

oraz tzw. abonamenty medyczne), ponoszone przez gospodarstwa domowe i pracodawców,

- struktury przedmiotowej prywatnych bezpośrednich wydatków gotówkowych.

Prezentacja i analiza tych danych, zwłaszcza z perspektywy międzynarodowej, tworzy płaszczyznę do dyskusji o reformowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym integralnej jego składowej, jaką jest podsystem finansowania. Bazą dla porównań międzynarodowych są dane OECD (*OECD Health Data*, 2004).

Wydatki publiczne

Do roku 1998 włącznie publiczne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce pochodziły z budżetu państwa (głównie za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia i wojewodów jako przedstawicieli organów administracji państwa) oraz z budżetów jednostek samorządu terytorialnego (gmin).

Od roku 1999, w związku z jednoczesnym przeprowadzeniem reformy systemu ochrony zdrowia,

- budżetu państwa,
- budżetów jednostek samorządowych, tj. województw, powiatów i miast na prawach powiatu oraz gmin.

Udział kas chorych w wydatkach publicznych na ochronę zdrowia stał się dominujący i wynosił w całym analizowanym okresie ponad 80 proc.

Od 1 kwietnia 2003 r. prawnym następcą kas chorych został Narodowy Fundusz Zdrowia. Zastąpienie kas chorych Narodowym Funduszem Zdrowia było zmianą instytucjonalną, która nie spowodowała przekształcenia logiki i struktury finansowania systemu ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Dynamika finansowania

Odejście od dominacji budżetowych źródeł finansowania na rzecz funduszy kas chorych ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie doprowadziło do znaczącego wzrostu środków publicznych na ochronę zdrowia.

” Odejście od dominacji budżetowych źródeł finansowania na rzecz funduszy kas chorych ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie doprowadziło do znaczącego wzrostu środków publicznych na ochronę zdrowia ”

jak i reformy administracyjnej, zasadniczo zmieniały się publiczne źródła finansowania ochrony zdrowia, a także ich struktura. Wprowadzono powszechne obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne, określono wysokość składek ubezpieczenia i ich płatników oraz stworzono strukturę 17 kas chorych, będących dysponentami środków finansowych ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Środki, będące do dyspozycji kas chorych, stały się dominującym publicznym źródłem finansowania opieki zdrowotnej. Ograniczono finansowanie z budżetu państwa do zadań o szczególnym znaczeniu dla systemu ochrony zdrowia, przy czym zakres tych zadań w kolejnych latach ulegał pewnym zmianom.

W wyniku reformy administracyjnej kraju powstały dodatkowe szczeble władzy samorządowej – województwa oraz powiaty i miasta na prawach powiatu, które uzyskały kompetencje i środki na finansowanie ochrony zdrowia. Nastąpiło przeniesienie uprawnień organu założycielskiego i właściciela publicznych zakładów opieki zdrowotnej ze szczebla organów administracji państwowej na szczeble samorządu terytorialnego. W wyniku opisanych powyżej reform ochrona zdrowia w latach 1999–2003 (I kwartał) była finansowana z następujących źródeł publicznych:

- kas chorych,

W latach 1999–2001 udział publicznych wydatków na ochronę zdrowia w PKB charakteryzował się niewielkimi wahaniami – na poziomie 4,2–4,5 proc. W 2002 r. wynosił 4,42 proc. Podobne, a nawet wyższe wielkości tych udziałów w latach wysokiego wzrostu gospodarczego zapewniało finansowanie budżetowe. We wszystkich krajach Unii Europejskiej, jak również w większości krajów przystępujących do Unii w 2004 r., udział wydatków publicznych w PKB przekracza 5 proc.

W tab. 1. zamieszczono dane określające wielkość i strukturę finansowania ochrony zdrowia ze źródeł publicznych w latach 1998–2002 oraz udział finansowania publicznego ochrony zdrowia w produkcie krajowym brutto. Wydatki publiczne ogółem zostały zdefiniowane jako suma wydatków kas chorych (bez kwot wyrównań finansowych) oraz wydatków budżetu państwa i budżetów jednostek samorządowych (po wyeliminowaniu przepływu środków z budżetu państwa do jednostek samorządowych oraz pomiędzy tymi jednostkami, a także składek na ubezpieczenia zdrowotne oraz środków na świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego).

Analiza dynamiki finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych w latach 1998–2002 wskazuje na znaczny skokowy wzrost środków

Tab. 1. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1998–2002 – wysokość ogółem, struktura wg źródeł, udział w PKB

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w mln złotych	Lata				
	1998	1999	2000	2001	2002
ogółem	23 204,1	28 582,9	28 781,4	32 840,2	34 118,3
w tym:					
kasy chorych	–	23 531,9	23 784,5	27 534,8	29 942,1
budżet państwa ¹	20 919,5	6 312,6	4 300,0	4 600,8	3 420,7
budżety jednostek samorządu terytorialnego ²	2 899,5	2 043,3	2 689,7	3 473,8	1 974,4
udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB w proc.	4,19	4,47	4,2	4,37	4,42

Materiały źródłowe: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2002 r. oraz w 2001, 2000 i 1999, Informacje i opracowania statystyczne GUS, Warszawa oraz Mały rocznik statystyczny Polski 2003, GUS, Warszawa

¹Bez wyeliminowania transferów finansowych z budżetu państwa do budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz składki ubezpieczenia zdrowotnego i kosztów świadczeń dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego

²Po wyeliminowaniu transferów finansowych między jednostkami samorządu terytorialnego (w 1998 r. wydatki z budżetów jednostek samorządowych oznaczały wydatki budżetów gmin)

(w ujęciu nominalnym) w pierwszym roku funkcjonowania nowego systemu w porównaniu z ostatnim rokiem przed reformą (stopa wzrostu 23,2 proc.), co wiązało się z koniecznością poniesienia nakładów na uruchomienie systemu kas chorych (powołanie instytucji, wyposażenie, zatrudnienie, przeszkolenie, stworzenie rezerw itd.). W 1999 r. wielkość wydatków samych kas chorych nieco przewyższała wydatki publiczne na ochronę zdrowia ogółem w 1998 r. Wzrost publicznych środków w kolejnym roku był bardzo mały (zaledwie 0,7 proc. w latach 1999–2000), co jest odzwierciedleniem niskiego tempa wzrostu PKB, a w konsekwencji – dochodów ubezpieczonych. Braku zauważalnego wzrostu środków ze składek ubezpieczenia zdrowotnego nie rekompensowało finansowania ze środków budżetowych. Dynamika wzrostu publicznych środków finansowych na ochronę zdrowia w ujęciu nominalnym w kolejnych latach podlegała wahaniom i wynosiła nieco ponad 14,1 proc. (2001–2000) i niecałe 4 proc. (2002–2001).

Spadek kontrolowany

Charakterystyka dynamiki wzrostu środków kas chorych była bardzo zbliżona do dynamiki wydatków publicznych ogółem, choć wyraźnie wzrosła w 2002 r., bowiem udział finansowania z kas chorych w wydatkach publicznych na zdrowie ogółem stale wzrastał, w 2002 r. osiągając 87,7 proc. Zwraca uwagę malejący udział wydatków z budżetu państwa, wyrażający się zarówno spadkiem wielkości nominalnych, jak i spadkiem udziału wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem budżetu państwa. Udział wydatków na ochronę zdrowia w budżecie państwa w 1999 r.

wynosił prawie 4,6 proc., a 2002 r. został zredukowany prawie do 1,9 proc. Te zmiany wynikały z wycofywania się budżetu państwa z bezpośredniego finansowania części świadczeń zdrowotnych oraz zadań z zakresu zdrowia publicznego i przekazywania ich odpowiednio kasom lub jednostkom samorządu terytorialnego. Wydatki z budżetów jednostek samorządowych na ochronę zdrowia po skokowym spadku w 1999 r. przez kolejne dwa lata rosły, natomiast w 2002 r. uległy znacznemu zmniejszeniu w ujęciu nominalnym, oraz jako udział w wydatkach ogółem budżetów jednostek samorządowych (w 2001 r. udział ten wyniósł 4,2 proc., a w 2002 r. – tylko niecałe 2,4 proc.).

W ocenie poziomu wydatków publicznych na ochronę zdrowia warto porównać dynamikę ich wzrostu ze średniorocznymi wskaźnikami wzrostu towarów i usług konsumpcyjnych oraz w szczególności – z dynamiką wzrostu cen w sektorze zdrowia. Tab. 2. zawiera zestawienie analizowanych wskaźników w omawianych latach.

Dynamika wzrostu publicznych wydatków na ochronę zdrowia w ujęciu nominalnym podlegała dość znacznym wahaniom w kolejnych latach po reformie. Wskaźniki wzrostu cen produktów i usług w sektorze zdrowia cały czas były wyraźnie wyższe od wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych. Szczególnie wysokim tempem wzrostu charakteryzują się ceny leków. Nieznaczna spadkowa tendencja dynamiki cen towarów i usług zdrowotnych uległa odwróceniu w 2002 r. Dla tego roku dysproporcja między dynamiką cen wszystkich towarów i usług konsumpcyjnych (1,9 proc.) a dynamiką wzrostu cen towarów i usług zdrowotnych (11,5 proc.) jest szczególnie uderzająca.

W celu dokonania porównań międzynarodowych publiczne wydatki na ochronę zdrowia na

Tab. 2. Dynamika wydatków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1999–2002 na tle wskaźników wzrostu cen towarów i usług oraz cen towarów i usług w sektorze zdrowia

Wskaźniki wzrostu (rok poprzedni = 100)	Lata			
	1999	2000	2001	2002
wydatki publiczne na ochronę zdrowia nominalnie	123,2	100,7	114,1	103,9
ceny towarów i usług konsumpcyjnych	107,3	110,1	105,5	101,9
ceny produktów i usług zdrowotnych	115,9	110,6	106,5	111,5
w tym:				
– artykuły farmaceutyczne	115,6	112,6	107,5	113,8
– usługi medyczne i medycyny niekonwencjonalnej	111,2	107,9	104,7	107,1

Materiały źródłowe: opracowanie własne na podstawie danych z Rocznika statystycznego RP 2002 i 2001 oraz Małego rocznika statystycznego Polski 2003, wyd. GUS, Warszawa

mieszkańca wyrażono w USD wg średniorocznego kursu wymiany oraz wg parytetu siły nabywczej. Bardziej miarodajne są porównania wg parytetu siły nabywczej, ponieważ nie uwzględniają wpływu polityki kursowej oraz niwelują różnice poziomu cen w poszczególnych krajach (tab. 3.).

Prezentowane dane nie obejmują wysokości zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które mimo oddłużenia przed reformą 1999 r. w związku z przekształceniem w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w dalszym ciągu generują długi. Dotyczy to szczególnie publicznych szpitali. Na koniec marca 2003 r. zobowiązania wymagalne zakładów opieki zdrowotnej sektora publicznego wyniosły prawie 4,3 mld złotych.

Dominująca kasa

Jak zaznaczono wyżej, w latach 1999–2002 wydatki kas chorych stały się dominującym publicznym źródłem finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Wysokość środków finansowych ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest determinowana poziomem dochodów ubezpieczonych. Powodowało to duże różnice przychodów ze

składek na rzecz kas w województwach o wyższym przeciętnym dochodzie na mieszkańca (uprzemysłowione, o niższym wskaźniku bezrobocia, w tym bezrobocia strukturalnego). Algorytm redystrybucji środków między kasami nie wyrównywał głębokich różnic. W konsekwencji wystąpiły wyraźne różnice w wysokości wydatków w regionalnych kasach chorych na jednego mieszkańca oraz w wysokości środków *per capita*, jakie kasy przeznaczały na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych.

Tab. 4. przedstawia średnie oraz minimalne i maksymalne wydatki, ponoszone przez kasy chorych na jednego ubezpieczonego w latach 1999–2002.

Warto zaznaczyć, iż nie wszystkie środki z poboru składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego były przeznaczane na świadczenia zdrowotne dla osób ubezpieczonych. Należy odliczyć koszty ewidencjonowania i poboru składek, dokonywanego przez płatników, ZUS i KRUS (0,1 proc. odprowadzanej kwoty składek dla płatników oraz 0,5 proc. dla ZUS i 0,25 proc. dla KRUS; w 2002 r. udziały ZUS i KRUS zmalały odpowiednio do 0,25 proc. i 0,2 proc.), a także koszty działalności kas i obowiązkowe odpisy.

Tab. 3. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca w PLN w ujęciu nominalnym oraz w USD wg kursu wymiany oraz w USD wg parytetu siły nabywczej

Publiczne wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca	Lata				
	1998	1999	2000	2001	2002
w PLN nominalnie	600	740	756	851	893
w USD wg średniorocznego kursu wymiany	172,4	186,9	172,2	208,5	218,8
w USD wg parytetu siły nabywczej	355,1	396,7	400,4	452,3	473,5

Materiały źródłowe: opracowanie własne na podstawie Rocznika statystycznego RP 2003 oraz bazy danych OECD 2004

Zatem koszy świadczeń zdrowotnych finansowanych przez kasy chorych były niższe niż wydatki ogółem kas i wynosiły w kolejnych latach:

- 1999 r. – 21 536 468,
- 2000 r. – 23 009 321,
- 2001 r. – 26 409 100,
- 2002 r. – 28 822 248,
- 2003 r. (wstępne oszacowanie) – 27 916 820.

(Materiały źródłowe: Podstawowe informacje o kosztach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez kasy chorych w latach 1999–2003, <http://www.mz.gov.pl>)

Leczenie szpitalne

Ze środków kas chorych finansowane były świadczenia zdrowotne na rzecz ubezpieczonych, w tym świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego, leczenie stomatologiczne, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, opieka długoterminowa (opiekuńczo-lecznicza i pielęgniarstwa), opieka paliatywno-hospicyjna, pomoc doraźna i transport sanitarny, leczenie uzdrowskowe (sanatoryjne), usługi rehabilitacyjne, profilaktyczne programy zdrowotne, refundacja leków, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki techniczne oraz lecznicze środki techniczne.

Udział wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń ulegał zmianie w kolejnych latach funkcjonowania kas chorych, co było wyrazem zamierzonych zmian w ich polityce zdrowotnej, planach i zasadach dystrybucji środków, a także efektem stosowania różnych mechanizmów opłaty za wykonane świadczenia, jak również – niezależnych od płatnika zmian cen produktów zdrowotnych, szcze-

Tab. 4. Koszty świadczeń kas chorych na jednego ubezpieczonego w latach 1999–2002 w PLN

Koszty świadczeń	Lata			
	1999	2000	2001	2002
średnie	562	600	689	752
maksymalne	611,7	643,7	762,7	843,8
minimalne	500,9	573	590,8	665,7

Materiały źródłowe: Podstawowe informacje o kosztach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez kasy chorych w latach 1999–2002, <http://www.mz.gov.pl>

gólnie leków. W strukturze wydatków przeważało leczenie szpitalne, a następnie w kolejności koszty refundacji leków dla ubezpieczonych, podstawowa opieka zdrowotna oraz specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne. Na te 4 obszary świadczeń kasy chorych wydawały ponad 90 proc. wszystkich środków finansowych na usługi zdrowotne. Zwraca uwagę stopniowy, ale zauważalny spadek udziału wydatków na leczenie szpitalne oraz znaczny wzrost udziału wydatków na refundację kosztów leków. Wydatki na leki poniesione faktycznie w każdym analizowanym roku przekraczały wydatki planowane o kilka punktów procentowych.

Tab. 5. prezentuje strukturę wydatków kas chorych na świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonych w latach 1999–2003.

Leczenie budżetowe

W strukturze wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia wg dysponentów największy udział (ponad 90 proc.) ma część zdrowie, będąca w dys-

Tab. 5. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez kasy chorych (dane w proc.)

koszt świadczeń zdrowotnych 100 proc. w tym:	Lata				
	1999	2000	2001	2002	2003 ¹
poz	15,6	13,6	12,8	12,4	11,7
ambulatoryjne porady specjalistyczne	8,1	7,2	7,1	7	7,3
leczenie szpitalne	50,4	46,8	46,3	41,4	41,1
pomoc doraźna	3,5	3,6	3,3	3,3	3,3
zaopatrzenie w leki (refundacja)	16,5	19,6	19,7	21	19,2
pozostałe w tym:					
– leczenie uzdrowskowe	1,5	1,4	1,4	1,4	1,2
– opieka długoterminowa	0,4	0,7	1,1	1,5	1,6

Materiały źródłowe: Koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych przez kasy chorych
¹dane szacunkowe NFZ

Tab. 6. Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę w gospodarstwach domowych na podstawie analizy budżetów gospodarstw domowych

Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę w gospodarstwie domowym w PLN	Lata				
	1998	1999	2000	2001	2002
ogółem	21,35	23,69	26,63	27,58	28,32
w tym:					
leki i sprzęt medyczny	12,25	14,92	17,71	19,33	20,39
usługi medyczne, w tym medycyny niekonwencjonalnej	8,48	8,08	8,37	7,67	7,44
usługi szpitalne i sanatoryjne	0,63	0,69	0,55	0,58	0,48

Materiały źródłowe: Budżety gospodarstw domowych w 2002, 2001, 2000, 1999 i 1998 r., GUS, Opracowania i informacje statystyczne, Warszawa 2003, 2002, 2001, 2000, 1999.

pozycji Ministra Zdrowia oraz część budżety wojewodów. Pozostałe wydatki pochodzą z części, dotyczących obrony narodowej (budżet MON), spraw wewnętrznych budżetu (MSWiA), budżetów ZUS, KRUS, MENiS, MS. Ze środków Ministra Zdrowia finansowane były wysoko specjalistyczne procedury medyczne (diagnostyczne i lecznicze), programy polityki zdrowotnej, staże podyplomowe i specjalizacje medyczne, a także publiczna służba krwi, zadania z zakresu medycyny pracy, zapobiegania i zwalczania AIDS, narkomanii i alkoholizmu, inspekcja sanitarna (od 2002 r.), inwestycje w zakładach podległych i nadzorowanych przez MZ (zakłady opieki zdrowotnej najwyższego szczebla referencyjnego), świadczenia na rzecz osób nie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, ale uprawnionych do świadczeń z tytułu ustaw o zwalczaniu chorób społecznych (np. gruźlicy, chorób wenerycznych, zakaźnych itd.). W kolejnych latach w budżecie stopniowo malały wydatki na procedury wysoko specjalistyczne w związku z przekazywaniem obowiązku realizacji tych świadczeń kasom chorych. Z budżetów wojewodów finansowano m.in. inspekcję farmaceutyczną i sanitarną (do 2002 r.), wojewódzkie zespoły metodyczne opieki zdrowotnej, programy restrukturyzacji, opłacano składki na ubezpieczenie zdrowotne dla niektórych grup (np. dzieci i uczniów niepodlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu oraz bezrobotnych bez prawa do zasiłku), udzielano dotacji dla jednostek samorządu terytorialnego na zadania inwestycyjne w podlegających im zakładach opieki zdrowotnej, realizowano lub dotowano zadania z zakresu medycyny pracy, programy zdrowotne (zwalczanie AIDS, narkomanii itp.). Wydatki z budżetu MON i MSW na ochronę zdrowia rozdysponowano głównie na inwestycje w podlegających resortom zakładach opieki zdrowotnej, wydatki bieżące na placówki wojskowej służby zdrowia, świadczenia zdrowotne dla żołnierzy w służbie czynnej i funkcjonariuszy w służbie kandydackiej oraz osób odbywających przeszkolenia i uczestniczących w ćwiczeniach, a także ich rodzin oraz na ratownic-

two górskie i wodne. Wydatki z budżetów pozostałych dysponentów przeznaczone były zasadniczo na składki ubezpieczenia zdrowotnego, płacone z dotacji budżetu państwa za niektóre grupy społeczne (np. rolników, inwalidów wojennych i wojskowych, czy osoby pobierające zasiłek wychowawczy).

Zwraca uwagę fakt, iż w wydatkach budżetu państwa dotacje wyraźnie przeważały nad wydatkami bezpośrednimi.

Na wydatki na ochronę zdrowia z budżetów jednostek samorządu terytorialnego składają się środki własne poszczególnych jednostek oraz dotacje z budżetu państwa. Zgodnie z wytycznymi i kompetencjami poszczególnych szczebli samorządowych finansowane były zadania z zakresu ochrony zdrowia, w tym promocja i programy polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego, inwestycje w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, działalność żłobków, izb wytrzeźwień, składki ubezpieczenia zdrowotnego itp.

Z prywatnej kieszeni

Głównym źródłem informacji o prywatnych wydatkach na ochronę zdrowia są badania budżetów gospodarstw domowych, prowadzone przez Główny Urząd Statystyczny na reprezentatywnej grupie badawczej. Wyniki przedstawiane są w corocznych publikacjach *Warunki życia ludności oraz Budżety gospodarstw domowych*. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia to bezpośrednie wydatki gotówkowe, ponoszone w związku z konsumpcją produktów i usług zdrowotnych, w tym również w strefie nierejestrowanej (upominki dla personelu medycznego, opłaty nieformalne itp.).

W tab. 6. przedstawiono średnie miesięczne wydatki na zdrowie na osobę w gospodarstwach domowych, z wyróżnieniem wydatków na leki i sprzęt medyczny, usługi medyczne, w tym medycyny niekonwencjonalnej oraz usługi szpitalne i sanatoryjne.

Udział wydatków na towary i usługi z zakresu ochrony zdrowia w budżetach polskich gospo-

Tab. 7. Całkowite wydatki na zdrowie w latach 1999–2002 w USD wg parytetu siły nabywczej na mieszkańca w Polsce i wybranych krajach europejskich

	Lata			
	1999	2000	2001	2002
Czechy	969	987	1106	1118
Francja	2211	2387	2561	2736
Niemcy	2615	2780	2808	2817
Grecja	1516	1556	1511	1814
Węgry	771	817	911	1079
Polska	558	572	629	654
Portugalia	1469	1519	1613	1702
Słowacja	666	641	682	698
Hiszpania	1426	1497	1600	1646
Wielka Brytania	1704	1813	1992	2160

Materiały źródłowe: OECD Health Data 2004

Tab. 8. Udział publicznych wydatków na ochronę zdrowia w proc. w wydatkach całkowitych wybranych krajów europejskich w latach 1999–2002

	Lata			
	1999	2000	2001	2002
Czechy	91,5	91,4	91,4	91,4
Francja	76	75,8	75,9	76
Niemcy	78,6	78,8	78,6	78,5
Grecja	53,4	53,9	53,1	52,9
Węgry	72,4	70,7	69	70,2
Polska	71,1	70	71,9	72,4
Portugalia	67,6	69,5	70,6	70,5
Słowacja	89,6	89,4	89,3	89,1
Hiszpania	72	71,5	71,3	71,4
Wielka Brytania	80,6	80,9	83	83,4

Materiały źródłowe: OECD Health Data 2004

darstw domowych rośnie systematycznie i równomiernie (o ok. 1 punkt procentowy rocznie). W 2002 r. wynosił średnio ok. 4,6 proc. przeciętnych wydatków ogółem na osobę w gospodarstwie domowym. Najwyższy i stale rosnący udział mają wydatki na leki i inne artykuły farmaceutyczne oraz sprzęt leczniczy. Od 2001 r. udział ten kształtuje się już na poziomie 70 proc.

Na podstawie przytoczonych danych można oszacować, że w 2002 r. prywatne wydatki na usługi medyczne w opiece stacjonarnej i sanatoryjnej wyniosły ok. 230 mln zł, natomiast zdecydowanie więcej – ok. 3,5 mld zł – wydano na inne usługi, w tym niekonwencjonalne. Łącznie rynek prywatnych usług zdrowotnych można ocenić na ponad 3 mld 700 mln zł. Trudno określić, jaki jest rozmiar tzw. szarej strefy. Z pewnością dotyczy ona dużej części wydatków na opiekę stacjonarną, realizowaną głównie w szpitalach publicznych, i przejawia się jako opłaty gotówkowe oraz wartość dowodów wdzięczności dla lekarzy i innego personelu szpitali. Wydatki prywatne na pozostałe usługi medyczne są jednak często ponoszone w postaci zakupu w sektorze prywatnym albo w sektorze publicznym w formie opłat czy dopłat. Z perspektywy kupujących nie są to wydatki nieformalne. Z punktu widzenia statystyki i skarbowości problemem jest wykazywanie przez usługodawców właściwej liczby i wartości tych usług.

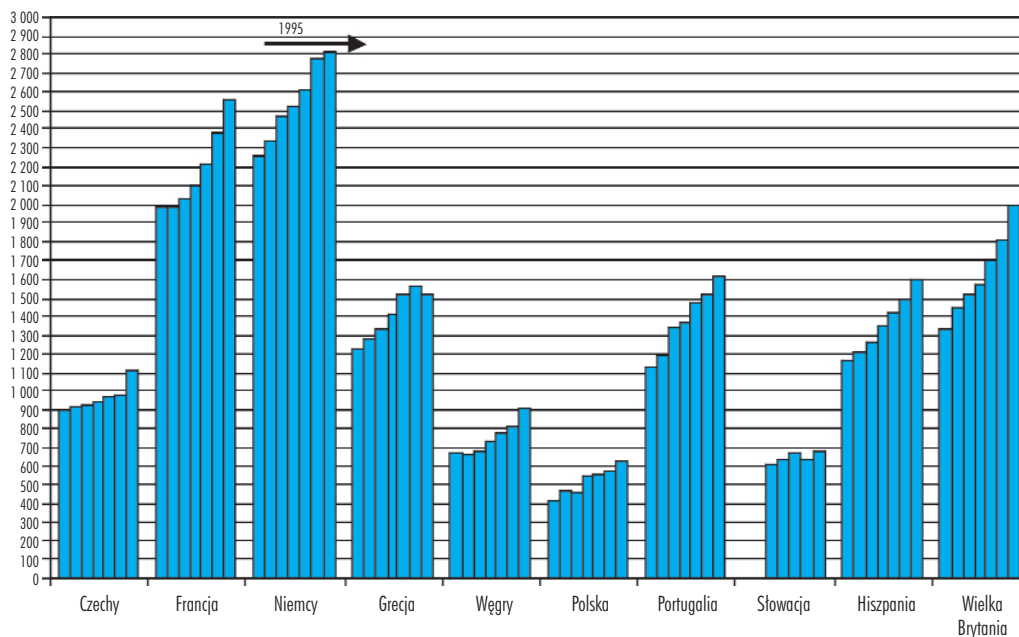
Brak jest oficjalnych danych na temat kosztów, ponoszonych przez obywateli na zakup rozwijających się ubezpieczeń zdrowotnych, zarówno we właściwym sektorze ubezpieczeniowym, jak i w tzw.

sektorze quasi-ubezpieczeniowym, abonamentowym. Nie uwzględnia się również jako wydatków na ochronę zdrowia kosztów zakupu polis ubezpieczeniowych, gwarantujących ochronę przed ryzykiem konieczności zaspokajania potrzeb zdrowotnych, w tym ubezpieczeń osobowych, chorobowych ubezpieczeń wypadkowych (w części dotyczącej następstw zdrowotnych nieszczęśliwych wypadków) oraz ubezpieczeń na życie z rozszerzonymi opcjami ochrony medycznej. Stosunkowo niewiele z tych ofert zapewnia świadczenia zdrowotne w formie usług; uzyskane świadczenia najczęściej przybierają postać finansową, związaną z wystąpieniem choroby czy innej potrzeby zdrowotnej.

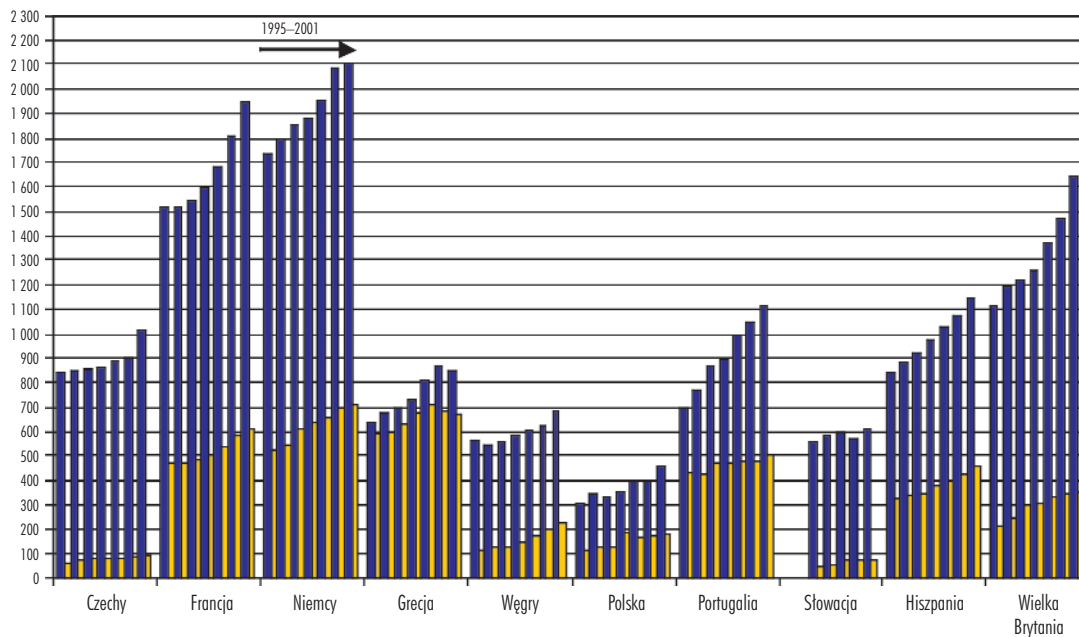
Pogoń za Europą

Poziom wydatków całkowitych na ochronę zdrowia (w USD wg parytetu siły nabywczej) w Polsce na tle innych krajów europejskich jest niski i charakteryzuje się również niską dynamiką (tab. 7. i 8., ryc. 1. i 2.).

W Polsce już od połowy lat 90. XX w. w strukturze wydatków całkowitych na ochronę zdrowia stosunkowo duży udział mają wydatki prywatne (27–30 proc.). Jak zaznaczono wyżej, dynamika wydatków na zdrowie, zarówno publicznych, jak i prywatnych jest niewielka, co w ostatnich latach wynika ze stosunkowo niskiego tempa wzrostu gospodarczego, polityki kontroli poziomu wydatków na ochronę zdrowia ze źródeł publicznych, wysokiej stopy bezrobocia, niskich przeciętnych dochodów gospodarstw domowych oraz niewielkiego tempa ich wzrostu.



Ryc. 1. Dynamika całkowitych wydatków na zdrowie w latach 1995–2001 w USD PPP per capita
Materiały źródłowe: OECD Health Data 2003

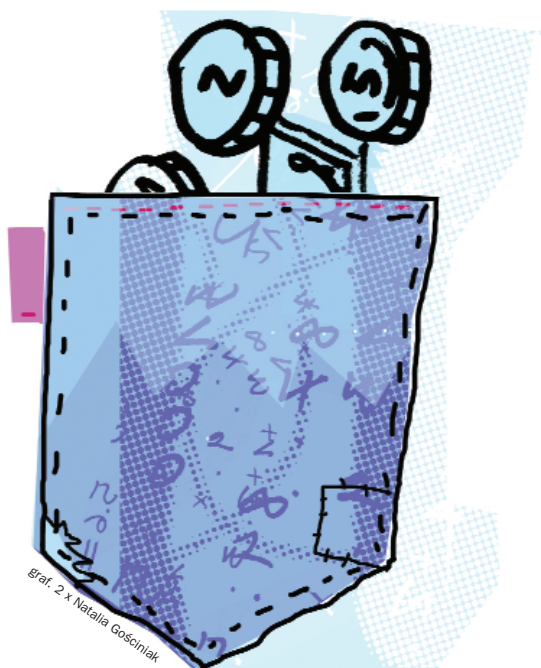


Ryc. 2. Dynamika wydatków publicznych i prywatnych na zdrowie w latach 1995–2001 w USD PPP per capita
Materiały źródłowe: OECD Health Data 2003

W 2002 r. wydatki całkowite na ochronę zdrowia w Polsce wyniosły 654 USD wg PPP per capita (OECD Health Data 2004). Jest to poziom najniższy wśród europejskich krajów OECD.

Udział wydatków publicznych kształtował się na poziomie 72,4 proc., a prywatnych – 27,6 proc., co daje na jednego mieszkańca kwotę wydatków publicznych w wysokości 473,5 USD wg PPP, a wydat-

” Nawet przy skutecznych regulacjach rozwiązania rynkowe powodują znaczne obciążenie gospodarstw domowych, zwłaszcza z osobami chorymi i niepełnosprawnymi, oraz brak poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego dużej części obywateli ”



ków prywatnych – 180,5 USD wg PPP. Podobną strukturą wydatków publicznych i prywatnych charakteryzuje się kilka krajów europejskich (np. Hiszpania, Portugalia, Belgia i Węgry). Zdecydowanie niższy udział wydatków publicznych (poniżej 60 proc.) jest cechą pozaeuropejskich krajów OECD (np. Stany Zjednoczone, Korea, Meksyk czy Turcja), a w Europie – tylko Grecji i Szwajcarii.

Regulacja niezbędna

Polska jest krajem o niskim poziomie i niskiej dynamice wzrostu wydatków na ochronę zdrowia. Wynika to nie tylko z poziomu PKB, ale również stosowanej polityki kontroli poziomu wydatków publicznych. Wskaźnikiem braku skuteczności tej kontroli w skali makroekonomicznej jest wysokość zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Odnawiające się zadłużenie zakładów sektora publicznego jest skutkiem nie tylko niskiego poziomu finansowania, ale także błędów w alokacji publicznych środków finansowych (stosowanie niewłaściwych metod finansowania i stawek, słabe powiązanie finansowania z potrzebami zdrowotnymi i realizacją celów zdrowotnych) oraz błędów w rozwiązaniach instytucjonalnych – organizacyjnych i prawnych (niespójny zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności organów założycielskich publicznych zakładów opieki zdrowotnej, brak skutecznych instrumentów nadzoru nad zakładami, nieskutecznie realizowane programy restrukturyzacji itp.).

Zadłużenie ma więc charakter systemowy, a uporanie się z tym problemem wymaga zastoso-

wania rozwiązań finansowych, ekonomicznych, organizacyjnych i prawnych.

Zwiększenie dynamiki wzrostu wydatków na ochronę zdrowia wydaje się natomiast konieczne w celu stopniowego wyrównywania dystansu, jaki dzieli nas od pozostałych europejskich krajów OECD. Należy dążyć do tego, aby przynajmniej taka sama dynamika wzrostu dotyczyła wydatków publicznych, jak i prywatnych. Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem może być uznany za zadowalający, choć kształtuje się nieco poniżej średniej europejskiej. Należałoby go przynajmniej utrzymać. Niższa dynamika wzrostu wydatków publicznych w porównaniu z prywatnymi oznaczałaby świadome sterowane w kierunku takiego systemu opieki zdrowotnej, w którym dużą rolę przypisuje się prywatnym źródłom finansowania. Takie systemy nie są charakterystyczne dla krajów europejskich. Wyższa dynamika wzrostu i zwiększający się udział środków prywatnych prowadziłyby do zmiany przyjętego modelu systemu ochrony zdrowia, opartego o publiczne źródła finansowania, z dominującą rolą powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Tego rodzaju strategiczny kierunek zmian wymagałby aktywnego regulowania rynku ochrony zdrowia przez państwo. Nawet przy skutecznych regulacjach rozwiązania rynkowe powodują znaczne obciążenie gospodarstw domowych, zwłaszcza z osobami chorymi i niepełnosprawnymi, oraz brak poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego dużej części obywateli.

dr Alicja Sobczak
pracownik Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego