some additional resource for the system to maintain or improve the quality of services.

The opinion of health care providers on co-payments was quite divided. GPs were the most supportive group of these fees, and considered them as an effective instrument in generating additional resource for their practice, as well as in reducing unnecessary use of health care services. On the other hand medical specialists and physicians working in hospitals complained about having only

additional work and high administrative burden of the collection of co-payments.

However, both providers and consumers agreed that the issue of visit fee became a political issue, which divided political parties and followers. Moreover they felt that the discussion of policy goals of the introduction of co-payments was missing.

What we do not know...

- Some data on the decrease of utilisation are available concerning the number of visits but we cannot really distinguish the effect of co-payments from the effect of other arrangements during the same period (e.g structural reforms in inpatient care, changes in prescription practice).
- The equity effects of the introduction of co-payments has not been revealed yet. We do not know which social groups were mainly affected by the fees.
- We do not know whether the attitude of the population toward informal patient payments has changed due to the introduction of co-payments.
- We know little about the incentives of health care providers generated by the introduction of payments.
- We have no information about the costs of the introduction of co-payments or the cost of the administration/collection process.
- We have no information about the utilisation of the collected revenue. We do not know how co-payments affected quality of services or health outcomes.

Experiences from other countries

Other CEE countries, namely Slovak and Czech Republic had similar experiences with visit fee concerning the design, the effects and population attitude towards co-payments. In all of these countries the issue of co-payments has had an important role in policy discussions and politics, which divide political parties.

Slovakia introduced co-payments for health care services in June, 2003. The fee was 20 SKK per physician visit, 50 SKK per day of hospitalisation, 60 SKK per ambulatory visits. Patients with chronic illnesses and vulnerable groups were exempted. According to estimations in the second half of 2003, following the introduction of cost-sharing, there was a 10% reduction in the number of outpatient visits compared to the same period in 2002, also the number of emergency visits dropped by 13%. However, in specialised outpatient-care and hospitals the decline was lower (2%, respectively). After a few years, a new government came into power in 2006 and abolished co-payments [4, 26].

In Czech Republic the system of co-payments for health care services had been introduced at the beginning of 2008 and was intended to reduce excessive utilisation of services and generate additional revenue for the health care system. The fee was 30 CZK per physician visit, 60 CZK per day of hospitalisation, 90 CZK per ambulatory visits. Children under the age of 6, patients with chronic illnesses and imperilled pregnant women were exempted.

During its first year of implementation, the number of emergency visits dropped by 36%, ambulatory specialist visits by 15% and ambulatory specialist visits in inpatient facilities by 19%. In addition, the number of prescriptions fell by 28%. During the first year five billion Czech Crowns were collected from co-payments and the cost-savings due to this decrease were estimated to another five billion Czech Crowns in the system.

So far, due to the pressure of the new opposition (who called for the complete abolition of all co-payments in their campaign at the regional elections in 2008) the decrease of the measure and the expansion of exemption categories are still a regular object of policy discussion. In February, 2009 government exempted children under 18 from co-payments. For people over the age of sixty-five the maximum limit for user fees and co-payments were reduced from 5000 to 2,500 Crowns [5, 26–28].

Conclusion – lessons for other CEE countries and policy makers

We saw that the three CEE countries (Czech Republic, Hungary and Slovakia) had the same experiences with the introduction of co-payments. These fees were met with a cold reception by the population and also political resistance, which divided political parties and followers. Though, introduction of co-payments/increase of taxes will never be popular among the population, we have some recommendations based on Hungarian experiences to help develop sustainable patient payment policy. Hungarian experiences might serve as an instructive case study for other CEE countries as well.

Based on Hungarian experiences, the following steps are inevitable when developing a sustainable patient payment policy:

1. Preliminary research:
 - More studies would be required on policy goals (to reduce excessive utilisation, generate additional revenue, dealing with informal payments), whether they are relevant in country specific system.
 - Identification of the current situation.
 - Identification of the objectives and desired scenarios.
 - Identification of all possible alternative solutions in accordance with the policy goals and their anticipatory effects.
 - Research is necessary on the anticipatory effects of the chosen solution (effect on financing, utilisation, equity, quality, administration, attitudes from every stakeholder's perspectives).
 - Mapping of the incentives generated by the new fees and the interests of stake-holders (health care consumers, providers and policy makers) is necessary.
 - Identification of assessment criteria (and quality indicators) of the proposed system is necessary, to be able to monitor the processes and effects.
 - Not to forget that practices of other countries should not be copied, and must be adapted to country specific context.

2. Decision making:
 - Political consensus is required between political parties, to be able to get the arrangements across population's resistance.
 - Health care consumers and providers should be involved in the decision-making process. Social consensus on this issue is necessary before introducing formal patient payments.
3. Public discussion:
 - More policy and public discussion about policy goals is necessary.
 - Close communication with the public and health care providers is needed to clarify the objectives and content of a future patient payment model.

Acknowledgement:

The study is financed by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The content of the publication is the sole responsibility of the authors and it in no way represents the views of the Commission or its services.

Abstract:

The introduction of co-payments for using health care services is a relatively new issue for most of the Central-Eastern European (CEE) countries. Some CEE countries, like Slovakia, Hungary and Czech Republic have similar experiences with the introduction of such co-payments. These fees were met with a cold reception by the population and also political resistance, which led to the abolishment of these payments in Slovakia as well as in Hungary. Our paper focuses on the experiences of Hungary, where co-payments for health care services were introduced in February, 2007 and abolished one year later as a result of a population referendum. Hungarian experiences can serve as a lesson for policy makers from other CEE countries to develop sustainable patient payment policies.

Streszczenie:

Krótką historią współpłacenia za świadczenia opieki zdrowotnej na Węgrzech – lekcje dla krajów sąsiednich

Słowa kluczowe: współpłacenie, opłaty za korzystanie, Węgry, Europa Środkowo-Wschodnia, polityka dopłat pacjentów

Wprowadzenie współpłacenia pacjentów za świadczenia opieki zdrowotnej jest stosunkowo nowym działaniem w większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Niektóre z tych krajów, jak Słowacja, Węgry czy Czechy, mają podobne doświadczenia z implementacją dopłat. Opłaty te spotkały się z ograniczoną akceptacją zarówno społeczną, jak i polityczną, co w rezultacie doprowadziło do ich zniesienia na Słowacji, a także na Węgrzech.

Artykuł skupia się na doświadczeniach Węgier, gdzie współpłacenie za świadczenia opieki zdrowotnej było wprowadzone w lutym 2007 r. i zniesione rok później w rezultacie ogólnokrajowego referendum. Doświadczenia węgierskie mogą posłużyć jako lekcja dla decydentów politycznych z innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej pomocna w celu rozwoju odpowiedniej polityki dopłat pacjentów.

References:

1. Hall D., *Healthcare: rejection of privatisation and patient fees in Central Europe*. PSIRU, London 2009.
2. Cockcroft A., Andersson N., Paredes-Solis S., Caldwell D., Mitchell S., Milne D., Merhi S., Roche M., Konceviciute

- E., Ledogar R.J., *An inter-country comparison of unofficial payments: results of a health sector social audit in the Baltic States*. „BMC Health Serv. Res.” 2008; 8: 15.
3. Pavlova M., Groot W., van Merode G., *Public attitudes towards patient payments in Bulgarian public health care sector: results of a household survey*. „Health Policy” 2002; 59: 1–24.
4. Pazitny P., Szalay T., *The Left-Wing and the User Fees in the Health Sector Into Balance*. „Health Policy Institute” 2006; 1: 1.
5. Kossarova L., Mad'arova L.H., *Czech Republic: First steps on the path to health care reform*. „EuroHealth” 2008; 14: 13–5.
6. *Treaty of European Union*. Official Journal 1992; C.
7. Convergence Programme of Hungary 2006–2010. Government of the Republic of Hungary, 2006, [http://www1.pm.gov.hu/web/home.nsf/portalarticles/8E02BBDFAEA7D5E2C12572410042487C/\\$File/Convergence%20program%202006%20Dec_en.pdf](http://www1.pm.gov.hu/web/home.nsf/portalarticles/8E02BBDFAEA7D5E2C12572410042487C/$File/Convergence%20program%202006%20Dec_en.pdf), 28.10.2010.
8. Kövi R., Kőrösi L., Sebestyén A., Ágoston I., Nagy Z., Kriszbacher I., Oláh A., Molnár A., Péntek M., Boncz I., *The effect of the withdrawal of visit fee on the number of patient-visits to outpatient care departments in Hungary*. „Value Health” 2009; 12: A85–A86.
9. Boncz I., Sebestyén A., *Financial deficits in the health services of the UK and Hungary*. „The Lancet” 2006; 368: 917–918.
10. OECD. OECD Health Data. 2010.
11. *Hungarian health care system in brief*. Ministry of Health, The Republic of Hungary, 2009. http://www.eski.hu/new3/adatok_en/zip_doc/Hungarian%20health%20care%20system%202009.pdf, 28.10.2010.
12. Vas G., Imhof G., Ágoston I., Vas B., Betlehem J., Kresák G., Endrei D., Zemplényi A., Boncz I., *A 2007. április 1-jei egészségügyi reformintézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra*. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2009: 5–11.
13. Ministry of Health, *A Magyar Egészségügy Zöld Könyve*. Egészségügyi Minisztérium, 2006, <http://www.magyarorszag.hu/zoldkonyv/>, 28.10.2010.
14. Csaba I., *A magyar egészségügy Zöld könyve, 2006 Áttekintés és kommentár*. „Kormányzás Közpénzügyek Szabályozás” 2007; 2: 3–36.
15. Pásztélyi Z., Weltner J., Csaba I., *A zöld könyv értékelése: kiigazítások és valós kérdésselvetések*. IME 2006; 5: 5–12.
16. TÁRKI. Társadalmi klíma riport. TÁRKI Társadalomkutatási Intézet, 2007, <http://www.tarki.hu/hu/news/2007/kitekint/20071220.html>, 28.10.2010.
17. Kőrösi L., Kövi R., Varga S., Sebestyén A., Kriszbacher I., Betlehem J., Brodszky V., Kárpáti K., Molnár A., Boncz I., *Effect of the introduction of visit fee on the number of visits to general practitioners in Hungary*. „Value Health” 2009; 12.
18. Mihályi P., *A vizitdíj első éve*. Népszabadság. Budapest 2008. http://www.stud.u-szeged.hu/szttsz/HU_Vizitdij_elso_eve.pdf, 28.10.2010.
19. Boncz I., Nagy J., Kőrösi L., Kövi R., Molnár A., Kiss Z., Kriszbacher I., Varga S., Sebestyén A., *The effect of the introduction of visit fee on the number of patient-visits to outpatient care departments in Hungary*. „Value Health” 2008; 11: A368–A369.

20. Nagy J., Kövi R., Sebestyén A., Kiss Z., Molnár A., Kőrösi L., Kriszbacher I., Betlehem J., Boncz I., *The effect of the introduction of hospital daily fee on the number of admissions to acute care hospital wards Hungary*. „Value Health” 2008; 11.
21. Sinkó E., *Az egészségügy 2008-ban: bukott reformkísérlet után II*. IME 2009; 8: 5–11.
22. Boncz I., Kövi R., Kőrösi L., Vas G., Varga S., Kriszbacher I., Betlehem J., Gulácsi L., Molnár A., Sebestyén A., *The effect of the withdrawal of hospital daily fee on the number of admissions to acute care hospital wards in Hungary*. „Value Health” 2009; 12:A85.
23. A vizitdíj és a napidíj első éve. Ministry of Health, 2008. <http://www.eum.hu/archivum/finanszirozasi/vizitdij-napidij-elseo>, 28.10.2010.
24. *MEDIÁN. Nyugtával dicsérik?* 2008. <http://www.median.hu/object.df4595a0-df8b-42ee-a7c1-668dce9a91ed.ivy>, 28.10.2010.
25. Baji P., Gulácsi L., *“Beteg önrész” – a lakosság fi zetési hajlandósága az egészségügyi szolgáltatásokért*. „Esély” 2010; 4: 106–117.
26. Schneider P., *The World Bank February 15, 2008 Evidence on cost-sharing in health care: Applications to Hungary*. The World Bank, 2008.
27. *User fees generate substantial revenues*. „EuroHealth” 2009; 15: 41.
28. *User fees reduced but not abolished*. „EuroHealth” 2009; 15: 50.

■ About the Authors:

Petra Baji – Health Economics and Health Technology Assessment Research Centre, Corvinus University of Budapest, Center for Public Affairs Studies Foundation, Corvinus University of Budapest, Hungary, Department of Health Organization, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; Maastricht University; The Netherlands

Imre Boncz – Department of Health-Economics, Policy & Management (HEPOM), University of Pécs

György Jenei – Health Economics and Health Technology Assessment Research Centre, Corvinus University of Budapest, Center for Public Affairs Studies Foundation, Corvinus University of Budapest, Hungary

László Gulácsi – Health Economics and Health Technology Assessment Research Centre, Corvinus University of Budapest, Center for Public Affairs Studies Foundation, Corvinus University of Budapest, Hungary



Elka Atanasova, Emanuela Moutafova, Todorka Kostadinova,
Milena Pavlova

Patient payments and the problems in medical services provision in Bulgaria

Key words: patient charges, health care system, stakeholders, Bulgaria

■ Introduction

During the past decade, the reform in the Bulgarian health care sector was in the focus of policy and research discussions at national and international level. As the evidence suggests, in spite of the great expectations after the introduction of social health insurance in 2000, efficiency, equity and quality problems in health care provision in Bulgaria continue to exist. Some of these problems are attributed to the unequal start of the reform in outpatient and hospital care, namely to the delay in restructuring the hospital care sector [1].

Among other issues, the reform included the implementation of formal patient charges, which was a part of the philosophy of the health insurance system established in the country. Formal patient charges were introduced to serve a specific goal, in particular, to improve the efficiency of health care utilization. The type of patient charges selected for Bulgaria is the so-called co-payments (flat-rate fees). Such charges are applied to all levels of medical services with the exception of emergency care. The size of the fees is regulated by the Law on Health Insurance and is linked to the minimum wage in Bulgaria set annually by the government. The co-payment for each visit to a general practitioner (GP) and medical specialist that provide outpatient care (after a referral from a GP), is equal to 1% of the minimum wage for the country. The co-payment for hospitalization in a health care establishment amounts to 2% of the minimum wage for the first 10 days of the hospital stay and is paid once per year, i.e. no fee is paid for a subsequent hospitalization during the year. The amount of these co-payments increases with the rise of the minimum wage [2, 3]. In case the patient decides to contact a medical specialist directly, the patient has to pay the full service costs.

Patient charges are not obligatory for all citizens and all services. On the one hand, this is expected to improve equity, but on the other hand this hinders the equal access

to medical care. For instance, children aged below 18 and certain professional groups, who are not necessarily low-incomers or frequent users, are completely exempt from co-payments, while elderly persons (above 60 years old) who often need health care, and individuals with low income are only partially exempted or pay reduced fees. Also, co-payments do not apply to emergency care, which makes this part of medical services most vulnerable to overuse and turns it into the widest gate of access to the system. This may cause delays for those who really need emergency care.

The Parliamentary elections in June 2009 brought about a governmental change promising major reforms in a number of fields, including health care. The new Ministry of Health Care has declared a determination to continue the health care reforms but at the same time, the Minister has announced new intentions to base the reform actions on current analyses about the state of the health care system. The opportunities for dealing with informal patient payments (and more generally with the elements of corruption in the society) have also become a priority for the new government. Informal patient payments are perceived as a considerable problem in Bulgaria since they are evidenced in empirical research before and after the implementation of formal patient charges. Thus, the current mechanism of official fees for health care services was unable to eliminate this type of payment during the past decade. Therefore, the option of amending the fee mechanism has been discussed by Bulgarian policy-makers.

This paper presents empirical results on the opinion and attitudes of different health care stakeholders (incl. consumers, providers, insurers and policy-makers) toward patient charges from the perspective of the state of the Bulgarian health system. The data were collected via focus group discussions and in-depth interviews carried out in Bulgaria in May-June 2009. The results and their discussion are used to out-line recommendations for policy related to patient payments.

The state of the Bulgarian health care system

The introduction of social health insurance in 2000 brought about important changes in the organization and funding of the Bulgaria health care system. Most importantly, the social health insurance allowed for an earmarked system funding independent from the state budget and government priorities (in contrast to the previous tax-based funding). It also brought about a split between service provision and system funding (which is now the responsibility of National Health Insurance Fund – NHIF). As a result, a contract-based relation between the insurer and health care providers was established with the objective to create competition even though the level of this completion is still limited at present.

The reform also involved the restructuring of outpatient care, and in particular the establishment of a system of GPs (also called family physicians). At present, the outpatient care is well-developed but the irregular territorial distribution of GPs and medical specialists continues to exist. It is a known fact that there are disproportions in the distribution of population groups served by one GP. The work overload of Bulgarian GPs in some areas is a problem, which should not be underestimated since GPs present the first health care level responsible for the provision of timely and competent medical care. Another problem is the qualification of the GPs (maintenance and improvement of GPs' qualification), which is left only to their desire. Furthermore, most of the physicians working as GPs have never been trained for GPs. During the 10-year period determined by the health legislation for the acquisition of a specialization in general medicine, only 10–12% of the GPs acquired this specialty. This may explain to a certain extent the low level of patients' trust in GPs services, and patients' attempts to circumvent primary care and search for medical services at a higher specialist level.

While the international standards indicate that outpatient care should cope with at least 80% of the cases requiring medical care, in Bulgaria this rate is estimated to be 70% or even lower [4]. The lack of specialists in some medical specialties (e.g. anaesthesiology, obstetrics and gynaecology, lung diseases and psychiatrists, epidemiology and infectious diseases) has an adverse effect both on access to and the quality of the care provided [5]. Moreover, the type of payment to GPs (i.e. capitation) turned out to be an insufficient incentive for providing quality care, which in its turn, leads to an increase in the share of referrals to specialized outpatient and hospital care.

In the hospital sector (where the medical services are provided by health care establishments owned by the state, the municipalities or private structures), various problems are observed mainly due to the delay in restructuring the hospital care sector [1]. For instance, during the recent years, there was a trend toward an oversatiation with hospital health care establishments. The reasons for this fast growth can be found in the "loop-holes" in the legislation and the absence of clear regulations in hospital care. The completion of the development of the National Health Map, which has to determine the

number of health care establishments that are necessary in the regions, was left beyond the scope of the continuous changes. This created a niche for easy registration of private specialized health care establishments oriented toward the provision of the most cost-effective and profitable services financed by the NHIF.

The growth of the hospital sector in the country leads to an increase in overall hospital costs and to an unbalanced allocation of health care funding. For instance, in 2008, 57.7% of the NHIF budget for 2008 was allocated to hospital care while only 7.5% was allocated to primary care [4]. The increased network of hospital establishments also implies a reduction in the absolute and relative size of the revenue received by the hospitals per unit of care, as well as deprivation of the remaining levels in the health care system from a more effective and fair distribution of the scarce financial resource.

Table I shows the difference between Bulgaria and the EU member states according to selected indicators for hospital care. It becomes clear from the table that the difference between Bulgaria and the EU member states is more conspicuous with regard to the number of hospitals (1.5 times higher in Bulgaria) than with regard to the number of hospital beds. In spite of the considerable reduction in the number of hospital beds after the start of the health care reform in year 2000, due to the requirements for accreditation of the health care establishments, the level of bed utilization remains below the optimal values.

The irregular provision of health professionals for the outpatient and hospital care continues to be a common problem. In 2006, the ratio "physicians : nurses" was 1:1 versus 1:2 in the EC member states [5]. The trend toward the continuously diminishing number of nurses and midwives is alarming, a fact which can be accounted for by the limited possibilities for education and training of these health professionals (i.e. sustainable small-scale and limited students' admission), as well as by the emigration processes. The emigration of medical specialists is also becoming a serious problem for the Bulgarian health care system. In 2009, the number of physicians who left the country was approximately 450, and during the first nine months of 2010, more than 340 physicians and 500 nurses left the country [6].

Indicators	Bulgaria	EU – 10	EU
Hospitals per 100 000 inhabitants	4.4	2.6	3.0
Hospital beds per 100 000 inhabitants	636	625	570
Percentage of bed utilization, %	64.1	70.6	76.3
Average stay in hospitals for active treatment	10.7	7.6	6.5

Table I. Indicators for the hospital sector: Bulgaria and EU countries.

Source: WHO, data base "Health for all" 2008.

For the last several months, the Ministry of Health Care has undertaken active measures toward a change in health policy. Three of the main priorities of the new health care reform include the draft for amendment of the Law on Health Insurance, a change in the type and number of health care establishments and a change in the costing of the clinical pathways that are used to fund the hospital sector.

Nevertheless, the weak management and organization of the Bulgarian health care system, the chronic system under-financing, as well as the lack of long-term strategy and consensus on a vision for its development by the various political forces, led to the collapse of the system and the replacement of three ministerial teams at the Ministry of Health Care.

One of the most discussed issues in the social and professional circles is the problem of additional funding for the health care system. It is frequently recognised that the gaps in health care system funding are filled in by informal or indirect payments by the patients. The analyses of the European Commission and the World Bank indicate that in Bulgaria, in addition to the official health care expenditure (about 4.2% GDP), around 3.5% of GDP is infused into the health care system as unofficial payments (the so-called “payments under the table” or informal payments). Owing to these additional payments, extra funding is “poured” into the hospital and outpatient care, which however hinders the efficiency and equity objectives of the health care reform [7]. Therefore, one of the purposes of the new reform is to increase the share of the health care costs which is officially paid by the patient. Thus, the informal payments are expected to become formal if a better control over health care provision and payments can be achieved simultaneously.

■ The study

Given the key policy issue related to patient payments in the Bulgarian health care sector, focus group discussions and in-depth interviews were carried out in Bulgaria in May-June 2009. Their objective was to study the opinion and attitudes toward patient payments and to identify criteria important for the assessment of patient payment policies.

The following target groups were considered:

- Health care consumers; including working individuals, families with children, pensioners, students, disable and chronically sick individuals and individuals living in rural areas.
- Health care providers; including GPs, outpatient specialists, physicians and nurses in city hospitals, GPs practicing in rural areas and physicians in district hospitals.
- Health insurance representatives; including social health insurance representatives at national and regional level.
- Health policy-makers; including health policy-makers at national and regional level, financial policy-maker at national level and the chair of the three-party committee on health care in the country.

Data among health care consumers and providers were collected via focus group discussions. Since these target groups are rather large and diverse, focus groups discussions allowed including more individuals. Nevertheless, the objective was to assure the homogeneity of each focus group in order to easily reach a consensus during the discussion. As a result, 12 focus group discussions were organised: 6 focus groups with consumers and 6 focus groups with health care providers. On average each focus group included 8 participants. The groups were defined based on the description of these two target groups presented above.

The data among policy-makers and health insurance representatives were collected via face-to-face semi-structured in-depth interviews. This choice of data-collection method was based on the fact that these target groups are relatively small and moreover, they might feel more comfortable to express their opinion if contacted individually. In total, 5 in-depth interviews were carried out with policy-makers and 5 in-depth interviews with health insurance representatives.

For the purpose of the focus group discussions and in-depth interviews, a list with key questions was developed based on a preliminary literature review. The same key questions were used for all target groups with slight modifications to reflect the specificity of a given target group. The key questions were used to develop guides for focus group discussions and in-depth interviews, as well as a standardised questionnaire to collect additional quantitative data on the topic.

■ The views of health care stakeholders in Bulgaria on patient payments

The analysis of the information collected during the focus group discussions and in-depth interviews is presented at an aggregate level for each of the four target groups – health care consumers, providers, policy-makers and insurers.

The opinion of health care consumers

The attitudes of consumers toward formal patient payments are divided. Pensioners, working individuals, disable and chronically sick people are overall against official patient charges. On the contrary, students and families with children support the existence of such charges. However, this second group is against patient charges for emergency care. The first group shares the opinion that the social and economic status should be the main criterion for the exemption of patients from payment obligations, whereas the second group accepts age and health status as a base for such exemptions, e.g. children, pregnant women, people with chronic diseases. With regard to policy goals of formal patient payments, a consensus exists among consumers that these payments generate additional financial resources for the health care system and discourage the unnecessary use of medical care, thus, contributing to the system improvement. A consensus also exists among the health

care consumers that it is impossible to reduce the existing informal patient payments by the introduction of official charges.

The opinion of health care providers

The opinion of health care providers on formal patient charges is unanimous. Providers indicate that these payments are beneficial because they restrict health care demand, and have an educational and financing function. According to health care providers, the current direct collection of formal fees by the physicians is insulting to their profession and has to be changed toward a formal administrative collection. Some providers point out that the magnitude of patient payments should reflect the type and quality of services provided. Providers commonly suggest that the current co-payments in Bulgaria are low and need to be increased up to 2 to 4–5% of the minimum wage for the country for outpatient and hospital care respectively. Health care providers working in the city think that formal patient payments should apply to all types of health care, while providers in rural areas and district hospitals do not accept patient payments for emergency care and services of general practitioners respectively. Health care providers are unanimous that the existence of informal patient payments is not affected by the introduction of formal ones. They point out a number of additional problems in the Bulgarian health care system, including problems with uninsured patients and the absence of an adequate system of costing the medical services.

The opinion of health insurance representatives

Health insurance representatives support the existence of official patient charges although there are occasional views against these payments. They find the magnitude of current co-payments appropriate because according to them it is affordable for patients. Some insurance representatives express the opinion that patient payments should be related to the services type and to whether the patients' route is determined by a physician or by the patient's personal choice.

The view prevails that co-payments are currently the most appropriate form of patient payments in Bulgaria but there are opinions in favour of deductibles (payments of the actual service cost/price up to a given limit) and co-insurance (fees equal to a given percentage of the actual service cost/price). Health insurance representatives suggest exemptions from patient payments related to health status and demographics (children, pregnant women and chronically sick), as well as socio-economic status (e.g. pensioners and low-income people). Exemptions for health care providers are also proposed. Health insurance representatives agree that the policy objective of official patient charges should be the restriction of health care demand but these charges do not present a mechanism capable of reducing informal payments in Bulgaria.

The opinion of policy-makers

Policy-makers indicate that formal patient charges are in accordance with the health insurance philosophy and therefore, they should exist. However, there are concerns that the way these payments are applied in Bulgaria causes dissatisfaction for both consumers and providers. The predominant view is that the magnitude of current patient charges is overall adequate but it is necessary to make a differentiation based on the patients' socio-economic status. Some policy-makers propose the application of deductibles that are updated annually, as a more suitable option than the current co-payments determined by the minimum wage for the country.

There is no unanimity among policy-makers with regard to what health care services should be provided with patient charges. The opinions vary from the existence of official patient charges at all levels of health care to their total rejection. Patient charges for emergency and hospital care are especially controversial. However, the opinion prevails that children, pregnant women and disabled people should be exempted from such charges. The reduction of unnecessary health care use, generation of additional resources and increase in providers' income are proposed as key policy objectives of patient charges. Policy-makers admit the fact that official payments are not capable of reducing informal payments.

Comparison between the groups

Overall, the opinions of the four groups included in our study are divided with regard to who should be the beneficiary of patient charges. Consumers most often point out the NHIF and the physician who offers the service, and they rarely point out the health institution or the state. The opinion of the health care providers that the physician should benefit from the fees, is not surprising. Only the nurses do not support this option. If patient charges are collected by the physician, they can become an additional income for the providers and, although they are not of crucial significance at a national level, the providers will have an interest in their existence. Policy-makers also support the opinion that the physicians who offer the services, should receive these payments, while for the health insurance representatives, those should be the health organisations which create the environment and the conditions for treatment.

The health care consumers and providers do not support the establishment of higher patient payments for the more expensive health services as well as for services with better quality. If official patient payment exists and there is a limitation on these payments per patient, policy-makers and insurers define that this limitation should be as maximum total fee per month/year. According to the consumers and health care providers this limitation on patient payments should be defined as maximum number of services per patient per month/year.

Recommendations for patient payment policy in Bulgaria

It becomes clear from the results presented above that some of the organisational problems in the Bulgarian health care insurance system continue to exist and to wait for their effective solutions. Based on the main findings of this analysis, several recommendations for policy-making related to patient payments could be outlined.

- The legislation on patient payments in Bulgaria needs to be carefully revised and the application of these payments should be specified.

At present the best defined patient payment is the one for hospital care. The latest changes related to the reduced patient payment for pensioners and the obligation for all patients to purchase a large part of the medicines only against a prescription, created preconditions for illegal collection of patient payments in outpatient care. The mechanism for collecting the patient payments by the GPs and the non-issuance of a financial document for a receipt created a negative attitude towards the first level of the health care system among the health care consumers.

- The collection and use of patient payments should be administratively regulated by creating a pool for that purpose.

Despite the fact that there exists regulation for the collection of patient payments, the absence of control on that regulation creates mistrust and discontent among the health care consumers. The founding of a common pool and transparency in the process of collecting those payments may reduce the weight of this problem. For the hospital care this pool may have an institutional character, as it is at present. For the outpatient care, where it is not possible to make such a pool, the transition to deductibles and further distribution of the resources according to the services rendered could be a solution.

- Patient payments need to differentiate based on patients' health status, demographics, socio-economic status, service type and patients' route.

In most cases social thinking is spread among the population and it is in the basis of introducing differentiation of the payments as an expression of socio-economic justice and solidarity. This philosophy exists also in the current regulation of patient payments with regard to pensioners, but it needs to be refined.

- A strategy should be worked out against the informal payments.

Bulgarians are very sensitive on the subject of corruption in health care and the Bulgarian government considers the two concepts of "corruption" and "health care" as mutually incompatible. Informal payments have compromised the health care sector and it is placed in the leading triad of corruption occurrence. The problem is highly significant and clearly defines the wish to create an effective system for centralised and patient anticorruption control [8, 9].

The question of patient payments for health care services appears to be a major challenge to the Bulgarian government. This question gives rise to vivid discussions

in the Bulgarian society. Some weeks ago, the proposal for concrete policy solutions to this problem led to the change of a second ministerial team at the Ministry of Health Care. The social sensitivity on the issue of patient payments requires broad discussions before policy decisions are implemented. These decisions should be based on public opinions and research evidence. There is also a need for a well-thoughtout communication strategy on the issue of patient payments by the Ministry of Health Care.

Acknowledgement:

The study is financed by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services.

Abstract:

During the past decade, the reform in the Bulgarian health care sector was in the focus of policy and research discussions at national and international level. In spite of the great expectations after the introduction of social health insurance in 2000, efficiency, equity and quality problems in health care provision in Bulgaria continue to exist. The unequal start of the reform in outpatient and hospital care (namely the delay in restructuring the hospital sector) is one of the causes of these problems. Among other issues, the reform also included the implementation of formal patient charges. At present, formal patient charges are applied to all levels of medical services with the exception of emergency care. Nevertheless, informal patient payments continue to exist. The aim of this paper is to present the attitudes of health care stakeholders toward patient charges from the perspective of the state of the Bulgarian health care system. The data are collected via focus group discussions and in-depth interviews carried out in Bulgaria in May-June 2009. The results are used to out-line recommendations for policy related to patient payments.

Streszczenie:

Dopłaty pacjentów i problemy w świadczeniu usług medycznych w Bułgarii

Słowa kluczowe: opłaty pacjentów, system opieki zdrowotnej, udziałowcy, Bułgaria

W ciągu ostatniej dekady reforma bułgarskiego systemu opieki zdrowotnej była tematem dyskusji politycznych i naukowych tak na szczeblu krajowym, jak i międzynarodowym. Pomimo ogromnych oczekiwań dotyczących efektów wprowadzenia w 2000 r. społecznych ubezpieczeń zdrowotnych nadal istnieją problemy związane z efektywnością, równością i jakością bułgarskiego systemu opieki zdrowotnej. Różne momenty startu reformy w opiece ambulatoryjnej i w opiece szpitalnej (opóźniona restrukturyzacja sektora szpitalnego) są jedną z przyczyn występujących problemów. Reforma systemu z 2000 r. obejmowała m.in. wprowadzenie formalnych opłat pacjentów. Obecnie opłaty te dotyczą wszystkich poziomów świadczeń medycznych z wyjątkiem ratownictwa medycznego. Mimo tego nieformalne opłaty pacjentów są nadal powszechne. Celem artykułu jest przedstawienie stosunku różnych udziałowców systemu opieki zdrowotnej w Bułgarii. Prezentowane dane zostały zgromadzone poprzez zogniskowane wywiady grupowe i pogłębione wywiady przeprowadzone w Bułgarii w okresie maj-czerwiec 2009 r. Wyniki badania zostały użyte do zarysowania rekomendacji w zakresie polityki dopłat pacjentów.

References:

1. Dimova A., Rohova M., Popov M., *The Health Care Reform in Bulgaria: Analysis*. Open Society Institute, Sofia 2007.
2. *Health Insurance Law*. „National Newspaper” 1998; Number 70.
3. Avdeeva O., Georgieva L., Salchev P., Dimitrova R., Dimova A., *Bulgaria–Health system review. Health System in Transition*. European Observatory of Health System and Policies, 2007.
4. World Bank Report, *Bulgarian Healthcare system*, 2009.
5. *Report of the Committee on Health. Report on the state of public health – primary investment in the future of the nation 2005–2007*. National Assembly, 2009
6. National Employment Agency. www.az.government.bg
7. Open Society Institute, *Informal payments in the healthcare system*. Sofia 2008.
8. Pashev K., *Corruption in Healthcare in Bulgaria*. Center for the Study of Democracy, Sofia 2007.
9. Institute for Social and Trade Union Studies, *Reforms and privatization of healthcare – social and economic consequences*. Global Policy Network – GPN, 2005.

About the authors:

Elka Atanasova, MPH – Chief-assistant of economics and health economics at the Department of Health Economics and Management; Faculty of Public Health, Medical University of Varna; PhD student at the Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Emanuela Moutafova, PhD in Economics – Associated Professor, Head of the Department of Health Economics and Management; Faculty of Public Health, Medical University of Varna

Todorica Kostadinova, PhD in Economics – Associated Professor at the Department of Health Economics and Management; Faculty of Public Health, Medical University of Varna

Milena Pavlova, PhD – Assistant Professor (Health Economics), Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences



Stanisława Golinowska, Marzena Tambor, Christoph Sowada

Wprowadzenie dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – opinie głównych uczestników polskiego systemu opieki zdrowotnej

Słowa kluczowe: dopłaty pacjentów, reforma systemu opieki zdrowotnej, Polska

Badanie jest finansowane przez Komisję Europejską w ramach 7. Programu Ramowego, Temat 8: Nauki społeczno-ekonomiczne i humanistyczne, Projekt ASSPRO CEE 2007 (umowa nr 217431). Wyrażone w publikacji poglądy są wyłącznie poglądami autorów i niekoniecznie odzwierciedlają oficjalne stanowisko Komisji Europejskiej.

Wprowadzenie

Dopłaty pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w krajach Europy Zachodniej były wprowadzane już w latach 80. ubiegłego wieku [1]. Głównym ich celem było ograniczenie gwałtownie rosnących kosztów opieki zdrowotnej oraz przerzucenie ciężaru finansowego z publicznego płatnika na prywatne źródła finansowania, w tym na pacjentów.

W krajach Europy Środkowej i Wschodniej, w których sektor zdrowotny był całkowicie upaństwowiony i zarządzany w ramach systemu centralnego planowania, regulowanie popytu na usługi zdrowotne miało charakter administracyjny. Stosowano rejonizację dostępu, eliminując możliwość wyboru lekarza i szpitala. Tylko w Polsce funkcjonowały prywatne gabinety lekarzy, przeznaczone dla rolników indywidualnych, utrzymujących się z prywatnego rolnictwa, która to grupa nie podlegała zaopatrzeniu państwowemu. Rolnicy opłacali więc usługi opieki zdrowotnej, wnosząc opłaty bezpośrednio u świadczeniodawców [2]. Zmiana ustroju i systemu gospodarczego przyniosła zasadnicze przekształcenia także w funkcjonowaniu sektora zdrowotnego. Wdrażano reformy systemów ochrony zdrowia, obejmujące w niektórych krajach stosowanie opłat pacjentów za

świadczenia oferowane w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej [3]. Dopłaty te, stanowiąc dodatkowe źródło finansowania, miały głównie na celu zmniejszenie deficytów finansowych, występujących w systemach zdrowotnych tych krajów.

W Polsce od momentu wprowadzenia reformy systemu opieki zdrowotnej w 1999 r. dopłaty pacjentów oficjalnie występują tylko w obszarze opieki dentystrycznej. Trwają jednak dyskusje na temat rozszerzenia systemu dopłat także na inne rodzaje opieki zdrowotnej, tj. podstawową opiekę zdrowotną, specjalistyczną opiekę ambulatoryjną oraz opiekę szpitalną. Ich celem miałyby być ograniczenie nadmiernego popytu na świadczenia opieki zdrowotnej, a także uzyskanie dodatkowych środków dla systemu opieki zdrowotnej, który od wielu lat boryka się z problemem nierównowagi finansowej [4].

Doświadczenia innych krajów (np. Węgier, Słowacji) wskazują, iż jednym z warunków skutecznego wprowadzenia dopłat, a także realizacji założonych celów, jest uzyskanie akceptacji społecznej i konsensus polityczny dotyczący ich wprowadzenia [5]. Jest to szczególnie istotne w takich w krajach, jak Polska, gdzie panuje powszechne przekonanie o posiadaniu prawa do bezpłatnej (w momencie korzystania) opieki zdrowotnej, potwierdzone zapisem w Konstytucji (artykuł nr 5 polskiej ustawy zasadniczej).

Z innej strony patrząc, udział środków pochodzących z dochodów indywidualnych ludności w sektorze zdrowotnym w Polsce jest relatywnie duży, sięgający 30% [4], co może sugerować przyzwyczajenie, a nawet pewną akceptację stosowania opłat bezpośrednich. Nie bez znaczenia w tym przyzwyczajeniu jest także występowanie w części publicznej systemu opłat nieformalnych [np. 6],

które w wyniku zastosowania odpłatności pacjentów stałyby się formalne, zdejmując odium korupcji w relacjach lekarzy i pacjentów.

Celem artykułu jest przedstawienie i analiza opinii oraz ocen głównych uczestników polskiego systemu opieki zdrowotnej wobec wprowadzenia oficjalnych dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Prezentowane dane zostały zgromadzone na podstawie badań jakościowych: zogniskowanych wywiadów grupowych oraz pogłębionych wywiadów indywidualnych przeprowadzonych w okresie czerwiec–październik 2009 r. w ramach międzynarodowego projektu badawczego ASSPRO CEE 2007.

W pierwszej części artykułu przedstawiono metodę badania. Następnie opisano jego główne wyniki. W kolejnej części przedstawiono wnioski. Wyniki poddano dyskusji. W ostatniej części artykułu sformułowano rekomendacje związane z wprowadzeniem dopłat pacjentów.

Metoda badania

Badanie należy do grupy badań jakościowych, opartych na opinii wybranych uczestników sektora zdrowotnego. Zastosowano dwa rodzaje metod badawczych: badania fokusowe oraz pogłębione wywiady z celowo dobranymi respondentami.

Przeprowadzone badanie objęło cztery grupy respondentów: konsumentów opieki zdrowotnej, tj. pacjentów i potencjalnych pacjentów (zwanymi dalej pacjentami), świadczeniodawców (lekarzy i pielęgniarki), przedstawicieli instytucji ubezpieczeń zdrowotnych (publicznych i prywatnych) oraz decydentów politycznych. Opinie pacjentów i świadczeniodawców zebrano poprzez zogniskowane wywiady grupowe. Natomiast z przedstawicielami instytucji ubezpieczeń zdrowotnych i decydentami politycznymi przeprowadzono pogłębione wywiady.

Przeprowadzono 6 zogniskowanych wywiadów grupowych (w grupach liczących od 7 do 9 osób) z przedstawicielami konsumentów opieki zdrowotnej, tj. studentami, mieszkańcami miast, osobami posiadającymi dzieci, emerytami, osobami chorymi przewlekle i niepełnosprawnymi oraz mieszkańcami wsi. Kolejne 6 wywiadów grupowych przeprowadzono z przedstawicielami świadczeniodawców. Brali w nich udział: lekarze pierwszego kontaktu z terenów miejskich, lekarze pierwszego kontaktu z terenów wiejskich, lekarze specjaliści opieki ambulatoryjnej, pielęgniarki pracujące w szpitalach w dużym mieście, lekarze pracujący w szpitalach w dużym mieście, lekarze pracujący w szpitalach w małym mieście. Pogłębione wywiady przeprowadzono z 9 respondentami, dobranymi celowo ze względu na decyzyjną rolę, jaką pełnią w systemie ochrony zdrowia na jego różnych szczeblach oraz w różnych instytucjach, tj. Ministerstwie Zdrowia, jednostkach samorządów terytorialnych oraz Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) (centrala i oddziały wojewódzkie), a także prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Badania te przeprowadzono w okresie czerwiec–październik 2009 r. Lista pytań zadanych w badaniu została opracowana na podstawie przeglądu literatury odnoszą-

cej się do polityki dopłat pacjentów w Europie, a także w krajach pozaeuropejskich [7].

Do celów niniejszego artykułu analizie poddane zostały dane jakościowe uzyskane w badaniu (transkrypcje wywiadów).

Wyniki

Pytania zadane respondentom w trakcie badania dotyczyły trzech zagadnień: (1) akceptacji wprowadzenia dopłat oraz celów, których realizacji dopłaty mogłyby się przysłużyć, (2) konstrukcji systemu dopłat, czyli zakresu świadczeń objętych dopłatami oraz adresatów środków pochodzących z dopłat, (3) mechanizmów chroniących przed nadmiernym obciążeniem pacjentów dopłatami (górne limity dopłat i zwolnienia wybranych grup społecznych z dopłat).

Akceptacja dla dopłat i cele ich wprowadzenia

Największe poparcie dla dopłat pacjentów do świadczeń finansowanych ze środków publicznych zaobserwowano wśród lekarzy. Wszyscy respondenci tej grupy wyrazili zdecydowaną akceptację dla wprowadzenia dopłat, uzasadniając swoje stanowisko złą kondycją systemu opieki zdrowotnej oraz koniecznością przeprowadzenia odważnych zmian (m.in. wprowadzenie dopłat) w celu naprawy systemu („Zapaść służby zdrowia trwa od dawna i bez odważnych działań i zdecydowanych kroków niczego nie zmienimy”; „Nie da się mówić o sprawnym leczeniu bez mówienia o potrzebie współfinansowania!”). Dopłaty, zdaniem lekarzy, pozwalają na zmniejszenie liczby nieuzasadnionych medycznie wizyt, które – jak wynika z ich doświadczenia – występują zbyt często. Jako główny cel dopłat lekarze wskazali poprawę efektywności w systemie opieki zdrowotnej. Ich zdaniem dopłaty mogą być także źródłem dodatkowych środków dla systemu, dla konkretnych placówek i pracowników medycznych. Możliwość uzyskania dodatkowych środków z dopłat powinna, według nich, zintensyfikować konkurencję o pacjenta. Lekarze wyrazili jednak obawę, iż wprowadzenie dopłat nie znajdzie akceptacji wśród pacjentów, co w ich opinii jest w dużej części wynikiem niezrozumienia zasad funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej, braku dostępnej informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, ale też istnienia opłat nieformalnych („Pacjenci mało rozumieją mechanizm działania służby zdrowia, uważają, że płacą duże składki, dodatkowo duże łapówki, a otrzymują mało”).

Wśród pielęgniarek zaobserwowano ograniczoną akceptację dla dopłat pacjentów. Ogólnie popierały one ich wprowadzanie, ale nie dla wszystkich rodzajów świadczeń i nie dla wszystkich grup ludności. Celem dopłat, zdaniem pielęgniarek, powinno być ograniczenie zbędnego popytu, a także generowanie dodatkowych środków dla placówek opieki zdrowotnej. Pielęgniarki, w przeciwieństwie do lekarzy, wskazywały także na ograniczenie opłat nieformalnych jako jeden z celów wprowadzenia dopłat formalnych.

Decydenci polityczni i przedstawiciele NFZ, choć w dużej mierze wyrażali poparcie dla dopłat jako instrumentu racjonalizującego popyt na świadczenia medyczne, zwracali uwagę na potrzebę kompleksowego traktowania racjonalizacji finansowania opieki zdrowotnej, wskazując np. na konieczność wprowadzania mechanizmów zwiększających efektywność systemu, działających po stronie świadczeniodawców. Częściej niż świadczeniodawcy wyrażali obawę, iż dopłaty mogłyby negatywnie wpłynąć na dostęp do opieki zdrowotnej osób z niskimi dochodami, a także osób przewlekle chorych. Kilku respondentów z tej grupy wskazało na uzyskanie dodatkowych środków finansowych dla systemu jako główny cel wprowadzenia dopłat, choć większość wyraziła przekonanie, że dopłaty nie uratują finansów systemu opieki zdrowotnej. Stąd też cele efektywnościowe wskazywali jako nadrzędne w stosunku do celów fiskalnych. Decydenci polityczni i przedstawiciele ubezpieczeń zdrowotnych podkreślili również znaczenie zwiększenia świadomości pacjenta o kształtowaniu się kosztów opieki zdrowotnej dla akceptacji opłat. Jeden z respondentów z tej grupy wskazał na likwidację monopolu NFZ i wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, obok wprowadzenia dopłat, jako oczekiwane działania poprawy funkcjonowania systemu.

W opinii większości konsumentów świadczeń zdrowotnych pacjenci w Polsce nie powinni dopłacać do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Duża część respondentów zwracała uwagę na fakt, iż płacą oni składki na opiekę zdrowotną, co, ich zdaniem, nie tylko podważa zasadność dodatkowych dopłat, lecz czyni je również niesprawiedliwymi („Ale jestem ubezpieczony, to mi się należy, po co mam dopłacać”). Dodatkowe dopłaty utożsamiane są przez nich z podwójnym płaceniem. Zdaniem pacjentów środki gromadzone ze składek z ubezpieczenia zdrowotnego są źle wykorzystywane, a konsekwencje złego zarządzania nie powinny być przerzucane na pacjentów („Nie może być tak, że jeżeli służba zdrowia się wali, bo jest źle zarządzana, to społeczeństwo ma za to ponosić konsekwencje”). Wielu respondentów wyraziło opinię, że gdyby środki, które przez okres swojej aktywności zawodowej opłacali w ramach składek, zostały odłożone na ich własne konto, to w sytuacji choroby byłoby ich stać na lepszą opiekę zdrowotną, niż mogą otrzymać obecnie. Stąd też pojawiły się nieliczne opinie, że „publiczny system, który nie potrafi zapewnić odpowiedniej opieki zdrowotnej, nie powinien w ogóle istnieć”. Respondenci reprezentujący pacjentów wyrażali poparcie dla dopłat tylko pod określonymi warunkami. Przede wszystkim uzależniali taki krok od wprowadzenia działań na rzecz poprawy jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Część pacjentów poparła dopłaty jedynie w formie płatności dobrowolnych w zamian za uzyskanie szybszego dostępu (np. wizyty u lekarza specjalisty) bądź wyższy standard opieki (np. pokój jednoosobowy w szpitalu). Jednakże w opinii innych respondentów takie rozwiązanie spowodowałoby wzrost nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej między osobami o zróżnicowanych dochodach („Wszyscy powinni być równo traktowani, otrzymy-

wać te same świadczenia finansowane przez fundusz”). W kwestii fiskalnego celu wprowadzania dopłat opinie były podzielone. Jedni wyrażali zrozumienie dla potrzeby zwiększenia środków dla systemu i placówek opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie dopłat. Inni wyrażali sceptycyzm co do możliwości realizacji tego celu. Pewna grupa pacjentów zgadzała się z opinią, że wprowadzenie dopłat może być uzasadnione ograniczeniem nadmiernej popytu na świadczenia opieki zdrowotnej, ale tylko w stosunku do jednej grupy ludności, a mianowicie osób starszych, które, ich zdaniem, nadużywają świadczeń. O sobie respondenci mówili, że korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej jedynie wtedy, gdy jest to konieczne.

Do jakich usług stosować dopłaty pacjentów?

W opinii lekarzy dopłaty powinny dotyczyć wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, tj. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki szpitalnej, a także interwencji medycznej w nagłych przypadkach, udzielanej w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Zdaniem lekarzy każdy z podanych obszarów opieki zdrowotnej jest w złej kondycji i wymaga podjęcia działań reformatorskich.

Odmienne zdanie miały pielęgniarki. Uważały, że nie powinno się stosować dopłat do świadczeń udzielanych w nagłych przypadkach, a także świadczeń udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Te obszary opieki zdrowotnej powinny być powszechnie dostępne – bez jakichkolwiek opłat. Natomiast w przypadku korzystania ze świadczeń szpitalnego oddziału ratunkowego, które nie było uzasadnione nagłą przyczyną, pacjent powinien być obciążony pełnymi kosztami takich usług (po uprzednim poinformowaniu go o konieczności pełnej zapłaty za udzielone świadczenia). Umiarkowane poparcie wśród pielęgniarek uzyskały dopłaty w przypadku korzystania z usług specjalistów. Ich zdaniem nie powinny one dotyczyć pacjentów chorujących na choroby przewlekle i pozostających pod stałą opieką danego specjalisty. Pielęgniarki wyraziły zdanie, iż funkcjonujący obecnie system skierowań, który powinien „filtrować” pacjentów, nie działa najlepiej, gdyż zdarzają się przypadki „wymuszenia” skierowań przez pacjentów, także w nieuzasadnionych sytuacjach. W odniesieniu do opieki szpitalnej pielęgniarki poparły dopłaty za wyższy standard hotelowy, a część z nich także za wyżywienie.

Znaczna większość decydentów politycznych oraz przedstawicieli instytucji ubezpieczeń zdrowotnych poparła dopłaty do wszystkich rodzajów świadczeń z wyjątkiem świadczeń udzielanych w nagłych przypadkach, które – ich zdaniem – powinny być bezpłatne: „System powinien gwarantować pacjentom poczucie bezpieczeństwa”. Jednakże, podobnie jak pielęgniarki, respondenci z tej grupy wyrażali opinie, że koszty usług w szpitalnych oddziałach ratunkowych bez medycznego uzasadnienia jako nagłego przypadku powinny być w całości pokrywane przez pacjentów. W odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej decydenci polityczni i przedstawiciele NFZ z jednej strony wyrazili opinię, że opieka ta powinna być bezpłatna, z drugiej jednak wskazali na potrzebę

ograniczenia nieuzasadnionego korzystania z tych świadczeń. Dlatego też w ich opinii dopłaty w tym obszarze, jeśli zostały wprowadzone, powinny być niskie lub też zwracane później pacjentom. W odniesieniu do opieki specjalistycznej podkreślano problem słabej realizacji „funkcji odźwiernego” (*gate keeper*) przez lekarzy pierwszego kontaktu. W związku z tym część pytanych decydentów politycznych i ubezpieczycieli zwróciła uwagę na konieczność wprowadzenia bodźców finansowych dla lekarzy pierwszego kontaktu, pozwalających na racjonalniejsze korzystanie z opieki specjalistycznej. Jeden z respondentów był zdania, iż należy umożliwić pacjentom korzystanie w publicznych placówkach opieki zdrowotnej z prywatnych świadczeń specjalistycznych (w 100% pokrywanych ze środków pacjenta). Dopłaty w opiece szpitalnej, zdaniem dużej części decydentów politycznych i przedstawicieli ubezpieczycieli, powinny obejmować koszty hotelowe i koszty żywienia. Pojawiła się także opinia, iż dopłaty w opiece stacjonarnej powinny dotyczyć określonej części wszystkich kosztów (przy założeniu szerokiego koszyka świadczeń gwarantowanych), co stworzyłoby przestrzeń do wprowadzenia uzupełniających ubezpieczeń zdrowotnych.

Pacjenci uważali, że dopłaty nie powinny dotyczyć podstawowej opieki zdrowotnej (tj. pierwszego kontaktu pacjenta z systemem) i opieki w nagłych przypadkach (świadczenia ratujące życie). Jednocześnie wskazali, że w ramach podstawowej opieki zdrowotnej nie ma świadczeń, które uzasadniałyby dopłaty pacjentów („Nie rozumiem, za co miałyby dopłacać, jest to podstawowy zakres opieki”). W obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej akceptacja dopłat została uwarunkowana przez część respondentów uzyskaniem dodatkowych korzyści, np. brakiem konieczności posiadania skierowania na wizytę, przeprowadzeniem dodatkowego (na prośbę pacjenta) badania specjalistycznego, skróceniem czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, który – zdaniem wielu – jest stanowczo za długi i zmusza do korzystania z prywatnej opieki specjalistycznej. Pacjenci podkreślali, że w opiece szpitalnej częściowo istnieją już dopłaty, np. opłaty za leki (hospitalizowani pacjenci są proszeni o ich zakup), a także funkcjonują opłaty nieformalne. Dlatego nie popierają oni wprowadzenia obowiązkowych dopłat w opiece szpitalnej, natomiast dobrowolne dopłaty powinny obejmować jedynie świadczenia niemedyczne, np. wyższy standard sali szpitalnej, dodatkowa opieka pielęgniarska, poród rodzinny. Jednakże część respondentów zwróciła uwagę na zły stan wielu placówek opieki zdrowotnej, który uniemożliwia świadczenie opieki o wyższym standardzie (np. brak sal, personelu medycznego).

Dla kogo środki z dopłat pacjentów?

Na pytanie, kto powinien ostatecznie otrzymać środki pochodzące z dopłat, większa część lekarzy i wszystkie pielęgniarki odpowiedzieli, że powinny to być zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi. Część tych środków mogłaby zostać przeznaczona na wzrost wynagrodzeń dla personelu medycznego, ale także na poprawę

jakości świadczonej opieki zdrowotnej i polepszenie warunków pracy personelu medycznego. Znaczna część lekarzy była jednak zdania, że środki pochodzące z dopłat powinny bezpośrednio trafiać do świadczących usług pracowników medycznych. Nieliczni lekarze, dopuszczający przekazanie dopłat do płatnika (NFZ), obwarowali swoje stanowisko wprowadzeniem odpowiedniego systemu gospodarowania środkami i zakupu świadczeń.

Decydenci polityczni i przedstawiciele ubezpieczeń zdrowotnych w większości poparli pozostawienie środków z dopłat placówkom opieki zdrowotnej, w których świadczenia są udzielane. Ich zdaniem motywowałoby to placówki do efektywniejszego działania, wspierając jednocześnie ich konkurencję. Zgromadzone środki mogłyby być wykorzystane na wzrost wynagrodzeń, chociaż decyzję o tym, na co przeznaczać środki, powinno się pozostawić zarządzającym placówkami. Natomiast ci z decydentów politycznych i przedstawicieli ubezpieczeń zdrowotnych, którzy opowiedzieli się za przekazaniem dopłat do NFZ, wskazali na niebezpieczeństwo reakcji popytu przez świadczeniodawców i nieracjonalnej, z punktu widzenia priorytetów systemu, alokacji środków w sytuacji, gdyby bezpośrednimi beneficjentami były placówki opieki zdrowotnej.

Większość pacjentów była zdania, iż ostatecznym beneficjentem powinny być placówki opieki zdrowotnej, które mogłyby przeznaczyć te dodatkowe środki np. na remonty, sprzęt, ale także na wynagrodzenie dla personelu medycznego. Natomiast wykorzystanie tych środków wyłącznie na wynagrodzenia nie znalazło szerokiej akceptacji, a jeśli już, to w pierwszej kolejności powinny być zwiększone wynagrodzenia pielęgniarek. Duża część pacjentów wskazała NFZ jako ostatecznego adresata środków pochodzących z dopłat. W ich opinii dopłaty mogłyby być wtedy wykorzystane do poprawy jakości opieki nad wszystkimi pacjentami, nie tworząc nierówności między placówkami. Część pacjentów obawiała się także złego zarządzania środkami przez szpitale.

Mechanizmy ochrony pacjentów przed nadmiernymi obciążeniami

Większość respondentów ze wszystkich grup wskazała na potrzebę wprowadzenia mechanizmów chroniących pacjentów przed negatywnymi skutkami społecznymi i zdrowotnymi występowania dopłat w postaci górnych limitów (kwoty dopłat lub liczby odpłatnych świadczeń) lub zwolnień/zniżek dla wybranych grup społecznych. Wprowadzenie górnych limitów nie zyskało przychylności pielęgniarek. Ich zdaniem instrument ten mógłby spowodować zwiększoną konsumpcję świadczeń po przekroczeniu przez pacjentów górnego limitu. Lekarze natomiast są sceptycznie nastawieni do stosowania zwolnień dla wybranych grup społecznych, w związku z występującymi – ich zdaniem – nadużyciami oraz ryzykiem, iż zbyt wiele zwolnień ograniczyłoby przychody z dopłat, co dosadnie wyraża jedna z wypowiedzi: „Jeśli dopłaty mają mieć sens, to trzeba je wprowadzić z całą stanowczością, bez sentymentów. Jeśli usilnie zaczniemy szukać, komu by dopłaty obniżyć lub kogo by zwolnić,

to system staje się bez sensu”. Wśród części lekarzy jedynie obniżenie dopłat dla nielicznych grup społecznych znalazło akceptację.

Decydenci polityczni i przedstawiciele ubezpieczeń zdrowotnych stanowczo poparli wprowadzenie górnych limitów dopłat, co – ich zdaniem – w wystarczający sposób chroniłoby pacjentów zmuszonych do częstego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Ta grupa respondentów była mniej przekonana co do słuszności wprowadzenia dodatkowo zniżek lub zwolnień dla wybranych grup społecznych, m.in. ze względu na konieczność zapewnienia prostoty systemu dopłat i zniechęcenia pacjentów do poszukiwania sposobów na ich uniknięcie.

Pacjenci z kolei wyrazili znacznie większe poparcie dla zwolnień i/lub zniżek dla wybranych grup społecznych niż dla górnych limitów dopłat stosowanych wobec całego społeczeństwa.

Dzieci i osoby z niskimi dochodami to dwie grupy społeczne, które najczęściej były wymieniane przez respondentów jako te, które nie powinny płacić za świadczenia opieki zdrowotnej lub też powinny wносить niższe opłaty. Zdaniem respondentów nie należy wprowadzać ograniczeń w korzystaniu z opieki zdrowotnej przez dzieci, ponieważ „jest to inwestycja w zdrowie przyszłych pokoleń”. W opinii lekarzy u młodych osób należy wykształcić nawyk dbałości o zdrowie oraz zwyczaj wczesnego zgłaszania się do lekarza w przypadku wystąpienia dolegliwości. W odniesieniu do osób z niskimi dochodami respondenci zwracali uwagę na konieczność wiarygodnej weryfikacji dochodów gospodarstw domowych. Część respondentów była też zdania, iż to system pomocy społecznej powinien wspierać osoby ubogie poprzez przejęcie ich dopłat.

Wprowadzanie pewnych mechanizmów ochronnych w przypadku osób niepełnosprawnych respondenci uzależnili od określenia stopnia niepełnosprawności, a niektórzy także od przyczyn wystąpienia niepełnosprawności. Część decydentów politycznych zwróciła ponadto uwagę na fakt, iż nie każda niepełnosprawność wyklucza aktywność zawodową i nie zawsze wiąże się z koniecznością częstego korzystania ze świadczeń medycznych, a tym samym nie ma potrzeby stosowania zwolnień z dopłat dla wszystkich osób niepełnosprawnych. W odniesieniu do kobiet ciężarnych respondenci, którzy popierali zwolnienia z dopłat (głównie pielęgniarki i decydenci polityczni/przedstawiciele NFZ), powoływali się na konieczność dbania o zdrowie dziecka już w życiu płodowym, traktując je, podobnie jak w przypadku dzieci, jako „inwestycje” w zdrowie przyszłych pokoleń.

Tylko nieliczni respondenci poparli zwolnienie z dopłat osób z chorobami przewlekłymi, wskazując na duże zróżnicowanie tej grupy pod względem potrzeb zdrowotnych, a także sytuacji finansowej. Według niektórych konieczne byłoby sprecyzowanie listy chorób stanowiących rzeczywiście duże obciążenie dla finansów gospodarstwa domowego. Zdaniem decydentów politycznych w celu ochrony tej grupy wystarczające jest wprowadzenie górnego limitu dopłat. Jedynie wśród pacjentów widoczne jest znaczne poparcie dla zwolnienia osób chorych przewlekłe z dopłat lub też dla zastosowania niższych dopłat,

co wynika z przekonania o wysokich kosztach leczenia, głównie leków, ponoszonych przez osoby z chorobami przewlekłymi. Także emeryci jako grupa społeczna w opinii większości respondentów nie powinni być zwolnieni z dopłat, ponieważ jest to grupa zbyt zróżnicowana pod względem dochodowym. Niektórzy lekarze uznali natomiast, że dopłat nie powinny wносить osoby w podeszłym wieku, powyżej 80. lub 90. roku życia.

Duża część respondentów uważała, że ewentualne przyznanie zwolnienia lub ograniczenia w dopłatach powinno być uwarunkowane wystąpieniem więcej niż jednego czynnika (np. istnienie choroby przewlekłej i niskiego dochodu).

Wnioski

Opinie uczestników systemu opieki zdrowotnej na temat wprowadzenia dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są zróżnicowane. Można je podzielić na trzy grupy: (1) popierających dopłaty, (2) ogólnie je nieakceptujących i (3) niezdecydowanych.

Najbardziej sceptycznie nastawieni do wprowadzenia obowiązkowych opłat byli pacjenci. Wyrażali brak przekonania, że takie opłaty mogą przyczynić się do poprawy jakości opieki zdrowotnej w Polsce, a przy tym artykułowali brak zaufania do decydentów politycznych i zarządzających systemem opieki zdrowotnej i sceptycyzm, że dopłaty mogą spowodować osiągnięcie takiego celu. Umiarkowaną akceptację pacjentów znalazły jedynie opłaty dobrowolne, głównie za szybszy dostęp do opieki zdrowotnej i wyższy jej standard. Wydaje się, iż negatywne nastawienie pacjentów i brak zaufania wynikają ogólnie z nieprzejrzystości systemu opieki zdrowotnej, w tym występowania quasi-formalnych opłat (np. opłaty za opiekę pielęgniacyjną w szpitalach), a także opłat nieformalnych.

Stanowcze poparcie dla dopłat obejmujących wszystkie rodzaje opieki, a także w stosunku do wszystkich grup ludności, wyrażali lekarze. Można to wyjaśnić niezadowoleniem środowiska medycznego, a nawet frustracją, z powodu niesatysfakcjonujących warunków pracy w sektorze zdrowia, niskiego finansowania w sytuacji wzrostu popytu na świadczenia medyczne, a nawet roszczeń pacjentów oraz przekonania lekarzy, że wprowadzenie dopłat może zmienić tę sytuację. Decydenci polityczni i przedstawiciele NFZ także okazali się zwolennikami dopłat do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, choć w nieco mniejszym stopniu niż grupa świadczeniodawców, głównie jako jednego z mechanizmów racjonalizacji systemu.

Pewną liczbę respondentów cechowało wyraźne niezdecydowanie. Z jednej strony wyrażano obawy, że wprowadzenie powszechnych dopłat ze strony pacjentów może ograniczyć dostęp i w konsekwencji przyczynić się do pogorszenia statusu zdrowotnego tych osób, które i tak są narażone na wyższe ryzyko ubóstwa i trudności w zaspokojeniu podstawowych potrzeb. Z drugiej strony formułowano wymagania wobec systemu i świadczeniodawców dotyczące informacji, jakości i większej

racjonalności w zachowaniach świadczeniodawcy oraz płatnika jako działania wyprzedzającego, warunkujące wprowadzenie dopłat. Jak pokazuje doświadczenie, nie są to wymagania łatwe do spełnienia. Jednak bez ich realizacji respondenci nie widzą korzyści we wprowadzeniu dopłat, ponieważ, ich zdaniem, o racjonalizacji zachowań w systemie w większym stopniu decydują zachowania lekarzy i motywacje płatnika niż zachowania pacjentów. Ewentualna zgoda na dopłaty, ale uwarunkowana poprawą organizacji i jakości świadczonych usług medycznych, najsilniej podana została w dyskusji grupy osób pracujących w mieście. W tej grupie pojawił się też postulat wprowadzenia dopłat dobrowolnych (lub raczej dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych) jako rozwiązanie dla tych, którzy chcą i mogą zapłacić więcej w zamian za dodatkowe świadczenie i wyższy standard.

W wywiadach z decydentami politycznymi szczebla samorządu terytorialnego pojawił się argument globalnego kryzysu finansowego jako okoliczności niesprzyjającej wprowadzaniu indywidualnych dopłat pacjentów. Byłoby to posunięcie ograniczające solidaryzm ubezpieczenia zdrowotnego, bo obciążające osoby dotknięte ryzykiem choroby, i to w trudniejszych warunkach.

Dyskusja

Uzyskane wyniki badań mogą wskazywać, że w Polsce zmienia się stosunek do wprowadzenia bezpośrednich dopłat pacjentów w momencie korzystania z usług zdrowotnych. Byłby to wniosek o tyle interesujący, że badania opinii od kilku lat wskazywały na brak poparcia dla dopłat pacjentów, nawet dla usług pozamedycznych w szpitalach, takich jak wyżywienie i koszty hotelowe. Wprawdzie w 2008 r. udział zdecydowanych przeciwników nieco się zmniejszył w porównaniu z badaniami z 2006 r., to jednak grupa przeciwników jest ciągle przeważająca – zdecydowanie ponad 60% badanej populacji [8, 9].

Wyrażenie poparcia dla dopłat, na co wskazywałyby wyniki prezentowanego badania, może wynikać z jego specyfiki. Uzyskane wyniki zostały zebrane na podstawie dwóch rodzajów badań jakościowych: pogłębionych wywiadów oraz dyskusji grup fokusowych. Wywiady zostały przeprowadzone *de facto* z ekspertami i politykami. Dają inny jakościowo materiał. Respondenci są w pełni świadomi problemu, wiedzą o co chodzi, ale też bardziej biorą pod uwagę zewnętrzne wobec sektora zdrowotnego uwarunkowania, np. globalny kryzys finansowy czy układ sił politycznych w danym okresie. Natomiast uczestnicy dyskusyjnych grup fokusowych tworzą raczej obraz przeciętnej opinii publicznej, najczęściej nieświadomej kosztów sektora zdrowotnego i roszczeniowej (bo już przecież płacą). Wyjątkiem są tu środowiska medyczne. W ich wypowiedziach czuje się, że dobrze rozumieją problem i popierają dopłaty, ponieważ są świadomi możliwości poprawy sytuacji w sektorze zdrowotnym. Dopłaty dają bowiem szansę na zwiększenie środków

w sektorze, a gromadzenie środków z tych na szczeblu placówki opieki zdrowotnej – czyni realną możliwość większego doń dostępu. Ponadto są przekonani, że opłaty byłyby narzędziem kontrolowania popytu, dostrzegając problem nadmiernego korzystania w warunkach braku jakiegokolwiek odpłatności ze strony pacjentów.

Badania zostały przeprowadzone w 2009 r., specyficznym dla sytuacji ekonomicznej w kraju i specyficznym dla sytuacji sektora zdrowotnego w Polsce. Ogólna sytuacja ekonomiczno-finansowa charakteryzowała się zahamowaniem tempa wzrostu gospodarczego na skutek globalnego kryzysu finansowego i zmniejszeniem wpływów NFZ¹. Odczucie ograniczenia budżetowego dla świadczeniodawców stało się znacznie silniejsze niż w latach poprzednich.

Przekonanie respondentów o skuteczności dopłat w osiągnięciu celu fiskalnego, a także efektywnościowego, oparte jest głównie na informacjach o istnieniu dopłat w innych krajach europejskich, mniej natomiast na wynikach ewaluacji polityk dopłat. Tymczasem dowody naukowe, potwierdzające skuteczność dopłat w poprawie efektywności systemu, są ograniczone. Wynika to po części z faktu, iż popyt na świadczenia medyczne jest kształtowany w dużej mierze przez zachowania świadczeniodawców. Dlatego być może bardziej skutecznymi narzędziami w poprawie efektywności systemu mogłyby się okazać mechanizmy działające po stronie świadczących usługi, np. konsekwentne wykorzystanie mechanizmu *gate keeping* [10]. W Polsce mechanizm ten nie funkcjonuje prawidłowo (głównie z powodu „niedokończonych” reformy opieki podstawowej i braku bodźców finansowych), na co zwracali uwagę także niektórzy decydenci polityczni i przedstawiciele NFZ.

Wprowadzenie dopłat może doprowadzić do zmniejszenia korzystania ze świadczeń zdrowotnych [np. 11–17], a często dotyczy to dzieci i grup ludności z niskimi dochodami [14, 15]. Niskie („symboliczne”) opłaty, proponowane w przeszłości w Polsce, a także podawane przykładowe w analizowanym badaniu, mają jedynie ograniczoną zdolność do eliminowania nieuzasadnionej medycznie konsumpcji (np. nie zniechęca osób, które od czasu do czasu zgłaszają się do lekarza głównie po zwolnienie lekarskie), mogą natomiast ograniczyć dostęp do świadczeń tym osobom, które ze względu na swój zły stan zdrowia muszą często korzystać z opieki, a dodatkowo wykazują niskie dochody.

Pojawia się także pytanie o efektywność fiskalną systemu dopłat. Może się okazać, że koszty administracyjne funkcjonowania systemu dopłat, obejmujące koszty poboru i ewidencji, pochłoną większą część środków z dopłat, szczególnie w sytuacji rozbudowanego systemu niżek lub zwolnień. Doświadczenia innych krajów wskazują, iż przychody brutto z dopłat pacjentów stanowią przeciętnie 5% całkowitych wydatków publicznych na zdrowie, co w przypadku wysokich kosztów obsługi systemu może spowodować, że przychody netto będą

¹ Wprawdzie w przeciwieństwie do innych krajów europejskich w Polsce w 2009 r. nie doszło do spadku PKB, lecz jedynie do silnego osłabienia tempa jego wzrostu (wzrost PKB wyniósł 1,7%), to jednak spadek zatrudnienia był wyraźny – 0,7%, a właśnie zatrudnienie decyduje o wpływach ze składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. W kolejnym – 2010 r. – sytuacja finansowa sektora opieki zdrowotnej była trudniejsza. Ograniczenia budżetowe zwiększyły nacisk na poszukiwanie dodatkowych źródeł środków.

zbliżone do zera [11, 18–20]. Wydatne ograniczenie kosztów administracyjnych mogłoby mieć miejsce w sytuacji, gdy to placówki opieki zdrowotnej gromadziłyby i wykorzystywały środki pochodzące z dopłat. Należy także zwrócić uwagę, iż argument o nadmiernym korzystaniu z opieki zdrowotnej polskich pacjentów wynika z indywidualnych doświadczeń i obserwacji respondentów. Brak jest natomiast badań na temat podstawowych czynników kształtowania się popytu na usługi zdrowotne. Prawidłowością występującą w biedniejszych krajach jest unikanie wizyt u lekarza aż do momentu wystąpienia sytuacji zagrażającej życiu lub powstania niepełnosprawności oraz niezdolności do pracy. Niektóre badania oraz dane statystyczne o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej potwierdzają występowanie takiego zjawiska także w Polsce [21, 22]. Wprowadzenie powszechnego systemu dopłat mogłoby spotęgować to negatywne zjawisko.

Rekomendacje

Ewentualne wprowadzenie dopłat pacjentów w Polsce wymagałoby licznych kroków wyprzedzających taką decyzję. Oto podstawowe z nich, obecne zarówno *explicite*, jak i *implicite* w postulatach respondentów badania.

- Potrzebna jest zmiana retoryki władz rządowych w kwestii stanu finansów ochrony zdrowia. Teza o tym, że środki są wystarczające, a tylko złe zarządzanie na poziomie mikro, ogranicza dostęp i sprzyja złej jakości, nie spowoduje zrozumienia i następnie akceptacji dla wprowadzenia dopłat.
- Ze względu na brak wiedzy o funkcjonowaniu systemu i brak zaufania wśród pacjentów do zarządzających systemem niezbędne jest tworzenie i wzrost dostępu do wiarygodnej informacji o funkcjonowaniu systemu w celu zwiększenia jego transparentności oraz trafnego lokowania odpowiedzialności za jego niedostatki.
- Analizy i dyskusji wymagałaby propozycja wprowadzenia ewentualnych zwolnień z opłat słabszych społecznie i zdrowotnie grup ludności w celu ich ochrony przed ograniczeniem dostępu, wykorzystując szersze – wielodyscyplinarne spojrzenie na problem.
- Potrzebne jest dostarczanie argumentów na rzecz zmiany jednostronnego postrzegania problemu nadmiernego korzystania (nadużywania) świadczeń zdrowotnych (emeryci!) w wyniku popularyzacji badań na temat głównych determinant wzrostu korzystania: wykształcenie i dochody oraz uwarunkowania demograficzne (kobiety w okresie intensywnej prokreacji oraz osoby starsze).
- Konieczne jest przeprowadzenie wnikliwej analizy powodów wycofania się z dopłat pacjentów (po ich wprowadzeniu) w krajach południowych sąsiadów Polski (Słowacji, Węgier) w celu uniknięcia podobnego niepowodzenia.
- Zasadne byłoby przygotowanie kampanii społecznej na temat wprowadzenia dopłat uzasadniających je nie przeciwko jakiejś grupie, lecz w kategoriach nadania usługom zdrowotnym wyższej wartości (poszanowania), jako że dobra bezpłatne bywają traktowane jako

dobra gorszej jakości, natomiast z opłatą za dobro łączy się nierzadko jego wyższa ocena w kategoriach jakości.

- Należy przygotować i wdrażać programy działań zwiększających skuteczność mechanizmów kształtujących zachowania świadczeniodawców (np. odpowiednich mechanizmów finansowania świadczeń przez NFZ) w celu poprawy efektywności wykorzystania zasobów, a także jakości opieki zdrowotnej.
- W dyskusji na temat zwiększenia środków finansowych dla systemu opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie dopłat należy rozważyć także możliwości wzrostu publicznego finansowania systemu. Polski system ochrony zdrowia na tle innych krajów europejskich charakteryzuje się niskim poziomem wydatków publicznych i wysokim udziałem wydatków gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną. W krajach Europy Zachodniej wprowadzenie dopłat wystąpiło przy znacznie wyższym poziomie wydatków publicznych w relacji do PKB [23].
- Zgłoszeniu propozycji wprowadzenia dopłat powinny towarzyszyć rachunki symulacyjne, dotyczące wieloaspektowych skutków: nie tylko fiskalnych, lecz także społecznych i zdrowotnych, związanych z ewentualnym ograniczeniem dostępu i nierównościami zdrowia.

Acknowledgement:

The study is financed by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services.

Abstract:

Introduction of patient payments for publicly financed health care services – opinions of the main Polish health care system's stakeholders

Key words: patient payments, health care system reform, Poland

During the last decades many European governments have introduced patient payments in their public health care system with the aim to improve efficiency of health care provision, contain overall health care expenditure, and also to generate additional resources. In Poland, since 1999 patients have met formal payment obligations when they use dental services. Though introduction of formal patient payments for primary care services, out-patient specialists' services and hospital services has been discussed, such payments do not exist. Empirical evidence suggests that the successful implementation of patient payments, to a large extent, depends upon public acceptance and political consensus.

The paper presents the results of study on attitudes towards formal patient payments for publicly financed health care services, among different groups of Polish health care system's stakeholders (health care consumers, providers, insurers and policy makers). The data are collected via focus group discussions and in-depth interviews carried out in Poland in June–October 2009 as part of project ASSPRO CEE 2007. The results are used to out-line policy recommendations.

Piśmiennictwo:

1. Abel-Smith B., Mossialos E., *Cost Containment and Health Care Reform: A Study of the European Union*. „Health Policy” 1994; 28: 89–132.
2. Golinowska S., Tymowska K., Poland, w: Johnson N. (red.), *Private markets in health and welfare. An international perspective*. Berg Publishers Limited, Oxford 1995: 137–153.
3. Robinson R., *User Charges for Health Care*, w: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (red.), *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press, Buckingham 2002: 161–184.
4. Ministerstwo Zdrowia, *Finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Golinowska S. (red.), Wydawnictwo Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego „Vesalius”, Kraków 2009.
5. Tambor M., Pavlova M., Woch P., Groot W., *Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries*. „European Journal of Public Health” 2010. doi: 10.1093/eurpub/ckq139.
6. Tymowska K., *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie, bariery dostępu i opinie społeczne*, w: Czapiński J., Panek T. (red.), *Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa 2006.
7. Pavlova M., Tambor M., Groot W., *A conceptual model for the analysis and assessment of patient payments policies*. Brief no. BP-1/2009 ASSPRO CEE 2007. <http://www.assprocee2007.com/ASSPRO%20CEE%202007%20PB%201%202009.pdf>
8. Górecki W., *Oplaty dodatkowe za usługi pozamedyczne w szpitalach*. CSIOZ, Warszawa 2005.
9. Górecki W., *Oplaty za usługi medyczne w szpitalach w opinii Polaków. Za a nawet przeciw*. „Menadżer Zdrowia” 2010; 1: 32–35.
10. Carrin G., Hanvoravongchai P., *Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries?* „Human Resources for Health” 2003; 1(6): 1–10.
11. Bennett S., *The impact of the increase in user fees: a preliminary investigation*. „Lesotho Epidemiological Bulletin” 1989; 4: 29–37.
12. Kim J., Ko S., Yang B., *The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea*. „Health Policy” 2005; 72: 293–300.
13. Kupor S.A., Liu Y.-C., Lee J., Yoshikawa A., *The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's national health insurance system*. „International Journal of Health Services” 1995; 25(2): 295–312.
14. Manning W.G., Newhouse J.P., Duan N., Keeler E.B., Leibowitz A., Marquis M.S., *Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment*. „American Economic Review” 1987; 77: 51–277.
15. Newhouse J.P., *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Harvard University Press, Harvard 1993.
16. O'Grady K.F., Manning W.G., Newhouse J.P., Brook R.H., *The impact of cost sharing on emergency department use*. „The New England Journal of Medicine” 1985; 313: 484–490.
17. Selby J.V., Fireman B.H., Swain B.E., *Effect of a copayment on the use of the emergency department in a health maintenance organization*. „The New England Journal of Medicine” 1996; 334: 635–641.
18. Creese A., *User charges for health care: a review of recent experiences*. „Health Policy and Planning” 1991; 6: 309–319.
19. Sepehri A., Chernomas R., Akram-Lodhi H., *Panelizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam*. „Health Policy and Planning” 2005; 20(2): 90–99.
20. Sowada C., *Współpłacenie – szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego*. „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004; II(1): 11–22.
21. Golinowska S., *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych*. Ocena działań instytucji. IPiSS, Warszawa 2004.
22. GUS, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r.* Warszawa 2009.
23. Wendt C., Grimmeisen S., Rothgang H., *Convergence or Divergence in OECD Health Care Systems?* w: Cantillon B., Marx I. (red.), *International Cooperation in Social Security: How to Cope with Globalisation*. Intersentia, Antwerp 2005: 15–45.

O autorach:

Stanisława Golinowska – profesor nauk ekonomicznych i polityki społecznej, kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego w Instytucie Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Mgr Marzena Tambor – badacz w projekcie ASSPRO CEE 2007, doktorantka na Uniwersytecie Maastricht (Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences)

Dr Christoph Sowada – dr nauk ekonomicznych – adiunkt w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Liubove Murauskiene, Marija Veniute, Milena Pavlova

The opinions of the key health care stakeholders towards patient payments in Lithuania

Key words: health care, patient payments policy, evaluation, Lithuania

Introduction

Patient payments are considered to be a significant issue in health policy across Europe. Although these payments constitute a relatively small share of the overall health care expenditure in a country, the accumulated patient charges may claim a major part of the household budgets especially among low-income patient groups and frequent health care users.

In Lithuania, there is also an essential social and policy debate on whether introduction or increase of patient payments would impose an additional financial burden to patients that could make essential health care unaffordable for vulnerable groups. This concern has never been explored in Lithuania systematically and therefore, the evidence reported in this paper appears important for the development of consistent patient payment policy.

In particular, the aim of the paper is to evaluate the opinions and attitudes towards patient payments in Lithuania. For this purpose, qualitative and quantitative research methods were applied in the study – focus group discussions and in-depth interviews combined with a self-administrated questionnaire filled in by each participant. The paper focuses on results relevant to policy.

Patient payments for public health care services in Lithuania

Statistical data of the recent years show that the direct household health expenditure in Lithuania constitutes a major part of the private health care expenditure in the country (the latter was almost 27 percent of the total health expenditure in 2007). Within the total household expenditure, about 5 percent is related to health, which in 2007 meant 139 EUR per year. Direct patient payments for both public and private health care services approximated 14 EUR per year. This average figure seems to

be quite small, however certain groups of the population experience a significant burden of the out-of-pocket payments for health care. A survey revealed that every fourth adult among the 7 percent of adults in need of care, who did not receive medical treatment, could not afford to pay for the service. The same could be said about almost every second person among the 9 percent of those earning the lowest income [1]. It is also important to mention that private out-of-pocket payments constitute a stable source of financing for the public health care providers. Consequently, the issue of patient payments could hardly be considered a negligible one.

The review of the Lithuanian legal documents referring to patient payments revealed a lack of consistency in policy on patient payments since the issue is not comprehensively addressed. There appeared to be only general rules for patient payments set by the main legislation (Health System Law, 1994, and Health Insurance Law, 1996) [2, 3]:

1. The services are charged (reference prices should be applied) for:
 - non-residents (in the absence of particular agreements);
 - non-insured under obligatory health insurance arrangements;
 - non-registered by GP;
 - non-referred by GP.
2. The services under the negative list of services should be paid directly (according to the uniform pricelist and adjustment rules). An enforcement of the legal provision on possibility to charge so called additional health care services provided upon the request of the patient is unclear.

Additionally, Health System Law (art. 49) also defines cases when patient payments might be applied:

- when a patient on his own initiative chooses more expensive health care services, materials and proce-

- dures than is set up, and covers the difference (e.g. hip joints, eye lenses, odontological materials in the outpatient clinics);
- when a patient on his own initiative chooses additional services or procedures (e.g. single bed wards in the hospital);
 - co-payments for drugs (reimbursed is the basic price only), regulated in the Law on Health insurance (article 10);
 - medical rehabilitation and sanatorium treatment.

Emergency health care is free for anyone in need in Lithuania. The insured population is eligible for all publicly financed health care services. Payments and co-payments for medicines present the major (about 75 percent) share of private health care expenditures.

Health care institutions exploit the existing uncertainty successfully asking patients to co-pay (contribute) for the provided health care services. The prevalence of existing practice varies across the country. Different health care stakeholders raise the question of legality and ethics of the existing practices. A debate on tactical decisions (managerial actions) is continuing among various stakeholders, whereas the principal aim of patient payment policy remains unclear for all. Therefore, the paper focuses on this question considering the perspective of various health care system stakeholders.

Methods and materials

The evaluation of opinions and attitudes towards patient payments in Lithuania was done using qualitative and quantitative research methods. Focus group discussions and in-depth interviews were carried out in Lithuania in April–July 2009. Each participant in the study was also asked to fill in a self-administrated questionnaire. Four target groups were addressed in the evaluation: health care consumers (including working individuals, families with children, pensioners, students, disable and chronically sick individuals and individuals living in rural areas), health care providers (including GPs, out-patient specialists, physicians and nurses in city hospitals, GPs practicing in rural areas and physicians in district hospitals), health insurance representatives (including social health insurance representatives at national and regional level) and health policy-makers (including health policy-makers at national and regional level, financial policy-maker at national level and the chair of the three-party committee on health care in the country). The data among policy-makers and health insurance representatives were collected via face-to-face semi-structured in-depth interviews (10 respondents were interviewed in total). Focus group discussions were performed with health care consumers and providers – in total, 94 respondents representatively selected from all over the country. All target groups were surveyed additionally using the self-administrated questionnaire and the quantitative data were analysed using statistic methods.

Results and discussion

Attitudes of the various stakeholders' towards patient payments in Lithuania reflect a non homogenous opinion varying from strong negative opinions (expressed mainly by Lithuanian pensioners and working respondents, who have children under 18) to rather positive (expressed by family physicians working in rural areas, physicians working in rural and urban hospitals).

What do we mean by "official out-of-pocket" payments in the public sector?

The definition of "official out-of-pocket" payments in the public sector was first discussed with all the groups of respondents. Surprisingly, different understandings were behind this concept and the variation in understanding was inherent for all groups of respondents. The issue of how we should define whether the facility is a public one was also raised: either by the legal status of the facility or due to the dominance of the state/municipal ownership on it, or based on the major source of financing (e.g. the SHIF (State Health Insurance Fund)) that the facility receives.

Regarding "legality" of patient payments, the following two very extreme positions were defined by all groups of respondents:

- An opinion that there is no proper legal basis to speak about official or legally recognised co-payments and/or even user charges – this position was expressed mostly by the health system managers.
- And also the opinion that "official" payments presuppose a director's order or price-list where patients could obtain information about the fee of the local provider, and patients should also receive a receipt for the payment – an opinion expressed by health care consumers and providers.

Research results also showed that it is often too unclear when and why the patient should pay for health care services. One of the clearest points at the moment is the payment according to the negative list of auxiliary medical services (approved by the Ministry of Health). These services are a subject of user charges in the Lithuanian public health facilities, and the participants in the study referred frequently to these payments, especially when it is on their own choice and when there is a discrepancy between the possibilities to provide/receive respective services free of charge. Many questions came up during the study but the most important could be formulated as follows: who has an interest and should have the power to decide on patient payments – medical doctor, chief of the facility, the Minister by issuing decrees?

What should be the main goals for the patient payments introduction?

The study revealed that there is no uniform opinion regarding the aims of the introduction of patient payments in Lithuania. Three main options were distinguished and mostly discussed in all stakeholder groups:

Changing behaviour of patients:

- Cutting excess consumption (in case of free-of-charge health care provision) by the introduction of fees for health care services (i.e. introducing consumer prices).
- Punishing risky behaviour since individuals with an unhealthy lifestyle use health care more frequently and pay higher accumulated charges than persons with a healthy lifestyle.
- Inducement for increasing awareness about the raising health care costs.

Actually, the above points refer to the belief that health care consumers could be educated to be more rational and optimize their needs/demands for health care services.

Changing behaviour of physicians:

- When patients pay to the physicians for services provided, this could create incentives for increasing quality of care by making physicians more sensitive to patients. It is interesting to note, that more physicians rather than patients spoke about this possibility and the idea was disliked commonly.
- Official fees could help combating with unofficial payments. Though the respondents see some possibility to reduce the bribes by the introduction of formal patient charges, the scope of this impact is not expected to be a significant one. In general, it could be concluded that the system of official patient payments is an additional one and managed according to the “statistical average” (relatively small payments, protectors set on general not individual criteria). Therefore, it could not seriously “damage” the individualised bribe pattern.

Generating revenues for the health care sector:

- According to the statistical data of the survey conducted via the self-administrated questionnaire, respondents considered that allowance to generate additional resources for the health care system (23.5%) is the principal aim of the official patient payments policy

in Lithuania (**Figure 1**). Abreast, the ability to generate additional resources for the health care institutions is significantly important as well. As indicated by Figure 1, the least important aim of the patient payment policy appeared to be the objective to control the overall health care expenditure.

- An important difference in opinions was observed between the stakeholders groups. Health service providers and policy makers identify more frequently that discouraging unnecessary use of health care services should be the main aim of the patient payment policy. Whereas consumers tend to think that official patient payment policies should aim to generate more resources both for the health care system as well as health care institutions. Obviously this dichotomy of positions reflects a general disparity in the understanding of patient payment policy in the country.

What mechanism of official patient payments should be set up?

In the survey, respondents were asked to identify the potential beneficiaries of the patient payments (**Figure 2**). All stakeholder groups recognized that health care institutions providing services should be the beneficiary of the official patient payments. It appeared that neither state, nor territorial patient funds were prioritized as the potential beneficiaries. The problem of transparency, especially in collecting and distributing the revenues from patient payments (if it was performed by state and regional health funds) was strongly underlined in the focus groups discussions. This picture may disclose a general lack of trust in the state agencies in the country.

Some respondents stated that patient payments could be used to share the expenditure since the scarcity of the public funds is mostly presented as a reason or even necessity for the introduction of private payments for health care. Nevertheless, only a few respondents believed in this way of mobilising resources for health care. Commonly, people are sceptical about it because they do not believe that it is a substantial source of additional fund-

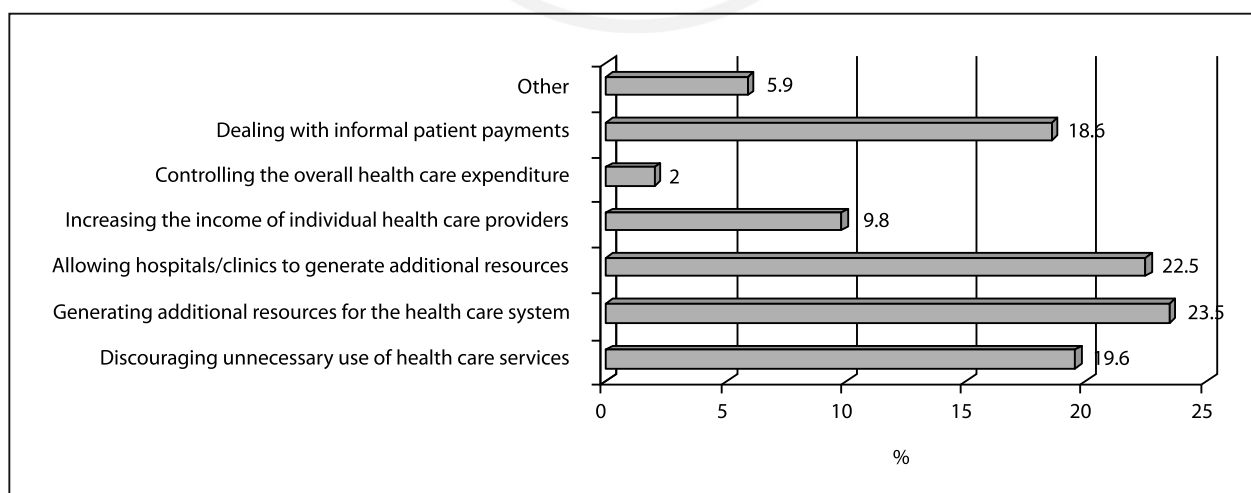


Figure 1. Aims of patient payment policies.

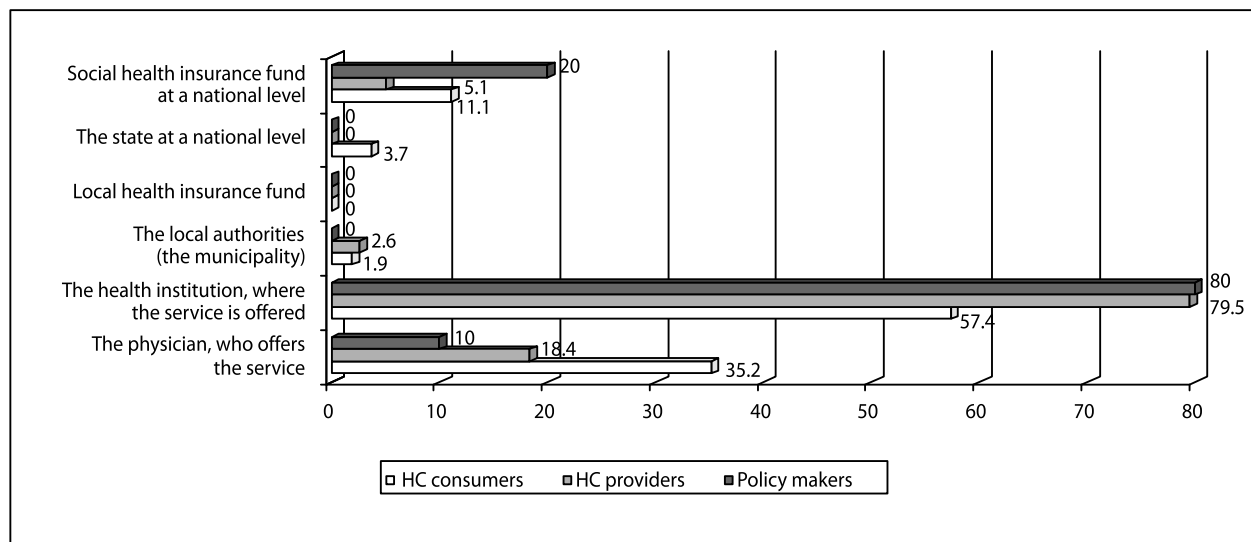


Figure 2. Beneficiaries of patient payments.

ing. One reason relates to the belief in mass poverty – “people do not have the money to pay more”. The second reason is related to the social tension appearing due to the payments imposed, leading to the introduction of privileges/exemptions and consequently, not collecting sufficient revenues. The third reason is more technical – “collecting the payments will cost more than the inflow”.

Regarding the later consideration, the issue of social justice appeared. Apparently, it is one of the hottest questions on the policy agenda. Respondents, especially in the health care consumers groups, identified the problems of two classes of medicine, VIP services, social privileges – various wordings for the description of current inequity problems. At the same time, it should be noted that the basic health system financing based on social solidarity is constructed in such a manner that rational behaviour is not appreciated. Individuals in extreme, vital need are the “winners” by getting most expensive services. One more aspect is considered – that the pensioners are the main mass consumers of health care.

Survey data revealed that the vast majority of stakeholders who participated in the survey expressed a rather strong support that some population groups should pay reduced fees or should be exempted from patient payments (Figure 3).

The issue of social justice was also challenging, though all stakeholder groups identified univocally that children and disabled people should be exempted or have reduced fees for health care services (difference in opinions in various respondent groups was statistically significant, $p < 0,001$) – Figure 4. In focus group discussions, family physicians both in cities and rural regions supported strongly the opinion that disabled persons should be exempted from payments.

Attitudes of key stakeholder groups towards official patient payments

The survey data collected via the self-administrated questionnaire showed that the respondents taken as general groups neither agree nor disagree with the existence of official patient payments in Lithuania (5-point Likert scale from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree; mean = 3.42; 95% confidence interval: 3.14–3.70). However, as indicated by figure 5, the means of the attitude in different groups of respondents vary. Health care consumers expressed the most negative attitude towards official patient payments (mean = 2.62; 95% confidence interval: 2.28–2.97) and the difference between attitudes of health care providers and policy makers is statistically significant ($p < 0.001$). The most positive attitude towards the introduction of official patient payments was expressed by policy makers and health insurance representatives (considered as the “others” on Figure 5), who took part in in-depth interviews (mean = 4.3; 95% confidence interval: 3.4–5.2) and health care providers, though the difference of attitude means between policy makers and providers was not statistically significant ($p > 0.05$).

As indicated by the focus group discussions, a rather negative attitude towards the introduction of patient payments in the country was expressed in all health care consumer groups (working and pensioners in cities and rural areas, also disabled people). Consumers fear that this will limit the accessibility to health care services especially for population groups with low income. Quality of health care services is another key issue worrying all the consumer group respondents: there is little belief that the quality of services will improve with the introduction of patient payments.

Health care providers, who expressed a positive attitude towards patient payments, presume that these payments will decrease the excess consumption of

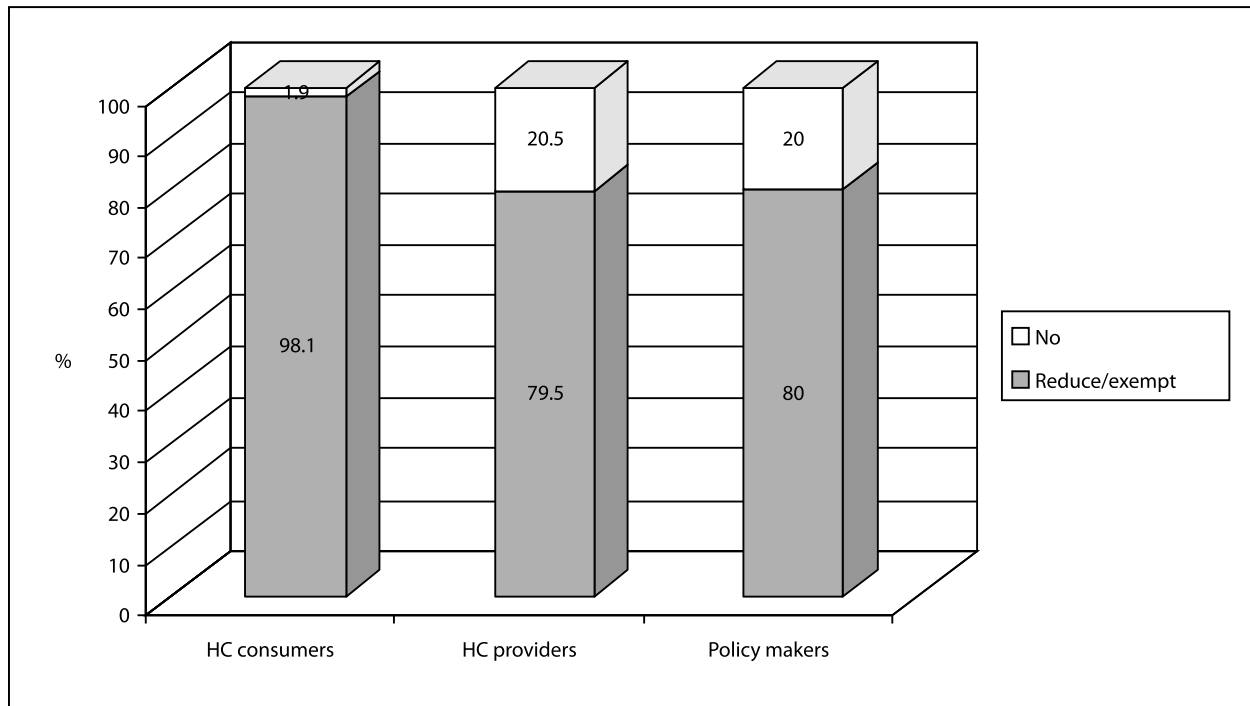


Figure 3. Opinion on exemption or reduction of particular social groups from patient payments according to different stakeholder groups.

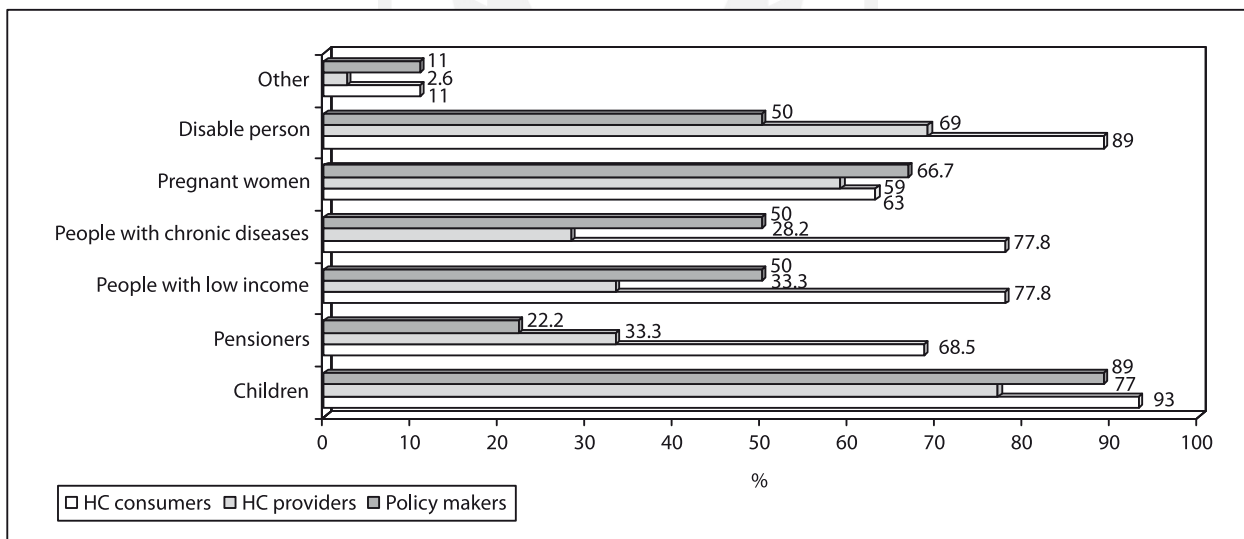


Figure 4. Society groups, who should be exempted or pay reduced fee for health care services.

health services and will optimize the working load of physicians. Besides, they consider that patient payments should be consistent with the economic situation in the country.

Overall, it seems that the direct private financing is still considered to be a complimentary mechanism. Therefore, a shift to the debates on the values behind the basic system was unavoidable. Within the current system, when the vast majority of funding is coming from the state funds, there

is also an approach to private payments as an element of market filling in the gaps of the basic system by more flexible usage of available resources on the provider side. Only regarding the services chosen by the consumers, providers could be awarded by additional revenue. This consumer choice is the trickiest point: is it relevant for instance that now the patients could choose (and pay for) medical examinations though they are not necessary for diagnostics in the medical doctor's opinion?

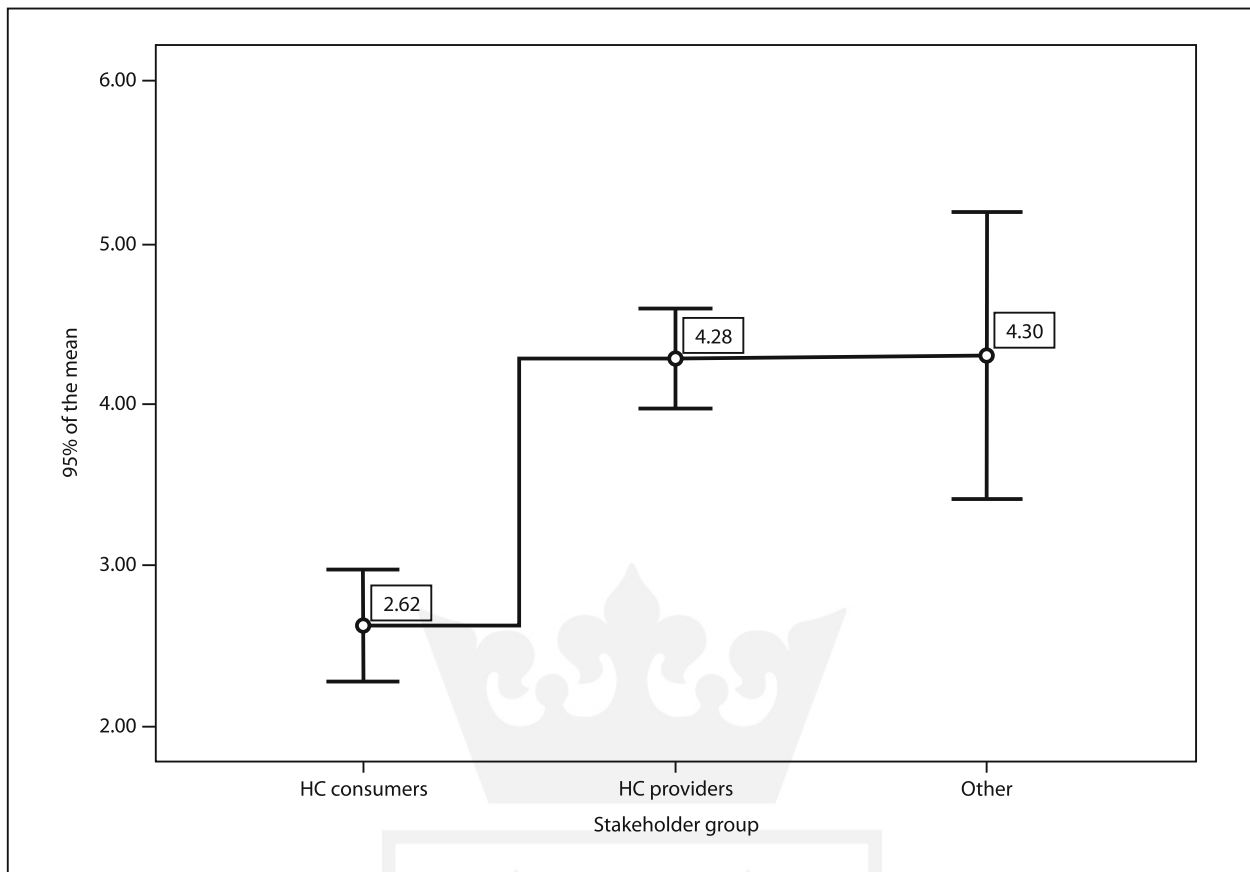


Figure 5. Attitudes of key stakeholder groups towards official patient payments.

In any case, in practical terms, more discussions on reasons for these or those actions are needed.

Finally, “consensus” was reached, not on the content – how the issue should be tackled. It was agreed that the policy should be changed, reviewed and updated.

Conclusion

The results reported here show that there is no consistent policy on patient payments in Lithuania. Obviously the attitudes of various health care stakeholders are not homogenous. Health care consumers are rather resistant towards the introduction of patient payments though if they support patient payments it would only be in case of improved quality of health care services. Health care providers sustain patient payment policy considering the needs of health professionals and health care institutions (higher salaries, better working conditions, more sophisticated medical techniques). Health policy makers and health insurance representatives remain dispersal in their opinions. While supporting the introduction of official patient payment, they expect systematic changes of health care system and higher flexibility. As a main conclusion it might be said, that this issue needs more research, more conceptual and strategic thinking in defining the aims of the patient payment policies in Lithuania and its governance rather than discussing the means of actions.

Acknowledgement:

The study is financed by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services.

Abstract:

Patient payments are considered to be a significant issue in health policy in Lithuania. Despite the unclear legislative framework, health care institutions are asking patients to co-pay (contribute) for services provided to them. Thus, patients and providers are facing challenging situation in legal, ethical and financial terms. The aim of the study was to evaluate the opinions and attitudes towards patient payments in Lithuania. Qualitative and quantitative research methods were applied in the study – focus group discussions and in-depth interviews combined with a self-administrated questionnaire filled in by each participant. The results suggest that there is no consistent policy on patient payments in Lithuania. Health care consumers are rather resistant towards the introduction of payments (they support fees only in case of services with better quality). Health care providers sustain patient payments considering the needs of health professionals and health care institutions. Health policy makers and health insurance representatives remain dispersal in their opinions. More conceptual and strategic thinking in defining the aims of patient payment policies in Lithuania and its governance is needed.

■ Streszczenie:

Opinie kluczowych udziałowców systemu opieki zdrowotnej na temat dopłat pacjentów na Litwie

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, polityka dopłat pacjentów, ewaluacja, Litwa

Dopłaty pacjentów są istotną kwestią polityki zdrowotnej na Litwie. Pomimo niejasnej podstawy prawnej placówki opieki zdrowotnej zobowiązują pacjentów do współpłacenia za świadczenia im dostarczane. Dlatego też zarówno pacjenci, jak i świadczeniodawcy znajdują się w niejasnej sytuacji pod względem prawnym, etycznym i finansowym. Celem prezentowanego badania było uzyskanie informacji na temat opinii i stosunku wobec dopłat pacjentów na Litwie. W badaniu zostały zastosowane jakościowe i ilościowe metody badawcze: zogniskowane wywiady grupowe oraz pogłębione wywiady, połączone z kwestionariuszem ankietowym wypełnianym samodzielnie przez każdego uczestnika badania. Wyniki wskazują na brak na Litwie spójnej polityki w zakresie dopłat pacjentów. Konsumenci opieki zdrowotnej są raczej przeciwni wprowadzeniu dopłat. Popierają dopłaty jedynie w przypadku świadczeń o wyższej jakości. Natomiast świadczeniodawcy opieki zdrowotnej popierają dopłaty, zważając na potrzeby profesjonalistów medycznych i placówek opieki zdrowotnej. Decydenci polityczni i przedstawiciele instytucji ubezpieczeń zdrowotnych prezentują opinie zróżnicowane. Wyniki badania wskazują, iż konieczne jest bardziej koncepcyjne i strategiczne podejście do polityki dopłat pacjentów, jak i też definiowania jej celów.

References:

1. Department of Statistics under the Government of Lithuania, 2010: <http://www.stat.gov.lt/>.
2. Law on Health System, approved by the Parliament of Lithuania on July 19, 1994, decree No. I-552.
3. Law on Health Insurance, approved by the Parliament of Lithuania on May 21, 1996, decree No. I-1343.

■ About the Authors:

Liubovė Murauskienė, PhD – health economist, director of MTVC (Training, research and development centre), Lithuania

Marija Veniute, PhD – public health professional, researcher, MTVC (Training, research and development centre), Faculty of Medicine, Vilnius University, Lithuania

Milena Pavlova, PhD – coordinator of the project „Assessment of patient payment policies and projection of their efficiency, equity and quality effects: The case of Central and Eastern Europe”. Department of Health Organisation, Policy and Economics (BEOZ), CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, The Netherlands

Irena Gryga, Tetiana Stepurko, Andrii Danyliv, Maksym Gryga, Olga Lynnyk, Milena Pavlova, Wim Groot

Attitudes towards patient payments in Ukraine: is there a place for official patient charges?

Key words: official patient payments, Ukrainian health care system, unofficial patient payments

■ Introduction

Official patient payments in health care were introduced quite actively in different countries of Eastern Europe during the last decades. “Willingness to pay” was one of the principles in the development of the official patient payment policy [1] although willingness-to-pay was rarely measured for the purpose of designing official patient payment mechanisms. In Ukraine, where the constitution proclaims free of charge medical care within the public sector, there is a very limited list of public health care services for which charges can be levied. Nevertheless, the idea to introduce a wider list of officially paid public health care services appeared several times in policy discussions at the State and city Kyiv levels. Payments for services in the public health care sector are also done by means of charities. In practice, this mechanism of payment is almost universal and compulsory. Such payments are actually a type of quasi-official payments for health care.

As a result, according to the National Health Accounts, in 2007 in Ukraine, the total expenditure on the health care sector was 48 640 millions UAH (9632 millions US dollars), which is 6.8% of GDP. However, only 55.7% of this expenditure are from public sources. In 2008 and 2009, public expenditure was 56.1% and 54.4% of total health expenditure respectively, which is more or less the same as previous years [2, 3]. Thus, the share of private expenditure constituted around 43.9–45.6% of the total expenditure. Almost all of this money is spent by households on pharmaceuticals but it looks like these numbers include also the charity contributions. It is obvious, that the Ukrainian health care system, namely the provision of health care services, suffers from underfunding from the government and that this deficit is partly made up by unofficial payments by patients.

The insufficient funding of the public health care sector results in informal patient payments for services [4].

While there are no reliable data about the scale of informal patient payments, experts suggest that these payments are widespread. The situation with informal patient payments in the health care sector in Ukraine is dramatic and constitutes an impediment to equity and access to medical services in general. Unofficial patient payments create a barrier to generate funds for development of the health care system. A well-established system of unofficial payments does not enable patients to plan their expenditures, protect their rights in case of not getting care in time or when getting low quality care. These payments limit access to health care [4, 5]. The introduction of official patient payments – i.e. a system with transparency about what patients need to pay and for which services and what they may expect in return for these payments – seems a rational solution as people pay for services anyway.

Despite that, the attitude of stakeholders toward official patient payments has never been a subject of empirical research in Ukraine. In this study, we attempt to study these attitudes and based on this, to answer the question about the role and objectives of patient charges for health care services in Ukraine. Thus, this study can help to evaluate the perspectives of an introduction of official patient payments in Ukraine in the public health sector. For this purpose, we use results from focus group discussions with health care consumers and providers, and in-depth interviews with policy-experts in Ukraine. The data were collected in May–June 2009. Before outlining the results and discussing the findings, the paper first presents a description of the Ukrainian health care context.

■ Features of the Ukrainian health care system

The Ukrainian health care system emerged when the country obtained independence in 1991, after the collapse of the Soviet Union. It fully inherited the infrastructure, system of financing and organization from the Soviet

times. However, unlike other domains of the domestic economy, the health care system has remained practically unchanged preserving all the old principles of functioning, e.g. centralized planning and control, and officially free-of-charge service provision. Nevertheless, the system is characterized by unsustainable underfunding [1, 2], the existence of informal patient payments [4–9], an oversupply of narrowly specialized medical staff, and a shortage of nursing personnel and general specialists (general practitioners, family doctors) [11]. There is also a concern about heavy oversupply of hospital beds, which is mostly caused by input-based funding and, the financial incentives for hospital management to maintain the beds. Primary care and some special types of care, e.g. emergency, social, and maternity care, are rather unevenly distributed across territories and do not meet care needs on average [13].

The capstone of the health care system in Ukraine is the clause 49 of the Constitution of Ukraine, which postulates some of its main principles: (1) health care is provided through public financing, which assures efficient and accessible medical aid for all citizens, (2) in State-owned and communal health care facilities, medical aid is provided free-of-charge, and (3) the existing network [auth.: for 1996] of health care facilities cannot be reduced [8, 14]. This limitation postulated by the Constitution is the main pretext for the failure of many of the reforms attempts – such as the failure hitherto to introduce social health insurance or formal patient charges.

Organization of health care provision

Most of the medical and health care facilities in Ukraine remain publicly owned. They belong either to the national (State owned) or local authorities (communal owned regional, district, city institutions), or to the rural communities. At the same time, the private sector is still relatively small covering less than 2% of the population [13]. The network of public facilities is rather extended and it is related to the administrative-territorial division of Ukraine. There are basically three levels of subordination: national, regional, district and community. At national level, facilities are subordinate to the Ministry of Health of Ukraine. At this level, there are also so-called ministerial and departmental facilities that are subordinated and financed by certain ministries (The Ministry of Defence, the Ministry of Internal Affairs, the Security Service of Ukraine, the Ministry of Transport), or departments and administrations. They provide parallel services to their own employees and their families. Regional level facilities are subordinated to and financed by the regional and municipal administrations, though regional and municipal councils take part in budget allocation decisions. Finally, district public health care facilities are subordinated to and financed by district, municipal, and even regional administrations, while communal facilities administratively belong to community councils, though some financing and regulation may be done by regional administrations. The State Department for the Penitentiary System is responsible for organizing and providing health and preventive services within the penal system.

Such fragmented and to a certain extent, ambiguous hierarchy leads to regional, territorial and institutional inequalities in the location and state of the facilities. The ministerial and departmental facilities are usually better maintained and supplied than the rest. Access to these hospitals for “external” patients is hard but possible through informal payments. Rural areas mostly suffer from a shortage of facilities, supplies and specialists, and the state of these facilities in some regions is critically bad. There is a collision of responsibility when the health care posts in villages are financed by local councils, while they are subordinated to the central district hospitals which, in their turn, are responsible for the population health status on the territory.

The distinction of health care provision into primary secondary and tertiary levels in Ukraine is rather vague. There is no legislative definition of these levels of care. Some facilities and even specialists provide care at two or three of these levels at once. All medical staff in public facilities consists of public servants receiving fixed salaries. This means a lack of formal incentives to improve efficiency and quality of health care provided.

One of the most pressing problems at present is the underdeveloped primary health care and the concentration of physicians at the secondary and tertiary levels of care. The primary health care system is represented by the district physicians in polyclinics, work related clinics, women’s consultation clinics, rural “family” ambulatories, outpatient departments in rural hospitals, and feldsher-obstetrician centers. The specialists from the central regional hospitals control their colleagues at the district levels. District physicians, namely district pediatricians, district internists or family doctors, are Ukrainian analogues of general practitioners in their catchment areas – districts. A rural physician’s catchment area contains on average four to five feldsher-obstetrician posts or “family” ambulatories that provide simple curative services, first aid, prescription of drugs, antenatal and postnatal care as well as basic preventive activities such as immunization. Some primary facilities or even feldsher-obstetrician posts may have inpatient beds. The gate-keeping role of the primary care system is often neglected as there is the possibility for patients, though informal, to have direct access to a medical specialist and bypassing the primary contact with a district physician. Secondary and sometimes tertiary care is provided at polyclinics, outpatient departments of hospitals, and dispensaries. In rural areas, secondary care is usually concentrated at a district level. Tertiary care is provided mainly in district hospitals and dispensaries.

The wide network of primary health care facilities in the cities contrasts with problems of access in the villages resulting from the inefficient location of facilities in rural areas and the absence of own transport or working capital in the rural medical facilities. The funding of rural facilities and practices is done on an input basis from the budget of the respective level. The poor state of rural facilities is mostly explained by the small budgets of villages and towns.

Health care system funding

The Ukrainian public health care sector is officially financed by public funds through the general taxation system. A very small part of the government expenditure on health (around 0.8%) is administered through social insurance funds (SFI) (e.g. SFI against Temporal Disability and Costs Caused by Births and Funerals, SFI against Occupational Accidents and Occupational Diseases, and Fund for Social Protection of the Disabled), which cover special cases of occupational trauma or disorder, reimburse sick or maternity leaves, and cover treatment in health resorts for insured [13]. Insurance premiums to these funds are salary based and distributed between employers and employees. Despite declared public financing, private expenditures make up a substantial part of total health expenditure in Ukraine. As was mentioned before, by the methodology of WHO National Health Accounts, 43.9% of total health expenditures were private in 2008, with most of this (92.6%) being out-of-pocket [2]. Similar statistics can be seen in OECD Health Data [3].

Medical facilities and executors of national and local health care programs receive funding from the State and local budgets on an input basis (hospital beds, specialists, laboratories, departments etc.). This is done by means of a strict line-item budget approved by local and national administrations or councils depending on the facility belonging. Medical facilities have little autonomy in funds distribution and each deviation from the budget can be passed only through decision of the respective administration or council.

Although the Constitution prohibits the existence of the official patient payments, the legislative field related to the existence of such payments is controversial. "The legal basis of health care" from 1992 [15] followed by the decree of the Cabinet of Ministers from 1996 [16] (the decree is still in force) allow State-owned and communal facilities to charge fees for medical services. The Constitutional Court limited this permission to charge fees (given by the abovementioned legislation) to some specific services (e.g. medical examinations for driver's license, weapon carrying permission, permission for trips abroad) and also allowed charging fees for so-called "paramedical services", although no list of such services exists. From the Soviet times, it is still possible to receive paid anonymous treatment for addictions and to receive paid dental services [17, 18]. Foreign citizens are also officially charged for the health care services they receive in Ukraine [19, 20].

Thus, in a very limited number of cases official patient charges do exist. They are even the main source of income of "self-financing" public facilities such as dental clinics. Furthermore, some facilities establish their own "official" price-lists which are sometimes supported by decrees of local administrations. However, this latter case is broadly discussed and seen as violating the Constitution.

As was mentioned before, the legal sources of additional income for the public facilities are charitable contributions and donations to the health care facilities. They are regulated by the process of giving and receiving

charitable (voluntary) contributions and donations from persons and legal entities to public institutions as defined by the Decree of the Cabinet of Ministers and The Law of Ukraine "On Charity and Charitable Activities" [21, 22]. However, "charitable contributions" at some period of time became obligatory or at least common (i.e. semi-legal/quasi-official) and a way of gathering patient payments from the Ukrainian population.

Despite the constitutional guarantee, there is much non-academic evidence about informal patient payments. The academic literature does not offer reliable data on the volume of the informal sector in Ukrainian health care. However, some studies provide evidence of their existence [4–9]. Preliminary studies have shown that patients have to purchase practically all pharmaceuticals themselves in the market or from the physicians. The practice of "thanking" doctors with money, or sometimes in kind, is very common. The same is true for the health services.

For example, empirical evidence indicates that the Odessa population spent out-of-pocket 20 million US dollars on out-patient and in-patient treatment during a period of 12 months in 1999–2000. This amount was twice higher than the total city budget for health care during that period. A study conducted in Lviv in 1995 among private and public doctors (N = 325) regarding their honoraria, shows that private spending for medical care was around 2.5 million US dollars. As much as 90% of this amount was paid informally to physicians in the public sector [6, 7].

The results of a study conducted in 2001 in 8 former-USSR countries demonstrate that around 30% of respondents in Ukraine pay informally at the medical settings [8]. Qualitative research conducted at Kyiv maternity houses shows that up to 90–95% of income of obstetricians – gynecologists in 2008 consisted of informal patient payments for deliveries of babies. Usually, income of physicians was not less than 20 000 UAH per month while the official salary is not higher than 1500 UAH per month [9]. The data of a household survey conducted in October 2009 in Ukraine show that almost 84% of households reported that a member of their household could not see a physician, and more than 98% could not get medical procedures or treatment at the in-patient clinics because of high costs of care [5].

The future of the reform process

Ukraine has experienced many attempts to reform its health care system. Each new Minister of Health has tried to reform the Ukrainian health care system. Since 1991 (during the 19 years after Ukraine have obtained its independence), there were 14 Ministers of Health. This means that each minister stayed on their post for about 1 year. This did not ensure a consistent and continuous development of the sector. The latest attempt to reform the Ukrainian health care system is the Regulation of the Cabinet of Ministries of Ukraine from February 17 2010 # 208. According to the "Regulation" there is a plan to split primary and secondary health care. It is proposed to

create Centers of Primary Health, General Hospitals with urgent care, rehabilitation, palliative care, social care, and diagnostics. It is also planned to reorganize emergency/acute care, and to create University Clinics. Centers of Primary Health should be based on the health needs of the population. Vinnytskiy and Dnipropetrovskiy regions are two pilot regions; the pilot will start on January, 1, 2011 [23].

The current president of Ukraine has stated that the reforms in the public health care sector should be central although each previous president has stated the same. The current president promised that a new regulatory base will be presented to the Parliament soon. He also stressed the necessity to solve the problem of roads in Ukraine in order to provide adequate care in case of emergency. The new idea for structural reforms is to create so-called "hospital areas". This idea is derived from the understanding that at the same street of the regional city, two hospitals with the same departments can exist: of regional and city subordination. Previously the idea to eliminate this inefficiency was called "creation of unified medical environment". The president has also promised to raise the salaries of the medical professionals and control the situation in maternal and child care [24].

Methods

Focus group discussions and in-depth interviews were carried out in Ukraine in May–June 2009. Their objective was to study the opinion and attitudes towards patient payments and to identify criteria important for the assessment of patient payment policies. On the whole, four target groups were considered: health care consumers (including working individuals, families with children, pensioners, students, disabled and chronically sick individuals and individuals living in rural areas); health care providers (including primary care providers, outpatient specialists, physicians and nurses in city hospitals, primary care providers practicing in rural areas and physicians in district hospitals), health insurance experts (including experts from government and independent organisations), and health policy makers (including health policy-makers at national and regional level, and financial policy-makers at national level).

Data among health care consumers and providers were collected via focus group discussions. Since these target groups are rather large and diverse, focus groups discussions allowed the inclusion of more individuals. Nevertheless, the objective was to assure a certain level of homogeneity of each focus group in order to reach a consensus during the discussion. In total, 10 focus group discussions were carried out: 6 focus groups with consumers and 4 focus groups with health care providers. On average, each focus group included 8 participants. It was not possible to organize focus group discussions with primary care providers practicing in rural areas and with physicians in district hospitals, because of distances and busy time-schedules of these health care providers. Therefore, these focus group discussions were replaced with in-depth interviews with 6 respondents.

Data among policy-makers and health insurance experts were collected via face-to-face semi-structured in-depth interviews. This choice of data-collection method was based on the fact that these target groups are relatively small and moreover, they might feel more comfortable to express their opinion if contacted individually. In total, 5 in-depth interviews were carried out with policy-makers and 5 in-depth interviews with health insurance experts.

For the purpose of the focus group discussions and in-depth interviews, a list with key questions was developed based on a preliminary literature review. The same key questions were used for all target groups with slight modifications to reflect the specificity of a given target group. The key questions were used to develop guides for focus group discussions and in-depth interviews, as well as a standardised questionnaire to collect additional quantitative data on the topic. The following issues were discussed: (1) opinions about the objectives and design of patient payments, (2) criteria for the assessment of patient payment policies, (3) the relation between formal and informal patient payments. Additionally, we asked all respondents to fill in self-administrated questionnaires at the end of individual or focus-group discussions.

We observed that only 2–3 persons participated actively during focus-group discussions, thus, their opinions prevail in case of group discussion. It was a good solution to apply self-administrated questionnaires at the end of the discussions as we could thereby register the opinion of all participants without group pressure. The results of focus groups discussions and of self-administrated questionnaires were different: the opinions of the respondents were more radical when expressed in self-administrated questionnaire anonymously.

Results

Official patient payment is an absolutely new topic for discussion with the Ukrainian population. As it is observed in the study, attitudes towards informal payments and the introduction of health insurance are already formed in contrast to attitudes towards official patient payments and their characteristics.

Formal and informal patient payments

We ask the opinion of respondents whether the introduction of official payments can replace informal payments. All groups of respondents believe that official patient payments have to replace informal patient payments. However, opinions of respondents are at variance. Although some respondents believe that the introduction of official patient payments would reduce the portion of unofficial payments, most representatives of the four groups believe that two types of payments would co-exist at first. Some of the interviewed indicate that it is impossible to eliminate completely the unofficial payments by introducing the official ones. The positive effects of introducing the official payments are diminished when informal payments exist.

The consumers of health care services (more intensively than other groups) argue that the introduction of official patient payments would impose an additional burden on patients since they would have to pay twice. In case of the introduction of such payments without other actions (e.g. increasing salaries of health care staff, improving quality of services) the reasons for the under-the-table payments will remain: to motivate the staff and to obtain essential medical treatment. Some of the consumers also expressed their idea that it is more convenient for them to pay into the pocket of their physicians, even if there is a possibility to pay at the cash-desk officially. One respondent observes: in that way the physician gets a higher income and the patient pays less.

Further, the attitude towards informal payments depends on the type of payment whether it is “a bribe” or “gratitude”. Most of interviewees understand “gratuity” to mean a voluntary payment to the physicians after the treatment, while “a bribe” is a payment which a physician requests before the treatment. Thus, some of the health care consumers believe that “gratitude” payment should be able to exist. Patients explain that the physician and the patient establish relationships that go beyond the official ones, which in turn provide the patient with an opportunity to get a consultation with a private call, and receive a service or a consultation after the physician’s official working hours. Nevertheless, some patients and medical staff do not feel comfortable when cash or presents are given unofficially.

Some interesting ideas were expressed by the representatives of policy-makers such as that the State is unable to offer higher official salaries for physicians. Thus, informal payments contribute to an adequate income for medical staff. Besides, by informal payments patients can receive higher quality services, which are not provided by the State.

While discussing informal payments with groups of health care providers, the topic of investments in health care facilities appeared. Representatives of medical staff argue that polyclinics and hospitals do not have proper funding, which results in out-of-order equipment, absence of consumables, and lamentable state of buildings. Despite the fact that physicians buy some consumables using the money they earn, informally, they cannot afford renovation of equipment or rooms. Also, it is known from experience that at the peripheral level of health care, the staff sometimes spend their earnings for renovation and equipment and even renovate their wards themselves. Thus, if official patient payments increase the health care budget, polyclinics and hospitals would have consumables and equipment.

Role and objectives of patient charges in Ukraine

Most respondents are positive about the introduction of official payments, arguing that (1) anyway health care services are *de facto* paid, (2) they would avoid overspending since they can estimate their capabilities according to a price-list, (3) official payments would make physician-client relations legitimate, thus, patients

would be able to claim their rights and physicians would be more responsible. However, a few respondents especially from rural areas are extremely negative about the possibility of introducing official payments. Besides, all groups are quite pessimistic regarding the possibility of introducing such payments due to the lack of a legislative base for this type of reform.

With regard to the lack of funds in health care, we expect to hear from all groups of respondents that “generating additional resources” for the health care system of Ukraine has to be one of the main goals of official payments. Thus, consumers and service providers note the importance of giving health care facilities the right to generate additional resources. Insurance experts and consumers as well emphasise “the control on the health expenses” role. All policy-makers-respondents, almost all the insurance-experts-respondents, nearly half of the service providers as well as consumers claim that the payments should go to the health care facilities which provided the service.

Policy-makers in our study also point out that the goal should be to reduce unnecessary consumption of the health care services, complaining that there is an excess demand for health care services especially by senior people, retired people, and young mothers. However, one of the respondents expressed the opposite idea that “unnecessary use of health care services” is not relevant to Ukraine since people even avoid visiting physicians because of high price of the services. Apparently, this representative of the authorities was referring to the unofficial patient payments.

It is certainly clear that the service providers stress the need to increase the income of separate service providers. Nevertheless, the issue of providers’ income does not seem very relevant to patients. Thus, health care consumers-respondents stress the need to handle the unofficial payments as one of the important goals of the official patient payments. They also underline the need to improve the quality of services and to improve the motivation of the health care workers.

Scope of level patient charges

All groups of respondents express the common idea that a certain part of the basic services should be provided by the State free-of-charge. Emergency care, primary care, and the minimal level of medical assistance at the in-patient facilities should be included in the list of free services.

All interviewed argue that “minimal scope of health care services” for in-patient should be provided free-of-charge by the State. In addition, most of the respondents note that examinations, dental care, and “hotel services” (additional comfort) should be charged for. Moreover, during the focus-group discussions respondents state that emergency care, even dental nature, have to be free-of-charge. Taking into account opinions expressed in the self-administrated questionnaires all four groups of respondents indicate that dental, out-patient, and in-patient services can be charged for. All respondents, except the

policy-makers and half of the providers, believe that first aid should stay free-of-charge.

When we ask respondents about the types of patient payments that should be introduced, none of the respondents have a specific and well-defined opinion. This is mainly because the existing approaches are not clear to them or are difficult for them to understand. Still, policy-makers and insurance-interviewee appeal to co-payments and co-insurance more often. The same situation is observed with regards to limits on official payments. Although we described the possibilities of limits, it seems that respondents are faced with such concepts for the first time. With regard to the possibilities of misunderstanding, consumers prefer to limit payments on the basis of the number of visits. Policy-makers suggest using the amounts of payments as limits, while every visit has to be paid for, otherwise, the high demand for the health care services would take place.

We asked the respondents to indicate the specific amounts that patients have to pay for health care services. Despite the fact that most of the respondents think it is problematic to state the price for different services, some of the interviewees appeal to prices in private facilities when referring to the prices for public ones: "...less than in the private clinics but higher than the current ones in the public clinics". Policy-makers mention that the prices for the health care services have to be formed with regard to an average salary of people in Ukraine.

For those providers who indicate exact prices, 20–140 UAH sounds reasonable to charge for the visit to the primary level physician, 100 UAH for one day of in-patient care. The opinions of the consumers varied more than that. The pensioners and the urban residents suppose that the price for a visit (or examination) of a primary level physician should range from 50 to 500 UAH, families with children mention amounts like 50–100 UAH, students and unemployed citizens indicate 10–15 UAH and 6–20 UAH respectively. Additionally, the consumers mention that the out-patient services can cost from 5 to 100 UAH, complicated cases 250 UAH. The cost of treatment in an in-patient facility is estimated to range from 20 to 200 UAH. Only the pensioners say about 500–1000, supposedly based on their own experience. Almost all respondents believe that emergency first aid should be free-of-charge.

All respondents support the idea that more expensive services or services of higher quality have to be more expensive for consumers. The representatives of authorities stress the need to introduce a certain methodology of setting up payments for services and providing the differences in different health care establishments:

Concerns about equity

Health care consumers in our study believe that all representatives of vulnerable population groups should be exempted from official patient payments. However, respondents are concerned about the proportion of such population group in the society, because (1) it could appear that 80 % of population are exempted; and (2) peo-

ple should be interested in financial independence from the State, and thus, not to be included in the low-income group.

Similarly, the representatives of policy-makers are cautious in their attitudes to such a group in the population as "people with low income". However, they recommend paying attention to patients' expenses since official income may form only a small part of the individual's income. Policy-makers-respondents are more reserved on the issue of exempting chronically ill people from paying for services since there are a lot of different types of chronic diseases. According to their opinion, there should be a list of chronic diseases that would provide a person with an exemption of payment for the health care services. Moreover, it was a common believe for the policy-makers interviewed that representatives of vulnerable groups have different levels of income. Therefore, it is not necessary to have all of them exempted from official payments. Additionally, on the one hand, taking into account the demographic situation in Ukraine, pregnant women and children should be protected by the State. On the other hand, such population groups have also different levels of income. Thus, according to policy-makers, it would not be right to exempt these groups completely from the payment for services.

Some health care providers whom we interviewed argue that pensioners, children under 14 years, disabled people, and people suffering from chronic diseases should pay at least some part of the service costs.

Some other population groups that could be exempted from paying are added: (1) women, who are on maternity leave, (2) the members of families with many children, (3) people, who were injured when performing their professional duties at work, including the workers of the nuclear power plants. There are also ideas that the services related to the diagnostics and treatment of the socially dangerous diseases, for example, tuberculosis, AIDS, prevention of HIV infection and other sexually transmitted diseases should be free-of-charge.

Overall, almost all respondents believe that disabled people must belong to the group of people exempted or partly exempted from paying for service. All respondents, except health insurance experts, note that pregnant women should also belong to the exempted group. All respondents, except consumers, believe that this group should include children. All respondents, except policy-makers, would restrict the payment for health care services for the people with low income. Health care consumers and some of the providers, policy-makers and insurance experts would include chronically ill people into the exempted group. Providers and insurance experts also named senior people. Policy-makers do not believe that there should be restrictions for people with low income and elderly people.

Discussion and conclusions

This article addresses the perspectives on the introduction of official patient payments in Ukraine. As the Ukrainian public health care system is in general under-

funded, *de facto*, people pay informally for public health services. The scale of informal and quasi-official charges is significant, and private expenditures make up nearly half of the total expenditure on health care, although household spending on health care is mostly on medicines. Public expenditures cover expenses for salaries of medical personnel and utilities at the health institutions. It is worth mentioning that quasi-official payments done by people as charitable (voluntary) contributions cannot be used for the remuneration of medical staff, e.g. spent on salaries.

Thus, it is not surprising that almost all respondents expressed the opinion that official payments in Ukraine are necessary as a method of financing the health care. As all respondents believe, this would enable attracting additional resources for the health care sector. However, as is known from the literature, when official payments are introduced they frequently do not generate more than 15% of total resources [25–27]. The reasons for that are the administrative expenses, low cost of the services, free of charge services for the vulnerable groups of people, and the unwillingness of patients to pay. The amount of money received by the health care system depends on the: (1) mechanisms of payments; (2) willingness to pay; (3) the market of the private services; (4) possibilities to receive additional insurance [26–28].

Some critical remarks and negative attitudes to the introduction of official patient payments expressed by respondents, could be explained by the fact that there have been no real health care reforms in Ukraine either in the organization or in the financing of health care since the Soviet times. In our study, respondents note that besides the introduction of official patient payments, it would be essential to have significant additional public funding of health care. A lot of respondents consider the introduction of social health insurance necessary. It will also be important to determine the list of free services together with the introduction of official payments. A similar system exists in Kyrgyzstan [29].

The expectations of policy-makers regarding the reduction of overuse of services by introducing official payments is justified, since empirical findings demonstrate that the consumption of the health care services reduces after official payments are introduced [e.g. 30–40]. However, this raises the issue of access to health care and equity since official patient payments could be an additional burden for households. This kind of burden on households was observed in Kyrgyzstan and Tajikistan and resulted in the non-use of medical services because of the inability to pay [29, 31]. In our study, respondents from rural areas were especially concerned about the possibility to get medical assistance once official charges are introduced.

A study on the behavior of health care consumers and how out-of-pocket payments influence this behavior, took place in 2000 in Georgia [32]. As a result, it was found that patient payments create financial barriers to health care services. Additionally, poorer households seem to seek health care less frequently than households with higher income. Consequently, recommendations to

the government were composed including as a key message: funding of services for the poor is the priority for the government; introduce pre-paid out-of-pocket payments on the basis of communities in order to reduce risk and financial pressures on households.

If the goal of the official patient payment policy is to provide physicians with the right to attract additional resources, then the establishment that provides the services should be the recipient of official payments. This opinion was expressed by Ukrainian stakeholders in our study. This is supported by the literature as well. The income from official payments to separate institutions of health care in the countries where the health care systems are disorganized, provides encouraging results since health care services could be renewed [30–41]. The patients are more willing to pay some, although not large, amounts for services with better quality [42–44].

An important policy goal of official patient payments is to phase out the unofficial patient payments. This is particularly stressed by the health care consumers in our study. Nevertheless, the opinions of the respondents were ambivalent or even paradoxical at times. For example, the representatives of the authorities believed that it would be impossible to provide the physicians with a decent income when the informal payments are phased out. They supported the unofficial payments as a means to provide for the quality of services, and some patients mentioned the advantages of unofficial payments in motivating the doctors. A situation like this is evidence of the collapse of the health care system, caused by the absence of the transformation process, and the need of creating an opposition towards informal patient payments among policy-makers as well, in addition to an overall social opposition.

Maryna Bazylevych [45] states that “the officials who have found a lucrative niche” are resistant to reforms as well as medical doctors who “established their clientele and receive regular informal income at cost of the State, which provides free room and board for patients, free utilities, and labor of the supporting staff”. Experts say that for the last two decades, the processes of self-organization and quasi-privatization are dominant in the health care system in Ukraine [46, 47]. Anyway, in our study, even officials told us stories how they or their relatives, colleagues who occupied high positions in Ukrainian health care system suffer when they become clients of the Ukrainian health system. Most of them believe that official payments for services are a good approach and could help to establish a kind of order in the deteriorated system of public health. It is worthy to mention that if doctors could be well-paid most of them would not take money from their clients [46].

The regulatory basis in Ukraine is not supportive for introducing official patient payments. As was mentioned above, several attempts to implement a wider list of paid services (either on the State or on city Kyiv level) failed although this study shows quite strong support for patient payments among different population groups including policy-makers. The difficulties in changing the legal frame could also be explained by the need of politicians to get “political dividends”: to show their “love and care”

for people. In their eyes, the introduction of patient payments seems to be an unpopular approach.

Should official patient payments be introduced, exemption for “people with low income”, “chronically ill”, “seniors” should be well defined to meet criteria for reduced fees or no fees at all in order to prevent considerable equity deterioration. It could be especially problematic if policy-makers do not consider low-income groups as a group that needs to be exempted (as indicated by our results). It is also an issue for Ukraine to define the groups that are considered to be those who suffered from the Chernobyl disaster. Overall, the designs of payments for services are based upon some values or are “clinically sensitive”: a certain list of services and restrictions are usually introduced. According to the Bulgarian experience, chronically ill people, miners, unemployed, conscripts, war veterans, disabled, persons under arrest or imprisoned, and persons with zero and low income are exempted [48]; in Kyrgyz Republic unemployed, children under 16 and pensioners were exempted [29]. Moreover, patients demonstrate high support of broader exemption system in Bulgaria [48].

All respondents in our study, except the policy-makers, believed that the primary health care should be free of charge, but not all of them think that emergency services should be free of charge. Positions like that are dangerous with regards to their consequences for the health of the population. Taking into account the international experience, typical services that are free of charge include maternity care, prevention activities, emergency, in-patient care in case of life-threatening diseases. There was also some advocacy for abolishing the payments for the services of the primary medical-sanitary care [49]. For instance, in Kyrgyzstan primary health care patients’ spending was not covered by the State initially. However, in a few years the State has assumed such obligation. Nevertheless, informal patient payments increased [29].

At the same time, it is interesting that before the introduction of official patient payments in Bulgaria in 2000, results from studies suggested that patients accepted payments for primary and dentist care in contrast to hospital care. Respondents were willing to pay for health services in public facilities if these services are provided with appropriate quality and fast access [44]. It appears from our study that Ukrainians might also be willing to pay for the services of higher quality and for fast access to care. Our respondents especially stressed the issue of quality of health care and the role of professional associations in establishing them. Nevertheless, higher charges for better quality can be only acceptable if the quality refers to luxury aspects of care. Life-saving and essential health care services should be provided with an adequate quality to all users.

Thus, when talking about the perspectives, the need for legalising patient payments, as well as a need for changes in financing the health care system and paying for the labour of those involved in it – it is all perceived and realised as something urgent. On the other hand, all these processes are not seen to take place in the nearest future. The priority goals of introduction of the official

patient payments in Ukraine are: attracting additional resources to the health care sector, especially to some particular institutions, increase in salaries of the service providers in a legal way for the patients, but with time these payments can eliminate the unofficial ones and “revitalise” the health care system. The policy and the design of the official patients’ payments have to take into account the equality/fairness, social acceptability and the system of financing the health care sector in general. The reduction in unofficial patient payments and unreasonable consumption of services, attraction of additional resources, health indicators can be seen as the criteria for evaluating the system of official patient payments.

The principles of patient payments policy in Ukraine should be determined by the list of paid or free of charge services, the level/ amounts of payments for different services, exempted groups. The patient payments policy should be based, first of all on the level of income, and mechanisms of payments. Local peculiarities should be taken into account. Thus, many regulative and organizational changes should be done followed by deep analytical work.

Acknowledgement:

The study is financed by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services.

Abstract:

The attitudes of health care system stakeholders towards official patient charges have not been studied in Ukraine although both the central and local governments have several times considered to introduce such charges. Instead, informal patient payments are widespread and well-established. Ukrainian patients pay either unofficially or quasi-officially (i.e. charitable contributions) to health care institutions. The reasonable solution for dealing with these types of payments would be the introduction of official patient charges. However, the legal base for such reform in Ukraine is ambiguous. The Constitution declares that health care provision is free-of-charge. Nevertheless, in our study, representatives of stakeholders groups appear keen not only on discussing official charges but are also favor their introduction. The expectations regarding the possible objectives of these charges expressed by different stakeholders are the focus of this paper.

Streszczenie:

Stosunek do dopłat pacjentów na Ukrainie: czy jest miejsce na oficjalne opłaty pacjentów?

Słowa kluczowe: oficjalne dopłaty pacjentów, ukraiński system opieki zdrowotnej, nieoficjalne opłaty pacjentów

Stosunek uczestników systemu opieki zdrowotnej do oficjalnych opłat pacjentów na Ukrainie nie był do tej przedmiotem badań, chociaż rząd i samorządy lokalne wiele razy rozważały wprowadzenie takich opłat. Zamiast tego nieformalne opłaty pacjentów są powszechne i ogólnie przyjęte. Pacjenci na Ukrainie płacą nieoficjalnie albo quasi-oficjalnie (dobroczynne datki) placówkom opieki zdrowotnej. Rozsądnym rozwiązaniem w celu uporania się z tego typu opłatami mogłoby być wprowadzenie oficjalnych dopłat pacjentów. Jednakże brakuje jasnej podstawy

prawnej do wprowadzenia takiej reformy. Zapisy konstytucji stanowią bowiem, że korzystanie z usług zdrowotnych na Ukrainie jest nieodpłatne. Niemniej jednak uczestniczący w badaniu przedstawiciele różnych grup uczestników systemu opieki zdrowotnej byli chętni nie tylko do dyskusji na temat oficjalnych opłat, ale także byli zwolennikami ich wprowadzenia. Oczekiwania względem prawdopodobnych celów takich dopłat wyrażane przez poszczególne grupy udziałowców są tematem niniejszego artykułu.

References:

1. Moskalenko V., *Principles of optimal health care system structure (in Ukrainian)*. Kiev 2008: 35.
2. Core Health Indicators. <http://www.who.int/nha/country/ukr/en/>.
3. OECD Health Data 2009: *Statistics and indicators for 30 countries*. http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html.
4. *Strategy of health care system development (in Ukrainian)*. Kiev 2009: 7.
5. *Self-appraisal of health status and level of access to certain types of health care services in 2009*, in: *Statistical digest (in Ukrainian)*. Kiev 2010: 62–63.
6. Litvak A., Pogorilyj V., Tyshchuk M., *Shade economy and future of the medical care in Ukraine (in Ukrainian)*. Vyd. TES, Odesa 2001.
7. Houseloner P., Berges B., *Estimation of personal expenditures for health care in Lviv region, Ukraine/Lviv*. Technical report, 1996; № 12.
8. Balabanova D., Mckee M., Pomerleau J., Rose R., Haerpfers C., *Cross-country comparisons health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries*. „Health Services Research”, 2004; 39(6): 1927–1950.
9. Levenets O., *Unofficial patient payments at delivery houses in Kyiv: Masters' thesis*. Київ 2009: 41–42.
10. Lekhan V., Rudyi V., Nolte E., *Health care systems in transition: Ukraine*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2004.
11. Ipatov A., *Development of primary medical care reforms in Ukraine*. Porogi, Dnipropetrovsk 2000.
12. Vynogradov O.V., *State and the problems of the financial resources of health care in Ukraine (in Ukrainian)*. „Económica ta Derzhava” 2007; 12: 25–29.
13. Karamyshev D.V., Vashev Í.Ye., Nemchenko A.S., Volos B.O., *State Policy of Public Health Service Financing in Ukraine (in Ukrainian)*. „Har RI NADU Derzhavne budivnytstvo” 2006; 1.
14. Constituion of Ukraine, pt. 2, art. XLIX.
15. Law of Ukraine, *The legal basis of health care (1993)*. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12&p=1241706558369786>.
16. Decree of the Cabinet of Ministers from 1996, *The list of charged services in public health care facilities and higher educational medical establishments*. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1138-96-%EF>.
17. The order of the Ministry of Health of Ukrainian Soviet Socialist Republic from 13.06.88 N 120 (v0120282-88) *Approaches towards raising the dental care for the population*. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=v0120282-88&test=4/UMfPEGznhhRLg.ZiLzYpIGHI4Hss80msh8Ie6>.
18. The order of the Ministry of Health of Ukrainian Soviet Socialist Republic from 30.07.87 N 526 (v0526282-87), *Organization of anonymous treatment for drug addiction at the self-sustained organizations and approaches towards raising of the efficacy of organizational work*. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=v0526282>.
19. The order of the Cabinet of Ministers of Ukraine from 17.09.96 №1146, *Medical assistance for foreign citizens*. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1146-96-%EF&zahyst=dCCMfOm7xBWMRLgEZiLzYpIGHI4Hss80msh8Ie6>.
20. The order of the Cabinet of Ministers of Ukraine from 28.01.97 № 79 (79-97-n) *Medical aid for foreign citizens, who temporarily live in Ukraine*. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1146-96-%EF&zahyst=dCCMfOm7xBWMRLgEZiLzYpIGHI4Hss80msh8Ie6>.
21. The Law of Ukraine, *On charity and charitable activities* (1997 p.) <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=531%2F97-%E2%F0>.
22. The order of the Cabinet of Ministers of Ukraine from 4.08.2000 № 1222p., *The order of getting charitable contributions from legal entities and private persons by budget entities, including the educational and health care institutions*. http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/ua/KR091232.html.
23. The order of the Cabinet of Ministers of Ukraine from 17.02.2010 № 208, *Some issues regarding improvements of the health system*. <http://news.rambler.ru/5572384/>.
24. *On reforms of health care*. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=666-2010-%EF>.
25. Bennett S., Ngalande-Banda E., *Public and private roles in health: a review and analysis of experience in Sub-Saharan Africa*. The World Health Organization/Division of Analysis, Research and Assessment, Geneva 1994.
26. Creese A., *User charges for health care: a review of recent experiences*. „Health Policy and Planning” 1991; 6: 309–319.
27. Rubin R.J., Mendelson D.N., *A framework for cost sharing policy analysis*. „PharmacoEconomics” 1995; 10 (Suppl. 2): 56–67.
28. Sepehri A., Chernomas R., *Are user charges efficiency- and equity-enhancing? A critical review of economic literature with particular reference to experience from developing countries*. „Journal of International Development” 2001; 13: 183–209.
29. Baschieri A., Falkingham J., *Formalizing informal payments: the progress of health reform in Kyrgyzstan*. „Central Asian Survey” 2006; 25(4): 441–460.
30. Bennett S., *The impact of the increase in user fees: a preliminary investigation*. „Lesotho Epidemiological Bulletin” 1989; 4: 29–37.
31. Falkingham J., *Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan*. „Social Science and Medicine” 2004; 58: 247–258.
32. Gotsadze G., Bennett S., Ranson K., Gzirishvili D., *Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi*. „Georgia. Health Policy and Planning” 2005; 20: 232–242.
33. Kim J., Ko S., Yang B., *The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea*. „Health Policy” 2005; 72: 293–300.

34. Kupor S.A., Liu Y.-C., Lee J., Yoshikawa A., *The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's national health insurance system*. „International Journal of Health Services” 1995; 25(2): 295–312.
35. Manning W.G., Newhouse J.P., Duan N., Keeler E.B., Leibowitz A., Marquis M.S., *Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment*. „American Economic Review” 1987; 77: 51–277.
36. Newhouse J.P., *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Harvard University Press, Harvard 1993.
37. O'Grady K.F., Manning W.G., Newhouse J.P., Brook R.H., *The impact of cost sharing on emergency department use*. „The New England Journal of Medicine” 1985; 313: 484–490.
38. Schneider P., Hanson K., *Horizontal equity in utilisation of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda*. „Health Economics” 2006; 15(1): 19–31.
39. Selby J.V., Fireman B.H., Swain B.E., *Effect of a copayment on the use of the emergency department in a health maintenance organization*. „The New England Journal of Medicine” 1996; 334: 635–641.
40. Waddington C.J., Enyimayew K.A., *A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of China*. „International Journal of Health Planning and Management” 1990; 5(4): 287–312.
41. Yoder R.A., *Are people willing and able to pay for health services?* „Social Sciences and Medicine” 1989; 29(1): 35–42.
42. Gertler P., van der Graag J., *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*. The World Bank, Washington DC 1990.
43. McPake B., *User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature*. „Social Science and Medicine” 1993; 36(11): 1397–1405.
44. Pavlova M., Groot W., van Merode G., *Willingness and ability of Bulgarian consumers to pay for improved public health care services*. „Applied Economics” 2004; 36: 1117–1130.
45. Akashi H., Yamada T., Huot E., Kanal K., Sugimoto T., *User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitudes*. „Social Science and Medicine” 2004; 58: 553–564.
45. Bazylevych M., *Who is responsible for our health? Changing concepts of state and the individual in post-Soviet Ukraine*. „The anthropology of East Europe Review” 2009; 27(1): 65–75.
46. Pryhodko O., *Is Ukrainian health care system privatised?* (in Ukrainian). „Dzerkalo tyzhnia (Newspaper)” 2009, 758. (<http://www.dt.ua/3000/3450/66891/>).
47. Gryga I., *No free lunch* (publication of web-page) <http://healthcare.management.com.ua/2009/11/27/no-free-lunch/>.
48. Pavlova M., *Patient payments in the Bulgarian public health care sector. Are they feasible?* 2002; 1–143.
49. Lagarde M., Palmer N., *The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence?* „Bulletin of the World Health Organization” 2008; 86: 839–848.
50. Audibert M., Mathonnat J., *Cost recovery in Mauritania: initial lessons*. „Health Policy and Planning” 2000; 15(1): 66–75.
51. Creese A., Kutzin J., *Lessons from cost recovery in health*. World Health Organization, Geneva 1995.
52. Deininger K., Mpuga P., *Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: evidence from Uganda*. „Journal of African Economies” 2005; 14: 55–91.
53. Fafchamps M., Minten B., *Public service provision, user fees and political turmoil*. „Journal of African Economies” 2007; 16(3): 485–518.
54. Litvack J.I., Bodart C., *User fees and improved quality of health care equals improved access: results from a field experiment in Cameroon*. „Social Science Medicine” 1993; 37: 369–383.

About the Authors:

Irena Gryga – School of Public Health; National University of 'Kyiv-Mohyla Academy', Ukraine

Tetiana Stepurko – School of Public Health; National University of 'Kyiv-Mohyla Academy'; Ukraine, Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; Maastricht University, The Netherlands

Andrii Danyliv – School of Public Health; National University of 'Kyiv-Mohyla Academy'; Ukraine, Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; Maastricht University, The Netherlands

Maksym Gryga – School of Public Health; National University of 'Kyiv-Mohyla Academy', Ukraine

Olga Lynnyk – School of Public Health; National University of 'Kyiv-Mohyla Academy', Ukraine

Milena Pavlova – Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; Maastricht University, The Netherlands

Wim Groot – Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; Maastricht University, The Netherlands

Cezary Włodarczyk

Koncepcja „Oceny wpływu na zdrowie” (*Health Impact Assessment*) i jej wykorzystywanie w Unii Europejskiej. Perspektywa sektora prywatnego¹

Słowa kluczowe: ocena wpływu na zdrowie, *Health Impact Assessment*, UE, polityka zdrowotna, sektor prywatny ochrony zdrowia

Ocena wpływu na zdrowie – *Health Impact Assessment* (HIA) – jest pojęciem, a także praktyką zdobywającymi sobie popularność wśród badaczy polityki zdrowotnej, a nawet samych polityków zdrowotnych. Bywa interpretowana na jeden z trzech sposobów: jako koncepcja, jako proces, jako instrumentarium. W różnych kontekstach – i w zależności od sposobu wykorzystywania HIA – nacisk można położyć na jeden z tych aspektów. HIA jest postrzegana jako środek służący wspieraniu racjonalnych decyzji, niezależnie od tego, czego dotyczą – z punktu widzenia konsekwencji zdrowotnych. Dzięki stosowaniu HIA możliwe jest dostrzeżenie potencjalnych zdrowotnych następstw – tak korzyści, jak i strat – dowolnej interwencji, w tym także interwencji podejmowanych w sektorze prywatnym [1]. Położenie nacisku na systematyczny sposób postępowania, podporządkowany przyjętym regułom, jest ważną cechą przypisywaną HIA. Dostrzegana przez przedstawicieli wielu środowisk atrakcyjność HIA sprawia, że staje się ona przedmiotem międzynarodowej współpracy².

Rozwojowi i zastosowaniom HIA sprzyjały polityczne okoliczności panujące w jednoczącej się Europie. W zmienianych przepisach traktatowych Unii Europejskiej (UE) wprowadzano pojęcie zdrowia publicznego, a więc od czasu wejścia w życie Traktatu z Maastricht, od 1993 r., w porządku ustrojowym UE istniały podstawy, by interesować się zdrowotnymi skutkami różnych przedsięwzięć i programów, choć niektórzy badacze twierdzą, że to dopiero zmiany wprowadzone Traktatem Amsterdamskim otworzyły drogę do stosowania kompleksowych metod ewaluacyjnych, takich jak HIA [2]. W postanowieniach z Maastricht na końcu ustępu

pierwszego artykułu 129 znalazło się zdanie: „Wymogi ochrony zdrowia stanowią część składową pozostałych polityk Wspólnoty”, co mogło być odczytywane jako zachęta do zastanawiania się, do czego „pozostałe polityki” mogą prowadzić, także z punktu widzenia stanu zdrowia [3]. Jednak nie skutkowało to wprost inicjatywami związanymi z praktycznym wykorzystywaniem HIA. W powstających kolejnych dokumentach przypomniano, że „interesy zdrowotne muszą być traktowane na równi (*well balanced*) z innymi rodzajami interesów, takimi jak ekonomiczne i społeczne” [4]. Organy unijne, w których sprawy zdrowia nie były traktowane – przez długi czas – jako priorytetowe, skupiały się na wielu innych problemach związanych przede wszystkim z pogłębianiem integracji gospodarczej. Można także dostrzec, że komplikacja uwarunkowań stanu zdrowia, ujawniająca się przy próbach interpretowania efektów zdrowotnych wywoływanych bodźcami występującymi w różnych sferach życia społecznego, nie ułatwiała zajmowania się tymi zagadnieniami.

Opracowanie składa się z dwóch części. Pierwsza jest poświęcona omówieniu koncepcji HIA i jej wykorzystywaniu. W części drugiej przedstawiam doświadczenia UE w stosowaniu HIA w swojej działalności.

CZĘŚĆ PIERWSZA

Definicje

W literaturze przedmiotu formułuje się wiele definicji HIA, o różnym stopniu komplikacji. W najprostszej stwierdza się, że HIA jest systematycznie realizowanym

¹ Tekst przygotowany w ramach grantu „Polityka Zdrowia Publicznego Unii Europejskiej. Konflikty jako siła sprawcza ewolucji”, ID: 41067, nr rejestracyjny N N404 080636.

² Na przykład międzynarodowe konsorcjum IMPACT, HIA Reports, University of Liverpool, http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT_HIA_Reports.htm; międzynarodowa baza danych, por. Higgins C. i in., *Internet resources for health impact assessment*. WHO European Healthy Cities Health Impact Assessment Subnetwork, Updated September 2008, www.euro.who.int/Document/Hcp/Net_Resources_HIA.pdf.

procesem, mającym na celu ujawnienie zdrowotnych konsekwencji proponowanych decyzji [5]. Treść decyzji nie ogranicza stosowania HIA; to, czego dotyczy, jest sprawą drugorzędną, ważna jest zdrowotna natura rozważanych skutków. W terminologii polityki zdrowotnej można mówić o publicznych interwencjach, mających służyć rozwiązywaniu jakiegoś problemu. W innym sformułowaniu przyjmuje się, że HIA to celowo formułowana ocena zmian natężenia ryzyka zdrowotnego, a zmiany mogą zachodzić na skutek wprowadzanej w życie interwencji [6].

W najczęściej powoływanej definicji HIA – *Gothenburg consensus paper* – przyjmuje się, że jest to zbiór procedur, metod i narzędzi, za pomocą których treści polityki, programu lub projektu mogą być oceniane z punktu widzenia potencjalnych skutków zdrowotnych i ich rozkładu w populacji będącej adresatem działań [7]. Niekiedy do definicji włącza się cel przedsięwzięcia polegający na wspieraniu procesu decyzyjnego ogólnie, a także w dążeniach do redukcji nierówności w zdrowiu i cel ten jest wskazywany coraz częściej i akcentowany coraz mocniej [8]. HIA jest ciągiem czynności, w których uczestnicy posługują się odpowiednim instrumentarium, aby ustalić możliwość wystąpienia następstw zdrowotnych – pozytywnych lub negatywnych³. Użyty w oryginale termin *combination* sugeruje, że w HIA pomiędzy różnymi elementami składowymi występują specyficzne relacje, dzięki którym ewaluowane aktywności mogą doprowadzać do zadowalających konsekwencji zdrowotnych, zgodnie z celami całego przedsięwzięcia. Konsekwencje miały być związane z dążeniem do możliwie największej poprawy stanu zdrowia, czy też – co w HIA było równie istotne – unikania strat zdrowotnych powstających w wyniku źle zaplanowanych interwencji. Koncepcje leżące u podstaw definicji HIA mogą budzić pewne wątpliwości. W kanadyjskiej dyskusji dotyczącej tych problemów podniesiono np. sprawę wzajemnych relacji między HIA a zdrowiem publicznym. Bardzo szeroki zakres problemów, przy których rozwiązywaniu jest stosowana ocena efektów zdrowotnych, może się przyczynić do zamazywania jej specyfiki. Pytania dotyczące skutków zdrowotnych stają się jednym z wielu aspektów, które są brane pod uwagę w ocenianiu walorów i wad różnych alternatyw. W opinii licznych uczestników dyskusji więzi ze zdrowiem publicznym – i polityką zdrowotną – powinny być bardziej akcentowane. Proponowano, by postrzegać HIA jako narzędzie przydatne przede wszystkim polityce zdrowotnej⁴. Zwrócono także uwagę na odmienności między tym elementem oceny efektów zdrowotnych, który polega na ustalaniu i analizie faktów, co jest związane z procesem badawczym, a elementem polegającym na pełnieniu roli propagatora (*advocacy*), co wiąże się z kontaktami z decydentami i różnymi środowiskami wpływającymi na przebieg oceny i jej rezultaty. Podjęcie drugiej roli jest niezbędne, aby wyjść poza prostą dyseminację wyników badawczych i uzyskać szansę

wpływania na proces decyzyjny. Konieczność pełnienia łącznie dwóch funkcji może prowadzić do konfliktów, bo obie formy aktywności są podporządkowane odmiennym formom postępowania. Dla badaczy kryterium prawdy powinno przeważać, podczas gdy do przekonywania oponentów opłaca się niekiedy – w imię skuteczności – pomijać niektóre aspekty, które mogą odstręczyć potencjalnych sojuszników.

Aktywności związane z próbami oddziaływania na decydentów mogą przybierać trzy postaci [9]. Po pierwsze, mogą polegać na wzbogacaniu ogólnej wiedzy czy świadomości decydentów, że rozważane przez nich interwencje mogą mieć skutki zdrowotne. Zgodnie ze współczesnymi koncepcjami niemal wszystko może oddziaływać na zdrowie, wobec czego ważne jest, aby powoływać argumenty dostatecznie specyficzne, odnoszące się do rozwiązywanych problemów. Po drugie, dostarczać można szczegółowych informacji służących ustosunkowaniu się do następstw powstających w wyniku osiągnięcia wyznaczonego celu interwencji lub też pojawiających się jako skutki uboczne zastosowania środków, które do celu mają prowadzić. Ta forma aktywności może być trudna w realizacji, bo rzadkie są sytuacje, w których dysponuje się uzasadnionymi analizami, przewidującymi dostatecznie szeroki krąg mogących wystąpić skutków. Zdarza się także, że przedstawiane są niezgodne wnioski przygotowane przez konkurujące między sobą grupy ekspertów. Po trzecie, wpływ może być wywierany przez mobilizację grup mogących ponieść szkody w wyniku realizacji interwencji. W wielu sytuacjach metoda ta może być skuteczna, ale jej stosowanie wymaga ostrożności. Często łatwe jest pobudzenie nieuzasadnionego lęku, który prowadzi nie tyle do modyfikacji, ile sparaliżowania decyzji. Opory związane z energią atomową są tego przykładem.

Jednym ze źródeł konfliktu przy stosowaniu HIA mogą być sytuacje, w których osoby związane z rządem lub administracją są zmuszane do przedstawiania negatywnych aspektów projektów, przygotowanych przez inne agendy rządowe lub administracyjne. Nawet jeśli za negatywnymi dowodami przemawia autorytet placówki naukowej, zachowania urzędników mogą być podyktowane odmiennie pojmowaną lojalnością. Prawdopodobieństwo ujawnienia tego rodzaju konfliktów jest większe na niższych szczeblach władzy niż na szczeblu ogólnokrajowym.

Za charakterystyczną cechą HIA można uznać jej angażowanie w sytuacjach, w których istnieje wielość wyborów i mogą być one porównywane pod różnymi względami, w tym pod względem następstw zdrowotnych. Jeśli nie ma wielości dróg osiągania celów, jedynym skutkiem negatywnych prognoz formułowanych w ramach HIA jest zarzucenie realizacji rozważanego projektu. Jeśli przyjmować, że projekty dotyczą spraw ważnych, perspektywa taka nie jest zachęcająca. Natomiast spełnienie się negatywnych oczekiwań może pociągać za sobą bardzo duże koszty społeczne.

³ Ze względów stylistycznych w dalszych częściach tekstu będę się posługiwać terminem „procedura”, pamiętając o wskazanym znaczeniu.

⁴ Jest to zrozumiałe, biorąc pod uwagę, że konferencja była zorganizowana przez The National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.

■ Cele HIA

Przyjmując, że nadrzędną racją stosowania HIA jest analiza prowadząca do uzyskiwania bardziej korzystnych następstw zdrowotnych – i unikania negatywnych – zakłada się współistnienie trzech ich wymiarów: (1) konsekwencji dotyczących zdrowia, (2) następstw dotyczących różnicowań w stanie zdrowia między różnymi grupami społecznymi i (3) skutków ujawniających się w świadomości i aktywnościach społeczności, która była adresatem interwencji. Wymiar zdrowotny jest z pewnością najważniejszy, choć kwestia dotycząca doboru właściwych wskaźników pozostaje otwarta i może się stawać przedmiotem kontrowersji. By posłużyć się prostym przykładem: zastosowanie wskaźnika „przeciętne oczekiwane trwanie życia” nie musi prowadzić do tych samych konkluzji, które są wyprowadzane przy zastosowaniu wskaźnika „przeciętne oczekiwane trwanie życia bez niesprawności”. Jeśli włącza się miary dotyczące chorobowości, a także sprawności, problem dalej się komplikuje. Znaczenie tej wątpliwości nie jest abstrakcyjne; współcześnie powszechnie dąży się do stosowania złożonych miar stanu zdrowia, więc prawdopodobieństwo ujawniania się tego rodzaju barier będzie wzrastać.

Równie poważne są problemy związane z równością i sprawiedliwością, a jest to jedna z najczęściej podnoszonych współcześnie kwestii społecznych. Treścią tych problemów mogą być różnice w stanie zdrowia występujące już w czasie, kiedy planowana jest interwencja. Jeśli podejmowana interwencja nie prowadzi do ich zmniejszenia, można mówić, że cel związany ze sprawiedliwością nie jest realizowany. Inny problem może wynikać z nierównomiernego udziału w korzyściach lub stratach zdrowotnych. Jeśli jedna z grup społecznych odnosi korzyści, a inna ponosi straty, a obydwie są względnie równoliczne, to rozsądzenie ogólnego bilansu może napotykać trudności, nawet przy próbach odwołania się do rachunku utylitarystycznego. Prawdopodobnie nie uda się ich rozstrzygnąć bez angażowania wartości, a więc wszczynania dyskusji politycznej, mogącej wykraczać poza zamierzone wcześniej ramy procesu decyzyjnego.

Trzeci wymiar HIA, odnoszący się do wpływu na społeczność, związany jest z ideą partycypacji. Wszystkie wątki podejmowane przy tej okazji znajdują zastosowanie, począwszy od postulatu jawności procesu decyzyjnego, przy zagwarantowaniu dostępu do informacji, po rozszerzenie zakresu kompetencji społeczności, której interwencje mogą dotyczyć.

Merytorycznie oceniając wymienione trzy wymiary i cele HIA, najważniejszy jest cel zdrowotny. Dwa pozostałe powinny być traktowane jako jego dopełnienie. Wnioski wyprowadzane z realizacji tych celów mogą posłużyć usprawnianiu całego procesu politycznego i sprawdzaniu jego zgodności z listą deklarowanych priorytetów.

Jest jednak grupa celów społecznych, do których osiągnięcia stosowanie HIA może prowadzić [10]. Pierwszym takim celem jest szansa rozwiania wątpliwości i obaw, żywionych przez społeczności znajdujące się pod wpływem wdrażania interwencji. Często lęki

tego rodzaju mają charakter nieuzasadniony, oparte są na plotkach, ale w życiu społecznym nabierają realnego wymiaru. Przykład taki był przedstawiony w polskim opracowaniu przygotowanym w ramach przeglądu europejskich doświadczeń stosowania HIA na temat montażu anteny telefonii komórkowej w budynku szkolnym [11]. Drugim aspektem celów społecznych może być zachęta i mobilizacja poparcia społeczności przez wykazanie pozytywnych rezultatów zdrowotnych, mogących wynikać z wdrożenia interwencji. Przyjmując, że sama interwencja jest pomyślana tak, by przynosić pozytywne zmiany, wykazanie korzyści zdrowotnych podnosi jej wartość. Innym wymiarem pożytków społecznych mogą być szanse doskonalenia organizacji i prowadzenia procesów decyzyjnych. Instytucje współpracujące z HIA osoby uczestniczące indywidualnie w HIA zyskują nowe umiejętności i przyswajają nową wiedzę związaną z docenianiem racji zdrowotnych. Dotyczy to także często ludzi formalnie związanych z innymi resortami. Wzbogacanie kapitału intelektualnego w społeczeństwie staje się nową postacią zasobów, które mogą być w przyszłości wykorzystane w interesie wartości zdrowia. Wszystko to razem tworzy nową jakość, niezależnie od tego, że skutki tego rodzaju nie są wprost uznawane za cele HIA.

■ Kontekst wartości

W postępowaniu HIA podstawą ocen jest przewidywanie przyszłości na podstawie danych dostarczanych przez różne dyscypliny naukowe, formułujące generalizacje na temat różnych zależności między podejmowanymi – planowanymi – interwencjami a następstwami zdrowotnymi. Warunek ten należy traktować jako przypomnienie reguł stosowanych w postępowaniu naukowym, w którym predykcja jest naturalnie występującą fazą, wymagającą jednak posiadania dostatecznie uzasadnionych twierdzeń o empirycznych zależnościach. Z dużym prawdopodobieństwem można się spodziewać, że w postępowaniu HIA będzie się wykorzystywać ustalenia uzyskane już to w bloku nauk przyrodniczych, już to nauk społecznych, traktując epidemiologię jako łącznik między nimi.

Ponadto w procedurze oceny efektów zdrowotnych wskazuje się zasadność udziału stron zainteresowanych rozważanymi interwencjami (*stakeholders*). Są nimi zarówno uczestnicy działań, jak i osoby oraz grupy mające stać się beneficjentami lub zagrożone ponoszeniem strat zdrowotnych. W tym sformułowaniu chodzi o przyjęcie politycznego postulatu, który mieści się w propagowanym w wielu krajach – i wspieranym przez WHO – partycypacyjnym podejściu do polityki zdrowotnej, zgodnie z politycznymi sympatiami wyrażanymi w większości współczesnych dokumentów polityki zdrowotnej.

Od czasu *Gothenburg consensus paper* koncepcja HIA wywoływała bardzo duże zainteresowanie i dyskusje. W rozwinięciach wyjściowej definicji wskazywano inne jeszcze warunki, jakie w HIA powinny być spełnione [11]. Po pierwsze, w ujęciu charakterystycznym dla HIA ważna jest intencja podejmowania analizy – jest nią wspieranie decydentów w wyborze międzyostęp-

nymi opcjami postępowania. Przyjmuje się, że opcja prowadząca do bardziej pozytywnych następstw zdrowotnych – lub mniej negatywnych, co daje się ustalić w wyniku stosowania HIA – będzie miała przewagę nad innymi opcjami, przyjmując przesłankę o racjonalnych motywacjach decydentów i ich dobrej woli. Po drugie, w postępowaniu HIA podstawą ocen jest przewidywanie przyszłości na podstawie danych dostarczanych przez różne dyscypliny naukowe, formułujące generalizacje na temat różnych zależności między podejmowanymi – planowanymi – interwencjami a następstwami zdrowotnymi. Niekiedy pojawia się pojęcie HIA zorientowanej na sprawiedliwość (*an equity-focused HIA*) [12].

W wielu rozważaniach dotyczących HIA podkreśla się wagę politycznych wartości sprzyjających poprawie zdrowia: demokracji, sprawiedliwości, zrównoważonego rozwoju, moralnie odpowiedzialnego wykorzystywania dowodów naukowych (*ethical use of evidence*) [13]. Świadome wprowadzenie szerszego kontekstu politycznego, zgodne z wieloma współcześnie formułowanymi postulatami, miało uzasadnienie pragmatyczne i aksjologiczne. To pierwsze pozwalało na uwzględnianie wielu czynników, często na pierwszy rzut oka ukrytych, które mogły wywierać wpływ na stan zdrowia. Można wręcz twierdzić, że poszukiwanie pomijanych rutynowo czynników miało nadawać HIA szczególne znaczenie i przydatność. Racje aksjologiczne były związane z pełną aprobatą demokratycznego ładu społecznego, w którym powinno być miejsce na świadome uczestnictwo w decyzjach, a także na świadome uczestniczenie w podejmowaniu ryzyka. W zakreślonych ramach oceny skutków zdrowotnych było miejsce na moralne wykorzystywanie dowodów naukowych. Z jednej strony chodziło o nierozbudzanie nadmiernych nadziei i oczekiwań, kiedy wyniki badań nie dostarczały dostatecznie silnych dowodów. Z drugiej strony – o unikanie formułowania wniosków alarmistycznych, kiedy wyniki badań o małym zasięgu miałyby być przenoszone na duże populacje. Choć niekiedy strach może być przydatnym bodźcem – co się zdarza czasami w programach promocji zdrowia – odwoływanie się do niego powinno się odbywać z dużą ostrożnością.

■ Zakres zainteresowań

Zakres możliwych zastosowań HIA jest bardzo szeroki. Procedurę tę można stosować w zasadzie wszędzie. W przeglądzie doświadczeń zebranych w USA analizowano 27 procedur HIA, realizowanych w okresie 1999–2007 [14]. Zajmowano się np. materiałami budowlanymi (wykładziny podłogowe), lokalną siecią infrastruktury pomocy społecznej (domy opieki dla ludzi starszych), przebiegiem tras komunikacji publicznej, lokalizacją i wielkością stacji przeladunkowej położonej w pobliżu terenów mieszkalnych, organizacją dokształcania młodzieży pochodzącej z biednych rodzin, bezpieczeństwem dzieci chodzących pieszo do szkół, lokalizacją elektrowni spalającej węgiel, alternatywną formą dostaw energii

dla gospodarstw domowych. W Irlandii działania HIA wpisywano świadomie w kontekst polityki społecznej, a praktycznie w programy działań służących zwalczaniu ubóstwa, wyrównywaniu szans społecznych oraz inwestowaniu w zdrowie [15].

Wśród raportów przygotowanych przez międzynarodowe konsorcjum Impact przedstawiono opracowania dotyczące zdrowotnych skutków bezrobocia i narzędzi rynku pracy wykorzystywanych w polityce zatrudnienia kilku krajów (Niemcy, Holandia, Irlandia, Wielka Brytania, a także polityki UE), problemu antyspołecznych zachowań w lokalnych społecznościach, mentalnego dobrostanu związanego z realizacją programów propagowania kultury, próby całościowego analizowania skutków zdrowotnych polityki społecznej [16].

■ Historia HIA

Przyjmuje się zwykle, że HIA może się wywodzić z dwóch nurtów poszukiwań: analiz dotyczących środowiska i samodzielnego poszukiwania dogodnego narzędzia badawczego w ramach polityki zdrowotnej. Pierwszy z nich, prowadzący do HIA, jest określany jako *Environmental Impact Assessment* – EIA, przez niektórych traktowana jako wzorzec kształtujący ideę i postępowanie HIA [17]. Atutem EIA było jej praktyczne stosowanie w USA już w latach 70. ubiegłego wieku. Ważnym wydarzeniem było pojawienie się pojęcia „efektu motyla”, ukutego przy okazji ujawnienia trudności w przewidywaniu pogody. Do historii nauki – i języka powszechnego – weszło stwierdzenie, że „ruch skrzydeł motyla w Brazylii może wywołać tornado w Teksasie”⁵. W ten sposób powstała koncepcja, która stała się inspiracją nowego sposobu patrzenia na zależności przyczynowe.

Równoległe, i przynajmniej częściowo niezależnie, rozwijane były koncepcje szerokiego uwzględniania czynników warunkujących stan zdrowia. Punktem odniesienia była z pewnością ciekawość poznawcza, ale także dążenie do budowania katalogu czynników, które mogłyby się stawać przedmiotem celowych interwencji. Przesłanka o wielości czynników wpływających na zdrowie od dawna była obecna także w różnych teoretycznych koncepcjach dotyczących zdrowia. Można ją znaleźć w wielu dokumentach programu „Zdrowie dla wszystkich do 2000”. Ważną rolę w utrwalaniu szerokiego obrazu uwarunkowań stanu zdrowia odegrał problem nierówności w zdrowiu.

Postrzegany początkowo jako zjawisko lokalne, z czasem stał się problemem zauważanym w skali międzynarodowej. Stopniowo zaczął być traktowany jako sprawa do załatwienia przez różne organizacje, tak o charakterze regionalnym, jak i globalnym. W bardziej specyficznej perspektywie można wskazać pracę z 1996 r., w której pojawia się termin HIA [19, 20]. Stwierdzenie zawarte w tytule pracy, że przyszedł czas na opracowanie i stosowanie dogodnej procedury służącej ocenianiu skutków zdrowotnych, zaczęło się spełniać, i opracowań, ale także praktycznych inicjatyw, pojawiało się coraz więcej.

⁵ Tytuł artykułu Edwarda Lorenza z 1972 r. *Does the flap of a butterfly wing set off a tornado in Texas* [18].

Również WHO postulowała stosowanie HIA. W opracowaniu „Zdrowie 21” znalazło się zalecenie, aby wszystkie kraje członkowskie wprowadziły mechanizmy HIA, a racje zdrowotne były brane pod uwagę we wszystkich przedsięwzięciach [21]. Postulowano też zintegrowane podejście do realizowania celów dotyczących wzrostu ekonomicznego, rozwoju człowieka (*human development*) oraz zdrowia. Centrum zajmujące się polityką zdrowotną realizowało i koordynowało duży program poświęcony analizie doświadczeń krajów w stosowaniu HIA [22].

Świadomość znaczenia różnych czynników kształtowanych przez działania podejmowane poza sektorem zdrowotnym leżała u podstaw większości programów zdrowia publicznego i polityk zdrowotnych, które były przyjmowane w różnych krajach w ostatnich latach. We wszystkich spośród nich znajdowały się długie listy spraw, które powinny być załatwione, jeśli społeczeństwa i rządy chciały dążyć do poprawy stanu zdrowia i redukcji różnic zdrowotnych. Niektórzy badacze twierdzą, że w toku zwiększania skali zastosowań HIA zainteresowania badaczy ewoluowały od stosunkowo prostych modeli epidemiologicznych do coraz bardziej złożonych modeli społecznych [23]. Zwieńczeniem było zainteresowanie skutkami dotyczącymi nierówności w zdrowiu przy uznaniu przesłanki, że niemal każda interwencja w dowolnej sferze społecznej może oddziaływać także na te kwestie.

■ Rodzina metod typu *Impact Assessment*

Fakty związane z wyłanianiem się HIA jako samodzielnej procedury, a także przegląd spraw, którymi zajmowano się, stosując ujęcie typowe dla HIA, poświadczą możliwości jej wykorzystywania w bardzo szerokim spektrum zagadnień. Obszerny zakres problemów, przy których analizie wykorzystywano HIA, ma oczywisty związek z podobnymi procedurami oceniającymi, wykorzystywanymi intencjonalnie w innych dziedzinach. Struktura postępowania HIA jest podobna do sposobu, jaki jest wykorzystywany w wielu innych procedurach oceniających [17]. Jedną z nich jest proces oceny wpływów na środowisko, o czym była mowa wyżej. Rozszerzeniem obszaru zastosowań EIA była koncepcja wspomnianej strategicznej oceny wpływów na środowisko (*Strategic Environmental Assessment – SEA*). Jej cechą charakterystyczną jest postulat inicjowania działań możliwie we wczesnej fazie postępowania, przy braniu pod uwagę grup czynników uważanych za ważne, kiedy kierunki przyszłych interwencji są wytyczane, a ostateczny kształt nie jest przesądzony. W wielu sytuacjach wczesne podniesienie problemu skutków środowiskowych może mieć kluczowe znaczenie dla sprawności procesu zarządzania i administrowania.

Niekiedy stawianie pytań o skutki zdrowotne jest łączone wprost z pytaniami o oddziaływanie na środowisko i ten rodzaj postępowania bywa określany jako *Environmental Health Impact Assessment*. Możliwe jest także ograniczanie stopnia szczegółowości poszukiwań i stosuje się wówczas procedurę „Szybkiej Oceny Wpływu na

Zdrowie i Równość” (*Rapid Health and Equality Impact Assessment*) [24], dzięki której szczególną uwagę można zwrócić na dwa aspekty spraw, wskazane w nazwie. Wprawdzie oba te elementy są obecne w klasycznej HIA, ale w tym przypadku nacisk jest położony na szybkość procesu, co umożliwia rezygnację z rozwijania programów mogących przynosić negatywne konsekwencje. Niekiedy wprowadza się pojęcie „zintegrowanej oceny” (*Integrated Impact Assessment*) [25].

Wielość różnorodnych modeli działań zmierzających do oceny następstw wprowadzania w życie różnych interwencji skłania niekiedy do formułowania tezy o wypracowaniu „rodziny” procedur, które są im poświęcone [26]. Ich związek miałby polegać na tym, że we wszystkich akceptuje się te same zasady postępowania, modyfikując je odpowiednio, w zależności od specyfiki problemu, do którego rozwiązania są stosowane. Wspólne założenia koncepcyjne obejmują cztery następujące elementy:

- efektywność (*efficiency*): kryterium właściwej relacji między wydatkami a skutkami, które mają być osiągnięte dzięki zastosowaniu rozważonej interwencji;
- spójność (*coherence*) różnych inicjowanych interwencji: troska o uzyskiwanie efektu synergii, identyfikowanie potencjalnych konfliktów (i ich usuwanie);
- równowaga (*balance*): cecha polegająca na uzgodnieniu wzajemnych relacji między celami – środkami – związanymi z różnymi interwencjami, także dążenie do rozwiązania potencjalnych konfliktów;
- przejrzystość (*transparency*): jawność postępowania, nieukrywanie milcząco przyjmowanych przesłanek i wartości.

Różne formuły oceny wpływu z różnym stopniem zainteresowania traktują konsekwencje zdrowotne. Jest to zrozumiałe, zwłaszcza biorąc pod uwagę formalne zróżnicowanie pozycji różnych dziedzin życia – i uprzywilejowanie spraw środowiska – ale z punktu widzenia zdrowia jest to sytuacja niekorzystna. W przeglądzie ocen wpływu 137 europejskich przedsięwzięć zdrowie było brane pod uwagę rzadziej niż w połowie z nich [27]. Należy zauważyć także, że polityczna pozycja różnych procedur oceniających może być zróżnicowana, w zależności od pozycji zleceńodawcy, odbiorcy i również autorytetu osób realizujących HIA.

■ Zaplecze teoretyczne i informacyjne

HIA jest procesem mającym element naukowy i element społeczny, w którym wykorzystuje się ustalenia naukowe, zbiera dane na temat konkretnych sytuacji, a także informacje o opiniach, preferencjach i interesach grup, których położenie może być kształtowane przez przygotowywaną interwencję.

W HIA mają zastosowanie ustalenia bardzo wielu dyscyplin naukowych, od takich, w których operuje się twardymi danymi, po dyscypliny lokujące się na pograniczu eseistyki [1]. Odpowiednio do ich przedmiotu, a także stosowanych paradygmatów, dyscypliny te oferują twierdzenia o zależnościach między zjawiskami mające bardzo zróżnicowany poziom empirycznego uzasadnie-

nia. W przeciwieństwie do nauk podstawowych dyscypliny wykorzystywane w HIA proponują – w najlepszym przypadku – uzasadnienia probabilistyczne, często o luźno określonym stopniu prawdopodobieństwa. Wprawdzie podejmowane są różne wysiłki mające na celu kontrolę uzyskiwanych w badaniach wyników, ale liczba sprawdzonych przedsięwzięć badawczych jest ograniczona⁶.

W naukach społecznych, które stanowią ważny element zaplecza HIA, mogą się zdarzać sytuacje bez precedensu, jak cała fala zjawisk związanych z upadkiem ustroju w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i ciągłym zdarzeń określanym jako transformacja. Do praktycznego rozwiązania pozostaje także kwestia zasadności przenoszenia ustaleń zdefiniowanych dla jednego systemu zdrowotnego na realia innego systemu. W wielu sytuacjach koniecznym przedmiotem zainteresowań HIA są zależności pośrednie; efekt zdrowotny jest współkształtowany przez czynniki, które są modyfikowane przez inne czynniki, uzależnione od jeszcze dalszych przyczyn. Jest to sytuacja niejednokrotnie występująca w dociekaniach polityki zdrowotnej – jest regułą w analizach nierówności w zdrowiu. Uwzględnianie szerokiego kręgu czynników jest w takich sytuacjach nieuchronne, ale ogarnięcie ich jedną spójną teorią jest niemożliwe, tym bardziej że różne dyscypliny naukowe mogą sobie rościć pretensje do ich dostarczenia. Nie ułatwia to położenia uczestników HIA, odpowiedzialnych za treść finalnych rekomendacji. W rezultacie w bardzo wielu sytuacjach interpretacja przewidywanych zależności przyczynowych jest bardziej wynikiem własnych poglądów ekspertów – a niekiedy ich sponsorów – niż wnioskiem wynikającym z ustaleń naukowych.

Informacje o konkretnych sytuacjach mają inny charakter. Pod warunkiem rzetelnego zbierania i agregowania mają wartość empiryczną, choć może się zdarzać, że w toku opracowywania są poddawane różnym manipulacjom. Preparowanie danych, zwłaszcza zgodne z interesami władzy, zdarzało się w wielu krajach. Problemem, przed którym stają uczestnicy HIA, jest pozyskiwanie danych na tematy, które nie leżą w polu zainteresowań rutynowo działających systemów statystycznych. Uwidacznia się wówczas potrzeba pozyskania danych poprzez celowo zorganizowane przedsięwzięcia [28]. Im szerszy ich zakres, tym większa trudność i koszt ich pozyskania, co często staje się barierą nie do pokonania.

Wiedza na temat preferencji i interesów może być włączana w proces HIA w dwóch formach. Po pierwsze, przez analizę danych wcześniej istniejących lub pozyskiwanych specjalnie dla HIA. Może to być analiza takich materiałów, jak informacje obecne w mediach, ale także gromadzone za pomocą badań społecznych. Po drugie, grupy zainteresowane lub częściej ich przedstawiciele mogą być włączani w proces HIA. Mają wtedy okazję do samodzielnego przedstawiania swoich racji. Postępowanie takie jest zgodne z ideą partycypacji, ale może napotykać bariery komunikacyjne, jeśli rozważane problemy mają charakter wymagający profesjonalnej wiedzy.

Fazy HIA

HIA jest postępowaniem złożonym, angażującym wielu uczestników i trwającym w czasie. W piśmiennictwie spotyka się różne propozycje wyróżniania faz, których realizacja ma gwarantować osiągnięcie powodzenia [29]. Przedstawiona niżej lista jest syntezą różnych dyskutowanych propozycji.

- Pierwszą fazą jest wstępny przegląd sytuacji (*screening*). Zmierza do ustalenia, które z interwencji rozważanych przez decydentów nadają się do zastosowania wobec nich HIA. Przyjmuje się, że projekty, w których następstwa zdrowotne nie występują albo są niewielkie, nie wymagają analizy.
- Druga faza to ustalanie zakresu analizy (*scoping*). W jej trakcie należy odpowiedzieć na następujące pytania:
 - jakie elementy lub aspekty interwencji mają być poddane analizie;
 - specyficzne cele podejmowanej analizy HIA;
 - horyzont czasowy (harmonogram analizowanej interwencji i harmonogram HIA);
 - przyjmowany sens terminu „zdrowie” i model uwarunkowań zdrowotnych;
 - wstępne ustalenie rodzaju skutków zdrowotnych powstających w wyniku realizacji interwencji;
 - zakres terytorialny, gdzie mogą wystąpić następstwa zdrowotne;
 - grupy społeczne, których zdrowie może ulegać zmianie pod wpływem interwencji, ze szczególnym uwzględnieniem grup społecznie upośledzonych, zmarginalizowanych, szczególnie narażonych na negatywne następstwa;
 - aspekty sytuacji charakteryzujące grupy narażone;
 - środowiska zainteresowane realizacją, przebiegiem i skutkami interwencji (*stakeholders*) i rodzaj ich zainteresowań;
 - ustalenie forum wykorzystywanego do oddziaływania na decydentów;
 - ustalenie bazy danych służących HIA: dowody empiryczne, doświadczenia związane z wdrażaniem podobnych interwencji, specyficzne dane o warunkach wdrażania interwencji;
 - wybór metod mających zastosowanie w dokonywanych ocenach;
 - organizacja procesu HIA i jego ewaluacji.
- Nie każdy realizowany proces musi zawierać w swojej drugiej fazie wszystkie przedstawione wyżej elementy. Jest to raczej lista kontrolna spraw, które powinny być w ramach HIA postawione.
- Trzecia faza to ocena ryzyka zdrowotnego. Na tym etapie postępowania identyfikuje się rodzaj i zakres zagrożeń, które mogą być następstwem rozważanej interwencji. W analizie powinno się wykorzystywać dostępne i zgromadzone informacje na temat sytuacji wyjściowej – ze zwracaniem uwagi na grupy szczególnie zagrożone – które pozwalają na ustalenie

⁶ The Cochrane Collaboration – instytucja utworzona w 1993 r., wraz z The Cochrane Library, <http://www.cochrane.org/>.

zakresu prowadzonej procedury. Podejmuje się także decyzje o charakterze postępowania, które może być prowadzone w różnym tempie i ze zróżnicowaną dociekliwością – co ma wpływ na szybkość dochodzenia do wniosków. W pracach mogą być wykorzystywane różne metody postępowania, oferowane przez różne dyscypliny naukowe. Jest to najważniejszy fragment całego procesu, decydujący o jakości przedstawianych rekomendacji. Z uwagi na swoje znaczenie utożsamiany niekiedy z całością procesu HIA.

- Czwarta faza polega na ocenie różnych opcji związanych z realizacją celów rozważanej interwencji. W niektórych sytuacjach alternatywne warianty postępowania są integralną częścią zgłoszonego wcześniej planu interwencji i wówczas działanie HIA polega na zinterpretowaniu gotowego materiału. Wymaga to wykorzystania analiz dotyczących związków przyczynowych między różnym czynnikiem, które mogą wywierać wpływ na zdrowie. Częściej jednak w projekcie interwencji przedstawiona jest tylko jedna ścieżka dochodzenia do celu – lub jedna propozycja zmiany – i warianty działania muszą być rekonstruowane w ramach HIA. Może zaistnieć sytuacja, kiedy to w procesie HIA wypracowywane są alternatywne warianty strategii, ale najczęściej zasoby będące do wykorzystania przez HIA nie pozwalają na tego rodzaju kreatywną działalność.
- Kolejna faza postępowania polega na udziale w podejmowaniu decyzji lub co najmniej na próbach zmiany kierunku rozwijania interwencji. Wiąże się ze sporządzaniem raportu i przedłożeniem go decydentom odpowiedzialnym za przygotowanie i wdrożenie interwencji. W treści raportu mogą się znaleźć oceny propozycji oryginalnie przedstawionych, ale mogą być także przedstawione nowe propozycje, będące rozwinięciem wskazanych wcześniej kierunków postępowania. Znaczącym adresatem jest z reguły opinia publiczna, która ma prawo być informowana o sprawach mogących wywrzeć wpływ na sytuacje wielu osób. Mogą powstawać wątpliwości, czy opinia publiczna powinna mieć dostęp do szczegółów problemu przed podjęciem decyzji, ale postulat partycypacji, ważny w HIA, jednoznacznie przemawia za transparentnością procesu. Bardzo ważne jest przedstawienie opracowań w odpowiednim terminie, który musi być zgodny z rytmem życia politycznego. Raport zademonstrowany zbyt późno może nie mieć żadnego wpływu na przebieg zdarzeń, poza wzbudzeniem emocji i niepotrzebnego niepokoju. Autorzy wniosków HIA nie mogą być pewni, że będą one wzięte pod uwagę, HIA jest zawsze tylko jednym z procesów, które mogą kształtować treści podejmowanych decyzji.
- Ostatnią fazą postępowania powinno być monitorowanie przebiegu wdrożenia i ocena uzyskiwanych rezultatów. Autorzy HIA powinni się troszczyć o podjęcie tego rodzaju działań, także niezależnie

od monitorowania i oceny samej interwencji. Problemem jest możliwość pojawiania się zdrowotnych rezultatów z dużym opóźnieniem, a także trudności interpretowania zależności przyczynowych, zawsze bardzo złożonych, które prowadziły do obserwowanych skutków.

W większości faz HIA uczestniczą przedstawiciele wielu sektorów, branż i instytucji. W pewnym sensie jest to typowa cecha procedury, której zadaniem, niezależnie od poszukiwania odpowiedzi na pytania merytoryczne, jest uświadamianie istnienia skutków zdrowotnych powstających w wyniku wielu różnorodnych aktywności. Problemy w harmonizowaniu współpracy są następstwem odmiennego postrzegania wagi i znaczenia zdrowotnych konsekwencji. Z reguły tylko dla przedstawicieli władz reprezentujących sektor zdrowotny zdrowie jest traktowane jako priorytet, jako wartość, której w wielu okolicznościach należy podporządkowywać inne dobra. Dla wszystkich innych podmiotów sprawy związane z ich własną działalnością są postrzegane jako najważniejsze, a to, co dotyczy zdrowia, mieści się w nieostro zdefiniowanej sferze skutków ubocznych. W oczywisty sposób znaczenie im przypisywane jest mniejsze niż sprawom uznawanym za główne. Może to prowadzić do osłabiania argumentów przemawiających za koniecznością powstrzymania się od działań mogących przynieść negatywne zmiany w stanie zdrowia.

■ Efektywność HIA

Widomym znakiem skuteczności HIA jest jej oddziaływanie na proces decyzyjny. Opinia na ten temat może być formułowana dopiero wtedy, gdy decyzje – a przynajmniej proces do nich prowadzący – stały się faktem. Opinie wydawane wcześniej są bezprzedmiotowe. Zakładać bowiem należy, że osoby odpowiedzialne za HIA są zainteresowane skutecznością własnych aktywności i postępują tak, by osiągać cele procedury⁷.

W innej perspektywie czasowej lokują się kwestie przewidywania skutków zdrowotnych analizowanych interwencji. W tym przypadku przewidywanie w oczywisty sposób dotyczy zdrowotnych konsekwencji, które mogą wystąpić w przyszłości, ale wtedy nie można mówić o efektywności HIA. Fałszywe prognozy mogą się okazywać niekiedy bardziej skuteczne niż prawdziwe. Jeśli w prognozach uwzględnionych w HIA popełniono błędy, to ewentualna ocena dotyczy jakości HIA – rzetelności danych, kompetencji ekspertów – a nie efektywności procesu. Ta bowiem sprowadza się do cech relacji między HIA a procesem decyzyjnym, którego dotyczy, uwzględniając koszty związane z realizacją HIA.

Szanse i możliwości oddziaływania HIA zależą od sposobu organizowania samej procedury. Sposób powołania grupy tworzącej trzon zespołu realizującego HIA, jego umocowanie formalne, określenie zakresu swobody prowadzenia dociekań, pozyskiwania danych, wraz z inicjowaniem specjalnego ich pozyskiwania, zapewnienie finan-

⁷ Przyjmując takie założenie, spotykane w piśmiennictwie, rozróżnienia na HIA prospektywne i retrospektywne, o którym była mowa we wcześniejszym fragmencie tekstu, nie wydają się uzasadnione w odniesieniu do oceny efektywności HIA.

sowania jego działań, sposoby nawiązywania współpracy i angażowania współpracowników z innych środowisk, troska o prestiż grupy i uznawanie wyników, wreszcie organizowanie wpływu na proces decyzyjny – wszystko to może wywierać wpływ na jakość i rezultaty HIA. Nie jest jednak pewne, czy należyte spełnienie wszystkich tych warunków jest rezultatem działań samej HIA, czy raczej ośrodków politycznych, które są zainteresowane pogłębioną analizą ich interwencji i występują z inicjatywą prowadzenia HIA. Możliwe są także sytuacje – cenne z punktu widzenia deklarowanych w polityce zdrowotnej wartości – w których środowiska zewnętrzne w stosunku do ośrodków władzy proponują i podejmują działania HIA. Jeśli niezależne pomysły znajdą poparcie wpływowych sił politycznych, przedsięwzięcie tego rodzaju może się stać ważnym elementem życia politycznego.

Sprawa efektywności HIA jest złożona i pojęcie ma – w oczywisty sposób – wiele aspektów. W literaturze przedmiotu wskazuje się aspekt efektywności bezpośredniej, ogólnej i alternatywnego zastosowania [30]. W ich koncepcyjnym precyzowaniu proponuje się posługiwanie dwoma pytaniami. Po pierwsze, czy w wyniku podjęcia procedur HIA w przebiegu procesu decyzyjnego, który był w polu zainteresowań HIA, nastąpiły jakiegokolwiek zmiany? Alternatywą byłby jego niezmienny przebieg – w przyjętych granicach, trudno bowiem przyjmować tezę o możliwości niezmiennego rozwijania się procesu. Po drugie, czy względ na konsekwencje zdrowotne, uważa poświęcana im przez decydentów były dostatecznie znaczące (*adequately acknowledged*)? Alternatywą byłoby „niedostateczne” uznanie rangi problemów zdrowotnych, co jest jednak tezą wieloznaczną. Może bowiem dotyczyć sytuacji, w której nie dostrzegano zdrowotnych konsekwencji, z racji ograniczeń wynikających ze stosowanych modeli teoretycznych lub braków informacyjnych, ale może być ona także następstwem oceny dokonanej przez decydentów, że znaczenie społeczne złych następstw zdrowotnych nie powinno być brane pod uwagę ze względu na treść rozważanych przedsięwzięć. Byłaby to sytuacja, w której badacz oceniałby postępowanie decydentów jako „nieadekwatne”, co nie musiałoby być zgodne z kryteriami przyjętymi w rzeczywistym procesie decyzyjnym.

W wielu przypadkach HIA wpływa na proces decyzyjny na tyle znacząco, że można mówić o bezpośrednim oddziaływaniu na jego przebieg, a sam wpływ może być oceniany w kategoriach efektywności bezpośredniej. Bezpośrednie, uchwytnie modyfikacje procesu decyzyjnego – niezależnie od tego, czego dotyczy – mogą polegać na zmianie przyjętych wcześniej ustaleń, na opóźnieniu rozpoczęcia realizacji programu lub opóźnieniu podejmowania różnych jego etapów, na zarzuceniu zamierzonej wcześniej realizacji programu zmian. Nie jest jednak jasne, czy o efektywności bezpośredniej można się wypowiadać tylko wtedy, gdy dochodzi do zmian w stanie zdrowia, czy sama modyfikacja procesu decyzyjnego jest warunkiem wystarczającym. Należy bowiem pamiętać, że nadrzędną racją HIA jest efekt zdrowotny i zgodnie z klasycznymi wzorcami oceny efektywności procesów instytucjonalnych on powinien być traktowany jako nad-

rzędne kryterium ewaluacji. Jednak z powodu bardzo skomplikowanego układu oddziaływań prowadzących do zmian w stanie zdrowia, a także bardzo długiego czasu, jaki upływa zwykle między zastosowaniem procedur HIA a odległymi następstwami zdrowotnymi, stosowane zdrowotnych kryteriów w ocenach dotyczących efektywności może napotykać pewne trudności.

Może się zdarzać, że HIA nie wpłynęła na decyzje dotyczące analizowanej interwencji, ale można dostrzec i rejestrować zmiany, które zaszły w innych sektorach, które w jakikolwiek sposób znajdowały się pod wpływem HIA. Jakież zmiany w otoczeniu instytucjonalnym procesu HIA zaszły – najbardziej oczywista to rozszerzenie kręgu spraw obecnych w świadomości osób zaangażowanych w proces decyzyjny o kwestie dotyczące zdrowia i jego uwarunkowań. Założyć można, że zmiany, które nastąpiły, miały znaczenie pozytywne – choć nie jest to założenie konieczne. Można powoływać badania, z których wynika, że wpływ służący poprawie jakości administrowania jest często występującym i stosunkowo łatwo uchwytnym rezultatem stosowania HIA [31]. Tego rodzaju zmiany określa się jako poddające się ocenie z punktu widzenia efektywności ogólnej.

Istnieje także aspekt efektywności, który odnosi się do rodzaju motywacji przypisywanych inicjatorom HIA. Pojęcie efektywności oportunistycznej stosuje się w przypadkach, kiedy realizację HIA proponuje się w celu znalezienia wsparcia dla dokonanych wcześniej ustaleń dotyczących zamierzeń i sposobu wdrażania interwencji poddawanej analizie. Odmienne zatem, niż przy inicjowaniu „bezpstronnych” HIA, w omawianych sytuacjach HIA ma dostarczyć wyniki zgodne z przedstawionym wcześniej zamówieniem. Oportunistycznie mieliby postępować zarówno inicjatorzy, jak i wykonawcy HIA. Odczytywanie skrywanych motywów decydentów politycznych jest z reguły bardzo trudne i jest częściej rezultatem sympatii politycznych niżli analizy dostępnych informacji o faktach. Nie jest przy tym jasne, czy zastosowanie tego pojęcia – decyzja o jego użyciu musi być poprzedzana negatywną oceną racji, dla których HIA została podjęta – powinno następować wtedy, gdy proces HIA wykazał się bezpośrednią skutecznością i wywarł wpływ na kształt rozważanej interwencji, czy też okazał się w tym bezradny.

Nie zawsze HIA wpływa na przebieg procesu decyzyjnego. Niekiedy podmioty uczestniczące w decyzjach mogą zignorować sprawy dotyczące zdrowia. Zwłaszcza w okresach o szczególnym znaczeniu historycznym, w czasach dotkniętych kryzysem doraźne korzyści mogą wydawać się ważniejsze niż troska o zdrowie. Szczególnie szkody zdrowotne mogące wystąpić w oddalonej przyszłości mogą być potraktowane jako strata, która nie musi być brana pod uwagę w bieżących rozstrzygnięciach. Ustalenia dostarczane przez zwolenników HIA mogą być także odrzucone na mocy krytyki merytorycznej wartości dostarczonych dowodów. W takim położeniu znajdowali się przez lata zwolennicy tezy o groźbie globalnego ocieplania się klimatu – do czasu, kiedy większość badaczy potwierdziła podnoszone wcześniej obawy.

W sytuacjach, w których argumenty prozdrowotne nie wpłynęły na przebieg, a zwłaszcza rezultaty procesu decyzyjnego, można mówić o zerowej efektywności. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy wartości materialne, albo przyjemności, są do uzyskania w stosunkowo bliskim czasie, a pozytywne skutki zdrowotne miałyby być dostępne w odległej przyszłości. Zjawisko takie, jak generacyjny egoizm, który każe się przejmować bardziej bliskimi i uchwytymi własnymi profitami, niż korzyściami przyszłych pokoleń, może się przyczyniać do lekceważenia ostrzeżeń wynikających z HIA.

■ Problemy sektora prywatnego w HIA

W literaturze przedmiotu niejednokrotnie stwierdza się, że sprawy środowiska są przedmiotem częstego zainteresowania ze strony prywatnego sektora.

W analizach problemów ekosystemu w Toskanii prywatne instytucje były włączane do prac na równi z publicznymi [33]. Podobnie działo się na Litwie, gdzie w realizacji programów prócz jedenastu instytucji publicznych uczestniczyło dziewięć instytucji z sektora prywatnego [34]. Prywatna instytucja oceniała zdrowotne skutki budowania autostrady we Włoszech, na Litwie osiem prywatnych firm otrzymało rządowe zlecenia prowadzenia nadzoru nad stanem środowiska [32].

W czasie konsultacji dotyczących interwencji podejmowanych w polityce rolnej Słowenii przedstawiciele sektora prywatnego, który na wsiach odgrywał znaczącą rolę, byli konsultowani jako pełnoprawni partnerzy [35]. Reprezentanci prywatnego sektora byli analogicznie traktowani w Szwecji, w trakcie konsultacji dotyczących zmian w polityce drogowej [36]. Rozbudowa i zmiany dotyczące prywatnych domów na terenie jednej z dzielnic w Finlandii także były przedmiotem uzgodnień z ich właścicielami. Udział prywatnych właścicieli takich instytucji, jak hotele czy banki, w procesach HIA był formułowany w czasie inicjatyw podejmowanych na Węgrzech. Wpływ prywatnego transportu na sytuację w rejonie Alp był poważnie brany pod uwagę [38]. Podkreślano wtedy także wartość angażowania firm prywatnego sektora w analizę służącą HIA. W Hiszpanii inicjatywy ochrony środowiska pracy przed dymem tytoniowym – a więc i zdrowia pracowników – wyszły ze strony instytucji prywatnej [39].

CZĘŚĆ DRUGA

■ Sytuacja HIA w Unii Europejskiej

Aprobowany w ramach UE sposób traktowania spraw zdrowia w szerszej perspektywie, z wyraźnym współistnieniem z innymi politykami i interwencjami, tworzył dogodny klimat do budowania narzędzi systematycznej oceny konsekwencji zdrowotnych. Sprzyjało to promowaniu różnych form procedur oceniających, choć niekoniecznie HIA [40]. Kolejne dyrektywy wprowadziły obligacje dla krajów członkowskich stosowania procedur dotyczących środowiska, czyniąc z nich „oficjalnie aprobowane metody postępowania”. W jednej z nich znalazło się sformu-

łowanie „polityka wspólnotowa w dziedzinie środowiska ma się przyczyniać, między innymi, do zachowania, ochrony i poprawy jakości środowiska, ochrony zdrowia ludzkiego oraz ostrożnego i racjonalnego wykorzystywania zasobów naturalnych” [41]. Obowiązek oceny miał dotyczyć licznych programów przygotowanych dla rolnictwa, leśnictwa, rybołówstwa, energetyki, przemysłu, transportu, gospodarki odpadami, gospodarki wodnej, telekomunikacji, turystyki, planów zagospodarowania przestrzennego lub użytkowania gruntu. Bez trudności na liście tej można znaleźć zagadnienia, które powinny być traktowane także jako bezspornie należące do sfery zainteresowań HIA, choć sama dyrektywa była przygotowana z punktu widzenia rozwiązywania problemów środowiskowych. Konceptyjnie HIA bardzo dobrze nadaje się jako ujęcie umożliwiające zintegrowane traktowanie różnorodnych, pozornie odległych od siebie interwencji, które łącznie może prowadzić do osiągnięcia zamierzonego, albo uniknięcia skutków niepożądanych [42].

W praktyce UE zasada dokonywania ocen wpływu (*impact assessment*) podejmowanych inicjatyw i interwencji na różne aspekty życia społecznego i ekonomicznego jest stosowana coraz częściej. Komisja Europejska przygotowała kilka, kolejno udoskonalanych, zasad oceny wpływu różnych interwencji na sytuację społeczną obywateli Unii [43]. Ocena powinna być stosowana powszechnie i w sposób jawny, co miało dotyczyć także sytuacji, w których inicjatywa została oceniona negatywnie. Należy jednak zauważyć, że na liście raportów, w których miano oceniać wpływ interwencji w różnych dziedzinach, nie uwzględniono zdrowia lub kryteriów zdrowotnych [44]. Jeden z autorów pisał w 2007 r., że stosowanie procedur pozwalających oceniać wpływ różnych interwencji na otoczenie społeczne i ekonomiczne oraz środowisko naturalne stało się codzienną, a nawet priorytetową praktyką wśród unijnych organów. Skutki zdrowotne są uwzględniane i traktowane jako integralny element postępowania [45]. Na marginesie można zauważyć, że o ile we wcześniejszych okresach w zdrowiu wykorzystywano ujęcia wypracowane w ewaluacji innych obszarów, o tyle później ogólne postulaty dotyczące oceniania formułowano także przy okazji stawiania spraw zdrowia, jak to się działo w dyskusji towarzyszącej opracowywaniu strategii zdrowotnej [46]. Podkreślić jednak należy, że – choć sprawa dotyczyła dokumentu na temat zdrowia – proponowane metody postępowania ewaluacyjnego wykraczały poza zasady HIA.

■ Nowe perspektywy

Sytuacja HIA jako swoistej strategii postępowania zaczęła się zmieniać na początku XXI wieku, a więc wtedy, gdy rozwój tej idei w wielu krajach, także w krajach członkowskich UE, był już zaawansowany. W 2001 r. rozpoczęto projekt, którego celem miało być opracowanie wytycznych mających zastosowanie przy wykorzystywaniu HIA. Wkrótce potem opublikowano tekst na temat wykorzystywania HIA w aktywnościach unijnych [47]. Warto zauważyć, że informacja ta znalazła się na końcu specjalnego wydania „Bulletin of the World

Health Organization”, w całości poświęconego tematyce HIA [42]. Fakt, że miejscem publikacji był organ WHO, tylko częściowo może wyjaśniać niską pozycję przyznaną wysiłkom podejmowanym przez UE, można raczej przypuszczać, że pozycja HIA w UE dopiero zaczynała być doceniana.

W opracowaniu przedstawiono listę najważniejszych pytań, które muszą być zadane przed próbami wykorzystywania koncepcji HIA. Pytania postawione w tekście, po modyfikacji, zaprezentowano w **Tabeli I**.

W tekście przypomniano i podkreślono, że HIA jest tylko narzędziem, a jego wartość może być wykazana wyłącznie poprzez sensowne stosowanie. Kwestia, czy HIA posłuży bardziej racjonalnemu, otwartemu na różne aspekty społeczne podejmowaniu decyzji w różnych dziedzinach, pozostawała otwarta.

Jednym z uchwytnych przejawów doceniania HIA były treści zawarte w planie pracy na 2003 r. [48]. W tym dokumencie, pozostającym w związku z nowym wspólnotowym programem zdrowia publicznego na lata 2003–2008, podkreślono znaczenie rozwoju koncepcji HIA – wskazanej *explicitie* – i rozszerzenia zakresu jej zastosowań. Postulowano, by instytucje unijne, a także instytucje w krajach członkowskich wspierały prace służące wzrostowi popularności HIA, takie jak wytyczne i listy kontrolne, sprzyjały uruchamianiu projektów pilotażowych i wspierały wspólne działania w ramach innych polityk Wspólnoty. Rozwój HIA został uznany za jeden z obszarów priorytetowych. Co więcej, koncepcję tę potraktowano jako jedną z idei, która powinna być obecna, czy przenikać, wszystkie inne programy rozwijane w unijnych politykach zdrowotnych, a także społecznych (*cross-cutting themes*).

Wzmożenie inicjatyw

Rok później został opublikowany zbiór zasad określających – postulujących – sposób postępowania przy stosowaniu HIA [49]. Był to rezultat projektu, o którym była mowa wyżej. W analizie zastosowano następujące

grupy czynników warunkujących stan zdrowia – dziedziny, w których interwencje mogły wywoływać następstwa zdrowotne. Wymieniono tam:

- czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturalne i warunki środowiska naturalnego;
- warunki życia i fizyczne warunki środowiska pracy;
- czynniki społeczne i cechy społeczności;
- cechy indywidualnego stylu życia;
- czynniki biologiczne.

W opracowaniu przypomniano, że stosowanie HIA jest – powinno być – działaniem, w które są zaangażowane różne podmioty, zarówno uczestniczące w interwencji, jak i te, których sytuacja może być kształtowana wskutek podjętych działań. Szczegółowa lista zainteresowanych podmiotów jest zależna od konkretnej sytuacji – gdzie i jaka interwencja ma być podjęta – ale możliwe jest wskazanie ogólnych ich typów. Listę podmiotów wskazanych w opracowaniu przedstawiono w **Tabeli II**.

W związku z decyzją o rozszerzeniu Unii i przyjęciu w jej poczet 12 nowych państw zaproponowano wykorzystanie idei HIA do oceny sytuacji w tych krajach [50]. Było oczywiste, że w podejmowanych w przeszłości decyzjach sprawa odległych skutków zdrowotnych była całkowicie pomijana. Autorzy zaproponowali więc szkic doraźnej oceny, a także sugerowali bardziej systematyczne wykorzystywanie HIA w przyszłości. Można jednak zauważyć, że opinie autorów były nie do końca uzasadnione, bo w tym samym czasie w krajach przechodzących transformację i aspirujących do członkostwa w UE prowadzono analizy z zastosowaniem HIA [51, 52].

W 2006 r. Rada Europejska sformułowała wnioski mające zastosowanie we wszystkich przedsięwzięciach związanych z ideą „Zdrowie we wszystkich politykach” (*Health in All Policies*) [53]. Idea została wywiedziona z wieloczynnikowych modeli uwarunkowań zdrowotnych. Przy poszukiwaniu obszarów, w których zmiany mogły wywoływać skutki zdrowotne, konieczne było posługiwanie się takimi modelami. We wnioskach rady zachęcono rządy krajów członkowskich do wykorzystywania metod HIA we wszystkich sytuacjach, gdy

Pytanie	Odpowiedzi
Kiedy?	Przed interwencją – prospektywne; po interwencji – retrospektywne
Jaka technika?	Lista kontrolna (<i>checklist</i>), wzór praktyki (<i>guidelines</i>), studium przypadku (<i>individual study</i>), naukowa ocena
Kto?	Urzednicy, badacze, grupy niezależne
Sposób ujęcia?	Tylko HIA, HIA plus inne ujęcia (np. EIA)
Kto jest grupą odczuwającą skutki interwencji?	Cała populacja, wybrana grupa
Czy zwraca się uwagę na zróżnicowane sytuacje grup?	Tak, nie, w niektórych sprawach
Kto jest odbiorcą wyników HIA?	Decydenci, opinia publiczna, wybrana grupa
Czy udziałowcy (<i>stakeholders</i>) są zaangażowani?	Tak, nie, niektórzy, przy niektórych sprawach
Gdzie są potrzebne informacje?	Rutynowa statystyka, dostępne wyniki przeprowadzonych badań, konieczność przeprowadzenia badań

Tabela I. Pytania dotyczące HIA.

Źródło: na podstawie [47].

Typ podmiotu (<i>stakeholder</i>)	Przykład podmiotu
Regulacyjna instytucja zdrowotna	Ministerstwo zdrowia
Instytucja proponująca interwencję	Ministerstwa inne niż ministerstwo zdrowia
Instytucja wywierająca wpływ na treść lub przebieg interwencji	Ministerstwa inne niż ministerstwo zdrowia, inne instytucje mogące wywierać wpływ
Władze różnych szczebli	Władze lokalne, zależnie od struktury administracyjnej
Partnerzy społeczni	Związki zawodowe, organizacje profesjonalne
Organizacje pozarządowe	Organizacje pacjentów, organizacje zajmujące się prawami ludzi, także pacjentów

Tabela II. Podmioty zainteresowane HIA.

Źródło: [49].

możliwe jest wystąpienie zdrowotnych skutków, jako zamierzonych lub niezamierzonych rezultatów podjętych interwencji. Aspektem, na który władze powinny zwracać szczególnie uwagę, były kwestie nierówności w zdrowiu. W każdej interwencji przynoszącej pogorszenie w tej dziedzinie – wzrost nierówności albo brak poprawy, kiedy byłaby możliwa – rezultat zastosowania HIA powinien prowadzić do wydania oceny negatywnej, a w końcu odrzucenia propozycji interwencji.

■ Obszary zainteresowań

W 2007 r. opublikowano raport będący zwieńczeniem unijnego projektu Efektywność – „Effectiveness of Health Impact Assessment”, w którym dokonano zestawienia doświadczeń krajów członkowskich związanych ze stosowaniem tej koncepcji. Okazało się, że wymiana informacji o osiągnięciach – ale także o trudnościach – ujawnianych w rezultacie korzystania z HIA, jest bardzo interesująca. Można było odnieść wrażenie, że unijna metoda odwoływania się do wzorów dobrej praktyki w pełni potwierdziła swoją przydatność. Listę przypadków opisanych w raporcie przedstawiono w **Tabeli III**.

W 2007 r. uruchomiony został program „Dynamo HIA”, w którym uczestniczyło blisko dziesięć instytucji badawczych z krajów unijnych, a także, indywidualnie, kilkanaście osób⁸. Celem przedsięwzięcia było poszukiwanie, raczej potwierdzanie, związków między intencjonalnie wywołanymi zmianami w różnych sferach życia i ich następstwami w sferze zdrowia. Ideałem byłoby ustalanie liczbowej wartości istniejących związków tak, aby było możliwe ich wykorzystywanie w modelowaniu opisywanych i przewidywanych procesów. Celem projektu było wypełnianie luki, jaka się pojawiała w rozumowaniach HIA, ze względu na często zbyt słabe potwierdzenie siły zachodzących związków. Zamierzano się skupić na problemie palenia papierosów, nadwagi, picia alkoholu, chorób układu krążenia, nowotworów. Rezultaty miały być udostępniane w postaci oprogramowania komputerowego.

Planowanie i rozwój przestrzeni miejskiej (grupy marginalizowane) – Anglia
Rewitalizacja środowiska naturalnego (uczestnictwo społeczności) – Włochy
Lokalna sieć transportowa (zmiana przepisów) – Litwa
Współpraca międzysektorowa w planowaniu miejskim – Holandia
Ochrona jakości powietrza w lokalnych społecznościach – Irlandia Północna
Troska o jakość żywności: programy agrokulturowe – Słowenia
Udział sektora prywatnego w programach eliminacji palenia papierosów w miejscu pracy – Hiszpania
Przebudowa (udoskonalenie) połączeń drogowych – Szwecja
Angażowanie obywateli w procesy decyzyjne – Walia
Planowanie wykorzystywania (przeznaczenia) ziemi – Finlandia
Budowa i rozszerzanie terenu lotniska – Niemcy
Lokalizacja masztów telefonicznych i radiowych – Polska
Wpływ transportu na otoczenie – Austria, Francja, Malta, Holandia, Szwecja, Szwajcaria
Zdrowotne i ekonomiczne skutki programów promocji zdrowia – Dania
Eliminacja barier architektonicznych (przestrzennych) – Węgry
Ruch drogowy i transport na szczeblu lokalnym – Irlandia
Ochrona jakości atmosfery – Szwajcaria

Tabela III. Doświadczenia krajów UE w stosowaniu HIA.

Źródło: [22].

W drugim wspólnotowym programie działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 podjęto sprawę przewidywania zagrożeń zdrowia oraz kompleksowego reagowania i stwierdzono: „Podstawowymi czynnikami ochrony zdrowia ludzkiego są zasady zapobiegania i ocena ryzyka, powinny więc one być ściślej zintegrowane z innymi dziedzinami polityki i działaniami Wspólnoty” [54], co było oczywistym nawiązaniem do wcześniejszych i późniejszych postanowień traktatowych. Otwie-

⁸ Z Polski w projekcie bierze udział prof. Witold Zatoński; DYNAMO-HIA project (DYNAMIC MOdel for Health Impact Assessment), <http://www.dynamo-hia.eu/root/o14.html>.

rało to perspektywy zajęcia przez HIA bardziej znaczącego miejsca w aktywnościach UE.

UE stara się popularyzować stosowanie HIA na własny użytek, ale uczestniczy także w promowaniu tej idei przez innych. W kwietniu 2010 r. wysocy rangą przedstawiciele UE brali udział w międzynarodowej konferencji zorganizowanej przez International Association for Impact Assessment (IAIA) [55]. Konferencja była poświęcona planowaniu i organizowaniu przestrzeni miejskiej w cyklu dyskusji na temat przechodzenia do gospodarowania przyjaznego środowisku „Transitioning to a Green Economy”. Dyskutowano o sprawach zabudowy mieszkaniowej, transportu i obszarów przemysłowych, ze zwróceniem uwagi na gospodarkę źródłami energii – benzyny (oleju napędowego), gazu, kopalin i ich wydobywania. Występujący w imieniu UE przedstawiciel Hiszpanii, sprawującej prezydencję, poinformował o doświadczeniach swojego kraju w stosowaniu HIA, traktując to jako przykład dla innych, a także o fakcie wprowadzonego obowiązku stosowania tej metody.

■ Dynamika stosowania HIA

Przegląd inicjatyw, które były podejmowane na szczeblu UE w sprawie wykorzystywania HIA, wskazuje, że pojawiały się one, ale rzadko i najczęściej nie wyzwały dużej energii, która prowadziłaby do zmiany sytuacji. Kontrastowało to z uwagą poświęcaną HIA przez inne organizacje, takie jak WHO. Opinia, zgodnie z którą intensywność korzystania z koncepcji HIA w ramach UE – nie chodziło o poszczególne kraje, ale raczej o inicjatywy wspólne – była formułowana przez wielu obserwatorów [56]. W jednym z tekstów napisano: „Ujęcia HIA są zbyt rzadko stosowane przez Komisję Europejską, a odwoływanie się do HIA nie jest obowiązkiem nałożonym na kraje członkowskie, tak jak stosowanie ocen środowiskowych”. Autorzy twierdzą, że posługiwanie się kategorią „społecznego wpływu” (*social impact*) może być – jako zbyt ogólne – niewystarczające. Ilustracją niech będzie fakt, że w 73 raportach, spośród 137 przygotowanych przez komisję, które zostały poddane analizie, słowo *health* nie było w ogóle wymienione. Przy takiej praktyce szanse brania pod uwagę skutków zdrowotnych są znikome. Autorzy sugerowali, że to niewystarczające kompetencje wysokich urzędników zajmujących się sprawami zdrowia mogą wyjaśniać lekceważenie HIA. Chodzi o ograniczoną umiejętność dostrzegania zależności między procesami zachodzącymi w różnych sektorach, co jest punktem wyjścia w inicjowaniu strategii HIA.

Przykład: prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Przykładem interwencji w sektorze prywatnym były unijne ustalenia dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego. W zdecydowanej większości krajów unijnych funkcjonują instytucje publiczne, ale w polityce Unii wspierano także instytucje prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Idea dobrowolnych ubezpieczeń była wyraźnie łączona z koncepcją swobody inicjatywy gospodarczej i swobodnego przepływu kapitału, otwierając każdemu podmiotowi możliwości podjęcia działalności na terytorium krajów unijnych, choć pozostawały różne wątpliwości interpretacyjne [57]. Stopniowo modyfikowane dyrektywy zwiększały możliwości organizowania tego rodzaju działalności i zachęcały prywatne podmioty do wchodzenia w aktywności związane z finansowaniem działań w tej sferze⁹. Niewątpliwie bodźcem do wzrastającego zainteresowania prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi był rozwój transgranicznej opieki zdrowotnej [58]. W 2009 r. przyjęta została dyrektywa kodyfikująca wcześniejsze zasady uprawiania aktywności ubezpieczeniowej [59]. Specjalna sekcja została poświęcona ubezpieczeniom zdrowotnym. Uwaga autorów dyrektywy koncentrowała się na zagwarantowaniu warunków uczciwej konkurencji i zapobieganiu uzyskiwaniu nieuczciwych zysków. Uznano zapewne, że utrudnianie chętnym dostępu do ubezpieczeń prywatnych może prowadzić do negatywnych następstw zdrowotnych, a zatem – zgodnie z celem HIA – nie powinno się ograniczać ich rozwoju, aby nie generować negatywnych skutków zdrowotnych.

■ Zakończenie

W prowadzeniu racjonalnej polityki zdrowotnej potrzebne jest wsparcie naukowe. HIA zdobyła sobie w ostatnich latach rosnącą popularność, oferując taką możliwość i dostarczając motywacji oraz instrumentarium. Oczekiwania wobec oceny rezultatów zdrowotnych są duże: HIA ma być gwarancją uzasadnionych decyzji, angażując przy tym zainteresowane podmioty, zgodnie z postulatem partycypacji.

Należy jednak postawić pytanie, w jakim stopniu oczekiwania wobec HIA mogą być spełnione, zwłaszcza w odniesieniu do racjonalności naukowej? Sama obietnica robi wrażenie, że pochodzi z tradycji oświeceniowej, a – używając innej terminologii – z epoki nowoczesnej, kiedy z ustaleniami naukowymi wiązano bardzo duże nadzieje [60]. Przydatność HIA jest w decydującym stopniu uzależniona od rzetelności ustaleń naukowych, wykorzystywanych do budowy scenariuszy. Rozpatrując

⁹ European Communities (1973). *First Council Directive 73/239/EEC of 24 July 1973 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to the taking-up and pursuit of the business of direct insurance other than life assurance*. „OJEC” L 228 (16 August 1973): 3–19; European Communities (1988). *Second Council Directive 88/357/EEC of 22 June 1988 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and laying down provisions to facilitate the effective exercise of freedom to provide services and amending Directive 73/239/EEC*. „OJEC” L 172 (4 July 1988): 1; European Communities (1992). *Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC (Third non-life insurance directive)*. „OJEC” L 228 (11 August 1992): 1–23.

zakres branych pod uwagę procesów, spełnienie wymogu rzetelności jest trudne.

Polityka zdrowotna próbowała wyciągać wnioski z ograniczeń, uwzględniając element gry i niepewności w procesie politycznym, z którym decyzje zdrowotne są nieuchronnie związane. Demokratyzacja procesów decyzyjnych i podkreślenie znaczenia szerokiej partycypacji jeszcze bardziej osłabiły wpływ profesjonalistów medycznych. W HIA akceptuje się zasadę uczestnictwa, ale próbuje się ją łączyć z poszanowaniem dowodów naukowych. Wydaje się, że podobne ujęcie akceptuje się w działaniach UE i być może ta dwoistość – trudna do pogodzenia w praktyce politycznej – sprawia, że intensywność wykorzystywania HIA w unijnej praktyce była dotychczas ograniczona. Nie można także wykluczyć wpływu grup nacisku, zainteresowanych podejmowaniem inicjatyw, które – deklaratorywnie – mają się przyczyniać do rozwiązywania problemów w taki sposób, aby zdrowiu nie szkodzić, a w rzeczywistości mogą prowadzić do skutków niepożądanych [61]. Ujawnienie możliwości zaistnienia negatywnych następstw mogłoby zmobilizować opinię publiczną przeciwko projektowi, a w rezultacie do jego zarzucenia.

W publikacjach dotyczących stosowania HIA w UE stosunkowo wcześniej zaczęto formułować postulaty dotyczące wzmocnienia instytucjonalnego zaplecza promującego i stosującego HIA na poziomie Wspólnoty [62]. Po pierwsze, sugerowano zmiany legislacyjne, które wprowadziłyby obowiązek stosowania HIA jako specyficznej metody, analogicznie do zaleceń dotyczących ochrony środowiska, a obywatele mogliby się domagać wiedzy o wynikach przeprowadzonych ocen. Po drugie, postanowienia artykułu 152 Traktatu Amsterdamskiego (obecnie 168)¹⁰ powinny być przeformułowane tak, aby HIA była wymieniona *explicite*. Wprowadzenie takiej zmiany musiałoby być uzupełnione merytorycznym wzmocnieniem kadr w organach Unii. Po trzecie, punkt odniesienia ocen powinien być rozszerzony, obejmując wiele zagadnień zdrowia publicznego i ta perspektywa powinna być uwzględniona w dokumentach poświęconych strategii zdrowotnej UE. Autorzy twierdzili bowiem, że praktyka HIA skupiała się dotychczas na procesach zależnych od systemu zdrowotnego, co uznali za błędne. Po czwarte, rozszerzenie zadań dotyczących stosowania HIA powinno być wystarczająco finansowane, co powinno się wiązać z uznaniem tej aktywności za funkcję priorytetową. Od czasu, kiedy zalecenia zostały ogłoszone, niewiele się zmieniło, praktycznie żadne nie zostało zrealizowane, co doprowadziło do niesatysfakcjonującego stanu rzeczy.

Próbując wyjaśniać czynniki przyczyniające się do ograniczonego wykorzystywania HIA, należy się odwołać także do ustaleń dotyczących barier stających na przeszkodzie w stosowaniu tej metody. Badacze stwierdzili, że można wskazać trzy źródła słabości: (a) brak zdecydowanego przywództwa osób lub instytucji, które promowałyby ideę HIA, (b) wątpliwa integracja grup

zaangażowanych w HIA z istniejącymi i działającymi strukturami organizacyjnymi, (c) brak stałej i możliwie partnerskiej współpracy między głównymi interesariuszami, których mogą dotyczyć planowane interwencje [63]. Sądzę, że wszystkie te czynniki wywierały – i nadal wywierają – wpływ na rozwój sytuacji w UE.

Niezależnie jednak od stosunkowo słabej pozycji HIA wśród inicjatyw podejmowanych na szczeblu UE poszczególne kraje robią w tej dziedzinie bardzo dużo. Uwaga poświęcana prywatnemu sektorowi i jego wpływowi na sprawy zdrowia – potencjalnemu i rzeczywistości – jest bardzo duża. Otwiera to dobre perspektywy tak przed instytucjami sektora prywatnego, jak i przed zdrowiem obywateli krajów UE.

Abstract:

Concept of Health Impact Assessment and its application in European Union. Private sector dimension

Key words: Health Impact Assessment, UE, health policy, private sector

According to the WHO definition Health Impact Assessment (HIA) refers to "procedures, methods and tools by which a policy, programme or project may be judged as to its potential effects on the health of the population and the distribution of those effects within the population". HIA has emerged from weather forecasts and is finding much broader use. It helps to identify the factors, which have a potential impact on health. HIA may be relevant for all sectors to determine the effects, also unintentional, of their policies and actions on health and it has the potential to bring greater transparency to the decision-making process. Usually, it is very important to be able to foresee future health related effects, also by clarifying the nature of trade-offs in policy. Comparing and judging wanted and unwanted results is essential to choose a possibly best alternative and avoid harm.

In European Union where modern tools to rationalize decision making process are broadly accepted HIA has been welcomed, at least in declarations. Although some approaches to assess actions targeted at environment have been formalized and are binding, but others, including HIA, still depend on good will of partners involved. Both member countries and institutions are a bit reserved to use HIA. Insufficient popularity of HIA may result from scarce educational opportunities but also from deficit in well grounded scientific evidence.

Piśmiennictwo:

1. NHS Executive, *A Short Guide to Health Impact Assessment, Informing Healthy Decisions, Commissioned by NHS Executive*. London, August 2000. www.londonhealth.gov.uk/pdf/hiaguide.pdf.
2. Gagnon F., Turgeon J., Dallaire C., *Healthy public policy: A conceptual cognitive framework*. „Health Policy” 2007; 81, 1: 42–55.
3. Traktat z Maastricht. <http://eur-lex.europa.eu/pl/treaties/dat/11992M/word/11992M.doc>.
4. Rayner M., *European Union policy and health*. „British Medical Journal” 1995; 311(7014): 1180–1181.
5. WHO, *Definitions of HIA*. who.int/hia/about/defin/en/index.html.

¹⁰ Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską podpisany w Lizbonie 13 grudnia 2007 r., <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:306:0042:0133:PL:PDF>, por. też Traktat o Unii Europejskiej – Traktat z Lizbony (wersja skonsolidowana), http://www.sto.com.pl/spistresci/TUE_poLiz.pdf.

6. Birley M., *The health impact assessment of development projects*. HMSO, London 1995. who.int/hia/about/defin/en/index.html.
7. *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach, Gothenburg consensus paper*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999. http://www.hiaconnect.edu.au/files/Gothenburg_Consensus_Paper.pdf.
8. *Health Impact Assessment Guidance*. Published by The Institute of Public Health in Ireland, 2006. www.publichealth.ie/files/file/Health_Impact_Assessment_Guidance.pdf.
9. Joffe M., Mindell J., *Health Impact Assessment*. „Journal of Occupational and Environmental Medicine” 2005; 62(12): 907–912.
10. Elliott I., *Health Impact Assessment, an introductory paper*. The Institute of Public Health in Ireland September 2001. http://www.publichealth.ie/files/file/HIA_introduutory_paper.pdf.
11. Bubak A., Nowak W., „Buzz” around electromagnetic fields: lengthy environmental HIA in Poland, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 225–236.
12. Kelly M.P., Morgan A., Bonnefoy J., Butt J., Bergman V., *Final Report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health From Measurement and Evidence Knowledge Network*. October 2007. s.10. http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf.
13. Blau J., et al., *The use of HIA across Europe*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 37–55.
14. Dannenberg A.L., Bhatia R., Cole B.L., Heaton S.K., Feldman J.D., Rutt C.D., *Use of Health Impact Assessment in the U.S. 27 Case Studies, 1999–2007*. <http://apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=60060>.
15. Elliott I., *Policy context for HIA in Ireland and Northern Ireland*. Institute of Public Health in Ireland, 16.11.2002. <http://www.nice.org.uk/media/hiadocs/Policy%20context.pdf>.
16. *Impact HIA Reports*. University of Liverpool. http://www.liv.ac.uk/ihia/IMPACT_HIA_Reports.htm.
17. *WHO Other impact assessments*, 2008. www.who.int/hia/tools/other_1A.
18. Lorenz E., *Does the flap of a butterfly wing set off a tornado in Texas*. Obituary: Edward N. Lorenz ScD '48, The Tech, on line edition, Volume 128, Issue 20: Friday, April 18. 2008, <http://tech.mit.edu/V128/N20/lorenzobit>.
19. Will S., Ardern K., Spencely M., Watkins S., *A prospective health impact assessment of the proposed development of a second runway at Manchester International Airport*. Written submission to the public enquiry. Manchester and Stockport Health Commissions 1994.
20. Scott-Samuel A., *Health Impact Assessment: An Idea whose Time has come*. „British Medical Journal” 1996; 313 (7051): 183–184.
21. *Zdrowie 21*. CIOZ, Warszawa 2001.
22. Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007.
23. Mindell J.S., Boltong A., Forde I., *A review of health impact assessment frameworks*. „Public Health” 2008; 122 (11): 1177–1187.
24. *Rapid Health and Equality Impact Assessment (HEqIA) of Mersey Care NHS Trust's Outline Business Case for Mental Health and Learning Disability Services*. <http://apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=54739>.
25. *Integrated Impact Assessment in Northern Ireland*, 18.02.2004. www.ofmdfmi.gov.uk/ia/pdfs/sustainability.pdf.
26. *Improving Assessment of the Environment in Impact Assessment. A project under the Framework contract for economic analysis ENV.G.1/FRA/2004/0081*. Institute for European Environmental Policy Final Report, Draft, January 2007. www.ecologic-events.de/eu-impact-assessment/en/documents/Env_in_IA_Final_Report.pdf.
27. Salay R., Paul Lincoln P., *The European Union and Health Impact Assessments Are they an unrecognised statutory obligation?* National Heart Forum, September 2008. <http://apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=54650>.
28. Dannenberg A.L., et al., *Growing the Field of Health Impact Assessment in the United States: An Agenda for Research and Practice*. „American Journal of Public Health” 2006; 96 (2): 262–270.
29. Scott-Samuel A., Birley M., Ardern K., *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Liverpool: Merseyside Health Impact Assessment Steering Group*, published by the International Health IMPACT Assessment Consortium (second edition) 2001. <http://www.ihia.org.uk>.
30. Wismar M., Blau J., Ernst K., *Is HIA effective? A synthesis of concepts, methodologies and results*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 15–33.
31. Elliott E., Francis S., *Making effective links to decision-making: Key challenges for health impact assessment*. Science direct. www.sciencedirect.com/science/
32. Wismar M., Blau J., *Implementing and institutionalizing HIA in Europe*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 57–80.
33. Siliquini R., Nante N., Ricciardi W., *Ecosystem revitalization: community empowerment through HIA in Tuscany*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*, The Crommwell Press, Wilts 2007: 94–103.
34. Stricka M., Zurlyte I., Grabauskas V., *A local-level HIA in the transport sector: following legal requirements in Lithuania*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J.

- (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 105–114.
35. Gabrijelcic-Blenkus M., Scagnetti N., *Using intersectoral network towards the adoption of the Common Agriculture Policy: an HIA on the Food and Nutrition Action Plan in Slovenia*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 137–146.
 36. Knutsson I., Linell A., *HIA speeding up the decision making process: the reconstruction of the route 73 in Sweden*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 161–176.
 37. Nelimarkka K., Kauppinen T., Perttila K., *A participative social impact assessment at the local level: supporting the land-use planning process in Finland*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 191–206.
 38. Von Bremen K., *Moving towards the development of an HIA methodology: the effect of air pollution in Ticino, Switzerland*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 283–290.
 39. Barroso F., *A private HIA initiative: free-smoke work place policy in Spain*, w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: 147–160.
 40. Council Directive 97/11/EC of 3 March 1997 amending Directive 85/337/EEC on the assessment of the effects of certain public and private projects on the environment. „Official Journal” NO. L 073, 14.03.1997 P. 0005. <http://ec.europa.eu/environment/eia/full-legal-text/9711>.
 41. Dyrektywa 2001/42/we Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 czerwca 2001 r. w sprawie oceny wpływu niektórych planów i programów na środowisko, L 197/30 Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich 21.7.2001.
 42. „Bulletin of the World Health Organization” 2003; 81 (6). <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/pdf>.
 43. Commission Impact Assessment Guidelines. http://ec.europa.eu/governance/impact/commission_guidelines/commission_guidelines_en.htm.
 44. 2010 impact assessment (IA) reports. http://ec.europa.eu/governance/impact/ia_carried_out/cia_2010_en.htm.
 45. Forward R.M., w: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. The Crommwell Press, Wilts 2007: s.xiii. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf.
 46. Commission Staff Working Document, *Accompanying document to the White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013 Impact Assessment (COM(2007) 630 final)*. Brussels, 23.10.2007. http://ec.europa.eu/internal_market/company/docs/modern/sec2010_669_en.pdf.
 47. Hubel M., Hedin A., *Developing health impact assessment in the European Union*. „Bulletin of the World Health Organization” 2003; 81 (6): 463–464. <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/hubel.pdf>.
 48. Community action in the field of public health (2003–2008) Work Plan 2003. http://health.osf.lt/downloads/news/08WP_2003_en.pdf.
 49. *European Policy Health Impact Assessment – A Guide*, May 2004. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf.
 50. Lock K., McKee M., *Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2005; 59: 356–360. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733092/pdf/v059p00356.pdf>.
 51. Gulis G., *Health impact assessment in CEE region: case of the former Czechoslovakia*. „Environmental Impact Assessment Review” 2004; 24 (2): 169–175.
 52. Lock K., Gabrijelcic-Blenkus M., Martuzzi M., Otorepec P., Kuhar A., Robertson A. et. al., *Conducting an HIA of the effect of accession to the European Union on national „agriculture and food policy in Slovenia”*. „Environmental Impact Assessment Review” 2004; 24 (2): 177–188.
 53. Council of the European Union. Council Conclusions on Health in All Policies. Brussels: Council of the European Union, 2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs. Council meeting, Brussels, 30 November and 1 December 2006. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/91929.pdf.
 54. Decyzja Nr 1350/2007/we Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 301/3, 20.11.2007. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:PL:PDF>.
 55. Health Impact Assessment (HIA) Conference: *Urban development and extractive industries: What can HIA offer?* <http://www.who.int/hia/conference/en/index.html>.
 56. Salay R., Lincoln P., *Increasing the use of health impact assessments: Is the environment a model?* <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/documents/eurohealth/Salay%20v15n2.pdf>.
 57. Thomson S., Mossialos E., *Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy*. „Working Paper” No. 4/2006, November 2006. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd59/regulating.pdf>.
 58. *Cross-border health services in the EU. Analytical report*, June 2007. http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro_en.pdf.

59. Directive 2009/138/EC of the European Parliament and of the Council of 25 November 2009 on the taking-up and pursuit of the business of Insurance and Reinsurance (Solvency II). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:335:0001:0155:en:PDF>.
60. Bauman Z., *Płynna nowoczesność*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2007.
61. Metcalfe O., Higgins C., *Healthy public policy – is health impact assessment the cornerstone?* „Public Health” 2009; 123 (4): 296–301. <https://extranet.uj.edu.pl/pdflinks/,DanaInfo=vls1.icm.edu.pl+10100112134803047.pdf>.
62. Salay R., Lincoln P., *Health impact assessments in the European Union*. „The Lancet” 2008; 372 (9641): 860–861.
63. Ahmad B., Chappel D., Pless-Mulloli T., White M., *Enabling factors and barriers for the use of health impact assessment in decision-making processes*. „Public Health” 2008; 122 (5): 452–457. <https://extranet.uj.edu.pl/pdflinks/,DanaInfo=vls2.icm.edu.pl+10101111272120282.pdf>.

■ O autorze:

prof. dr hab. Cezary Włodarczyk – kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków



Irmina Jurkiewicz, Carole Tinardon¹

Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich. Przykład rozwiązań francuskich

Słowa kluczowe: prywatne ubezpieczenie zdrowotne, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, rynek ubezpieczeń zdrowotnych, Unia Europejska, Francja

Wprowadzenie

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne (PUZ, ang. *private health insurance, voluntary health insurance*), funkcjonujące obok publicznego systemu opieki zdrowotnej, jest rozwiązaniem, które występuje w większości krajów europejskich, dopełniając statutowy system ochrony zdrowia. Ubezpieczenia prywatne powstawały w wielu krajach niezależnie od tego, jaki system finansowania i organizacji ochrony zdrowia w nich obowiązywał: ubezpieczeniowy lub budżetowy, centralny czy zdecentralizowany.

Historia pokazuje, że cele tworzenia PUZ w poszczególnych krajach europejskich były podobne, chociaż różnie rozkładano akcenty. Głównym powodem było zwykle dążenie do ograniczenia publicznych wydatków na zdrowie poprzez przeniesienie kosztów na prywatnych ubezpieczycieli i obywateli. Podnoszono przy tym argument o potrzebie rozwoju prywatnego sektora świadczącego usługi zdrowotne, czemu powinna sprzyjać konkurencja między publicznymi i prywatnymi ubezpieczycielami. Oczekiwano, że dzięki temu nastąpiłoby zwiększenie wyboru konsumenta opieki zdrowotnej (pacjenta), a także wzrost samodzielności w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych przez ludzi wykazujących wyższe dochody [1].

Mimo podobieństwa celów i ogólnych warunków funkcjonowania ochrony zdrowia w krajach europejskich (np. ze względu duży zakres sektora publicznego i konieczność przestrzegania regulacji unijnych) instytucje prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są zróżnicowane, m.in. pod względem ich rodzaju, zakresu przedmiotowego i podmiotowego czy udziału na rynku opieki zdrowotnej oraz skutków. Występująca różnorodność wywodzi się przede wszystkim z odmiennych historycznych dróg

rozwoju, zasad organizacji i działania publicznych systemów ochrony zdrowia oraz różnic w państwowych regulacjach prawnych.

Artykuł ma na celu zaprezentowanie występującej różnorodności PUZ w krajach Unii Europejskiej (UE). Różnią się one bowiem pod wieloma względami, a przede wszystkim [6]:

- rodzajem oferowanych ubezpieczeń zdrowotnych;
- poziomem wydatków PUZ na zdrowie;
- zakresem populacji objętej PUZ;
- rodzajem ubezpieczycieli oferujących PUZ;
- mechanizmami ustalania składki;
- kryteriami selekcji ubezpieczonych;
- warunkami działania (reguły, regulaminy);
- zakresem przedmiotowym zapewnianych świadczeń;
- poziomem składki;
- zachętami podatkowymi;
- kosztami administracyjnymi;
- poziomem dostępu;
- wpływem na swobodę przemieszczania się (mobilność).

Bardziej szczegółowo opisano prywatne ubezpieczenie zdrowotne we Francji. Kraj ten jest bowiem przykładem występowania wielu rodzajów PUZ oraz specyficznie uregulowanych relacji z systemem ubezpieczeń publicznych.

W kolejnych częściach zaprezentowano zasadnicze cechy charakterystyczne dla różnych rodzajów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych funkcjonujących w różnych krajach UE. Omówiono Trzecią Dyrektywę UE dotyczącą prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Przedstawiono ponadto informacje o rynkach, na których działają PUZ. W ostatniej części artykułu opisano funkcjonowanie instytucji PUZ we Francji.

¹ Autorki serdecznie dziękują Pani Profesor Stanisławie Golinowskiej, Panu Doktorowi Christophowi Sowada oraz Pani Magister Marzenie Tambor za wskazówki, komentarze oraz merytoryczne wsparcie podczas opracowywania tego artykułu.

1. Rodzaje oraz zakres przedmiotowy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne, jak sama nazwa wskazuje, są nieobowiązkowe. Inną cechą odróżniającą PUZ od powszechnego/statutowego systemu ochrony zdrowia jest sposób kalkulacji składki. Składki na PUZ obliczane są zgodnie z zasadą ekwiwalentności indywidualnej, uwzględniającej szacunek wartości oczekiwanych składek i ryzyka zdrowotnego. Ubezpieczyciel ocenia ryzyko na podstawie kosztów indywidualnie wykorzystanych świadczeń, a w przypadku ubezpieczenia grupowego w odniesieniu do kosztów wszystkich osób tworzących grupę ubezpieczonych [2].

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne można sklasyfikować ze względu na ich relację dla ubezpieczenia publicznego. PUZ może być alternatywą dla publicznego finansowania systemu ochrony zdrowia lub też może uzupełniać publiczny system albo też pełnić funkcję dodatkową (Tabela I).

Alternatywne PUZ (*substitutive PHI*) oferują ubezpieczenie osobom, które z pewnych względów są wykluczone z publicznego systemu finansowania ochrony zdrowia. Przyczynami nieobjęcia przez publiczny system są najczęściej wysokie zarobki, forma zatrudnienia (np. samozatrudnieni – Austria, Belgia, Niemcy) oraz wykonywany zawód (np. Austria). W przypadku wyłączenia z publicznego systemu z powodu wysokich zarobków określa się górną granicę dochodów, powyżej której osoba automatycznie jest wykluczana z publicznego systemu (np. Holandia do 2006 r.) lub też może wybrać, czy chce być objęta publicznym systemem, czy też ubezpieczyć się sama w PUZ (np. dochód powyżej 4125 € miesięcznie w Niemczech).

Uzupełniające PUZ (*complementary PHI*) mają na celu zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych, których nie obejmuje gwarantowany przez publiczny system koszyk świadczeń (np. opieka dentystryczna, fizjoterapia, leki na receptę). W miarę ograniczania gwarantowanego koszyka świadczeń w systemie publicznym dobrowolnym ubezpieczeniom powstaje coraz więcej przestrzeni do ich rozwoju. Ponadto uzupełniające PUZ mogą pokrywać również w całości lub części opłaty

pacjentów (współpłacenie) przewidziane w publicznym systemie (np. Belgia, Dania, Francja).

Dodatkowe PUZ (*supplementary PHI*) zwykle oferują klientom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, które są wprawdzie zapewniane przez publiczny system, jednakże równocześnie dają ubezpieczonym większy wybór świadczeniodawców (często prywatnych) oraz umożliwiają ominięcie pewnych ograniczeń świadczeń finansowanych z publicznego systemu. Ubezpieczenia dodatkowe obejmują również świadczenia pozamedyczne, towarzyszące realizacji usługi medycznej, które nie mają bezpośredniego wpływu na wynik opieki zdrowotnej (leczenia). Ich główną rolą jest podwyższenie standardu opieki (np. krótszy czas oczekiwania na usługę, dostęp do jedno- lub dwuosobowych pokoiów szpitalnych oraz innych udogodnień w tym zakresie) [1, 3, 4].

W prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych dostępność jest różna. Z ubezpieczeń alternatywnych *ex definitione* mogą skorzystać jedynie niewielkie (w skali kraju) grupy osób. Natomiast ubezpieczenia uzupełniające i dodatkowe są dostępne na ogół dla całej populacji.

Różne rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych mają też różny zakres przedmiotowy oferowanych świadczeń, nawet w ramach tego samego rodzaju ubezpieczenia. W Tabeli II wymieniono przykładowo główne świadczenia oferowane w ramach poszczególnych rodzajów PUZ w krajach członkowskich UE.

Wśród podmiotów oferujących prywatne ubezpieczenie zdrowotne w krajach członkowskich UE możemy znaleźć: organizacje wzajemne (ang. *mutual organizations*), stowarzyszenia przezornościowe (ang. *provident associations*); podmioty niedziałające dla zysku (*non-profit*), komercyjnych ubezpieczycieli (firmy działające dla zysku, *for-profit*), publicznych ubezpieczycieli (statutowe fundusze, kasy chorych) oraz pracodawców.

2. Regulacje Unii Europejskiej w zakresie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – Trzecia Dyrektywa UE dotycząca ubezpieczeń „nie na życie”

Sposób funkcjonowania PUZ w każdym kraju zależy od regulacji rynku wewnętrznego państw, chociaż ogólne zasady funkcjonowania PUZ na terenie UE wyznaczone

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne	Klienci	Świadczenia
Alternatywne (<i>substitutive</i>)	Osoby z dochodami powyżej określonej granicy, które muszą lub mogą wybrać ubezpieczenie alternatywne do publicznego systemu ochrony zdrowia oraz inne osoby wykluczone z systemu podstawowego	Ogólnie taki sam koszyk świadczeń jak gwarantowany przez publiczny system opieki zdrowotnej kraju
Uzupełniające (<i>complementary</i>)	Cała populacja	Dostęp do usług wyłączonych z publicznego systemu Pokrycie ustawowych dopłat pacjentów (współpłacenie)
Dodatkowe (<i>supplementary</i>)	Cała populacja	Szybszy dostęp i powiększony wybór konsumenta/pacjenta

Tabela I. Rodzaje prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Thomson, Mossialos 2009.

Kraje	Rodzaje PUZ	Przykłady usług świadczonych w ramach PUZ
Austria	alternatywne uzupełniające	Podobne jak w systemie publicznym Opieka dentystyczna i okulistyka, fizjoterapia, rehabilitacja, leki, psychoterapia
	dodatkowe	Prywatne oddziały/szpitale i lekarze
Belgia	uzupełniające	Zwrot kosztów dopłat do systemu publicznego, medycyna alternatywna, opieka dentystyczna i okulistyka, szczepionki, protezy i implanty
Czechy	alternatywne	Podobne jak w systemie publicznym, ale z wykluczeniem leczenia niektórych chorób, np. HIV/AIDS czy uzależnienia od leków
	uzupełniające	Prywatne pokoje szpitalne
Dania	uzupełniające	Opieka dentystyczna i okulistyka, fizjoterapia, opieka psychiatryczna
	dodatkowe	Wybór lekarza, prywatne szpitale, usługi diagnostyczne, szybszy dostęp
Francja	uzupełniające	Zwrot kosztów współpłacenia w powszechnym systemie, opieka dentystyczna i okulistyka
	dodatkowe	Lepsze warunki szpitalne, prywatne pokoje
Holandia	uzupełniające	Opieka dentystyczna i okulistyka, fizjoterapia, medycyna alternatywna
	dodatkowe	Jednoosobowy pokój w szpitalu
Niemcy	alternatywne uzupełniające dodatkowe	Podobne jak w systemie publicznym Zwrot kosztów dopłat do świadczeń systemu publicznego Opieka dentystyczna, prywatne szpitale, wybór specjalisty
Portugalia	alternatywne uzupełniające dodatkowe	Podobne do powszechnego systemu Opieka dentystyczna, zwrot kosztów dopłat (np. do leków) Wybór świadczeniodawcy, szybszy dostęp, bezpośredni dostęp do specjalisty
Węgry	uzupełniające	Fizjoterapia, opieka domowa, usługi spa, leki, medycyna alternatywna
	dodatkowe	Lepsze warunki szpitalne
Włochy	uzupełniające	Opieka dentystyczna i okulistyka, opieka domowa, protezy, rehabilitacja, medycyna alternatywna
	dodatkowe	Prywatna opieka zdrowotna i długoterminowa
Wielka Brytania	dodatkowe	Niektóre usługi chirurgiczne, badania przesiewowe

Tabela II. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne w wybranych krajach Unii Europejskiej (2008 r.).

Źródło: na podstawie [4, 5].

są przez Trzecią Dyrektywę Unii w sprawie ubezpieczeń „nie na życie” z 18 czerwca 1992 r. (*Non-life Insurance Directive 92/49/EWG*).

Trzecia Dyrektywa UE obejmuje wszystkie ubezpieczenia, poza ubezpieczeniami na życie. Zapewnia ona instytucjom PUZ wolność wyboru metody kalkulacji składek i stosowania bodźców finansowych. Dyrektywa ta określa również wolność w zakresie rozpoczęcia działalności lub też otwarcia filii firmy w każdym z wybranych krajów członkowskich, a także wolność sprzedaży swoich usług w całej Unii (art. 5), wprowadzając jednocześnie zasadę kontroli państwa pochodzenia (*home country control*), która pozostawia system akredytacji oraz nadzoru finansowego krajom, w których firmy ubezpieczeniowe mają swoje siedziby (art. 9.1). Ponadto nadzór finansowy kontrolujący wypłacalność ubezpieczycieli (w tym m.in. warunki wypłacalności oraz aktywa zabezpieczające) leży w zakresie odpowiedzialności kraju, w którym działa ubezpieczyciel, jednakże na podstawie regulacji Komisji Europejskiej w tym

zakresie (art. 9.2). Co więcej, zniesiono kontrolę państwa dotyczącą wysokości składki ubezpieczeniowej (art. 29). Jednak w krajach, w których funkcjonują alternatywne prywatne ubezpieczenia zdrowotne, Trzecia Dyrektywa nie znajduje w pełni zastosowania. Artykuł 54 Dyrektywy mówi o zasadzie dobra ogółu (*the general good*). W przypadku alternatywnych PUZ kontrakty ubezpieczeniowe muszą być zgodne z warunkami i regulacjami prawnymi danego kraju (aby chronić dobro ogólne w tym rodzaju ubezpieczeń). Ponadto wszelkie zasady (ogólne i warunki szczegółowe umowy ubezpieczeniowej) muszą być skonsultowane z kompetentnymi władzami w danym kraju członkowskim. Zastosowanie tej reguły musi się ograniczać do jej podstawowych celów, tj. ochrony konsumenta, ochrony przed oszustwem, spójności z systemem podatkowym lub ochroną pracowników i musi być proporcjonalne do przedmiotu sprawy. Regulacje krajowe nie mogą w żadnym wypadku dyskryminować poszczególnych ubezpieczycieli. Rozwiązania wynikające z reguły dobra ogółu, ale również rozwiązania krajowe

powinny być obiektywne. Indywidualne rozwiązania dla poszczególnych krajów są dopuszczalne pod warunkiem zastosowania reguły dobra ogółu, tylko jeśli wcześniej odpowiednie kwestie nie były przedmiotem harmonizacji na poziomie europejskim [3].

3. Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne wpływają zarówno na rozwój rynku świadczeń opieki zdrowotnej, jak i na system ochrony zdrowia, stanowiąc dodatkowe źródło finansowania, ale również obejmując ochroną ubezpieczeniową część populacji.

Podstawą decyzji o wprowadzaniu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach systemu ochrony zdrowia danego kraju jest zawsze analiza popytu na jego usługi. Każdy ubezpieczyciel rozważa przy tym możliwości wypłacalności i utrzymania się oraz osiągnięcia oczekiwanego zysku za cenę, jaką jednostka jest skłonna zapłacić. Ogólnie rzecz ujmując, awersja do ryzyka choroby i związanych z nią kosztów musi być w populacji wystarczająco duża, aby przychód ze składki mógł pokryć koszty ubezpieczyciela oraz przynieść mu zysk. Prywatni ubezpieczyciele, wprowadzając instytucje PUZ w danym kraju, sprawdzają ponadto, czy istnieją regulacyjne i „techniczne” możliwości funkcjonowania prywatnych ubezpieczycieli [4].

W tej części artykułu zostaną opisane zróżnicowane rynki PUZ ze względu na ich główne cechy: rozmiar rynku, jego główne cechy oraz klienci.

Rozmiar rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

W ilościowej analizie porównawczej wielkości rynków PUZ bierze się pod uwagę co najmniej trzy czynniki. Dwa z nich zostały już wyżej wymienione: wielkość wydatków na zdrowie (udział PUZ w całkowitych

wydatkach na zdrowie) oraz poziom pokrycia populacji (stosunek liczby osób ubezpieczonych PUZ do całej populacji). Trzeci – to wskaźnik dotyczący wielkości przychodów ze składek PUZ.

Pięć największych w Europie rynków PUZ pod względem przychodów i wydatków – to rynek niemiecki, francuski, hiszpański, brytyjski oraz holenderski. Mimo znaczącej skali ekonomicznej rynki te mogą obejmować niewielki zakres ludności. Jak pokazują dane w Tabeli III, tylko w trzech krajach rynek PUZ jest powszechny: we Francji, Holandii oraz w Belgii.

Cechy rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

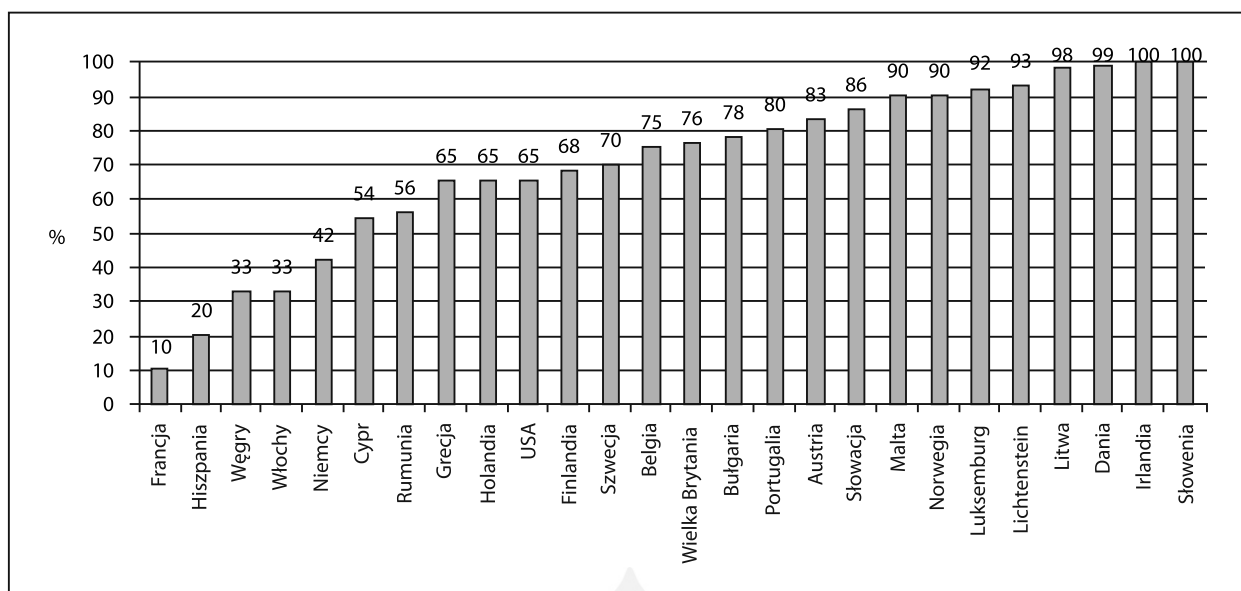
Rynki PUZ posiadają kilka specyficznych cech, które warto znać. Główna ich cecha – to znaczny poziom koncentracji. To oznacza, że kilku ubezpieczycieli obejmuje bez mała całość ubezpieczonych. Według Rysunku 1 i Tabeli III trzech największych ubezpieczycieli tylko we Francji, Hiszpanii, we Włoszech, w Danii oraz na Węgrzech nie posiada zakresu obejmującego ponad 50% populacji. Z tego wynika ograniczony zakres konkurencji, chociaż negatywny wpływ tego zjawiska na cenę (składkę) oraz jakość jest ograniczony z powodu mocnych regulacji państwa i silnych relacji z sektorem publicznym.

Kolejna ze specyficznych cech rynków PUZ to dominacja ubezpieczeń zbiorowych. W tym przypadku podmiotem nabywającym PUZ jest zwykle pracodawca kupujący polisę dla swoich pracowników. Rysunek 2 przedstawia dominację grupowych polis ubezpieczeniowych na Litwie, w Bułgarii i Stanach Zjednoczonych. Przeciwnie co druga polisa ubezpieczeniowa w Holandii, Irlandii i Portugalii jest kontraktem zbiorowym. Natomiast we Francji 60% polis stanowią ubezpieczenia indywidualne. Także w takich krajach, jak Luksemburg, Słowenia czy Austria przewagę mają polisy jednostkowe (indywidualne).

Kraje	Udział PUZ w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia [%]	Stosunek liczby osób ubezpieczonych w PUZ w całej populacji [%]	Wielkość przychodów ze składek PUZ jako % całkowitych przychodów PUZ w UE
Austria	5,3	33,0	2–5
Belgia	5,4	73,0	0–2
Czechy	0,2	minimalny	minimalny
Dania	1,5	33,7	3–5
Francja	12,8	92,0	13–15
Holandia	5,9	92,5	6–7
Niemcy	9,3	30,0	48–49
Portugalia	2,0	15,7	0–1
Węgry	1,2	8,3 w tym 6,2 – organizacje ubezpieczeń wzajemnych	–
Włochy	0,9	6,1	3–4
Wielka Brytania	1,0	10,6	8–9

Tabela III. Rozmiar rynków PUZ w krajach europejskich.

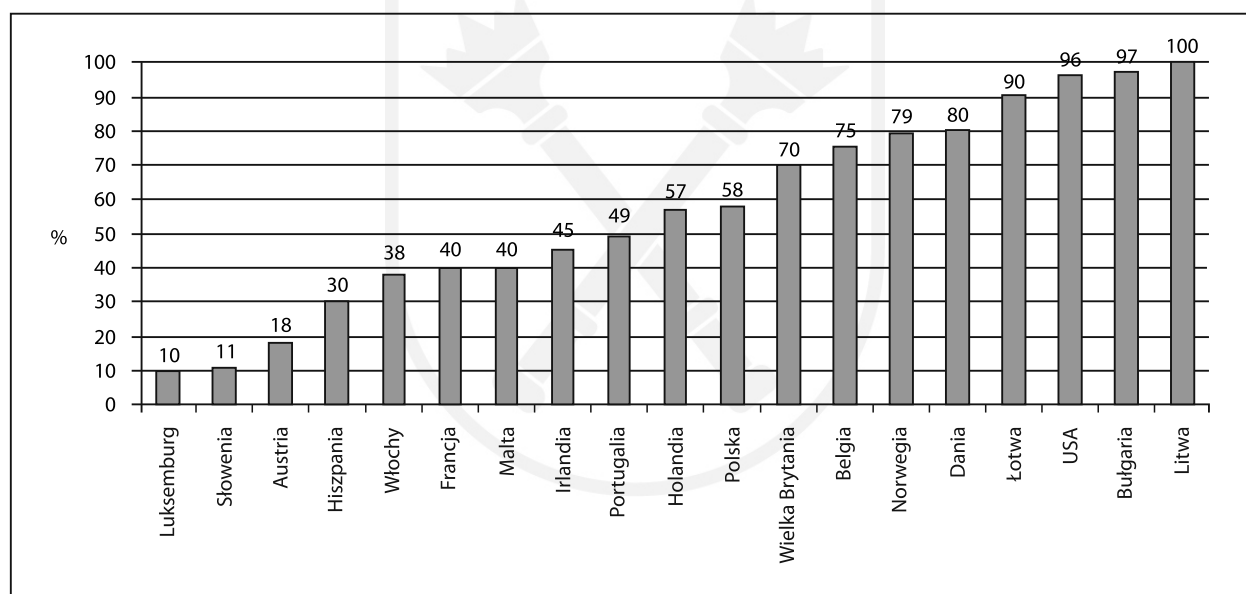
Źródło: Thomson, Mossialos 2009.



Uwagi: Udział rynku oznacza proporcję całkowitego przychodu ze składek; udział rynku Belgii i USA dla czterech największych ubezpieczycieli; udział rynku w Grecji dla pięciu największych ubezpieczycieli; udział rynku w Włochy i Luksemburga dotyczą tylko komercyjnych ubezpieczycieli.

Rysunek 1. Procentowy udział rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych trzech największych ubezpieczycieli, 2006.

Źródło: [4].



Uwagi: Dane dla Bułgarii dotyczą największego ubezpieczyciela (z 60% udziałem w rynku); dane dla Włochy i Danii dotyczą komercyjnych ubezpieczycieli; dane dla Litwy są szacunkami wynikającymi z faktu, że wszyscy ubezpieczyciele (poza jednym) oferują grupowe polisy; dane dla Irlandii pochodzą z bazy danych HIA, chociaż rzeczywista liczba może być wyższa – jednakże Quinn Healthcare już nie oferuje zniżek grupowych, które z kolei mogą obniżyć wynik; dane dla Polski dotyczą PUZ nabywanych jako dodatek do ubezpieczenia na życie; dane dla Słowenii dotyczą największego ubezpieczyciela (Vzajemna).

Rysunek 2. Proporcja grupowych polis prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, 2006 (%).

Źródło: [4].

Ubezpieczyciele często preferują grupowe ubezpieczenia ze względu na niski koszt jednostkowy. Ponadto proponuje się grupom niższe składki i korzystne warunki

umowy, co oznacza, że ubezpieczyciele obejmują polisą populację młodszą, zdrowszą, bardziej jednolitą (homoogeniczną). Ten rodzaj polisy uważany jest przez ubez-

pieczyteli za dobry środek zapobiegania „przewrotnej/negatywnej selekcji” (*adverse selection*)². Składki na ubezpieczenie grupowe opłacane są przez samych pracowników lub też pracodawca pokrywa część lub całość kosztów ubezpieczenia. Pracodawcy zyskują na oferowaniu swoim pracownikom grupowych PUZ, gdyż szybszy dostęp do opieki zdrowotnej skraca czas przebywania pracownika na zwolnieniu chorobowym. Większa siła nabywcza pracodawców (w porównaniu z jednostkami) obniża średni koszt ubezpieczenia, na czym zyskują również pracownicy; polisy grupowe nie tylko są tańsze, lecz także są mniej podatne na wzrost ceny ubezpieczenia. Dodatkowo polisy grupowe często szacują poziom składki na podstawie ryzyka całej grupy (*group rating*), co poprawia dostęp do PUZ osobom starszym oraz tym, u których wcześniej wystąpiły stany chorobowe³ (ang. *pre-existing conditions*) [4].

Rynek PUZ zdominowany przez polisy grupowe może zwiększyć nierówności w dostępie do PUZ. Ta sytuacja znajduje potwierdzenie w fakcie, iż marże na polisy grupowe są mniejsze niż na polisy indywidualne [4].

Cechy ubezpieczonych w PUZ

Na podstawie danych dotyczących objęcia populacji przez PUZ można określić, że przeciętny nabywca PUZ w krajach UE to 40–50-letni mężczyzna mieszkający w dużym mieście, należący do grupy osób o wyższym dochodzie. Dane wskazują także, iż jest on lepiej wykształcony, a wykonywany przez niego zawód wymaga wysiłku umysłowego. Pracuje często na stanowisku kierowniczym lub wyższym bądź też jest zatrudniony w dużej firmie albo też pracuje na własny rachunek (samozatrudnienie) [4]. **Tabela IV** podaje podsumowanie informacji z wybranych krajów na temat klientów PUZ.

Koszty administracyjne prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego

Koszty zarządzania i administracji instytucji prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych z reguły są wyższe niż w powszechnym/statutowym systemie ochrony zdrowia. Fakt ten wynika z rozbudowanej biurokracji koniecznej do oceny ryzyka, ustalenia wysokości składki oraz zaprojektowania pakietów ubezpieczeniowych. Ubezpieczyciele muszą również liczyć się z kosztami pracy związanymi z opiniowaniem wniosków klientów i wypłatą świadczeń. Ponadto prywatni ubezpieczyciele muszą ponosić wydatki na reklamę, marketing oraz dystrybucję swoich produktów (często poprzez przedstawicieli i agentów ubezpieczeniowych), a także na własne ubezpieczenie [4].

Mimo że dane dotyczące wysokości kosztów administracyjnych ubezpieczycieli w krajach OECD są ograniczone, to dostępne rachunki potwierdzają tezę

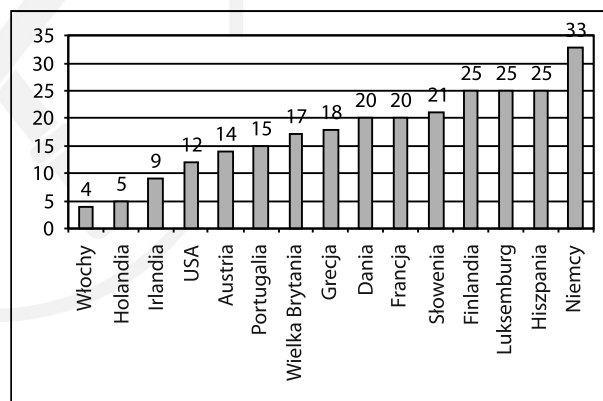
o wyższych kosztach administracyjnych PUZ w porównaniu z powszechnym systemem ochrony zdrowia [6]. Ogólnie koszty administracyjne ubezpieczycieli wynoszą od 10 do 25% całkowitych przychodów ze składek (**Rysunek 3**). Natomiast koszty administracyjne powszechnego systemu zdrowotnego wynoszą przeciętnie mniej niż 10% [4]. Z danych na rysunku wynika, że największe koszty ponoszą ubezpieczyciele PUZ w Niemczech, podczas gdy instytucjom we Włoszech udaje się zachować około 96% przychodów ze składek.

4. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne we Francji

Francja jest krajem, w którym mimo posiadania skomplikowanego powszechnego systemu ochrony zdrowia rynek ubezpieczeń prywatnych funkcjonuje sprawnie (w 2010 r. aż 81% populacji wydało mu bardzo dobrą ocenę [7]). W 2004 r. aż 92% populacji posiadało PUZ [5].

Ubezpieczenie w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (społeczne ubezpieczenie zdrowotne – SUZ, ang. *social health insurance*) jest obowiązkowe dla wszystkich obywateli Francji. Od 1999 r. osoby, które nie są objęte żadnym ubezpieczeniem zdrowotnym, mają zapewnioną ochronę zdrowia w podstawowym zakresie przez państwo [3].

Posiadanie prywatnego pakietu zdrowotnego jest dobrowolne. Większość Francuzów posiadających PUZ jest ubezpieczonych przez pracodawcę. Oczywiście mogą ubezpieczać się indywidualnie, jednakże to grupowe



Uwagi: Dane dotyczące Danii i Luksemburga odnoszą się do komercyjnych ubezpieczycieli. Koszty organizacji ubezpieczeniowych *non-profit* w Danii ponoszą koszty administracyjne w wysokości około 5% przychodów ze składek.

Rysunek 3. Koszty administracyjne prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako proporcja przychodów ze składek, 2006 (%). Źródło: [4].

² Przewrotna/negatywna selekcja oznacza formę zawodności rynku, odnoszącą się do asymetrii informacyjnej między ubezpieczycielem a ubezpieczonym (klientem). Jeśli klient może ukryć prawdziwy poziom ryzyka (stan zdrowia, ryzyko choroby) przed ubezpieczycielem, to może uzyskać polisę ubezpieczeniową, która nie odzwierciedla ryzyka, przed jakim ubezpieczenie jest zawierane. Ta sytuacja może doprowadzić do zagrożenia zdolności finansowej ubezpieczyciela.

³ Choroby przewlekłe oraz inne stany chorobowe, które się pojawiły, zanim osoba wystąpiła o ubezpieczenie w PUZ.

Kraj	Wiek	Wykształcenie	Dochód	Zatrudnienie	Region	Inne
Austria	30–40	Lepiej wykształceni	Wyższy dochód	>50% samozatrudnieni, 44% urzędnicy państwowi, 40% zatrudnieni, 32% robotnicy, 25% rolnicy	Miejski	nd
Francja	30–80	nd	Wyższy dochód	Zatrudnieni oraz pracownicy wykwalifikowani	nd	nd
Niemcy	W każdym wieku	Lepiej wykształceni	Wyższy dochód	Pracownicy o wyższym dochodzie, samozatrudnieni, urzędnicy państwowi ubezpieczeni w PUZ przez całą historię kariery zawodowej		Więcej mężczyzn niż kobiet, mniej dzieci
Łotwa	40–50	Lepiej wykształceni	Wyższy dochód	Średni i wyżsi menedżerowie	Miejski, szczególnie Ryga	nd
Wielka Brytania	40–65	Lepiej wykształceni	Wyższy dochód	Profesjoniści i menedżerowie dwa razy częściej nabywają PUZ niż niewykwalifikowani pracownicy czy bezrobotni, ponadto 9 razy większe prawdopodobieństwo posiadania w tej grupie PUZ opłaconego przez pracodawcę	Południowo-wschodnia Anglia, Londyn	Niemal 3 razy większe prawdopodobieństwo, że klientem będzie mężczyzna
Hiszpania	nd	Lepiej wykształceni	Wyższy dochód	nd	Miejski, szczególnie Barcelona i Madryt	nd
Włochy	nd	Lepiej wykształceni, szczególnie z wykształceniem uniwersyteckim lub wyższym	Wyższy dochód	Profesjoniści i menadżerowie, samozatrudnieni	Północne Włochy; 10% rodzin ma przynajmniej jednego członka z PUZ w porównaniu z 7% w centrum i 2% na południu kraju	Gospodarstwa domowe, których głową rodziny jest mężczyzna, głowa rodziny ma 41–50 lat; większe rodziny

Uwagi: nd – dane niedostępne.

Tabela IV. Charakterystyka klientów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, różne lata.

Źródło: [4].

kontrakty – współfinansowane przez pracodawcę – mają lepszy zakres przedmiotowy oraz niższą składkę niż umowy indywidualne [8].

Funkcje prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych we Francji

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne we Francji uzupełniają publiczny system ubezpieczeń zdrowotnych. PUZ działa jako współpłatnik w systemie. Ubezpiecza obywateli ze względu na koszty indywidualne, ponoszone z powodu:

- nieobjęcia przez społeczne ubezpieczenia zdrowotne wszystkich usług zdrowotnych;
- współpłacenia pacjentów za kosztowne usługi, szczególnie specjalistyczne, leki⁴ i pobyt w szpitalu (opłaty *per diem* za hospitalizację – 18 €⁵), sprzęt medyczny oraz pomocnicze/dodatkowe usługi i przedmioty medyczne, takie jak opieka dentystyczna, okulary, soczewki kontaktowe oraz aparaty słuchowe [9]. Należy przy tym odnotować, że – zgodnie z zamyśłem francuskiego ustawodawcy – niektóre z kosz-

tów opieki medycznej nie mogą być objęte żadnym ubezpieczeniem (nie można się od nich ubezpieczyć), aby zwiększyć odpowiedzialność pacjentów za wydatki na zdrowie. Te koszty to np. opłata 1 € za wizytę lekarską oraz dopłaty za leki, transport i konsultacje paramedyczne⁶;

- wyższego standardu pozamedycznych warunków świadczenia usług, np. jednoosobowy pokój w szpitalu, czy objęcia usług związanych ze zdrowiem, ale pozamedycznych, np. konsultacje u dietetyka.

PUZ we Francji nie może zapewniać szybszego dostępu do opieki medycznej przez ominięcie kolejki, jak również nie gwarantuje lepszej jakości usług medycznych.

Statystyka prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych we Francji

Dane z 2008 r. wskazują, że aż 93% mieszkańców Francji posiada PUZ, co stanowi trzeci z najwyższych wskaźników w krajach OECD [10]. Wśród nieposiadających PUZ większość wykazuje niskie zarobki [11].

⁴ Jedynie leki generyczne są całkowicie finansowane przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

⁵ Aktualizacja na dzień 1 stycznia 2010 r.

⁶ 0,5 € za opakowanie leków, 0,5 € za wizytę lekarską oraz 2 € za transport. Jednakże w tych przypadkach ustalono górny limit kosztów, jakie pacjent może ponieść w ciągu roku – wynosi on 50 €.

	Szpital	Leki	Lekarze POZ	Materiały medyczne	Opieka dentystyczna	Suma
Powszechny system (<i>Assurance Maladie</i>)	92%	65,6%	71,8%	44,8%	34,8%	76,4%
Prywatne ubezpieczenia zdrowotne	4,2%	17,6%	20,2%	25,4%	35,2%	12,4%
Bezpośrednie opłaty pacjentów	3,7%	16,8%	8,0%	29,8%	30,0%	11,2%
Suma	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Uwagi: POZ – podstawowa opieka zdrowotna.

Tabela V. Struktura wydatków na zdrowie w roku 2008.

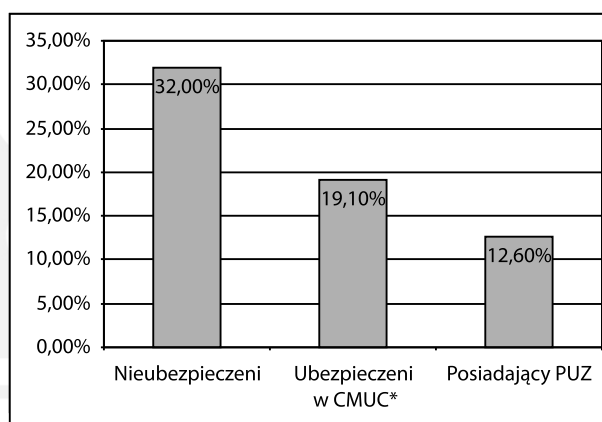
Źródło: [10].

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne pokrywają około 12,4% całkowitych wydatków na zdrowie (czyli 21 miliardów €), a zatem więcej niż wynoszą wszystkie wydatki indywidualne (*out of pocket payment*) – 11,2% (Tabela V). W ciągu ostatnich 10 lat struktura wydatków na zdrowie nie uległa zasadniczym zmianom, chociaż udział PUZ nieco wzrósł [10].

Wpływ prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na sprawiedliwość w systemie oraz dostęp do opieki medycznej

Mimo faktu, iż PUZ nie są obowiązkowe, stanowią one kluczowy element w dostępie do opieki zdrowotnej. W badaniu przeprowadzonym przez Kambia-Chopin i in. w 2006 r. brak uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego został zidentyfikowany jako jeden z najważniejszych czynników rezygnacji z opieki medycznej [8]. Osoby nieposiadające PUZ częściej rezygnują ze świadczeń opieki zdrowotnej (Rysunek 4).

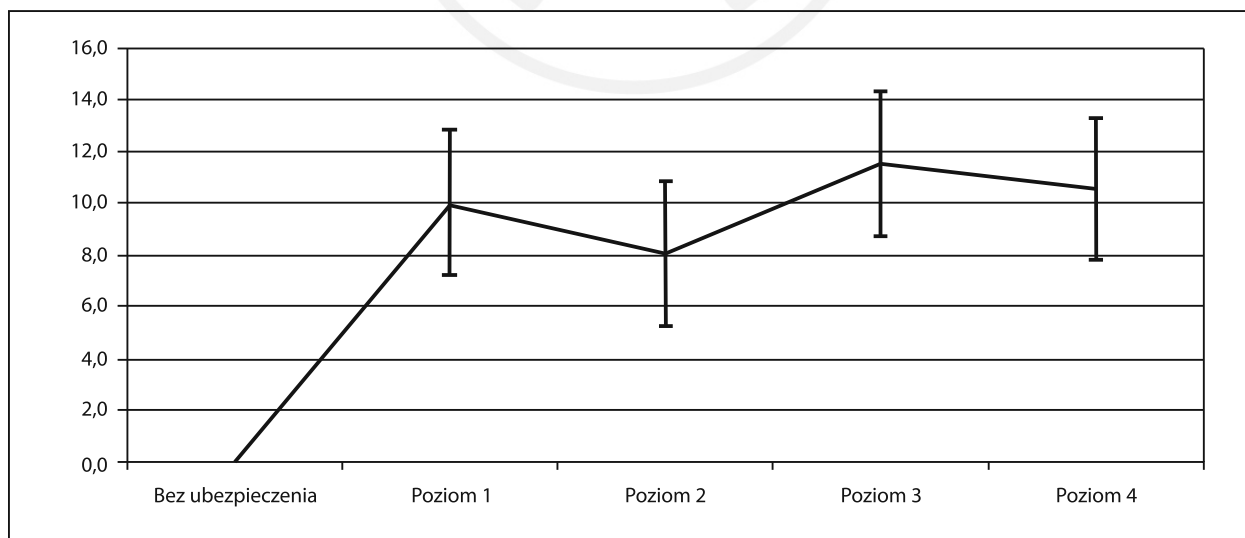
Prywatne ubezpieczenie zdrowotne w znaczny sposób zwiększa prawdopodobieństwo skorzystania z usług optyka/okulisty [12]. Podobne zjawisko zauważono w przypadku opieki dentystycznej (Rysunek 5).



Uwagi: CMUC – prywatne ubezpieczenie zdrowotne dotowane przez państwo dla gospodarstw domowych o niskich dochodach.

Rysunek 4. Wskaźnik rezygnacji ze świadczeń medycznych w zależności od rodzaju ubezpieczenia.

Źródło: [8].



Rysunek 5. Różnice w prawdopodobieństwie zakupu protezy dentystycznej w zależności od poziomu ubezpieczenia w PUZ.

Źródło: [12].

Krytyka PUZ we Francji dotyczy głównie tego, że pokusa nadużywania świadczeń (*moral hazard*) jest większa niż korzyści ze wzrostu dostępu. W odpowiedzi na tę krytykę przeprowadzono badania, które wykazały jednak, że PUZ w istotny sposób przyczynia się do wzrostu dostępu do wizyt lekarskich, szczególnie ludzi ubogich, nie zwiększając istotnie średniego kosztu wizyty. Nie wpływa też na nadużywanie świadczeń [12]. Mimo badań ocena PUZ jest nadal zróżnicowana. Zwłaszcza ekonomiści nastawieni są krytycznie do rozbudowywania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ze względu na pokusę nadużywania świadczeń, gdy z bezpośredniego pola widzenia znika ich cena.

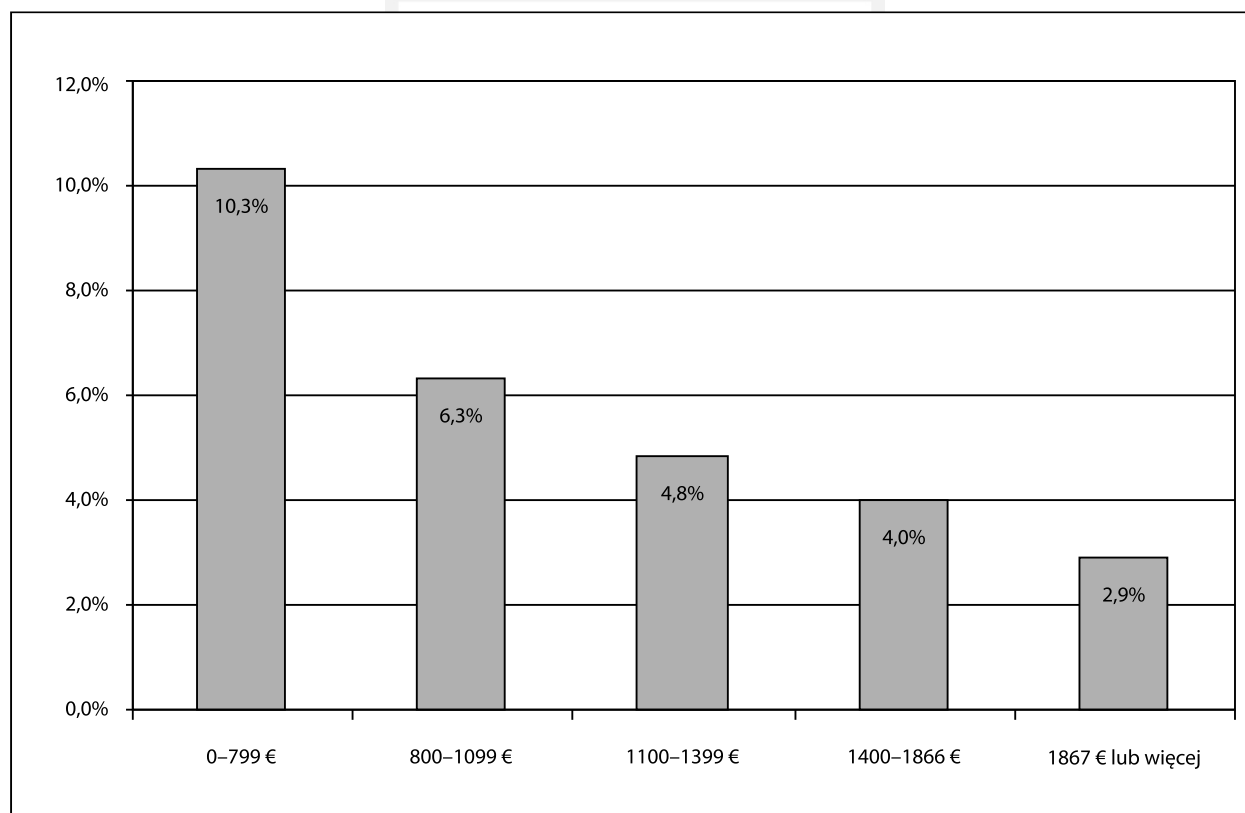
PUZ jest również krytykowane ze względu na zagrożenie równości dostępu w ochronie zdrowia. Badania wykazały bowiem, iż istnieje znacząca pozytywna korelacja między dochodem a dostępem do PUZ. Jest to oczywiste, jako że jednym z głównych czynników decydujących o nabyciu PUZ jest dochód. W 2006 r. 14,4% gospodarstw domowych, których dochód był mniejszy niż 800 €, nie posiadało żadnej formy prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, podczas gdy tylko 3% zamożniejszych gospodarstw domowych nie posiadało takich ubezpieczeń (**Rysunek 6**) [8].

Poza problemami gospodarstw o niskim dochodzie z dostępem do PUZ gorszy jest również pakiet podmiotowy ubezpieczenia w porównaniu z gospodarstwami o wyższych dochodach.

Działania mające na celu doskonalenie systemu

Kolejne rządy francuskie, przykładając dużą wagę do rozszerzenia PUZ na całą populację, od 2000 r. podjęły wiele działań mających na celu zwiększenie dostępności PUZ dla biedniejszych gospodarstw domowych:

- W 2000 r. wprowadzono *couverture maladie universelle complémentaire* (CMUC). Jest to darmowe uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne ze ściśle określonym koszykiem oraz zasadami finansowymi⁷. Dostęp do CMUC jest definiowany poziomem dochodu gospodarstwa⁸. W 2009 r. około 4,2 mln populacji zostało objętych systemem CMUC [13].
- W 2004 r. wprowadzono dodatkową pomoc finansową *l'aide complémentaire santé*, aby pomóc tym, których dochód jest wyższy niż limity CMUC, ale nadal niewystarczający na zakup PUZ [13].
- Ponadto osoby z chorobami przewlekłymi (według listy chorób zdefiniowanej przez Ministerstwo Zdro-



Rysunek 6. Udział dochodu populacji przekazywany na PUZ w zależności od dochodu.

Źródło: [12].

⁷ Brak dopłat, brak przedpłacenia.

⁸ Dochód miesięczny mniejszy niż 634 € na jedną osobę w gospodarstwie domowym; dochód mniejszy niż 951 € na dwie osoby w gospodarstwie domowym; dochód mniejszy niż 1142 € na trzy osoby w gospodarstwie domowym; dochód mniejszy niż 1332 € na 4 osoby oraz mniejszy niż 1586 € na 5 osób w gospodarstwie domowym.

wia) są w pełni ubezpieczone w systemie społecznych ubezpieczeń zdrowotnych.

W związku ze znacznym deficytem w publicznych finansach zdrowotnych we Francji⁹ oraz oczekiwanym wzrostem przyszłych wydatków na zdrowie (wzrost liczby chorujących przewlekle, starzenie się społeczeństwa) proponowane są nowe reformy, które mają na celu ścisłą kontrolę kosztów przy zachowaniu wysokiej jakości opieki medycznej. Jednym z kierunków wytyczanych przez aktualną debatę jest podniesienie współpłacenia. Podążając za tą myślą, wydatki na zdrowie mogą się stać coraz bardziej istotną częścią w budżecie gospodarstw domowych. Z tego powodu posiadanie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w dalszym ciągu będzie sprzyjać łagodzeniu bezpośrednich obciążeń indywidualnych.

5. Wnioski

Mimo że w większości krajów europejskich PUZ nie odgrywa znaczącej roli w systemie ochrony zdrowia w zakresie finansowania czy też zwiększenia dostępu do opieki zdrowotnej, to doświadczenie pokazuje, że PUZ pełnią kilka ważnych funkcji, które należy brać pod uwagę w debacie na temat ich oceny [1].

Po pierwsze – na skutek wzrostu kosztów systemu, prowadzącego do ograniczania zakresu społecznego ubezpieczenia zdrowotnego (tak w zakresie przedmiotowym, jak i podmiotowym), pozwalają z jednej strony uzupełniać ten zakres, a z drugiej – łagodzić, a nawet niwelować bezpośrednio obciążenia pacjentów z tytułu tych ograniczeń.

Po drugie – pozwalają na wybór, a jednocześnie nie muszą ograniczać dostępu, czego dowodzą doświadczenia Francji, gdzie wzrosła reaktywność systemu na potrzeby populacji.

Po trzecie – wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, silnie związanych z ubezpieczeniami publicznymi, jest wielkim wyzwaniem dla sektora zdrowotnego, który wymaga kompleksowego i skoordynowanego zarządzania oraz kontroli.

Mimo że PUZ może być pod pewnymi warunkami korzystnym rozwiązaniem dla systemu ochrony zdrowia, równocześnie jednak pojawiają się wątpliwości:

- dotyczące ograniczeń w osiąganiu pełnej równości dostępu;
- wyższych kosztów administracyjnych funkcjonowania PUZ;
- wysokich kosztów transakcyjnych funkcjonowania całości systemu ochrony zdrowia.

Wprowadzenie PUZ w kraju, w którym dotychczas nie działał ten segment systemu ochrony zdrowia, wymaga licznych analiz, które powinny poprzedzać propozycje implementacyjne. Analizy te powinny objąć:

- korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej przez różne grupy ludności pod względem statusu społeczno-dochodowego;
- rozwój dochodów ludności i kształtowanie się elastyczności dochodowej na wydatki na zdrowie;

- ocenę poziomu popytu na usługi PUZ, uwzględniającą awersję do ryzyka choroby i związanych z nią kosztów;

- potencjalne ograniczenia finansowania systemu publicznego i tworzenie przestrzeni dla rozwoju PUZ.

Decyzja o wprowadzeniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest na tyle istotna w kontekście całości polityki zdrowotnej, że *policy makers* stawiają sobie pytania zasadnicze [14]:

- czy PUZ może zmobilizować dodatkowe środki dla sektora zdrowotnego, tak aby wynik netto był dodatni, uwzględniając relatywnie wysokie koszty administracyjne i transakcyjne włączenia prywatnych ubezpieczycieli do systemu ochrony zdrowia?;
- czy PUZ może wyzwolić bodźce do wyższej jakości i efektywności kosztowej świadczeń zdrowotnych w ochronie zdrowia?;
- czy PUZ, zapewniając wybór i wyższy poziom świadczeń zdrowotnych pewnym grupom ludności, jest w stanie nie ograniczyć ogólnej równości dostępu?

Pozytywna odpowiedź na te pytania, jak pokazują doświadczenia niektórych krajów, a szczególnie Francji, jest w znacznej mierze możliwa, ale warunkiem jest sprawny i transparentnie funkcjonujący publiczny sektor opieki zdrowotnej [15]. Podstawą jest bowiem kompatybilność i skuteczne współistnienie (współdziałanie) obu sektorów: publicznego i prywatnego.

Abstract:

Private health insurance market in European countries. French example

Key words: private health insurance, voluntary health insurance, market, France

Private health insurance exists alongside to the statutory health system in most of the European countries. The reason to introduce PHI in health care system, among other, is limiting public health care expenditures by involving private insurers and individuals. Moreover it is believed that increase in competition between public and private insurers would expand consumers' choice in health care. Despite all similarities in terms of main goals and general structure of health care system, PHI institutions in European countries vary.

The aim of the article is to present classification and examples of private health insurance solutions. More focus is put on French PHI system as an instance of existence of many types of PHI under specific regulations.

The article also shows characteristics of PHI types. Furthermore the EU Third Non-Life Insurance Directive is presented as a main regulatory framework for PHI. PHI market basic information is included.

Piśmiennictwo:

1. Thomson S., Foubister T., Mossialos E., *Financing health care in the European Union. Challenge and policy responses*. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2009.
2. Sowada C., *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*. „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”. 2003; tom I, nr 1.

⁹ 10,6 mld € w 2009 r.

3. Mossialos E., Thomson S., *Voluntary health insurance in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2004.
4. Thomson S., Mossialos E., *Private health insurance in the European Union*. Final report prepared for the European Commission, June 2009.
5. Private Health Insurance in OECD countries. Policy Brief. „OECD Observer” 2004.
6. Thomson S., Mossialos E., *Private health insurance and access to health care in the European Union*. „Euro Observer” Spring 2004; 6: No. 1.
7. *Accenture Citizen Experiences Study. Measuring people's impressions of healthcare*. Accenture 2010.
8. Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T., *La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire. Résultat de l'enquête santé protection sociale 2006*. Questions d'économie de la santé IRDES, Mai 2008, No. 132.
9. Vasselle A., *Sénat – Rapport d'information*. Sénat, 2008, n°385.
10. DREES (2009), *Les comptes nationaux de la santé en 2008, DREES, Etudes et résultats*. Septembre 2009, No. 701.
11. Allonier C., Guillaume S., Rochereau T., *Health, Health Care and Insurance Survey 2004: first results*. IRDES, Questions d'économie de la santé, 2006, No. 110.
12. Lengagne P., Perronnin M., *Impact des niveaux de garanties des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursés par l'Assurance Maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires*. Questions d'économie de la santé IRDES, 2005, No. 100.
13. *CMU Rapport d'activité 2009 – Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie*. CMU.
14. WHO, *Thinking of introduction social health insurance? Ten questions. Technical brief for policy – makers*. Department of Health System Financing 2010.
15. Golinowska S., *Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia. Przestrzeń i warunki wprowadzania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych*. „Wiadomości Ubezpieczeniowe. Biblioteka Ubezpieczeniowa, Polska Izba Ubezpieczeń” 2008; lipiec: 4–14.

■ O autorkach:

mgr Irmína Jurkiewicz – asystent w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Carole Tinardon – studentka międzynarodowych studiów European Public Health Master EUROPUBHEALTH (w latach 2009–2011)



Wim Groot

Quality and efficiency improvement and cost containment through regulated competition in the Dutch health care system

Key words: health care reform, the Netherlands, quality, efficiency, cost containment

■ Introduction

In 2006 the Netherlands commenced a major reform of its health care system. For consumers the most notable element was the reform of the health insurance system. The then existing system of social health insurance for people with below average income and private health insurance for people with above average income was replaced by a universal private health insurance with the identical entitlements and contributions for all. Tax subsidies helped low income people to cover the costs of health insurance. A second element of the reforms was the gradual introduction of elements of managed competition in hospital markets. More general, health insurers and health providers were given more freedom in contracting as the regulation that obliged health insurers to contract every registered health care provider – general practitioner, hospital, physiotherapist, etc. – was abolished.

The main aims of the reforms were to improve the so-called “public interests” in health care. These “public interests” were defined as quality, access, efficiency and cost containment in health care. At the time of the reforms it was widely recognized that the health care system failed to deliver on these public interests. Access to health care was severely hampered by waiting lists. Before the health insurance reforms, contributions to health care financing were highly regressive with low income earners contributing a larger share of their income to the health care system than people with a high income. Dissatisfaction with the performance of the health care system was widespread among the population, and it was widely believed that the system was lagging behind in efficiency and quality of health care delivery. Productivity growth in health care was negligible and in some parts of the health care system even negative.

The aim of this paper is twofold: to describe the reforms that have been enacted and to evaluate the impact of these reforms on the “public interests” in health care.

■ Reform of the health insurance system

The aim of the health insurance reform was to marry the aspiration of “universal coverage” with the principles of regulated competition. The new insurance law obliged all residents to have basic health insurance, provided by 14 competing private insurance companies and several related subsidiaries. Insurers are required to accept each applicant at a community-rated premium regardless of age or pre-existing health conditions. The basic health insurance covers hospital care, care by general practitioners and medical specialists, prescription drugs, maternity care, obstetrics, technical aids and dental care for children. Insurers are obliged to accept every eligible applicant, regardless of their risk profile. Once a year there is a six week period in which individuals have the opportunity to switch health insurers.

The basic package of the Dutch health insurance system (“Zorgverzekeringswet”) is financed by income-related premiums and nominal premiums. In order to ensure that insurance providers can continue to operate profitably despite carrying such a wide range of risks, the government has also created a “risk equalization fund”, to which premium payers are obliged to contribute. On average, 50% of total health expenditures are financed by income-related contributions. The income-related contributions are paid into the Risk Equalization Fund, out of which insurers receive equalization payments to compensate for high-risk enrollees. Variables that determine the compensation level out of the Equalization fund include, age, gender, postal code, and medical consumption in the past. The Risk Equalization Fund was established in order to create a level playing field among competing insurance companies.

About 45% of total expenditures are financed through the community rated insurance premiums. These premiums go to the insurance company directly and are not redistributed through the Risk Equalization Fund. Insur-

ance companies compete among each other on the level of these community rated premiums.

The direct cost to consumers of this system are moderate: the average insurance premium for an individual is approximately 1050 € per year. These premiums are paid directly to the insurer and are community rated for all insured with the same type of insurance policy provided by the insurance company. Insurers offer both “in-kind” insurance policies and policies based on cost refunding. Insurers compete to offer the basic insurance at the lowest possible premium (and the best possible quality).

There is a compulsory deductible of 155 € per year (in 2010) and the option for a maximum voluntary deductible of 500 € (i.e. 655 € in total). The costs of the general practitioner are exempted from the deductible. For care that is not included in the basic package – such as dental care for adults, alternative medicine and most of the physiotherapy – there is a voluntary supplementary insurance with risk-related premiums.

Children below the age of 18 are exempted from paying insurance premiums. The government finances medical care for children up to the age of 18 through the risk equalization fund. People with low income are directly compensated for the costs of the nominal insurance premium. They receive an income dependent supplementary care benefit through the tax office to compensate them for the cost of the community rated premiums. This compensation is paid out of general taxation.

Approximately 98% of the population has bought a basic health insurance. Nearly 2% of the population is uninsured, while a similar percentage has insurance but is late with its premiums. In addition to the basic package approximately 90% of the population buys a supplementary health insurance package as well.

The introduction of the new insurance system has had several notable benefits. Most obviously, it has led to fierce price competition and a large number of consumers switching health insurers. At the introduction of the new system approximately 20% of the insured switched to a different insurer. In later years this declined to an annual switch rate of about 5%. Price competition was heavy at introduction but has declined over the years, as the health insurance sector has consolidated through mergers and takeovers. The four major health insurers now cover more than 80% of the market. During the first years after the introduction all major health insurers had losses on the basic health insurance. These losses are covered by capital the insurers accumulated in the past and by profits they made on the supplementary insurances. Currently most insurers make a small profit on the basic package as well.

For the in-kind insurance policies, insurers contract directly with health care providers. Increasingly insurers engage in preferred-providers contracts, with insurers providing incentives to their customers to use these preferred providers. From 2009, insurers can waive the deductible (both the compulsory and the voluntary one) if the customer uses one of the preferred providers.

Managed competition in hospital markets

In 2010 the Netherlands counted 98 hospitals (including 8 academic hospitals). Aside from these general hospitals there are a small but growing number of – so-called – independent treatment centers which provide specialized ambulatory care, day care and in some cases also provide in-patient care for selective treatments.

All hospitals in the Netherlands are private, not-for-profit institutions. Private equity ownership is legally not allowed. It is expected, however, that in the coming years experiments with (partially) for profit hospitals will be conducted. Legal ownership of almost all hospitals and independent treatment centers is by a not-for-profit foundation. Hospital management lies with an executive board of two to five people, depending on the size of the hospital. A board of trustees of the foundation provides oversight and governance to the executive board. All medical specialists at academic hospitals are in paid employment of the hospital. At general hospitals most medical specialist are not in paid employment with the hospital. In the general hospitals specialists are usually partners in a cooperation of medical specialists. The cooperation of medical specialists is a independent legal entity. Each individual specialist enters into a contractual relation with the hospital in order to be allowed to practice in the hospital.

A crucial element in the introduction of regulated competition in hospital markets was the introduction of Diagnosis Treatment Combinations (DBC). A DBC is a 7 figure classification code that a patient receives after a first contact with a medical specialist in the hospital (mostly at the first visit of the polyclinic). The DBC code specifies the diagnosis and the normative treatment in terms of consultations, diagnostic tests, treatment and normative time spent on the patient by medical specialists. It somewhat resembles the Diagnostic Related Groups (DRG) that are used in hospital financing elsewhere, but by construction and content the DBC's are different from any DRG system.

Since 2008 hospital reimbursement is based on the number of DBC's produced. The DBC price or tariff includes the full costs of treatment, including hospital stay, materials, costs of physicians and staff, and compensation for equipment and building costs. Consequently, hospitals have to cover all costs from the production of DBC's, whereas previously hospital received separate budgets for hospital beds, building and renovation, purchase of equipment, and treatment of patients. This change to a full cost reimbursement based on production of care has substantially increased the financial risks for hospitals. As a result some hospitals have started to make financial losses and a few of them have become insolvent.

The DBC's also determine the compensation for medical specialists. Each DBC includes a normative time for medical specialist care. For each hour allocated in the DBC the medical specialist receives 132.50 €. This includes costs for overhead for the medical specialist. Total

revenue for the medical specialist is determined by the total number of DBC's produced, the normative time per DBC times 132.50 €.

For about a third of all hospital interventions DBC prices are freely negotiable. The DBC's for which prices are negotiable mainly include elective surgery. Hospitals compete on price and quality of care in contracting insurers for these procedures. Insurers use these cost and quality differences to steer patients to preferred providers. By contracting more with hospitals that offer lower prices and better quality, insurers reduce waiting times at these hospitals. Shorter waiting times are used by insurers to steer patients to these hospitals.

■ Governance in health care

There is an extensive system of external governance. This external governance complements the internal governance by the board of trustees or the non-governing board of the health care organization. The Dutch Health Authority (Nederlandse Zorgautoriteit, Nza) monitors the health insurance market and the health care delivery markets. It is the task of the Health Authority to guard the public interests and to ensure access, freedom of choice and managed or regulated competition in the system. The Health Authority also has the responsibility to set prices or tariffs in health care markets where prices are not freely negotiable. Quality of care is monitored and safeguarded by the Health Care Inspectorate (Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ). Major mergers between health care organizations are subject to approval of the Netherlands Competition Authority (Nederlandse Mededingingsautoriteit, NMa). The Competition Authority can also intervene and impose sanctions when two or more health care organizations are colluding to increase prices or try to divide the market between themselves.

A quasi-governmental institution, the College of Health Insurance (College voor Zorgverzekeringen, CVZ) advises the minister of health about the content of the insured package and the inclusion of innovative treatments for reimbursement in the basic health insurance package. The minister of health almost always adheres to the advice of the College in his decision about the insurance package.

The income-related premiums that are collected by the tax administration and are put in the Risk Equalization Fund, are subsequently allocated by the College of Health Insurance (CVZ) to the separate health insurers. CVZ uses a risk adjustment formula to compute the prospective budgets of the health insurers.

■ The effects of the reforms on the "public interests"

What have been the effects of the gradual reforms in the health insurance and health care purchase markets on the 'public interests' defined by the Dutch government?

Quality

In 2009 and 2010 the Netherlands ranked first on the Euro Health Consumer Index which measures quality of health care systems in Europe (see www.healthpowerhouse.com/archives/cat_media_room.html). This first place is generally perceived as a result of the health care reforms.

In 2008 a number of health insurance companies started to work together with local, regional or national patients groups to develop patient-centered criteria for contracting care-providers. Insurers have become more and more interested in the preferences of patients for the sake of purchasing. After all, it makes good business sense.

This coalition of insurance providers and patients seems to be quite effective. It has provided a counterbalance to the strong health care providers, traditionally the most powerful player in this market. It improves the position of the patient and it entitles the insurer as the formal representative on the demand side. Moreover it provides a strong incentive for the insurer to concentrate on patient-oriented care and on quality, instead of focusing on the price of their policies.

Insurers also use selective contracting to steer patients. Selective contracting enables insurers to offer quicker access to care in one hospital while at the same time lengthening waiting times at others. Insurers use the length of waiting time to steer patients to better quality hospitals. Recently, one of the largest health insurers published a list with quality ratings of breast cancer treatment of all Dutch hospitals and announced that it will no longer contract the worst performing hospitals for breast cancer treatment. Other health insurers have announced they will also use explicit quality indicators for selective contracting. For this, some insurers use negative lists of hospitals they do not want to contract, others use positive lists of preferred (or star-rated) providers. Aside from selective contracting, insurers are able to guide patients to their preferred providers by providing counseling and information to their insured where to find treatment.

The Dutch government has tried to bring greater transparency to the performance of health care providers. Within a few years, providers will be obliged to quantify the quality of the care they provide, in a way that will enable patients themselves to make an informed choice about the different options. Patients will be able to 'vote with their feet' to determine which insurance companies offer the best value.

Access

Waiting lists for hospital treatment and medical specialist have either disappeared or have been greatly reduced over the past ten years. This is partly due to efficiency improvement and productivity growth (better planning and improved logistic processes). The main reason for the reduction in waiting lists is the increase in health care spending which has led to more treatment of patients by physicians.

In the health insurance market the regressive system that was in place before the reforms has been replaced by a system with the same basic package of entitlements for all citizens (previously people with private insurance could choose what to insure and what not) and a fairer distribution of contributions because of the tax subsidies for low income people (previously young high income earners with private insurance paid far less in health insurance premiums than low income earners who were in the compulsory social insurance system).

Efficiency

One of the most remarkable achievement of the liberalization of hospital prices has been an increase in productivity growth. During the period 2000–2008 average annual labor productivity growth in hospitals was 0.8% [1]. This is double the labor productivity growth in the entire health care sector (0.4%). Productivity growth also has increased after prices for hospital treatment (DBC prices) were partially liberated.

Cost containment

The risk equalization system provides some incentives to insurers for cost control. For insurers the greatest financial risks are on the costs for general practitioners and pharmaceuticals. For hospital costs there is a risk sharing mechanism or a mutual insurance by which high hospital costs are partly shared between insurers. Also insurance companies are compensated if the macro budget for health care – on which the premium levels are based – is exceeded. These ex post compensation mechanisms considerably reduce the financial risks for insurers and consequently the incentives for insurers to force hospitals to reduce costs and increase efficiency.

The prospective budget that health insurers receive from the Risk Equalization Fund for hospital care is supplemented by this generous ex-post compensation system. Consequently, health insurers are only partly

financial responsible for hospital costs. For them additional hospital costs are partly a free lunch compared to pharmaceutical cost and other outpatient costs. This “perverse” incentive discourages substitution of inpatient care by outpatient or pharmacotherapeutic care. Health insurers have little incentives for cost containment in the hospital sector in favor of outpatient care and innovative pharmaceutical care even when the utilization of innovative drugs is more cost effective.

Health insurers do bear the full financial risks for all non-hospital costs (including all outpatient pharmaceutical costs). If the prospective budget for the non-hospital costs for some or all health insurers turns out to be insufficient afterwards, the financial risk has to be borne by the health insurers. This is a strong incentive for health insurers to contain non-hospital costs, such as pharmaceutical costs.

In short, the main drawbacks of unequal risk regimes of hospital care and non-hospital care in the risk adjustment system are:

- It is not in line with the politically and socially desired shift towards outpatient health care.
- It lowers the efficiency of the Dutch health care system.
- It hampers the realization of welfare gains attributed to the utilization of innovative drugs.
- It may reduce the potential gains in quality of life of patients as they do not receive the best available treatment.

The performance of the health insurers in cost containment is poor. The annual real growth rate of health care costs is 4–6%. Insurers have been most active in reducing costs of generic pharmaceuticals. Most insurers have introduced a so-called preference policy for generics, under which only the cheapest drug within a class of identical generic drugs is reimbursed. This policy has reduced spending on pharmaceuticals by approximately 500 € million per year or 5–10% of the total costs.

The poor performance in cost containment of the Dutch health care system is illustrated by the figures

	Real growth % p.y. (2000–2006)	Expenditures as % BNP	Expenditures on curative care per capita (\$) PPP	Expenditures (\$) PPP per consult
Netherlands	4.2	9.3	1887	394
Denmark	4.1	9.5	1851	268
Austria	2.0	10.1	2151	321
Belgium	2.6	10.4	1679	224
Germany	1.4	10.6	1750	240
France	3.1	11.1	1808	274
Italy	2.9	9.0	1760	251
Spain	4.1	8.4	1361	175
UK	5.1	8.4	Nb.	Nb.
Average	3.4	9.6	1781	268

Table I. Expenditures and expenditure growth in health care, selected countries.

Source: RVZ 2008.

in **Table I**. Both the expenditure growth in the Netherlands and the costs per consult were higher than in most other countries. Furthermore, studies by Kroneman et al. (2009) [2] and OECD (2009) [3] show that the income of general practitioners and medical specialists in the Netherlands are among the highest in the world.

Conclusion

The role of the government in the new system is to ensure the “public interests” in health care and to encourage competition and create countervailing power on the care contracting, the health insurance and the care provision markets. In a system of regulated competition the role of the government is to ensure “public interests”: quality of health care provision, access, efficiency and cost containment. This is primarily done through the governance institutions (Nza, NMA, IGZ). On most of these public interests the health care reforms which started in 2005 (but which are not yet fully implemented) have had positive effects.

However, still much needs to be done. Transparency and choice in healthcare depend on the existence of solid, preferably legally-based, quality standards. These standards are not yet in place in the Netherlands, but the government is working towards their development. It is likely that an independent executive council will be created to set these standards.

The reforms have failed to curb the rapid rising costs of health care. This will most likely prove to be one of the most challenging tasks for the years ahead. Eliminating the risk compensation mechanisms for the health insurers is one of the most important tools to provide insurers with more incentives to control costs.

By now, there is overwhelming evidence for a positive relation between quality and efficiency in health care (see, for example, Ludwig et. al. 2010 for evidence on hospitals in the Netherlands [4]). It is this connection that will eventually force health insurance companies to make purchasing decisions based on quality instead of exclusively on prices. Having said that, the reforms are still a work in progress, and there is still a great deal of room for further efficiency gains from health care providers in the Dutch health care system.

Abstract:

In 2006 the Netherlands commenced a major reform of its health care system. The main elements of the reform were: 1) replacement of the existing system of social health insurance for people with below average income and private health insurance for people with above average income by a universal private health insurance with the identical entitlements and contributions for all 2) the gradual introduction of elements of managed competition in hospital markets. The main aims of the reforms were to improve the so-called “public interests” in health care which were defined as quality, access, efficiency and cost containment in health care.

This paper describes the reforms that have been enacted in the Dutch health care system and evaluates the impact of these reforms on the “public interests” in health care.

The health care reforms have had positive effects on most of “public interests”, though still much needs to be done e.g. development of quality standards, curbing the rapid rising costs of health care. Nevertheless, the reforms are still a work in progress, and there is still a great deal of room for further improvement in ‘public interest’ in the Dutch health care system.

Streszczenie:

Poprawa jakości i efektywności oraz ograniczenie kosztów poprzez regulowaną konkurencję w holenderskim systemie opieki zdrowotnej

Słowa kluczowe: reforma systemu opieki zdrowotnej, Holandia, jakość, efektywność, ograniczenie kosztów

W roku 2006 rozpoczęła się reforma systemu opieki zdrowotnej w Holandii. Główne elementy tej reformy to: 1) wprowadzenie uniwersalnego systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych z jednolitymi dla wszystkich uprawnieniami i składką, obejmując nim także istniejący system społecznych ubezpieczeń zdrowotnych dla osób wykazujących się dochodami niższymi od dochodu przeciętnego oraz prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dla osób z dochodami wyższymi od dochodu przeciętnego, 2) stopniowe wprowadzenie elementów zarządzania konkurencją na rynku szpitalnym. Głównymi celami tych reform było polepszenie tzw. interesu publicznego (*public interest*) w opiece zdrowotnej, na którego definicję złożyły się jakość, dostępność, efektywność oraz ograniczenie kosztów.

W artykule opisuje się reformy, które zostały wprowadzone w holenderskim systemie opieki zdrowotnej z punktu oceny ich wpływu na *public interests* w opiece zdrowotnej.

Reformy opieki zdrowotnej przyniosły pozytywny skutek w odniesieniu do większości komponentów interesu publicznego, chociaż nadal wiele pozostaje do zrobienia, np. poprawa standardów jakości czy ograniczenie gwałtownie rosnących kosztów opieki zdrowotnej. Niemniej jednak realizacja reform nie została jeszcze zakończona i nadal istnieje wiele możliwości uzyskania dalszej poprawy w zakresie *public interests* w holenderskim systemie opieki zdrowotnej.

References:

1. SCP, *Publieke Dienstverlening in Perspectief*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2010.
2. Kroneman M., van der Zee J., Groot W., *Developments in income of general practitioners in eight European countries from 1975–2005*. „BMC Health Services Research” 2009; 9: 26.
3. OECD, *Health at a Glance*. OECD, Paris 2009.
4. Ludwig M., van Merode F., Groot W., *Principal agent relations and the efficiency of hospitals*. „European Journal of Health Economics” 2010; 11: 291–304.

About the Author:

Wim Groot – professor of health economics Maastricht University and member of the Council of Public Health and Health Care in the Netherlands

Adam Reichardt

Health insurance reform in the United States: old lessons on a renewed debate

Key words: American health reform, American health care system, health system financing

■ Introduction

The American health care system is characterized as the most expensive health care system in the developed world¹. According to the most recent health care report by Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), the United States spent 16% of its GDP on health in 2007 (as compared to the OECD average of 8.9%). In 2007, the United States spent \$7 290 per person on health care (compared to \$1 035 per person in Poland), which is almost two-and-a-half times higher than the OECD average (\$2 984 per person)². Yet, despite the amount of money Americans spend on health, the health care system still suffers from inefficiencies in delivering preventive and primary care and palliative and treatment services³.

Unlike most developed countries, the United States lacks a mandate for universal health coverage. The United States does not have a national health insurance program and the health care system is largely based on a fee-for-service system established in the late 19th Century. This has led to a privately run health insurance system, based on the free market and a relatively weak regulatory framework. Yet, the private market has been unable to ensure universal coverage, with 15.4% of the U.S. population (46.3 million Americans) without health insurance in 2008⁴. Additionally, costs of health insurance coverage have continued to rise. Despite efforts by the

private insurance companies to curtail costs (i.e. move to managed-care style insurance), health insurance premiums for families rose 131% between 1999 and 2009⁵.

The election of Barack Obama suggested a shift, even if even temporary, in the American political posture. The costs of health care and the rising number of uninsured Americans without access to proper care was one of the key issues of the Obama election campaign. The political momentum of President Obama's victory and the fact that both chambers of the Congress are controlled by the Democrats are crucial driving factors behind the reforms. Yet, history has proven that even pragmatic change in the American health system is extremely difficult, and any sort of movement towards a national health insurance program is portrayed as a move away from the core values of American society, despite the fact that reformers have been proposing such a program since the early 20th Century.

This article is written primarily for the Polish and the European audience. The aim of the article is to provide a historical perspective on the American health care system and reform, discuss the current state of the system, and analyze the potential effects of proposed reforms in light of this historical framework. The historical section will describe the evolution of the modern American insurance system and illustrate how and why the strength of the opposition for government health care coverage defeated reform efforts in the past.

¹ Igelhart J., *The American Health Care System: Expenditures*. „The New England Journal of Medicine” 1999; 340(1): 70–6.

² Organisation for Economic Co-operation and Development (2009), *Health at a Glance 2009*. http://www.oecd.org/document/14/0,3343,en_2649_34631_16502667_1_1_1_1,00.html. pp. 80–89.

³ Parson M., *Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries?* Written Statement to Senate Special Committee on Aging – 30th September 2009. http://www.oecdwash.org/PDFILES/Pearson_Testimony_30Sept2009.pdf.

⁴ U.S. Census Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*. Washington DC 2009. <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf>.

⁵ The Kaiser Family Foundation & Health Research and Education Trust. 2009 Annual Survey: Employer Health Benefits. <http://ehbs.kff.org/pdf/2009/7936.pdf>.

At various points in history, the majority of efforts for major reform or a national health insurance program in the United States met considerable resistance and failure. The periods immediately following failed reform efforts are characterized with a response from the private sector aiming to curtail the rising costs. These responses seemingly moved the American health care system farther into the free-market, complicating future efforts for reform. In 2009, as in years past, the cycle of health care reform has repeated: rising health care costs, a public call for reform, considerable opposition to reform, and proposals by the President and Congress on the table. The question that remains for 2010: Will this round of health reform finally clear a path to comprehensively alter the complex American health care system or will it once again succumb to the opposition, as it had at many times in the past? If the former, it may truly be a first step to an ideological shift in American political values; if the latter, will the free-market once again step in to alter its model in an attempt to control escalating costs and meet the demand of the uninsured?

History of the American health care system and reform

Institutionalization and evolution of a system: voluntary and employer-based health insurance

The private insurance system in the United States evolved after a series of failed efforts by Democrats and reformists during the 1930s and 1940s to create a government sponsored health insurance program. By 1950, about 54.5 million Americans, roughly one-third of the population, had private health insurance⁶. The decision to exclude government regulated universal health coverage by the United States government, by default, privatized the obligation, in effect delegating this obligation to employers, individuals and insurance companies and institutionalized the employer-based voluntary health insurance system that exists today. The private sector emerged as the primary source of health insurance coverage for Americans and the health care system began shaping itself around it.

Initially, private health insurance plans emerged as a non-for-profit enterprise with prepaid employee plans for hospital coverage. This plan became known as “Blue Cross.” Soon after, “Blue Shield” plans emerged to cover medical costs of physician visits by adopting the Blue Cross framework⁷. When the nonprofit Blue Cross and Blue Shield plans came into existence, most coverage was based on the individual rather than groups. It wasn’t

until after World War II, that employers began providing benefit packages, including the newly minted Blue Cross/Blue Shield-style health insurance, to entice workers⁸. At the same time, private insurance companies began to recognize the opportunity to make a profit and entered the health insurance market as well, in direct competition to nonprofit Blue Cross/Blue Shield plans. Employers began turning to some of the cheaper alternative plans to offer their employees. To accommodate all these changes, the government amended the tax code in 1954 to recognize employer contributions to its employee’s health insurance plans as nontaxable. Between 1953 and 1958, the percentage of Americans covered by private health insurance plans increased from 63 percent to 75 percent, arguably as a result of this tax subsidy⁹. By the mid-1950s, private health insurance, for-profit or not-for-profit, became a fact of American life.

During this time, insurance companies also developed methods on establishing premiums and assessing risk of participants in the plans. The original Blue Cross/Blue Shield plans used a “community rating” system to assess the costs of the plan. The community rating system used the locality in which subscribers live as the risk pool to base the cost of the insurance. Under a community rating system all subscribers in the area pay the same premium regardless of their individual health status¹⁰. The new private insurance plans shifted to a different rating system. These plans began using an “experience rating” system to assess risk and assign costs of a health insurance premium. Experience ratings assess risk to the individual (or group of individuals) in the plan. For example, if the members of group are all young and healthy and rarely use health care services, this group’s premiums will be less than those of an older group.

Medicare – a step towards national health insurance?

One major issue that the private sector could not seem to address, however, was the issue of an aging population and covering the health care costs of the retired persons. By 1960, it was clear that private health insurance was not working for the elderly. As a larger portion of the population was beginning to retire and as medical technologies and treatment methods improved, costs were also rising. Between 1950 and 1960, the cost for hospitalization rose about 6.7 percent a year. As a result, private health insurance companies raised their rates to match the increase in costs, making health insurance for the elderly very difficult to attain. By the mid-1960s, only about half of the elderly had health insurance, and those that did have health insurance had expensive policies

⁶ Kresl H., & Malone N., *How We Got Here: a history of the American healthcare system with respect to organizational information flows*. University of Washington, Information School. March 1st, 2009.

⁷ Consumer Union, *Blue Cross and Blue Shield A Historical Compilation*. http://www.consumersunion.org/conv/conversions_101/legal_context/doctrines_and_remedies/applying_the_charitable_trust_and_cy_pres_doctrines/Blue%20Cross%20History%20Compilation.pdf.

⁸ Hermer L., *Private Health Insurance in the United States: A proposal for a more functional system*. „Houston Journal of Health Law & Policy” 2005; Vol. 6 (1).

⁹ Thomasson M., *From Sickness to Health: The twentieth-century development of U.S. health insurance*. „Explorations in Economic History” 2005; 39: 233–253.

¹⁰ Hermer L., *op. cit.*

that did not offer comprehensive coverage¹¹. Moreover, from the perspective of the health insurance industry, the high costs of covering the elderly was not a profitable venture¹².

This situation, and the 1960 election of Senator John F. Kennedy to the American presidency, once again brought back the movement for a national health insurance program. However, the idea of a comprehensive national health insurance program, did not resurface in the debate. Rather, the debate focused on covering the high-costs of the elderly, most of whom could not afford private health insurance. This initiative became known as “Medicare”. (It is important to note that many who designed the Medicare program of the 1960s expected it to be a first step toward universal national health insurance¹³). A few days after his inauguration, President Kennedy sent a special message to Congress on health, requesting they debate legislation to create a government-run health insurance system for the elderly.

The assassination of President Kennedy in 1963 had a profound effect on the success of Medicare. In his 1969 account of the history of the Medicare program, Peter Corning noted: “One of the many consequences of that tragedy was a surge of public support for the martyred President’s legislative program. The new President, Lyndon B. Johnson, a renowned legislative leader, moved quickly to act upon these sentiments¹⁴.” Public support for the Medicare program, in particular, was strong during this time. Polling from 1964 and 1965 showed broad support for the idea of Medicare. According to a January 1965 Gallup poll, 63% approved of the Medicare initiative and 28% disapproved¹⁵.

Despite its popularity, Medicare did face strong opposition as had similar movements of the 1940s. The fight against government intervention in the health care sector was led by the American Medical Association. They employed a similar method of public relations as they did in the 1940s by reaching out directly to the public. One feature of the anti-Medicare campaign was called “Operation Coffee Cup”, a recording featuring (then actor) Ronald Reagan. On the recording, Reagan, “as a private citizen”, described Medicare as the imminent “imposition of statism and socialism” by the government on its people and that if Medicare passed, Americans “will awake to find we have socialism”. The AMA sent the recording to physicians’ wives to play for their friends and neighbors and urged citizens to write to their Congressmen to stop Medicare^{16,17}.

The opposition’s efforts, however, failed. In 1965, Congress passed the Medicare program as well as a government health care program aimed at providing assistance for the poor, labeled “Medicaid”. Unlike Medicare, which is a federally-administered program, Medicaid provides funding to states (who must match that funding amount) and requires the states to administer their own programs. The passage of Medicare and Medicaid in 1965 was a significant victory for reformers and has considerably altered the way the American government participates in the health care sector. These programs, particularly Medicare, remain widely popular today, and despite some efforts to reform them, there have been no efforts to repeal them.

HMOs and the rise of managed care

By 1970, about 205 million Americans were covered by private health insurance. Still, costs continued to rise. Between 1950 and 1970, national health expenditures increased 586% (from \$12.7 billion to \$74.4 billion), while the American gross national product (GNP) only rose 347% during the same time period¹⁸. The traditional response to the increase in medical costs was for the insurance companies to raise its premiums. However, as the system was employer-based, employers experienced difficulties in maintaining these costs for their employees. The costs were becoming too difficult to contain and a shift in how the delivery and payment system had to somehow accommodate these changes.

As health care costs continued to increase, those reformers who advocated for national health insurance coverage continued their fight, building off the success of Medicare. The most notable of the reformers was a young Senator from the State of Massachusetts, Edward (Ted) Kennedy – the brother of the late-President John Kennedy. In 1971, Senator Kennedy introduced legislation, aimed at building the foundation for a universal, national health insurance system that would dramatically change the American health care system. Kennedy’s “Health Security Act” was a proposal for a universal single-payer plan with a budget for the national health program to be financed through income taxes¹⁹. Kennedy’s program, modeled after the Medicare program, aimed to create a “single-payer system” where the federal government would be the purchaser of all health services.

¹¹ Corning P., *The Evolution of Medicare: from idea to law*. As republished by the U.S. Social Security Administration. <http://www.ssa.gov/history/corning.html>.

¹² National Academy of Social Insurance. *Medicare and the American Social Contract*. Final Report of the Study Panel on Medicare’s Larger Social Role 1999.

¹³ See: R.M. Ball, *What Medicare’s Architects had in Mind*. „Health Affairs” 1995.

¹⁴ Corning P., *op. cit.*

¹⁵ As stated in: Kohut A., *Would Americans Welcome Medicare if it Were Being Proposed in 2009?* New Research Center, 19 August 2009. <http://pewresearch.org/pubs/1317/would-americans-welcome-medicare-if-proposed-in-2009>.

¹⁶ Altom L., & Churchill L., *Pay, Pride, and Public Purpose: Why America’s Doctors Should Support Universal Healthcare*. „MedGenMed” 2007; 9(1): 40. Published online 2007 February 28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1925024/>

¹⁷ *Ronald Reagan Speaks Out Against Socialized Medicine: Clips can be heard here*. <http://www.youtube.com/watch?v=fRdLpem-AAAs>.

¹⁸ Day J.G., *Managed Care and the Medical Profession: Old Issues and Old Tensions*. „Conn. Insurance Law Journal” 1996; Vol. 3 (1).

¹⁹ Kaiser Family Foundation, *National Health Insurance – A Brief History of Reform Efforts in the U.S.*, 2009. <http://www.kff.org/healthreform/upload/7871.pdf>. March 2009.

Leading Republicans, who traditionally were against national health care legislation, came out in support of a form of national health care reform. In 1974, President Richard Nixon addressed Congress to voice his support for a national health reform strategy. Some saw this as a means to divert attention away from the growing "Watergate" scandal and a way to diminish support for Kennedy's more liberal reforms²⁰. Nixon's proposal supported the regulation of the existing private insurance industry. Nixon articulated his vision for health reform in the 1973 National HMO Act, a program which was meant to promote competition and give rise to what is known as the Health Maintenance Organization (HMO). Although the medical community certainly did not approve of this program, it felt that these measures were the "lesser evil" compared with the proposals by Senator Kennedy. And, as Steinmo and Watts suggest, "congressional conservatives had difficulty arguing against a program whose explicit goal was to avoid government intervention by encouraging market competition"²¹.

Signed into law in 1973, the National HMO Act provided government subsidies, in the form of grants, to private organizations meant to be competition to the currently existing health insurance companies. These new organizations became known as health maintenance organizations, or HMOs. The model of the HMO was the first significant emergence of "managed care". In an HMO plan, the subscriber has a primary care physician who has a contractual relationship with the HMO. If the subscriber needs to see a specialist for a specific condition, they first must get a referral from their physician and meet approval by the HMO. The HMOs and the medical service providers enter into contractual arrangements and negotiate prices for specific services. All medical procedures are subject to review by the HMO in an effort to reduce costs.

The National HMO Act of 1973 significantly fostered the growth of HMOs by not only offering grants to new HMOs, but the law also required employers who cover health insurance to offer an HMO plan as a choice of benefit. Hence, the number of people covered by this new type of entity grew dramatically after its introduction. Within a period of ten years, the number of Americans covered by an HMO grew from 6 million (1976) to 29.3 Million in 1987²².

Since the introduction of the HMO, the payment system for medical practice has changed considerably. Traditional insurance companies concluded that they could no longer contain medical costs and compete with these new HMOs at the same time. During the 1980s, insurance companies all but abandoned the practice of indemnity. The principle behind indemnity was that physicians,

acting individually on behalf of their patients, decided how most health care dollars were spent. Under the indemnity principle, physicians billed for their services, and third-party insurers usually reimbursed them without asking any questions, because the ultimate payers – employers – demanded no greater accounting²³. However, as costs increased, those responsible for ultimately paying for medical costs of insured individuals (employers) and the payers (health insurance companies) set about searching for new ways to contain costs, which included the abandonment of the indemnity principle. Employers and their insurance companies now began taking a more active role on the decision of which doctor to go to, how much care one receives and the amount charged for each service – this has become known as "managed care".

Managed care in the 1990s and the Clinton health security initiative

By the end of the 1980s, the traditional health insurance plans that existed before 1975 were nearly nonexistent. Managed care plans emerged as the model to maintain low costs. By the 1990s, employers have changed from passive payers to aggressive purchasers and continued to exert more influence on payment rates, on where patients are cared for, and on the content of care²⁴.

These trends led reformers to once again attempt systematic reforms and, assert the need for a greater role of government in health care. By the early 1990s, public opinion expressed support for the reformers. For example, the public's support for universal coverage, in which the government guarantees everyone has health insurance, reached 82 percent in a 1991 poll. The 1992 election of President Bill Clinton, who ran with health care reform as a key policy issue, also showed renewed signs of momentum for health reform, and in September 1993 President Clinton announced his new health reform initiative, "Health Security" referencing the earlier efforts of Senator Ted Kennedy.

The principles of the Clinton health security care initiative echoed those of the past: universality, choice, quality, simplicity, and responsibility. The proposal mandated employer coverage and focused on the creation of regionally-based "Health Alliances" – government regulated purchasing pools of insurance plans that subscribers would buy into through their employer and largely based on the community-rating system (see above)²⁵. The goal of the Clinton proposal was to mandate a change in how the insurance market is structured, but included no direct publicly sponsored program (with the exception of those already existing, such as Medicare and Medicaid). The role of government would be to enforce the new man-

²⁰ See: Quandago J., *Why the U.S. has no national health insurance: stakeholder mobilization against the welfare state*. „Journal of Health and Social Behavior” 2004; Vol. 45; Steinmo S., Watts J., *It's the Institutions, Stupid*. „Journal of Health Politics, Policy and Law” 1995; Vol. 20, No. 2, Summer.

²¹ Steinmo S., Watts J., *It's the Institutions, Stupid*. „Journal of Health Politics, Policy and Law” 1995; Vol. 20, No. 2, Summer.

²² Gruber L., Shadle M., & Polich C., *From Movement to Industry: the Growth of HMOs*. „Health Affairs” 1988; Vol. 7(3): 197–208, Summer.

²³ Igelhart J., *op. cit.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Zelman W., *The Rationale Behind the Clinton Health Care Reform Plan*. „Health Affairs” 1994; Spring 13(1): 9–29.

dates, while state governments would regulate the health alliances. The rest of the cost control measures and regulation was left to the free market.

Despite initial public support and a clear avoidance of overt government intervention (this was the core of the strategy), the opposition to the Clinton health care reforms was fierce. The public relations effort to oppose the Clinton health care plan was unprecedented. One study found that an estimated \$100 million was spent overall in 1993 and 1994 by 650 organizations to influence the health policy debate²⁶. In advertising, groups opposed to the Clinton program outspent supporters by a 2-to-1 ratio²⁷. The content of the advertising focused on the problems related to government bureaucracy, medical costs, and choice of doctors in the Clinton program.

The opposition's campaign successfully changed the attitudes of the public. By 1994, nearly two-thirds of Americans doubted the Clinton reforms. According to one poll, 63 percent felt that the Clinton plan had too much government involvement. Once again, the political barriers to passing health reform emerged. President Clinton and the Democrats were unable to achieve a clear consensus among the public and policy makers on major health care reform. By the end of 1994, the Clinton health care reform proposal officially succumbed to the political process with the midterm Congressional elections. Republicans decisively defeated the ruling Democrats and became the majority power in both chambers of the legislative branch, the House of Representatives and the Senate.

The failure of the Clinton health reforms to materialize, once again forced the market to become the default *modus operandi* for reform. As in the past, the changes that took place within the health insurance industry in the mid-1990s (after the failed reform efforts) saw an even greater shift toward favoring free enterprise. Most notably in 1994, when the national Blue Cross Blue Shield Association changed its policies so that its licensees (the nonprofit Blue Cross and Blue Shield Plans) could convert to "for-profit" status and distribute earnings to those who exercise control over the company – the shareholders. As a result of this decision, the number of independent Blue plans fell sharply, from 67 in 1995 to 41 in 2003²⁸. Similarly, HMO plans also shifted from originally being organized as nonprofit organizations to publicly-traded organizations accountable to the investors who owned them (the largest investors in managed-care companies became the health care providers themselves: hospitals and physicians)²⁹.

At first, the increased competition in the mid-1990s seemed to lower health care premiums and medical costs appeared to stabilize. However, by the start of the 21st

century, trends in health insurance coverage of shifting to investor-owned publicly traded managed-care organizations with little government regulation, led to serious concerns over the future of the American health care financing and delivery system. Most importantly, medical costs began to rise again at an even quicker rate than previously seen and this trend dramatically affected the cost of health insurance. Since 2000, the cost of insurance premiums increased between 8 and 14 percent per year³⁰. Between 1999 and 2009, health insurance premiums for families rose 131%, with the average cost of premiums for family coverage at \$1,115 per month or \$13,375 per year³¹.

The mid-2000s witnessed new trends that prompted many renewed calls for a national health insurance program. These trends included:

- the shifting of Medical decision-making control away from the doctors to the insurance companies;
- the shifting of accountability to investors who owned shares in the private insurance company;
- the shifting of rising costs to the employers which, in turn, hurt the competitiveness of American industry as business bore higher costs of health care;
- the transfer of many costs from employers to employees in an effort to compensate for higher costs;
- an increase in the number of those without any insurance coverage to record levels;
- the imposition of restrictions on eligibility of coverage by insurance providers.

Considering these trends, it is unclear if the financing and delivery system can again curtail reform efforts and maintain the status quo, or if the concerns and indicators noted above will ultimately lead to successful reforms – the latter being the hope of Barack Obama and the Democratic Party in 2009.

2010: Characterizing the current debate on the U.S. health care system

History illustrates that the American health care system truly is an example of American "exceptionalism", as ideals of conservatism and the invisible hand of free-market have prevailed in financing coverage in the health care sector. The perspective provided by the historical, political, and institutional context forms the basic framework that is necessary to understand the current health care debate and reform efforts. As illustrated throughout this article, efforts on health care reform in the U.S. are characterized through a patchwork of fixes for specific problems in the system, while major reform efforts towards a greater governmental role met ultimate failure. Since the 1930s, Presidents and the Congress have not

²⁶ West D., et al., *Harry and Louise Go to Washington*. „Journal of Health Politics, Policy and Law” 1996; Vol. 21, No. 1, Spring.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Consumer Union, *op. cit.*

²⁹ Turnock B., *Managed Care and Public Health: Strange bedfellows?* In: Turnock B., *Public Health What it is and How it Works*. Jones and Bartlett, Sudbury, Massachusetts 2004: 122–128.

³⁰ Kaiser Family Foundation, *Health Care Costs – A Primer*, 2007. <http://www.kff.org/insurance/upload/7670.pdf>.

³¹ The Kaiser Family Foundation & Health Research and Education Trust, *2009 Annual Survey: Employer Health Benefits*, 2009. <http://ehbs.kff.org/pdf/2009/7936.pdf>.

been able to introduce and pass any comprehensive reforms toward building a single-payer health insurance system. Any reform efforts that did make it into legislation were based on political compromise and heavily influenced by special interests and lobbying efforts.

Many political and health scholars have noted that America's "exceptionalism" hinders reform and favors the status quo. For example, David Wilsford noted that the "fragmented, diffuse institutions provide structures that strongly favor the status quo."³² Steinmo and Watts agreed with Wilsford's assertion, stating "America did not pass comprehensive national health care reform in 1994 for the same reason it could not pass it in 1948, 1965, 1974, and 1978... because American political institutions are structurally biased against this kind of comprehensive reform"³³. Odin Anderson was much more pessimistic in his assessment of the lack of reform. In 1987 he wrote, "There will never be universal, compulsory national health insurance in the United States on the pattern of European countries and Canada. [The U.S.] appears incapable of supporting one"³⁴.

Many factors can be used to explain health reform failure for each specific point in the past. Yet, history undoubtedly shows that, time and again, for nearly 100 years, the private medical interests (insurance and doctors) have managed to stop any development towards a compulsory national health insurance system. The status quo has predominantly prevailed against any comprehensive health reform efforts. By all indication, however, 2010 will be different. Proposed reforms have already passed many key barriers that halted reform in the past, and the socio-economic indicators of the American health care system point to a greater need for reform than any previous point in time.

Key indicators of the American health care system today

Internationally, the United States has not fared exceptionally well in comparison to other developed nations, as Canada, Western European countries, Australia and New Zealand. In 2000, the World Health Organization ranked the American health system 37th in the world³⁵. The 2009 OECD report highlights some crucial trends in the American health care sector, most notably that the U.S. spends 16% of its GDP on health care, higher than any other country (average OECD is 8.9%) and 45% of health care funding is from the public sector, with the average OECD country being 73%³⁶. Public health indicators also point

to some concerns in the American health care system, for example nearly 30% of the adult population in the United States is considered obese³⁷. In 2006, the U.S. had 36 diabetes-related amputations per 100,000 people (compared with an OECD average of 15 per 100,000). Mark Parson of the OECD, in a statement to the U.S. Senate wrote, that "the United States does not do well in preventing costly hospital admissions for chronic conditions, such as asthma or complications from diabetes, which should normally be managed through proper primary care"³⁸.

Another key indicator of the American health system is the imbalance of access to quality of care. Many scholars point to the unfair balance of the private health insurance system as a driving factor for these poor indicators. It is important to note, that since health insurance in the United States is voluntary, and through the employer, a duality in the social-structure has emerged: those who have insurance and those who do not. As medical costs continue to rise and insurance companies seek to maintain a certain level of profit, the number of Americans who do not have health insurance has also grown considerably since the mid-1990s. In 2008, the number of Americans with no health insurance stood at 46.3 million, or 15.4% of the population³⁹. Further to this, some studies point to the lack of adequate coverage as a key indicator of a broken system. One study found that an estimated 25 million adults are underinsured in the United States, meaning they technically have health insurance coverage, but they still have difficulty accessing care and specific treatments⁴⁰.

As I note throughout the article, financing the American health care system has evolved considerably over the last 70 years. Today the system is primarily a managed-care system, by which employers who cover their employees purchase a plan that manages the care of its subscribers. The plans are oftentimes profit-driven and take measures to keep costs as low as possible. Employees, who do have insurance through their employer, usually share a relatively high portion of the cost. Since the 1970s, employees with health insurance began sharing more and more of the costs of insurance with the employers. These cost-sharing values are set by the employer and the insurance plan to keep subscribers from "over-using" health care. This takes the form of co-payments (a payment that must be made at time of service) and deductibles. A deductible is the amount a subscriber is responsible per year for his or her own health care costs. For example, if an employee has a health insurance

³² Wilsford D., *Path Dependency, or Why History Makes it Difficult but not Impossible to Reform Health Care Systems in a big way*. In: Watson J. and Ovseiko P. (2005), *Health Care Systems: Understanding health care politics*. Routledge: New York, USA 2005: 355–383.

³³ Steinmo S., Watts J., *op. cit.*

³⁴ Anderson O., *Health Services in the United States: A growth enterprise since 1875*. Health Administration Press, Ann Arbor, MI: 280.

³⁵ The World Health Organization, *The World Health Report, Health Systems: Improving performance*, 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/>.

³⁶ OECD Report, *op. cit.*

³⁷ See U.S. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/obesity/data/trends.html>.

³⁸ Parson M., *Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries?* Written Statement to Senate Special Committee on Aging – 30th September 2009. http://www.oecdwash.org/PDFFILES/Pearson_Testimony_30Sept2009.pdf.

³⁹ U.S. Census Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*. Washington, DC 2009. <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf>.

⁴⁰ Schoen C., et al., *How Many Underinsured? Trends Among U.S. Adults 2003–2007*. „Health Affairs. Web Exclusive” 2008; 10 June.

plan with a \$500 deductible, the employee is responsible for the first \$500 of medical costs in a defined year, once those are paid, the health insurance company will cover the remaining costs that year (the higher the deductible, the cheaper the plan). As a last resort, employers that cannot or can not keep up with the rising costs of covering their employees have one last option. As Hacker wrote in 1996, “the simplest solution, of course, [is] to stop offering insurance altogether, which many new entrants and small firms did, especially in the growing service and retail sectors of the economy”⁴¹.

Not having health insurance, or adequate insurance, has a tremendous impact on the overall health of the society and some recent studies illustrate dire consequences. One study found that in 2007, 62.1% of all personal bankruptcies in the United States had a medical cause. It also noted that, most medical debtors were well educated and middle class; three quarters had health insurance and the share of bankruptcies attributable to medical problems rose by 50% between 2001 and 2007⁴². Another study found that over 35,000 persons between 18 to 64 die annually as a result of lack of health insurance⁴³. Similarly, a study by the Urban Institute found that 137,000 people died between 2000 and 2006 because they lacked health insurance⁴⁴. Finally, the Commonwealth Fund concluded: “Absent significant reforms, current projections estimate that national per-person spending on health insurance premiums will increase by 94 percent from 2009 to 2020, increasing an average of 5.7 percent annually”.

The Obama health reform plan: parallels and lessons from history

Memory in politics is oftentimes quite short-term. In the current debate, many politicians now draw the parallel between President Obama’s efforts and the failed efforts of the Clinton proposals of the 1990s. However, one should note that the parallels between earlier Presidents, such as Harry Truman, and President Obama are just as striking. During Truman’s national health insurance efforts, the opposition was well funded. In 1948, Truman had a Democratic Congress, however many southern Democrats (or Dixiecrats as they were known then) voted conservatively, often with Republicans on social issues. In 2010, President Obama also enjoys a Democratically-controlled Congress, however, several conservative Democrats (or “blue-dogs” as they are often

referred to today) have threatened to vote against health reform and universal coverage if it is too “liberal”.

The surface similarities between the Truman and Obama situations should not obscure the fundamental differences in politics and health care between then and now. Despite the parallels, the American health care system today is still very different than the relatively new system of Truman’s time or even Kennedy’s time. History shows us that physicians and the medical profession in the United States, unlike any other country, wanted not only to control the methods of treatment, but also the methods and sources of payments, in other words, the entire health care delivery system. This was the case, until the mid-1990s. The rise of managed care and the shift from nonprofit to profit-oriented health insurance companies, in effect, took away that control. The physicians now find themselves in the position of supporting President Obama’s health care reform principles, as evidenced by the AMA’s April 13, 2009 letter of support⁴⁵.

Opposition, however, still exists and is as strong, if not stronger, as it has been in the last 100 years. A fairly large, well-organized opposition to President Obama’s health care proposal emerged during the summer of 2009. Most notably has been the conservative activist group, the “Tea Party Patriots” who organized anti-health reform protests throughout the summer of 2009. Other conservative opposition groups include Conservatives for Patients’ Rights, Americans for Prosperity, and Freedom-Works, which distributes a “Health Care Action Kit” for protesters. Props include an “ObamaCare Insurance Card” with the slogan: “A collective plan administered by the politicians and bureaucrats of the U.S. government”⁴⁶. The arguments claimed by the opposition are very similar to those made in the past 50 years, including fears of: “socialized medicine”, a government take-over of health care, rationing of care, and long lines at the clinics to receive treatment.

Key characteristics of Obama’s health care reforms

Similar to President Clinton, President Obama addressed the Congress in order to outline his principles for health reform. The September 10, 2009 address to Congress promoted his vision of health care reform, emphasizing the need to make it illegal for insurers to drop sick people or deny them coverage for pre-existing conditions, and ensure universal coverage, by mandating that every American would be required to carry health coverage.

⁴¹ Hacker J., *National Health Care Reform: An Idea Whose Time Came and Went*. „Journal of Health Politics, Policy and Law” 1996; Vol. 21, No. 4, Winter.

⁴² Himmelstein D., et al., *Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a national study*. „The American Journal of Medicine” 2009; Vol. 122(8).

⁴³ Wilper A., et al., *Health Insurance and Mortality in U.S. Adults*. „American Journal of Public Health” 2009; Vol. 29 (12), Dec.

⁴⁴ Dorn S., *Uninsured and Dying Because of It: Updating the Institute of Medicine Analysis on the Impact of Uninsurance on Mortality*. Urban Institute. January 2008. http://www.urban.org/UploadedPDF/411588_uninsured_dying.pdf.

⁴⁵ See: American Medical Association letter to the President. 13 April 2009. <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/399/hsr-principles-letter.pdf>.

⁴⁶ Rucker P. and Eggen D., *Rowdy Protests at Health Forums*. „The Seattle Times” 2009; Aug. 6. http://seattletimes.nwsource.com/html/health/2009607024_townhall06.html.

Obama charged the Democratically-controlled Congress to develop legislation on health care reform based on his vision and key principles, including⁴⁷:

- Reduce long-term growth of health care costs for businesses and government.
- Protect families from bankruptcy or debt because of health care costs.
- Guarantee choice of doctors and health plans.
- Invest in prevention and wellness.
- Improve patient safety and quality of care.
- Assure affordable, quality health coverage for all Americans.
- Maintain coverage when you change or lose your job.
- End barriers to coverage for people with pre-existing medical conditions.

Following President Obama's call for reform, both chambers of the U.S. Congress, the House of Representatives and the Senate, developed separate legislative proposals based on long negotiations, compromise, and a need to respond to public skepticism. The proposals primarily focused on cost controls and fostering competition in the private insurance market (a familiar theme). By the end of 2009, both the Senate and the House of Representatives passed a bill to reform health care; however both bills were very different, and in order for them to become a law, one bill must be agreed upon between both chambers.

Despite the differences between the two bills, common reforms do exist and would most likely make it into the final law. These include⁴⁸:

1. **Create Health Insurance Exchanges:** the purpose of the health insurance exchange is to create a marketplace for health insurance plans (similar to the Clinton health alliance), ensure competition, lower costs and provide individuals the freedom to choose the right health insurance plan for them. Participation in the exchanges will be available to individuals without insurance or those who are unhappy with their current coverage, as well as small businesses that cannot afford to provide coverage directly for their employees through traditional plans.
2. **Prohibit insurance coverage based on health status or pre-existing conditions:** It will be illegal for health insurance companies to deny coverage due to an existing condition (a common practice) or drop coverage as a result of a major illness.
3. **Mandate compulsory health insurance:** Individuals will be required to obtain health insurance coverage or pay a penalty fee. Individuals may apply for a hardship waiver if coverage is unaffordable.
4. **Focus on prevention and wellness:** Insurance companies will be required to cover all costs of prevention

and wellness benefits and exempt these benefits from deductibles and other cost-sharing requirements in insurance coverage. The law will also create a grant program for small and medium size companies to offer wellness programs to their employees.

5. **Provide funding for the public health infrastructure:** The law will provide new funding for state and local public health departments to build their capacity to address public health epidemics and to be prepared for public health emergencies and pandemics.
6. **No new government-run insurance program:** The new law would not create any new government-run program, despite considerable debate for such a program (labeled the "public-option"). Many advocates of a single-payer program thought that this time around would be the time to include elements of a national health insurance program in the reforms. However, it is clear from the legislative proposals that no such program is likely to be created.

Pass or fail? The fate of the 2010 health care reform

One political commentator, Jacob Wiesberg, recently asserted that these reforms would be more than symbolic. He wrote, "For the federal government to take more responsibility for health coverage will be a transformation of the American social contract and the single biggest change in government's role since the New Deal"⁴⁹. On January 9, 2010, when referring to the proposed health reforms in Congress, President Obama stated: "All told, these changes represent the most sweeping reforms and toughest restrictions on insurance companies that this country has ever known"⁵⁰. Historically speaking, if these proposals would pass, they indeed would be the most substantial changes to the U.S. health care system since the introduction of Medicare and Medicaid in the 1960s. However, the political environment remains to be the greatest barrier to reform. For most Americans, the focus of health care reform has remained largely on the political process, often expressed through demonstrations of anger and emotion. During the Congressional recess in August of 2009, town-hall meetings held across the country were filled with angry protesters against the health care reforms. These protests significantly eroded public support President Obama and his health care reforms. As late as January 2010, public support for health care reform efforts by President Obama has dropped, with 58 percent of the public opposing the bills previously passed by the House and Senate, and only 38 percent supporting that legislation⁵¹. With the death of Senator Ted Kennedy in August 2009 (a major proponent for health reform) and the loss of his seat to a Republican during a special

⁴⁷ The White House, *Health Care*. <http://www.whitehouse.gov/Issues/health-Care>.

⁴⁸ For more information see: *Senate Democrats Lead Historic Passage Of The Patient Protection And Affordable Care Act*. <http://democrats.senate.gov/newsroom/record.cfm?id=321145&> and *H.R. 3962, the "The Affordable Health Care for America Act"*. <http://democrats.energycommerce.house.gov/index.php?q=bill/hr-3962-the-the-affordable-health-care-for-america-act>.

⁴⁹ Weisberg J., *Obama's Brilliant First Year*. *Slate.com*. Posted Nov. 28, 2009. <http://www.slate.com/id/2236708/>.

⁵⁰ *Weekly Address: President Obama Outlines Benefits of Health Reform to Take Effect This Year*: Remarks of President Barack Obama As Prepared for Delivery. 9 January 2010. <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/weekly-address-president-obama-outlines-benefits-health-reform-take-effect-year>.

⁵¹ CNN.Com (2010, January 26), *Poll: Half say start anew on health care bill*. CNN. <http://www.cnn.com/2010/POLITICS/01/26/poll.health.care/>.

election in January 2010, prospects for reform are still questionable. Many factors will lead to the passage or failure of the health care bill, however, one thing is certain: history has shown that any move towards a stronger governmental role in health care is incredibly difficult.

Hacker and Skacpol rightly note that throughout history, failure to pass major reform on health care and in the aftermath of political defeats, the private market emerged to rapidly transform patterns of health care financing and delivery⁵². If the Obama Administration and Democrats in Congress fail to pass any sort of health care reform legislation how would the private market respond? This is a key question to ask, since very few options are viable. Would it be possible to see a reemergence of nonprofit health care plans that are more affordable? Will more states address the issue of universal health insurance coverage at the state-level (such as Massachusetts, Hawaii and Vermont)? Will private insurance become more "value-based" (aimed to reduce patient co-payments for services that provide important clinical benefit, relative to costs)?⁵³ Could private plans begin to move beyond managed-care to direct provision of services, from clinical and hospital care to provision of prescription drugs and employment of their own medical workforce? These are difficult scenarios to envision, still, absent any sort of mandated change, the health services researcher and health economist could speculate endlessly.

Hence, the question that still remains for 2010: Is Obama likely to repeat history or will he actually be successful in passing reforms aimed at significantly altering the health care system? It is most likely that the answer to this question is that a good number of these reforms will pass, despite the strong opposition. Many of the major hurdles have already been overcome in the political process. Both chambers have passed bills with similar proposals, a certain level of public support remains for health care reform, and the President has demonstrated a commitment to compromise in order to achieve some form of health care reform.

To illustrate the endurance of the reform efforts, on February 22, 2010, President Obama and the White House released a new proposal outlining specific reforms for health care. This new proposal is largely based on the existing Senate bill and contains the same reforms outlined above in this article. The goal of the proposal was to garner further support for the reform efforts and encourage Congress to pass the reforms into law⁵⁴. Further to this, on February 25, 2010, the President hosted both Democrats and Republicans for a seven-hour long, televised summit on health care reform. The summit was meant to allow both parties to discuss their ideas for health care reform in the framework of the President's proposal and discuss measures to finally pass health care

reform in Congress. Following the health care summit, President Obama indicated his desire to complete the health care reform process when he said, "It is time for us to act. So let's get this done"⁵⁵.

It is likely that President Obama and the Democrats will pass several key reforms. Their effect, however, will be visible years down the road as most of the reforms will be phased in between now and 2014. If successful, they will help secure better access to health care in the United States and bring down costs of insurance by introducing new changes to this very complex health system. The political consequences, however, will be visible much sooner. This year is an election year for Congress. The results will be a strong indicator of whether the American people agree with these reforms and how policy makers will address future efforts to alter the health care system.

■ Abstract:

In 2009, following the election of Barack Obama to the Presidency of the United States, the American public entered into a fierce debate on how to reform its health care system. The intense debate on health care reform, however, is not a new phenomenon in American political life. Debate over health care has cycled its way into the American political discourse every twenty-years or so. History suggests that forceful opposition has prevailed against most major efforts to alter the health system in the United States. Yet, once again the Democratically-controlled Congress and Presidency in the United States aspire to break this cycle of history. With both houses in Congress passing a bill with significant reforms, it seems that this time may be different. While it is very likely some reforms will pass in 2010, no law has been signed yet⁵⁶. In the end, only time will dictate the outcome of this round of health reform debates.

Through a thorough literature review, this article provides the Polish reader a sense of health care reform efforts in the U.S. from the historical perspective and discusses the current proposed reforms. Particular attention is paid to the evolution of the American health insurance system, failed efforts of past health reform initiatives, their contrast with today's efforts, and current health and economic indicators that could lead to reform in 2010.

■ Streszczenie:

Reforma zdrowotna w Stanach Zjednoczonych: analiza historyczna dyskursu

Słowa kluczowe: reforma zdrowotna, opieka zdrowotna w USA, finansowanie ochrony zdrowia

W 2009 r., po wyborze Baracka Obamy na prezydenta Stanów Zjednoczonych, społeczeństwo amerykańskie rozpoczęło merytoryczną dyskusję nad reformą systemu opieki zdrowotnej. Dyskusja ta, znana również – dzięki przekazom medialnym – polskiemu Czytelnikowi, nie jest wydarzeniem nowym ani związanym z bieżącą sytuacją. Analiza historyczna amerykańskiego dyskursu publicznego w wieku XX wskazuje na pewną tendencję: każdorazowe zwycięstwo przeciwników reformy niezależnie od merytorycznych przesłanek podejmowanych reform. W tym kontekście bezprecedensowa zdaje się aspiracja 111 Kongresu Ameryki, kontrolowanego przez polityków Partii Demokratycznej oraz przy współpracy z pochodzącym z tej partii Prezydentem, do przełamania dotychczasowego

⁵² Hacker J., Skacpol T., *The New Politics of U.S. Health Policy*. „Journal of Health Politics Policy and Law” 1997; Vol. 22, No. 2, April.

⁵³ More information can be found here: <http://www.sph.umich.edu/vbidcenter/index.htm>.

⁵⁴ The White House (22 Feb 2010), *Putting Americans In Control of Their Health Care*. <http://www.whitehouse.gov/health-care-meeting/proposal>.

⁵⁵ The White House. Office of the Press Secretary (Feb 27 2010), *Weekly Address: President Obama Says Washington Must Use This Opportunity to Enact Health Reform*. <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/weekly-address-president-obama-says-washington-must-use-opportunity-enact-health-re>.

⁵⁶ As of completion of this article in February 2010, no reforms were passed.

cyklu historii. Zdawać się może, że próba ta powiodła się, czego odzwierciedleniem są inicjatywy ustawodawcze obu Izb Kongresu. Chociaż z dużym prawdopodobieństwem można przypuszczać, iż amerykański system opieki zdrowotnej zostanie w końcu poddany reformie, to jednak na dzień dzisiejszy (luty 2010 – data oddania niniejszego artykułu do druku) brakuje przyjętej przez obie Izby Kongresu oraz podpisanej przez Prezydenta ustawy regulującej te kwestie. Oznacza to, że poznanie prawdziwego wyniku tego etapu dyskusji nad systemem opieki zdrowotnej w USA to jedynie kwestia czasu. Poprzez pogłębiony przegląd literatury przedmiotu Autor artykułu przedstawia polskiemu Czytelnikowi argumentację poprzednich i współczesnych przeciwników reform. Dokładnej analizie poddana jest ewolucja systemu ubezpieczeń zdrowotnych, przeszłych niepowodzeń reform oraz ich porównanie z podejmowanymi obecnie działaniami na rzecz zmiany systemu. Ponadto Autor analizuje współczesne wskaźniki zdrowotne i makroekonomiczne jako czynniki sprzyjające przełamaniu historycznego oporu wobec reformy.

References:

1. Health at a Glance 2009. OECD Indicators. 2009 http://en_www.oecd.org/document/14/0,3343,2649_34631_16502667_1_1_1_1,00.html.
2. The World Health Report, Health Systems: *Improving performance*. 2000 <http://www.who.int/whr/2000/en>.
3. Medicare and the American Social Contract. *Final Report on the Study panel on Medicare's Larger Social Role*. 1999. <http://www.nasi.org/research/1999/medicare-american-social-contract>.
4. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States. www.census.gov/prod/2009/pubs/p60-236.pdf, 2008.
5. Employer Health Benefits. The Kaiser Family Foundation & Health Research and Education Trust. *2009 Annual Survey*. <http://ehbs.kff.org/pdf/2009/7936.pdf>, 2009.
6. Consumer Union, *Blue Cross and Blue Shield. A historical compilation*. www.consumersunion.org/conv/conversions_101/legal_context/doctrines_and_remedies/applying_the_charitable_trust_and_Cy_pres_doctrines/Blue%20Cross%20History%20Compilation.pdf.
7. Altom L., Churchill L., *Pay, Pride, and Public Purpose: Why America's Doctors Should Support Universal Healthcare*. „Med. Gen. Med.” 2007; 9(1): 40.
8. Corning P.A., *The evolution of Medicare: From Idea to Law*. Research Report 1969, No. 29;
9. Day J.G., *Managed Care and the Medical Profession: Old Issues and Old Tensions*. „Conn. Insurance Law Journal” 1996; 3(1).
10. Dorn S., *Uninsured and Dying Because of It: Updating the Institute of Medicine Analysis on the Impact of Uninsurance on Mortality*. http://www.urban.org/UploadedPDF/411588_uninsured_dying.pdf. Accessed January 2008.
11. Gruber L.R., Shadle M., Polich C.L., *From movement to industry: the growth of HMOs*. „Health Aff (Millwood)” 1988; 7(3): 197–208, Summer.
12. Hacker J., Skocpol T., *The New Politics of U.S. Health Policy*. *J Health Politics*, „Policy and Law” 1997; 22(2).
13. Hacker J.S., *National health care reform: an idea whose time came and went*. „J. Health Polit. Policy Law” 1996; 21(4): 647–696, Winter.
14. Hermer L., *Private Health Insurance in the United States: A proposal for a more functional system*. „Houston J. Health Law & Policy” 2005; 6(1).
15. Himmelstein D., Thorne D., Warren E., Woolhandler S., *Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a national study*. „Am. J. Med.” 2009; 122(8): 741–746.
16. Iglehart J.K., *The American health care system-expenditures*. „The New England Journal of Medicine” 1999; 7, 340(1): 70–76.
17. Kohut A., *Would Americans Welcome Medicare if it Were Being Proposed in 2009?* <http://pewresearch.org/pubs/1317/would-americans-welcome-medicare-if-proposed-in-2009>. Accessed 19 August 2009.
18. Kresl H., Malone N., *How We Got Here; a history of the American healthcare system with respect to organisational information flows*. 2009 March 1.
19. Parson M., *Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries?* Written Statement to Senate Special Committee on Aging – 30th September 2009. www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf.
20. Quandagno J., *Why the U.S. has no national health insurance: stakeholder mobilization against the welfare state 1945–1996*. „J. Health Soc. Behav.” 2004; 45 (Extra Issue: „Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics): 25–44.
21. Schoen C., Collins S.R., Kriss J.L., Doty M.M., *How many are underinsured? Trends among U.S. adults, 2003 and 2007*. *Health Aff (Millwood)*” 2008 Jul–Aug;27(4): w298–w309.
22. Steinmo S., Watts J., *It's the institutions, stupid! Why comprehensive national health insurance always fails in America*. „J Health Polit Policy Law” 1995; 20(2): 329–372, Summer.
23. Thomasson M., *From Sickness to Health: The twentieth-century development of U.S. health insurance*. „Explorations in Economic History” 2002; 39(2): 233–253.
24. Turnock B., *Managed Care and Public Health: Strange bedfellows? Public Health What it is and How it Works Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett*” 2004; 122–128.
25. Weisberg J., *Obama Brilliant First Year*. <http://www.slate.com/id/2236708/>. Accessed Nov. 28, 2009.
26. West D.M., Heith D., Goodwin C., *Harry and Louise Go to Washington. Political Advertising and Health Care Reform*. „J. Health Polit. Policy Law” 1996; 21: 35–68, Spring.
27. Wilper A.P., Woolhandler S., Lasser K.E., McCormick D., Bor D.H., Himmelstein D.U., *Health insurance and mortality in US adults*. „Am. J. Public. Health” 2009; 99(12): 2289–2295, Dec.
28. Wilsford D., *Path Dependency, or Why History Makes it Difficult but not Impossible to Reform Health Care Systems in a big way*. In: Watson J., Ovseiko P., *Health Care Systems: Understanding health care politics*. New York, Routledge 2005: 355–383.
29. Zelman W.A., *The Rationale Behind the Clinton Health Care Reform Plan*. „Health Affairs” 1994; 13: 9–29, Feb.

About the Author:

Adam Reichardt, M.P.A. – Former Environmental Health Director at Association of State and Territorial Health Officials in Washington, DC

Błażej Łyszczarz

Struktura własnościowa a efektywność świadczeniodawców

Słowa kluczowe: efektywność opieki zdrowotnej, sektor prywatny i publiczny, struktura własnościowa świadczeniodawców, szacowanie efektywności technicznej

Wprowadzenie

Efektywność jest jedną z najistotniejszych kategorii służących do opisu procesów gospodarowania podmiotów rynkowych i innych jednostek decyzyjnych. Problematyka efektywności jest przedmiotem coraz żywszego zainteresowania także w obszarze badań nad opieką zdrowotną. Dynamiczny wzrost wydatków na zdrowie w ostatnich dziesięcioleciach sprawił, że perspektywa ekonomiczna – a więc także analizy efektywności – współcześnie dominuje nad epidemiologicznym i socjologicznym stosunkiem do polityki zdrowotnej [1]. Osiągnięcie wysokiego poziomu efektywności jest natomiast postrzegane jako jeden z najważniejszych celów stawianych przed systemami opieki zdrowotnej w krajach wysoko rozwiniętych [2, 3]. Efektywność jest jednakże pojęciem wieloznacznym, które w ekonomii, ale także w polityce zdrowotnej, jest rozumiane w różnoraki sposób. Z ekonomicznego punktu widzenia efektywność oznacza „najlepsze wykorzystanie zasobów w produkcji” [4] czy też po prostu brak marnotrawstwa [5]. Przykładem aplikacji tego pojęcia do obszaru polityki zdrowotnej jest zdefiniowanie celów systemu opieki zdrowotnej oraz reform zdrowotnych jako makro- i mikroekonomicznej efektywności [6, 7]. Efektywność makroekonomiczna charakteryzuje sytuację, w której na opiekę zdrowotną przeznaczają się jedynie odpowiednią część dzielonego PKB. Mikroekonomiczna efektywność natomiast oznacza, że skutki zdrowotne oraz satysfakcja pacjentów są możliwie najwyższe, przy danych zasobach.

Abstrahując od sposobu definiowania efektywności (znaczenie pojęcia doprecyzowano poniżej), należy zwrócić uwagę, iż istotne jest nie tylko jej oszacowanie, lecz także określenie jej determinant. Wyodrębnienie tych cech ocenianego podmiotu, które prowadzą do wysokiej efektywności jego funkcjonowania, pozwala bowiem na sformułowanie wniosków na temat rozwiązań prowadzących do wyższej efektywności. Wśród determinant

efektywności świadczeniodawców opieki zdrowotnej wymienia się w literaturze przedmiotu m.in.: siłę konkurencyjną, sposób finansowania, zakres wykonywanych usług medycznych i niemedyycznych oraz formę własności [8]. Przedmiotem zainteresowania w artykule jest zbadanie wpływu tego ostatniego czynnika na efektywność. W obliczu dynamicznych zmian własnościowych zachodzących w polskim systemie opieki zdrowotnej szczególnie istotna wydaje się bowiem odpowiedź na pytanie: czy podmioty niepubliczne, które odgrywają coraz istotniejszą rolę w dostarczaniu świadczeń zdrowotnych w Polsce, produkują świadczenia zdrowotne bardziej efektywnie od podmiotów publicznych?

Z punktu widzenia teorii ekonomii podmioty prywatne powinny funkcjonować efektywniej od podmiotów publicznych. Uzasadnienie dla takiej zależności można odnaleźć w czterech różnych nurtach myśli ekonomicznej, tj. teoriach: agencji, praw własności, wyboru publicznego oraz organizacji [9]. Argumentacji dla przewagi podmiotów prywatnych w zakresie efektywności dostarcza I. Rudawska, która twierdzi, że prawa własności motywują ich dysponenta do poszukiwania efektywnych rozwiązań, a motywacja właścicielska sprzyja przekształceniom struktury zasobów w kierunku odpowiadającym sygnałom rynkowym [10]. Zagrożenie poniesieniem straty natomiast uruchamia bodźce ograniczające niegospodarność, a prywatny nadzór właścicielski prowadzi do odbiurokratyzowania oraz racjonalizacji organizacji pracy. Obraz rzeczywistości jest jednak dalece bardziej złożony niż teoria, w analizach empirycznych brakuje bowiem przekonujących dowodów świadczących o przewadze prywatnej lub publicznej formy własności w zakresie efektywności funkcjonowania usługodawców opieki zdrowotnej. W przeglądzie badań nt. efektywności szpitali M. Ciżkowicz i P. Ciżkowicz [8] wskazują, że część analiz identyfikuje szpitale publiczne jako bardziej efektywne od prywatnych, w przypadku innych badań natomiast zaobserwowano zależność odwrotną. Istnieją

jednak także badania, w których zależności między efektywnością a formą własności nie stwierdzono. Niejednoznaczność ta znajduje potwierdzenie także w innych tekstach o charakterze przeglądowym [11, 12].

Jedyne opracowanie dotyczące problematyki wpływu formy własności na efektywność świadczeniodawców w Polsce [8] nie prowadzi do jednoznacznych wniosków. Wyniki analizy sugerują wprawdzie, że regiony Polski, w których odsetek szpitali niepublicznych jest wyższy, charakteryzują się niższą efektywnością kosztową produkcji świadczeń, jednakże stabilność i istotność tego oszacowania nie są – jak zwracają uwagę jego autorzy – zadowalające. Badanie charakteryzuje się ponadto istotnymi ograniczeniami, spośród których najważniejszym zdaje się zastosowanie zagregowanych na poziomie wojewódzkim danych.

W obliczu opisanej niejednoznaczności wniosków płynących z analiz empirycznych i niemal braku dowodów dotyczących sytuacji w tym zakresie w Polsce w opracowaniu podjęto próbę zbadania, czy struktura własności świadczeniodawców ma wpływ na efektywność produkcji świadczeń. Różnice między niniejszą analizą a wspomnianym badaniem [8], w którym problematyka ta w kontekście polskiego systemu opieki zdrowotnej została poruszona po raz pierwszy, są następujące. Po pierwsze, wzięto pod uwagę dane o charakterze przekrojowo-czasowym, co pozwoliło na zwiększenie liczebności próby, a w konsekwencji zbudowanie modeli o wyższej jakości. Po drugie, zbadano efektywność z punktu widzenia produkcji świadczeń nie tylko szpitalnych, lecz także ambulatoryjnych. Po trzecie, przedmiotem analizy nie jest efektywność kosztowa, lecz techniczna. Po czwarte, w szacowaniu efektywności zastosowano metodę z zakresu badań operacyjnych, nieopartą na narzędziach ekonometrycznych. Nie było natomiast możliwe przezwyciężenie problemów związanych z dyskusyjną zastosowalnością zbioru danych wejściowych. Z uwagi na niedostępność danych na poziomie poszczególnych świadczeniodawców wykorzystano więc dane zagregowane na poziomie wojewódzkim, co należy uznać za istotne ograniczenie prowadzonej analizy.

Artykuł składa się z części teoretycznej i empirycznej. Część teoretyczna koncentruje się na przedstawieniu problematyki własnościowej w sektorze opieki zdrowotnej oraz omówieniu pojęcia efektywności – sposobach jej definiowania, pomiaru oraz aplikacji do problematyki związanej ze zdrowiem. Na część empiryczną składają się kolejno: analiza zmian własnościowych w opiece zdrowotnej w Polsce, szacowanie efektywności technicznej produkcji świadczeń zdrowotnych oraz badanie współzależności między efektywnością techniczną a strukturą własnościową świadczeniodawców.

1. Zagadnienia własnościowe w opiece zdrowotnej – ramy teoretyczne

W opiece zdrowotnej problematyka własnościowa postrzegana jest z reguły dwuwymiarowo. Publiczną i prywatną sferę wyodrębnia się na ogół w obszarach

dostawy i finansowania opieki zdrowotnej [13–15]. Ilustrację tego podziału stanowi **Rysunek 1**.

Sytuacja, w której publiczni świadczeniodawcy świadczą usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych (sytuacja 1), jest charakterystyczna dla sektora publicznego, nazywanego także często „czystym” sektorem publicznym. Analogicznie, „czystym” sektorem prywatnym nazywa się działalność, w której ramach prywatny płatnik trzeciej strony finansuje świadczenia realizowane przez prywatnych świadczeniodawców (sytuacja 4). Sytuacje opisane na rysunku jako 2 i 3 są natomiast ilustracją działań w zakresie sektora mieszanego, gdzie publiczne (prywatne) finansowanie łączy się z prywatną (publiczną) dostawą świadczeń [16]. Powyższa, modelowa analiza zagadnień własnościowych w opiece zdrowotnej jest istotnie uproszczona i nie odzwierciedla wielości istniejących rozwiązań, w których ramach dochodzi do przenikania bądź też współwystępowania sfery publicznej i prywatnej. Możliwe jest np. finansowanie świadczenia w sposób mieszany, tj. jednocześnie angażowanie środków publicznych i prywatnych – część kosztów ponosi w takiej sytuacji płatnik publiczny, część natomiast płatnik prywatny bądź bezpośrednio pacjent. Przenikanie sfer publicznej i prywatnej występuje także w obszarze dostawy (produkcji) świadczeń, np. gdy publiczny szpital zleca prywatnej, nastawionej na zysk, firmie realizację określonych działań, jak prowadzenie badań laboratoryjnych [17].

Powyżej posługiwano się terminami „publiczne” i „prywatne” bez określania ich znaczenia. Tymczasem, jak wskazuje się w literaturze przedmiotu, istnieje znaczny chaos pojęciowy i brak precyzji w definiowaniu pojęć, takich jak sektor publiczny, sektor prywatny czy prywatyzacja [18]. Problem ten nie jest charakterystyczny wyłącznie dla opieki zdrowotnej, dotyczy szerszego spektrum aktywności, nie tylko o charakterze gospodarczym.

		DOSTAWA	
		Publiczna	Prywatna
FINANSOWANIE	Publiczne	1	2
	Prywatne	3	4

(1) Publiczne finansowanie i publiczna dostawa
 (2) Publiczne finansowanie i prywatna dostawa
 (3) Prywatne finansowanie i publiczna dostawa
 (4) Prywatne finansowanie i prywatna dostawa

Rysunek 1. Zakres wyodrębnienia sfer własnościowych w opiece zdrowotnej.

Źródło: Donaldson C., Gerard K., *Economics of health care financing: The visible hand*. Palgrave Macmillan, London 2005.

Można ogólnie stwierdzić, że desygnaty sfery publicznej i prywatnej dalekie są od jednoznaczności. W różnych obszarach nauki istnieją bowiem zróżnicowane tradycje intelektualne, w których obszarze postrzega się te sfery niejednolicie. Ekonomiści skłaniają się do utożsamiania sektora publicznego z państwem, natomiast sektora prywatnego z rynkiem, perspektywa socjologiczna jednak nie wiąże dychotomii publiczne – prywatne z państwem i rynkiem, lecz z życiem osobistym i działaniami w sferze pozostającej poza prywatnością [19].

W prowadzonych rozważaniach przyjęto perspektywę ekonomiczną, jednak nawet taka delimitacja perspektywy badawczej nie pozwala na zadowalające zdefiniowanie stosowanych pojęć. Jednoznaczna granica oddzielająca sferę prywatną od publicznej zdaje się nie istnieć, niezależnie od tego, w jaki sposób rozróżnienie między tymi sferami jest określone. Na przykład, utożsamianie sektora publicznego z podmiotami państwowymi rodzi wątpliwości w stosunku do tego, jak klasyfikować podmioty formalnie niebędące państwowymi, ale w praktyce operujące w bliskim otoczeniu podmiotów publicznych¹. Natomiast nawet prywatne podmioty działające dla zysku (np. część szpitali we Francji lub prywatne firmy ubezpieczeń zdrowotnych) podlegają znacznym regulacjom publicznym, co w decydującym stopniu wpływa na ich funkcjonowanie. Jak zwraca się uwagę, znaczenie terminów „publiczne” i „prywatne” zależy także od konwencji stosowanych w różnych krajach. W Niemczech np. określenie prywatny sektor szpitalny opisuje z reguły szpitale działające dla zysku, podczas gdy szpitale niedziałające dla zysku, założone przez kościoły czy grupy społeczne, sytuowane są pomiędzy sektorami publicznym a prywatnym. W Holandii natomiast prywatny sektor w opiece zdrowotnej opisuje z reguły działania wyłączone z finansowania publicznego [19]. W Polsce z kolei w rozważaniach dotyczących problematyki własnościowej powszechnie używa się dychotomii publiczny – niepubliczny, co można wiązać z regulacjami prawnymi dotyczącymi formy własności zakładów opieki zdrowotnej. Jak zwracają uwagę B. Misińska i P. Nawara, utożsamianie sektora prywatnego z niepublicznym jest błędem, gdyż nie wszystkie podmioty niepubliczne

dysponują prywatnym majątkiem, bardziej na miejscu jest więc, ich zdaniem, operowanie trychotomią publiczne – niepubliczne – prywatne [20]. Autorzy ci stosują własność majątku jako kryterium klasyfikacji sektorów, co, w świetle powyższej argumentacji, nie jest oczywiście bezdyskusyjne.

Interesująca klasyfikacja własności w opiece zdrowotnej została przedstawiona przez R.B. Saltmana, który zastosował kryterium własności majątku jako wyróżnik sektorów publicznego i prywatnego [21], przy czym wskazał na wewnętrzną niejednorodność obu sektorów (**Tabela I**).

Podsumowując rozważania na temat własności w opiece zdrowotnej, można stwierdzić, że jednoznaczne określenie granicy między sferą publiczną a prywatną w opiece zdrowotnej nie jest możliwe. Wydaje się, że sformułowania takie jak „prywatna (publiczna) opieka zdrowotna” są w większości przypadków zbyt niejasne i bardziej poprawne jest ich doprecyzowanie poprzez określenie obszaru analizy. H. Maarse np. rozpatruje sferę publiczną i prywatną odrębnie w zakresie finansowania, dostawy świadczeń, zarządzania oraz inwestycji [19], co pozwala na wyznaczenie relatywnie precyzyjnej linii podziału między sektorem publicznym a prywatnym w tych obszarach. Należy ponadto zwrócić uwagę, że na definiowanie obu sektorów wpływ mają obowiązujące regulacje prawne, a nawet, jak pokazano powyżej, tradycja wyznaczania granicy między nimi w poszczególnych krajach.

2. Efektywność ekonomiczna – definicje i pomiar

2.1. Definiowanie efektywności

Jak wspomniano powyżej, efektywność jest pojęciem wieloznacznym i stosowanym często bez doprecyzowania jego znaczenia. Można ją postrzegać w kategoriach optymalnego zastosowania dostępnych zasobów czy też maksymalizacji produkcji wynikającej z właściwej alokacji zasobów przy danych ograniczeniach podaży i popytu [22]. Sformułowanie takie ma jednakże charakter ogólny, wręcz intuicyjny, co utrudnia jego

Sektor publiczny		Sektor prywatny	
Podmioty państwowe	Podmioty publiczne, ale nie państwowe	Podmioty działające nie dla zysku, kierujące się misją	Podmioty komercyjne
Ministerstwo Zdrowia	Regionalne i lokalne rządy Przedsiębiorstwa publiczne	Środowiskowe (społeczne) Wyznaniowe Charytatywne Organizacje pozarządowe	Indywidualne i grupowe praktyki Spółki

Tabela I. Sektor publiczny i prywatny w opiece zdrowotnej.

Źródło [21].

¹ H. Maarse podaje tu jako przykład kasy chorych w Belgii i Holandii, będące prywatnymi podmiotami *non-profit*, które operują w ramach publicznego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, co wiąże je silnie z aktywnością państwa [19].

jednoznaczną operacjonalizację. Co więcej, w poszczególnych szkołach myśli ekonomicznej zwraca się uwagę na różne aspekty efektywności [23]. W świetle ekonomii neoklasycznej pojęcie efektywności uzupełnia się o przymiotnik „produkcyjna” i definiuje jako dążenie do maksymalizacji zysku poprzez ceny oraz ilości nakładów i wyników produkcji. Z kolei w nowej ekonomii instytucjonalnej kładzie się nacisk na organizacyjny aspekt efektywności, oznaczający dążenie do minimalizacji kosztów funkcjonowania organizacji i maksymalizacji wydajności poprzez motywację uczestników organizacji. Biorąc pod uwagę zróżnicowanie pojęcia efektywności, w celu uniknięcia wieloznaczności konieczne jest jego doprecyzowanie.

Na efektywność ekonomiczną, nazywaną także efektywnością produkcji, składają się dwa komponenty – techniczny i alokacyjny. Pierwszy z nich oznacza zdolność unikania strat, wyrażającą się bądź w maksymalnej wielkości produkcji przy danych nakładach, bądź w minimalizacji nakładów przy danej wielkości produkcji. Efektywność alokacyjna natomiast oznacza zdolność łączenia nakładów i/lub efektów (rezultatów) w optymalnych proporcjach w danych warunkach cenowych [24, 25]. Z punktu widzenia prowadzonej analizy nie jest możliwe zbadanie efektywności alokacyjnej, jako że wektor cen, niezbędny w tym przypadku do oszacowania efektywności, nie jest znany. Ponadto przy szacowaniu efektywności alokacyjnej konieczne jest przyjęcie założeń behawioralnych dotyczących funkcji celu ocenianych podmiotów, np. minimalizacji kosztów lub maksymalizacji zysku. W przypadku badania procesu produkcyjnego w ramach systemu opieki zdrowotnej założenia te często nie znajdują zastosowania.

Formalną definicję efektywności technicznej przedstawił w 1951 r. T.C. Koopmans [26]. Zgodnie z nią producent jest efektywny technicznie, jeśli wzrost produkcji jakiegokolwiek dobra wymaga zmniejszenia produkcji co najmniej jednego innego dobra lub wzrostu zużycia co najmniej jednego z nakładów procesu produkcyjnego, a także jeśli redukcja zużycia któregośkolwiek czynnika produkcji wymaga wzrostu zaangażowania co najmniej jednego innego czynnika produkcji bądź zmniejszenia wielkości przynajmniej jednego z produkowanych dóbr. Operacjonalizacji tego pojęcia dokonali natomiast G. Debreu [27] oraz M.J. Farrell [28], proponując miarę efektywności technicznej, która może być opisana dwójako. Po pierwsze, przy orientacji na oszczędne zużycie zasobów miara ta jest zdefiniowana jako maksymalne, proporcjonalne zmniejszenie wielkości wszystkich nakładów (czynników produkcji), które jest możliwe przy danej technologii oraz zadanej wielkości produkcji. Po drugie, przy orientacji na maksymalizację efektów procesu produkcyjnego miara ta jest zdefiniowana jako maksymalny, proporcjonalny wzrost wielkości wszystkich

efektów (produkowanych dóbr), przy danych technologii i wielkości nakładów².

2.2. Zastosowanie metody *data envelopment analysis* do pomiaru efektywności

W naukach o zarządzaniu i ekonomii stosuje się wiele metod pozwalających na badanie efektywności gospodarczej. B. Guzik, stosując jako kryterium podziału rodzaj informacji wykorzystywanej w analizie, wyodrębnia następujące klasy metod [32]:

- metody wskaźnikowe** – polegają na ustaleniu efektywności poprzez porównanie wskaźników finansowych;
- metody parametryczne** – opierają się na badaniu efektywności na podstawie stochastycznych lub niestochastycznych ilościowych modeli ekonomicznych z jawnie podanymi parametrami. W najprostszym wariancie zastosowanie znajduje w nich analiza reszt oszacowanego modelu ekonometrycznego;
- metody nieparametryczne** – polegają na badaniu efektywności na podstawie modeli, w których nie wymaga się uprzedniego ustalania wartości parametrów w relacjach wiążących nakłady z rezultatami.

W ramach powyższej klasyfikacji mieści się liczna i zróżnicowana grupa metod stosowanych w szacowaniu efektywności. Pomijając dogłębną charakterystykę tych grup metod, można stwierdzić, że współcześnie najczęściej stosowanymi metodami są stochastyczna analiza graniczna oraz *data envelopment analysis* (DEA)³. Pierwsza z tych grup metod ma charakter parametryczny i opiera się na dekompozycji reszt oszacowanego modelu ekonometrycznego. DEA natomiast jest metodą nieparametryczną, w której zastosowanie znajduje programowanie matematyczne. Zarys obu metod w kontekście produkcji świadczeń zdrowotnych przedstawiają Folland i in. [33]. W rozprawie wykorzystano metodę z grupy DEA.

DEA jest grupą metod z zakresu badań operacyjnych, pozwalającą na wyznaczenie względnej efektywności produkcji w zbiorze podmiotów gospodarczych lub innych jednostek decyzyjnych. Metoda ta została stworzona przez A. Charnesa, W.W. Coopera i E. Rhodesa w 1978 r. [34] i od tego czasu zaproponowano ponad 100 modeli [35] opartych na oryginalnej koncepcji. DEA jest metodą szczególnie przydatną do oceny efektywności w sytuacji mnogości nakładów i rezultatów procesu produkcyjnego. W metodologii DEA nie jest konieczne, jak w tradycyjnych metodach indeksowych, przypisywania wag do każdego rodzaju nakładów oraz efektów. Nie jest też konieczne określanie funkcyjnej zależności między nakładami a efektami, co jest niezbędne w ekonometrycznych metodach szacowania efektywności. DEA wykorzystuje technikę programowania liniowego, którego

² Z uwagi na wymogi zwięzłości wywodu zrezygnowano z bardziej szczegółowego opisanego zdefiniowanych pojęć. Przystępny, a jednocześnie wyczerpujący ich opis odnaleźć można w licznych, także polskich, opracowaniach [23, 29–32].

³ Polskim odpowiednikiem nazwy *data envelopment analysis* jest „analiza obwiedni danych”. Wydaje się jednak, że w polskim piśmiennictwie nazwa ta nie została zaakceptowana i częściej zastosowanie znajduje oryginalne, angielskie nazewnictwo. W najnowszym opracowaniu stosuje się też po prostu skrót DEA, traktując go jako nazwę własną grupy metod badania efektywności [32].

rozbudowana teoria i metodologia czyni łatwym proces analizy i interpretacji wyników [36].

Każda jednostka decyzyjna w procesie produkcyjnym wykorzystuje kombinację nakładów w celu wytworzenia kombinacji efektów. Kombinacje nakłady – efekty, charakteryzujące wszystkie badane jednostki decyzyjne, tworzą zbiór możliwości produkcyjnych. Kombinacje leżące na krawędzi zbioru reprezentują proces produkcyjny efektywnych jednostek decyzyjnych. Jednostki, które charakteryzują się mniej korzystną strukturą nakłady – efekty, są uważane za nieefektywne. Status efektywności ma charakter względny. Oznacza to, że jednostka decyzyjna jest efektywna w porównaniu z innymi z badanego zbioru.

W zależności od dostępnych danych model DEA może służyć do oszacowania efektywności technicznej, kosztowej lub przychodowej. Zbadanie dwóch ostatnich rodzajów efektywności wymaga, aby zarówno nakłady, jak i efekty były wyrażone w wielkościach monetarnych. Mniej restrykcyjne wymagania względem danych wejściowych modelu są stawiane w szacowaniu efektywności technicznej. W tym przypadku konieczna jest tylko znajomość wielkości fizycznych użytych w procesie produkcji nakładów i wytworzonych efektów. Z uwagi na fakt, iż mechanizm cenowy jest w opiece zdrowotnej poważnie zakłócony oraz z powodu braku informacji na temat cen, w analizie wykorzystano miernik efektywności technicznej.

Metoda DEA pozwala na dwojaką orientację modelu. W modelu zorientowanym na nakłady oszacowaną nieefektywność interpretuje się jako proporcjonalną redukcję zużycia nakładów, przy niezmiennym poziomie efektów. Z kolei w modelu zorientowanym na efekty poziom nieefektywności oznacza możliwy do osiągnięcia proporcjonalny przyrost efektów przy niezmiennym poziomie nakładów.

W celu zilustrowania techniki obliczeniowej wprowadzono następujące oznaczenia. Każdy podmiot produkuje M efektów z wykorzystaniem N nakładów. Dla każdego i -tego podmiotu wielkości te są reprezentowane odpowiednio przez wektory kolumnowe \mathbf{q}_i oraz \mathbf{x}_i . Macierz nakładów \mathbf{X} o wymiarach $N \times I$ oraz macierz efektów \mathbf{Q} o wymiarach $M \times I$ reprezentują dane dla wszystkich I podmiotów.

Model DEA zorientowany na efekty, zakładający zmienne efekty skali w procesie produkcyjnym, opiera się na rozwiązaniu następującego zadania programowania liniowego dla każdego badanego podmiotu:

$$\begin{aligned} & \max_{\theta, \lambda} \theta, & (1) \\ & \text{pod warunkami:} \\ & -\theta \mathbf{q}_i + \mathbf{Q}\lambda \geq 0; \\ & \mathbf{x}_i - \mathbf{X}\lambda \geq 0; \\ & \mathbf{1}'\lambda = 1, \lambda \geq 0, \end{aligned}$$

gdzie θ jest skalarem, a λ jest $I \times 1$ wektorem; $1 \leq \theta < \infty$ i $\theta - 1$ jest proporcjonalnym przyrostem efektów, który może zostać osiągnięty przez i -ty podmiot przy stałej ilości nakładów produkcji. $1/\theta$ z kolei definiuje się jako wartość efektywności technicznej. Mieści się ona w przedziale $[0, 1]$.

Model DEA zorientowany na nakłady i zakładający istnienie zmiennych efektów skali wymaga rozwiązania I zadań programowania liniowego w następującej postaci:

$$\begin{aligned} & \min_{\theta, \lambda} \theta, & (1) \\ & \text{pod warunkami:} \\ & -\mathbf{q}_i + \mathbf{Q}\lambda \geq 0; \\ & \theta \mathbf{x}_i - \mathbf{X}\lambda \geq 0; \\ & \mathbf{1}'\lambda = 1, \lambda \geq 0, \end{aligned}$$

gdzie θ jest skalarem i oznacza wartość efektywności technicznej oszacowaną dla i -tego podmiotu, mieszczącą się w przedziale $[0, 1]$, a $1 - \theta$ oznacza proporcjonalną redukcję nakładów, która może zostać osiągnięta przez i -ty podmiot przy danej kombinacji efektów produkcji [31].

Przedstawione powyżej modele pozwalają na oszacowanie efektywności w sensie Debreu-Farella. Wyznaczenie efektywności w sensie Koopmansa wymaga dodatkowo obliczenia wartości tzw. luzów (ang. *slacks*), które stanowią jeden z komponentów nieefektywności. Znaczenie nieefektywności opisaną przez luzy jest przez część badaczy marginalizowane [31] bądź też są one postrzegane jako nieefektywność alokacyjna [37]. Z uwagi na powyższe oraz fakt, że przedmiotem zainteresowania w analizie jest efektywność techniczna, luzy nie są przedmiotem zainteresowania analizy.

2.3. Pojęcie efektywności w opiece zdrowotnej

Jak wspomniano na wstępie, efektywność ekonomiczna od pewnego czasu pozostaje w polu zainteresowania polityki zdrowotnej. Pojęcie efektywności w świetle badań nad opieką zdrowotną jest pojmowane w zróżnicowany sposób, ogólnie jednak można stwierdzić, że działania w zakresie opieki zdrowotnej są efektywne, jeśli wykorzystanie nakładów (rzeczowych i/lub osobowych, i/lub finansowych) pozwala na osiągnięcie maksymalnie pozytywnych efektów zdrowotnych bądź produkcję maksymalnej liczby świadczeń zdrowotnych. X. Liu i A. Mills wskazują na następujące sposoby wyznaczania efektywności w opiece zdrowotnej [38]: analiza funkcji produkcji zdrowia, ewaluacja procedur medycznych, szacowanie wielkości indukowanego popytu czy wielkości nieuzasadnionej konsumpcji świadczeń. W polskiej literaturze przedmiotu z kolei wyodrębnia się rzeczowy, technologiczny, ekonomiczny, rynkowy, systemowy, polityczny, kulturowy, społeczny oraz ekologiczny aspekt efektywności w opiece zdrowotnej [10]. Efektywność ekonomiczną autorka tej klasyfikacji rozpatruje w perspektywie makro i mikro. Jej zdaniem w ramach perspektywy mikroekonomicznej można wyodrębnić efektywność techniczną oraz alokacyjną. Ten właśnie podział ma podstawowe znaczenie z punktu widzenia prowadzonej tu analizy. Efektywność techniczna oznacza, że dane dobro lub usługa są wytworzone przy wykorzystaniu najmniejszej możliwej ilości zasobów. Efektywność alokacyjna natomiast oznacza odpowiednie rozmieszczenie rzadkich zasobów w celu zaspokojenia zróżnicowanych potrzeb [39], będących pochodną preferencji społecznych.

Oba rodzaje efektywności w kontekście opieki zdrowotnej obrazowo opisują amerykańscy autorzy, którzy formułują główne obszary decyzyjne w ramach ekonomicznych aspektów opieki zdrowotnej [40]. Ich zdaniem problematyka efektywności alokacyjnej zawiera się w poszukiwaniu odpowiedzi na dwa pytania. Po pierwsze, jaka kombinacja dóbr oraz usług medycznych i niemedyceńskich powinna być produkowana w gospodarce? Po drugie, jakie dobra i usługi medyczne powinny być produkowane w sektorze opieki zdrowotnej? Efektywność techniczna natomiast jest związana z poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie: jakie zasoby opieki zdrowotnej powinny być wykorzystywane w produkcji dóbr i usług medycznych?

Podsumowując rozważania na temat efektywności w opiece zdrowotnej, należy zwrócić uwagę na specyfikę procesu produkcyjnego w tym obszarze gospodarowania. Wynik tego procesu w opiece zdrowotnej może być bowiem definiowany dwojako. Z jednej strony efektywność produkcji może być rozpatrywana w kategoriach wytwarzania świadczeń zdrowotnych. Z drugiej jednak strony w przypadku rozpatrywania procesu produkcji zdrowia efektem procesu produkcyjnego są pozytywne skutki zdrowotne, tzn. poprawa lub zachowanie stanu zdrowia [41]. W przypadku pierwszego ujęcia nakłady procesu produkcyjnego obejmują zasoby rzeczowe i/lub osobowe, i/lub finansowe opieki zdrowotnej, natomiast w przypadku drugim na nakłady należy spojrzeć szerzej. Nie tylko bowiem działania z zakresu opieki zdrowotnej, lecz także wiele innych czynników – jak wysokość i redystrybucja dochodów, wykształcenie, dieta, aktywność fizyczna, konsumpcja używek czy warunki mieszkaniowe [42, 43] – są nakładami procesu produkcji zdrowia.

3. Zakres analizy empirycznej

Celem badania jest oszacowanie efektywności produkcji świadczeń zdrowotnych w województwach Polski, a także zbadanie wpływu struktury własnościowej świadczeniodawców na efektywność. Efektywność oszacowano, zestawiając nakłady procesu produkcyjnego z efektami tego procesu, a więc wielkość zasobów opieki zdrowotnej z liczbą wyprodukowanych świadczeń w opiece ambulatoryjnej oraz stacjonarnej. Województwa charakteryzujące się najkorzystniejszą relacją nakłady – efekty zostały uznane za efektywne. W prowadzonej analizie badana jest efektywność techniczna. Nie została natomiast przeprowadzona ocena wpływu konsumpcji świadczeń zdrowotnych na stan zdrowia populacji. Nie analizowano też efektywności alokacyjnej, a więc określenia, czy produkowane kombinacje świadczeń są odpowiednio ze społecznego punktu widzenia. Wpływ zakresu rozwoju sektora niepublicznego na efektywność został zbadany przy wykorzystaniu danych dotyczących rozwoju tego sektora w zakresie dostawy świadczeń, przedmiotem analizy nie jest natomiast finansowanie prywatne. Należy zwrócić ponadto uwagę, że przeanalizowano sektory publiczny i niepubliczny. Wynika to z zastosowania danych opisujących aktywność publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. W tym miejscu po-

nownie celowe wydaje się podkreślenie, że w literaturze przedmiotu sektor niepubliczny w opiece zdrowotnej nie jest utożsamiany z sektorem prywatnym [20].

Zakres czasowy analizy obejmuje lata 2005–2008. Zastosowanie danych przekrojowo-czasowych jest pożądane z punktu widzenia stosowanej metodologii szacowania efektywności – większa liczba obserwacji zwiększa bowiem siłę dyskryminacyjną modeli. Wybór horyzontu czasowego jest też pochodną dostępności danych statystycznych.

Niejednoznaczność wniosków płynących z dotychczasowych badań jest czynnikiem utrudniającym sformułowanie hipotezy badawczej. Kierując się jednak teorią ekonomii, postawiono następującą hipotezę: wyższy odsetek niepublicznych świadczeniodawców w danym województwie wpływa pozytywnie na efektywność techniczną produkcji świadczeń zdrowotnych w tym województwie.

4. Zmiany własnościowe w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce

Okres transformacji ustrojowej charakteryzował się dynamicznymi zmianami własnościowymi w gospodarce polskiej. Zmiany te, wyrażające się w rosnącym znaczeniu sektora prywatnego, stały się udziałem także systemu opieki zdrowotnej. Na rozwój sektora niepublicznego w tym obszarze gospodarki decydujący wpływ miała zmiana regulacji prawnych – w latach 1989–2001 wprowadzono około 20 ustaw, regulujących funkcjonowanie ochrony zdrowia, które sprzyjały harmonijnemu rozwojowi prywatnej działalności [44]. W wyniku przyjęcia tych rozwiązań systemowych sektor prywatny stał się równoprawnym uczestnikiem rynku opieki zdrowotnej. Za faktyczne zakończenie okresu dyskryminacji sektora prywatnego uznaje się włączenie go w 1993 r. do systemu świadczenia usług zdrowotnych dla osób uprawnionych [44]. Rozwój sektora prywatnego w Polsce następuje zarówno w obszarze produkcji świadczeń, jak i ich finansowania, choć – jak zwraca się uwagę w literaturze przedmiotu – w warunkach niezakreślonych granic [13]. Pomimo że rozwój sfery prywatnej w opiece zdrowotnej jest uważany za oznakę zdrowych tendencji rynkowych, tworzących warunki konkurencji, wskazuje się także na niekorzystne konsekwencje tych zmian, polegające na uprzywilejowaniu podmiotów prywatnych [45, 46]. Uprzywilejowanie to wynika z faktu, że sektor prywatny podlega mniej restrykcyjnym regulacjom, korzysta z zasobów kadrowych sektora publicznego, stosuje współpłacenie także w stosunku do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a także w mniejszym stopniu przejmuje ciężar opieki nad przypadkami trudniejszymi [13].

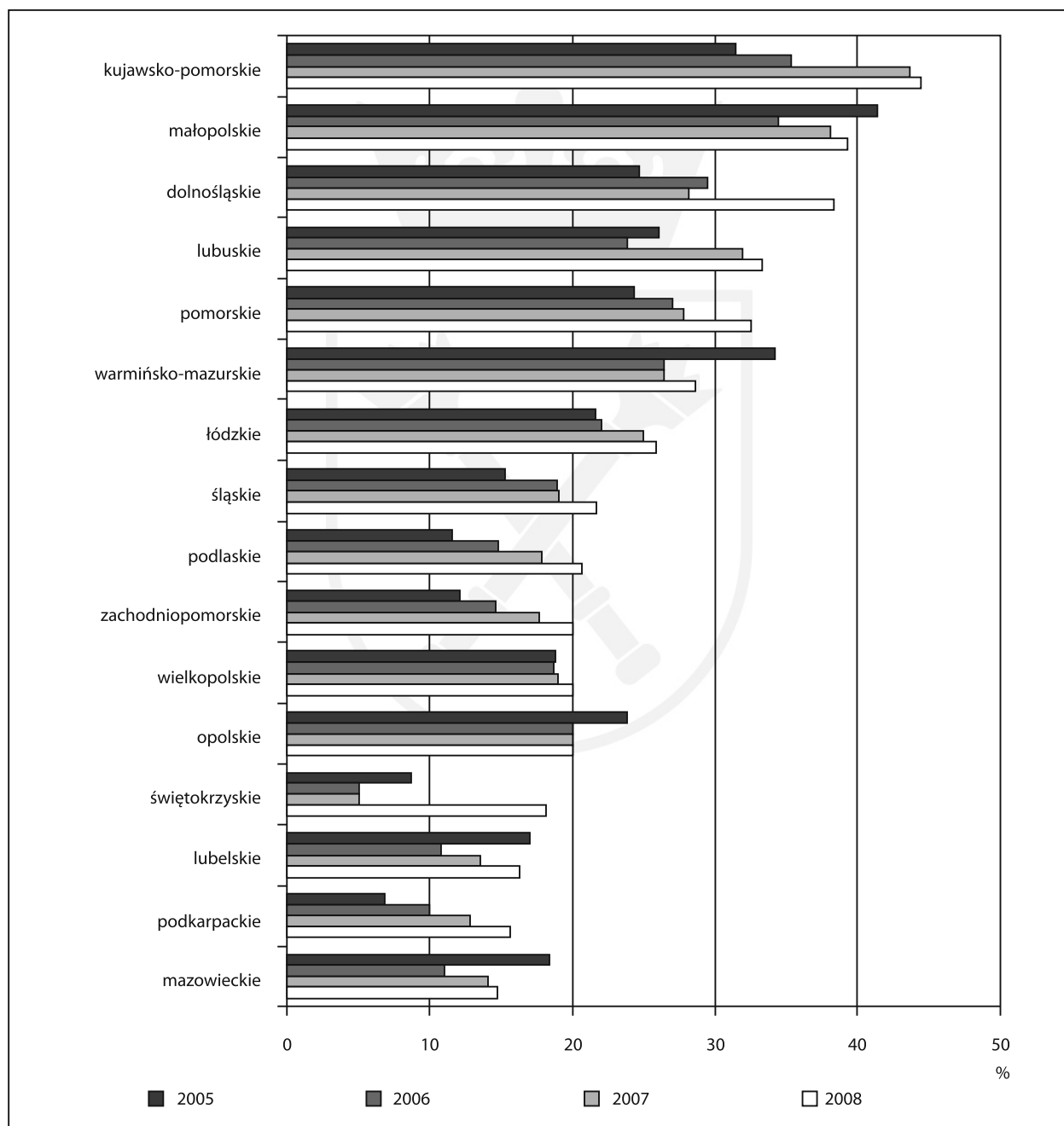
Analizę danych dotyczących zjawiska rozwoju sektora niepublicznej opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia usług zdrowotnych w Polsce można odnaleźć m.in. w publikacjach I. Rudawskiej [10], M. Dziubińskiej-Michalewicz [44] czy B. Szatur-Jaworskiej [47], nie jest więc celowe przeprowadzanie kolejnej analizy w tym zakresie. Z punktu widzenia przyjętej perspektywy badawczej uzasadnione wydaje się natomiast przesłanie

zmiany struktury własnościowej świadczeniodawców w układzie wojewódzkim. Na **Rysunkach 2** oraz **3** zilustrowano odsetek niepublicznych świadczeniodawców opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej w latach 2005–2008.

Średni odsetek szpitali niepublicznych w badanym okresie zwiększył się z 21% do 25,6% wszystkich szpitali ogólnych. Najwyższy odsetek niepublicznych szpitali ogólnych charakteryzował w każdym z badanych lat województwo kujawsko-pomorskie – w roku 2008 aż 16 spośród 36 szpitali tego rodzaju stanowiły tam szpitale niepubliczne. Zbliżony udział sektora niepublicznego w szpitalnictwie ogólnym charakteryzował województwo małopolskie, przy czym, w przeciwieństwie do kujawsko-

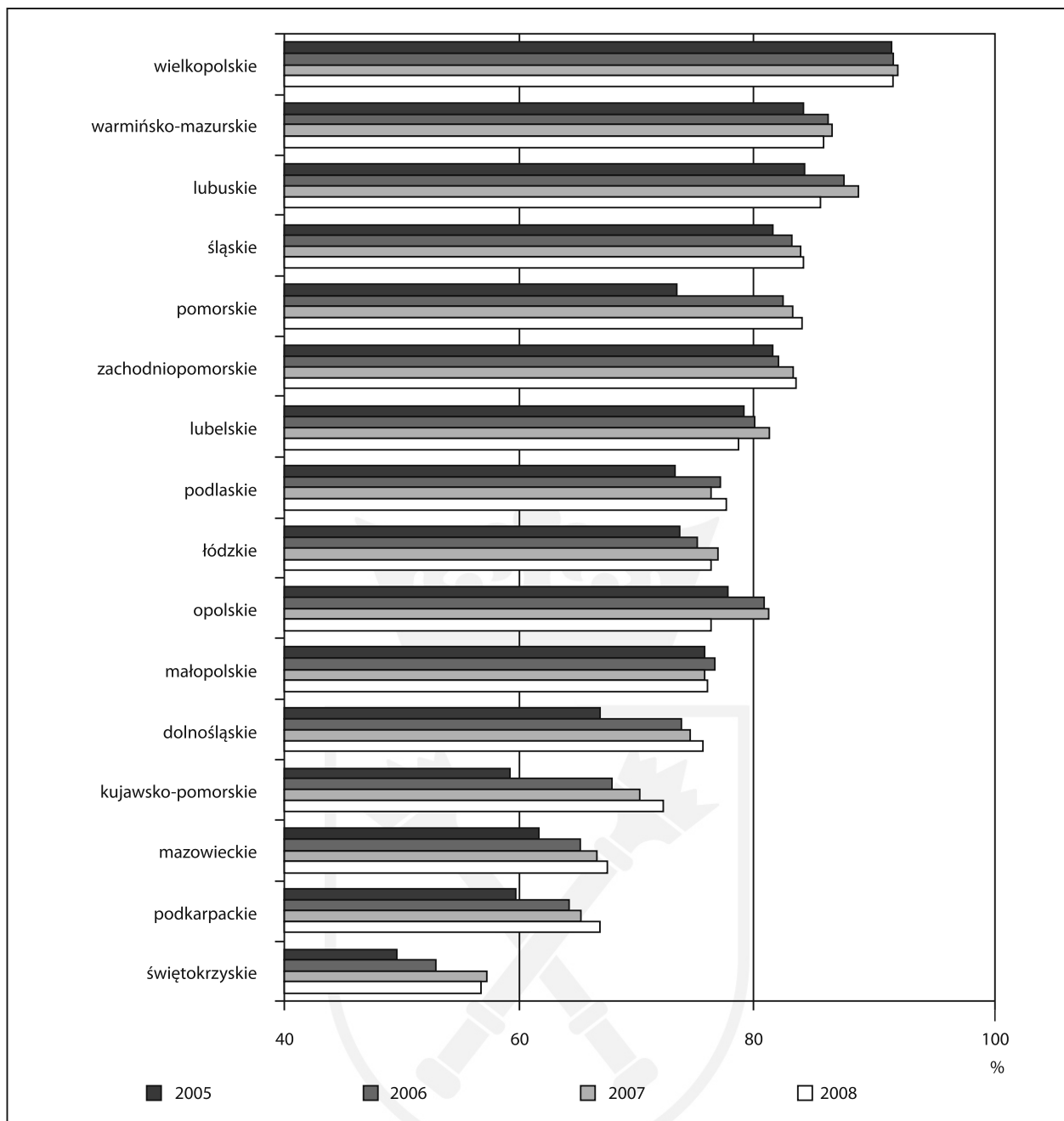
-pomorskiego, odsetek szpitali niepublicznych zmniejszył się w badanym okresie. Najniższy udział sektora niepublicznego charakteryzował natomiast województwo mazowieckie oraz trzy województwa wschodnie, tj. podkarpackie, lubelskie i świętokrzyskie.

Średni udział sektora niepublicznego zwiększył się także w przypadku ambulatoryjnych zakładów opieki zdrowotnej – w 2005 r. niepubliczne zakłady stanowiły 73,2% wszystkich zakładów ambulatoryjnych, cztery lata później już 77,4%. Co ciekawe, struktura własnościowa charakteryzująca sytuację w obszarze szpitalnictwa w poszczególnych województwach nie znajduje odzwierciedlenia w strukturze własnościowej świadczeniodawców



Rysunek 2. Udział szpitali niepublicznych w całkowitej liczbie szpitali ogólnych w województwach – lata 2005–2008.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z Banku Danych Regionalnych GUS.



Rysunek 3. Udział zakładów niepublicznych w całkowitej liczbie ambulatoryjnych zakładów opieki zdrowotnej w województwach – lata 2005–2008.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z Banku Danych Regionalnych GUS.

ambulatoryjnych. Województwo kujawsko-pomorskie, w którym niepubliczny sektor w szpitalnictwie jest silnie rozwinięty, charakteryzuje się relatywnie niewielkim odsetkiem niepublicznych zakładów ambulatoryjnych. Odwrotna sytuacja dotyczy Wielkopolski, wyraźnie dominującej nad innymi województwami udziałem niepublicznych ambulatoryjnych placówek w całkowitej liczbie zakładów opieki zdrowotnej. Tylko w tym województwie odsetek niepublicznych ZOZ tego rodzaju przekraczał 90%, podczas gdy szpitale niepubliczne stanowiły mniej niż 20% wszystkich szpitali ogólnych, co było jednym z najniższych wyników w kraju.

Struktura własnościowa świadczeniodawców w województwach jest silnie zróżnicowana, dają się jednak zaobserwować pewne prawidłowości. Istnieją województwa, które charakteryzują się znaczącym rozwojem sektora niepublicznego w obu badanych obszarach, zarówno w opiece stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej. Przykładem takich województw są lubuskie, pomorskie i warmińsko-mazurskie. Na drugim biegunie natomiast znajdują się województwa świętokrzyskie, podkarpackie oraz mazowieckie, w których udział sektora publicznego jest wysoki w obu podsektorach.

5. Specyfikacja modeli

Procedura oszacowania efektywności jednostek decyzyjnych za pomocą metody DEA składa się z trzech etapów [48]. Pierwszy z nich polega na zdefiniowaniu i wyborze jednostek decyzyjnych, które podlegają ocenie z punktu widzenia efektywności procesu produkcyjnego. W rozprawie jednostkami takimi są województwa Polski, przy czym obserwacje dotyczą czterech lat (okres 2005–2008). Każde województwo w każdym roku stanowi odrębną jednostkę decyzyjną, co pozwala na zwiększenie liczebności zbioru ocenianych jednostek. Traktowanie województwa jako jednostki decyzyjnej może budzić wątpliwości natury metodologicznej. Opieka zdrowotna w poszczególnych województwach nie tworzy bowiem wyodrębnionych struktur decyzyjnych, które koordynują produkcję świadczeń zdrowotnych i mogą wpływać na proces produkcyjny. Dlatego też województwo jako jednostka decyzyjna jest tu swoistym surogatem. Bardziej poprawne byłoby zastosowanie danych dotyczących indywidualnych świadczeniodawców, nie są one jednak dostępne. Pomimo istotnego ograniczenia metodologicznego należy zwrócić uwagę, że w praktyce badawczej regiony dość często są traktowane jako jednostki decyzyjne w ocenie efektywności procesu produkcyjnego [8, 49, 50].

Drugi etap szacowania efektywności polega na wyborze czynników analizy. Na tym etapie określa się nakłady i efekty procesu produkcyjnego oraz identyfikuje się zależności między nimi, które odzwierciedlają technologię produkcji. Nakłady procesu produkcji świadczeń zdrowotnych określono w badaniu jako: liczba lekarzy oraz liczba pielęgniarek na tysiąc ludności, a także wysokość wydatków na świadczenia zdrowotne poniesionych przez regionalne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) *per capita*. Rezultatem procesu produkcyjnego są natomiast porady udzielone w opiece ambulatoryjnej oraz osobodni w opiece stacjonarnej. Szczegółowy opis zastosowanych mierników nakładów i efektów przedstawiono w **Tabeli II**.

Wybór zmiennych zastosowanych w szacowaniu efektywności oraz określenie czynników analizy w powyższy sposób nie pozostają oczywiście sprawą bezdyskusyjną. Wątpliwości może budzić w szczególności agregacja w efektach procesu produkcyjnego świadczeń opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej. Być może bardziej celowe byłoby oszacowanie odrębnych modeli dla obu rodzajów świadczeń, było to, niestety, niemożliwe z uwagi na fakt, że nie są dostępne dane dotyczące liczby personelu medycznego odrębnie dla opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej.

W trzecim etapie procedury rozwiązania DEA dokonuje się wyboru modelu, co sprowadza się do określenia rodzaju efektów skali oraz wyboru orientacji modelu. W przypadku niniejszej analizy efektywność techniczną oszacowano przy założeniu zmiennych efektów skali. Oznacza to, że proporcjonalny wzrost nakładów (liczby lekarzy, pielęgniarek oraz wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne) nie prowadzi do proporcjonalnego przyrostu efektów (liczby ambulatoryjnych porad i osobodni w szpitalach ogólnych). Biorąc pod uwagę orientację modelu, wykorzystano dwa najczęściej stosowane rozwiązania – oszacowano zarówno model zorientowany na efekty, jak i na nakłady⁴.

6. Dane

Wielkości nakładów i efektów procesu produkcyjnego w poszczególnych województwach w okresie 2005–2008 zebrano w **Tabeli III**. W badanym okresie nastąpiło zwiększenie wykorzystania wszystkich zasobów opieki zdrowotnej. Średnia wartość wskaźnika liczby lekarzy przypadających na tysiąc ludności dla wszystkich województw wzrosła z 1,94 w 2005 r. do 2,00 w 2008 r. Podobna sytuacja dotyczyła analogicznego wskaźnika obrazującego liczbę pielęgniarek – w 2005 r. jego wartość wyniosła 4,62, cztery lata później natomiast już 4,74. Zdecydowanie wyższa dynamika charakteryzowała realne wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne. W 2005 r. wynosiły one 841 zł na osobę, natomiast w 2008 r. aż 1190 zł. Największą liczbą lekarzy, przypadającą na

Zmienna	Definicja	Źródło danych
NAKLADY		
Lekarze	Liczba lekarzy na tys. ludności	Bank Danych Regionalnych GUS
Pielęgniarki	Liczba pielęgniarek na tys. ludności	Bank Danych Regionalnych GUS
Wydatki NFZ	Realne koszty świadczeń zdrowotnych na osobę poniesione przez regionalny oddział Narodowego Funduszu Zdrowia*	Sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2005–2008
EFEKTY		
Porady	Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na osobę	Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w latach 2005–2008
Osobodni	Osobodni w szpitalach ogólnych na osobę	Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2006–2009

Uwagi: * jako deflatorem posłużono się wskaźnikiem wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w dziale „zdrowie” (2005 = 100).

Tabela II. *Nakłady i efekty w ocenie efektywności technicznej produkcji świadczeń zdrowotnych.*

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych GUS, NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia.

⁴ Model zorientowany na efekty przedstawiono w (1), natomiast model zorientowany na nakłady w (2) w rozdziale 2.2.

Województwo	Rok	Nakłady			Efekty	
		Lekarze	Pielęgniarki	Wydatki NFZ	Porady	Osobodni
dolnośląskie	2005	2,00	4,88	859	6,76	1,16
	2006	1,98	4,88	918	6,94	1,10
	2007	2,02	4,99	1002	7,30	1,08
	2008	2,05	4,99	1207	7,69	1,21
kujawsko-pomorskie	2005	1,75	4,48	860	7,44	1,03
	2006	1,84	4,44	932	7,63	1,01
	2007	1,88	4,51	1028	7,64	1,01
	2008	1,81	4,52	1225	7,68	1,06
lubelskie	2005	2,12	5,24	821	6,76	1,40
	2006	2,06	5,21	912	7,34	1,39
	2007	2,22	5,41	1014	7,76	1,41
	2008	2,36	5,47	1202	8,26	1,48
lubuskie	2005	1,75	4,63	803	6,39	1,12
	2006	1,72	4,60	843	6,84	1,10
	2007	1,67	4,45	917	6,85	1,06
	2008	1,72	4,43	1153	7,12	1,09
łódzkie	2005	2,37	4,62	821	7,66	1,40
	2006	2,38	4,61	905	7,73	1,35
	2007	2,32	4,70	983	8,06	1,33
	2008	2,39	4,70	1227	8,72	1,41
małopolskie	2005	2,08	4,73	849	7,26	1,16
	2006	2,21	4,71	929	7,40	1,16
	2007	2,16	4,75	1026	7,62	1,13
	2008	2,11	4,80	1177	7,60	1,19
mazowieckie	2005	2,25	4,69	1007	6,37	1,23
	2006	2,28	4,65	1058	6,84	1,19
	2007	2,34	4,93	1135	7,10	1,14
	2008	2,29	4,87	1284	7,36	1,21
opolskie	2005	1,56	4,05	747	6,20	1,08
	2006	1,62	4,25	823	6,19	1,08
	2007	1,70	4,33	910	6,52	1,06
	2008	1,74	4,45	1143	6,58	1,11
podkarpackie	2005	1,85	4,86	796	6,26	1,18
	2006	1,84	4,96	840	6,68	1,17
	2007	1,79	5,06	907	6,90	1,14
	2008	1,81	5,17	1089	6,84	1,23
podlaskie	2005	2,25	4,94	823	7,50	1,30
	2006	2,23	4,83	922	7,73	1,26
	2007	2,26	5,16	996	8,17	1,23
	2008	2,26	5,14	1192	8,33	1,32
pomorskie	2005	1,87	4,20	816	6,57	0,94
	2006	1,95	4,22	863	6,89	0,93
	2007	1,94	4,25	937	7,39	0,90
	2008	1,93	4,21	1183	7,28	0,96
śląskie	2005	2,08	5,37	914	7,57	1,51
	2006	2,20	5,38	960	7,61	1,46
	2007	2,25	5,45	1056	7,66	1,40
	2008	2,19	5,44	1256	8,31	1,47

świętokrzyskie	2005	1,99	4,97	822	6,71	1,23
	2006	2,03	5,03	876	6,37	1,20
	2007	2,05	5,09	964	6,83	1,16
	2008	2,05	5,11	1189	7,40	1,27
warmińsko-mazurskie	2005	1,53	3,95	836	6,54	1,08
	2006	1,62	4,15	880	6,67	1,05
	2007	1,57	4,15	965	6,69	1,03
	2008	1,61	4,38	1145	6,86	1,06
wielkopolskie	2005	1,68	4,13	837	6,38	1,16
	2006	1,65	4,10	917	6,89	1,18
	2007	1,63	4,04	1019	7,00	1,15
	2008	1,63	4,01	1197	7,13	1,18
zachodnio-pomorskie	2005	1,95	4,16	848	6,39	1,13
	2006	1,97	4,16	906	6,65	1,11
	2007	2,05	4,30	984	7,11	1,11
	2008	2,06	4,23	1178	7,55	1,16
Średnia	2005	1,94	4,62	841	6,80	1,19
	2006	1,97	4,64	905	7,02	1,17
	2007	1,99	4,72	990	7,29	1,15
	2008	2,00	4,74	1190	7,55	1,21

Uwagi: Definicje nakładów oraz rezultatów procesu produkcyjnego przedstawiono w Tabeli II.

Tabela III. Kształtowanie wielkości nakładów i efektów procesu produkcyjnego w województwach w latach 2005–2008.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS, NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia.

tysiąc ludności, charakteryzują się województwa łódzkie, mazowieckie oraz podlaskie. Najmniejsza dostępność lekarzy ma natomiast miejsce w województwach warmińsko-mazurskim, opolskim i wielkopolskim. Trzy ostatnie z wymienionych województw cechują się także najniższą liczbą pielęgniarek na tysiąc ludności. Największą dostępnością pielęgniarek charakteryzują się z kolei województwa lubelskie oraz śląskie. Biorąc zaś pod uwagę wydatki NFZ *per capita* w każdym z badanych lat, najwyższa kwota środków przeznaczanych na świadczenia zdrowotne charakteryzowała województwa mazowieckie, śląskie oraz kujawsko-pomorskie. Najniższe wydatki na osobę były natomiast udziałem Opolszczyzny, Podkarpacia oraz województwa lubuskiego.

Dynamika produkcji świadczeń zdrowotnych, będących efektami rozpatrywanego procesu produkcyjnego, charakteryzuje się niejednoznacznym kierunkiem zmian. Z jednej liczba porad w opiece ambulatoryjnej *per capita* rosła rokrocznie – od 6,80 w 2005 r. do 7,55 cztery lata później – z drugiej jednak strony liczba osobodni w szpitalach ogólnych charakteryzowała się trendem spadkowym w latach 2006 i 2007. W kolejnym roku nastąpił natomiast wyraźny wzrost świadczeń w opiece szpitalnej i liczba osobodni na osobę osiągnęła średni poziom 1,21, w porównaniu z 1,19 w 2005 r. Największa liczba porad w opiece ambulatoryjnej na osobę przypada na województwa łódzkie, podlaskie, lubelskie oraz śląskie, najmniejsza zaś na województwa opolskie, warmińsko-mazurskie i podkarpackie. Biorąc z kolei pod uwagę

leczenie szpitalne, największa liczba osobodni w szpitalach charakteryzuje województwa śląskie, łódzkie oraz lubelskie, najmniejsza natomiast pomorskie, kujawsko-pomorskie oraz warmińsko-mazurskie.

7. Wyniki

W pierwszej części rozdziału omówiono wyniki szacowania efektywności opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach. Z punktu widzenia tematyki analizy wyniki te mają charakter jedynie instrumentalny, ich wartość informacyjna może być jednak istotna sama w sobie, gdyż obrazują one relatywną efektywność produkcji świadczeń zdrowotnych w poszczególnych województwach. W drugiej części rozdziału zbadano natomiast wpływ struktury własnościowej świadczeniodawców na efektywność produkcji świadczeń zdrowotnych.

7.1. Efektywność techniczna

W Tabeli IV przedstawiono wartości efektywności technicznej otrzymane w wyniku rozwiązania modelu zorientowanego na efekty (TE_o).

Najwyższą efektywnością charakteryzowała się opieka zdrowotna w województwie wielkopolskim – w każdym z czterech badanych lat wartość wskaźnika TE_o osiągnęła w nim poziom równy 1 (100%). Oznacza to, że produkcja świadczeń zdrowotnych w tym województwie cechowała się pełną efektywnością i nie było

	Efektywność techniczna (TE_o)					Ranga*
	2005	2006	2007	2008	Średnia	
dolnośląskie	0,907	0,903	0,918	0,952	0,920	14
kujawsko-pomorskie	1	1	0,988	1	0,997	2
lubelskie	1	0,967	0,971	1	0,985	5
lubuskie	0,945	0,973	0,964	0,965	0,962	9
łódzkie	1	0,986	0,999	1	0,996	3
małopolskie	0,957	0,939	0,939	0,928	0,941	12
mazowieckie	0,880	0,856	0,837	0,864	0,859	16
opolskie	1	0,944	0,919	0,901	0,941	12
podkarpackie	0,942	0,943	0,949	0,938	0,943	11
podlaskie	0,991	0,980	1	0,983	0,989	4
pomorskie	0,956	0,971	1	0,962	0,972	8
śląskie	1	0,981	0,951	1	0,983	6
świętokrzyskie	0,942	0,859	0,876	0,924	0,900	15
warmińsko-mazurskie	1	0,966	0,988	0,978	0,983	6
wielkopolskie	1	1	1	1	1	1
zachodniopomorskie	0,953	0,943	0,948	0,993	0,959	10
Średnia	0,967	0,951	0,953	0,962	0,958	–

Uwagi: * rangi dla wartości średnich efektywności.

Tabela IV. Wartości wskaźników efektywności technicznej w województwach – model przy orientacji na efekty.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS, NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia.

możliwe zwiększenie liczby produkowanych świadczeń (efektów procesu produkcyjnego) bez zwiększania ilości zaangażowanych nakładów. Wysoka efektywność opieki zdrowotnej charakteryzuje Wielkopolskę pomimo faktu, że liczba wytworzonych świadczeń zdrowotnych jest w tym regionie relatywnie niewielka i kształtuje się poniżej średniej krajowej. Pozytywna ocena efektywności jest więc wypadkową oszczędnego wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę dostępność personelu medycznego, region ten plasuje się zdecydowanie poniżej średniej krajowej, natomiast wydatki NFZ *per capita* tylko w niewielkim zakresie tę średnią przewyższają. Wysoka efektywność charakteryzuje także województwo kujawsko-pomorskie (średnia wartość $TE_o = 0,997$, tj. 99,7%), w którego przypadku relatywnie oszczędnemu wykorzystaniu zasobów towarzyszy ponadprzeciętna produkcja świadczeń ambulatoryjnych. Zdecydowanie inna sytuacja cechuje województwo łódzkie (średnia efektywność na poziomie 99,6%). Zużycie zasobów należy tam do najwyższych w kraju, towarzyszą temu jednak wysokie wartości wskaźników produkcji świadczeń – najwyższa w zakresie opieki ambulatoryjnej i druga w kolejności w obszarze opieki szpitalnej. Kolejne dwa z najefektywniejszych województw – podlaskie oraz lubelskie – charakteryzują się podobną strukturą nakłady – efekty do łódzkiego.

Zdecydowanie najniższa efektywność charakteryzowała województwo mazowieckie, w którym średnia efektywność wynosiła 85,9% ($TE_o = 0,859$), co oznacza, że gdyby opieka zdrowotna funkcjonowała tam efektywnie, liczba wytworzonych świadczeń zdrowotnych powinna być większa średnio o 14,1%. Innymi województwami

o niskiej efektywności okazały się świętokrzyskie oraz dolnośląskie, w których przypadku potencjał zwiększenia produkcji świadczeń wyniósł, odpowiednio, 10% i 8%. Wyraźnie najniższy wynik województwa mazowieckiego jest w decydującej mierze wypadkową dużego zaangażowania zasobów, w szczególności wydatków NFZ na osobę, które w każdym z badanych lat były zdecydowanie najwyższe w kraju. Wszystkie trzy województwa o najniższych wartościach wskaźnika efektywności charakteryzowały się ponadto mniej niż przeciętnymi wynikami w zakresie produkcji świadczeń ambulatoryjnych (mazowieckie i świętokrzyskie) lub szpitalnych (dolnośląskie).

W Tabeli V przedstawiono wyniki szacowania efektywności przy orientacji modelu na nakłady produkcji (TE_i). Wartości wskaźników efektywności nie różnią się w istotny sposób od wyników otrzymanych w modelu zorientowanym na efekty (współczynnik korelacji rang Spearmana między obu zmiennymi wynosi 94,1%). W przypadku części województw wyniki są wyższe niż otrzymane w pierwszej specyfikacji, w przypadku innych natomiast niższe, nie są to jednak różnice na tyle istotne, by wymagały omówienia.

7.2. Wpływ struktury własnościowej świadczeniodawców na efektywność

W Tabeli VI przedstawiono wyniki badania zależności między strukturą własnościową świadczeniodawców a efektywnością produkcji świadczeń opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej w województwach. W przypadku obu typów opieki zastosowano dwa rodzaje zmiennych

	Efektywność techniczna (TE _i)					Ranga*
	2005	2006	2007	2008	Średnia	
dolnośląskie	0,909	0,882	0,874	0,918	0,896	14
kujawsko-pomorskie	1	1	0,980	1	0,995	3
lubelskie	1	0,962	0,944	1	0,977	7
lubuskie	0,945	0,972	0,959	0,954	0,958	10
łódzkie	1	0,989	0,999	1	0,997	2
małopolskie	0,961	0,932	0,928	0,896	0,929	13
mazowieckie	0,899	0,885	0,838	0,855	0,869	16
opolskie	1	0,955	0,913	0,897	0,941	12
podkarpackie	0,967	0,943	0,936	0,943	0,947	11
podlaskie	0,993	0,963	1	0,970	0,982	6
pomorskie	0,975	0,979	1	0,973	0,982	5
śląskie	1	0,957	0,911	1	0,967	9
świętokrzyskie	0,951	0,884	0,849	0,891	0,894	15
warmińsko-mazurskie	1	0,966	0,991	0,984	0,985	4
wielkopolskie	1	1	1	1	1	1
zachodniopomorskie	0,976	0,960	0,962	0,995	0,973	8
Średnia	0,974	0,952	0,943	0,955	0,956	–

Uwagi: * rangi dla wartości średnich efektywności.

Tabela V. Wartości wskaźników efektywności technicznej w województwach – model przy orientacji na nakłady.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS, NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia.

	TE _o	TE _i
	Wartość współczynnika korelacji rang Spearmana	
Odsetek szpitali niepublicznych	0,240*	0,191
Odsetek ambulatoryjnych zakładów opieki zdrowotnej niepublicznych	0,474***	0,435***
Odsetek łóżek w szpitalach niepublicznych	0,148	0,070
Odsetek porad ambulatoryjnych udzielonych w zakładach opieki zdrowotnej niepublicznych	0,375***	0,353***

Uwagi: ***, **, * parametr istotny na poziomie odpowiednio 0,01; 0,05 i 0,1.

Tabela VI. Współzależność między strukturą własnościową świadczeniodawców oraz strukturą świadczeń a efektywnością techniczną opieki zdrowotnej.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS, NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia.

obrazujących zakres uczestnictwa sektora niepublicznego w świadczeniu opieki zdrowotnej. W opiece stacjonarnej są to: udział szpitali niepublicznych w całkowitej liczbie szpitali ogólnych oraz odsetek łóżek w niepublicznych szpitalach w całkowitej liczbie łóżek w szpitalach ogólnych. W przypadku opieki ambulatoryjnej natomiast udział sektora niepublicznego jest reprezentowany przez odsetek niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz odsetek porad ambulatoryjnych udzielonych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Wnioski płynące z analizy współzależności między strukturą własnościową a efektywnością nie są jednoznaczne. Zależność między udziałem sektora niepublicznego w szpitalnictwie a efektywnością opieki zdrowotnej jest dodatnia, aczkolwiek w trzech z czterech przypadków nieistotna statystycznie. Odsetek szpitali niepublicznych jest dodatnio skorelowany z efektywnością tylko w przypadku modelu z orientacją na efekty, przy czym istotność tego związku jest obserwowana na poziomie ufności równym 0,9.

Istnieje natomiast relatywnie silna zależność między udziałem sektora niepublicznego w opiece ambulatoryjnej a efektywnością opieki zdrowotnej. Niezależnie od tego, czy jako zmienną opisującą zakres rozwoju sektora niepublicznego zastosuje się odsetek niepublicznych ZOZ, czy odsetek porad udzielonych w zakładach niepublicznych, związek między tymi zmiennymi a efektywnością jest silny i istotny na poziomie ufności równym 0,99.

Podobnie jak w przypadku wyboru zmiennych do modelu szacowania efektywności, także wybór zmiennych reprezentujących udział sektora niepublicznego wymaga komentarza. Zastosowane zmienne nie stanowią oczywiście idealnego odwzorowania zakresu tego sektora w opiece zdrowotnej. Odsetek podmiotów publicznych i niepublicznych nie odzwierciedla znaczenia tych sektorów w zadowalającym stopniu, nie bierze bowiem pod uwagę wielkości podmiotów. I tak np. w ramach zmiennej opisującej odsetek szpitali niepublicznych nie występuje zróżnicowanie między niewielkim szpitalem prywatnym a dużym publicznym szpitalem – obu przypisane są takie same wagi. W pewnym zakresie problem ten roz-

wiązuje zastosowanie zmiennych o komplementarnym charakterze informacyjnym – odsetka łóżek w szpitalach ogólnych niepublicznych oraz odsetka porad ambulatoryjnych udzielonych w niepublicznych ZOZ. W przypadku obu tych zmiennych wzięto pod uwagę – przynajmniej w pewnym zakresie – stopień intensywności świadczenia usług w poszczególnych zakładach.

8. Wnioski

Problematyka efektywności wydaje się szczególnie istotna w opiece zdrowotnej przynajmniej z kilku powodów. Po pierwsze, wydatki na zdrowie pochłaniają coraz większą część produkcji wytworzonej w gospodarkach krajów rozwiniętych, co sprawia, że uwaga społeczeństw ogniskuje się na efektywności tych wydatków. Po drugie, w najbliższych dekadach kraje rozwinięte, w tym także Polska, będą musiały stawić czoła gwałtownym zmianom demograficznym, które sprawiają, że rosnąca część populacji będzie korzystała z usług medycznych. Po trzecie, wydaje się, że pomimo intensywnych poszukiwań wciąż brakuje satysfakcjonujących wytycznych i dowodów naukowych, pozwalających na sformułowanie jednoznacznych wskazań do prowadzenia skutecznej polityki zdrowotnej. Po czwarte w końcu, opieka zdrowotna w dominującym zakresie finansowana jest ze środków publicznych, a to sprawia, że sektor ten pozostaje pod szczególną kontrolą i nadzorem państwa. Ostatni z przytoczonych powodów odnieść można wprost do problematyki poruszonej w niniejszym badaniu. Szczególnie istotne wydaje się bowiem określenie, czy znaczne środki publiczne, przekazane do dyspozycji sektora niepublicznego, wykorzystywane są efektywniej niż w sektorze publicznym. Problem ten ma niezwykle doniosłe znaczenie w obliczu dynamicznych zmian własnościowych zachodzących w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Przedstawione wyniki badania związku struktury własnościowej świadczeniodawców z efektywnością opieki zdrowotnej umożliwiają zweryfikowanie postawionej hipotezy. Istnieją pewne przesłanki pozwalające na stwierdzenie, że rozwój sektora niepublicznego w zakresie świadczenia usług zdrowotnych ma proefektywnościowe konsekwencje. Należy jednak zwrócić uwagę, że w świetle przeprowadzonej analizy empirycznej tylko część otrzymanych wyników prowadzi do pozytywnego zweryfikowania hipotezy. Ekspansja sektora niepublicznego w opiece ambulatoryjnej zdaje się wprawdzie dość jednoznacznie korelować z efektywnością, nie zaobserwowano jednakże statystycznie istotnej relacji między efektywnością a rozwojem sektora niepublicznego w sektorze szpitalnictwa ogólnego. Przyczyny tej jednoznaczności mogą być różnorakie. Należy zwrócić uwagę na fakt, że zastosowane dane statystyczne mają charakter zagregowany, co może wpływać na wyniki szacowania efektywności. Ocenianymi podmiotami nie są bowiem świadczeniodawcy, lecz województwa, a taki poziom agregacji może prowadzić do zniekształcenia obrazu badanego zjawiska. Ponadto nie bez znaczenia wydaje się fakt, że dokonano agregacji efektywności produkcji świadczeń opieki stacjonarnej i ambulatoryj-

nej. Jak wspomniano jednak wcześniej, nie było możliwe oszacowanie efektywności odrębnie dla obu rodzajów świadczeń, co wynika z braku dostępności danych. Podsumowując ograniczenia badania, należy stwierdzić, że w przeważającej mierze są one związane z niedoskonałością zastosowanego zbioru danych statystycznych.

Z powyższych powodów sformułowane wnioski wymykają się jednoznacznej interpretacji, należy jednak podkreślić, że otrzymane wyniki sugerują istnienie pewnych zależności. Przede wszystkim zwraca uwagę fakt, że w każdym z ośmiu przypadków badania współzależności między efektywnością opieki zdrowotnej a zakresem rozwoju sektora niepublicznego związek między tymi zmiennymi jest dodatni. Wprawdzie tylko w pięciu z ośmiu przypadków zależność ta ma charakter istotny statystycznie, ale jednakowy kierunek zależności można interpretować jako przewagę w zakresie efektywności tych województw, w których sektor niepubliczny – w szczególności w opiece ambulatoryjnej – jest relatywnie dobrze rozwinięty.

Przeprowadzone badanie empiryczne nie stanowi z pewnością dowodu potwierdzającego bądź przeczącego wyższej efektywności podmiotów niepublicznych w opiece zdrowotnej. Wydaje się jednak, że może stanowić punkt wyjścia, służący przynajmniej postawieniu hipotez czy przypuszczeń na ważki temat, którym jest wpływ własności na efektywność produkcji świadczeń zdrowotnych. Wydaje się także, iż brak dostępności danych dotyczących wielkości nakładów (zaangażowanych zasobów osobowych oraz rzeczowych) i rezultatów procesu produkcyjnego (wytworzonych świadczeń) dla choćby reprezentatywnej próby świadczeniodawców uniemożliwia obecnie próbę zbadania zjawiska w istotnie bardziej precyzyjnym zakresie, niż poczyniono to w niniejszym opracowaniu.

■ Abstract:

Ownership structure and provider efficiency

Key words: health care efficiency, private and public sector, ownership structure of providers, estimation of technical efficiency, data envelopment analysis

The purpose of the paper is to investigate the relationship between ownership structure of health care providers and technical efficiency of health care in the regions of Poland. A model built with the use of data envelopment analysis methodology is used for the estimation of efficiency of the health care production process in the regions. The inputs of the process are densities of doctors and nurses as well as per capita expenditures for health care in each of the regions; the outputs are numbers of ambulatory and stationary care services produced.

Generally, the results show that the regions with a higher proportion of non-public providers are characterized by a higher technical efficiency, however the results are not unambiguous. The correlation between efficiency and the development of the non-public sector is statistically significant only in the case of ambulatory care providers, while it is insignificant when the proportion of non-public hospitals is considered.

Piśmiennictwo:

1. Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1996.

2. OECD, *Measuring up. Improving health system performance in OECD countries*, Paris 2002.
3. *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism*, Murray C.J.L., Evans D.B. (red.), World Health Organization, Geneva 2003.
4. Shone R., *Applications in intermediate microeconomics*. Martin Robertson, Oxford, 1981.
5. Samuelson P.A., Nordhaus W.D., *Ekonomia*, t. 1, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1999.
6. Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
7. Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
8. Ciżkowicz M., Ciżkowicz P., *Wielkość, forma własności, efektywność – analiza szpitali w Polsce z zastosowaniem stochastycznej granicznej funkcji kosztu*. „Myśl Ekonomiczna i Prawna” 2009; 1(24).
9. Villalonga B., *Privatization and efficiency: differentiating ownership effects from political, organizational, and dynamic effects*. „Journal of Economic Behavior & Organization” 2000; t. 42, nr 1.
10. Rudawska I., *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
11. Hollingsworth B., *Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care*. „Health Care Management Science” 2003; t. 6, nr 4.
12. Shen Y.-C., Eggleston K., Lau J., Schmid Ch., *Hospital ownership and financial performance: a quantitative research review*. NBER Working Paper 2005, no. 11662.
13. Golinowska S., *Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*. CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2004.
14. Mucha J., *Relacje między publicznym i prywatnym sektorem opieki zdrowotnej – próba klasyfikacji*, w: Ryć K., Skrzypczak Z. (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sektor publiczny a rynek*. Wyd. Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007.
15. Wonderling D., Gruen R., Black N., *Introduction to health economics*. Open University Press, Maidenhead 2005.
16. Aksman E., *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej*. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2000.
17. Kornai J., Eggleston K., *Solidarność w procesie transformacji: Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2002.
18. World Health Organization, *The role of the private sector and privatization in European health systems*. Regional Committee for Europe, Copenhagen 2002.
19. Maarse H., *The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis*. „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2006; t. 31, nr 5.
20. Misińska B., Nawara P., *Publiczna i prywatna własność w systemie ochrony zdrowia w kontekście form organizacyjno-prawnych prowadzenia działalności medycznej*, w: Ryć K., Skrzypczak Z. (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*. Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.
21. Saltman R.B., *Melting public-private boundaries in European health systems*. „European Journal of Public Health” 2003; t. 13, nr 1.
22. Kamerschen D.R., McKenzie R.B., Nardinelli C., *Ekonomia*. Fundacja Gospodarcza NSZZ Solidarność, Gdańsk 1992.
23. Domagała A., *Zastosowanie metody Data Envelopment Analysis do badania efektywności europejskich giełd papierów wartościowych*. Rozprawa doktorska, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2009.
24. Thanassoulis E., Portela M.C.S., Despić O., *Data envelopment analysis: the mathematical programming approach to efficiency analysis*, w: Fried H.O., Lovell C.A.K., Schmidt S.S. (red.), *The measurement of productive efficiency and productivity growth*. Oxford University Press, New York 2008.
25. Lovell C.A.K., *Production frontiers and production efficiency*, w: Fried H.O., Lovell C.A.K., Schmidt S.S. (red.), *The measurement of productive efficiency: Techniques and applications*. Oxford University Press, New York 1993.
26. Koopmans T.C., *An analysis of production as an efficient combination of activities*, w: Koopmans T.C. (red.), *Activity analysis of production and allocation*. Cowles Commission for Research in Economics Monograph No. 13, John Wiley and Sons, New York 1951.
27. Debreu G., *The coefficient of resource utilization*. „Econometrica” 1951; t. 19, nr 3.
28. Farrell M.J., *The measurement of productive efficiency*. „Journal of the Royal Statistical Society, Series A, General”, t. 120, nr 3.
29. Domagała A., *Metoda data envelopment analysis jako narzędzie badania względnej efektywności technicznej*. „Badania Operacyjne i Decyzje” 2007; nr 3–4.
30. Cooper W.W., Seiford L.M., Tone K., *Data envelopment analysis. A comprehensive text with models, applications, references and DEA-Solver software*. Kluwer Academic Publishers, Boston–Dordrecht–London 1999.
31. Coelli T.J., Rao D.S.P., O’Donnell C.J., Battese G.E., *An introduction to efficiency and productivity analysis*. Springer, New York 2005.
32. Guzik B., *Podstawowe modele DEA w badaniu efektywności gospodarczej i społecznej*. Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2009.
33. Folland S., Goodman A.C., Stano M., *The economics of health and health care*. Prentice Hall, New Jersey 2001.
34. Charnes A., Cooper W.W., Rhodes E., *Measuring the efficiency of decision making units*. „European Journal of Operational Research”, t. 2, nr 6.
35. Emrouznejad A., *Data envelopment analysis homepage*. <http://www.deazone.com>, 1995 (dostęp dnia: 27.08.2010).
36. Adamczyk J., Nitkiewicz T., *Programowanie zrównoważonego rozwoju przedsiębiorstw*. PWE, Warszawa 2007.
37. Ferrier G.D., Lovell C.A.K., *Measuring cost efficiency in banking: econometric and linear programming evidence*. „Journal of Econometrics” 1990; t. 46, nr 1–2.
38. Liu X., Mills A., *Measuring efficiency in purchasing*, w: Preker A. (red.), *Public ends, private means: Strategic purchasing of health services*. World Bank, Herndon 2007.

39. Flood C.M., *International health care reform. A legal, economic, and political analysis*. Routledge, London 2000.
40. Santerre R.E., Neun S.P., *Health economics. Theories, insights and industry studies*. Thomson South-Western College Pub., Mason 2004.
41. Cumming J., Scott C.D., *The role of outputs and outcomes in purchaser accountability: reflecting on New Zealand experiences*. „Health Policy” 1998; t. 46, nr 1.
42. Or Z., *Determinants of health outcomes in industrialised countries: a pooled, cross-country, time-series analysis*. „OECD Economic Studies” 2000; nr 30.
43. Łyszczarz B., Wyszowska Z., *Socjoekonomiczne determinanty stanu zdrowia – perspektywa regionalna*. „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2010; t. 16.
44. Dziubińska-Michalewicz M., *Sektor prywatny w systemie ochrony zdrowia w Polsce*. Informacja nr 1058, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Warszawa 2004.
45. Suchecka J., *Regulacje publiczne i prawne, równość sektorów w ochronie zdrowia*, w: Ryć K., Skrzypczak Z. (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*. Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.
46. Białynicki-Birula P., *Równość sektorów w ochronie zdrowia*. „Biuletyn Ekonomiczny Gospodarka i Administracja Publiczna” 2007; nr 1.
47. B. Szatur-Jaworska, *Proces starzenia się ludności Polski*, w: Frąckiewicz L. (red.), *Przeobrażenia demograficzne kraju i ich konsekwencje dla polityki społecznej*. Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 1998.
48. Golany B., Roll Y., *An application procedure for DEA*. „Omega” 1989; t. 17, nr 3.
49. Bhat V.N., *Health systems performance: a statewide analysis*. „Journal of Health Care Finance” 2003; t. 29, nr 4.
50. Łyszczarz B., *Efektywność wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej w Polsce – perspektywa regionalna*. „Myśl Ekonomiczna i Prawna” 2009; 1(24).

■ O autorze:

mgr Błażej Łyszczarz – asystent w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia, Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Katarzyna Dubas

Szpitaly niepubliczne w województwie małopolskim – profil działalności oraz znaczenie w systemie leczenia

Słowa klucze: szpital prywatny, niepubliczny szpital samorządowy, prywatyzacja, przekształcenia własnościowe, województwo małopolskie

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest scharakteryzowanie profilu działalności oraz znaczenia w systemie leczenia stacjonarnego szpitali niepublicznych funkcjonujących na terenie województwa małopolskiego. Część empiryczna została poprzedzona przedstawieniem problematyki procesu prywatyzacji i przekształceń własnościowych sektora szpitalnictwa w Polsce wraz z próbą usystematyzowania stosowanej w tym zakresie terminologii. Pojęcia prywatyzacji i/lub komercjalizacji są bowiem nagminnie stosowane przez decydentów sektora zdrowotnego, zwłaszcza w toczącej się debacie politycznej¹ bez precyzowania ich właściwego kontekstu znaczeniowego. Tymczasem nie każdy szpital niepubliczny jest szpitalem prywatnym, a proces komercjalizacji publicznych szpitali może, ale nie musi prowadzić do ich prywatyzacji.

Sektor szpitali niepublicznych, który stopniowo rozwija się w naszym kraju już od ponad 10 lat, nie jest zbiorem jednolitym. Wyróżniamy tu dwie, charakteryzujące się odmiennymi uwarunkowaniami i zasadami funkcjonowania, grupy szpitali. Pierwszą z nich stanowią właściwe szpitale niepubliczne, tj. prywatne. Do drugiej natomiast zaliczamy tzw. niepubliczne szpitale samorządowe – spółki kapitałowe z całościowym lub większościowym udziałem jednostek samorządu terytorialnego. Już sama nazwa, poprzez zestawienie dwóch niejako przeciwstawnych pojęć, wzbudza liczne kontrowersje. Z jednej strony „niepubliczne”, gdyż obowiązująca usta-

wa o zakładach opieki zdrowotnej² zawiera zamknięty katalog form organizacyjno-prawnych, w jakich może funkcjonować publiczny zakład opieki zdrowotnej – i nie ma w nim wymienionej spółki kapitałowej. Z drugiej zaś strony „samorządowe”, a więc przynależne do elementu administracji publicznej³. Klarowny podział systemu leczenia szpitalnego na sektor prywatny i publiczny nie jest więc możliwy bez rozgraniczenia kwestii własności, formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania szpitali oraz źródeł finansowania: środki publiczne/prywatne. Duże znaczenie ma bowiem także wartość przychodów uzyskiwanych przez szpital na drodze kontraktu z publicznym płatnikiem.

Znaczenie procesu prywatyzacji w polskim systemie ochrony zdrowia

Termin „prywatyzacja” zgodnie z definicją zawartą w *Słowniku wyrazów obcych* PWN oznacza proces przekształceń własnościowych polegający na przekazaniu przedsiębiorstw państwowych w ręce prywatnych właścicieli⁴. Zapoczątkowany w Polsce w latach 90. XX wieku proces obejmuje, zgodnie z przepisami właściwej ustawy⁵, prywatyzację pośrednią (zbywanie należących do Skarbu Państwa akcji/udziałów w spółkach) oraz bezpośrednią (sprzedaż przedsiębiorstwa państwowego). W odniesieniu do sektora ochrony zdrowia pojęcie prywatyzacji ma jednak bardziej złożone znaczenie. Wzrost udziału sektora prywatnego w podaży usług zdrowot-

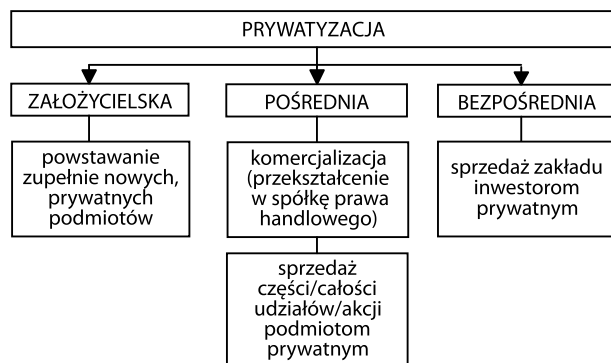
¹ Tematyka prywatyzacji szpitali była w 2010 r. jednym z najgorętszych tematów kampanii wyborczej. Konkurujące sztaby prowadziły swego rodzaju walkę na hasła, oskarżając się nawzajem z jednej strony o „straszenie prywatyzacją”, a z drugiej o „dążenie do likwidacji publicznej opieki zdrowotnej”. Źródło: *Debata prezydencka: spór o komercjalizację w służbie zdrowia*. PAP, Rynek Zdrowia, 30.06.2010 r. (www.rynekzdrowia.pl, pobrano: 16.10.2010 r.).

² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

³ Podstawę idei samorządu terytorialnego stanowi zasada decentralizacji, polegająca na przeniesieniu części uprawnień i odpowiedzialności władzy publicznej z organów władzy państwowej na organy władzy samorządowej – JST są więc elementami sektora publicznego.

⁴ *Słownik wyrazów obcych PWN*, wydanie 1995 r. (wersja on-line, www.swo.pwn.pl, pobrano 16.10.2010 r.).

⁵ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji (Dz.U. z 2002 r., Nr 171, poz. 1397, z późn. zm.).



Rysunek 1. Formy procesu prywatyzacji.

Źródło: opracowanie własne.

nych, jaki nastąpił w naszym kraju na przestrzeni ostatnich 10 lat, jest bowiem głównie skutkiem tzw. prywatyzacji założycielskiej (Rysunek 1). W przeciwieństwie do dwóch ww. form nie polega ona na przekształceniu struktury własnościowej podmiotu/zakładu przynależnego do sektora publicznego, lecz na niezależnym i oddolnym powstawaniu zupełnie nowych, niepublicznych jednostek. Prywatyzacja założycielska doprowadziła do dynamicznego rozwoju sektora prywatnego w obszarze podstawowej, a także ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (indywidualne i grupowe praktyki lekarskie oraz zakłady opieki zdrowotnej zakładane przez spółki) [1]. W obszarze lecznictwa stacjonarnego natomiast w ostatnich latach coraz większego znaczenia nabiera proces prywatyzacji pośredniej z udziałem zakładów podległych jednostkom samorządu terytorialnego.

W literaturze przedmiotu często można się spotkać z definiowaniem prywatyzacji jako jednego z elementów i/lub nieodłącznego etapu szerokiego procesu działań decentralizacyjnych w systemie ochrony zdrowia. Te ostatnie określane są natomiast jako transfer odpowiedzialności oraz zdolności decyzyjnej w odniesieniu do zarządzania, finansowania, wytwarzania oraz zabezpieczenia dostępności usług zdrowotnych z poziomu centralnego na niższy szczebel [2]. W zależności od rodzaju relacji występujących między organem przekazującym zadania i kompetencje a tym przyjmującym je proces decentralizacji może następować w drodze: delegacji, dewolucji bądź dekoncentracji. Delegacja to przekazywanie zadań i kompetencji przez organy centralne ich własnym jednostkom organizacyjnym, lecz usytuowanym niżej

w hierarchii (podległym) i zlokalizowanym w terenie. W przypadku dewolucji transfer następuje w kierunku wyspecjalizowanych agencji, niezależnych od władzy terytorialnej, natomiast gdy mamy do czynienia z dekoncentracją – odbiorcami przekazywanej władzy, kompetencji i środków są samodzielne i samorządne organy władzy terenowej [3].

Określanie prywatyzacji jako jednej ze strategii procesu decentralizacji w obszarze sektora zdrowotnego wynika z jej szerokiego definiowania, wykraczającego poza prosty transfer własności z sektora publicznego do prywatnego. Zdaniem części autorów prywatyzacja jest bowiem zbiorem mechanizmów mających na celu nie tylko zachęcenie sektora prywatnego do aktywnego uczestnictwa w finansowaniu i dostarczaniu usług publicznych, lecz obejmuje także wprowadzanie w tym obszarze zasad zarządzania charakterystycznych dla sektora prywatnego [2]. Zwolennicy tak szerokiego definiowania procesu prywatyzacji obrazują go jako kontinuum czterech etapów – począwszy od wewnętrznej transformacji zasad organizacji i zarządzania publicznymi zakładami opieki zdrowotnej z naciskiem na wprowadzanie elementów właściwych dla przedsiębiorstw prywatnych (komercjalizacji), poprzez rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego i *outsourcing*, aż do właściwej prywatyzacji bezpośredniej (Rysunek 2).

Podstawowym argumentem przeciwko tak szerokiemu definiowaniu prywatyzacji jest bezsporna przynależność jednostek samorządu terytorialnego do sektora publicznego. Istotne dla sektora ochrony zdrowia jest natomiast odróżnienie prywatyzacji ze względu na kryterium prawno-organizacyjne (status i własność jednostki) oraz kryterium finansowe (skąd pochodzą środki). Występująca w polskim systemie ochrony zdrowia relacja: opłacania ze środków publicznych prywatnie wytwarzanych usług, określana mianem „ryнку regulowanego”, wymaga bowiem jasno sprecyzowanych ram funkcjonowania. Więcej o tej problematyce w publikacji *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, s. 38 [1]. Zjawisko wzrostu udziału sektora prywatnego w wytwarzaniu usług zdrowotnych jest charakterystyczne dla systemów ochrony zdrowia większości krajów. W rezultacie mamy do czynienia z coraz większą złożonością, określaną jako „publiczno-prywatne”, struktur (*public-private mix*). Jednocześnie klarowne wyznaczenie granicy pomiędzy częścią publiczną a prywatną nie jest łatwe. Wyróżnia się tu trzy główne czynniki: zatrudnienie znacznej części profesjonalistów jednocześnie w zakładach publicznych, jak i prywatnych, źródła finansowania usług medycznych



Rysunek 2. Kontinuum procesu prywatyzacji.

Źródło: Atun R., *Privatization as decentralization strategy*, w: Salman R.B., Bankauskaite V., Vrangbaek K., (red.), *Decentralization in health care. Strategies and outcomes*. „European Observatory on Health Systems and Policies Series”, WHO 2007: 246.

pochodzące z obydwu sektorów, a także jako rezultat kombinacji dwóch pierwszych czynników – pojawienie się mieszanej motywacji usługodawców, z jednej strony nastawionej na cele socjalne (przypisywanej sektorowi publicznemu), a z drugiej na indywidualne korzyści (charakterystycznej dla podmiotów prywatnych). Kluczowego znaczenia nabiera tym samym potrzeba wprowadzenia mechanizmów umożliwiających sprawne sterowanie (*stewardship*) tak złożonym i wielowymiarowym systemem [4]. Problematyka ta jest przedmiotem licznych publikacji⁶, a w świetle postępującej złożoności polskiego systemu ochrony zdrowia z pewnością powinna się stać także centrum zainteresowania krajowych decydentów polityki zdrowotnej.

Podstawowe znaczenie dla rozwoju niepublicznego sektora opieki zdrowotnej w Polsce miała dekoncentracja zadań i kompetencji z zakresu ochrony zdrowia w kierunku jednostek samorządu terytorialnego⁷ oraz umożliwienie niepublicznym świadczeniodawcom usług zdrowotnych podpisywania umów na ich realizację z płatnikiem publicznym⁸. Ostatnia z ww. reform doprowadziła do dynamicznego rozwoju sektora prywatnego – początkowo głównie w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej⁹, a obecnie także w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz diagnostyki laboratoryjnej. Zgodnie z danymi rejestru zakładów opieki zdrowotnej według stanu na dzień 19 października 2010 r. udział niepublicznych placówek dostarczających świadczeń z zakresu leczenia ambulatoryjnego w ich całkowitej liczbie wynosił w skali kraju około 80%¹⁰.

W odniesieniu do systemu leczenia szpitalnego rozbudowa sektora niepublicznego, pomimo iż stabilnie, postępuje jednak zdecydowanie wolniej. O ile w 2000 r. liczba łóżek w 38 działających szpitalach ogólnych niepublicznych wynosiła 1583, to w ciągu ośmiu kolejnych lat ich liczba wzrosła niemal dziewięciokrotnie, osiągając w 2008 r. 13 542 łóżek w 186 szpitalach niepublicznych (**Tabela I**). W tym samym okresie liczba szpitali ogólnych publicznych zmalała o 168 jednostek – z 714 w 2000 r. do 546 w 2008 r. Udział łóżek szpitali niepublicznych w liczbie łóżek ogółem, pomimo iż stopniowo rośnie, w 2008 r. wynosił zaledwie 7,38%.

Systemowe uwarunkowania funkcjonowania szpitali niepublicznych

Zgodnie z zapisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹¹ niepubliczny szpital może być utworzony przez:

- Kościół lub związek wyznaniowy;
- pracodawcę;
- fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie;
- krajową lub zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną;
- spółkę niemającą osobowości prawnej.

W przeciwieństwie do szpitali publicznych ustawodawca wymienia jedynie podmioty mogące pełnić rolę organu założycielskiego szpitala niepublicznego, nie narzuca natomiast formy organizacyjno-prawnej jego

Rok	Szpitale ogólne (stan na 31 XII)		Łóżka rzeczywiste (stan na 31 XII)		Udział łóżek niepublicznych w liczbie łóżek ogółem
	Ogółem	W tym niepubliczne	Ogółem	W tym niepubliczne	
2000	752	38	191 290	1 583	0,83%
2001	774	78	188 805	3 361	1,78%
2002	777	94	190 503	5 490	2,88%
2003	767	103	187 454	5 780	3,08%
2004	790	147	183 280	7 649	4,17%
2005	781	170	179 493	8 215	4,58%
2006	742	153	176 673	9 318	5,27%
2007	748	170	175 023	10 204	5,83%
2008	732	186	183 565 ²⁾	13 542	7,38%

1) Bez jednostek resortowych podległych MON, MSWiA i MS.

2) Łącznie z łózkami w oddziale neonatologicznym.

Tabela I. Funkcjonowanie szpitali ogólnych¹⁾ w latach 2000–2008.

Źródło: zestawienie własne na podstawie *Biuletynów Statystycznych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) za lata 2001–2009*.

⁶ Samo pojęcie sterowności (*stewardship*) określano jako jedną z czterech podstawowych funkcji pełnionych przez współczesne systemy ochrony zdrowia. Źródło: WHO, *World Health Report 2000*. Health Systems: Improving Performance, Geneva 2000.

⁷ W 1991 r. nastąpiło reaktywowanie samorządu terytorialnego na poziomie gmin, natomiast w 1999 r. powołano powiaty i województwa.

⁸ Kontraktowanie przez Kasy Chorych, począwszy od 1999 r.

⁹ Już w drugim roku funkcjonowania nowego systemu udział sektora prywatnego w całkowitej wartości kontraktów w obszarze POZ wynosił 58%, a w przypadku niektórych kas (lubuskiej, łódzkiej czy mazowieckiej) przekraczał 90%.

¹⁰ Raport – liczba placówek ochrony zdrowia wg rodzaju jednostki na dzień 19.10.2010 r. (www.rejestrzoz.gov.pl, pobrano 19.10.2010 r.).

¹¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

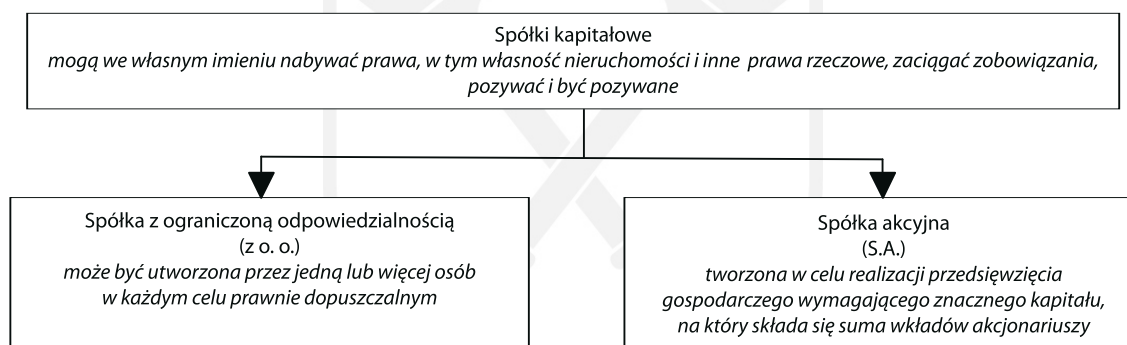
prowadzenia. W praktyce dominującą formą prowadzenia stacjonarnych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (NZOZ) w Polsce są spółki kapitałowe [5]. Wynika to m.in. z faktu poniesienia dużych nakładów finansowych na utworzenie i wyposażenie szpitali. Funkcjonują one na podstawie kodeksu spółek handlowych¹² i w świetle jego przepisów są zaliczane do grupy przedsiębiorstw. Spółka kapitałowa może przybrać formę spółki z ograniczoną odpowiedzialnością bądź spółki akcyjnej (**Rysunek 3**).

Zarówno utworzenie, jak i likwidacja prywatnego zakładu opieki zdrowotnej są autonomiczną decyzją podmiotów gospodarczych. Szpital funkcjonuje tu jako podległa prawom rynkowym, racjonalna instytucja ekonomiczna. Właściciele podejmują wszelkie decyzje w sposób niezależny i w pełni ponoszą konsekwencje tych decyzji, niezależnie od tego, czy mają one charakter pozytywny (działalność szpitala generuje zysk), czy też negatywny (odnotowywana jest strata) [6].

Szpitaly niepubliczne mogą sprzedawać świadczenia zarówno klientom indywidualnym, jak i instytucjom, na zasadzie pełnej lub częściowej odpłatności, jak również bezpłatnie w przypadku zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nie ma w ich przypadku ograniczenia co do możliwości jednoczesnego świadczenia usług w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i na zasadach komercyjnych (które to ograniczenie występuje w przypadku szpitali publicznych). Zgodnie

z zapisem ustawowym¹³ Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnik w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Pomimo dynamicznego rozwoju sektora szpitali niepublicznych w ostatniej dekadzie nadal często zgłaszane są przykłady ich dyskryminacji i/lub preferowania zakładów publicznych¹⁴. Chodzi tu zarówno o kwestie niektórych uregulowań prawnych, jak i indywidualnych decyzji administracyjnych. W pierwszym przypadku ilustracją może być obowiązek opłacania przez szpitale niepubliczne podatku dochodowego od osób prawnych (CIT), od którego zwolnione są jednostki publiczne (gdy przeznaczają zysk na określone w statucie cele ochrony zdrowia)¹⁵, czy też tzw. ustawa podwyżkowa¹⁶, która nie objęła szpitali niepublicznych. Przykładem nierównego traktowania szpitali publicznych i niepublicznych, ze szkodą dla tych ostatnich, na poziomie decyzji administracyjnych może być natomiast kontraktowanie usług zdrowotnych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ) na 2010 r. Nastąpiło tu różnicowanie ofert przygotowanych dla szpitali publicznych i niepublicznych oraz zaproponowanie tym ostatnim kontraktów nie tylko mniejszych wartościowo, lecz także z obniżoną wyceną za punkt¹⁷.



Rysunek 3. Cechy spółek kapitałowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ustawy z dnia 15 września 2000 r., Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2000, nr 94, poz. 1037, z późn. zm.).

¹² Ustawa z dnia 15 września 2000 r., Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2000, nr 94, poz. 1037, z późn. zm.).

¹³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

¹⁴ Przykłady doniesień prasowych: *NFZ dyskryminuje niepubliczne ZOZ-y*. „Dziennik Gazeta Prawna” z 31.03.2010 (www.gazetaprawna.pl, pobrano 31.10.2010), *Prywatne zdrowie bez podatku*. Karwowska A., Portal Gazeta.pl z 16.03.2010 (www.gazeta.pl, pobrano 31.10.2010).

¹⁵ Kwestia ta przez wiele lat była „nagłaśniana” jako jawny przejaw dyskryminacji przez przedstawicieli szpitali niepublicznych. Nawet bowiem w sytuacji gdy szpital niepubliczny świadczy usługi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (ma kontrakt z NFZ), musi odprowadzić podatek dochodowy od uzyskanego zysku, podczas gdy znajdujący się w tej samej sytuacji szpital publiczny jest od podatku zwolniony i może ten zysk przeznaczyć np. na inwestycje w jednostce. Problem ten stał się nawet przedmiotem orzeczenia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z 3 marca 2010 r. (sprawa wniesiona przez niepubliczny szpital ZOZ Help-Med Sp. z o.o. w Łodzi), zgodnie z którym po raz pierwszy dopuszczono możliwość zwolnienia niepublicznego ZOZ z podatku dochodowego od osób prawnych w tej części wpływu, która jest przeznaczana na cele statutowe NZOZ, czyli prowadzenie działalności medycznej. Źródło: Portal Rynek Zdrowia, *Niepubliczny ZOZ może ubiegać się o zwolnienie z podatku dochodowego*, 14.03.2010 (www.rynekzdrowia.pl, pobrano 02.04.2010).

¹⁶ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz.U. 2006, nr 149, poz. 1076).

¹⁷ Szpitalom publicznym zaproponowano kontrakty na poziomie czerwca 2009 r., podczas gdy niepublicznym obniżenie kontraktów wartościowo o około 40% oraz równoczesne obniżenie ceny punktu z 51 do 40 zł. Kwestia ta stała się nawet przedmiotem interwencji Ministra Zdrowia i prezesa NFZ. Źródło: Kamiński M., Twarowski A., *Równi i równiejsi*. „Menedżer Zdrowia” 2010; nr 1.

Pomimo iż formalnie sklasyfikowane jako niepubliczne, specyficzną i o odmiennych uwarunkowaniach grupę szpitali stanowią spółki kapitałowe z całościowym lub większościowym udziałem jednostek samorządu terytorialnego. Liczba jednostek tego typu dynamicznie rośnie w ostatnich latach, a w świetle krytyki i wskazywania licznych wad Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (SP ZOZ) jako formy organizacyjno-prawnej szpitali publicznych określane są one jako kierunek, w którym powinny pójść przekształcenia sektora szpitalnictwa.

Problematyka ta jest przedmiotem przyjętego w kwietniu 2009 r. rządowego programu „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”¹⁸, który przewiduje udzielenie finansowego wsparcia samorządom, decydującym się na likwidację zadłużonego SP ZOZ i powołanie w jego miejsce zakładu funkcjonującego w formie spółki kapitałowej. Program ma być realizowany w latach 2009–2011, a zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia do dnia 16 kwietnia 2010 r. w ramach jego realizacji wpłynęły 23 wnioski o przydzielenie dotacji na łączną kwotę około 73 mln zł¹⁹. Niezależnie od ww. programu Ministerstwo Zdrowia opracowało również projekt ustawy o działalności leczniczej, zakładającej przymusowe przekształcenie samorządowych SP ZOZ w spółki kapitałowe, w przypadku braku możliwości spłacenia przez organ założycielski zadłużenia szpitala²⁰. Według stanu na dzień pisania niniejszego artykułu pakiet ustaw zdrowotnych – w tym także ustawy o działalności leczniczej – został przyjęty przez rząd i „oczekuje” na przekazanie do Sejmu.

Niezależnie od podejmowanych przez rząd działań przekształcenia formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ były dokonywane oddolnie, decyzją jednostek samorządu terytorialnego, począwszy już od 1999 r. W latach 1999–2009 na drodze uchwał jednostek samorządu terytorialnego, poprzez likwidację SP ZOZ i powołanie w ich miejsce spółek kapitałowych, „przekształcono” w naszym kraju 409 jednostek i komórek organizacyjnych zakładów, w tym:

- 92 szpitale;
- 264 zakłady leczenia ambulatoryjnego;
- 53 oddziały szpitalne²¹.

Zmiany formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej²² w sektorze ochrony zdrowia były podejmowane na wszystkich szczeblach

samorządu terytorialnego. Największą inicjatywę przekształceń wykazywały jednak miasta oraz powiaty. Należy zaznaczyć, iż spośród 92 przekształconych szpitali nie wszystkie stanowią spółki kapitałowe z całościowym i/lub większościowym udziałem samorządu (Tabela II). Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia wśród 92 powstałych szpitali niepublicznych 61 stanowiło spółki kapitałowe z udziałem samorządu, przy czym w 49 był to udział całościowy, w 4 większościowy, a w kolejnych 8 mniejszościowy. W przypadku pozostałych zaś 31 szpitali mamy do czynienia z typowymi jednostkami niepublicznymi, funkcjonującymi głównie w formie spółek pracowniczych lub spółek, których właścicielem są prywatni inwestorzy. W skali kraju największe znaczenie jako prywatni inwestorzy „przejmujący” samorządowe szpitale mają dwie grupy: EMC Instytut Medyczny S.A. z Wrocławia (zarządzający aktualnie 12 zakładami opieki zdrowotnej w Polsce) oraz Grupa Nowy Szpital Sp. z o.o., w której skład wchodzi sieć 10 szpitali.

Zwolennicy przekształcenia samorządowych SP ZOZ w spółki kapitałowe argumentują, iż taka forma organizacyjna pozwoli samorządom na rzeczywisty i przejrzysty nadzór właścicielski, jak również umożliwi wprowadzenie efektywnego systemu zarządzania zakładem²³. Przeciwnicy z kolei odwołują się głównie do kwestii możliwości odsprzedaży udziałów inwestorowi prywatnemu, co mogłoby w konsekwencji doprowadzić do stopniowej „rzeczywistej” prywatyzacji. Ta z kolei, ze względu na nastawienie inwestorów prywatnych na zysk i skupianie się wyłącznie na dochodowych dziedzinach lecznictwa, może grozić ograniczeniem dostępności do świadczeń²⁴. Nie bez znaczenia pozostaje tu także kwestia możliwości finansowych jednostek samorządu terytorialnego, które w wielu wypadkach bez odpowiedniego wsparcia nie są wystarczające do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców w zakresie lecznictwa szpitalnego.

■ Profil szpitali niepublicznych na terenie województwa małopolskiego

Próbę nakreślenia profilu zbioru szpitali niepublicznych powinien poprzedzić dobór odpowiednich wskaźników charakteryzujących jego specyfikę. Wskaźniki służące do profilowania sektora niepublicznego w szpitalnictwie mogą dotyczyć różnych obszarów. Jako przykład można wymienić:

¹⁸ Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia wieloletniego programu pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” – program potocznie nazywany jest „Planem B”.

¹⁹ Informacja w sprawie realizacji programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” – stan na dzień 16 kwietnia 2010 (www.mz.gov.pl, pobrano 16.10.2010).

²⁰ Źródło: informacje Polskiej Agencji Prasowej z 11.10.2010.

²¹ Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2009. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, marzec 2010 r.

²² Potocznie określane jako „przekształcenia własnościowe”, pomimo iż nie zawsze dochodziło w ich przypadku do zmian w strukturze własności (ostateczna odpowiedzialność właścicielska zarówno przy formule SP ZOZ, jak i spółce kapitałowej z większościowym/całościowym udziałem samorządu – spoczywa na danej jednostce samorządu terytorialnego).

²³ Argumenty przywołane w punkcie 3 programu „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, przyjętego uchwałą Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r.

²⁴ Komentarze dotyczące prezydenckiego weta do pakietu ustaw zdrowotnych zakładających m.in. obligatoryjne przekształcenie samorządowych SP ZOZ w spółki kapitałowe. PiS, Lewica i SdPl poprzęto prezydenta do ustaw zdrowotnych. „Gazeta Prawna”, 18.12.2008 r.

Województwo		Liczba szpitali przekształconych ogółem	Forma nowo powstałego szpitala			
			Spółka kapitałowa z udziałem samorządu			Inna forma
			100%	> 50%	< 50%	
1	dolnośląskie	23	10	0	0	13
2	kujawsko-pomorskie	11	5	2	4	0
3	lubelskie	2	1	0	0	1
4	lubuskie	7	1	1	1	4
5	łódzkie	3	3	0	0	0
6	małopolskie	5	1	0	1	3
7	mazowieckie	1	1	0	0	0
8	opolskie	6	5	0	0	1
9	podkarpackie	1	1	0	0	0
10	podlaskie	1	1	0	0	0
11	pomorskie	7	5	1	0	1
12	śląskie	11	4	0	2	5
13	świętokrzyskie	2	1	0	0	1
14	warmińsko-mazurskie	5	5	0	0	0
15	wielkopolskie	5	4	0	0	1
16	zachodniopomorskie	2	1	0	0	1
Ogółem		92	49	4	8	31

Tabela II. Szpitale NZOZ-y powstałe w drodze decyzji jednostek samorządu terytorialnego po uprzedniej likwidacji szpitala funkcjonującego w formie SP ZOZ w latach 1999–2009.

Źródło: zestawienie własne na podstawie Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2009. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, marzec 2010 r. oraz przeglądu stron internetowych przekształconych szpitali.

- wielkość placówki (liczba łóżek);
- wartość przychodów netto ze sprzedaży usług i źródła finansowania (prywatne/publiczne);
- zakres działalności medycznej (rodzaje oddziałów, statystyki wykonywanych zabiegów);
- kadra (liczba personelu, struktura kwalifikacji, rodzaj umowy o pracę, poziom wynagrodzenia);
- efektywność techniczna (wskaźnik wykorzystania łóżek, średni okres pobytu, liczba pacjentów przypadających na jedno łóżko);
- warunki pobytu (ocena satysfakcji pacjentów).

Zarówno w skali kraju, jak i województwa małopolskiego nie wszystkie ww. obszary mogą być zilustrowane odpowiednimi danymi. Kwestie dotyczące personelu i/lub warunków pobytu pacjentów stanowią zindywidualizowane dla danej jednostki zakresy charakterystyki. Niemniej jednak na potrzeby niniejszego artykułu szpitale niepubliczne województwa małopolskiego zostały scharakteryzowane pod względem wielkości i zakresu prowadzonej działalności medycznej, a także wybranych wskaźników efektywności technicznej. Szczególną uwagę zwrócono również na kwestię formy organizacyjno-prawnej prowadzenia szpitali oraz źródeł pozyskiwania przez nie środków finansowych.

W Małopolsce, podobnie jak w skali całego kraju, można zaobserwować w ostatnich latach trend spadku liczby łóżek w szpitalach publicznych przy jednoczesnej stopniowej rozbudowie sektora niepublicznego.

W 2009 r. w ramach leczenia stacjonarnego – obejmującego zarówno szpitale, jak i jednostki opieki długoterminowej – na terenie województwa małopolskiego funkcjonowało 110 zakładów opieki zdrowotnej, dysponujących łącznie ponad 17 tys. łóżek (**Tabela III**).

W grupie 80 funkcjonujących w 2009 r. szpitali połowę (40 szpitali) stanowiły jednostki niepubliczne. Biorąc jednakże pod uwagę liczbę łóżek, zdecydowaną większość stanowiły szpitale publiczne – dysponujące łącznie 14 072 łóżkami, co stanowiło 93% całkowitej liczby łóżek szpitalnych w województwie (15 120). Zderzając potencjał łóżek z liczbą jednostek – otrzymujemy w Małopolsce średnio 352 łóżka przypadające na jeden szpital publiczny i zaledwie 26 na jeden niepubliczny.

Wśród 40 szpitali publicznych większość (17 jednostek) stanowiły duże szpitale wieloprofilowe, tj. udzielające świadczeń w co najmniej 7 specjalnościach, 13 jednostek prowadziło działalność skupioną w ramach jednej dziedziny – jako tzw. szpitale specjalistyczne, natomiast w przypadku 10 szpitali udzielanie świadczeń w ramach opieki stacjonarnej ograniczało się do 4 podstawowych specjalności medycznych, tj. pediatrii, interny, chirurgii oraz ginekologii i położnictwa.

Szpitale niepubliczne funkcjonujące na terenie województwa małopolskiego dysponowały w 2009 r. łącznie 1048 łóżkami. Wśród 37 szpitali ogólnych jedna jednostka dysponowała więcej niż 100 łóżkami (Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. Jana Grandego w Krakowie), a tylko

Rodzaj zakładu		Liczba jednostek	Liczba łóżek (stan na 31.12.2009)	
Szpitale	publiczne	wieloprofilowe	17	8 806
		jednoprofilowe	13	2 661
		podstawowe	10	2 605
	niepubliczne	ogólne	37	968
		psychiatryczne	3	80
Zakłady opieki długoterminowej	publiczne	6	817	
	niepubliczne	24	1 276	
Ogółem		110	213	

Tabela III. Zakłady lecznictwa stacjonarnego w Małopolsce w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Raport – lecznictwo szpitalne w Małopolsce 2009”. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków 2010.

w przypadku 3 kolejnych liczba łóżek przekraczała 50. W 14 szpitalach liczba łóżek mieściła się w przedziale 20–50, w przypadku zaś 19 pozostałych wynosiła poniżej 20 (Tabela IV). Zdecydowana większość szpitali niepublicznych to jednostki niewielkie, przeważnie specjalizujące się w określonej dziedzinie działalności.

O ile w jednostkach publicznych świadczenia lecznictwa szpitalnego były udzielane w Małopolsce w 2009 r. na oddziałach ponad 50 różnych specjalności, to w przypadku szpitali niepublicznych funkcjonowały oddziały tylko 15 specjalności (Tabela V). Zasadniczo pod względem profilu działalności małopolskie szpitale niepubliczne można podzielić na dwie grupy. Pierwszą z nich – przeważającą liczebnie stanowią jednoprofilowe jednostki specjalizujące się w określonej działalności. Wyróżniamy tu cztery podstawowe profile działalności: szpitale ginekologiczno-położnicze (8 szpitali w 2009 r.), jednostki udzielające świadczeń z zakresu chirurgii (ogólnej, naczyniowej, urazowo-ortopedycznej oraz plastycznej – w sumie 13 jednostek), nefrologii (4 stacje dializ) oraz rehabilitacji (8 jednostek). Drugą, zdecydowanie mniej liczną grupę szpitali niepublicznych stanowią większe pod względem liczby łóżek jednostki, udzielające świadczeń m.in. na oddziale chorób wewnętrznych. W 2009 r. były to 4 szpitale: NZOZ w Tuchowie, Szczyrzycu, Szpital Miejski w Rabce-Zdroju oraz Szpital Zakonu Bonifratrów w Krakowie (Tabela IV).

Podstawowe dane charakteryzujące działalność publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych województwa małopolskiego w latach 2007–2009, w tym także wybrane wskaźniki efektywności technicznej, przedstawia Tabela VI. Z zaprezentowanych danych wynika, iż szpitale niepubliczne osiągają lepsze wartości wskaźników wykorzystania zasobów w porównaniu z jednostkami publicznymi. Przykładowo, w 2009 r. średnia liczba leczonych przypadających na jedno łóżko w szpitalach niepublicznych wynosiła 46,83, średni okres pobytu pacjenta 5,96 dnia, a wskaźnik wykorzystania łóżek 278,9 dnia. Te same wskaźniki dla szpitali publicznych wynosiły odpowiednio: 41,97, 6,45 i 270,73. Jednak zarówno

w przypadku szpitali niepublicznych, jak i publicznych można zauważyć w okresie 2007–2009 trend wzrostu liczby przyjmowanych pacjentów z jednoczesnym skróceniem średniego okresu ich pobytu. Należy podkreślić, iż obiektywne porównanie wskaźników efektywności technicznej szpitali niepublicznych i publicznych powinno uwzględniać specyfikę działalności i dotyczyć np. oddziałów tego samego rodzaju. Również przy interpretacji współczynnika śmiertelności szpitalnej – zdecydowanie niższego dla szpitali niepublicznych – należy pamiętać o profilu działalności tych jednostek. Przykładowo, w 2009 r. nie funkcjonował w Małopolsce ani jeden niepubliczny oddział szpitalny o profilu onkologicznym, neurologicznym czy pediatrycznym. Zdecydowana większość świadczeń szpitalnych w odniesieniu do tzw. ciężkich przypadków pozostawała więc obszarze sektora publicznego.

W 2009 r. Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ) podpisał umowy z zakresie lecznictwa szpitalnego z 76 świadczeniodawcami na łączną kwotę 1 879 421 340 zł²⁵. Około 7% udziału w tej kwocie miały szpitale niepubliczne. Na 37 funkcjonujących w Małopolsce szpitali niepublicznych – 19 nie miało w 2009 r. kontraktu z MOW NFZ w zakresie leczenia szpitalnego. W przypadku pozostałych 18 zaś sumaryczna wartość umów na udzielanie świadczeń w obszarze leczenia szpitalnego wyniosła ponad 136 mln zł (Tabela IV).

Co do informacji obrazujących udział kontraktów z NFZ w całkowitej wartości przychodów uzyskiwanych przez szpitale niepubliczne, to brakuje ogólnodostępnych danych. Zgodnie z informacją uzyskaną od przedstawicieli dwóch jednostek niepublicznych udział środków uzyskiwanych od publicznego płatnika stanowił w 2009 r. 81,56% całkowitych przychodów netto ze sprzedaży w Szpitalu Zakonu Bonifratrów w Krakowie oraz 94,67% w Szpitalu Miejskim w Rabce-Zdroju. Należy jednak zaznaczyć, iż kwoty te odnoszą się do całkowitej wartości kontraktu z NFZ. Wydzielona – tylko w obszarze leczenia szpitalnego – wartość umów stanowiła nato-

²⁵ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2009. Warszawa, czerwiec 2010, (www.nfz.gov.pl, pobrano 16.08.2010)

Lp.	Nazwa szpitala	Profil działalności w obszarze usług szpitalnych	Liczba łóżek	Wartość kontraktu z MOW NFZ w obszarze – leczenie szpitalne w 2009 r. (zł)
1	NZOZ Szpital na ul. Siemiradzkiego 2 Ośrodek Diagnostyczno-Zabiegowy	chirurgia jednego dnia	0	0,00
2	NZOZ ASKLEPION Diagnostyka i Leczenie Operacyjne	ginekologia i położnictwo (jednego dnia)	0	0,00
3	UZDROWISKO KRYNICA – ŻEGIESTÓW	sanatorium, rehabilitacja	0	0,00
4	NZOZ ART-DERM Centrum Estetyczno-Plastyczne	chirurgia plastyczna i estetyczna	0	0,00
5	NZOZ CENTERMED Tarnów O. w Krakowie	rehabilitacja	2	1 680 552,00
6	NZOZ ART-MEDICINA w Krakowie	chirurgia plastyczna i estetyczna	4	0,00
7	Małopolskie Centrum Sercowo-Naczyniowe PAKS w Chrzanowie	chirurgia naczyniowa, kardiologia	4	0,00
8	LIFE Poradnia Zdrowia Rodziny w Niepołomicach	ginekologia i położnictwo	5	0,00
9	NZOZ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II filia w Nowym Targu	nefrologia	5	0,00
10	NZOZ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II filia w Mysłenicach	nefrologia	7	0,00
11	NZOZ Stacja Dializ HAND PROD w Gorlicach	nefrologia	8	851 487,00
12	Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Oświęcimiu	chirurgia naczyniowa, kardiologia	9	799 068,00
13	FEMINA Centrum Diagnostyczno-Operacyjne	ginekologia i położnictwo	10	0,00
14	Prywatna Klinika Położnicza SPES Sp. z o.o.	ginekologia i położnictwo	11	1 986 093,00
15	MEDICINA Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe	chirurgia ogólna, ortopedia	12	8 232 012,00
16	INTERCARD Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Nowym Sączu	chirurgia naczyniowa, kardiologia	13	13 400 352,00
17	INTERCARD Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Nowym Targu	chirurgia naczyniowa, kardiologia	13	8 976 510,00
18	NZOZ ORTO-MED Ośrodek Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu	chirurgia urazowo-ortopedyczna	14	1 938 000,00
19	NZOZ CENTRUM CHIRURGICZNE Nowa Huta	chirurgia	16	1 900 107,00
20	Gabinety Lekarskie MEDIKOR w Nowym Sączu	położnictwo i ginekologia	20	7 056 207,00
21	Zakład Rehabilitacji Leczniczej Stróże	rehabilitacja	20	0,00
22	ZOZ MULTIMED Sp. z o.o. w Oświęcimiu	rehabilitacja	21	0,00
23	NZOZ REHSTAB w Limanowej	rehabilitacja	24	0,00
24	ZOZ CENTRUM MEDYCZNE – NOWA HUTA	chirurgia stomatologiczna	25	0,00
25	Centrum Rehabilitacji Medycznej TUKAN	rehabilitacja	30	0,00
26	NZOZ SCANMED Strefa Medyczna Uniwersum	chirurgia, ortopedia	30	10 117 584,00
27	NZOZ ORTOPEDIUM w Krakowie	ortopedia	33	0,00
28	NZOZ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II w Krakowie	nefrologia	36	0,00
29	NZOZ PASTERNIK	rehabilitacja	40	0,00
30	NZOZ Szpital Położniczo-Ginekologiczny im. św. Elżbiety w Tuchowie	ginekologia i położnictwo	44	5 981 535,00
31	Szpital pw. Jana Jerozolimskiego w Szczyrzycu	choroby wewnętrzne	47	3 756 456,00
32	NZOZ Centrum Zdrowia Tuchów	choroby wewnętrzne	48	3 315 000,00
33	NZOZ Szpital na ul. Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego	ginekologia i położnictwo	50	9 663 174,00
34	NZOZ Szpital Miejski w Rabce-Zdroju	choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna	68	5 432 724,00
35	Prywatny Szpital Położniczo-Ginekologiczny	ginekologia i położnictwo	79	24 306 957,00
36	NZOZ UZDROWISKO RABKA	sanatorium, rehabilitacja kardiologiczna	100	0,00
37	Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. Jana Grandego	choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, chirurgia naczyniowa	120	27 268 221,00
Razem			968	136 662 039,00

* bez 3 szpitali o profilu psychiatrycznym.

Tabela IV. Szpitale niepubliczne* funkcjonujące w Małopolsce w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: „Raportu – lecznictwo szpitalne w Małopolsce 2009”. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków 2010, przeglądu stron internetowych szpitali oraz Informatora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie umów na realizację świadczeń w obszarze lecznictwa szpitalnego na rok 2009.

Lp.	Oddział	Liczba łózek
1	anestezjologii i intensywnej terapii	8
2	chirurgii naczyniowej	44
3	chirurgii ogólnej	74
4	chirurgii plastycznej	4
5	chirurgii urazowo-ortopedycznej	79
6	chorób wewnętrznych	188
7	ginekologiczno-położniczy	218
8	intensywnego nadzoru kardiologicznego	8
9	kardiologiczny	31
10	laryngologiczny	3
11	nefrologiczny	56
12	opieki paliatywnej	20
13	rehabilitacyjny	135
14	rehabilitacji kardiologicznej	100
15	psychiatryczny	80
Razem		1048

Tabela V. Łóżka według oddziałów w ogólnych szpitalach niepublicznych funkcjonujących w województwie małopolskim w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Raport – lecnicstwo szpitalne w Małopolsce 2009”. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków 2010.

miast odpowiednio 75,89% (Szpital Zakonu Bonifratrów) i 48,96% (Rabka-Zdrój) całkowitych przychodów netto ze sprzedaży. Zasadne wydaje się więc przypuszczenie, iż w przypadku zwłaszcza większych szpitali niepublicznych kontrakt z NFZ stanowi podstawowe źródło przychodów. Mniejsze szpitale natomiast, które nie posiadają umowy z publicznym płatnikiem w obszarze leczenia szpitalnego, bardzo często kontraktują świadczenia z zakresu leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z danymi Informatora MOW NFZ wszystkie wskazane w Tabeli IV szpitale o profilu rehabilitacyjnym (8 jednostek) posiadały w 2009 r. kontrakt na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, a tylko jeden z nich (NZOZ CENTERMED Tamów O. w Krakowie) posiadał jednocześnie umowę z zakresu leczenia szpitalnego. Podobnie sytuacja przedstawia się w przypadku 4 stacji dializ (sama tylko krakowska filia NZOZ Centrum Dializ Fresenius Ne-phrocare II posiadała w 2009 r. kontrakt z MOW NFZ na kwotę przekraczającą 37 mln zł, głównie w zakresie hemodializoterapii²⁶).

Biorąc pod uwagę formę organizacyjno-prawną funkcjonowania szpitali, należy podkreślić, iż w 2009 r. funkcjonował na terenie województwa tylko jeden nie-

publiczny szpital samorządowy – NZOZ Szpital Miejski w Rabce-Zdroju. Jest to jednoosobowa spółka Gminy Rabka, powstała w 2007 r., po uprzedniej likwidacji przez samorząd szpitala funkcjonującego w formie SP ZOZ. Druga tego typu jednostka powstała dopiero w 2010 r. i jest nią Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o. – jednoosobowa spółka Województwa Małopolskiego, która rozpoczęła działalność w lipcu 2010 r., przejmując zadania realizowane uprzednio przez szpital funkcjonujący w formie SP ZOZ. Przekształcenie Szpitala im. Rydygiera stanowiło element uczestnictwa Samorządu Województwa Małopolskiego we wspomnianym wcześniej rządowym programie „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”²⁷. Przystąpienie do „Planu B” i związana z nim realizacja programu restrukturyzacyjnego ma umożliwić m.in. spłatę zadłużenia szpitala w kwocie około 24 mln złotych, które po likwidacji szpitala w formie SP ZOZ obciążały budżet Samorządu Województwa. Z chwilą przekształcenia Szpital im. Rydygiera został największym niepublicznym szpitalem samorządowym w południowej Polsce (według stanu na 31 grudnia 2009 r. jednostka posiadała 590 łózek, zatrudniała ponad 1300 pracowników, a kwota kontraktu z NFZ na 2009 r. przekraczała 134 mln zł).

Również w 2010 r. rozpoczął działalność jedyny w Małopolsce szpital niepubliczny z mniejszościowym udziałem samorządu. NZOZ Nowy Szpital w Olkuszu przejął działalność medyczną zlikwidowanego decyzją samorządu szpitala powiatowego²⁸. Większość udziałów w powstałej spółce posiada inwestor prywatny – Grupa Nowy Szpital Sp. z o.o., natomiast Samorząd Powiatu Olkuskiego jest właścicielem około 30% udziałów. Olkuski szpital jest największą jednostką funkcjonującą w obrębie Grupy Nowy Szpital Sp. z o.o. (według stanu na 31 grudnia 2009 r. jednostka posiadała 366 łózek, zatrudniała ponad 720 pracowników, a kwota kontraktu z NFZ na 2009 r. przekraczała 42 mln zł). Inwestor prywatny na podstawie wieloletniej umowy współpracy wydzierżawia od samorządu budynki oraz sprzęt, odprowadzając w zamian opłatę czynszową. Zgodnie z informacją uzyskaną od przedstawiciela szpitala podstawą funkcjonowania jednostki w 2010 r. jest kontrakt z NFZ, a przychody generowane ze źródeł prywatnych (opłaty pacjentów) występują tylko w obszarze diagnostyki laboratoryjnej.

W tym momencie nie ma jeszcze możliwości pełnej oceny funkcjonowania tych dwóch największych w województwie szpitali niepublicznych (od przekształcenia tak Szpitala im. Rydygiera, jak i szpitala w Olkuszu nie minął jeszcze rok). W przypadku krakowskiego szpitala jednak już pojawiają się sygnały, iż podstawowym problemem jest brak wystarczających środków finansowych Samorządu Województwa Małopolskiego na wsparcie dla jednostki (m.in. na dofinansowanie kosztów remon-

²⁶ Hemodializoterapia jest świadczeniem kontraktowanym na odrębnych zasadach, poza obszarem leczenia szpitalnego.

²⁷ Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia wieloletniego programu pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

²⁸ Stosowna Uchwała Rady Powiatu Olkuskiego o przejęciu zadań w zakresie świadczeń medycznych, z wyjątkiem podstawowej opieki zdrowotnej, podjęta została już we wrześniu 2009 r., stąd szpital olkuski jest już ujęty w wykazie zaprezentowanym w Tabeli II. NZOZ Nowy Szpital w Olkuszu rozpoczął natomiast działalność z dniem 1 stycznia 2010 r. (Uchwała nr XXXII/273/2009 Rady Powiatu Olkuskiego z 9 września 2009 r.).

Wyszczególnienie	Wielkość – zakres działalności ¹						Wykorzystanie zasobów – efektywność techniczna ²				Wyniki ³
	Średnia liczba łóżek	Liczba leczonych ogółem	Liczba pacjentów wypisanych	Liczba pacjentów, którzy zmarli	Liczba osobodni leczenia	Liczba leczonych przypadających na 1 łóżko	Średni okres pobytu	Średnie wykorzystanie łóżka w dniach	Współczynnik śmiertelności		
Publiczne i niepubliczne szpitale ogólne województwa małopolskiego	2007	532 411	511 096	13 980	3 755 396	38,85	7,05	274,00	2,66%		
	2008	560 378	538 882	14 193	3 778 642	40,86	6,74	275,55	2,57%		
	2009	575 189	554 396	14 155	3 688 753	42,30	6,41	271,29	2,49%		
tylko szpitale publiczne	2007	502 470	481 751	13 674	3 560 863	38,68	7,09	274,08	2,76%		
	2008	524 147	503 647	13 707	3 540 753	40,67	6,76	274,71	2,65%		
	2009	531 122	511 279	13 680	3 426 304	41,97	6,45	270,73	2,61%		
W tym niepubliczne	2007	714	29 345	306	194 533	41,93	6,50	272,46	1,03%		
	2008	824	36 231	486	237 889	43,97	6,57	288,70	1,36%		
	2009	941	44 067	475	262 449	46,83	5,96	278,90	1,09%		

¹ Wskaźniki określające wielkość: średnia liczba łóżek (stan na początek roku + stan na koniec roku/2); liczba leczonych ogółem (suma wszystkich pacjentów wpisanych do księgi głównej szpitala w okresie sprawozdawczym – bez ruchu międzydziałowego); liczba pacjentów wypisanych; liczba pacjentów, którzy zmarli; liczba osobodni leczenia (liczba dni pobytu hospitalizowanych w okresie sprawozdawczym).

² Wskaźniki efektywności technicznej: liczba leczonych przypadających na jedno łóżko (liczba leczonych/średnia liczba łóżek); średni okres pobytu (liczba osobodni leczenia/liczba leczonych ogółem); średnie wykorzystanie łóżka w dniach (liczba dni osobodni leczenia/średnia liczba łóżek).

³ Wyniki: współczynnik śmiertelności (liczba pacjentów, którzy zmarli) × 100/(liczba pacjentów wypisanych + liczba pacjentów, którzy zmarli).

Tabela VI. Działalność publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych województwa małopolskiego w latach 2007–2009.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

tów i inwestycji)²⁹. Problem ten jest szczególnie istotny w świetle wymogów, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia szpitali. Wysoki poziom wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia³⁰, przy jednoczesnym braku środków na odpowiednie inwestycje, zwłaszcza w przypadku tak dużych jednostek, jak Szpital im. Rydygiera, stawia właścicieli w bardzo trudnej sytuacji.

Z wyjątkiem trzech wyżej opisanych jednostek (Szpital Miejski w Rabce-Zdroju, Szpital im. Rydygiera w Krakowie oraz NZOZ Nowy Szpital w Olkuszu) wszystkie pozostałe funkcjonujące w Małopolsce szpitale niepubliczne charakteryzują się 100% udziałem sektora prywatnego w strukturze własnościowej³¹.

Próba dokonania podsumowania i nakreślenia profilu typowego małopolskiego szpitala niepublicznego musi więc przede wszystkim odnosić się do kwestii własności i formy organizacyjno-prawnej. Według stanu na 2009 r. szpitale prywatne (bez udziału samorządu) stanowią w większości niewielkie, ściśle wyspecjalizowane jednostki, w których działalność z zakresu lecznictwa szpitalnego często stanowi niejako dodatkowy obszar funkcjonowania, obok dobrze rozwiniętej specjalistyki ambulatoryjnej i/lub rehabilitacji leczniczej. Przeważająca liczba jednostek ma kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, który zwłaszcza w przypadku większych szpitali stanowi podstawowe źródło przychodów. Nieliczne szpitale, które nie otrzymują przychodów na drodze umowy z publicznym płatnikiem, specjalizują się głównie w prostych i planowanych w ramach chirurgii jednego dnia zabiegach.

■ Podsumowanie

Przykład województwa małopolskiego pokazuje złożoność problematyki procesu prywatyzacji w zakresie lecznictwa szpitalnego. Bardzo ważne jest tu odgraniczenie kwestii przekształceń formy organizacyjno-prawnej szpitali samorządowych od rzeczywistego wzrostu znaczenia sektora prywatnego w strukturze własności szpitali.

Wśród szpitali prywatnych funkcjonujących na terenie województwa małopolskiego jednostki niegenerujące przychodów na drodze umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia stanowią zdecydowaną mniejszość. Nastawienie na „prywatnego pacjenta” w dziedzinie tak kosztochłonnej, jak szpitalnictwo, ogranicza się głównie do prostych, planowanych zabiegów chirurgicznych. Zdaniem części specjalistów podstawową przeszkodą w rozwoju niepublicznych szpitali, nastawionych na prywatne źródła finansowania, jest brak właściwych regulacji prawnych. Chodzi tu głównie o kwestię braku jasno sprecyzowanego koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych oraz ustawodawstwa z zakresu uzupełniających ubezpieczeń zdrowotnych³². W skali kraju powstają, co prawda, pierwsze szpitale przeznaczone dla prywatnych i/lub objętych abonamentem medycznym (prywatną polisą ubezpieczeniową) pacjentów³³, jednakże ich liczba jest na razie znikoma.

Charakterystyczne dla małopolskiego sektora szpitalnictwa publiczne finansowanie wytwarzanych w strukturach prywatnych usług stanowi z jednej strony przykład sprawnej współpracy i uzupełniania się obydwu sektorów, z drugiej jednakże pojawiają się głosy sprzeciwu w stosunku do tzw. niekontrolowanej prywatyzacji³⁴. Niemniej jednak specyfika lecznictwa szpitalnego – wysokie koszty funkcjonowania – sprawia iż, w przeciwieństwie do lecznictwa ambulatoryjnego udział sektora prywatnego w liczbie łóżek szpitalnych ogółem był 2009 r. zarówno w Małopolsce, jak i w skali kraju stosunkowo niewielki i wynosił zaledwie około 7%.

Funkcjonowanie szpitali – spółek z całościowym/większościowym udziałem samorządu, zdaniem wielu specjalistów, jest zjawiskiem pożądanym, zwłaszcza w kontekście możliwości zarządczych oraz realnego wpływu na bieżące funkcjonowanie jednostki. Struktura prawna SP ZOZ wykazuje bowiem wiele cech uniemożliwiających efektywne zarządzanie szpitalem. Sama zmiana formy organizacyjno-prawnej nie rozwiązuje jednak podstawowego problemu większości szpitali samorządowych, jakim jest brak wystarczających środków

²⁹ Zgodnie z doniesieniami „Gazety Wyborczej” Kraków z końca września 2010 r. koszty przeprowadzonych remontów i inwestycji sięgają 12 mln zł (www.gazeta.krakow.pl pobrano 21.10.2010 r.).

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. 2006 nr 213, poz. 1568 z późn. zm.).

³¹ Trzy spośród nich zostały utworzone na mocy decyzji jednostek samorządu terytorialnego (Tabela II). Jest to Sanatorium w Krynicy Zdroju oraz dwa szpitale funkcjonujące w formie spółek pracowniczych: NZOZ Szpital na ul. Siemiradzkiego im. Czerwiakowskiego w Krakowie oraz NZOZ Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o. Pierwszy z nich to specjalistyczny szpital ginekologiczno-położniczy prowadzący działalność, począwszy od 2003 r., po przedniej likwidacji szpitala funkcjonującego w formie SP ZOZ decyzją Sejmiku Województwa Małopolskiego. Drugi zaś to jednostka udzielająca świadczeń szpitalnych tylko na oddziale chorób wewnętrznych, funkcjonująca od lutego 2008 r., kiedy to przejęła działalność zlikwidowanego decyzją Rady Powiatu Tarnowskiego szpitala – SP ZOZ.

³² Wypowiedzi przedstawicieli prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych podczas VI Forum Rynku Zdrowia (27–28.10.2010 r., Warszawa).

³³ Przykładem mogą tu być funkcjonujące w Warszawie szpitale: Medicover (180 łóżek) i Carolina Medical Center (34 łóżka) – obydwa otwarte w 2010 r. i nastawione wyłącznie na prywatnych pacjentów. Z kolei jeden z prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych – Signal Iduna Polska – zapowiada budowę w Warszawie własnego szpitala, świadczącego usługi dla pacjentów objętych polisami (dotychczas ubezpieczyciel kontraktował usługi lecznictwa stacjonarnego z niezależnymi jednostkami). Źródło: *PMR o prywatnym sektorze w polskiej medycynie*. „Rynek Zdrowia” 14.09.2010 (www.rynekzdrowia.pl, pobrano 31.10.2010 r.) oraz wypowiedzi przedstawicieli prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych podczas VI Forum Rynku Zdrowia (27–28.10.2010 r., Warszawa).

³⁴ Część specjalistów jest bowiem zdania, iż prywatyzacja świadczeń z zakresu ginekologii czy kardiologii doprowadziła do kreacji nieuzasadnionej podaży usług. Spotkać się można z wypowiedziami, iż część zabiegów opłacanych przez NFZ jest wykonywanych bez dostatecznych wskazań medycznych (jako przykłady podaje się: zabiegi pobierania endometrium czy operowania torbieli jajników). Pojawiają się również głosy, iż prywatyzacja świadczeń w obszarze dializoterapii doprowadziła do faktycznego ograniczenia dostępności świadczeń (np. w sytuacji gdy właściciel stacji dializ podejmuje decyzję, iż będzie ona czynna tylko w dni robocze). Źródło: Kuta W., Wróbel P., *Prywatyzacja świadczeń – rozmawiajmy o zasadach*. Portal Rynek Zdrowia, 08.04.2009 (www.rynek.zdrowia.pl, pobrano 31.10.2010 r.).

finansowych, m.in. na pokrycie kosztów remontów i niezbędnych inwestycji. W 2008 r. spośród wszystkich 546 szpitali publicznych w Polsce 484 stanowiły jednostki samorządowe, dysponujące 84% liczby łóżek w ramach sektora publicznego i 78% całkowitej liczby łóżek szpitalnych³⁵. Jednocześnie szacuje się, iż około 80% budynków szpitalnych będących w gestii jednostek samorządu terytorialnego została wybudowana przed 1989 r. (w tym 20% przed 1939 r.), a ich średni wiek wynosi 42 lata³⁶. Poziom umorzenia księgowego majątku trwałego instytucji lecznictwa stacjonarnego w Polsce szacuje się natomiast na 62,16% [7]. Bez dodatkowych źródeł finansowania samorządom będzie więc bardzo trudno udźwignąć ciężar funkcjonowania podległych im szpitali.

Przywoływana często jako argument przeciwko komercjalizacji samorządowych szpitali obawa odsprzedaży części/całości udziałów inwestorom prywatnym pozostaje kwestią otwartą. Z jednej strony inwestorzy prywatni nie są jednak zainteresowani mniejszościowym udziałem własnościowym, z drugiej zaś to na samorządzie spoczywa ustawowy obowiązek zapewnienia odpowiedniej dostępności do świadczeń medycznych, w tym także opieki szpitalnej. Czy komercjalizacja samorządowych szpitali (przekształcenie ich w spółki) pociągnie za sobą ich rzeczywistą prywatyzację (odsprzedaż większości udziałów inwestorom prywatnym), pozostaje w zakresie mocy decyzyjnej i odpowiedzialności samorządów.

Pamiętać należy, iż przyszłość niepublicznych szpitali samorządowych, obok sfery finansowej, w dużym stopniu jest uzależniona również od dostępności odpowiednich instrumentów (m.in. zasobów kadrowych, instytucjonalnych, właściwego *know-how*) umożliwiających samorządom realizację przypisanych im zadań. Zakres funkcji pełnionych przez jednostki samorządu terytorialnego w obszarze sektora zdrowotnego obejmuje bowiem z jednej strony funkcje właścicielskie wobec świadczeniodawców, a z drugiej pełnienie roli kreatora lokalnej polityki zdrowotnej. Jeśli dodamy do tego szeroki katalog zadań z zakresu pomocy społecznej, oświaty czy dbałości o lokalną infrastrukturę, otrzymamy niezwykle złożony zestaw celów, których sprawna realizacja jest dla samorządów trudnym i ambitnym wyzwaniem. Końcowe pytanie nie powinno jednak brzmieć „czy” samorządy sprostać tymże wyzwaniom, tylko „jak” je w tym procesie wesprzeć. Nie ma bowiem podmiotów, które byłyby w stanie wyřęczyć i/lub zastąpić jednostki samorządu terytorialnego w realizacji wspomnianych funkcji.

Abstract:

Non-public hospitals in the Malopolska region – functioning profile and participation in the in-patient services delivery

Key words: private hospital, non-public local government's hospital, privatization, ownership transformation, Malopolska region

The aim of the article is to characterize the profile of the non-public hospitals functioning in one of the Polish provinces – Malopolska region and their participation in the in-patient services delivery.

As the process of privatization of the Polish health care sector, launched in 90. is progressing (especially in the out-patient sector), the hospitals remain dominantly public area – in 2008 about 93% of the hospital beds belonged to the public sector. Additionally, according to the Polish law, the non-public hospitals group includes both the private owned hospitals, as well as those owned by the local governments units, but run in a form of companies (mainly limited liability and joint stock companies).

The private hospitals functioning in Malopolska region are usually small units, specialized in narrow disciplines – mainly: gynaecology and obstetrics, surgery, nephrology (dialysis units), and rehabilitation. In 2009 majority of them signed contracts with the National Health Fund (public health insurance payer) and delivered services for the public health insurance patients. Specific for hospital services – high costs of both delivery and equipment maintenance are the main reasons for significantly smaller than in out-patient services, contribution of the private sector.

Piśmiennictwo:

- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002.
- Salman R.B., Bankauskaite V., Vrangbaek K. (red.), *Decentralization in health care, strategies and outcomes*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, WHO 2007.
- Golinowska S., Boni M., (red.), *Nowe dylematy polityki społecznej*. Raport CASE, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2006.
- Lagomarsino G., Nachuk S., Kundra S.S., *Public stewardship of private providers in mixed health systems*. Synthesis report from the Rockefeller Foundation, Washington 2009.
- Witczak I., *Ekonomika szpitala. Uwarunkowania, elementy, zasady*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009.
- Getzen T.E., *Ekonomika zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Raport – Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona księga II*, pod kierunkiem Stanisławy Golinowskiej. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2009.
- Holly R., Suchecka J. (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia*. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź – Warszawa 2009.
- WHO, *World Health Report 2000*. Health Systems: Improving Performance, Geneva 2000.

Podziękowania:

Autorka składa serdecznie podziękowania Pani Profesor Stanisławie Golinowskiej za cenne wskazówki i wsparcie merytoryczne okazane zarówno na etapie opracowania koncepcji, jak i finalizacji niniejszego artykułu.

O autorce:

mgr Katarzyna Dubas – doktorantka w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

³⁵ Obliczenia własne na podstawie *Biuletynu Statystycznego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ)*. Warszawa 2009.

³⁶ Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia, Warszawa, maj 2006 r., druk sejmowy nr 622, s. 81–86, przyt. za: Cichońska D., *Szpital publiczny jako centrum kompetencyjne polskiego systemu ochrony zdrowia*, w: Holly R., Suchecka J. (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia*. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź – Warszawa 2009: 62.

- Redakcja przyjmuje teksty w wersji elektronicznej. Tekst należy pisać czcionką Times New Roman 12 pkt. z odstępem 1,5 wiersza.
- Do artykułu prosimy dołączyć krótki abstract w języku angielskim (do 150 słów) oraz słowa kluczowe w języku polskim i angielskim (do 10 słów).
- Objętość pracy powinna się mieścić w przedziale do 30 standardowych stron (1800 znaków/stronę).
- W tekście głównym przywoływane pozycje piśmiennictwa oznaczamy kolejnymi numerami umieszczonymi w nawiasach kwadratowych. Piśmiennictwo powinno być podane na oddzielnej stronie w kolejności przywoływania.
- Przypisy w tekście – niebędące wyłącznie przywołaniem pozycji z piśmiennictwa – prosimy numerować kolejno w całym artykule (w indeksie górnym) i umieszczać na dole strony.

Przykłady pozycji piśmienniczych:

Artykuł w czasopiśmie:

Numer kolejny, nazwisko autora, inicjał imienia (imion), tytuł artykułu, tytuł czasopisma+rocznik, nr tomu, nr czasopisma, strona.

1. Niżankowski R., *Jaki system specjalizacji lekarskich?*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2000; II, 5: 20–21.

Pozycja książkowa:

Numer kolejny, nazwisko autora (ów), inicjał imienia (imion), tytuł książki, wydawnictwo, miejsce+rok wydania, ew. cytowane strony.

1. Williamson O.E., *Ekonomiczne instytucje kapitalizmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.

Fragment pracy zbiorowej:

Numer kolejny, nazwisko autora rozdziału, tytuł tego rozdziału, w:, nazwisko redaktora+(red.), tytuł pracy zbiorowej, wydawnictwo, miejsce i rok wydania, cytowane strony.

1. Sobkowiak B., *Procesy komunikowania się w organizacji*, w: Dobek-Ostrowska B. (red.), *Współczesne systemy komunikowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1998, 22–40.

- Prosimy o podanie na oddzielnej kartce dokładnego adresu, numeru telefonu, stopnia i tytułu naukowego oraz placówki, którą Autor reprezentuje.
- Wszystkie teksty będą poddane procedurze recenzyjnej (dwie niezależne, anonimowe recenzje). Od oceny recenzentów będzie uzależniona decyzja o publikacji. Autor ma obowiązek wprowadzenia uzasadnionych zmian, zaproponowanych przez recenzentów.
- Redakcja zastrzega sobie prawo adiustacji redakcyjnej. Autor ma obowiązek przeprowadzenia dokładnej ostatecznej korekty i zwrócenia jej w określonym czasie.
- **Prace przygotowane niezgodnie z zamieszczonymi powyżej zasadami nie będą przyjmowane do publikacji.**
- Materiałów niezamówionych Redakcja nie zwraca.

Artykuły prosimy przysyłać na adres redakcji:

Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM

ul. Grzegorzeczka 20

31-531 Kraków

tel. (12) 424-13-66

e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

Szanowni Państwo,

Redakcja „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” planuje w 2011 roku wydanie kolejnych numerów pisma.

Osoby zainteresowane otrzymaniem egzemplarzy proszone są o przesłanie zamówień na adres:

WYDAWNICTWO UNIwersytetu Jagiellońskiego

Dział Handlowy

tel. (12) 631-01-97; tel./fax (12) 631-01-98

tel. kom. 506-006-674

e-mail: sprzedaz@wuj.pl

Zamówienia będą realizowane do wyczerpania egzemplarzy.