

Wpływ wydatków typu *out-of-pocket* na sprawiedliwość w finansowaniu ochrony zdrowia

Tomasz Hermanowski¹, Sylwia I. Szafraniec-Buryło²,
Urszula Cegłowska¹

¹ Zakład Farmakoeconomiki, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

Adres do korespondencji: Tomasz Hermanowski, Kierownik Zakładu Farmakoeconomiki, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 81, 02-091 Warszawa, e-mail: tomasz.hermanowski@wum.edu.pl

Acknowledgements

We would like to offer our special thanks to the remainder of InterQuality Project's Work Package 3 Team, including Małgorzata Chmielewska, MSc, Marcin Czech, MD, PhD, Aleksandra Drozdowska, MSc, Marta Kowalczyk, MSc, Andrzej Szczypior, MSc and Zbigniew Tytko, MD for their help with the systematic review.

The article presents the results of the "InterQuality Project – International Research Project on Financing Quality in Healthcare" funded by the 7th Framework Programme (FP7) for Research and Technological Development of the European Union. Grant Agreement No.: HEALTH-F3-2010-261369

Abstract

Out-of-pocket expenditures versus equity in health care financing

Health care systems in OECD countries are financed by a mix of taxes, social or private insurance contributions and out-of-pocket payments. The various funding sources may have different impact on equity and redistributive effect in health care financing. The co-payments for certain medical services exist in all OECD countries, the most common are co-payments for the reimbursement drugs. This paper presents preliminary results of literature review of studies on equity in financing of health care, conducted in the framework of InterQuality Project. Recent studies on equity in the financing of reimbursement drugs in Poland and Hungary were identified, as well as earlier study, measuring horizontal inequity in utilization of prescription drugs in Denmark. The results show that inequity in financing and utilization of reimbursement drugs remained, and even increased in Hungary and Poland after implementation of health care reforms, which led to higher out-of-pocket expenditures on reimbursed drugs.

Key words: co-payment, equity, health care expenditure, out-of-pocket expenditure

Słowa kluczowe: dopłaty, sprawiedliwość, wydatki na ochronę zdrowia, wydatki typu *out-of-pocket*

Wstęp

Źródłami finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach należących do OECD są głównie podatki, składki na społeczne i prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz wydatki typu *out-of-pocket* ponoszone przez gospodarstwa domowe na określone świadczenia me-

dyczne [1]. Wydatki typu *out-of-pocket* mogą przybierać formę płatności bezpośrednich, współpłacenia oraz płatności nieformalnych [2]. Poszczególne źródła finansowania mogą w różny sposób wpływać na sprawiedliwość poziomą i pionową w systemach ochrony zdrowia, jak również na efekt redystrybucyjny będący funkcją obydwu powyższych. Wyniki międzynarodowych badań nad

sprawiedliwością w ochronie zdrowia wskazują, że wydatki typu *out-of-pocket* ponoszone przez gospodarstwa domowe są wysoce regresywnym sposobem finansowania systemów ochrony zdrowia [1]. Współpłacenie za określone świadczenia medyczne jest obecne we wszystkich państwach OECD i najczęściej dotyczy ono leków refundowanych. Podział kosztów pomiędzy płatników za świadczenia medyczne oraz pacjentów jest mechanizmem mającym na celu ograniczanie stale rosnących wydatków płatnika na leki refundowane, przy jednoczesnym zwiększeniu obciążenia finansowego po stronie pacjentów. Rezygnacja z terapii o najniższej użyteczności krańcowej oraz poszukiwanie tańszych odpowiedników są spodziewanymi konsekwencjami wynikającymi ze zwiększenia udziału pacjenta w kosztach leków. Zwiększenie udziału pacjentów w kosztach leków zmniejsza również utratę dobrobytu poprzez redukcję zjawiska hazardu moralnego (tzw. pokusy nadużywania lub braku zahamowań) będącego skutkiem nadmiernej konsumpcji świadczeń zdrowotnych w sytuacji, gdy ubezpieczyciel całkowicie pokrywa koszty świadczeń medycznych [3, 4]. Jak wykazały wyniki przeglądów systematycznych badań oceniających skutki współpłacenia, zwiększenie stopy współpłacenia za leki o 10% powoduje spadek wydatków na leki refundowane przeciętnie od 2 do 6% w zależności od grupy leków oraz potrzeb zdrowotnych pacjentów. Raportowany konsekwentnie we wszystkich badaniach spadek wydatków był rezultatem obniżenia konsumpcji leków, zarówno tych o wysokiej, jak i o niskiej wartości terapeutycznej [5]. Badania oceniające związek współpłacenia z wysokością konsumpcji leków wykazały, że szczególnie narażone na negatywne skutki współpłacenia są grupy pacjentów o niskich dochodach oraz pacjentów przewlekle chorych. Spadek konsumpcji leków w grupach pacjentów przewlekle chorych skutkowało z reguły wzrostem korzystania z kosztownych świadczeń medycznych, jak hospitalizacje i doraźna pomoc ambulatoryjna, oraz świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Choć zmniejszenie kosztów płatnika ponoszonych na refundację leków jest zjawiskiem wykazywanym w większości badań poruszających tematykę współpłacenia, to należy pamiętać o tym, że współpłacenie pacjentów może stanowić znaczącą barierę w dostępie do leków oraz negatywnie wpływać na stan zdrowia pacjentów [5–7]. Niniejsza publikacja jest poświęcona kwestii wydatków typu *out-of-pocket* na leki i ich implikacji dla sprawiedliwości w systemie ochrony zdrowia.

■ Sprawiedliwość w finansowaniu ochrony zdrowia

Sprawiedliwość w finansowaniu ochrony zdrowia koncentruje się na problematyce finansowania świadczeń zdrowotnych zgodnie z możliwościami finansowymi poszczególnych jednostek dokonujących płatności, a w szczególności na relacji pomiędzy osiąganym dochodem a wysokością dokonywanych płatności. Wyróżnia się sprawiedliwość poziomą i pionową. Sprawiedliwość pozioma w finansowaniu ochrony zdrowia dotyczy zakresu, w jakim jednostki uzyskujące jednakowe dochody

dokonyją takich samych płatności. Z niesprawiedliwością poziomą mamy do czynienia w sytuacji, gdy jednostki o jednakowej zdolności płatniczej za ochronę zdrowia dokonują zróżnicowanych płatności [8]. Sprawiedliwość pionowa z kolei bada, czy jednostki różniące się osiągalnym dochodem dokonują odpowiednio zróżnicowanych płatności [8]. Stopień, w jakim koszty ponoszone na ochronę zdrowia różnią się w zależności od dochodu, jest mierzony za pomocą progresywności systemu finansowania. Wyróżniamy systemy progresywne, w których udział dochodu wydatkowanego na ochronę zdrowia rośnie wraz ze wzrostem dochodów, jak również systemy regresywne, gdzie udział dochodu wydatkowanego na ochronę zdrowia zmniejsza się wraz z uzyskiwanym dochodem, oraz systemy proporcjonalne, w których część wydatkowanego dochodu nie zmienia się wraz z poziomem dochodu [8]. Progresywność finansowania ochrony zdrowia może być mierzona wskaźnikiem progresywności Kakwaniego, określającym stopień, w jakim finansowanie systemu ochrony zdrowia odbiega od proporcjonalności [9]. Wskaźnik Kakwaniego może przyjmować wartości od –2 do 1, wartości dodatnie wskaźnika świadczą o progresywności systemu finansowania, a wartości ujemne o regresywności systemu finansowania [9].

Przyczyny powstawania niesprawiedliwości pionowej i poziomej zależą w dużej mierze od rodzaju finansowania systemu ochrony zdrowia [1]. Badania nad sprawiedliwością w finansowaniu systemów ochrony zdrowia prowadzone przez van Doorslaera [1] i Wagstafa [10] w końcu lat 90. XX wieku dostarczyły istotnych informacji dotyczących progresywności i efektu redystrybucyjnego w systemach ochrony zdrowia w 12 krajach należących do OECD. Wyniki tychże badań wskazują, że w odróżnieniu od podatków ogólnych oraz ubezpieczeń społecznych i prywatnych, które w większości z 12 analizowanych państw charakteryzowały się progresywnością i efektem redystrybucyjnym na korzyść osób ubogich, wydatki typu *out-of-pocket* ponoszone przez gospodarstwa domowe miały charakter regresywny o efekcie redystrybucyjnym na korzyść osób zamożnych (Tabela I).

Kolejna koncepcja sprawiedliwości w finansowaniu ochrony zdrowia zakłada, że gospodarstwa domowe powinny być chronione przed wydatkami katastroficznymi, będącymi konsekwencją zbyt wysokich kosztów ponoszonych na świadczenia zdrowotne. Z wydatkami katastroficznymi mamy do czynienia w sytuacji, gdy procentowy udział wydatków na świadczenia medyczne w ogólnych wydatkach gospodarstwa domowego przekracza z góry przyjęty próg. Problem wydatków katastroficzych jest niezwykle istotny, gdyż wydatki te mogą negatywnie wpływać na zdolności konsumpcyjne innych dóbr i usług bądź przyczyniać się do bankructwa lub zubożenia gospodarstw domowych [9].

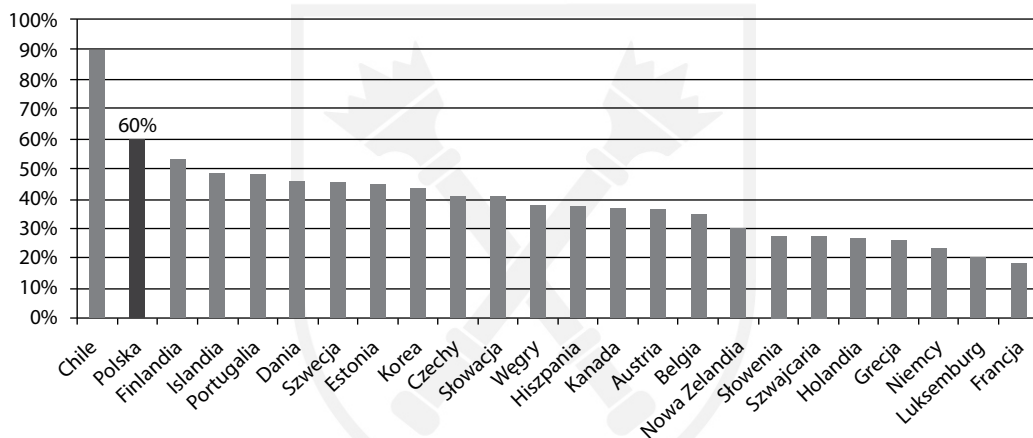
Procentowy udział wydatków typu *out-of-pocket* ponoszonych przez gospodarstwa domowe na leki oraz inne medyczne dobra nietrwałe jest bardzo zróżnicowany w krajach OECD. W 2011 r. odsetek wydatków typu *out-of-pocket* dla Polski osiągnął wartość 60% i był najwyższy spośród państw europejskich należących do OECD (Wykres 1).

Państwo	Podatki ogólne		Ubezpieczenia społeczne		Ubezpieczenia prywatne		Wydatki typu <i>out-of-pocket</i>	
	K	RE	K	RE	K	RE	K	RE
Dania (1987)	0,0528	0,0024	–	–	0,0313	0,0000	-0,27	-0,0021
Finlandia (1990)	0,0553	0,0044	0,0937	0,0011	–	–	-0,2419	-0,0039
Francja (1989)	–	–	0,1112	0,0137	-0,1956	-0,0029	-0,3396	-0,0033
Niemcy (1988)	0,1042	0,0018	-0,0977	-0,0083	0,1219	0,0010	-0,0963	-0,0014
Irlandia (1987)	–	–	0,1263	0,006	-0,0210	-0,0001	-0,1472	-0,0015
Włochy (1991)	0,0414	0,0012	0,1072	0,0057	0,1705	0,0002	-0,0807	-0,0023
Holandia (1992)	0,1000	0,0010	-0,1286	-0,0105	0,0833	0,0011	-0,0377	-0,0005
Portugalia (1990)	0,0578	0,0030	0,1845	0,0007	0,1371	0,0001	-0,2424	-0,0111
Szwecja (1990)	–	–	0,0100	0,0003	–	–	-0,2402	-0,0005
Szwajcaria (1992)	0,1357	0,0035	0,0551	0,0000	-0,2548	-0,0124	-0,3619	-0,0011
Wielka Brytania (1992)	0,1221	0,0044	0,1867	0,0017	0,0766	0,0001	-0,2229	-0,0021
USA (1987)	0,1357	0,0059	0,0125	0,0002	-0,2586	-0,0088	-0,4603	-0,0128

Tabela I. Progresywność finansowania i efekt redystrybucyjny w finansowaniu ochrony zdrowia w 12 krajach OECD.

K – miernik progresywności Kakwaniego, RE – efekt redystrybucyjny

Źródło: van Doorslaer E. et al., *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*, „Journal of Health Economics” 1999; 18, 3: 291–313.



Wykres 1. Procentowy udział wydatków typu out-of-pocket w wydatkach na leki i inne medyczne dobra nietrwale w wybranych krajach OECD w 2011 roku.

Źródło: Opracowanie na podstawie danych OECD (OECD Health Data 2013).

Zagadnienie sprawiedliwości w finansowaniu ochrony zdrowia znajduje się w sferze badań projektu „Finansowanie Jakości w Opiece Zdrowotnej – InterQuality”, realizowanego w ramach 7. Projektu Ramowego Unii Europejskiej, którego koordynatorem jest Warszawski Uniwersytet Medyczny (<http://www.interqualityproject.eu/>). Spodziewanym rezultatem prowadzonych badań będą rekomendacje dotyczące sposobów finansowania ochrony zdrowia charakteryzujących się m.in. pożądanym wpływem na równość i sprawiedliwość.

Celem niniejszej publikacji jest ocena wpływu wydatków typu *out-of-pocket* na leki na sprawiedliwość w fi-

ansowaniu ochrony zdrowia. W celu odnalezienia badań analizujących ów wpływ wykonano niesystematyczny przegląd w bazie Medline. W trakcie wyszukiwania posłużono się następującą strategią: („out-of-pocket” OR „catastrophic”) AND („payment” OR „expenditure” OR „spending”) OR „utilization”) AND („drug” OR „pharmaceutical” OR „medicine”) AND („equity” OR „inequity” OR „equality”[TIAB] OR „inequality”[TIAB] OR „financial burden”). Odnaleziono 545 publikacji, kwalifikowano jedynie badania dotyczące państw europejskich. Ostatecznie włączono trzy publikacje analizujące wydatki na leki w Danii, Polsce i na Węgrzech.

Węgry

Węgierski system ochrony zdrowia jest finansowany głównie ze składek pochodzących ze społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, których wysokość jest proporcjonalna do uzyskiwanych dochodów oraz podatków ogólnych. Dodatkowe źródło finansowania stanowią podatki lokalne, składki na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne oraz wydatki gospodarstw domowych na świadczenia zdrowotne. Udział wydatków typu *out-of-pocket* w wydatkach na leki oraz inne medyczne dobra nietrwałe w 2011 r. wynosił 37,6%, a całkowity udział wydatków *out-of-pocket* w ogólnych wydatkach na ochronę zdrowia 26,0% (OECD Health Data 2013). Płatnikiem za świadczenia medyczne jest węgierski narodowy fundusz zdrowia NHIFA (ang. *National Health Insurance Fund Administration*), który zarządza funduszem ubezpieczeń społecznych HIF (ang. *Health Insurance Fund*) [11]. Od powstania w 1993 r. NHIFA boryka się z ciągłym deficytem środków. W 2005 r. deficyt środków osiągnął wartość 1500 miliardów forintów węgierskich HUF (blisko 6 miliardów EUR), co stanowi równowartość całkowitego rocznego budżetu, jakim dysponuje fundusz. Reformy przeprowadzone na Węgrzech w 2007 r. miały na celu ograniczenie deficytu środków w NHIFA poprzez zmiany regulacyjne, strukturalne oraz zmiany w sposobie finansowania świadczeń zdrowotnych. Rezultatem wprowadzonej reformy było zwiększenie dopłat pacjentów do leków refundowanych oraz wprowadzenie dopłat do określonych świadczeń medycznych [11]. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w odniesieniu do PKB obniżyły się z 8,3% w 2006 do 7,7% w 2007 r., a w kolejnych latach 2008–2011 wynosiły odpowiednio 7,5, 7,7, 8,0, 7,9% (OECD Health Data 2013). Wyników tych jednakże nie należy interpretować w oddzieleniu od skutków, jakie reforma ta wywarła na obciążenia dochodów gospodarstw domowych wydatkami na leki i inne świadczenia medyczne.

W badaniu Baji i wsp. [12] przeanalizowano progresywność bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na świadczenia medyczne oraz zmiany w dystrybucji wydatków na zdrowie w poszczególnych grupach dochodowych w latach 2005–2008. W analizie wykorzystano dane pochodzące z badania ankietowego *Household Budget Survey* realizowanego przez węgierski

Centralny Urząd Statystyczny. W analizowanym okresie udział wydatków na świadczenia zdrowotne w odniesieniu do dochodu netto gospodarstw domowych zwiększył się z 3,7 do 4,4%. Udział kosztów ponoszonych na świadczenia zdrowotne w odniesieniu do dochodu netto był trzykrotnie wyższy w gospodarstwach domowych znajdujących się w najniższym kwintylu dochodowym (6–7%) w porównaniu z gospodarstwami znajdującymi się w najwyższym kwintylu dochodowym (2%). Wydatki na leki oraz wyroby medyczne stanowiły przeważającą część bezpośrednich wydatków na świadczenia zdrowotne (78–85%). Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych w stosunku do uzyskiwanego dochodu netto na leki i wyroby medyczne wzrosły z 2,9% w latach 2005–2006 do 3,7% w 2008 r.

Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia okazały się wysoce regresywne, miernik progresywności Kakwaniego osiągnął wartość –0,22. Najwyższą regresywnością odznaczały się wydatki na leki oraz wyroby medyczne, wartości miernika progresywności Kakwaniego najbardziej odbiegały od proporcjonalności w 2007 r., kiedy to jego wartość osiągnęła –0,24 (Tabela II).

Wyniki badania wskazują, że ciężar wydatków typu *out-of-pocket* gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną nie jest równo rozłożony pomiędzy grupami dochodowymi. Najwyższe obciążenia występują w gospodarstwach domowych znajdujących się w najniższym kwintylu dochodowym. Przyczyną regresywności może być brak właściwych mechanizmów zabezpieczających osoby o niskich dochodach przed nadmiernymi wydatkami na leki (Tabela II).

Polska

Polski system ochrony zdrowia jest finansowany głównie ze składek na obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne, środków pochodzących z budżetu państwa oraz wydatków typu *out-of-pocket* ponoszonych przez gospodarstwa domowe. Udział tych ostatnich w wydatkach na leki oraz inne medyczne dobra nietrwałe w 2011 r. wynosił 60%, a całkowity udział wydatków *out-of-pocket* w stosunku do ogólnych wydatków na ochronę zdrowia 22,3% (OECD Health Data 2013). Choć udział pacjentów w kosztach świadczeń medycznych był tematem licznych debat politycznych, to od lat niewiele się w tej

	2005	2006	2007**	2008
Wydatki na leki i wyroby medyczne	–0,235*	–0,238*	–0,240*	–0,233*
Formalne wydatki na usługi zdrowotne	–0,004	–0,024	–0,096*	–0,009
Nieformalne wydatki na usługi zdrowotne	–0,203*	–0,182*	–0,121*	–0,200*
Całkowite wydatki na zdrowie	–0,220*	–0,224*	–0,220*	–0,215*

Tabela II. Wartości miernika progresywności Kakwaniego w podziale na różne rodzaje wydatków na świadczenia zdrowotne w latach 2005–2008 dla Węgier.

**p* (poziom istotności) < 0,01, ** wprowadzenie reformy

Źródło: Baji P. et al., *Changes in Equity in Out-of-pocket Payments during the Period of Health Care Reforms: Evidence from Hungary*, „*International Journal for Equity in Health*” 2012; 11, 1: 36–46.

Rok	2,5%		5%		10%		15%	
	H	C	H	C	H	C	H	C
2000	56,77%	-0,1484	34,71%	-0,2115	14,24%	-0,3232	6,62%	-0,4036
2003	67,47%	-0,0806	41,03%	-0,1862	17,56%	-0,3068	8,46%	-0,3736
2005	57,62%	-0,1054	35,51%	-0,2119	15,30%	-0,3503	6,90%	-0,4107
2007	62,23%	-0,1190	38,93%	-0,2473	16,43%	-0,3826	7,89%	-0,5010
2009	65,92%	-0,1779	41,88%	-0,3332	18,50%	-0,4842	8,54%	-0,5846

Tabela III. Udział wydatków katastroficznych na leki w Polsce w latach 2000, 2003, 2005, 2007 i 2009.

C' – wskaźnik koncentracji, H – % gospodarstw domowych, których wydatki przekraczają określony próg uznawany za katastroficzny
 Źródło: Łuczak J., Garcia-Gomez P., *Financial burden of drug expenditures in Poland*, „Health Policy” 2012; 105, 3: 256–264.

kwestii zmienia. Współdział pacjentów w finansowaniu ochrony zdrowia obejmuje głównie dopłaty do leków refundowanych, w mniejszym stopniu dotyczy również innych świadczeń medycznych [13].

W publikacji Łuczaka i Garcia-Gomez [14] przeanalizowano udział wydatków katastroficznych na leki w budżetach gospodarstw domowych. W obliczeniach wykorzystano dane pochodzące z panelowego badania ankietowego Diagnostyka Społeczna realizowanego w latach 2000, 2003, 2005, 2007 i 2009. Progi dla wydatków katastroficznych ustalono na czterech poziomach – 2,5, 5, 10 i 15%. Wyniki analizy wykazały, że w 2000 r. 56,77% gospodarstw domowych wydawało na leki więcej niż 2,5% swoich całkowitych dochodów, natomiast 6,62% wydawało więcej niż 15% całkowitych dochodów. Wartości te zmieniały się nieznacznie w kolejnych latach, aby w 2009 r. osiągnąć wartość 65,92% dla progu 2,5% oraz 8,54% dla progu zdefiniowanego na poziomie 15%. Ujemne wartości wskaźników koncentracji wskazują, że wydatki katastroficzne dotyczą głównie gospodarstw domowych o najniższych uzyskiwanych dochodach (**Tabela III**).

■ Dania

Duński system ochrony zdrowia jest finansowany głównie z podatków ogólnych. Istotnym źródłem finansowania są również wydatki ponoszone przez gospodarstwa domowe i dotyczą głównie leków refundowanych [15]. Udział wydatków typu *out-of-pocket* w wydatkach na leki oraz inne medyczne dobra nietrwałe w 2011 r. wynosił 46%, a całkowity udział wydatków *out-of-pocket* w stosunku do ogólnych wydatków na ochronę zdrowia 12,8% (OECD Health Data 2013). System refundacji leków, obowiązujący w Danii od 2000 r., jest uważany za bardziej równy i sprawiedliwy, z uwagi na uzależnienie wysokości dopłat pacjentów od skumulowanej wysokości bezpośrednich dopłat ponoszonych przez pacjenta na leki w rocznym okresie rozliczeniowym. W poprzednim systemie poziom refundacji był przypisywany do poszczególnych leków, znajdujących się na wykazach leków refundowanych, nowy zaś zakłada powiązanie wysokości refundacji z wysokością konsumpcji leków. Poziom refundacji wzrasta wraz ze wzrostem konsumpcji leków,

powodując, że dopłaty pacjentów zmniejszają się, a sposób finansowania staje się bardziej progresywny [16].

W badaniu Gundgaarda [17] oceniano sprawiedliwość poziomą w odniesieniu do konsumpcji leków wśród ludności zamieszkującej wyspę Funen, która administracyjnie przynależy do regionu południowej Danii, w latach 2000 i 2001. Celem przeprowadzonej analizy było określenie, czy wprowadzona reforma refundacji przyczyniła się do zmniejszenia wydatków typu *out-of-pocket* ponoszonych przez gospodarstwa domowe na leki. W analizie połączono dane dotyczące stanu zdrowia oraz statusu społeczno-ekonomicznego, pochodzące z badania ankietowego, z danymi jednostkowymi o refundacji leków, pochodzącymi z bazy danych OPED². Konsumpcja leków była mierzona na dwa sposoby: z wykorzystaniem zdefiniowanej dziennej dawki leku (DDD) oraz całkowitej sprzedaży w przeliczeniu na pacjenta mierzonej w jednostkach monetarnych (DKK). W analizie posłużono się krzywą koncentracji i współczynnikiem koncentracji oraz wskaźnikiem niesprawiedliwości poziomej. Kształt krzywej koncentracji wskazywał na wyższą konsumpcję leków wśród osób o niższych dochodach, z wyjątkiem dwóch pierwszych kwintyli dochodowych, gdzie występowała nierówność na korzyść osób lepiej sytuowanych. Pomimo że osoby o niższych dochodach miały wyższy udział w konsumpcji leków, to konsumpcja ta była niższa, niż wynikałoby to z ich potrzeb zdrowotnych. Uzyskane wartości wskaźnika niesprawiedliwości poziomej świadczą o nierówności na korzyść osób lepiej sytuowanych (**Tabela IV**). Nie odnaleziono badań analizujących progresywność systemu finansowania leków refundowanych w Danii po 2000 r.

■ Podsumowanie

Wydatki typu *out-of-pocket*, w odróżnieniu od innych źródeł finansowania systemów ochrony zdrowia, jak podatki ogólne lub składki na ubezpieczenia społeczne, charakteryzują się regresywnością i przyczyniają się do wzrostu niesprawiedliwości. Dopłaty do świadczeń medycznych są obecne w większości państw i dotyczą głównie leków refundowanych. Wyniki badań dotyczących sprawiedliwości w finansowaniu leków w Polsce, Danii oraz na Węgrzech jednoznacznie wskazują, że

Jednostka	Wskaźnik potrzeb (<i>need proxy</i>)	Wskaźnik C	Wskaźnik HI
DDD	Użyteczność (EQ-5D)	-0,1311	0,1032
	Zmienna dotycząca zdrowia*	-0,1311	0,1076
DKK	Użyteczność (EQ-5D)	-0,1022	0,1126
	Zmienna dotycząca zdrowia*	-0,1022	0,1142

Tabela IV. Wartości współczynnika koncentracji (C) oraz wskaźnika niesprawiedliwości poziomej (HI)³ dla konsumpcji leków w Danii w latach 2000–2001.

DDD – zdefiniowana dzienna dawka (ang. *defined daily dose*); DKK – korona duńska; * na podstawie zmiennych dotyczących zdrowia, pochodzących z badania ankietowego

Źródło: Gundgaard J., *Income related inequality in prescription drugs in Denmark*, „*Pharmacoepidemiology and Drug Safety*” 2005; 14, 5: 307–317.

wydatkami typu *out-of-pocket* zdecydowanie bardziej są obciążone gospodarstwa domowe o niskich dochodach. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być fakt, że wysokość dopłat jest przypisana do konkretnych leków i niezależna od ogólnych wydatków pacjentów na leki bądź dochodów pacjentów lub gospodarstw domowych. System refundacji funkcjonujący od 2000 r. w Danii, określany jako progresywny, teoretycznie powinien charakteryzować się większą sprawiedliwością. Zmiany w duńskim systemie refundacji leków poszły w kierunku uzależnienia wysokości dopłat do leków od skumulowanych wydatków ponoszonych przez pacjentów na leki w rocznym okresie rozliczeniowym. Brak aktualnych badań dotyczących progresywności systemu finansowania leków refundowanych oraz badań analizujących wydatki katastroficzne na leki refundowane w Danii nie pozwala na zweryfikowanie tej hipotezy. Jedynym zidentyfikowanym badaniem jest publikacja Gungaarda [17], w której dowiedziono niesprawiedliwości poziomej na korzyść osób bogatych. Jednakże badanie dotyczyło okresu tuż po wprowadzeniu reformy, a sam autor zwraca uwagę na ograniczenia zastosowanych metod analitycznych, co mogło mieć wpływ na uzyskanie wyników odbiegających od rzeczywistości [17].

Kolejną przyczyną niesprawiedliwości w finansowaniu ochrony zdrowia może być brak odpowiednich mechanizmów protekcyjnych, zabezpieczających pacjentów przed nadmiernymi wydatkami na leki. Mechanizmy protekcyjne polegają głównie na wykluczeniu z dopłat pacjentów zagrożonych wysokimi wydatkami na leki bądź na wprowadzeniu górnej granicy dopłat lub obniżeniu ich wysokości [18]. System wyjątków od dopłat funkcjonujący na Węgrzech, zdaniem Baji i wsp. [12], można uznać za kontrowersyjny. Jak do tej pory, nie wprowadzono górnej granicy dla dopłat pacjentów do leków refundowanych. Istnieją jedynie wyjątki od dopłat dla pacjentów niepełnosprawnych oraz pacjentów, których dochód nie przekracza określonego progu. Zgodnie z danymi pochodzącymi z monitoringu węgierskiego Narodowego Biura Rewizyjnego (ang. *National Auditry Office*) liczba pacjentów wyłączonych z dopłat do leków zmniejszyła się o 56% pomiędzy rokiem 2005 i 2006, a istniejące wyłączenia z dopłat nie są oparte na rzeczywistych potrzebach pacjentów [20]. Podobne wnioski można wysunąć dla

systemu finansowania leków refundowanych w Polsce, gdzie również wysokość dopłat nie jest uzależniona od dochodów pacjentów bądź od obciążenia pacjentów wydatkami na leki. Wyniki badania Łuczaka i Garcí-Gomez [14] jednoznacznie wskazują, że gospodarstwa domowe o niższych dochodach są w większym stopniu obciążone wydatkami na leki. Choć nowa ustawa refundacyjna obowiązująca w Polsce od stycznia 2012 r. nie wprowadziła zmian w systemie dopłat pacjentów do leków refundowanych, to jednak spowodowała wzrost dopłat pacjentów. Poziom współpłacenia pacjentów za leki refundowane zwiększył się z 33,3% w 2011 do 35,1% w 2012 r. [19]. Przyczyną wzrostu dopłat pacjentów do leków po 2012 r. są prawdopodobnie zmiany na wykazach leków refundowanych, zmiany limitów refundacyjnych oraz wzrost cen leków. Przygotowywana nowelizacja ustawy zakłada m.in. „takie przekształcenie systemu refundacyjnego, aby lepiej odpowiadał potrzebom pacjentów, zwiększenie udziału środków publicznych w kosztach refundacji oraz zwiększanie dostępności do leków”, jednakże w jej projekcie brakuje zapisów dotyczących zmian w systemie dopłat do leków [20].

Wnioski

Wydatki typu *out-of-pocket* charakteryzują się regresywnością i potencjalnie mogą się przyczyniać do wzrostu niesprawiedliwości w finansowaniu ochrony zdrowia, w tym również w finansowaniu leków. W związku z powyższym jednym z celów polityki lekowej państwa powinna być ochrona gospodarstw domowych przed nadmiernym obciążeniem wydatkami typu *out-of-pocket* na leki. Wprowadzenie odpowiednich mechanizmów protekcyjnych odpowiadających potrzebom pacjentów, w szczególności przewlekłe chorych i o niskich dochodach, byłoby pożądanym kierunkiem zmian w systemie refundacyjnym.

Przypisy

¹ Wartości ujemne wskaźnika CI świadczą o nierówności na korzyść osób ubogich, a wartości dodatnie o nierówności na korzyść osób dobrze sytuowanych, wskaźnik przyjmuje wartości od -1 do 1 [8].

² Ang. *Odense University Pharmacoepidemiologic Database*.

³ Wartości ujemne wskaźnika HI świadczą o nierówności na korzyść osób ubogich, a wartości dodatnie o nierówności na korzyść osób dobrze sytuowanych, wskaźnik przyjmuje wartości od -2 do 2 [8].

Piśmiennictwo

- van Doorslaer E. et al., *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*, „Journal of Health Economics” 1999; 18, 3: 291–313.
- What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe?* „World Health Organization” 2004: 19.
- Hermanowski T., *Udział własny pacjenta jako metoda ograniczania pokusy nadużywania leków refundowanych*, Konferencja WZ, 2009.
- Gemmill M.C., Thomson S., Mossialos E., *What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries*, „International Journal for Equity in Health” 2008; 7, 12: 1–22.
- Goldman P.D., Joyce G.F., Zheng Y., *Prescription Drug Cost Sharing, Associations with medication and medical utilization and spending and health*, „American Medical Association” 2007; 298, 1: 61–68.
- Gibson T.B., Ozminowski R.J., Goetzel R.Z., *The Effects of Prescription Drug Cost Sharing: A Review of the Evidence*, „The American Journal of Managed Care” 2005; 11, 11: 730–740.
- Lexchin J., Grootendorst P., *Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations a systematic review of the evidence*, „International Journal of Health Services” 2004; 34, 1: 101–122.
- Morris S., Devlin N., Parkin D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
- O'Donnell O. et al., *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and their Implementation*, The World Bank, Waszyngton 2008: 193.
- Wagstaff A. et al., *Equity in finance of health care: some further international comparisons*, „Journal of Health Economics” 1999; 18, 3: 263–290.
- Gaál P. et al., *Hungary: Health System in Review*, „Health System in Transition” 2011; 13, 5: 1–226.
- Baji P. et al., *Changes in Equity in Out-of-pocket Payments during the Period of Health Care Reforms: Evidence from Hungary*, „International Journal for Equity in Health” 2012, 11, 1: 36–46.
- Sagan A. et al., *Poland: Health System in Review*, „Health Systems in Transition” 2011; 13, 8: 1–193.
- Łuczak J., García-Gomez P., *Financial burden of drug expenditures in Poland*, „Health Policy” 2012; 105, 3: 256–264.
- Olejczak M. et al., *Denmark: Health System in Review*, „Health Systems in Transition” 2012; 14, 2: 1–192.
- Møller-Pedersen T., *Pricing and reimbursement of drugs in Denmark*, „European Journal of Health Economics” 2003; 4, 1: 60–65.
- Gundgaard J., *Income related inequality in prescription drugs in Denmark*, „Pharmacoepidemiology and Drug Safety” 2005; 14, 5: 307–317.
- Thomson S, Mossialos E., *Primary Care and Prescription Drugs: Coverage, Cost-Sharing, and Financial Protection in Six European Countries*, „Issue Brief (Commonwealth Fund)” 2010; 182: 1–14.
- Pilkiewicz M., *Rynek farmaceutyczny 2012 – wpływ nowej ustawy refundacyjnej na konsumpcję leków w Polsce*, IMS Health, Warszawa 2012; http://www.bcc.org.pl/uploads/media/BCC_IMS_2012-05-08_Rynek_Farmaceutyczny_2012_Nowe_Prawox.pdf; dostęp: 28.11.2013.
- Minister Zdrowia, *Projekt założeń do projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw*, Warszawa 2013; http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projzalust_20130430_ust.pdf; dostęp: 15.05.2013.