

Systemy ochrony zdrowia w Holandii oraz Belgii

Marzec 2004

Małgorzata Dziubińska-Michalewicz

Informacja

Nr 1033

W niniejszej Informacji zaprezentowane zostaną dwa systemy ochrony zdrowia – holenderski oraz belgijski, należące do tzw. modelu ubezpieczeniowego, zwanego też składkowym, który nawiązuje do tradycji kas chorych.

Rozwiązania w zakresie funkcjonowania kas chorych jak i organizacji opieki ambulatoryjnej oraz szpitalnej w tych krajach mogą być przydatne w procesie przekształcania naszego systemu ochrony zdrowia.

Uwagi wstępne

Pierwsze państwowe ubezpieczenia na wypadek choroby wprowadził w 1883 r. kanclerz Bismarck w Niemczech. Bismarck usankcjonował funkcjonujące już wśród robotników dobrowolne kasy chorych i stworzył przymus przynależności do tych kas dla wszystkich pracowników przemysłowych zakładów pracy.

Model niemiecki stał się wzorem tworzenia ubezpieczeń dla wszystkich niemal krajów europejskich na początku XX wieku. Ubezpieczenie podobnego typu, zapewniające minimum opieki zdrowotnej i pomoc w czasie choroby, wprowadziła już w 1888 r. Austria, a w 1920 r. – wolna Polska.

Po drugiej wojnie światowej przykładem do naśladowania stał się model angielskiej narodowej służby zdrowia, wprowadzony w 1948 r. w Wielkiej Brytanii przez lorda Beveridge'a. Beveridge wyłączył z systemu ubezpieczeń społecznych opiekę medyczną, tworząc dla niej specjalny fundusz finansowany z podatków ogólnych. Służba zdrowia zyskała także odrębność w sferze zarządzania i organizacji, a powszechne świadczenia zdrowotne finansowane zostały z budżetu państwa. Śladami Wielkiej Brytanii poszło wiele krajów, chociaż proces przechodzenia od modelu kas chorych do modelu narodowej służby zdrowia był niejednokrotnie długi. Na przykład, we Włoszech od zakończenia drugiej wojny światowej próbowano wcielić model powszechnej służby zdrowia, ale ostatecznie dopiero w 1978 r. utworzono powszechny system ochrony zdrowia. W latach 80-tych także w Portugalii i Hiszpanii zreformowano opiekę zdrowotną, przekształcając ją w system narodowej służby zdrowia.

Aktualnie w Europie wyróżnić można dwa główne modele ubezpieczeń zdrowotnych:

- model typu Bismarck'a nawiązujący do tradycji kas chorych,
- model narodowej służby zdrowia, zwany też zaopatrzeniowym lub budżetowym.

Do cech wspólnych systemów typu bismarkowskiego, funkcjonujących między innymi w Niemczech, Austrii, Belgii, Francji, Holandii, Szwajcarii zaliczyć należy:

- finansowanie ubezpieczenia przez obowiązkowe składki płacone przez pracodawcę i pracownika,
- istnienie licznych autonomicznych kas chorych (funduszy ubezpieczeniowych),
- prawo ubezpieczonego do wolnego wyboru lekarza,
- prowadzenie ambulatoryjnej opieki lekarskiej głównie przez lekarzy prowadzących prywatną praktykę, spośród których większość posiada kontrakt z kasą chorych,
- istnienie porozumienia pomiędzy funduszami ubezpieczeniowymi a izbami (związkami) lekarskimi w zakresie wysokości honorariów, katalogu świadczeń, zakresu odpowiedzialności itp.

HOLANDIA

1. Organizacja Funduszy Chorobowych i zakres ubezpieczenia

Odpowiednikiem kas chorych w Holandii są tzw. Fundusze Chorobowe, w liczbie 24. Ok. 70% populacji jest ubezpieczonych w Socjalnym Funduszu Chorobowym (ZFW), który reguluje ustawa z 15.10.1964 r. Socjalne Fundusze Chorobowe zorganizowane są zgodnie z układem regionalnym. Wielkość poszczególnych Funduszy jest różna i waha się od 4 tys.

do 100 tys. członków. Istnieje odrębny schemat ubezpieczeniowy dla urzędników publicznych.

Przynależność do ZFW zapewnia ochronę zdrowia osobom powyżej 65 lat, zatrudnionym lub pobierającym świadczenia z ubezpieczenia społecznego. Zakres ubezpieczenia zdrowotnego może być rozszerzony na osoby zamieszkujące z ubezpieczonym, które nie ukończyły 65 lat oraz na jego dzieci.

Oprócz Funduszy Chorobowych w Holandii istnieje również organizacja (AWBZ), która zajmuje się ubezpieczeniem od szczególnych rodzajów ryzyka. Przynależność do AWBZ zapewnia ochronę w przypadku chorób przewlekłych, objętych leczeniem szpitalnym (trwającym dłużej niż 12 miesięcy) oraz opiekę w domach pomocy społecznej, a także opiekę psychiatryczną. Ubezpieczenie to obejmuje całą populację, tj. osoby ubezpieczone zarówno w społecznych jak i prywatnych funduszach ubezpieczeniowych.

Obecnie w Holandii współistnieją dwa systemy finansowania ochrony zdrowia – ubezpieczenia publiczne i prywatne. Osoby, które uzyskują roczny dochód poniżej 30 tys. EUR, są zobowiązane do płacenia składki na publiczne ubezpieczenie zdrowotne. Jeżeli dochód przewyższa podany pułap, pracownik może pozostać w systemie publicznym lub wybrać ubezpieczyciela prywatnego.

Pełnym, obowiązkowym ubezpieczeniem objętych jest ok. 60% społeczeństwa, a pozostała część posiada ubezpieczenie wyłącznie od chorób przewlekłych. Zarówno dysponenci środków z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jakimi są Fundusze Chorobowe, jak i ubezpieczyciele prywatni kontraktują świadczenia u różnych kontrahentów.

Powszechne ubezpieczenia zdrowotne finansowane są ze składek. Wysokość składki wynosi 7,6% dochodu brutto, z czego 2,85% jest opłacane przez pracownika, a 4,95% przez pracodawcę. Niski poziom składki pracowniczej jest możliwy dzięki dotacjom państwowym oraz oddzielnemu finansowaniu przez AWBZ chorób przewlekłych, które wymagają leczenia szpitalnego. Wysokość składek na rzecz AWBZ jest zróżnicowana. I tak, składka opłacana przez pracownika wynosi 5,8% dochodu brutto, natomiast emerycka 3,1%. Niższy poziom składek ustalony jest dla pracujących na własny rachunek oraz studentów. Wdowy i sieroty są wyłączone z obowiązku opłacania składki.

Pod względem poziomu wydatków zdrowotnych na mieszkańca Holandia lokuje się wśród przodujących krajów europejskich. Wśród krajów – członków Unii Europejskiej – Holandię wyprzedzają tylko Niemcy oraz Luksemburg, natomiast z krajów nie należących do UE, wyższe wydatki niż Holandia ma tylko Szwajcaria, Norwegia oraz Islandia. Wydatki te wykazują od lat stałą tendencję wzrostu. Podobnie jak w innych krajach europejskich, dominujące znaczenie w sektorze ochrony zdrowia mają środki publiczne, chociaż ich udział w wydatkach ogółem w 2001 r. był mniejszy aniżeli w latach poprzednich. Świadczy to o wzrastającym znaczeniu innych źródeł finansowania, głównie z środków własnych obywateli.

Tablica nr 1. **Wydatki na ochronę zdrowia w Holandii**

Wyszczególnienie	1988	1991	1998	2001
Udział wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do PKB w%	8,5	8,2	8,6	8,9
Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem	68,2	69,0	69,7	63,3
Wydatki <i>per capita</i> w USD (z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej)	1157	1409	2070	2626

Źródło: *OECD Health Data 2003*, OECD, Paris, 2003.

2. Opieka ambulatoryjna

Prawo do świadczeń rzeczowych z ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje osobom ubezpieczonym, zarówno w Funduszach Chorobowych, jak i ubezpieczonym prywatnie. Opieka zdrowotna przysługuje od pierwszego dnia choroby, a czas korzystania ze świadczeń z opieki zdrowotnej jest nieograniczony. Każdy ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza z listy lekarzy, z którymi fundusz ubezpieczeń zdrowotnych zawarł porozumienie o świadczeniu usług medycznych.

Opłaty za usługi lekarskie ponosi fundusz ubezpieczeń zdrowotnych. Ubezpieczony ponosi 20% kosztów leczenia, ale nie więcej aniżeli 90 euro rocznie.

W Holandii jest 7 tys. „lekarzy domowych” – GP. Średnia liczba pacjentów przypadająca na jednego GP wynosi ok. 2 350. Ubezpieczony i osoby od niego zależne zarejestrowane są zazwyczaj u rodzinnego GP na terenie swojego miejsca zamieszkania.

Na obszarach wiejskich lekarze prowadzą również działalność farmaceutyczną, polegającą na bezpośrednim wydawaniu leków. Nadmienić należy, że opieka podstawowa świadczona jest głównie przez GP w ramach praktyk indywidualnych, natomiast specjalistyczna jest dostępna prawie wyłącznie w szpitalach. Pacjenci ubezpieczeni zarówno w prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych jak i w socjalnych Funduszach Chorobowych zobowiązani są przedstawić skierowanie GP na leczenie specjalistyczne. Wymagane jest też skierowanie od lekarza rodzinnego na leczenie szpitalne. W Holandii lekarze specjaliści pracują wyłącznie w szpitalach publicznych lub poradniach specjalistycznych, ulokowanych zazwyczaj przy szpitalach i nie prowadzą praktyk prywatnych. Zatem uzyskanie porady specjalistycznej poza systemem publicznym jest bardzo ograniczone.

System wynagrodzeń dla lekarzy opieki podstawowej i specjalistów jest różny. Lekarze domowi (GP) wynagradzani są w zależności od liczby zapisanych pacjentów. Jeśli chodzi o prywatnie ubezpieczonych pacjentów, lekarze otrzymują honorarium za usługę.

Wynagrodzenie lekarzy specjalistów zależy zaś od liczby przypadków (zgodnie z systemem skierowań, powtórnych wizyt i kart konsultacyjnych), stałej podstawy płac oraz liczby świadczonych usług.

3. Opieka szpitalna

W Holandii większość szpitali jest własnością prywatnych fundacji, z wyjątkiem sześciu szpitali uniwersyteckich, które są własnością państwa. Wszyscy ubezpieczeni mają prawo wyboru szpitala spośród szpitali publicznych umieszczonych w wykazie ministra zdrowia. Nie ponoszą oni kosztów pobytu w szpitalu w pomieszczeniach wieloosobowych. Fundusz ubezpieczeń chorobowych ponosi również koszty transportu ubezpieczonego do placówki ochrony zdrowia w wysokości do 66 euro rocznie.

Prawie wszystkie szpitale posiadają warunki do sprawowania również opieki otwartej. Ułatwia to specjalistom, pracującym w tych szpitalach przeprowadzanie diagnostyki pacjenta przed przyjęciem go do szpitala, a także leczenie po wypisaniu pacjenta. Około 14% wszystkich pobytów w szpitalu stanowią tylko wizyty jednodniowe.

Wszystkie opłaty za usługi szpitalne pokrywane są przez fundusz AWBZ. Istnieje centralna organizacja, która aprobuje i kontroluje taryfy opłat szpitalnych. Członkami tej organizacji są szpitale, socjalne fundusze chorobowe, inne organizacje zdrowotne, przedstawiciele pracowników i pracodawców oraz władz państwowych.

W Holandii podobnie jak w Wielkiej Brytanii prowadzone są tzw. listy oczekujących na świadczenia pacjentów. Szczególne utrudnienia występują z dostępnością do konsultacji spe-

cjalistycznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, czy domów opieki psychiatrycznej. W październiku 2001 roku, blisko 244 tys. osób było zarejestrowanych jako oczekujący na niezbędne leczenie (liczba nie obejmuje dzieci i leczenia pediatrycznego). Listy oczekujących są dłuższe lub krótsze, w zależności od specjalizacji medycznej.

4. Opieka stomatologiczna

W Holandii prawie wszyscy stomatolodzy posiadają praktyki prywatne. Prawie nie spotyka się stomatologów zatrudnionych na etatach państwowych.

Opieka stomatologiczna charakteryzuje się rozległym systemem profilaktycznym. Fundusz ubezpieczeń zdrowotnych gwarantuje badania okresowe bezpłatne dwa razy w roku, natomiast osobom dorosłym, raz w roku. System profilaktyczny w Holandii cechuje się bardzo wysoką skutecznością i efektywnością. Młodzież poniżej 19 roku życia jest objęta bezpłatnym leczeniem wtedy, jeśli odwiedza dentystę regularnie (co 6 miesięcy) i posiada dokument potwierdzający ten fakt. Wszyscy powyżej 19 roku życia, którzy posiadają taki certyfikat i odbywają regularne wizyty kontrolne, otrzymują bezpłatne zabiegi zabezpieczające uzębienie.

5. Zaopatrzenie w leki

Ubezpieczonym przysługują lekarstwa na koszt funduszu ubezpieczenia zdrowotnego, w ramach opracowanego limitu środków farmaceutycznych. Obecnie farmaceuci otrzymują stałe stawki za zaordynowanie tańszych leków. Jeżeli aptekarz wydaje lekarstwo tańsze od tego, które zapisał lekarz, może zatrzymać dla siebie jedną trzecią różnicy w cenie. Obecnie stawki podatku VAT wynoszą 6% dla leków podlegających ordynacji i 20% leków zamawianych i płatnych przy kasie.

Tylko niektórzy GP (około 800) posiadają prawo do rozprawdzania leków. Poza aptekami istnieje około 3 000 punktów sprzedaży lekarstw. W Holandii jest bardzo mało aptek (na 1 000 mieszkańców przypada tylko 0,09 apteki), co klasyfikuje ich poniżej standardów Wspólnoty Europejskiej.

6. Zaopatrzenie w środki pomocnicze

Socjalne Fundusze Chorobowe refundują ubezpieczonemu wszystkie koszty zalecanej mu fizykoterapii. Jednakże, jeżeli leczenie obejmuje więcej niż 12 zabiegów, musi istnieć wcześniejsza zgoda ubezpieczalni. Koszty kąpieli i masaży są objęte dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.

W Holandii występuje współpłacenie ze strony pacjenta dla większości środków pomocniczych. I tak, za protezy oraz inne urządzenia dostosowawcze ubezpieczony obowiązany jest uiścić część opłat. Np.: aparat słuchowy – do wysokości 561 euro finansowany jest przez fundusz ubezpieczeń zdrowotnych, buty ortopedyczne – jedna para rocznie w cenie do 48 euro dla osoby powyżej 16 lat. Istnieją również regulowane ceny na silne soczewki. Natomiast koszty oprawek do okularów nie podlegają refundacji.

7. Ubezpieczenia prywatne

Z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych korzysta ok. 30% ludności Holandii, co jest odsetkiem zbliżonym do występującego w Austrii czy Belgii. Głównymi nabywcami tego typu ubezpieczeń są osoby zamożne. Jest to całkiem zrozumiałe w sytuacji, gdy ubezpieczenia prywatne w Holandii mają charakter substytucyjny (zastępujący) ubezpieczenie powszechne,

a warunkiem ich nabycia jest ponadprzeciętny status dochodowy. Ubezpieczenia prywatne wykupywane są ponadto w celu pokrycia kosztów świadczeń nie refundowanych przez system powszechny. I tak, posiadanie prywatnej polisy jest atrakcyjne ze względu na możliwość uzyskania w Holandii refundacji następujących kosztów:

- opieki stomatologicznej osób dorosłych,
- operacji kosmetycznych,
- opieki nad dzieckiem,
- okularów,
- świadczeń medycyny naturalnej,
- podwyższonego standardu zakwaterowania w szpitalu.

Ubezpieczenia prywatne oferowane są w Holandii przez 53 ubezpieczycieli, z których 3 czołowe firmy posiadają ok. 22% udział w rynku. Głównie są to towarzystwa o charakterze niekomercyjnym.

BELGIA

Prawo do ochrony zdrowia reguluje ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zasiłkach chorobowych z 14 lipca 1994 r. oraz ustawa o szpitalach z 7 sierpnia 1997 r. Opiekę zdrowotną zapewnia się wszystkim pracownikom, emerytom, rencistom (łącznie z osobami pobierającymi renty rodzinne i sieroce), bezrobotnym, inwalidom i upośledzonym, studentom, duchownym, byłym urzędnikom kolonialnym oraz dzieciom pozostającym na utrzymaniu wymienionych wyżej osób. Obowiązkowe ubezpieczenie obejmuje prawie całą ludność Belgii, ale ok. 15% populacji posiada ubezpieczenie wyłącznie od tzw. „większego ryzyka”. Są to osoby pracujące na własny rachunek, podczas gdy pozostała część społeczeństwa jest ubezpieczona od „większego i mniejszego ryzyka”. Mniejsze ryzyko obejmuje pobyt w domach rekonwalescencji, domową opiekę pielęgniarską, środki pomocnicze w przypadku fizycznego upośledzenia itp.

Warunkiem objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym jest opłacanie minimalnych składek ubezpieczeniowych. Standardowa składka stanowi 38% wynagrodzenia, z czego 13% opłaca zatrudniony, a 25% pracodawca. Składka ubezpieczeniowa na wypadek choroby i inwalidztwa wynosi 6,35% od wynagrodzenia (z 2,55% udziałem pracownika i 3,80% pracodawcy). Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne jest identyczna we wszystkich kasach chorych w Belgii.¹

Każdy obywatel ma prawo wyboru jednej z kilkunastu publicznych ubezpieczalni. Największe z nich są związane z partiami politycznymi, chociaż istnieją też tzw. ubezpieczenia niezależne. Wszystkie one są kontrolowane przez centralną instytucję – Krajowy Zakład Ubezpieczeń na Wypadek Choroby i Inwalidztwa (INAMI), która odpowiada za całość zagadnień związanych z administrowaniem i monitorowaniem sfery ubezpieczeń zdrowotnych. Sprawuje ponadto nadzór nad funduszami chorobowymi i towarzystwami ubezpieczeń wzajemnych, w tym i wykorzystaniem dotacji budżetowych. INAMI administruje Rada składająca się z reprezentantów pracodawców, pracobiorców, funduszy chorobowych, dostawców świadczeń medycznych i rządu. Tylko Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych dla Pracujących na Własny Rachunek jest zarządzany niezależnie, ale zakres ubezpieczeniem nie jest szeroki, gdyż objęte są nim tylko tzw. „wielkie ryzyka”.

Źródłem środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne, oprócz składek, są:

¹ W przeciwieństwie do Austrii, Francji, Niemiec i Szwajcarii, w których wysokość składki jest różna w zależności od kasy chorych czy funduszu ubezpieczeniowego, uzależniona od tzw. ryzyka.

- uzupełniające składki indywidualne w odniesieniu do pewnych kategorii ubezpieczonych,
- dotacje państwa do świadczeń na rzecz wdów, sierot, emerytów i inwalidów, jak również pozostających na utrzymaniu tych osób,
- część wpływów (5% lub w pewnych przypadkach 10%) ze składek z tytułu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej osób prowadzących pojazdy mechaniczne,
- potrącenia od emerytur wyższych od pewnego ustalonego pułapu,
- darowizny i zapisy.

Prawo do świadczeń rzeczowych powstaje od pierwszego dnia choroby, pod warunkiem, że początkowy termin przypada po upływie wymaganego stażu ubezpieczeniowego. Świadczenia rzeczowe z ubezpieczenia zdrowotnego przysługują w całym okresie choroby.

Usługi lecznicze świadczone są przez lekarzy zrzeszonych w izbach lekarskich. Koszty tych usług określa porozumienie zawarte między instytucją ubezpieczeń społecznych a organizacją zawodową lekarzy. W razie braku porozumienia, koszty usług refundowanych przez instytucje ubezpieczeniowe określa władza państwowa.

Pacjenci mają prawo wyboru lekarza. Ubezpieczalnia refunduje choremu koszty wizyt u lekarza, pobytu w szpitalu i zakupu leków. Chory musi jednak opłacić część rachunku bezpośrednio z własnych środków, a dopiero później – na podstawie faktury – odebrać pieniądze od ubezpieczalni. Zazwyczaj jest to $\frac{1}{4}$ kosztu wizyty u lekarza i leków i ok. 12 euro za dzień pobytu w szpitalu. Pacjent w Belgii posiada kartę magnetyczną SIS, które zawiera informacje o formie ubezpieczenia. Po wykonaniu świadczenia gabinet lekarski, czy szpital sprawdza, jaką część rachunku powinien pacjent zapłacić sam.

Koszty pobytu w szpitalu oraz sanatorium osób, którzy kwalifikują się do kategorii osób uprzywilejowanych (bezrobotni, inwalidzi, sieroty) i członków ich rodzin, pokrywa instytucja ubezpieczeń społecznych.

Osoby, które chcą uniknąć dopłacania w razie choroby, mogą wykupić dodatkowe ubezpieczenie prywatne. Prywatne polisy w Belgii posiada ok. 30% ludności, co w porównaniu z innymi krajami jest odsetkiem wysokim.² W ramach systemów ubezpieczeń prywatnych zawierane są kontrakty indywidualne lub grupowe, np. podpisywane przez pracodawcę. Większe znaczenie mają ubezpieczenia grupowe, stanowiące ok. $\frac{3}{4}$ ogółu prywatnych polis zdrowotnych. Systemy te refundują koszty choroby, które nie są finansowane przez publiczne fundusze chorobowe, np. wizyty w klinice, koszty transportu, jak i dodatkowe świadczenia pieniężne w wypadku czasowej niezdolności do pracy lub renty inwalidzkiej. Ze względu na fakt, że system ubezpieczeń obowiązkowych oferuje pewne typy ubezpieczeń uzupełniających, prywatnym firmom nie pozostaje zbyt wiele miejsca na rynku ubezpieczeń chorobowych. Oznacza to, że sektorowi prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przysnaje się w Belgii jedynie rolę uzupełniającą wobec systemu publicznego. Wśród ubezpieczycieli prywatnych dominują towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

Ze składek finansowane są tylko bieżące świadczenia. Inwestycje, budowa i utrzymanie szpitali oraz zakup droższego sprzętu medycznego finansuje przede wszystkim państwo. Koszty leczenia szpitalnego pokrywa instytucja ubezpieczeń społecznych.

² Np. w Austrii wynosi on 33%, w Danii – 26,4%, we Francji i Niemczech – ok. 20%, w Portugalii i Wielkiej Brytanii – niecałe 13%.

Koszty leczenia dentystycznego są finansowane z ubezpieczenia społecznego na takich samych warunkach jak koszty opieki lekarskiej.

Udział pacjentów w kosztach leków wynosi od 25% do 80% w zależności od rodzaju środków farmaceutycznych. Belgijskie przepisy prawa ubezpieczeń społecznych klasyfikują środki farmaceutyczne na pięć kategorii:

- A – nie wymagane jest współfinansowanie ze strony pacjenta,
- B – udział pacjenta 25% ceny leku, do kwoty 9,10 euro,
- C – udział pacjenta 50% – do wysokości 15 euro,
- CS – 60% udział pacjenta, bez ograniczeń,
- Cx – 80% udział pacjenta, bez limitu.

W Belgii ma miejsce stały wzrost udziału wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do produktu krajowego brutto. Wzrastają także wydatki na zdrowie *per capita*, które są wyższe niżeli w takich krajach UE jak: Irlandia (1935 USD), Wielka Brytania (1992 USD), Austria (2191 USD), Włochy (2212 USD), Szwecja (2270 USD). Dominujące znaczenie w sektorze ochrony zdrowia odgrywają środki publiczne, chociaż ich udział w wydatkach ogółem w 2001 r. był mniejszy w porównaniu z latami poprzednimi.

Tablica nr 2. **Wydatki na ochronę zdrowia w Belgii**

Wyszczególnienie	1988	1991	1998	2001
Udział wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do PKB w%	7,5	7,8	8,8	9,0
Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem	88,0	.	89,7	71,7
Wydatki <i>per capita</i> w USD (z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej)	1082	1370	2081	2490

Źródło: *OECD Health Data 2003*, OECD, Paris, 2003.

Wykorzystana literatura

1. G. Jasiński, *Dobrowolne ubezpieczenia w UE*, „Służba Zdrowia” nr 9-12/2003.
2. G. Juszczak, *Czego uczą nas doświadczenia Holendrów*, „Służba Zdrowia” nr 57-62/2002.
3. *Strona internetowa Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)*, www.who.dk.
4. *OECD in Figures. Statistics of the Member Countries*, OECD 2002. *OECD Health Data 2003*, OECD, Paris, 2003.
5. J. Monkiewicz, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, w: *Ubezpieczenia w UE*, Poltext, Warszawa 2002.
6. M. Szczur, *System opieki zdrowotnej w Belgii*, w: *Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, „Studia i Materiały”, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa, zeszyt 3/1993.
7. A. Świątkowski, *Ochrona zdrowia ubezpieczonych*, w: *Europejskie prawo socjalne*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2000.
8. www.reformmonitor.org.reforms.