

Czy ludzi stać na płacenie za opiekę zdrowotną?

Nowe dowody
na temat ochrony
finansowej w Polsce

Marzena Tambor
Milena Pavlova



Streszczenie

Biuro WHO w Barcelonie ds. Wzmocnienia Systemów Ochrony Zdrowia

Biuro WHO w Barcelonie jest ośrodkiem doskonałości w dziedzinie finansowania ochrony zdrowia w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Współpracuje z państwami członkowskimi w Europejskim Regionie WHO, promując wykorzystanie wyników badań naukowych w procesie podejmowania decyzji.

Do głównych zadań Biura należy ocena postępów państw członkowskich i całego regionu we wdrażaniu systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego prowadzona na podstawie monitorowania ochrony finansowej – wpływu opłat bezpośrednich na poziom życia i ubóstwo. Ochrona finansowa stanowi podstawowy wymiar efektywności działania systemu ochrony zdrowia i jeden ze wskaźników Celów Zrównoważonego Rozwoju.

Biuro wspiera państwa członkowskie, pomagając w opracowaniu polityki, monitorowaniu postępów oraz projektowaniu reform, łącząc diagnozę problemów występujących w systemie ochrony zdrowia z analizą możliwych rozwiązań w zakresie polityki – specyficznych dla danego kraju, dialogiem na wysokim szczeblu dotyczącym polityki, a także przybliżając międzynarodowe doświadczenia w danej dziedzinie. Organizuje również kursy szkoleniowe WHO na temat finansowania ochrony zdrowia i wzmocnienia systemów ochrony zdrowia w celu osiągnięcia lepszych wyników zdrowotnych.

Biuro WHO w Barcelonie powstało w 1999 r. i korzysta ze wsparcia rządu autonomicznej wspólnoty Katalonii w Hiszpanii. Stanowi część Wydziału systemów ochrony zdrowia i zdrowia publicznego Biura Regionalnego WHO dla Europy.





World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

Czy ludzie stać na płacenie za opiekę zdrowotną?

Nowe dowody na temat
ochrony finansowej w Polsce

W sprawach dotyczących wykorzystania publikacji WHO Regional Office for Europe należy kontaktować się z: Publications, WHO Regional Office for Europe, UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen O, Denmark. Na stronie internetowej biura (<http://www.euro.who.int/pubrequest>) można również wypełnić formularz online w celu uzyskania dokumentacji lub informacji z zakresu ochrony zdrowia lub zgody na cytowanie lub tłumaczenie materiałów.

© World Health Organization 2020

Niektóre prawa zastrzeżone. Niniejsze opracowanie dostępne jest w ramach licencji Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Zgodnie z postanowieniami niniejszej licencji dozwolone jest kopiowanie, rozprowadzanie i adaptacja utworu w celach niekomercyjnych pod warunkiem, że utwór cytowany jest w należyty, opisany poniżej sposób. W przypadku wykorzystania niniejszego utworu, nie należy w żaden sposób sugerować, że WHO popiera konkretną organizację, produkt lub usługę. Nie zezwala się na wykorzystanie logotypu WHO. Podmiot dokonujący adaptacji utworu zobowiązany jest udzielić licencji na powstałą adaptację w ramach tej samej lub równoważnej licencji Creative Commons. Podmiot wykonujący tłumaczenie utworu zobowiązany jest do zamieszczenia zastrzeżenia zgodnie z następującym wzorem: „Niniejszy przekład nie został wykonany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie odpowiada za treść i dokładność przekładu. Oryginał powstały w języku angielskim stanowi wiążącą i oryginalną edycję niniejszego utworu.”

Mediacje w sprawie sporów powstałych w wyniku stosowania niniejszej licencji prowadzone będą zgodnie z zasadami mediacji Światowej Organizacji Własności Intelektualnej.

Sugerowane cytowanie. Tambor M, Pavlova M. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland. Summary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dane katalogowe CIP (Cataloguing-in-Publication). Dane CIP dostępne są pod adresem <http://apps.who.int/iris>.

Sprzedaż, prawa i licencje. W celu zakupu publikacji WHO proszę zapoznać się z informacjami dostępnymi na stronie <http://apps.who.int/bookorders>. W celu złożenia wniosku o komercyjne wykorzystanie publikacji lub zapytań w sprawie obowiązujących praw i licencji proszę zapoznać się z informacjami dostępnymi na stronie: <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiały osób trzecich. Na osobach zainteresowanych wykorzystaniem materiałów osób trzecich zamieszczonych w niniejszym utworze, takich jak tabele, rysunki lub zdjęcia, spoczywa odpowiedzialność za ustalenie czy takie wykorzystanie wymaga uzyskania pozwolenia oraz za uzyskanie tego pozwolenia od posiadacza praw autorskich. Ryzyko roszczeń powstałych w wyniku naruszenia składowych utworu autorstwa osób trzecich spoczywa wyłącznie na użytkowniku utworu.

Ogólne zastrzeżenie. Opisy i materiały wykorzystane dla potrzeb niniejszej publikacji nie stanowią opinii Światowej Organizacji Zdrowia w sprawach dotyczących statusu prawnego danego państwa, terytorium, miasta lub obszaru czy też jego władz oraz przebiegu granic. Linie kropkowane na mapach pokazują przybliżone granice, które nie są w pełni uznane. Nadmienie w tekście nazwy firm lub produktów wytwórców nie oznacza, że są one aprobowane lub rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia ani w żaden sposób faworyzowane w stosunku do innych im podobnych, które nie zostały nadmienione. Nazwy własne produktów pisane są co do zasady wielką literą.

Światowa Organizacja Zdrowia podjęła wszelkie racjonalne kroki w celu zweryfikowania informacji zawartych w niniejszej publikacji, jednakże nie udziela żadnych gwarancji w stosunku do publikowanego materiału. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie podanych informacji spoczywa na odbiorcy. Światowa Organizacja Zdrowia nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek szkody powstałe w związku z wykorzystaniem niniejszej publikacji.

Opinie wyrażone w niniejszej publikacji stanowią wyłącznie poglądy jej autorów.

Spis treści

Spis treści	iii
Wydatki na zdrowie	1
Zabezpieczenie i dostęp do świadczeń oraz niezaspokojone potrzeby zdrowotne	3
Wydatki gospodarstw domowych na zdrowie	6
Ochrona finansowa	7
Czynniki wzmacniające i osłabiające ochronę finansową	11
Implikacje dla prowadzonej polityki	12
Materiały źródłowe	15
Glosariusz terminów	16

Niniejszy przegląd służy ocenie, w jakim stopniu Polacy ponoszą nadmierne obciążenia finansowe w związku z korzystaniem ze świadczeń opieki zdrowotnej, w tym leków. W analizie wykorzystano dane z corocznych badań budżetów gospodarstw domowych prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) za lata 2005 - 2014. Analiza skupia się na dwóch wskaźnikach ochrony finansowej: katastrofalnych wydatkach na opiekę zdrowotną i zubażających wydatkach na opiekę zdrowotną. Uwzględnia również istniejące bariery w dostępie do świadczeń będące przyczyną niezaspokojonych potrzeb z zakresu opieki zdrowotnej.

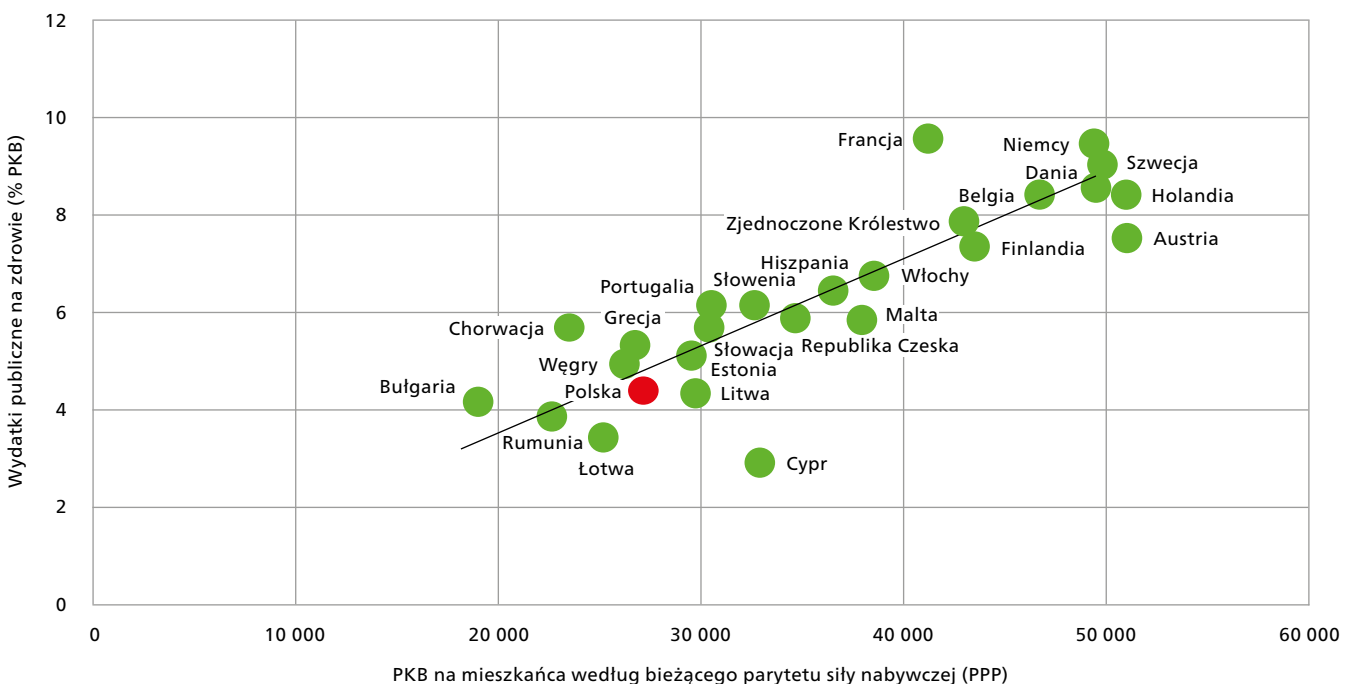
Wydatki na zdrowie

Z badań wynika, że prawdopodobieństwo wystąpienia nadmiernych obciążeń finansowych jest większe, gdy wydatki publiczne na ochronę zdrowia w stosunku do produktu krajowego brutto (PKB) pozostają na niskim poziomie, a opłaty bezpośrednie gospodarstw domowych stanowią stosunkowo wysoki odsetek bieżących wydatków na zdrowie (Xu et al., 2003; Xu et al., 2007; WHO, 2010; WHO Regional Office for Europe, 2019). Zwiększenie wydatków publicznych lub zmniejszenie opłat bezpośrednich same w sobie nie gwarantują lepszej ochrony finansowej, ponieważ ważną rolę odgrywa również wybór konkretnych rozwiązań w obszarze polityki.

Rys. 1. Wydatki publiczne na zdrowie i PKB na mieszkańca w UE w 2016 r

Uwagi: PPP – parytet siły nabywczej. Publiczne odnoszą się do wszystkich obowiązkowych schematów finansowania. Na wykresie nie ujęto Irlandii i Luksemburga. Polska jest zaznaczona kolorem czerwonym.

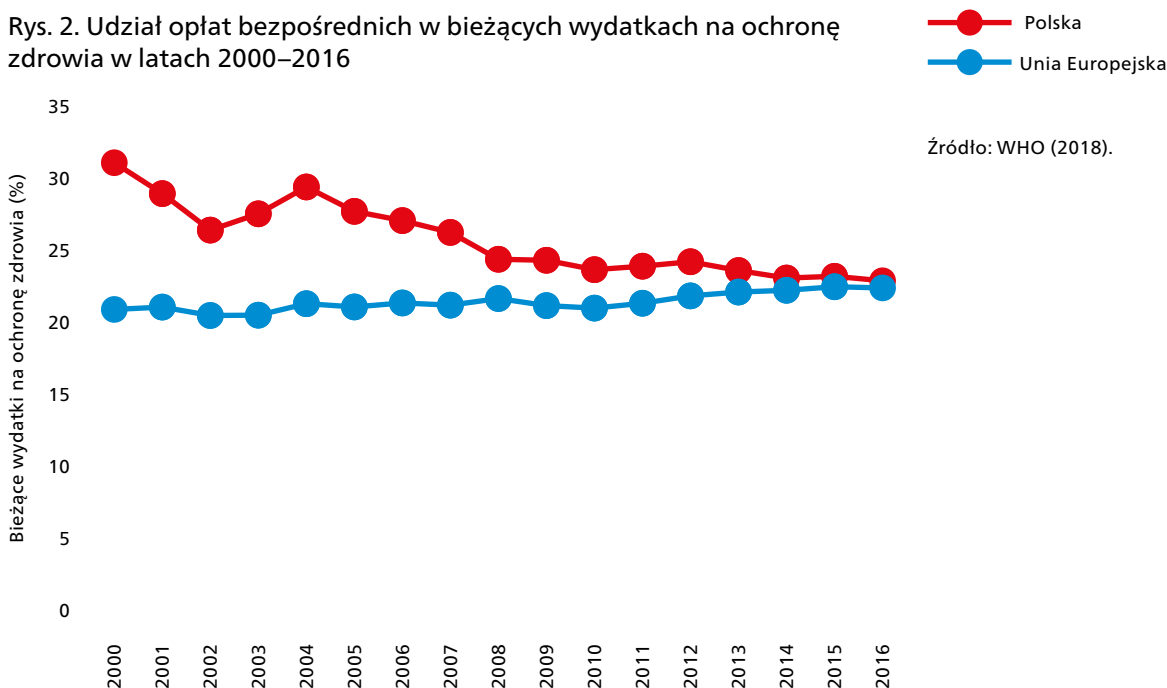
Źródło: WHO (2018).



Nakłady publiczne na ochronę zdrowia w Polsce są niższe niż w wielu innych państwach Europy Środkowo-Wschodniej. W 2016 r wydatki publiczne na ochronę zdrowia stanowiły 11% wydatków budżetu państwa i 4,6% PKB i należały do jednych z najniższych w Unii Europejskiej (UE) (rys. 1).

Według Narodowych Rachunków Zdrowia poziom opłat bezpośrednich gospodarstw domowych na mieszkańca w Polsce w latach 2000-2015 wzrósł, ale nakłady publiczne na zdrowie zwiększały się w szybszym tempie, wykazując szczególnie silny wzrost w latach 2000-2008 (WHO, 2018). W związku ze wzrostem wydatków publicznych na ochronę zdrowia na mieszkańca udział opłat bezpośrednich w bieżących wydatkach na zdrowie spadł z 31% w 2000 r do 24% w 2008 r (rys. 2).

Rys. 2. Udział opłat bezpośrednich w bieżących wydatkach na ochronę zdrowia w latach 2000–2016



Pomimo, że skutki kryzysu finansowego i gospodarczego były odczuwalne w Polsce stosunkowo łagodnie, to w latach 2009-2012 zaobserwowano wyhamowanie wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca. Zbiegło się to w czasie z ograniczeniem systematycznego spadku udziału opłat bezpośrednich w bieżących wydatkach na zdrowie. W 2016 r opłaty bezpośrednie stanowiły 23% bieżących wydatków na zdrowie i kształtowały się na poziomie wyższym od średniej UE, która wynosiła 22% (rys. 2).

Pod koniec 2017 r uchwalono ustawę zwiększającą nakłady publiczne na ochronę zdrowia do 6% PKB do 2025 r.

Za nabywanie wszystkich świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych odpowiada Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

NFZ finansowany jest głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne odprowadzanych od wynagrodzeń. Otrzymuje również transfery z budżetu państwa na pokrycie składek osób niepłacących składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz zabezpieczenie świadczeń dla osób nieobjętych ubezpieczeniem, ale środki te stanowią zaledwie ok. 3% łącznych przychodów NFZ, podczas gdy członkowie rodzin korzystający nieodpłatnie z ubezpieczenia zdrowotnego stanowią niemal jedną czwartą osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym (Sagan et al., 2019). W związku z dużym uzależnieniem budżetu NFZ od wpływów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, przychody systemu ochrony zdrowia znajdują się pod presją, co w ciągu ostatnich kilku lat wywołało dyskusję na temat potrzeby zwiększenia środków przekazywanych do NFZ z budżetu państwa.

Zabezpieczenie i dostęp do świadczeń oraz niezaspokojone potrzeby zdrowotne

Ponad 90% ludności objęte jest zabezpieczeniem zdrowotnym przez NFZ, zapewniającym nieodpłatny dostęp do finansowanych ze środków publicznych świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki specjalistycznej, szpitalnej i opieki w stanach nagłych. Zakłada się, że większość pozostałej grupy posiada uprawnienia do uzyskania zabezpieczenia zdrowotnego, ale status tych osób nie jest potwierdzony w rejestrze NFZ.

Główne luki w obszarze zabezpieczenia zdrowotnego dotyczą:

- wysokich dopłat świadczeniobiorców (współpłacenia) za leki przepisywane w systemie opieki ambulatoryjnej, w tym w przypadku wielu leków – wysokiego współpłacenia procentowego przy ograniczonych mechanizmach ochrony;
- wysokich dopłat świadczeniobiorców za wyroby medyczne, w oparciu o współpłacenie procentowe i niskie limity refundacji, co przy jednoczesnym braku regulacji cen i jakości wyrobów prowadzi często do sytuacji, w której rzeczywiste koszty zakupu mogą przekraczać cenę refundacyjną;
- braku gwarancji maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenia finansowane przez NFZ;
- ograniczonego zabezpieczenia opieki stomatologicznej, zwłaszcza dla osób dorosłych; oraz
- uzależnienia uprawnień od posiadanego ubezpieczenia zdrowotnego (z wyjątkiem opieki podstawowej) co oznacza, że są osoby nieposiadające uprawnień do korzystania ze świadczeń finansowanych przez NFZ

Struktura dopłat świadczeniobiorców za leki przepisywane w systemie opieki ambulatoryjnej jest bardzo złożona, a mechanizmy ochrony przed dopłatami są na ogół niewystarczające. W systemie nie przewidziano zwolnień dla ubogich gospodarstw domowych i osób ze schorzeniami przewlekłymi ani też limitu wysokości dopłat wnoszonych przez świadczeniobiorcę. W ostatnim okresie wzmocniono ochronę osób

starszych. Od 2016 r (po okresie objętym badaniem) osoby w wieku 75 lat i starsze nabyły prawa do nieodpłatnego dostępu do 150 molekuł zawartych w lekach najpowszechniej stosowanych przez osoby w starszym wieku.

Problemy z czasem oczekiwania na świadczenia w coraz większym stopniu skłaniają świadczeniobiorców do korzystania z prywatnych świadczeń opłacanych w całości ze środków własnych. Głównym deklarowanym powodem rosnącego korzystania z prywatnych świadczeń opieki zdrowotnej jest krótszy czas oczekiwania, lepsza jakość świadczeń, a w przypadku opieki stomatologicznej brak zabezpieczenia świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Mniej niż 10% ludności objętych jest dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (DUZ) wykupywanym w prywatnych firmach ubezpieczeniowych lub – co jest bardziej powszechnym rozwiązaniem – udostępnianym przez pracodawcę w ramach tzw. abonamentu medycznego. DUZ zapewnia szybszy dostęp do świadczeń realizowanych przez podmioty sektora prywatnego, głównie w zakresie opieki ambulatoryjnej. Dane gromadzone w ramach badań wskazują, że wykorzystanie DUZ rośnie na przestrzeni czasu, ale generalnie ogranicza się do grup zamożniejszych, dlatego DUZ może przyczyniać się do zwiększenia nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.

W 2016 r poziom potrzeb opieki lekarskiej niezaspokojonych z powodu kosztów, odległości do świadczeniodawcy i czasu oczekiwania znacznie przewyższał średnią dla UE, podczas gdy niezaspokojone potrzeby z zakresu opieki stomatologicznej pozostawały na tym samym poziomie, co średnia UE (rys. 3). Występowanie niezaspokojonych potrzeb opieki lekarskiej spowodowane jest głównie kolejkami, natomiast w przypadku opieki stomatologicznej – kosztami. W Polsce poziom niezaspokojonych z powodu kosztów potrzeb w zakresie leków przepisywanych na receptę jest wyższy niż w UE, zwłaszcza w przypadku osób starszych (Eurostat, 2018). Według danych krajowych w 2016 r koszty wykupienia leków przepisywanych przez lekarza stanowiły znaczne obciążenie finansowe dla 34% gospodarstw domowych, a kolejnych 7% gospodarstw domowych nie było stać na wykupienie przepisanych leków (GUS, 2018).

Nierówności społeczno-ekonomiczne w zakresie niezaspokojonych potrzeb opieki lekarskiej, opieki stomatologicznej i leków na receptę są znaczące, niemniej w przypadku opieki lekarskiej i stomatologicznej w ostatnich latach uległy niewielkiemu zmniejszeniu (Eurostat, 2018).

Rys. 3. Deklarowane niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki lekarskiej i stomatologicznej z powodu kosztów, odległości i czasu oczekiwania.

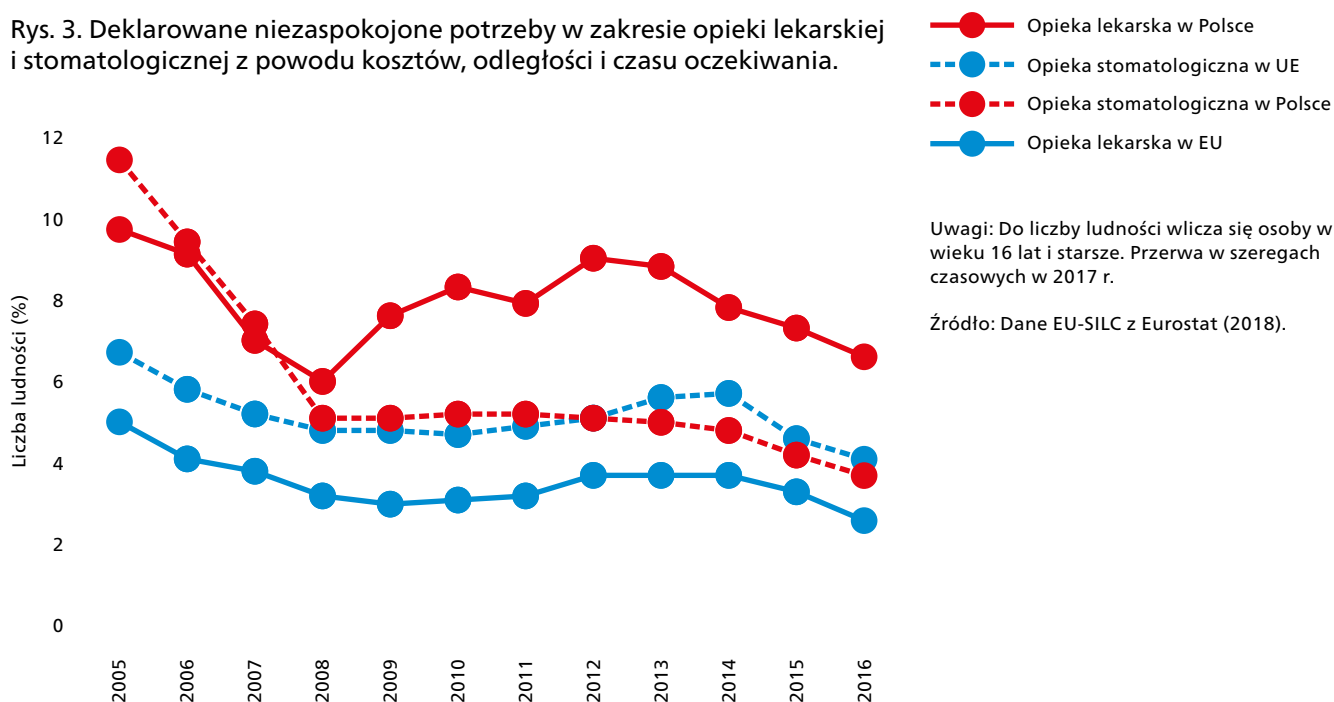


Tabela 1. Luki w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego

Źródło: opracowanie własne autorów

	Populacja uprawniona	Zakres świadczeń	Dopłaty świadczeniobiorcy (współpłacenie)
Kwestie związane z zarządzaniem (governance) w zakresie publicznego systemu zabezpieczenia zdrowotnego	Uprawnienia przyznawane są na podstawie obywatelstwa i statusu ubezpieczenia zdrowotnego. Pomimo że pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym członkowie rodziny objęci są ubezpieczeniem zdrowotnym bez konieczności opłacania składek, składki w ich imieniu nie są pokrywane ze środków budżetu państwa.	Limit dotyczący liczby świadczeń zakontraktowanych przez NFZ i brak gwarantowanego maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenie.	Procentowe współpłacenie za leki przepisywane przez lekarza w systemie opieki ambulatoryjnej oraz za wyroby medyczne przy ograniczonych zwolnieniach i przy braku limitu wysokości dopłat. Zasady refundacji i ceny wyrobów medycznych nie są uregulowane w wystarczającym zakresie.
Główne luki w publicznym systemie zabezpieczenia zdrowotnego	Dziewięć procent ludności nie jest objętych ubezpieczeniem zdrowotnym. W praktyce, wiele z tych osób może posiadać prawo do ubezpieczenia i wstecznie zgłosić się do niego lub też pracować za granicą.	Czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalistów. Bardzo ograniczony zakres świadczeń opieki stomatologicznej dla osób dorosłych.	Leki i wyroby medyczne w opiece ambulatoryjnej. Placówki opieki długoterminowej i leczenie sanatoryjne.
Czy DUZ wypełnia istniejące luki?	Nie	DUZ zapewnia szybszy dostęp, głównie do opieki ambulatoryjnej; mniej niż 10% ludności objętych jest DUZ i na ogół są to gospodarstwa domowe o wyższych dochodach.	Nie

Wydatki gospodarstw domowych na zdrowie

Dane z badania budżetów gospodarstw domowych wskazują, że w 2014 r. opłaty bezpośrednie na ochronę zdrowia stanowiły 5,2% wydatków całkowitych gospodarstw domowych. Ich udział w wydatkach jest wyższy w Polsce niż w wielu innych państwach Europy Środkowo-Wschodniej, takich jak Estonia (4,3%), Chorwacja (3%), Czechy (2,7%) i Słowenia (2,2%).

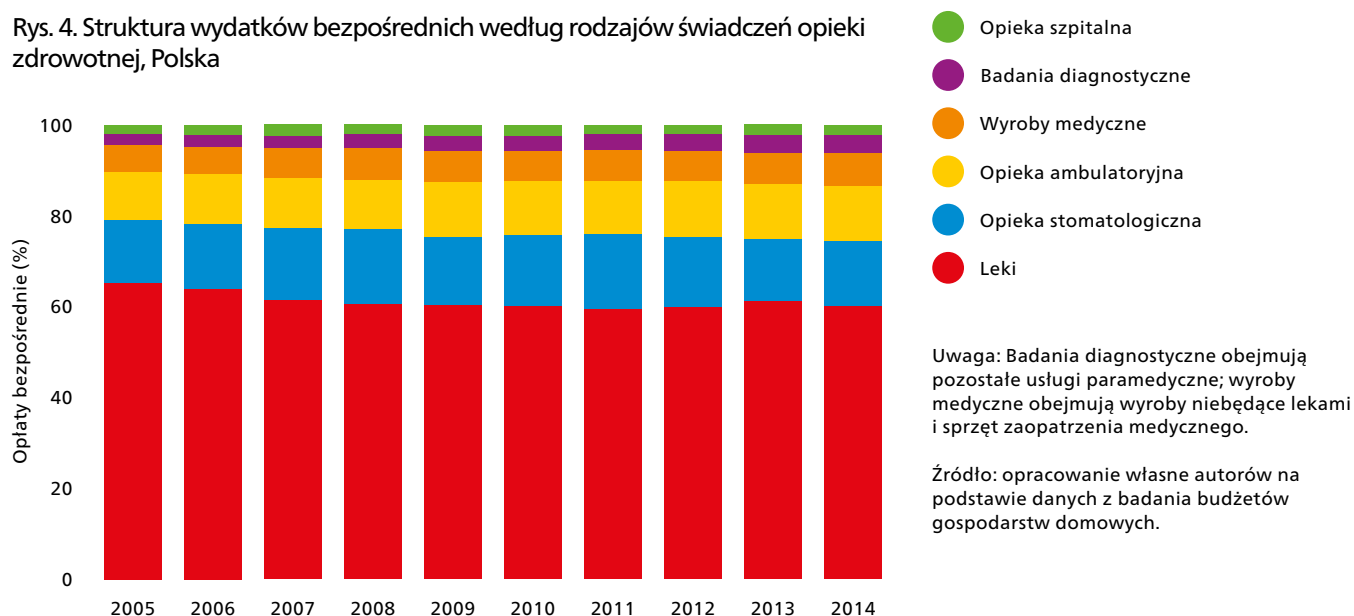
Pomimo że średni udział opłat bezpośrednich w wydatkach gospodarstw domowych utrzymywał się na dość stabilnym poziomie przez dłuższy czas, niemniej opłaty w ujęciu nominalnym wzrosły z 417 PLN na osobę w 2005 r. do 647 PLN w 2014 r.

W latach 2005-2014, największy wzrost opłat bezpośrednich w ujęciu nominalnym nastąpił wśród najuboższych gospodarstw domowych (I kwintyl), dla których rosły one średnio w tempie 8% rocznie, powodując skok udziału wydatków na zdrowie w budżecie tych gospodarstw domowych z 3,5% do 4,1%. W rezultacie zmniejszyła się różnica w wielkości wydatków między najzamożniejszym a najuboższym kwintylem gospodarstw domowych. Niemniej w 2014 r. gospodarstwa domowe w najzamożniejszym kwintylu wydawały na zdrowie sześciokrotnie więcej niż te w najuboższym kwintylu.

Wydatki na leki mają najwyższy udział w opłatach bezpośrednich – średnio około 60% (rys. 4), ale w przypadku najuboższego kwintyla gospodarstw domowych w 2014 r. przekraczały 75% (dane nieprzedstawione). Udział wydatków na leki zmniejszał się w czasie dla wszystkich gospodarstw domowych z wyjątkiem tych należących do najuboższego kwintyla. Drugą i trzecią najwyższą pozycję w budżecie zajmują odpowiednio wydatki na opiekę stomatologiczną (około 13-17%) i opiekę ambulatoryjną (11-12%) (rys.4). W okresie objętym badaniem odnotowano wzrost opłat bezpośrednich w ujęciu nominalnym z tytułu wszystkich rodzajów świadczeń.

Istniejące dowody wskazują, że opłaty nieformalne stanowią w Polsce problem, zwłaszcza w przypadku opieki szpitalnej. Ich skala jest jednak mniejsza niż w wielu innych państwach Europy Środkowo-Wschodniej (Stepurko et al., 2013; Czapiński & Panek, 2015; European Commission, 2017).

Rys. 4. Struktura wydatków bezpośrednich według rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, Polska

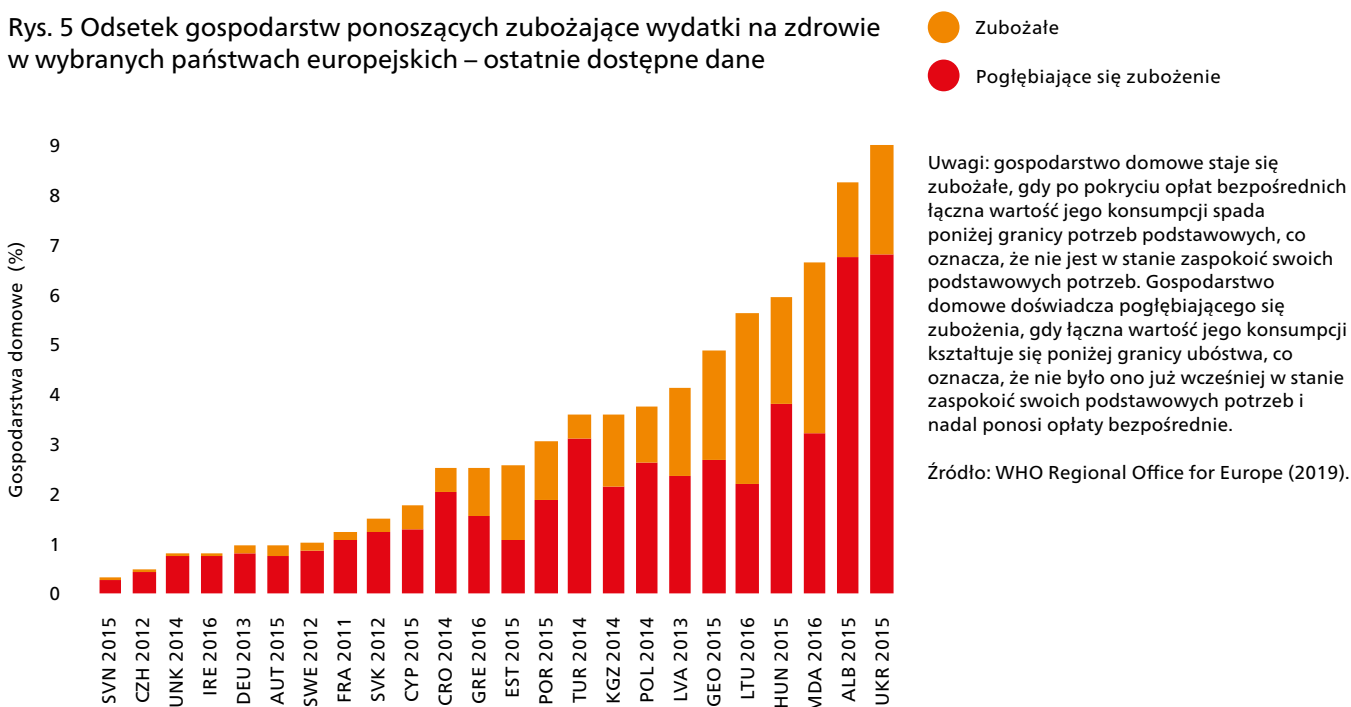


Ochrona finansowa

W porównaniu z wieloma państwami UE, w tym z niektórymi państwami Europy Środkowo-Wschodniej ochrona finansowa w Polsce jest na dość niskim poziomie (WHO Regional Office for Europe, 2019).

W 2014 r, 3,8% gospodarstw domowych w Polsce doświadczyło zubożających wydatków na zdrowie i odsetek ten jest wyższy niż w wielu państwach UE, ale niższy niż na Węgrzech i Litwie (rys. 5).

Rys. 5 Odsetek gospodarstw ponoszących zubożające wydatki na zdrowie w wybranych państwach europejskich – ostatnie dostępne dane

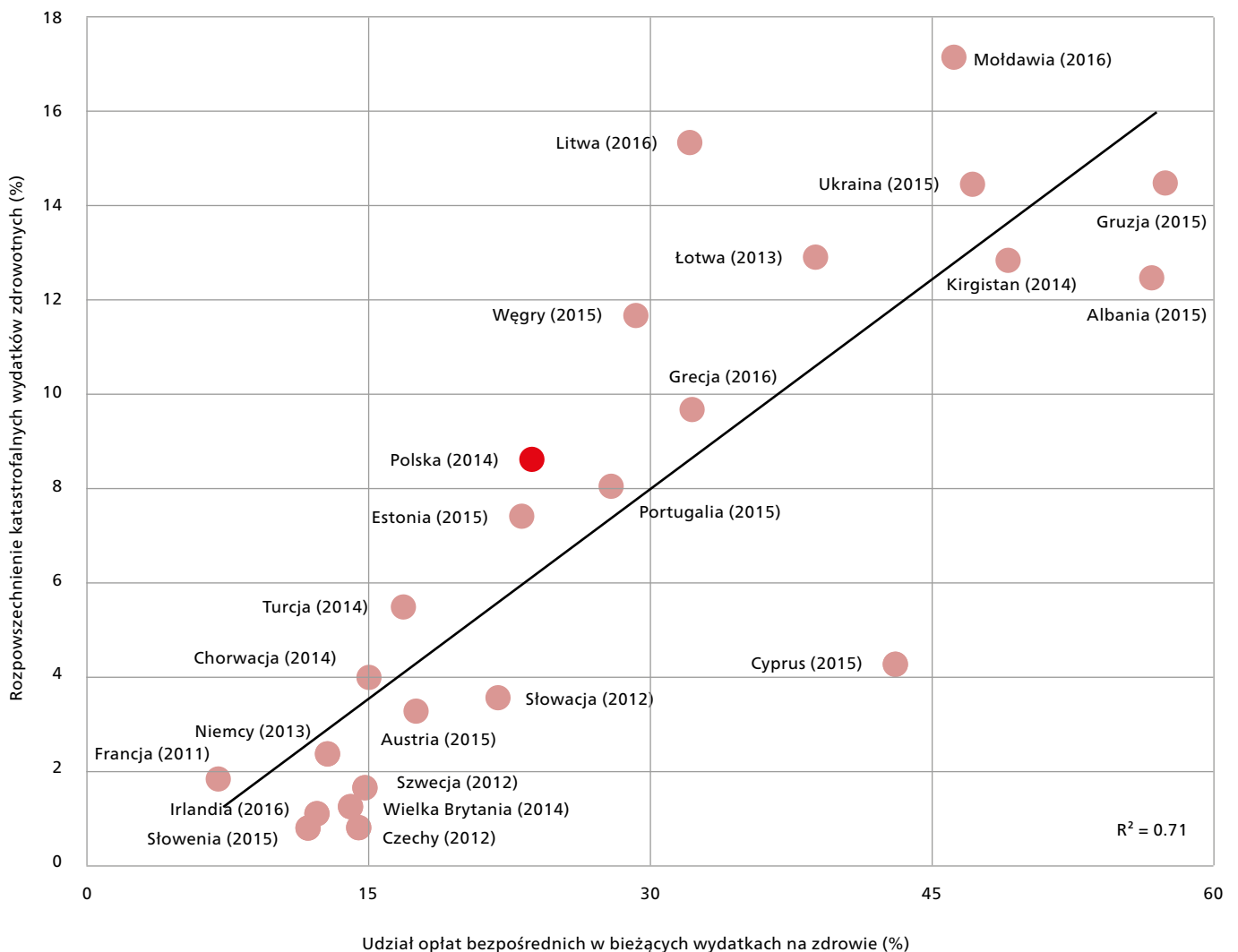


W 2014 r jedno na 12 gospodarstw domowych w Polsce (8,6% lub 3,7 mln osób) doświadczyło katastrofalnych wydatków na zdrowie (rys. 6). Ścisła koncentracja katastrofalnych wydatków zdrowotnych obserwowana jest w kwintyle gospodarstw domowych o najniższym poziomie konsumpcji (rys. 7). W okresie badania dwie trzecie gospodarstw ponoszących katastrofalne wydatki na zdrowie doświadczało pogłębiającego się zubożenia, zubożenia lub było zagrożonych zubożeniem po pokryciu opłat bezpośrednich (rys. 8). Rozpowszechnienie katastrofalnych wydatków zdrowotnych jest najwyższe w grupie gospodarstw domowych utrzymujących się ze świadczeń społecznych, a następnie kolejno w grupach gospodarstw domowych rencistów, wieloosobowych gospodarstw domowych, gospodarstwach domowych emerytów i osób zamieszkałych na wsiach.

Rys. 6. Rozpowszechnienie katastrofalnych wydatków zdrowotnych i udział opłat bezpośrednich w bieżących wydatkach na zdrowie w wybranych państwach europejskich – ostatnie dostępne dane

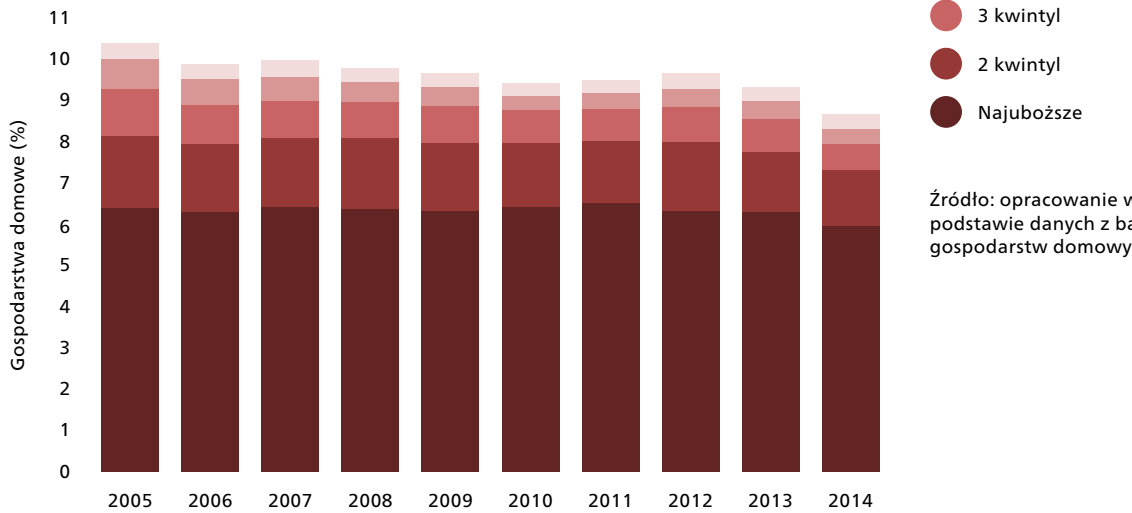
Uwagi: R^2 : współczynnik determinacji. Dane o opłatach bezpośrednich dotyczą tego samego roku, co dane o katastrofalnych wydatkach zdrowotnych. Polska jest zaznaczona kolorem czerwonym.

Źródło: WHO Regional Office for Europe (2019).

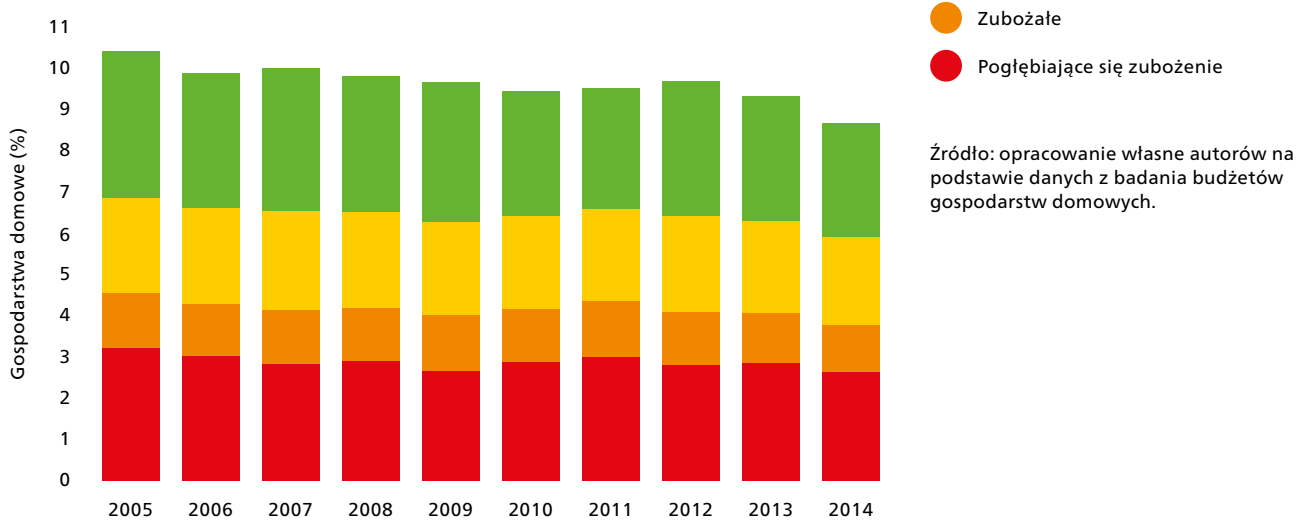


Pomimo że w latach 2005-2014 obserwowano wzmocnienie ochrony finansowej, to wynikało to głównie ze zmniejszenia się powszechności katastrofalnych wydatków w grupie zamożniejszych gospodarstw domowych, w szczególności z trzeciego i czwartego kwintyla. Rozpowszechnienie katastrofalnych wydatków zdrowotnych w najuboższym kwintylu zmniejszyło się nieznacznie z 32% w 2005 r do 30% w 2014 r.

Rys. 7. Udział gospodarstw domowych ponoszących katastrofalne wydatki zdrowotne według kwintyli konsumpcji, Polska

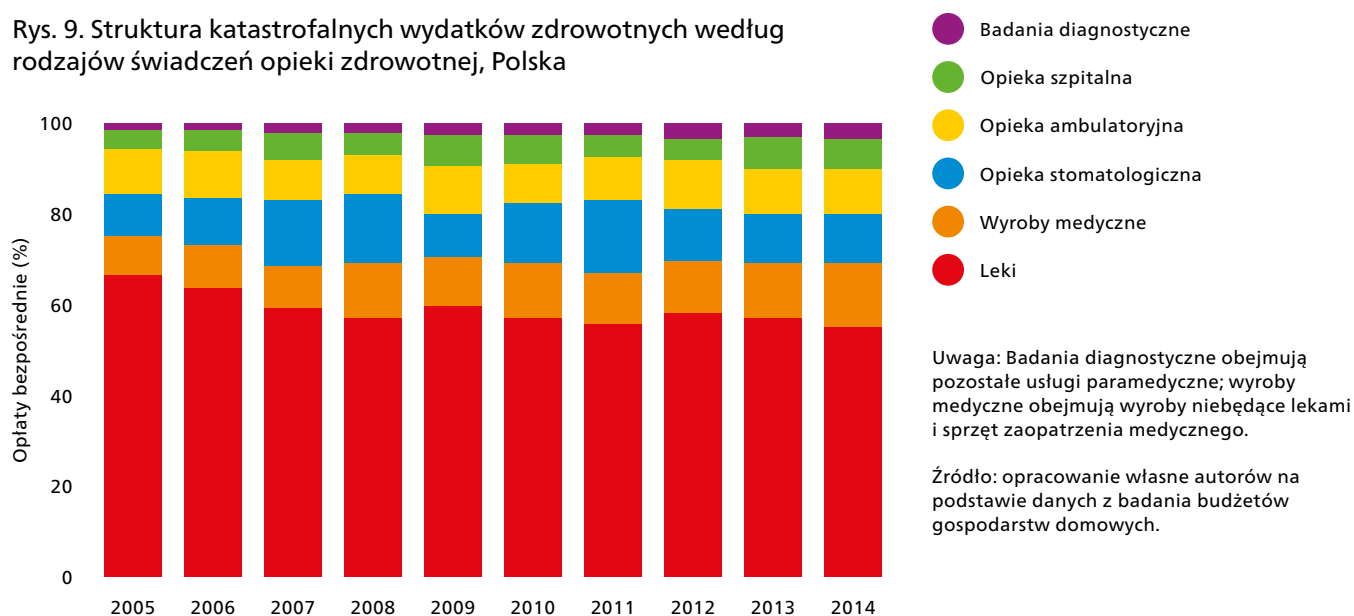


Rys. 8. Odsetek gospodarstw domowych ponoszących katastrofalne wydatki zdrowotne według ryzyka zubożenia, Polska



Wydatki na leki mają niezmiennie najwyższy udział w bezpośrednich katastrofalnych wydatkach zdrowotnych (55% w 2014 r), a następnie kolejno wydatki na wyroby medyczne (14%), opiekę stomatologiczną (11%) i ambulatoryjną (10%) (rys. 9). W okresie objętym badaniem udział wydatków na leki generalnie zmniejszył się, natomiast utrzymywał się na wysokim poziomie (ponad 75%) w najuboższym kwintylu (dane nieprzedstawione). Zmiana w strukturze wydatków nastąpiła tylko dlatego, że gospodarstwa domowe z zamożniejszych kwintyli oprócz leków, zaczęły wydawać więcej na innego rodzaju świadczenia.

Rys. 9. Struktura katastrofalnych wydatków zdrowotnych według rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, Polska



Czynniki wzmacniające i osłabiające ochronę finansową

Zabezpieczenie zdrowotne jest stosunkowo kompleksowe dla osób objętych ubezpieczeniem w NFZ, niemniej istnieje kilka aspektów w zakresie zasad zabezpieczenia, które mogą mieć wpływ na osłabienie ochrony finansowej.

- Pomimo że podstawowa opieka zdrowotna, opieka specjalistyczna i badania diagnostyczne realizowane są nieodpłatnie, istnieje złożony system wysokich dopłat świadczeniobiorców do leków przepisywanych pacjentom w systemie opieki ambulatoryjnej. System nie przewiduje zwolnień dla osób o niskich dochodach lub cierpiących na choroby przewlekłe. Nie ma też limitu wysokości dopłat ponoszonych przez świadczeniobiorców.
- Brak gwarancji maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenia. Czas oczekiwania na wizytę, w szczególności u lekarzy specjalistów, stanowi problem, w związku z czym część gospodarstw domowych korzysta ze świadczeń prywatnych. DUŻ zapewnia szybszy dostęp do świadczeń i dostęp do prywatnych świadczeniodawców, ale korzystają z niego głównie osoby o wyższych dochodach.
- Problemy w dostępie do świadczeń w ramach opieki ambulatoryjnej mogą prowadzić do samoleczenia pacjentów, korzystając z leków dostępnych bez recepty, przez co koszty leczenia przerzucane są na gospodarstwa domowe. Korzystanie z leków dostępnych bez recepty kształtuje się na bardzo wysokim poziomie (Eurostat, 2018). Wydatki

na leki bez recepty stanowią ponad trzy czwarte wszystkich wydatków bezpośrednich na leki (OECD, 2017).

- Opieka stomatologiczna zabezpieczona jest w bardzo ograniczonym stopniu, zwłaszcza dla osób dorosłych. System nie przewiduje żadnej ochrony gospodarstw domowych o niskich dochodach. Zamożniejsze gospodarstwa domowe mogą w większym stopniu pozwolić sobie na prywatne finansowanie świadczeń opieki stomatologicznej.
- Wyroby medyczne zabezpieczane są w ograniczonym zakresie, w szczególności dla osób dorosłych. W przypadku niektórych wyrobów obowiązują wysokie dopłaty świadczeniobiorców, a rygorystyczne limity finansowania przez NFZ w połączeniu ze słabym uregulowaniem rynku powodują przenoszenie kosztów wyrobów medycznych na gospodarstwa domowe.
- Krajowe dane wskazują, że około 9% ludności nie jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ. Pomimo, że odsetek ten jest prawdopodobnie zawyżony, to część osób może napotykać bariery finansowe utrudniające dostęp do świadczeń i ponosić nadmierne obciążenia finansowe w związku z brakiem ubezpieczenia zdrowotnego.

Istniejące braki w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego pogłębia fakt, że transfery z budżetu państwa do NFZ na pokrycie kosztów leczenia osób nieubezpieczonych oraz składek wybranych grup ludności stanowią zaledwie 2-3% przychodów NFZ. Ponadto budżet państwa nie przekazuje żadnych środków na pokrycie składek współubezpieczonych członków rodziny, pomimo że stanowią oni 23% wszystkich ubezpieczonych w NFZ.

Obserwowanego na przestrzeni lat wzmocnienia ochrony finansowej gospodarstw domowych klasyfikowanych w środkowych kwintylach nie można wyjaśnić zmianami w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego w okresie objętym badaniem. Prawdopodobnie w większym stopniu wiąże się ono ze zmianami standardu życia. W okresie po kryzysie finansowym wzrosły niezaspokojone potrzeby zdrowotne przy jednoczesnym stałym wzroście opłat bezpośrednich, które rosły jednak wolniej niż przed kryzysem.

Do poprawy ochrony finansowej niektórych grup ludności po okresie objętym badaniem mogą przyczynić się inicjatywy podejmowane w ostatnim okresie w ramach i poza sektorem ochrony zdrowia. Wprowadzony w 2016 r program Rodzina 500+ zapewnia dodatkowe wsparcie finansowe dla wszystkich rodzin posiadających dzieci. Od 2016 r osoby w wieku 75 lat i więcej zostały zwolnione z dopłat za wiele leków przepisywanych na receptę. Od 2017 r świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (z wyłączeniem leków przepisywanych na receptę) realizowane są nieodpłatnie dla wszystkich bez względu na posiadany status ubezpieczenia zdrowotnego.

Implikacje dla prowadzonej polityki

W Polsce w porównaniu do wielu państw UE poziom nadmiernych obciążeń finansowych z powodu opłat bezpośrednich na zdrowie

jest wysoki. Ponadto nadmierne obciążenia finansowe z tego tytułu w największym stopniu dotyczą najuboższych gospodarstw domowych. Największe rozpowszechnienie katastrofalnych wydatków na zdrowie występuje w grupie gospodarstw domowych utrzymujących się ze świadczeń społecznych, a następnie wśród gospodarstw domowych rencistów.

Odnotowano poprawę ochrony finansowej na przestrzeni lat, ale głównie za sprawą zmniejszenia rozpowszechnienia katastrofalnych wydatków zdrowotnych wśród zamożniejszych gospodarstw domowych, co jest prawdopodobnie odzwierciedleniem ogólnej sytuacji gospodarczej. Polska stosunkowo łagodnie odczuła skutki kryzysu finansowego. Po 2008 r. nadal utrzymywał się wzrost wynagrodzeń, emerytur i wydatków publicznych na zdrowie. Jednakże tempo wzrostu nakładów publicznych na zdrowie znacznie spowolniło podczas kryzysu i w okresie po nim następującym, co spowodowało zwiększenie udziału opłat bezpośrednich w bieżących wydatkach na zdrowie. Wskaźnik skrajnego ubóstwa i nierówności w poziomie świadczeń emerytalnych również wzrósł w okresie pokryzysowym, co może wyjaśniać, dlaczego wzmocnienie ochrony finansowej na przestrzeni czasu było odczuwalne tylko dla gospodarstw domowych z zamożniejszych kwintyli.

Leki przyjmowane przez pacjentów leczonych w trybie opieki ambulatoryjnej w największym stopniu przyczyniają się do katastrofalnych wydatków zdrowotnych we wszystkich kwintylach konsumpcji z wyjątkiem najzamożniejszego. Wydatki na leki niezmiennie stanowią dwie trzecie wszystkich katastrofalnych wydatków, a w przypadku gospodarstw domowych z najuboższego kwintyla ich udział sięga 75%. Jednocześnie odnotowuje się wysoki poziom (zgłoszonych) niezaspokojonych z powodu kosztów potrzeb w zakresie leków na receptę, szczególnie dotyczy to gospodarstw domowych o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Kształtując politykę, należy skupić się na poprawie dostępności finansowej leków przyjmowanych przez pacjentów leczonych w opiece ambulatoryjnej. Przedmiotem uwagi powinny być ograniczenia istniejącego obecnie złożonego systemu współpłacenia za leki w opiece ambulatoryjnej. Przykładowo, ryczałtową dopłatą można byłoby objąć znacznie większy odsetek leków, zmniejszając lub nawet eliminując współpłacenie procentowe. Ponadto, brak jest zwolnień dla ubogich gospodarstw domowych i osób cierpiących na choroby przewlekłe oraz nie przewidziano limitu maksymalnej wysokości dopłat. Należy również zwrócić uwagę na wysoki stopień korzystania i poziom wydatków bezpośrednich na leki dostępne bez recepty. Istnieje potrzeba lepszego uregulowania rynku leków bez recepty, m.in. zasad dotyczących reklamy, jak również kampanii społecznych zwiększających świadomość w celu zmniejszenia korzystania z tych leków.

Czas oczekiwania może stanowić rosnącą barierę w dostępie do opieki specjalistycznej, napędzając katastrofalne wydatki na opiekę ambulatoryjną we wszystkich kwintylach gospodarstw domowych oraz katastrofalne wydatki na opiekę szpitalną wśród najzamożniejszych gospodarstw domowych. Może to oznaczać, że świadczenia specjalistyczne finansowane przez NFZ nie zawsze są dostępne, co skłania pacjentów do korzystania z prywatnie finansowanej opieki zdrowotnej lub samoleczenia za pomocą leków dostępnych bez recepty. DUŻ nie pomaga

w rozwiązaniu tego problemu, ponieważ korzystają z niego głównie gospodarstwa domowe o wysokich dochodach.

Wydatki na wyroby medyczne i opiekę stomatologiczną stanowią drugą i trzecią pod względem wielkości pozycję w strukturze katastrofalnych wydatków zdrowotnych, ale głównie wśród zamożniejszych gospodarstw domowych, co pozostaje w zgodzie z dowodami na występujące nierówności w zakresie niezaspokojonych – z powodu kosztów – potrzeb opieki stomatologicznej. Poprawa zabezpieczenia opieki stomatologicznej finansowanej przez NFZ – przykładowo poprzez wprowadzenie szerszych uprawnień dla ubogich gospodarstw domowych – pozwoliłaby zmniejszyć zarówno niezaspokojone potrzeby zdrowotne, jak i poziom nadmiernych obciążeń finansowych. W przypadku wyrobów medycznych skutki obowiązków finansowych i ilościowych limitów pogłębiane są przez niewystarczającą regulację rynku, co prowadzi do wysokich cen. Propozycje uregulowania zasad zabezpieczenia w zakresie wyrobów medycznych zgodnie z zasadami Oceny Technologii Medycznych mogłyby przyczynić się do podniesienia jakości i większej efektywności wykorzystania środków. Niemniej, jak pokazały doświadczenia ze zmianami w zasadach refundacji leków, rozwiązanie to same w sobie może nie poprawić dostępu ani nie zmniejszyć poziomu nadmiernych obciążeń finansowych.

Istotne jest zwrócenie uwagi na konsekwencje występujących nadmiernych obciążeń finansowych i obecnie podejmowanych działań na rzecz wzmocnienia ochrony finansowej w kontekście sprawiedliwości społecznej. W okresie objętym badaniem najuboższe gospodarstwa domowe odnotowały najwyższe tempo wzrostu wydatków bezpośrednich na zdrowie, zwłaszcza w okresie poprzedzającym wystąpienie kryzysu ekonomicznego. W rezultacie doświadczyły one najmniejszego spadku katastrofalnych wydatków, a nawet zaobserwowano wzrost wydatków katastrofalnych wśród osób utrzymujących się za świadczeń społecznych, stanowiących drugą – po kwintylu najuboższych gospodarstw domowych jako całość – najbardziej zagrożoną katastrofalnymi wydatkami na zdrowie grupę gospodarstw domowych. Osoby utrzymujące się za świadczeń społecznych są również jedyną grupą, w której rozpowszechnienie katastrofalnych wydatków zdrowotnych było wyższe w 2014 r (18,2%) niż w 2005 r (15,7%).

Przyszłe działania podejmowane w celu zwiększenia ochrony finansowej powinny w większym stopniu skupiać się na gospodarstwach domowych o niskich dochodach, w tym na osobach utrzymujących się ze świadczeń społecznych, bazując na realizowanych w ostatnim okresie inicjatywach zmierzających do poprawy warunków życia rodzin wielodzietnych i wzmocnienia ochrony finansowej osób powyżej 75 roku życia. Mechanizmy ochrony gospodarstw domowych przed dopłatami są generalnie niewystarczające i nie są adresowane konkretnie do gospodarstw domowych o niskich dochodach. Program 75+ przewidujący zwolnienia z dopłat za wiele leków dla osób w wieku 75 lat i starszych, a także program Rodzina 500+ wspierający rodziny z dziećmi mogą poprawić ochronę finansową osób starszych i rodzin z dziećmi. Inicjatywy te stanowią krok w dobrym kierunku, ale inne grupy o niskich dochodach, takie jak osoby utrzymujące się ze świadczeń społecznych i renciści są najbardziej zagrożone katastrofalnymi wydatkami zdrowotnymi i odniosłyby znaczące korzyści w przypadku objęcia ich zwolnieniem z dopłat do leków i wyrobów medycznych.

Materiały źródłowe

Czapiński J, Panek T (2015). Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków [Social diagnosis 2015. Objective and subjective quality of life in Poland]. Warsaw: Rada Monitoringu Społecznego.

European Commission (2017). Corruption. Special Eurobarometer 470 Report. Brussels: European Commission (<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2176>).

Eurostat (2018). Statistical database [online database]. Brussels: European Commission (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>).

Główny Urząd Statystyczny (GUS) (2018). Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r [Health care in households in 2016]. Warsaw: Główny Urząd Statystyczny.

OECD (2017). Health data [online database]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://stats.oecd.org/>).

Sowada C, Sagan A, Kowalska-Bobko I, Badora-Musiał K, Bochenek T, Domagała A, Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Mrozek-Gąsiorowska M, Sitko S, Szetela A, Szetela P, Tambor M, Więckowska B, Zabdyr-Jamróz M, van Ginneken E (2019). Poland: Health System Review Health Systems in Transition 21(1):1–235 (<http://www.euro.who.int/en/aboutus/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-ofcountry-hits/poland-hit-2019>).

Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W (2013). Informal payments for health care services –corruption or gratitude? A study on public attitudes, perceptions and opinions in six central and eastern European countries. Communist Post-Communist Stud. 46(4):419–31.

WHO (2010). The world health report. Health systems financing: the path to universal health coverage. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/whr/2010/en/>).

WHO (2018). Global health expenditure database [online database]. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>).

WHO Regional Office for Europe (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2019/can-people-afford-to-pay-for-health-care-newevidence-on-financial-protection-in-europe-2019>).

Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 362:111–7.

Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P, Evans T (2007). Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff. 26(4):972–83.

Glosariusz terminów¹

1. Terminy są wymienione w języku polskim i angielskim.

Badanie budżetów gospodarstw domowych: Badanie prowadzone na ogół na krajowej próbie gospodarstw domowych przez krajowy urząd statystyczny w celu zmierzenia wartości konsumpcji gospodarstw domowych w danym okresie czasu. Niekiedy określane mianem badania wydatków konsumpcyjnych gospodarstw domowych lub badania wydatków gospodarstw domowych. Państwa członkowskie Unii Europejskiej mają obowiązek przeprowadzenia badania budżetów gospodarstw domowych co najmniej raz na pięć lat.

Household budget survey: Usually national sample surveys, often carried out by national statistical offices, to measure household consumption over a given period of time. Sometimes referred to as household consumption expenditure or household expenditure surveys. European Union countries are required to carry out a household budget survey at least once every five years.

Budżet: Patrz: budżet gospodarstwa domowego.

Budget: See household budget.

Budżet gospodarstwa domowego: Zwany również konsumpcją gospodarstwa domowego ogółem. Łączna wartość pieniężna wszystkich pozycji konsumpcji gospodarstwa domowego w danym okresie czasu oraz skalkulowana wartość wszystkich pozycji, których gospodarstwo domowe nie kupuje, ale pozyskuje w inny sposób w celu konsumpcji.

Household budget: Also referred to as total household consumption. The sum of the monetary value of all items consumed by the household during a given period and the imputed value of items that are not purchased but are procured for consumption in other ways.

Dopłaty świadczeniobiorcy: Patrz: współpłacenie.

User charges: Also referred to as user fees. See co-payments.

Gospodarstwa domowe doświadczającego pogłębiającego się zubożenia: Ubogie gospodarstwa domowe (te, w których wartość konsumpcji ogółem na osobę ekwiwalentną jest poniżej granicy ubóstwa lub granicy potrzeb podstawowych), które ponoszą opłaty bezpośrednie.

Further impoverished households: Poor households (those whose equivalent person total consumption is below the poverty line or basic needs line) who incur out-of-pocket payments.

Granica podstawowych potrzeb: Miara poziomu dochodów lub konsumpcji, indywidualnych lub gospodarstw domowych, niezbędnych dla zaspokojenia podstawowych potrzeb takich, jak żywność, odzież i media. Granicę podstawowych potrzeb podobnie jak granicę ubóstwa można definiować w różny sposób. Wykorzystuje się je do pomiaru opłat bezpośrednich prowadzących do zubożenia gospodarstw domowych. W niniejszym badaniu granicę podstawowych potrzeb zdefiniowano jako średnią kwotę wydatków gospodarstwa domowego na żywność, mieszkanie i media przypadającą w przedziale między 25 a 35 percentylem rozkładu konsumpcji gospodarstw domowych, skorygowaną

o wielkość gospodarstwa domowego i konsumpcję. Terminy granica podstawowych potrzeb i granica ubóstwa używane są zamiennie. Patrz: granica ubóstwa.

Basic needs line: A measure of the level of personal or household income or consumption required to meet basic needs such as food, housing and utilities. Basic needs lines, like poverty lines, can be defined in different ways. They are used to measure impoverishing out-of-pocket payments. In this study the basic needs line is defined as the average amount spent on food, housing and utilities by households between the 25th and 35th percentiles of the household consumption distribution, adjusted for household size and composition. Basic needs line and poverty line are used interchangeably. See poverty line.

Granica ubóstwa: Poziom dochodów lub konsumpcji, indywidualnych lub gospodarstw domowych, poniżej którego osoba lub gospodarstwo domowe klasyfikowane jest jako ubogie. Granica ubóstwa może być definiowana w różny sposób. Na potrzeby niniejszego badania terminy granica potrzeb podstawowych i granica ubóstwa używane są zamiennie. Patrz: granica potrzeb podstawowych.

Poverty line: A level of personal or household income or consumption below which a person or household is classified as poor. Poverty lines are defined in different ways. This study uses basic needs line and poverty line interchangeably. See basic needs line.

Katastrofalne opłaty bezpośrednie: Określane również mianem katastrofalnych wydatków zdrowotnych. Wskaźnik ochrony finansowej. Katastrofalne opłaty bezpośrednie można mierzyć w różny sposób. W niniejszym badaniu zostały zdefiniowane jako opłaty bezpośrednie przekraczające 40% posiadanego przez gospodarstwo domowe potencjału płacenia za opiekę zdrowotną. Wskaźnik częstości katastrofalnych wydatków zdrowotnych obejmuje zubożałe gospodarstwa domowe, oraz te, w których zubożenie się pogłębia.

Catastrophic out-of-pocket payments: Also referred to as catastrophic health spending. An indicator of financial protection. Catastrophic out-of-pocket payments can be measured in different ways. This study defines them as out-of-pocket payments that exceed 40% of a household's capacity to pay for health care. The incidence of catastrophic health spending includes households who are impoverished and households who are further impoverished.

Konsumpcja: Określana również mianem wydatków konsumpcyjnych. Całkowita konsumpcja gospodarstwa domowego wyrażona jako wartość pieniężna wszystkiego, co jest przedmiotem konsumpcji gospodarstwa domowego w danym okresie. Obejmuje skalkulowaną wartość wszystkich pozycji, które nie zostały zakupione, ale w inny sposób pozyskane na potrzeby konsumpcji (np. uprawy przydomowe).

Consumption: Also referred to as consumption expenditure. Total household consumption is the monetary value of all items consumed by a household during a given period. It includes the imputed value of items that are not purchased but are procured for consumption in other ways (for example, home-grown produce).

Kwintyl: Jedna z pięciu równych grup (piątych) ludności. W niniejszym badaniu dokonano podziału gospodarstw domowych na kwintyle na podstawie konsumpcji gospodarstwa domowego na osobę ekwiwalentną. Pierwszy kwintyl to jedna piąta gospodarstw domowych o najniższej konsumpcji – w badaniu określany mianem najuboższego kwintyla; piąty kwintyl ma najwyższą konsumpcję – określany mianem najbogatszego kwintyla.

Quintile: One of five equal groups (fifths) of a population. This study commonly divides households into quintiles based on per equivalent person household consumption. The first quintile is the fifth of households with the lowest consumption, referred to in the study as the poorest quintile; the fifth quintile has the highest consumption, referred to in the study as the richest quintile.

Limit dopłat świadczeniobiorcy (limit współpłacenia): Mechanizm chroniący świadczenioborców przed płatnościami bezpośrednimi. Limit dopłat świadczeniobiorcy to maksymalna kwota, jaką osoba lub gospodarstwo domowe jest zobowiązana zapłacić w postaci opłat bezpośrednich za daną pozycję wykonania lub świadczenie lub w danym okresie. Może być zdefiniowany jako kwota bezwzględna lub jako udział w dochodzie osoby. Określany również mianem maksymalnej kwoty lub pułapu opłat bezpośrednich.

Cap on user charges (co-payments): A mechanism to protect people from out-of-pocket payments. A cap on user charges is a maximum amount a person or household is required to pay out of pocket through user charges per item or service or in a given period of time. It can be defined as an absolute amount or as a share of a person's income. Sometimes referred to as an out of pocket maximum or ceiling.

Limit świadczeń: Mechanizm chroniący płatników trzeciej strony takich, jak organ rządowy, fundusz ubezpieczenia zdrowotnego lub prywatna firma ubezpieczeniowa. Limit świadczeń określa maksymalną kwotę, którą płatnik trzeciej strony ma obowiązek zapłacić za daną pozycję wykonania lub świadczenie lub w danym okresie czasu. Na ogół podawany jako kwota bezwzględna. Po wyczerpaniu kwoty limitu świadczeniobiorca musi pokryć pozostałe koszty. Limit świadczeń określany jest również mianem maksymalnego wymiaru lub pułapu świadczeń.

Cap on benefits: A mechanism to protect third party payers such as the government, a health insurance fund or a private insurance company. A cap on benefits is a maximum amount a third party payer is required to cover per item or service or in a given period of time. It is usually defined as an absolute amount. After the amount is reached, the user must pay all remaining costs. Sometimes referred to as a benefit maximum or ceiling.

Media: Woda, energia elektryczna i paliwo wykorzystywane do gotowania i ogrzewania.

Utilities: Water, electricity and fuels used for cooking and heating.

Nadmierne obciążenia finansowe: Ludzie doświadczają nadmiernych obciążeń finansowych, gdy opłaty bezpośrednio kształtują się na wysokim poziomie w stosunku do ich zdolności do płacenia za opiekę zdrowotną.

Financial hardship: People experience financial hardship when out-of-pocket payments are large in relation to their ability to pay for health care.

Niezaspokojone potrzeby z zakresu opieki zdrowotnej: Wskaźnik dostępu do opieki zdrowotnej. Przypadki, gdy osoby potrzebujące opieki zdrowotnej nie uzyskują jej z powodu barier w dostępie.

Unmet need for health care: An indicator of access to health care. Instances in which people need health care but do not receive it due to access barriers.

Ochrona finansowa: Brak nadmiernych obciążeń finansowych w sytuacji korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Gdy systemy ochrony zdrowia nie zapewniają odpowiedniej ochrony finansowej, gospodarstwa domowe mogą nie mieć wystarczająco dużo pieniędzy na płacenie za opiekę zdrowotną lub zaspokojenie innych podstawowych potrzeb. Brak ochrony finansowej może prowadzić do wielu negatywnych zdrowotnych i ekonomicznych konsekwencji, potencjalnie ograniczając dostęp do opieki zdrowotnej, przyczyniając się do pogorszenia stanu zdrowia, pogłębiając ubóstwo lub zwiększając nierówności w zdrowiu i nierówności społeczno-ekonomiczne.

Financial protection: The absence of financial hardship when using health services. Where health systems fail to provide adequate financial protection, households may not have enough money to pay for health care or to meet other basic needs. Lack of financial protection can lead to a range of negative health and economic consequences, potentially reducing access to health care, undermining health status, deepening poverty and exacerbating health and socioeconomic inequalities.

Opłaty bezpośrednie: Nazywane również wydatkami gospodarstwa domowego na zdrowie. Wszystkie opłaty ponoszone w czasie korzystania z dóbr lub usług zdrowotnych udzielanych przez dowolnego świadczeniodawcę. Opłaty bezpośrednie obejmują formalne współpłacenie (dopłaty świadczeniobiorców) za dobra i usługi gwarantowane, opłaty formalne za prywatnie zakupione dobra i usługi oraz płatności nieformalne za dobra i usługi gwarantowane lub zakupione prywatnie. Nie obejmują kwot przedpłaconych (np. podatków, składek na ubezpieczenie) ani refundacji na rzecz gospodarstwa domowego dokonywanej przez trzecią stronę czyli organ rządowy, fundusz ubezpieczeń zdrowotnych lub prywatną firmę ubezpieczeniową.

Out-of-pocket payments: Also referred to as household expenditure (spending) on health. Any payment made by people at the time of using any health good or service provided by any type of provider. Out-of-pocket payments include: formal co-payments (user charges or user fees) for covered goods and services; formal payments for the private purchase of goods and services; and informal payments for covered or privately purchased goods and services. They exclude pre-payment (for example, taxes, contributions or premiums) and reimbursement of the household by a third party such as the government, a health insurance fund or a private insurance company.

Opłaty nieformalne: Bezpośrednia opłata dla świadczeniodawcy za świadczenia, do których uprawniony jest pacjent, wnoszona przez pacjenta lub osoby działające w jego imieniu, w formie pieniężnej lub rzeczowej, dodatkowo w stosunku do opłat ustalonych w warunkach uprawnienia do świadczeń.

Informal payment: a direct contribution made in addition to any contribution determined by the terms of entitlement, in cash or in kind, by patients or others acting on their behalf, to health care providers for services to which patients are entitled.

Osoba ekwiwalentna: Aby mieć pewność, że w porównaniach wydatków gospodarstw domowych uwzględnia się różnice w ich wielkości i składzie, do obliczeń poziomów wydatków na osobę ekwiwalentną w gospodarstwie domowym wykorzystuje się skalę ekwiwalentności. W niniejszym badaniu zastosowano skalę oksfordzką (zwaną również skalą ekwiwalentności OECD), w której pierwsza osoba dorosła w gospodarstwie domowym liczy się jako jedna dorosła osoba ekwiwalentna, każda kolejna osoba w wieku 13 lat lub starsza liczy się jako 0,7 dorosłej osoby ekwiwalentnej, a dzieci poniżej 13 roku życia liczy się jako 0,5 dorosłej osoby ekwiwalentnej.

Equivalent person: To ensure comparisons of household spending account for differences in household size and composition, equivalence scales are used to calculate spending levels per equivalent adult in a household. This review uses the Oxford scale (also known as the Organisation for Economic Co-operation and Development equivalence scale), in which the first adult in a household counts as one equivalent adult, subsequent household members aged 13 years or over count as 0.7 equivalent adults and children under 13 count as 0.5 equivalent adults.

Podstawowe potrzeby: Minimalne środki niezbędne do egzystencji, rozumiane często jako środki potrzebne na zabezpieczenie żywności, odzieży i mieszkania.

Basic needs: The minimum resources needed for sustenance, often understood as the consumption of goods such as food, clothing and shelter.

Potencjał płacenia za opiekę zdrowotną: Na potrzeby niniejszego badania potencjał płacenia za opiekę zdrowotną mierzony jest jako wartość konsumpcji gospodarstwa domowego pomniejszona o normatywną (standardową) kwotę niezbędną do pokrycia podstawowych potrzeb takich jak żywność, mieszkanie i media. Kwota ta jest odejmowana niezmiennie dla wszystkich gospodarstw domowych. Określana mianem granicy ubóstwa lub granicy potrzeb podstawowych.

Capacity to pay for health care: In this study capacity to pay is measured as a household's consumption minus a normative (standard) amount to cover basic needs such as food, housing and utilities. This amount is deducted consistently for all households. It is referred to as a poverty line or basic needs line.

Powszechne zabezpieczenie zdrowotne: Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dobrej jakości dla wszystkich potrzebujących bez ponoszenia nadmiernych obciążeń finansowanych.

Universal health coverage: Everyone can use the quality health services they need without experiencing financial hardship.

Ryzyko zubożenia na skutek opłat bezpośrednich: Po wniesieniu opłat bezpośrednich za opiekę zdrowotną, gospodarstwo domowe może znaleźć się w sytuacji zubożenia, pogłębiającego się zubożenia lub może być lub nie być zagrożone zubożeniem. Gospodarstwo domowe jest zagrożone zubożeniem (lub nie jest zagrożone zubożeniem), jeżeli jego całkowite wydatki po pokryciu opłat bezpośrednich na opiekę zdrowotną są zbliżone (lub nie są zbliżone) do granicy ubóstwa lub granicy i potrzeb podstawowych).

Risk of impoverishment after out-of-pocket payments: After paying out of pocket for health care, a household may be further impoverished, impoverished, at risk of impoverishment or not at risk of impoverishment. A household is at risk of impoverishment (or not at risk of impoverishment) if its total spending after out-of-pocket payments comes close to (or does not come close to) the poverty line or basic needs line.

Świadczenia zdrowotne: Wszelkie dobra lub usługi dostarczane w systemie ochrony zdrowia, włącznie z lekami, wyrobami medycznymi, badaniami diagnostycznymi, opieką stomatologiczną, opieką ambulatoryjną i szpitalną. Termin stosowany zamiennie z terminem świadczenia opieki zdrowotnej.

Health services: Any good or service delivered in the health system, including medicines, medical products, diagnostic tests, dental care, outpatient care and inpatient care. Used interchangeably with health care.

Współpłacenie (dopłaty wnoszone przez świadczeniobiorcę): Opłaty, które świadczeniobiorcy muszą ponieść, korzystając ze świadczeń opieki zdrowotnej pokrywanych przez płatnika trzeciej strony – organ rządowy, fundusz ubezpieczeń zdrowotnych lub prywatną firmę ubezpieczeniową. Stałe współpłacenie (co-payment) to ryczałtowa opłata za dobro lub usługę; procentowe współpłacenie (nazywane również współubezpieczeniem) (co-insurance) wymaga od świadczeniobiorcy zapłaty części ceny dobra lub usługi; franszyza (deductibles) wymaga, aby świadczeniobiorca najpierw zapłacił stałą ustaloną kwotę zanim płatnik będzie pokrywał jakiegokolwiek koszty. Inne rodzaje opłat ponoszonych przez świadczeniobiorców obejmują balance billing (system, w którym świadczeniodawcy mogą pobierać od pacjentów kwotę wyższą niż cena lub taryfa ustalona przez płatnika trzeciej strony), extra billing (obciążanie za świadczenia, które nie są ujęte w koszyku świadczeń) oraz ceny referencyjne (system, w którym świadczeniobiorcy są zobowiązani zapłacić różnicę między ceną lub taryfą ustaloną przez płatnika trzeciej strony czyli ceną referencyjną a ceną detaliczną).

Co-payments (user charges or user fees): Money people are required to pay at the point of using health services covered by a third party such as the government, a health insurance fund or a private insurance company. Fixed co-payments are a flat amount per good or service; percentage co-payments (also referred to as co-insurance) require the user to pay a share of the good or service price; deductibles require users to pay up to a fixed amount first, before the third party will cover any costs. Other types of user charges include balance billing (a system in which providers are

allowed to charge patients more than the price or tariff determined by the third party payer), extra billing (billing for services that are not included in the benefits package) and reference pricing (a system in which people are required to pay any difference between the price or tariff determined by the third party payer – the reference price – and the retail price).

Zdolność do płacenia za opiekę zdrowotną: Zdolność do płacenia uwzględnia wszystkie środki finansowe, którymi dysponuje gospodarstwo domowe. Monitorując ochronę finansową zgodnie z podejściem opartym na zdolności do płacenia, przyjmuje się, że wszystkie środki gospodarstwa domowego można wykorzystać do płacenia za opiekę zdrowotną, w przeciwieństwie do podejścia opartego na potencjale płatniczym (patrz: potencjał płacenia za opiekę zdrowotną), w którym przyjmuje się, że część posiadanych środków gospodarstwo domowe musi przeznaczyć na zaspokojenie podstawowych potrzeb. W praktyce miarę zdolności do płacenia często pozyskuje się z danych gromadzonych w ramach badań gospodarstw domowych dotyczących wydatków na konsumpcję lub dochodu w danym okresie czasu. Dostępne dane rzadko odzwierciedlają wszystkie środki dostępne w gospodarstwie domowym – np. oszczędności i inwestycje.

Ability to pay for health care: Ability to pay refers to all the financial resources at a household's disposal. When monitoring financial protection, an ability to pay approach assumes that all of a household's resources are available to pay for health care, in contrast to a capacity to pay approach (see below), which assumes that some of a household's resources must go towards meeting basic needs. In practice, measures of ability to pay are often derived from household survey data on reported levels of consumption expenditure or income over a given time period. The available data rarely capture all of the financial resources available to a household – for example, resources in the form of savings and investments.

Zubożające opłaty bezpośrednie: Określane również mianem zubożających wydatków zdrowotnych. Wskaźnik ochrony finansowej. Opłaty bezpośrednie, które spychają ludzi w ubóstwo lub pogłębiają ich ubóstwo. Gospodarstwo domowe traktowane jest jako zubożałe, gdy łączna wartość jego konsumpcji przed ponoszeniem opłat bezpośrednich kształtowała się powyżej krajowej lub międzynarodowej granicy ubóstwa lub granicy potrzeb podstawowych, ale w związku z koniecznością ich pokrycia spadła poniżej tej granicy.

Impoverishing out-of-pocket payments: Also referred to as impoverishing health spending. An indicator of financial protection. Out-of-pocket payments that push people into poverty or deepen their poverty. A household is measured as being impoverished if its total consumption was above the national or international poverty line or basic needs line before out-of-pocket payments and falls below the line after out-of-pocket payments.

Zubożałe gospodarstwa domowe: Gospodarstwa domowe, które nie były ubogie przed poniesieniem opłat bezpośrednich, ale zostały zepchnięte poniżej granicy ubóstwa lub granicy potrzeb podstawowych po wniesieniu opłat bezpośrednich.

Impoverished households: Households who were non-poor before out-of-pocket payments, but are pushed below the poverty line or basic needs line after out-of-pocket payments.

Zwolnienie z dopłat świadczeniobiorców (zwolnienie ze współpłacenia):

Mechanizm ochrony przed opłatami bezpośrednimi. Zwolnienia mogą dotyczyć grup osób, warunków, chorób, dóbr lub usług/świadczeń.

Exemption from user charges (co-payments): A mechanism to protect people from out-of-pocket payments. Exemptions can apply to groups of people, conditions, diseases, goods or services.

Biuro Regionalne WHO dla Europy

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jest wyspecjalizowaną agendą Narodów Zjednoczonych powstałą w 1948 r, której podstawowym zadaniem jest działanie w międzynarodowych sprawach zdrowia i z zakresu zdrowia publicznego. Biuro Regionalne WHO dla Europy jest jednym z sześciu biur regionalnych działających na całym świecie. Każde z nich posiada własny program dostosowany do specyficznych uwarunkowań zdrowotnych występujących w państwach należących do danego regionu.

Biuro WHO w Barcelonie ds. Wzmocnienia Systemów Ochrony Zdrowia

Szpital św. Pawła (Pawilon La Mercè)
Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona, Hiszpania
Tel.: +34 673 290 861
E-mail: euhsf@who.int

Kraje członkowskie

Albania	Estonia	Luxemburg	Słowenia
Andora	Federacja Rosyjska	Łotwa	Szwajcaria
Armenia	Finlandia	Malta	Szwecja
Austria	Francja	Monako	Tadżykistan
Azerbejdżan	Grecja	Niemcy	Turcja
Belgia	Gruzja	Norwegia	Turkmenistan
Białoruś	Hiszpania	Polska	Ukraina
Bośnia and Hercegowina	Holandia	Portugalia	Uzbekistan
Bułgaria	Irlandia	Północna Macedonia	Węgry
Chorwacja	Islandia	Republika Mołdawii	Włochy
Cypr	Izrael	Rumunia	Zjednoczone Królestwo
Czarnogóra	Kazachstan	San Marino	
Czechy	Kirgistan	Serbia	
Dania	Litwa	Słowacja	