

Wiesław Janik¹, Artur Paździor²

Politechnika Lubelska

Wydział Zarządzania

¹e-mail: w.janik@pollub.pl

²e-mail: a.pazdzior@pollub.pl

Ocena źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia

Kody JEL: G32, I11

Słowa kluczowe: usługi zdrowotne, modele finansowania, ubezpieczenia, zasada sprawiedliwości, podmioty lecznicze

Streszczenie. Rosnący popyt na usługi w zakresie ochrony zdrowia i ciągły niedobór środków finansowych niezbędnych do ich sfinansowania motywują do rozważań związanych ze źródłami finansowania usług zdrowotnych. Usługi te mają szczególną pozycję w zbiorze dóbr i usług konsumowanych przez społeczeństwo i dotyczą najważniejszej potrzeby człowieka, jaką jest zachowanie dobrego zdrowia. Dostępność do nich nie może zatem zależeć tylko od dochodów osobistych, lecz musi być również zachowana zasada sprawiedliwości. Rozpatrując możliwe źródła finansowania świadczeń zdrowotnych, w artykule zwrócono uwagę na ich wpływ na efektywność wykorzystania potencjału usługowego podmiotów leczniczych, kreowanie popytu na usługi zdrowotne oraz ich tzw. wydajność finansową (możliwości wygenerowania określonych środków finansowych w ramach poszczególnych źródeł).

Wprowadzenie

Obecnie podstawowym źródłem finansowania usług medycznych realizowanych przez szpitale w Polsce są środki pochodzące z ubezpieczeń obywatelskich,

którymi dysponuje NFZ. Mimo rosnących wydatków NFZ¹ na finansowanie świadczeń zdrowotnych, sytuacja finansowa szpitali publicznych nie ulegała znaczącej poprawie. Nie pomogło również dwukrotne oddłużanie szpitali publicznych, które miało miejsce w okresie ostatnich ponad dwudziestu lat. W większości z nich koszty rosły szybciej od przychodów ze sprzedaży. Deficyt prowadzonej działalności w wielu publicznych szpitalach pogłębia się.

W ostatnich latach polskie szpitale, często przy wsparciu finansowym z funduszy unijnych, wyposażono w nowoczesną aparaturę medyczną. Wzrósł ich potencjał diagnostyczny i leczniczy. Poprawiła się jakość oferowanych usług. Równocześnie wzrostowi temu nie towarzyszył odpowiedni wzrost usług kontraktowanych przez NFZ. Logiczne wydawałoby się rozwiązanie, w którym niezagospodarowany potencjał mógłby być wykorzystany na realizację usług na zasadach odpłatności przez pacjenta lub innego (niż NFZ) ubezpieczyciela. Tymczasem pojawiały się wątpliwości, czy szpital mający umowę z NFZ może realizować usługi poza kontraktem. Można domniemywać, że była to jedna z przyczyn sytuacji, w których niewykorzystanemu potencjałowi towarzyszą wydłużające się kolejki pacjentów. Z jednej strony rośnie niezadowolenie pacjentów, z drugiej zaś szpitale ponoszą koszty, które nie przyczyniają się do powstawania jakichkolwiek przychodów (część kosztów stałych przypadająca na niewykorzystany potencjał usługowy).

Po przekształceniu szpitala w spółkę akcyjną lub z o.o., jego działalność jest regulowana przepisami Kodeksu spółek handlowych. Dbłość o dobrą kondycję finansową staje się nie mniej ważnym zadaniem niż dbłość o pozyskanie odpowiednich kontraktów oraz jakość świadczonych usług, w wypadku utraty płynności finansowej szpital może być bowiem postawiony w stan upadłości.

Wyodrębnić można 5 typów (modeli) finansowania ochrony zdrowia, a mianowicie: bezpośrednia odpłatność, prywatne ubezpieczenia zdrowotne, społeczne ubezpieczenia zdrowotne, finansowanie z podatków ogólnych, rozwiązania (finansowanie) mieszane (współfinansowanie usługi przez pacjenta). Oceniając poszczególne modele, należałoby uwzględnić, czy model (Sobczak, 2000, s. 36):

- zapewnia zachowania usługodawców zgodne z założeniami polityki zdrowotnej państwa,
- zapewnia lepsze wykorzystanie posiadanych zasobów (wzrost ich efektywności),

¹ W 2015 r. budżet NFZ wyniósł ponad 70 mld zł. Nie były to jedyne wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce. Oprócz tego Polacy wydali na leczenie w prywatnych klinikach i szpitalach oraz innych jednostkach ochrony zdrowia i na leki ok. 40 mld zł. W sumie wydatkowano ok. 6,5% PKB. Jest to jeden z najniższych udziałów wydatków na ochronę zdrowia w krajach OECD, np. w Niemczech wydatki te stanowiły 11,3%, w Portugalii 10% PKB (Piechowiak, 2015).

- zawiera bodźce do poprawy efektywności technicznej,
- mobilizuje do ograniczania wzrostu kosztów opieki zdrowotnej,
- zapewnia obywatelom równy dostęp do świadczeń medycznych,
- jest adekwatny do procesu rozwiązywania problemów medycznych pacjentów,
- zapewnia podział ryzyka między płatnika i świadczeniodawcę.

Celem artykułu jest ocena systemów finansowania usług medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem obecnego rozwiązania w Polsce. Myślą przewodnią jest hipoteza, że wzrost skuteczności systemu ochrony zdrowia możliwy jest przy zastosowaniu mieszanego modelu jego finansowania, uwzględniającego współpłacenie pacjentów. W artykule wykorzystano literaturę przedmiotu, dotychczasowe doświadczenia szpitali publicznych i prywatnych oraz informacje statystyczne.

Finansowanie ochrony zdrowia w modelu ubezpieczeń zdrowotnych

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne są rozwiązaniem rynkowym zabezpieczającym przed rzadkimi zdarzeniami o możliwym do oszacowania prawdopodobieństwie (Folland, Goodman, Stano, 2011, s. 271). Osoby wykupujące polisę ubezpieczeniową zabezpieczają się przed przyszłymi wydatkami związanymi z koniecznością korzystania z usług medycznych. Przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe przez sprzedaż polis gromadzą fundusze, z których pokrywane są wydatki klientów związane z korzystaniem z określonych świadczeń zdrowotnych. Każdy z ubezpieczających się wnosi mniejsze lub większe ryzyko zachorowalności. Firmy ubezpieczeniowe te ryzyka łączą, wobec tego średni poziom ryzyka związanego z koniecznością ponoszenia wydatków związanych z usługami zdrowotnymi na rzecz klientów zależy od liczebności ubezpieczonych, ich struktury (zdrowotnej, wiekowej) oraz stopnia pokrycia wydatków określonego w polisie ubezpieczeniowej.

Korzystanie z ubezpieczenia prywatnego jest indywidualnym wyborem obywateli. Na wybór ten ma wpływ cena polisy ubezpieczeniowej, zakres wydatków objętych ubezpieczeniem oraz awersja do ryzyka. Cena polisy ubezpieczeniowej zależy od przewidywanych wydatków, które będzie musiał ponieść ubezpieczyciel w związku z leczeniem jego klientów oraz kosztów zarządzania firmą (kosztów administracyjnych) i oczekiwanego zysku (wszak firma ubezpieczeniowa nie jest instytucją charytatywną) (Morris, Devlin, Parkin, 2012, s. 185–186). Cena może być niższa w przypadku liczniejszej grupy klientów. Akceptacja ceny zależy z jednej strony od dochodów potencjalnych klientów, z drugiej od stopnia awersji ich do ryzyka – przy wyższych dochodach i wyższej awersji do ryzyka wyższy poziom ceny (składki) ubezpieczenia jest łatwiej akceptowalny.

System ubezpieczeń prywatnych również nie spełnia wszystkich oczekiwań związanych z ochroną zdrowia. W systemie tym znacząca część społeczeństwa jest wykluczona (znajduje się poza systemem). Dotyczy to w szczególności osób o niskich dochodach. Zasada równego dostępu do opieki zdrowotnej (zdaniem autorów artykułu najważniejsza wśród wymienionych wyżej wymogów) nie jest spełniona. System ten nie spełnia również innych wymogów, takich jak chociażby dążenie do ograniczania kosztów usług medycznych czy lepszego wykorzystania posiadanych zasobów. J.E. Stieglitz (2013, s. 375), zwracając uwagę na niedoskonałości rynku ubezpieczeniowego, podkreśla, że:

- niektóre osoby wykupują za dużo ubezpieczenia, co prowadzi do nadmiernych wydatków na opiekę zdrowotną,
- inne osoby nie są w stanie nabyć odpowiedniego ubezpieczenia,
- rosną koszty transakcyjne związane z rozliczeniem świadczeniodawców z ubezpieczycielami.

Z systemem ubezpieczeń związane są dwa niebezpieczeństwa: pokusa nadużycia i negatywna selekcja. Pokusa nadużycia związana jest z tym, że zarówno świadczeniobiorcy (klienci firm ubezpieczeniowych), jak i świadczeniodawcy mogą być zainteresowani nadmiernym tworzeniem dodatkowego popytu na te usługi zdrowotne. Jest to tym łatwiejsze, że między wiedzą pacjenta i lekarza istnieje zjawisko asymetrii informacyjnej. Zazwyczaj pacjent jest osobą mniej poinformowaną zarówno o istocie swojej choroby, jak i o zalecanej procedurze. W związku z tym może chętnie godzić się na usługi niekoniecznie uzasadnione jego stanem zdrowia. Sam pacjent może być również zainteresowany korzystaniem z różnych świadczeń, na które nie zgłaszałby zapotrzebowania, gdyby musiał bezpośrednio za nie zapłacić. Relacja między konsumentem usług zdrowotnych a świadczeniodawcą jest więc zupełnie inna niż na pozostałych rynkach. Na relacje te dodatkowo wpływa trzecia strona, czyli płatnik (ubezpieczyciel) (Morris, Devlin, Parkin, 2012, s. 28). Firmy ubezpieczeniowe zabezpieczają się przed taką sytuacją wprowadzając obowiązkową partycypację pacjentów w kosztach usług zdrowotnych lub też wprowadzając zniżki w składkach ubezpieczeniowych, jeżeli pacjent w minionych okresach nie korzystał ze świadczeń zdrowotnych (na zasadach podobnych do tych, które stosowane są w ubezpieczeniach komunikacyjnych).

Zjawisko negatywnej selekcji związane jest z zakupem ubezpieczenia przez osoby z dużym prawdopodobieństwem wystąpienia poważnej choroby, łączącej się z wysokimi kosztami leczenia. Ma ono miejsce wówczas, gdy ubezpieczyciel stosuje równe składki skalkulowane na podstawie średniego ryzyka zachorowań w całej populacji. Firmy ubezpieczeniowe ograniczają to niebezpieczeństwo zazwyczaj przez zróżnicowanie stawek w zależności od klasy ryzyka, do której

zakwalifikowany zostanie pacjent po uprzednich badaniach lekarskich i wywiadach z klientem. Taka procedura zwiększa koszty administracyjne ubezpieczyciela, a ponadto stwarza niebezpieczeństwo eliminowania z portfela ubezpieczonych osób o wysokim ryzyku zachorowalności.

Kolejnym modelem finansowania usług zdrowotnych są ubezpieczenia społeczne. W przeciwieństwie do ubezpieczeń prywatnych mają charakter obligatoryjny i oparte są na zasadzie solidaryzmu społecznego. Systemem objęci mogą być wszyscy obywatele lub tylko część populacji (np. pracujący i emeryci). Wysokość składki nie zależy od indywidualnego ryzyka zachorowalności, może być natomiast zróżnicowana w zależności od dochodu osoby ubezpieczonej. Może być płacona tylko przez osobę ubezpieczoną lub przez pracownika i pracodawcę bądź też część składki może być opłacana przez państwo.

Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne teoretycznie zapewniają równy dostęp do opieki zdrowotnej (w zależności od zakresu populacji nimi objętej). Ograniczają one lub eliminują grupy wykluczone. W praktyce sytuacja jest jednak znacznie gorsza. Ten model finansowania posiada wszystkie niedoskonałości ubezpieczeń prywatnych (z wyjątkiem negatywnej selekcji), z tym tylko, że są one bardziej dotkliwe. Ograniczoność środków finansowych, jakimi dysponują fundusze ubezpieczeniowe, oraz zwiększone zapotrzebowanie na usługi medyczne powodują, że konieczne staje się wprowadzenie systemu kolejkowego. Wydłuża się czas oczekiwania na usługę, który wiąże się często z niepotrzebnym cierpieniem pacjenta, nawet z zagrożeniem dla jego życia. Niejednokrotnie prowadzi również do wzrostu kosztów leczenia, gdyż w okresie oczekiwania stan zdrowotny pacjentów może ulec znacznemu pogorszeniu. Ponadto wszędzie, gdzie stosowane są obowiązkowe ubezpieczenia, zaobserwowano, że:

- wbrew pozorom dostęp do opieki zdrowotnej nie jest równy; łatwiejszy dostęp mają osoby o wyższych dochodach, pojawia się bowiem zjawisko nieformalnych opłat wnoszonych przez pacjentów, co ułatwia dostęp pacjentom zamożniejszym (Markowska-Kabała, 2011, s. 23),
- nieproporcjonalnie więcej środków kierowanych jest na leczenie osób relatywnie zdrowszych (lżejszych przypadków chorobowych) niż na poprawę zdrowia i ratowanie życia osobom będącym w ciężkim stanie chorobowym (Goodman, Musgrawe, Herrick, 2008, s. 39).

Inne modele finansowania ochrony zdrowia

W modelu bezpośredniej odpłatności konsumpcja jakiegokolwiek usługi medycznej wiąże się z koniecznością uiszczenia przez pacjenta stosownej opłaty (zapłaty

określonej ceny). Pacjent udający się do poradni, szpitala itp., podobnie jak w dowolnym sklepie, musi dokonać bezpośredniego wydatku. Brak zdolności płatniczej uniemożliwia korzystanie z opieki zdrowotnej, dlatego ogranicza dostęp osobom o niskich dochodach do wielu świadczeń zdrowotnych.

Bezpośrednia odpłatność za korzystanie z usług zdrowotnych opiera się na założeniu, że zdrowie jest indywidualną potrzebą człowieka, podobnie jak jedzenie, odzież czy inne potrzeby o charakterze konsumpcyjnym. Zwolennicy takiego rozwiązania uważają, że „porada medyczna czy leczenie są takim samym towarem jak samochód, ciuchy, czy wczasy zagraniczne” (Fijor, 2008, s. III). Wskazują również, że nie ma silnego związku między dostępnością do usług zdrowotnych a długością życia (Stieglitz, 2013, s. 384). To raczej tryb życia (nikotynizm, alkoholizm, narkomania itp.) negatywnie wpływają na długowieczność.

Takie podejście abstrahuje od społecznego aspektu zdrowia poszczególnych obywateli. Tymczasem zdrowie jest nie tylko indywidualną potrzebą konkretnego człowieka, lecz również ma konkretny wymiar ekonomiczny. Jest bowiem warunkiem dobrobytu i wydajnego działania ludzi. Istnieje zatem określony związek między stanem zdrowia społeczeństwa i nakładami na jego ochronę a wzrostem gospodarczym i rozwojem (Włodarczyk, Kowalska, Mokrzycka, 2012, s. 91). Przykładowo szacuje się, że koszty związane z chorobami wieńcowymi mogą być równe nawet 1% PKB.

Nie bez znaczenia jest aspekt humanitarny znajdujący odzwierciedlenie w zasadzie sprawiedliwości i solidarności ze słabszymi. Zgodnie z tym poglądem, nazywanym egalitaryzmem ukierunkowanym, dostępność do usług zdrowotnych obywateli nie powinna zależeć tylko od ich dochodu (Stieglitz, 2013, s. 384). Zdrowie jest zbyt cennym dobrem, by było przedmiotem zainteresowania jedynie pojedynczego obywatela, dlatego dostęp do opieki zdrowotnej traktowany jest bardziej jako prawo niż jako dobro, które może być sprzedawane i kupowane na zasadach rynkowych (Dobska, Rogoziński, 2008, s. 148).

Uwzględniając powyższe uwagi i konfrontując je z wymaganiami dotyczącymi modeli finansowania usług zdrowotnych łatwo zauważyć, że model bezpośredniej odpłatności nie spełnia oczekiwań związanych z realizacją polityki zdrowotnej państwa, jak i z zapewnieniem poszczególnym obywatelom równej dostępności do świadczeń medycznych. Zróżnicowanie to będzie rosło w miarę polaryzacji dochodów ludności. Gospodarstwa domowe (obywatele) o najniższych dochodach mogą mieć trudności w dostępie nawet do podstawowych usług.

Innym rozwiązaniem jest finansowanie usług zdrowotnych z budżetu państwa (z podatków). Taki system dominuje w krajach skandynawskich (Dania, Finlandia, Norwegia, Szwecja) oraz we Włoszech, Portugalii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii i Irlandii. W systemie tym, podobnie jak przy ubezpieczeniach obowiązkowych, dostępność do

usług medycznych nie zależy ani od wysokości płaconych podatków, ani od indywidualnego ryzyka chorobowego. Teoretycznie powinno to zabezpieczać równy dostęp do usług zdrowotnych dla wszystkich obywateli. Badania prowadzone w różnych krajach wykazały, że przy finansowaniu ochrony zdrowia z podatków ogólnych i ubezpieczeń społecznych niesprawiedliwość pozioma jest mniejsza niż w przypadku ubezpieczeń prywatnych i bezpośrednich opłat pacjentów (Morris, Devlin, Parkin, 2012, s. 224).

Modele te charakteryzują się jednak niższą efektywnością ekonomiczną i techniczną. Ograniczoność środków finansowych powoduje konieczność limitowania usług, które z kolei nie tylko wydłuża okres oczekiwania pacjentów na usługi, lecz jest także przyczyną niepełnego wykorzystania posiadanego potencjału usługowego jednostek organizacyjnych świadczących usługi zdrowotne. Ponadto sprzyja rozwojowi szarej strefy.

Niemają wpływ na wady omówionych modeli finansowania ochrony zdrowia ma niedoskonałość rynku usług zdrowotnych. Podstawowym czynnikiem wzrostu efektywności jest konkurencja, dzięki której nieproduktywne podmioty gospodarcze upadają. Tam, gdzie konkurencja jest ograniczana powstają zjawiska społecznie niepożądane, takie jak np. spadek jakości usług, nieuzasadniony wzrost cen, spadek tempa wdrażania nowych technologii medycznych, nowych leków czy rozwiązań organizacyjnych.

Nietypowy charakter usług medycznych wpływa na specyficzny charakter tego rynku. Istotnym źródłem przewagi konkurencyjnej w ochronie zdrowia są zasoby niematerialne i prawne (głównie wiedza i umiejętności personelu medycznego), które są trudne do naśladowania. Dzięki nim podmioty lecznicze mogą osiągać trwałą przewagę konkurencyjną. Dobra reputacja i polecenie zaufanego lekarza to dwa istotne wskaźniki jakości usług zdrowotnych (Swayne, Duncan, Ginter, 2012, s. 183), dlatego, w odróżnieniu od rynku zdecydowanej większości produktów, cena usługi leczniczej ma mniejsze znaczenie w walce konkurencyjnej. Mając do wyboru świadczeniodawców, pacjent w większym stopniu kierował się będzie opinią, jaką cieszą się w środowisku, a nie ceną. Niska cena, szczególnie w przypadku prywatnej praktyki lekarskiej, może być nawet dyskwalifikująca, gdyż w rozumieniu potencjalnego pacjenta może wskazywać na niską jakość usługi.

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce

W Polsce źródła finansowania świadczeń zdrowotnych są zróżnicowane, aczkolwiek dominującą rolę mają ubezpieczenia obowiązkowe. Strukturę tych źródeł przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Tabela 1

Źródła finansowania ochrony zdrowotnej ze środków publicznych w Polsce
w latach 2005–2015 (mln zł)

Wyszczególnienie	2005	2010	2015
Narodowy Fundusz Zdrowia	33 534,00	58 336,24	71 714,15
Budżet państwa	3 864,00	6 864,00	7 325,00
Budżety samorządowe	2 582,00	3 962,00	3 907,00
Razem środki publiczne	39 980,00	69 162,24	82 946,15

Źródło: sprawozdania finansowe NFZ za lata 2005, 2010, 2015 oraz Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2006, 2011, 2016.

Tabela 2

Struktura źródeł finansowania ochrony zdrowotnej ze środków publicznych w Polsce
w latach 2005–2015 (%)

Wyszczególnienie	2005	2010	2015
Narodowy Fundusz Zdrowia	83,88	84,35	86,46
Budżet państwa	9,67	9,92	8,83
Budżety samorządowe	6,45	5,73	4,71
Razem środki publiczne	100,00	100,00	100,00

Źródło: opracowano na podstawie danych z tabeli 1.

Z danych zawartych w przedstawionych tabelach wynika, że ponad 80% wydatków publicznych na ochronę zdrowia pochodziło z ubezpieczeń obligacyjnych. Pozostałe środki publiczne pochodzą z podatków. Ten model finansowania usług zdrowotnych charakteryzuje się niską efektywnością, czego dowodem są długie kolejki do większości usług specjalistycznych. Niska skuteczność tego rozwiązania sprzyja dynamicznemu rozwojowi sektora prywatnego. Gospodarstwa domowe coraz więcej wydają na prywatne świadczenia zdrowotne. Według raportu *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia*, przeciętne roczne wydatki gospodarstwa domowego na prywatne usługi zdrowotne (wizyty lekarskie, leki itp.) oscylują w granicach 700–1000 zł i z roku na rok wzrastają (Czapiński, Panek, 2015, s. 117).

Jednym z warunków poprawy skuteczności tego modelu może być wprowadzenie zasady współpłacenia pacjentów za otrzymywane świadczenia. Może mieć ono istotne znaczenie dla regulacji popytu na usługi zdrowotne i pozwoli na ograniczenie pokusy nadużycia. Równocześnie należy jednoznacznie określić koszty świadczeń należnych w ramach ubezpieczenia obligacyjnego oraz finansowanych

z budżetu państwa. W warunkach ograniczonych możliwości finansowych, które będą występowały zawsze, należałoby zapewnić finansowanie tych usług, które związane są z leczeniem schorzeń ciężkich, przewlekłych, zagrażających życiu, osób niepełnosprawnych, jak również wszelkie usługi dla dzieci i młodzieży. Tego typu usługi powinny być finansowane z ubezpieczeń obligatoryjnych i budżetu bez konieczności współpłacenia przez pacjentów. Część usług mogłaby być dostępna za całkowitą odpłatnością (np. usługi sanatoryjne, usługi medycyny estetycznej, leczenie urazów nabytych w zawnionych wypadkach, koszty hotelowe związane z pobytem w szpitalu z wyjątkiem wymienionych wcześniej przypadków). Współpłacenie dotyczyć może wizyt pacjentów u lekarza rodzinnego, mniej kosztownych procedur medycznych itp.

Podsumowanie

Zdrowie jest dla człowieka szczególnym dobrem, a popyt na usługi medyczne, które mają je przywrócić lub poprawić, jest teoretycznie nieograniczony. Nowe technologie medyczne charakteryzują się coraz większą skutecznością, lecz są bardzo drogie. Procesom konsumpcji usług medycznych towarzyszy duża asymetria informacji, jaką dysponują lekarze (świadczeniodawcy) i pacjenci (świadczeniobiorcy). Wszystko to sprawia, że rynek usług medycznych jest rynkiem znacznie różniącym się od rynków innych usług i dóbr. Jego niedoskonałość wpływa na poziom trudności związanych z racjonalnym zabezpieczeniem potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Dotyczy to również metod finansowania usług zdrowotnych.

Stosowane w praktyce sposoby finansowania opieki zdrowotnej w różnych krajach można ująć w pięciu modelach, w zależności od źródeł finansowania. Źródłami tymi są środki prywatne, ubezpieczenia (prywatne i społeczne), środki budżetowe (podatki). Najczęściej jednak łączy się różne źródła, w różnych proporcjach, tworząc model mieszany. Dotychczasowa praktyka wskazuje, że każde rozwiązanie ma określone wady i zalety, dlatego model finansowania mieszanego wydaje się rozwiązaniem najwłaściwszym. Jego efektywność zależy jednak w dużej mierze od proporcji między poszczególnymi źródłami.

Ograniczoność środków, jakie można pozyskać na finansowanie usług zdrowotnych z poszczególnych źródeł sprawia, że kształtowanie proporcji w modelu mieszanym wymaga uwzględnienia z jednej strony ich skuteczności i wydajności (możliwości pozyskania środków finansowych z danego źródła), z drugiej zaś charakteru usługi, od którego zależy zarówno jej kosztochłonność, jak i znaczenie dla zdrowia. Niektóre usługi mogłyby być nieobjęte ubezpieczeniami obligatoryjnymi (np. usługi sanatoryjne, medycyna estetyczna itp.), inne mogą wymagać

współpłacenia pacjentów (np. wizyty lekarskie, koszty hotelowe związane z hospitalizacją pacjentów), jeszcze inne natomiast – w całości finansowane z ubezpieczeń obligacyjnych (np. leczenie chorób nowotworowych, kardiologicznych). Jasne zdefiniowanie kryteriów, według których następuje klasyfikacja usług zdrowotnych z punktu widzenia źródeł ich finansowania, pozwoliłoby na lepsze wykorzystanie potencjału usługowego podmiotów leczniczych, większą przejrzystość źródeł finansowania, ograniczenia szarej strefy w działalności medycznej oraz wzrost skuteczności procesów leczenia.

Bibliografia

- Czapiński, J., Panek, T. (red.). (2015). *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia*. Raport. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- Dobska, M., Rogoziński, K. (red.). (2008). *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fijor, J.M. (2008). *Przedmowa*. W: J.C. Goodman, G.L. Musgrawe, D.M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*. Chicago–Warszawa: Fijor Publishing.
- Folland, S., Goodman, A.C., Stano, M. (2011). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Goodman, J.C., Musgrawe, G.L., Herrick, D.M. (2008). *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*. Chicago–Warszawa: Fijor Publishing.
- Markowska-Kabała, I. (2011). Zmiany w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce – szanse i zagrożenia. W: R. Lewandowski, R. Walkowiak, *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Wybrane problemy*. Olsztyn: Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego.
- Morris, S., Devlin, N., Parkin, D. (2012). *Ekonomia w ochronie zdrowia*. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
- Piechowiak, Ł. (2015). Ile wydajemy na ochronę zdrowia i czy to dużo? *Bankier.pl*. Pobrano z: <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Ile-wydajemy-na-ochrone-zdrowia-i-czy-to-duzo-7230185.html> (4.05.2017).
- Sobczak, A. (2000). Mechanizmy finansowania usług zdrowotnych. *Zdrowie Publiczne*, 1, 36–37.
- Stieglitz, J.E. (2013). *Ekonomia sektora publicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Swayne, L.E., Duncan, W.J., Ginter, P.M. (2012). *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*. Warszawa: LEX a Wolters Kluwer business.
- Włodarczyk, W.C., Kowalska, I., Mokrzycka, A. (2012). *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.

The Assessment of the Sources of Financing the Health Care System

Keywords: health services, funding models, insurance, health justice, health care entities

Summary. The growing demand for health services and the continuing shortage of financial resources necessary to finance them motivate the consideration of the sources of funding for health services. These services have a special place in the collection of goods and services consumed by the society. They address the most important human need for good health. Therefore, access to them cannot depend only on personal income but there must be respected also the principle of fairness. Considering the possible sources of funding for health services, the paper pays attention to their impact on the efficiency of the utilization of the service potential of health care providers, the creation of the demand for health services and their financial performance (the possibility of generating certain financial measures from the particular sources).

Translated by Artur Paździor

Cytowanie

Janik, W., Paździor, A. (2017). Ocena źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia. *Marketing i Zarządzanie*, 3 (49), 137–147.