

# Państwo w systemach ochrony zdrowia: kierunki i perspektywy

Jacek Klich

Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

*Adres do korespondencji:* Jacek Klich, Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, ul. Rakowicka 27, 31-510 Kraków, [uuklich@cyf-kr.edu.pl](mailto:uuklich@cyf-kr.edu.pl)

## Abstract

### *The state as a principal in health care systems: main directions and trends*

The aim of the paper is to identify main directions in reforming national health care systems from the point of view of the role of the state as a principal in health care systems (with a special emphasis on EU countries). It is argued in the paper that between 1995 and 2010 in majority of the EU member states a slow but persistent trend of withdrawal of the state from financing health care systems can be observed. Kutzin's *insurance function* is being continuously reduced. Among other consequences it leads toward increasing the share of private and out of the pocket expenses in total expenses on health. This relates especially to new EU post communist member states.

**Key words:** co-payment in health care, EU health care systems, health care system financing, the role of the state in health care systems

**Słowa kluczowe:** finansowanie systemów ochrony zdrowia, partycypacja pacjentów w finansowaniu systemów ochrony zdrowia, rola państwa w systemach ochrony zdrowia, systemy ochrony zdrowia w UE

## Wprowadzenie

Reforma systemu ochrony zdrowia – o różnym zakresie i wprowadzana z różną intensywnością – dokonuje się praktycznie w każdym państwie, a proces zmian jest permanentny. Jednym z dominujących kierunków reform systemu ochrony zdrowia jest poszerzanie zakresu stosowania mechanizmów i rozwiązań rynkowych w odniesieniu do organizowania i świadczenia usług zdrowotnych oraz zwiększanie zakresu sektora prywatnego w systemie ochrony zdrowia. W tym kontekście interesujące wydaje się pytanie, jak w świetle powyższych zmian jawią się funkcje i aktywności państwa (rządu) jako pełnomocnika (*principal*) w odniesieniu do zadań w dziedzinie ochrony zdrowia? Dopelniającym pytaniem może być obawa o konsekwencje takich reform dla pacjentów z punktu widzenia ich obciążeń finansowych związanych z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych. Celem artykułu jest udzielenie odpowiedzi na te pytania.

Artykuł składa się z czterech części. W pierwszej w syntetyczny sposób prezentowane są wyzwania, przed jakimi stają narodowe systemy ochrony zdrowia.

W drugiej ukazywane są uwarunkowania i cele reform narodowych systemów ochrony zdrowia, a w trzeciej główne kierunki podejmowanych reform. Część czwarta, zasadnicza z punktu widzenia tematu i celu artykułu, prezentuje podstawowe zadania państwa w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem zadań państwa jako ubezpieczyciela. Na podstawie danych WHO analizowany jest udział wydatków prywatnych na zdrowie w całkowitych wydatkach na zdrowie, udział wydatków z własnej kieszeni pacjenta w wydatkach prywatnych na zdrowie oraz udział wydatków z własnej kieszeni pacjenta w całkowitych wydatkach na zdrowie w latach 1995–2010 dla 27 państw UE oraz USA. Artykuł kończą syntetyczne wnioski.

## 1. Wyzwania stojące przed narodowymi systemami ochrony zdrowia

Rosnące koszty opieki zdrowotnej w ogólności, a koszty świadczeń zdrowotnych w szczególności stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań, przed jakimi

stoją na początku drugiej dekady XXI wieku systemy ochrony zdrowia niemal wszystkich państw świata. Finansowe kłopoty z pewnością nie wyczerpują listy problemów, przed jakimi stają narodowe systemy ochrony zdrowia, ale bez wątpienia stanowią najważniejsze i najbardziej palące. Rosnące koszty wynikają między innymi z przemian demograficznych, zwiększania się liczby osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, rozwoju i pojawiania się nowych technologii medycznych, wprowadzania na rynek innowacyjnych leków, wzrostu liczby lekarzy, inflacji cen leków i materiałów medycznych, wzrostu kosztów administrowania systemami opieki zdrowotnej itd. [1]. Wzrost kosztów opieki zdrowotnej we wszystkich bez wyjątku państwach OECD [2] zmusił je do wprowadzania reform zorientowanych między innymi na wzrost efektywności i redukcję kosztów [3].

Mamy zatem do czynienia z sytuacją rosnących kosztów funkcjonowania systemów ochrony zdrowia z jednej i problemem powiększającego się niedoboru środków publicznych na finansowanie opieki zdrowotnej z drugiej strony.

## 2. Powszechność reform narodowych systemów ochrony zdrowia

Niedobór środków publicznych w finansowanie ochrony zdrowia sprawia, że wszystkie bez wyjątku państwa podejmują trud reformowania (choć w różnym zakresie i z różną intensywnością) swoich systemów ochrony zdrowia. Czynią tak zarówno państwa bogate, jak USA [4] (gdzie wydatki całkowite na zdrowie *per capita* są najwyższe na świecie<sup>1</sup>), Francja [5] czy Korea Południowa [6], jak i rozwijające się, takie jak Turcja [7], Chiny [8], Wenezuela [9] czy Argentyna [10].

Gdyby przyjąć jako kryterium doświadczenie dane go państwa ze stosowaniem mechanizmu rynkowego w gospodarce, to wśród państw reformujących swoje systemy ochrony zdrowia znajdujemy zarówno kraje o ustabilizowanym i mocnym systemie gospodarczym wykorzystującym regulacje rynkowe, jak Niemcy [11] czy Dania [12], jak również kraje transformujące swoje gospodarki i wprowadzające dopiero mechanizmy rynkowe, jak Estonia [13], Bułgaria [14] Chorwacja [15] czy Rosja [16].

Trud reformowania systemów ochrony zdrowia podejmują kraje, które są wysoko oceniane w rankingach (uwzględniających między innymi kryterium efektywności systemów ochrony zdrowia mierzonej zarówno kategoriami finansowymi, jak i poziomem jakości oferowanych usług oraz poziomem satysfakcji pacjentów), jak Nowa Zelandia [17] czy Dania. W takim kontekście nie dziwi, że reformy systemów ochrony zdrowia przeprowadzane są w państwach nisko w takich rankingach sytuowanych, takich jak Wietnam, Trinidad, Tobago czy Wyspy Bahama [18].

Można zatem przyjąć, że reformy sektora ochrony zdrowia są podejmowane w większości państw świata, a proces reformowania dokonuje się w sposób permanentny.

## 2.1. Przyczyny reform

Powyżej wśród powodów podejmowania działań reformatorskich w narodowych systemach ochrony zdrowia akcentowano problemy finansowe. Oprócz nich identyfikowane są w literaturze przedmiotu jeszcze inne, uniwersalne powody restrukturyzacji systemów ochrony zdrowia. Lista takich uniwersalnych przyczyn, dla których podejmowane są te reformy, obejmuje (choć nie sprowadza się tylko do nich):

- niewystarczające zasilanie finansowe systemu ochrony zdrowia<sup>2</sup>;
- wysokie koszty świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania systemu;
- strukturalny deficyt (państwowego) ubezpieczyciela;
- brak przejrzystości w finansowaniu oraz starzejące się społeczeństwo [15].

## 2.2. Cele reform

Preker i Harding, analizując reformy systemów ochrony zdrowia (ze szczególnym uwzględnieniem reformy szpitalnictwa), wskazują na trzy powszechnie definiowane cele reform:

- wyrównywanie dostępu różnych grup społecznych do usług zdrowotnych (*equity*);
- efektywność (*efficiency*);
- responsywność<sup>3</sup> (*responsiveness*) rozumianą przez autorów jako zaspokajanie indywidualnych potrzeb i oczekiwań pacjentów [19].

## 3. Kierunki reform

O ile przyczyny reform systemów ochrony zdrowia dadzą się sprowadzić do relatywnie krótkiej listy, to kierunki, narzędzia i procedury wykorzystywane w reformowaniu systemów ochrony zdrowia cechują się dużą różnorodnością. Zdarzają się też przypadki wprowadzania zmian z przesadną intensywnością<sup>4</sup>.

Konsekwentnie przyjmowane są w krajach reformujących swoje systemy ochrony zdrowia różne rozwiązania, poczynając od wprowadzania zmian w zakresie wyceny ryzyka zdrowotnego [20], poprzez zmianę sposobu organizacji systemu świadczenia opieki zdrowotnej (model scentralizowanej czy zdecentralizowanej podaży świadczeń zdrowotnych<sup>5</sup>), a na wprowadzaniu nowych metod pomiaru kosztów i wyceny świadczeń zdrowotnych (Diagnosis Related Groups<sup>6</sup>, Health Technology Assessment, Clinical Practice Guidelines i innych [21]) kończąc.

W niektórych przypadkach nawet wtedy, kiedy w reformie wykorzystywano rozwiązania stosowane w wielu państwach, jak na przykład oddzielenie finansowania ochrony zdrowia od świadczenia usług zdrowotnych (*purchaser-provider split*), to szczegółowe rozwiązania – jak pokazuje przykład Nowej Zelandii – mogły odbiegać od tych stosowanych w innych systemach [22]. Przykład reformy nowozelandzkiej jest tu interesujący jeszcze z tego powodu, że wprowadzone tam zmiany nie dawały

jednoznacznej odpowiedzi na fundamentalne pytanie: czy umacniać sektor publiczny, czy też tworzyć podstawy do budowania sektora prywatnego, ze szczątkowym tylko udziałem państwa. Przykład nowozelandzki pokazuje również, że reformowanie systemu może skutkować tym, iż pojawiają się nowe formy organizacji, inicjowane przez świadczeniodawców i w większości nieoczekiwane (tzn. nieantycypowane) przez inicjatorów zmiany [22].

Różnice w podejściu do reformowania systemu ochrony zdrowia mogą dotyczyć nie tylko rozwiązań szczegółowych, ale również kierunków reform. Na przykład dominującemu kierunkowi reform systemów ochrony zdrowia w latach 90. ubiegłego wieku, polegającemu na ograniczaniu roli państwa w systemie [23], można przeciwstawić reformę ochrony zdrowia w Norwegii, która począwszy od stycznia 2002 roku, zwiększała rolę państwa w systemie ochrony zdrowia i centralizowała system [24].

Chociaż zestaw narzędzi i rozwiązań instytucjonalnych przyjmowanych w różnych krajach przy reformowaniu systemu ochrony zdrowia jest bogaty, to jest to zbiór zamknięty w tym znaczeniu, że stosowane sposoby i metody powielane są w różnych państwach [18].

Analizując doświadczenia międzynarodowe w interesującym nas obszarze restrukturyzacji systemów ochrony zdrowia, można wyróżnić kilka dominujących kierunków:

- poszerzanie zakresu dostępu do świadczeń zdrowotnych;
- racjonalizacja wydatków na zdrowie;
- poszerzanie zakresu sektora prywatnego.

### 3.1. Poszerzanie zakresu dostępu do świadczeń zdrowotnych

Wysiłki niektórych państw idą w kierunku poszerzenia zakresu dostępu do świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to przede wszystkim Chin [8] z ich największą na świecie populacją, ale również USA, gdzie administracja prezydenta B. Obamy reformami z 2009 roku otworzyła kilkunastu milionom amerykańskich obywateli dostęp do świadczeń zdrowotnych<sup>7</sup>.

### 3.2. Racjonalizacja wydatków na zdrowie

Przy utrzymującej się tendencji wzrostu całkowitych wydatków na zdrowie [25] w narodowych rachunkach obserwujemy wprowadzanie na szeroką skalę rozwiązań racjonalizujących te wydatki [25] oraz dużą aktywność rządów niektórych państw w tym zakresie [26]. Jedną z szeroko stosowanych w państwach transformujących swoje gospodarki metod było zastępowanie opłacania szpitali oparte na budżecie historycznym opłatami za wykonane procedury (*fee-for-service*) oraz opłatami za dany przypadek chorobowy (co mogło być jakąś odmianą DRG). Warto w tym miejscu przywołać wyniki badań panelowych Moreno-Serry i Wagstaffa [27], którzy zbadali 28 państw z Europy Środkowej i Wschodniej oraz Azji Środkowej w latach 1990–2004. Celem badań było określenie wpływu zmian w sposobie opłat za usługi szpitalne na procesy wewnętrzne szpitali oraz śmiertelność, której

przyczyny można było powiązać z opieką medyczną. Badania te pokazały, że wprowadzenie opłat za usługę i opłat za przypadek chorobowy zwiększyło całkowite wydatki na zdrowie (włączając w to wydatki z kieszeni pacjentów). Te nowe sposoby płacenia miały jednak różny wpływ na liczbę hospitalizowanych pacjentów: opłaty za usługi były pozytywnie skorelowane ze zwiększaniem się liczby pacjentów, a opłaty za przypadek chorobowy nie. Ponadto opłaty za usługę nie prowadziły do obniżenia średniego czasu hospitalizacji, a opłaty za przypadek chorobowy – tak. Te wyniki są zgodne z wynikami innych badań wykazujących przewagę opłaty za przypadek chorobowy (*case mix*) nad opłatą za wykonanie procedury. Warto przy tym nadmienić, że wyniki badań Moreno-Serry i Wagstaffa pokazały, iż wprowadzanie nowych sposobów opłat za usługi zdrowotne – jeżeli nie towarzyszą im zmiany w innych elementach składowych systemu ochrony zdrowia – nie musi prowadzić do zahamowania całkowitych wydatków na zdrowie.

### 3.3. Poszerzanie zakresu sektora prywatnego

Silnie reprezentowanym kierunkiem reform jest wprowadzanie lub poszerzanie zakresu sektora prywatnego w systemach ochrony zdrowia tak w krajach rozwiniętych [28], jak i rozwijających się [29].

Różne są sposoby poszerzania zakresu sektora prywatnego w narodowych systemach ochrony zdrowia, począwszy od dopuszczania prywatnych świadczeniodawców do korzystania z infrastruktury zakładów publicznych i świadczenia odpłatnych usług (prywatne łóżka na oddziałach w publicznych szpitalach, odpłatnie wykonywane operacje, jak na przykład we Włoszech) [30], aż do tworzenia nowych prywatnych podmiotów uprawnionych do świadczenia usług zdrowotnych finansowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Przy okazji łączenia aktywności podmiotów prywatnych i publicznych w jednej (publicznej) organizacji warto przywołać jednoznacznie negatywne konsekwencje takich praktyk dla pracowników i dla polityki kadrowej w ogólności [30]. Również współistnienie sektorów: prywatnego i publicznego w kontekście pracy lekarzy na dwóch etatach (i związanego z nią przemieszczania się między publicznymi i prywatnymi placówkami) nie daje jednoznacznych rezultatów co do finansowej efektywności takiego rozwiązania [31].

Zarysowawszy kierunki reform podejmowanych przez rządy poszczególnych państw narodowych w odniesieniu do sektora ochrony zdrowia, można spróbować nakreślić rolę i udział państwa w tych reformach. W tym celu należy przywołać najpierw listę zadań, jakie są definiowane dla państwa w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia.

## 4. Państwo jako pełnomocnik w organizowaniu i kierowaniu systemami ochrony zdrowia

Na potrzeby tego artykułu przyjmuje się za M. Foucaultem, że państwo nie jest rozumiane wąsko w kategoriach stanowienia i wprowadzania prawa [32], ale sze-

rzej, w kategoriach budowania instytucji, kalkulowania i opracowywania taktyki, która umożliwi sprawowanie władzy [32] przy uznaniu, że ośrodki władzy nie znajdują się tylko w agendach rządowych [33].

Rola rządu w systemie ochrony zdrowia – podobnie jak w przypadku dyskusji na temat roli państwa w gospodarce – jest przez jednych kwestionowana (im więcej rządu w ochronie zdrowia, tym więcej biurokracji, komplikacji, nieefektywności i usług o niskiej jakości) [34], a przez innych uznawana za niezbędną, prowadzącą do poprawy efektywności i dostępu do świadczeń zdrowotnych [35] czy też realizującą ważne społecznie cele [36].

Nie uwzględniając pozycji skrajnych, w odniesieniu do funkcji państwa w systemie ochrony zdrowia można – na podstawie literatury przedmiotu – zdefiniować sześć zadań [37]:

- określanie wizji i strategii systemu ochrony zdrowia;
- wywieranie wpływu na inne sektory gospodarki w celu poprawy stanu zdrowia populacji;
- zarządzanie systemem ochrony zdrowia w sposób zgodny z dominującymi wartościami;
- gwarantowanie, że konstrukcja systemu jest sprzężona z celami w zakresie zdrowia;
- lepsze wykorzystywanie dostępnych instrumentów prawnych i regulacyjnych;
- zbieranie, kompilowanie, rozpowszechnianie i wykorzystywanie informacji.

Powyższe zadania budują podstawowy jedynie obszar działalności państwa w ochronie zdrowia. Można tę listę zadań poszerzyć i – za Kutzinem [38] – wprowadzić dodatkową funkcję państwa (nieco tylko zmodyfikowaną w stosunku do oryginalnie przez Kutzina zdefiniowanej), funkcję ubezpieczającego (*insurance function*). Zgodnie z nią państwo powinno zabezpieczyć dostęp do potrzebnych świadczeń zdrowotnych bez powodowania finansowego ubożenia obywateli<sup>8</sup>.

Pogłębiona analiza tych siedmiu funkcji państwa w kontekście przeprowadzanych reform narodowych systemów ochrony zdrowia z pewnością zasługuje na osobne omówienie. W tym miejscu można jedynie zasygnalizować, że literatura przedmiotu dostarcza przykładów niewłaściwego wypełniania przez państwo niektórych z tych funkcji. Dotyczy to na przykład funkcji nakreślenia wizji i strategii systemu ochrony zdrowia [39] czy też funkcji wywierania wpływu na inne sektory gospodarki w celu poprawy stanu zdrowia populacji (co można zilustrować niesatysfakcjonującymi rezultatami wykorzystywania ujęcia *Health Impact Assessment* w polityce zdrowotnej przedstawianymi w literaturze [40]).

Na potrzeby tego artykułu zostanie przybliżona tylko kwestia realizowania przez państwo funkcji ubezpieczającego.

#### 4.1. Funkcja państwa jako ubezpieczającego

Jak to już podnoszono powyżej, rozwój sektora prywatnego w ochronie zdrowia jest obserwowany w większości państw świata, w tym również w państwach UE [41] (przykładów jest wiele, ale można w tym miejscu

przywołać reformy w Hiszpanii [42], Bułgarii [43], na Węgrzech [44] czy w Chorwacji [15]). Dalszy rozwój sektora prywatnego jest rekomendowany nawet w stosunku do efektywnych i wysoko ocenianych narodowych systemów opieki zdrowotnej [45], w tym również duńskiego systemu ochrony zdrowia [46].

Ta ekspansja sektora prywatnego (i towarzyszące mu poszerzanie zakresu stosowania mechanizmów rynkowych w systemach ochrony zdrowia) skutkowało między innymi pomniejszeniem roli i udziału państwa w systemie ochrony zdrowia. Jak podkreśla się w literaturze, w latach 90. ubiegłego wieku, kiedy rozwój sektora prywatnego w systemach ochrony zdrowia był szczególnie dynamiczny, obserwowano „(...) znaczną międzynarodową mobilizację wokół pomniejszania roli państwa w systemach ochrony zdrowia” [23]. Istotną rolę odegrały tu Międzynarodowy Fundusz Walutowy oraz Bank Światowy, które były – poprzez swoje programy – propagatorami liberalnych ujęć i koncepcji.

Poszerzanie zakresu sektora prywatnego ordynowano nawet wtedy, kiedy notowano już i dokumentowano niektóre negatywne konsekwencje wprowadzania mechanizmów rynkowych do systemów ochrony zdrowia, takie jak rosnące nierówności w dostępie do świadczeń, faktyczne limitowanie dostępu do świadczeń<sup>9</sup>, praca lekarzy na dwóch etatach [47], ograniczanie szkoleń pracowników [48] czy wprowadzanie (lub zwiększanie) opłat dokonywanych z kieszeni pacjentów [49].

Ten ostatni fenomen jest obserwowany tak w „starzych”<sup>10</sup>, jak i nowych państwach UE, takich jak Litwa [50], Węgry [51] czy Bułgaria [52].

W takim kontekście można sformułować pytanie, jak państwo – wobec poszerzania się zakresu sektora prywatnego oraz dopuszczania mechanizmów rynkowych do sektora ochrony zdrowia, w tym komercjalizacji usług – realizuje funkcję ubezpieczającego, czyli zabezpiecza dostęp do potrzebnych świadczeń zdrowotnych bez powodowania finansowego ubożenia obywateli.

Przyczynkiem do odpowiedzi na to pytanie mogą być wyniki analizy zmian udziału wydatków na zdrowie z kieszeni pacjenta w całkowitych wydatkach na zdrowie w państwach UE oraz – dla porównania – w USA w latach 1995–2010.

#### 4.2. Konsekwencje zwiększania udziału sektora prywatnego w systemach ochrony zdrowia oraz rosnącej komercjalizacji tego sektora dla obywateli państw UE

Gdyby założyć (upraszczając), że zwiększanie udziału wydatków z kieszeni pacjenta w całkowitych wydatkach na zdrowie przyczynia się do finansowego ubożenia obywateli, to dokonując analizy udziału wydatków z kieszeni pacjenta w całkowitych wydatkach na zdrowie dla państw UE w latach 1995–2010, można byłoby na podstawie wniosków z takiej analizy wnosić o roli państwa jako ubezpieczającego w procesie reform narodowych systemów ochrony zdrowia.

W tym celu można wykorzystać trzy zmienne stosowane w statystykach WHO: udział wydatków prywatnych na zdrowie (WPZ) w całkowitych wydatkach na

Państwo	Wskaźnik	Rok							
		1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	26	23	24	24	24	23	22	22
Austria	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	58	66	66	66	65	64	65	65
Austria	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	15	15	16	16	15	15	14	15
Belgia	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	23	25	24	26	26	25	25	25
Belgia	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	84	81	77	78	78	80	80	80
Belgia	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	20	21	18	20	21	20	20	20
Bułgaria	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	26	39	39	43	42	41	45	46
Bułgaria	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	100	100	97	97	97	97	97	97
Bułgaria	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Cypr	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	64	58	58	58	57	58	58	58
Cypr	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	99	96	81	81	83	83	83	83
Cypr	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	63	56	47	47	48	49	49	49
Czechy	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	9	10	13	13	15	17	16	16
Czechy	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	100	100	84	85	89	90	90	90
Czechy	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	9	10	11	11	13	16	14	15
Dania	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	17	16	16	15	15	15	15	15
Dania	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	93	91	90	90	89	88	88	88
Dania	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	16	15	14	14	14	13	13	13
Estonia	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	10	32	23	26	24	21	22	21
Estonia	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	100	54	89	96	94	95	98	92
Estonia	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	10	17	21	25	22	20	21	20
Finlandia	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	80	78	75	76	75	75	75	75
Finlandia	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	23	22	18	19	19	19	19	19
Finlandia	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	28	29	25	25	26	26	25	25
Francja	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	20	21	21	21	22	22	22	22
Francja	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	37	34	31	31	32	33	33	33
Francja	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	8	7	7	7	7	7	7	7
Grecja	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	48	40	40	38	40	40	38	41
Grecja	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	96	95	95	95	95	95	95	95
Grecja	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	46	38	38	36	37	38	36	38
Hiszpania	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	28	28	29	29	29	27	26	27
Hiszpania	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	85	83	76	74	73	75	76	76
Hiszpania	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Holandia	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	29	37	31	16	16	16	14	14
Holandia	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	33	24	23	35	34	35	40	38
Holandia	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	10	9	7	6	6	6	6	5
Irlandia	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	27	25	23	23	23	23	25	31
Irlandia	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	56	61	66	62	60	62	49	49
Irlandia	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	15	15	15	14	14	14	12	15

Litwa	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	26	30	32	30	27	28	27	27
Litwa	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	87	86	99	98	98	98	97	97
Litwa	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Luksemburg	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	8	15	15	15	16	16	16	16
Luksemburg	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	82	79	77	78	77	78	73	73
Luksemburg	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	6	12	12	12	12	12	12	11
Łotwa	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	34	46	43	36	39	38	38	39
Łotwa	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	100	97	95	90	89	90	97	97
Łotwa	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Malta	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	32	28	31	31	33	35	35	35
Malta	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	96	97	94	94	94	94	93	93
Malta	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Niemcy	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	19	21	23	24	24	23	23	23
Niemcy	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	53	56	57	58	58	57	57	57
Niemcy	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	10	11	13	14	14	13	13	13
Polska	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	27	30	31	30	29	28	28	27
Polska	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	100	100	85	85	83	81	81	81
Polska	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	27	30	26	26	24	22	22	22
Portugalia	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	37	34	33	34	34	35	32	32
Portugalia	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	64	73	75	77	77	78	78	78
Portugalia	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	24	25	25	26	26	27	25	25
Rumunia	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	31	32	19	20	18	18	21	22
Rumunia	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	100	100	96	98	97	98	98	98
Rumunia	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Słowacja	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	11	11	26	32	33	32	34	34
Słowacja	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	100	89	96	90	90	90	89	89
Słowacja	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Słowenia	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	22	26	28	28	28	27	27	26
Słowenia	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	50	44	45	42	48	47	49	48
Słowenia	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Szwecja	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	13	15	19	19	19	18	19	19
Szwecja	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	100	91	89	88	88	88	90	90
Szwecja	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	13	14	17	17	16	16	17	17
Węgry	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	16	29	28	27	30	29	30	31
Węgry	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	100	90	86	84	82	82	78	78
Węgry	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	16	26	24	23	24	24	24	24
Wielka Brytania	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	16	21	18	19	19	18	16	16
Wielka Brytania	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	68	65	65	61	62	62	62	62
Wielka Brytania	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	11	13	12	11	12	11	10	10
Włochy	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	29	27	24	23	23	22	22	22
Włochy	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	91	89	86	85	86	87	89	88

Włochy	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	27	25	20	20	20	20	20	20
USA	Wydatki prywatne na zdrowie (WPZ) jako % całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ)	55	57	56	55	55	54	52	47
USA	Wydatki z własnej kieszeni jako % WPZ	27	26	24	23	24	24	23	25
USA	Wydatki z własnej kieszeni jako % CWZ	15	15	13	13	13	13	12	12

n/a – brak danych

**Tabela I.** Wydatki prywatne na zdrowie w państwach UE i w USA (według WHO), <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=1&d=1> (dostęp: 15.09.2012).

Źródło: Health expenditure series, World Health Organization, Geneva, uaktualnienia dostępne na: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx> (dostęp: 15.09.2012).

zdrowie (CWZ), czyli (WPZ/CWZ), udział wydatków z własnej kieszeni pacjenta (KP) w wydatkach prywatnych na zdrowie (WPZ), czyli (KP/WPZ), oraz udział wydatków z własnej kieszeni pacjenta w całkowitych wydatkach na zdrowie (KP/CWZ).

W Tabeli I na podstawie danych WHO przedstawiono, jak w latach 1995–2010 te trzy zmienne kształtowały się dla 27 państw, które teraz tworzą Unię Europejską oraz – dla porównania – dla USA.

Analiza danych zawartych w Tabeli I uprawnia do stwierdzenia, że:

- w większości państw (w 15 z 28) między 1995 a 2010 rokiem obserwujemy rosnący udział wydatków prywatnych na zdrowie (WPZ) w całkowitych wydatkach na zdrowie (CWZ). Interesujące jest przy tym analizowanie wysokości tego wskaźnika dla nowych postkomunistycznych państw UE. W siedmiu tych państwach (z dziesięciu analizowanych) wartość tego wskaźnika w badanym okresie rosła, przy czym w niektórych przypadkach (Bułgaria, Estonia, Węgry, Słowacja) był to wzrost wysoki, kilkudziesięcioprocentowy, a w przypadku Słowacji nawet trzykrotny. Rzeczą do rozstrzygnięcia pozostaje, czy ten malejący udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na zdrowie jest powodowany przede wszystkim wzrostem zamożności społeczeństwa i chęcią poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych i/lub pozyskania świadczeń zdrowotnych wyższej jakości, czy może jest skutkiem powolnego wycofywania się państwa z finansowania opieki zdrowotnej;
- w większości analizowanych państw (23 kraje na 28 analizowanych) między 1995 a 2010 rokiem obserwujemy malejący trend, jeżeli chodzi o udział wydatków z własnej kieszeni w wydatkach prywatnych na zdrowie (KP/WPZ). Mimo to w roku 2010 udział wydatków z własnej kieszeni pacjentów w WPZ był wciąż wysoki, tj. powyżej 50%, a tylko w pięciu państwach (Francja, Irlandia, Holandia, Słowenia i USA) był mniejszy niż 50%. Najwyższy wskaźnik (KP/WPZ) notowano w roku 2010 w Rumunii (98-procentowy udział pieniędzy z kieszeni pacjenta w finansowaniu ochrony zdrowia z wydatków prywatnych), na Litwie, Łotwie i w Bułgarii (po 97%). Wśród nowych postkomunistycznych państw członkowskich UE tylko

w Słowenii udział ten był niższy i wyniósł 48%. Dla reszty państw postkomunistycznych były to wartości z przedziału od 78% (Węgry) do 98% (Rumunia);

- w odniesieniu do wskaźnika udziału środków z własnej kieszeni pacjentów w całkowitych wydatkach na zdrowie (KP/CWZ) obserwujemy, że w trzech państwach udział ten nie zmienił się, zwiększył się w siedmiu, a zmniejszył w dziesięciu<sup>11</sup>. W 2010 roku najwyższy udział wydatków z własnej kieszeni pacjenta w CWZ notowano na Cyprze (49%), a najniższy w Holandii (5%). Można ostrożnie konkludować, że w badanym okresie obserwujemy spadek udziału wydatków z własnej kieszeni pacjenta w CWZ. Dla nowych postkomunistycznych państw UE wartości udziału środków z kieszeni pacjenta w całkowitych wydatkach na zdrowie wahały się od 15% (Czechy) do 24% (Węgry), przy czym Polska notowała 22%. Wśród nowych postkomunistycznych państw UE można zaobserwować tendencję do zwiększania udziału WPZ w CWZ w badanym okresie.

W Tabeli I umieszczono również USA jako punkt odniesienia, przyjmując, że zakres wykorzystywania mechanizmów rynkowych oraz poziom komercjalizacji systemu ochrony zdrowia są w tym państwie jednymi z największych. Interesujące jest to, że wartość wskaźnika udziału wydatków z własnej kieszeni pacjenta w całkowitych wydatkach na zdrowie była w USA w 2010 roku niższa<sup>12</sup> niż we wszystkich nowych, postkomunistycznych państwach UE, dla których ten wskaźnik jest wyliczany (Polska, Czechy, Estonia, Węgry). To zjawisko może być tłumaczone wysokim udziałem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie amerykańskim. Podczas kiedy w państwach postkomunistycznych większość prywatnych wydatków na zdrowie finansowana jest z kieszeni własnej pacjenta, to w USA i rozwiniętych państwach UE wydatki te są finansowane z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

To może stanowić interesujący punkt wyjścia do dyskusji na temat stworzenia możliwości dla powstania i/lub rozwoju prywatnych ubezpieczeń w postkomunistycznych państwach UE, w tym w Polsce.

Interesujące pozostaje pytanie o perspektywy na przyszłość, jeżeli chodzi o udział środków publicznych w całkowitych wydatkach na zdrowie, czyli – pośrednio

– o rolę państwa jako ubezpieczającego. Opierając się na mocno zarysowujących się tendencjach do ograniczania wydatków państwa (reakcja na globalny kryzys finansowy oraz recesję gospodarczą w państwach strefy euro), można spekulować, że w krótkim okresie wzmożona się tendencja do ograniczania udziału środków publicznych w całkowitych wydatkach na zdrowie. Można to interpretować w kategoriach transferu ryzyka do indywidualnych pacjentów, którzy w coraz większym zakresie partycypują w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Gorzka pozostaje konstatacja, że ten transfer ryzyka od państwa do obywateli w przypadku polskiego systemu nie łączy się z żadnymi formami częściowej nawet kompensaty, na przykład możliwością uwzględniania prywatnych wydatków na zdrowie do pomniejszenia podstawy opodatkowania podatkiem PIT.

## Podsumowanie

Na podstawie formułowanych powyżej ocen oraz przywoływanych źródeł można konkludować, że:

- reformy narodowych systemów ochrony zdrowia są podejmowane i realizowane przez – praktycznie – wszystkie państwa świata;
- trudności z zapewnieniem odpowiedniego finansowania systemów ochrony zdrowia są głównym (i uniwersalnym) powodem podejmowania reform;
- jednym z istotnych celów reform – oprócz zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych – jest dążenie do wzrostu efektywności działania systemów ochrony zdrowia;
- kierunki reform i wykorzystywane w nich narzędzia wykazują dużą różnorodność, ale wyraźnie zaznacza się trend do poszerzania zakresu regulacji rynkowych w systemach ochrony zdrowia, zwiększania udziału sektora prywatnego oraz komercjalizacji świadczeń zdrowotnych;
- zmniejszanie się udziału wydatków publicznych na zdrowie w całkowitych wydatkach na zdrowie może wskazywać na wycofywanie się państwa z finansowania systemów ochrony zdrowia;
- dla nowych postkomunistycznych państw UE udział wydatków z kieszeni własnej pacjenta w prywatnych wydatkach na zdrowie jest istotnie wyższy niż w państwach starej Europy i w USA.

## Przypisy

<sup>1</sup> Według statystyk WHO (stan na kwiecień 2012, ale dane pochodzą z roku 2010) wynosiły one 8362 dol., za: *WHO Global Health Expenditure Atlas*, WHO 2012: 4.

<sup>2</sup> Diagnoza Vonciny i wsp. (Voncina L., Dzakula A., Mastilica M., *Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities*, „Health Policy” 2007; 80 (1): 44–157) – powtarzana za innymi – jest niezmiennie trafna, por. McKee M., Basu S., Stuckler D., *Health systems, health and wealth: The argument for investment applies now more than ever*, „Social Science & Medicine” 2012; 74 (5): 684–687.

<sup>3</sup> Termin ten jest niezbyt fortunnym neologizmem, ale (z konieczności) będzie używany w tym artykule do okre-

ślenia gotowości i zdolności świadczeniodawcy do szybkiego i właściwego (w sensie skuteczności podejmowanych decyzji) reagowania na sygnały płynące z otoczenia, w tym przede wszystkim na potrzeby i oczekiwania pacjentów.

<sup>4</sup> Tylko w 2000 roku grecki rząd kontrolowany przez partię PASOK wprowadził 200 zmian w systemie ochrony zdrowia, por. Tountas Y., Karnaki P., Pavi E., *Reforming the reform: the Greek national health system in transition*, „Health Policy” 2002; 62 (1): 15–29.

<sup>5</sup> Warto tu nadmienić, że analiza doświadczeń Norwegii, Włoch i Hiszpanii w tej kwestii bynajmniej nie potwierdziła intuicyjnej tezy o przewadze systemów zdecentralizowanych nad scentralizowanymi, por. Mosca I., *Is decentralisation the real solution? A three country study*, „Health Policy” 2006; 77 (8): 113–120.

<sup>6</sup> Są pewne przesłanki, by twierdzić, że wprowadzenie DRG do systemu powszechnego ubezpieczenia prowadzi do obniżenia intensywności opieki (*intensity of care*) i skrócenia czasu hospitalizacji, por. Cheng S.-H., Chen C.-C., Tsai S.-L., *The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population-based study*, „Health Policy” 2012; 107 (2–3): 202–208.

<sup>7</sup> Według szacunków National Association of Public Hospitals & Health Systems do 2019 roku liczba osób objętych ubezpieczeniem ma się zwiększyć o 19 mln, a liczba osób objętych programem Medicaid o 16 mln, por. Luband C., *Why Do Public Hospital Systems Restructure?*, „National Association of Public Hospitals & Health Systems” 2010, September 22.

<sup>8</sup> Tak zdefiniowana funkcja ubezpieczyciela nie wyklucza finansowej partycypacji pacjentów w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

<sup>9</sup> Dotyczyło to nawet tak bogatych państw, jak Niemcy, por. Brockmann H., *Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals*, „Social Science & Medicine” 2002; 55 (4): 593–608, czy Francja, por. Lancry P.-J., Sandier S., *Rationing health care in France*, „Health Policy” 1999; 50: 23–38.

<sup>10</sup> Przegląd literatury na ten temat można znaleźć w: Pavlova M., Tambor M., van Merode G.G., Groot W., *Are patient charges an effective policy tool? Review of theoretical and empirical evidence*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII (1): 29–36.

<sup>11</sup> Zwraca uwagę relatywnie duża liczba państw, dla których brak jest danych o wysokości tego wskaźnika. W tej grupie państw jest sześć nowych postkomunistycznych państw UE: Bułgaria, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Litwa i Łotwa, a z pozostałych państw Malta i Hiszpania.

<sup>12</sup> Co więcej, w roku 2010 w porównaniu z 1995 rokiem, notowano w USA zmniejszenie się wszystkich trzech wykorzystywanych powyżej wskaźników.

## Piśmiennictwo:

1. Mossialos E., Le Grand J. (red.), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot 1999.
2. Hartwig J., *What drives health care expenditure? – Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited*, „Journal of Health Economics” 2008; 27: 603–623.



3. McPake B., Kumaranayake L., Normand C., *Health Economics: An International Perspective*, Routledge, London 2002.
4. Light D.W., *Historical and comparative reflections on the U.S. national health insurance reforms*, „Social Science & Medicine” 2011; 72 (2): 129–132.
5. Bilodeau M., *Hospital Reform in France: Problems (and sometimes solutions) look much like ours*, „Healthcare Management Forum” 2004; 17 (1): 40–43.
6. Jeong H.-S., *Health care reform and change in public – private mix of financing: a Korean case*, „Health Policy” 2005; 74 (2): 133–145.
7. Akinci F., Mollahaliloğlu S., Gürsöz H., Öğücü F., *Assessment of the Turkish health care system reforms: A stakeholder analysis*, „Health Policy” 2012; 107 (1): 21–30.
8. Yip C.-M., Hsiao W.C., Chen W., Hu S., Ma J., Maynard A., *Early appraisal of China’s huge and complex health-care reforms*, „The Lancet” 2012; 379 (9818): 833–842.
9. Trujillo A.J., *Petro-state constraints on health policy: guidelines for workable reform in Venezuela*, „Health Policy” 2004; 67 (1): 39–55.
10. Cavagnero E., *Health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system*, „Health Policy” 2008; 88 (1): 88–99.
11. Ozegowski S., Sundmacher L., *Ensuring access to health care – Germany reforms supply structures to tackle inequalities*, „Health Policy” 2012; 106 (2): 105–109.
12. Christiansen T., *Ten years of structural reforms in Danish healthcare*, „Health Policy” 2012; 106 (2): 114–119.
13. Habicht J., Kunst A.E., *Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999*, „Social Science & Medicine” 2005; 60 (4): 777–787.
14. Pavlova M., Groot W., van Merode F., *Appraising the financial reform in Bulgarian public health care sector: the health insurance act of 1998*, „Health Policy” 2000; 53 (3): 185–199.
15. Voncina L., Dzakula A., Mastilica M., *Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities*, „Health Policy” 2007; 80 (1): 144–157.
16. Sheiman I., *Health care reform in the Russian Federation*, „Health Policy” 1991; 19 (1): 45–54.
17. Gauld R., *New Zealand’s post-2008 health system reforms: Toward re-centralization of organizational arrangements*, „Health Policy” 2012; 106 (2): 110–113.
18. Rutten F., Lapré R., Antonius R., Dokoui S., Haqq E., Roberts R., Mills A., *Financing of health care in four Caribbean territories: a comparison with reforms in Europe*, „Health Policy” 2002; 62 (1): 103–113.
19. Preker A.S., Harding A. (red.), *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*, Human Development Network. Health, Nutrition, and Population Series, The World Bank, Washington 2003: xi–xii.
20. Asthana S., Gibson A., *Setting health care capitations through diagnosis-based risk adjustment: A suitable model for the English NHS?*, „Health Policy” 2011; 101 (2): 133–139.
21. Perleth M., Jakubowski E., Busse R., *What is ‘best practice’ in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems*, „Health Policy” 2001; 56 (3): 235–250.
22. Fougere G., *Transforming health sectors: new logics of organizing in the New Zealand health system*, „Social Science & Medicine” 2001; 52 (8): 1233–1242.
23. Uplekar M.W., *Private health care*, „Social Science & Medicine” 2000; 51 (6): 897.
24. Hagen T.P., Kaarbøe O.M., *The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals*, „Health Policy” 2006; 76 (3): 320–333.
25. *The World Health Report: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, WHO, Geneva 2010.
26. Zwanziger J., Brammli-Greenberg S., *Strong Government Influence Over The Israeli Health Care System Has Led To Low Rates Of Spending Growth*, „Health Affairs” 2011; 30 (9): 1779–1785.
27. Moreno-Serra R., Wagstaff A., *System-wide impacts of hospital payment reforms: Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia*, „Journal of Health Economics” 2010; 29 (4): 585–602.
28. Rowland D., Pollock A.M., Vickers N., *The British Labour Government’s Reform of the National Health Service*, „Journal of Public Health Policy” 2001; 22 (4): 403–414.
29. Yazbeck A.S., Peters D.H. (red.), *Health Policy Research in South Asia. Building capacity for reform*, „World Bank. Humane Development Network. Health, Nutrition, and Population Series”, Report No. 27210, 2003.
30. De Pietro C., *Private medical services in the Italian public hospitals: The case for improving HRM*, „Health Policy” 2006; 78 (1): 56–69.
31. Waring J., Bishop S., *Going private: Clinicians’ experience of working in UK Independent Sector Treatment Centres*, „Health Policy” 2012; 104 (2): 172–178.
32. Foucault M., *Governmentality*, w: Burchell G., Gordon C., Miller P., *The Foucault Effect*, University of Chicago Press, Chicago 1991: 95.
33. Miller P., Rose N., *Governing Economic Life*, „Economy and Society” 1990; 19 (1): 1–31.
34. Hamowy R., *The genesis and development of Medicare*, w: Feldman R.D. (red.) *American Health Care: Government, Market Processes and the Public Interest*, Transaction Publishers, New Brunswick 2001.
35. Barlett D.L., Steele J.B., *Critical Condition: How Health Care in America Became Big Business and Bad Medicine*, Doubleday, New York 2004.
36. DeBakey M.E., *The role of government in health care: a societal issue*, „The American Journal of Surgery” 2006; 191: 145–157.
37. Veillard J.H.M., Brown A.D., Barış E., Permanand G., Klazinga N.S., *Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: Concepts, functions and assessment Framework*, „Health Policy” 2011; 103 (2–3): 191–199.
38. Kutzin J., *A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements*, „Health Policy” 2001; 56: 171–204.
39. Chernichovsky D., Potapchik E., *Genuine federalism in the Russian health care system: Changing roles of government*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 1999; 24 (1): 115–144.

40. Metcalfe O., Higgins C., *Healthy public policy – is health impact assessment the cornerstone?*, „Public Health” 2009; 123 (4): 296–301.
41. Thompson C.R., McKee M., *Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union*, „Health Policy” 2004; 67 (3): 281–291.
42. Rodríguez M., Scheffler R.M., Agnew J.D., *An update on Spain’s health care system: is it time for managed competition?*, „Health Policy” 2000; 51 (2): 109–131.
43. 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): 1–24.
44. Baji P., Pavlova M., Gulacsi L., Groot W., *User fees for public health care services in Hungary: Expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders*, „Health Policy” 2011; 102 (2–3): 255–262.
45. Janssen R., *Evaluation of the organization and financing of the Danish health care system*, „Health Policy” 2002; 59 (2): 145–159.
46. Christiansen T., *Summary of the SWOT panel’s evaluation of the organisation and financing of the Danish health care system*, „Health Policy” 2002; 59 (2): 173–180.
47. García-Prado A., González P., *Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector*, „Health Policy” 2007; 84 (2–3): 142–152.
48. Horton S., *The double burden on safety net providers: Placing health disparities in the context of the privatization of health care in the US*, „Social Science & Medicine” 2006; 63 (10): 2702–2714.
49. Hall D., *Healthcare: rejection of privatisation and patient fees in Central Europe*, PSIRU, London 2009, <http://www.psiru.org> (dostęp: 15.09.2012).
50. Murauskiene L., Veniute M., Pavlova M., *The opinions of the key health care stakeholders towards patient payments in Lithuania*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII (1): 62–68.
51. Baji P., Boncz I., Jenei G., Gulácsi L., *The short story of co-payments for health care services in Hungary – les sons for neighbouring countries*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII (1): 37–47.
52. Atanasova E., Moutafova E., Kostadinova T., Pavlova M., *Patient payments and the problems in medical services provision in Bulgaria*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII (1): 48–53.