

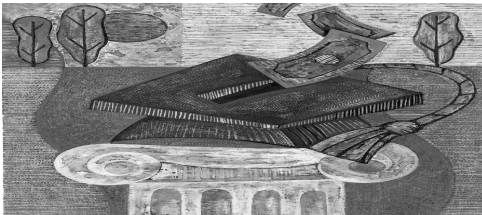
Zasada równości i sprawiedliwości społecznej
w aspekcie finansowania służby zdrowia
w Polsce i Szwecji

Katarzyna Kolasa
Doktor nauk ekonomicznych

Plan prezentacji

- **Wprowadzenie**
- **Cel badawczy, tezy oraz metody badawcze**
- **Główne rezultaty badań**
- **Podstawowe wnioski oraz implikacje dla Polski**

Wprowadzenie



Idea równości i sprawiedliwości społecznej na rynku ochrony zdrowia

Realizacja zasady równości i sprawiedliwości społecznej jest ważna ze względów:

- ekonomicznych,
- etycznych,
- socjalnych.



...Of all the forms of inequality, injustice in health care is the most shocking and inhumane... - Martin Luther King Jr

Idea równości i sprawiedliwości społecznej na rynku ochrony zdrowia

Równość określa się najczęściej jako brak systematycznych odchyżeń w oddziaływaniu jednego lub wielu czynników wpływających na stan zdrowia poszczególnych grup społecznych. Równość może być określana jako równość w wydatkach per capita, równość dostępu, alokacja odpowiednia do potrzeb, równości finansowania (pionowa lub pozioma).

Sprawiedliwość rozumie się jako konieczność redystrybucji środków finansowych pomiędzy zamożnych a ubogich tak, aby ci ostatni nie byli obciążeni podwójnie chorobą i jej finansowymi konsekwencjami.



Równość i sprawiedliwość społeczna

- regulacje prawne



„Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym **zasady sprawiedliwości społecznej**”

„Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają **równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych**”

„Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach... **równego traktowania obywateli oraz solidarności społecznej**... zapewnienia ubezpieczonemu **równego dostępu** do świadczeń opieki zdrowotnej”

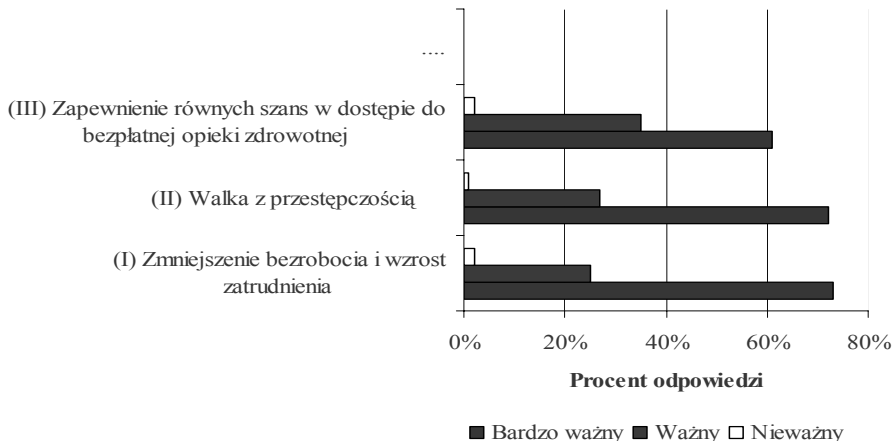
Źródło: Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe RP).

Źródło: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art.65, (Dz.U. Nr 210, poz. 2135).

Równość i sprawiedliwość społeczna

- badania opinii publicznej

Państwo może zajmować się różnymi sprawami i problemami, proszę określić, jak ważne są następujące możliwe cele działania państwa?



Źródło: R. Boguszewski: *Najważniejsze cele działań państwa – postulaty i oceny*.
Komunikat z badań BS/4/2007, CBOS, Warszawa 2007.

Źródła finansowania ochrony zdrowia

(Narodowe Rachunki Zdrowia)

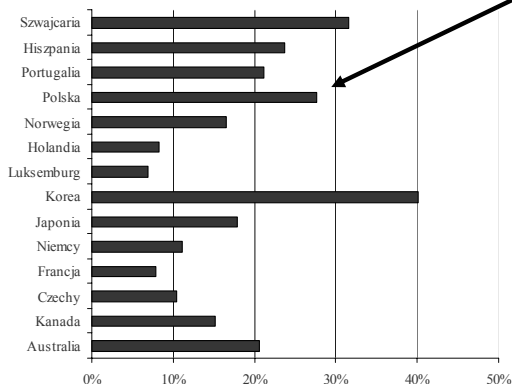


- **wydatki pośrednie**
(wydatki instytucji rządowych, funduszy ubezpieczeń społecznych oraz jednostek samorządów terytorialnych),
- **wydatki bezpośrednie**
(wydatki gospodarstw domowych, organizacji non profit, instytucji ubezpieczeń zdrowotnych oraz przedsiębiorstw),
- **fundusze zagraniczne**
(wydatki instytucji międzynarodowych oraz zagranicznych organizacji).

Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia

Dane Światowej Organizacji Zdrowia, WHO (ang. *World Health Organization*) pokazują, iż przy uwzględnieniu wielkości populacji, ponad **50% światowych kosztów ochrony zdrowia jest finansowane poprzez wydatki gospodarstw domowych**.

Wydatki gospodarstw domowych jako procent ogółu wydatków na ochronę zdrowia w 2003 roku



Polska - gdzie wydatki gospodarstw domowych stanowią ponad 20% ogółu wydatków na ochronę zdrowia - wyróżnia się pośród państw OECD.

Źródło: P. Smith: *User charges and priority in health care: balancing equity and efficiency*, Journal of Health Economics nr 24 z marca 2005 i OECD Health Data 2005.

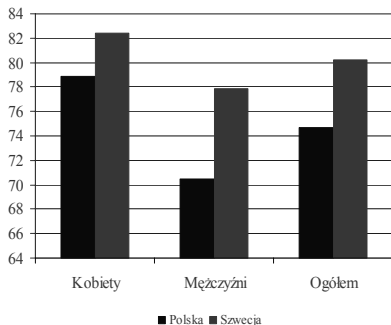
Punkt odniesienia - Szwecja

„... głównym celem służby zdrowia ma być... zapewnienie wszystkim **równego dostępu do ochrony zdrowia**

...pomoc medyczna ma być udzielona w pierwszej kolejności **najbardziej potrzebującym**”

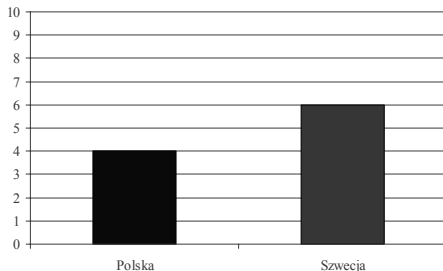
Źródło: Ustawa zdrowotna (szw. Hälso- och sjukvårdslag), (SFS 1982:763).

Oczekiwana długość życia w Polsce i Szwecji w 2003 r.



Źródło: OECD Health Data 2005.

Satysfakcja z systemu ochrony zdrowia w 2002 r. (1- brak satysfakcji, 10-pelna satysfakcja)



Źródło: Alber J.: Health and care in an enlarged Europe, www.eurofound.eu.int dostęp z dnia 15 lipca 2007 r.

Cel, tezy oraz metody badawcze



Cel badawczy

Celem badawczym była ocena realizacji zasad równości i sprawiedliwości społecznej w Polsce oraz Szwecji na podstawie analizy rozkładu wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia, pod kątem poszukiwania nowych rozwiązań systemowych, możliwych do implementacji w naszym kraju.

Teza badawcza

Mimo iż zarówno szwedzkie, jak i polskie akty prawne odwołują się do zasady równości i sprawiedliwości społecznej, w odniesieniu do wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia, Szwecja zdecydowanie skuteczniej niż Polska zapewnia ich realizację.

Metody badawcze

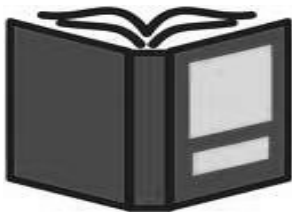
Badania empiryczne oparto na polskiej bazie danych Głównego Urzędu Statystycznego pod tytułem „Budżety gospodarstw domowych 2003 roku” oraz szwedzkiej bazie danych Głównego Urzędu Statystycznego „Wydatki gospodarstw domowych w 2003 roku” (szw. *Hushållens utgifter*) [1]. Analizy porównawcze ograniczono do jednego roku, z uwagi na brak dostępu do szwedzkich danych w szerszym zakresie.

Studium literatury przeprowadzono uwzględniając polską i obcojęzyczną literaturę fachową z zakresu ekonomiki zdrowia, a także przepisy prawne, dostępne badania opinii publicznej i wreszcie publikacje instytucji zajmujących się tematyką ochrony zdrowia.

Indywidualne wywiady z przedstawicielami samorządów lokalnych oraz instytucji działających na rynku ochrony zdrowia uzupełniały informacje zebrane w ramach studium literatury.

[1] Dostęp do baz danych zostały udostępniony na koszt Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie oraz Sejmiku Samorządowego Kalmar w Szwecji

Główne rezultaty badań

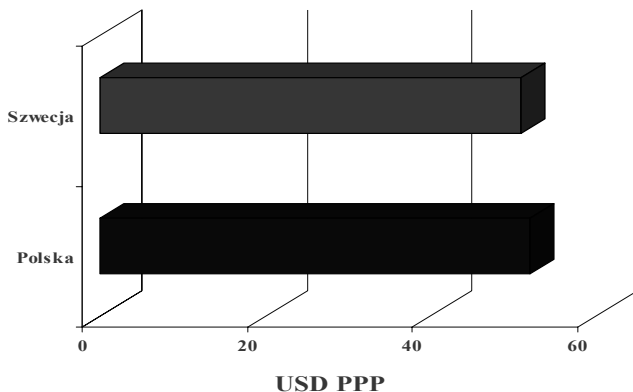


Udział własny pacjentów w finansowaniu świadczeń zdrowotnych



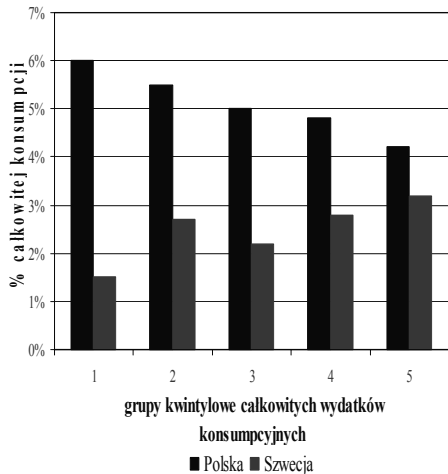
	Szwecja	Polska
Leki na receptę	Udział własny pacjenta, maksymalnie 1800 SEK (196 euro) rocznie	Brak udziału własnego pacjenta, częściowe pokrywanie ceny
Leczenie ambulatoryjne	Udział własny pacjenta, maksymalnie 900 SEK (98 euro) rocznie, szczególne regulacje dla określonych grup pacjentów	Darmowy dostęp do publicznej opieki medycznej
Leczenie szpitalne	Udział własny pacjenta, maksymalnie 80 SEK (9 euro) za dobę, szczególne regulacje dla określonych grup pacjentów	

Miesięczne wydatki na ochronę zdrowia przeciętnego gospodarstwa domowego w 2003 r.



Pomimo iż istniejące regulacje prawne nie określają w sposób jednoznaczny zakresu udziału własnego w kosztach leczenia w naszym kraju, wydatki polskich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia są porównywalne do tych ponoszonych przez gospodarstwa domowe w Szwecji, gdzie wydatki pacjentów za świadczenia zdrowotne funkcjonują w szerokim zakresie w ramach przepisów prawnych.

Miesięczne wydatki na ochronę zdrowia przeciętnego gospodarstwa domowego w 2003 r.



- Indeks sprawiedliwości, FFC (ang. *Fairness in Financial Contribution*), wyniósł 0.85 dla Polski oraz 0.89 dla Szwecji (sprawiedliwość, gdy FFC=1).
- Analizy współczynnika Kakwani wykazały progresywność wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w Szwecji oraz regresywność w Polsce.

Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia poszczególnych grup społecznych rozkładają się bardziej nierównomiernie i niesprawiedliwie w Polsce niż w Szwecji.

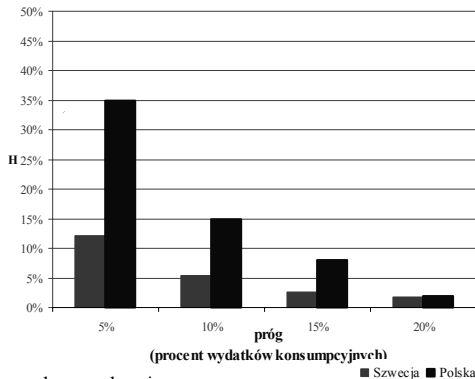
Wydatki zagrażające realizacji pozostałych potrzeb życiowych w 2003 r.

Wydatki zagrażające realizacji pozostałych potrzeb życiowych definiuje się jako koszty przekraczające określony poziom, np. wybrany procent całkowitej konsumpcji.

$$H = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^n E_i$$

N - wielkość badanej próby,

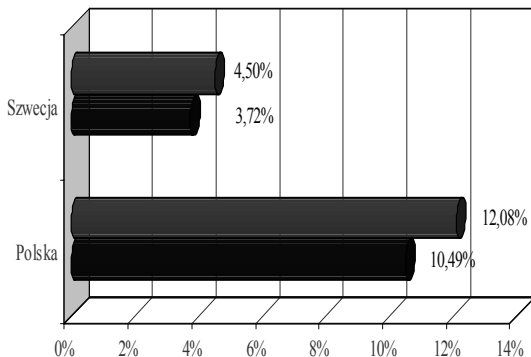
E_i - gospodarstwo domowe, tak że $E_i=1$, gdy wydatki na ochronę zdrowia przekraczają określony limit oraz $E_i=0$ w przeciwnym przypadku.



Polskie gospodarstwa domowe bardziej niż szwedzkie są narażone na zbyt wysokie wydatki na ochronę zdrowia, zagrażające możliwości realizacji pozostałych potrzeb życiowych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Wydatki gospodarstw domowych w 2003 r.*, SCB, Örebro 2004 i *Budżety gospodarstw domowych z 2003 r.*, GUS, Warszawa 2004.

Zjawisko ubóstwa a wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2003 r.



W 2003 r. wzrost stopy ubóstwa nastąpił głównie w wyniku konsumpcji leków (w Polsce) oraz wydatków na usługi stomatologiczne (w Szwecji).

- poziom ubóstwa w gospodarstwach domowych po wydatkach na ochronę zdrowia
- poziom ubóstwa w gospodarstwach domowych przed wydatkami na ochronę zdrowia

W Polsce wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia wpływają w większym stopniu na zjawisko ubóstwa niż w Szwecji.



Maksymalne obciążenie budżetów domowych kosztami korzystania za usług zdrowotnych uregulowane ustawowo (Udział własny pacjentów)

Brak regulacji chroniących pacjentów przed nadmiernymi wydatkami na rynku ochrony zdrowia

Zakres i wielkość udziału własnego w finansowaniu świadczeń zdrowotnych publicznych i prywatnych świadczeniodawców (poza stomatologią) ustalana przez władze lokalne

Brak regulacji na poziomie lokalnym

Pomoc gmin dla najbardziej potrzebujących przyznawana w sposób indywidualny

Normy ustawowe warunkujące przyznanie zasiłku socjalnego

System abonamentki dla pacjentów stomatologicznych

Brak odpowiednich regulacji

System opłat ratalnych dla zakupu farmaceutyków

Brak odpowiednich regulacji

System opłat ratalnych i zwolnienia z opłat dla ubogich pacjentów w przypadku leczenia ambulatoryjnego

Brak odpowiednich regulacji

Wydatki na farmaceutyki



Przykładowe szwedzkie regulacje rynku leków przyczyniające się do skutecznej realizacji zasady równości i sprawiedliwości społecznej:

- Udział własny pacjentów,
- substytucja leków na tańsze odpowiedniki, Szwecja
- reforma generyczna,
- rygorystyczne kryteria refundacji leków (np. analizy efektywność kosztowej dostosowane do uwarunkowań lokalnych), Polska
- rekomendacje lokalnych komitetów lekowych.

Podział wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2003 r.



- artykuły farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny
- leczenie ambulatoryjne
- leczenie szpitalne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Wydatki gospodarstw domowych w 2003 r.*, SCB, Örebro 2004 i *Budżety gospodarstw domowych z 2003 r.*, GUS, Warszawa 2004.

Podstawowe wnioski oraz implikacje dla Polski



Szwedzkie rozwiązania – wnioski dla Polski

- **Możliwe jest współistnienie publicznej odpowiedzialności wraz z partycypacją pacjentów w kosztach leczenia.**
- **Udział własny pacjentów nie przeszkadza w realizacji idei równości i sprawiedliwości społecznej.**
- **Konieczne jest ustalenie optymalnego poziomu i zakresu udziału własnego pacjentów.**

Optymalny poziom udziału własnego powoduje:

- ograniczenie moralnego hazardu,
- wzrost wiedzy na temat kosztów świadczeń zdrowotnych,
- wzrost jakości i efektywności wykorzystania zasobów sektora zdrowia.



Brak optymalnego poziomu udziału własnego powoduje:

- ograniczanie dostępu do usług zdrowotnych,
- rezygnację z pomocy medycznej,
- pogłębianie nierówności w stanie zdrowia.

Szwedzkie rozwiązania – wnioski dla Polski



System udziału własnego powinien zostać uregulowany w taki sposób aby świadczenia zdrowotne były dostępne według następujących zasad:

1. Zdolności do płacenia

konieczne jest wprowadzenie gwarancji pomocy finansowej dla najbardziej potrzebujących; wydatki gospodarstw domowych nie mogą stanowić jedynie dodatkowego źródła finansowania.

2. Rozdziału według potrzeb

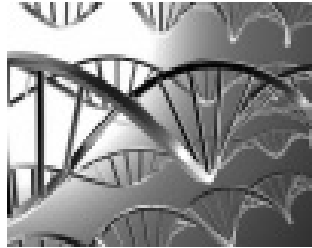
konieczna jest diagnoza faktycznych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w oparciu o dane demograficzne, epidemiologiczne, ekonomiczne oraz badania opinii publicznej.

3. Równego dostępu

konieczne jest jasne zdefiniowanie zadań organu odpowiedzialnego za funkcjonowanie udziału własnego, ujednoczenie zasad pobierania opłat w wymiarze przedmiotowym i podmiotowym.

To improve is to change;
to be perfect is to change often.

Winston Churchill



Dziękuję za uwagę