

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W POLSCE NA TLE KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ W LATACH 2007–2011

Anna Wasiak^{*}, Paulina Szelağ^{**}

Streszczenie:

Celem artykułu jest ukazanie wielkości dokonywanych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej. W finansowaniu publicznym uwzględniono wydatki NFZ i wydatki budżetu państwa, natomiast w finansowaniu prywatnym wydatki na ubezpieczenia prywatne z uwzględnieniem ubezpieczeń prywatnych pracodawców oraz wydatki gospodarstw domowych. Przeprowadzona analiza wydatków pozwoliła na wskazanie podstawowych problemów w systemie finansowania opieki zdrowotnej oraz na ukazaniu zmian, które w przyszłości wpłynęłyby na poprawę tego systemu w Polsce i w Unii Europejskiej.

Słowa kluczowe: finansowanie ochrony zdrowia, system zdrowotny, wydatki publiczne i prywatne.

JEL Class: I13, I15, I18.

Przyjęto/Accepted : 25.05.2015

Opublikowano/Published: 30.06.2015

WPROWADZENIE

Finansowanie sektora ochrony zdrowia jest istotnym, a zarazem problematycznym zagadnieniem współczesnych państw na tle ekonomiczno-społecznym. Społeczeństwo powinno otrzymywać świadczenia o takiej samej jakości oraz

^{*} Studentka II roku na kierunku: Finanse i Rachunkowość, Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny.

^{**} Studentka II roku na kierunku: Finanse i Rachunkowość, Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny.

posiadać równy dostęp do usług z zakresu ochrony zdrowia. Problemem ekonomicznym jest natomiast znalezienie sposobu pozyskania dostatecznych źródeł finansowania systemu zdrowotnego. U podłoża tego problemu leży odpowiedni dobór modelu oraz typu finansowania, które zapewniają stałe źródło pozyskiwania środków. Dlatego też w każdym kraju, bez względu na poziom jego rozwoju społeczno-gospodarczego oraz poniesione nakłady na ochronę zdrowia możemy wyróżnić trzy źródła finansowania: publiczne, prywatne i środki z zagranicy. W Polsce środki na finansowanie publiczne pochodzą w głównej mierze z ubezpieczeń zdrowotnych w NFZ oraz z budżetu państwa. Z kolei finansowanie prywatne dotyczy ubezpieczeń prywatnych oraz wydatków gospodarstw domowych na służbę zdrowia [Ryć i Skrzypczak 2010: 18].

Dane wykorzystane w analizie polskiego sektora zdrowia pochodzą z opracowań Głównego Urzędu Statystycznego, raportów Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Finansów. Natomiast jeśli chodzi o sektor zdrowia krajów europejskich dane wykorzystano z opracowań World Health Organisation oraz Organisation for Economic Co-operations and Development. Tematyka finansowania ochrony zdrowia podejmowana była przez ośrodki krajowe [Nojszewska 2011; Suchecka 2011] oraz zagraniczne [Goodman i Vaddington 1993].

Celem tego artykułu jest ukazanie wielkości dokonywanych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej. Z kolei przeprowadzona analiza porównawcza wydatków pokaże nam w jakim stopniu dana jednostka zasila budżet przeznaczony na ochronę zdrowia, a ocena zgromadzonych danych pozwoli na wyciągnięcie wniosków i możliwość zaproponowania odpowiednich działań mających na celu poprawę sytuacji tego sektora w Polsce.

1. EWOLUCJA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

W Polsce po II wojnie światowej publiczna służba zdrowia opierała się na mechanizmie centralnego planowania. Środki pieniężne pochodziły z podatków, które wpływały do Skarbu Państwa i były przeznaczane na ochronę zdrowia. Był to tzw. model budżetowy. Pod koniec lat 80. wraz ze zmianą gospodarki państwa na rynkową rozpoczął się stopniowy proces transformacji systemu zdrowotnego. W 1999 r. wprowadzono reformę, która dotyczyła zmiany struktury pozyskiwania źródeł finansowania. Model budżetowy zastąpiono modelem ubezpieczeniowo-budżetowym, który opierał się dodatkowo na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Poza tym każdy z pacjentów miał prawo do wyboru świadczeniodawcy, szpitala oraz posiadał równy dostęp do świadczeń zdrowotnych. W wyniku tej reformy wprowadzono także Kasy Chorych, które zajmowały się pozyskiwaniem i gromadzeniem składek osób ubezpieczonych. Po upływie 4 lat zostały one przekształcone w Narodowy Fundusz Zdrowia, który funkcjonuje do dziś i stanowi istotny element w całym systemie ochrony zdrowia

[Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-zdrowotne/historia>, dostęp: 8.12.2014].

Oprócz wyżej wspomnianych modeli finansowania sektora zdrowotnego na świecie istnieją także modele: typowo ubezpieczeniowy (Bismarcka) oraz model wolnorynkowy. Jednakże żaden z wymienionych modeli nie występuje obecnie w czystej postaci [Mróz 2012: 73–123].

2. MODELE FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA NA ŚWIECIE

2.1. Model Bismarcka

System ten oparty jest na finansowaniu ubezpieczenia przez obowiązkowe składki płacone przez pracodawcę i pracownika. Jednakże warto zaznaczyć, że obywatele uzyskujący stosunkowo wysokie dochody są zwolnieni z tego obowiązku, a jedynie mogą się ubezpieczyć w sposób dobrowolny. Składki odprowadzane są do odpowiedniego funduszu, gdzie są gromadzone, a następnie w odpowiedni sposób wydatkowane. Dzięki przymusowi ubezpieczenia zgromadzone wpływy ze składek stanowią główne źródło finansowania ochrony zdrowia. Nadzór i kontrole nad całym systemem sprawuje państwo, dbając o jego poprawne funkcjonowanie. Z tego modelu finansowania korzystają Niemcy, Austria, Francja, Belgia, Holandia, a także Szwajcaria. Czyli państwa które zajmują jedno z czołowych miejsc w najnowszym rankingu systemów opieki zdrowotnej Euro Health Consumer Index 2013 [szerzej: raport – *Euro Health Consumer Index 2013*, dostęp: 01.12.2014].

2.2. Model rezydualny

Inaczej zwany modelem wolnorynkowym. Jest to system zdrowotny oparty na ubezpieczeniach prywatnych, charakterystyczny dla Stanów Zjednoczonych. W systemie tym państwo nie odpowiada za udzielenie dostępu obywatelom do chociażby podstawowej opieki zdrowotnej, jedynie wspiera dostępność świadczeń dla osób, które z konkretnych względów nie są w stanie same uporać się z finansowaniem potrzebnych świadczeń. Można wyraźnie zauważyć zasadnicze rozdzielenie ochrony zdrowia publicznego i prywatnego. W systemie tym pacjenci ubezpieczają się dobrowolnie, korzystając z ubezpieczeń oferowanych przez instytucje sektora prywatnego [Mróz 2012: 61]. Finansowanie sektora ochrony zdrowia następuje dzięki środkom pieniężnym pozyskiwanym od różnych firm i instytucji ubezpieczeniowych prywatnych i publicznych oraz wszelkiego rodzaju organizacji (np. charytatywnych) [Lachiewicz i Matejun 2007: 62–63].

2.3. Model Beveridge'a

Zasadą charakteryzującą ten system jest zapewnienie przez państwo społeczeństwu możliwości do korzystania z opieki zdrowotnej. Decyzje dotyczące finansowania świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej są podejmowane przez centralne instytucje publiczne. Dla sektora zdrowotnego został stworzony fundusz, który finansowany jest z budżetu państwa, w większości z podatków ogólnych. Obywatelom przysługują bezpłatne usługi medyczne w szerokim zakresie, bez względu na status społeczny. Dzięki centralnemu planowaniu środków finansowych oraz kontroli wydatków, model ten charakteryzuje się dość niskimi nakładami na ochronę zdrowia. System ten wprowadzono w: Danii, Finlandii, Grecji, Hiszpanii, Irlandii, Portugalii i Szwecji. W klasycznej postaci występował w Wielkiej Brytanii. System Narodowej Służby Zdrowia na przestrzeni lat nie ulegał znaczącym zmianom aż do dzisiaj [Sharma i Atri 2010: 391].

2.4. Model Siemaszki

Zasady tego systemu oparto na zamyśle dotyczącym narodowej służby zdrowia. System finansowany jest z publicznych środków budżetowych (podatki i inne dochody państwa) na zasadzie centralnego planowania. Dominującą rolę w zakresie wytwarzania świadczeń zdrowotnych odgrywa sektor publiczny (w tym przypadku jest to już dominacja absolutna). System nie posiada sektora prywatnego. Dla państw, które wprowadziły system Siemaszki istotna była zasada odpowiedzialności państwa za jego funkcjonowanie oraz zapewnienie pewnego dostępu do świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej. Jednakże przyznawane środki są ograniczone możliwościami finansowymi kraju i ich wysokość nie jest powiązana z realnymi potrzebami zdrowotnymi ludności. W Polsce nigdy w pełni nie zastosowano tego modelu [Suchecka 2011: 49–50].

3. STRUKTURA CAŁKOWITYCH WYDATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA W KRAJACH EUROPEJSKICH W LATACH 2007–2011

Według danych pochodzących z WHO całkowite wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2007–2011 były zróżnicowane. W 2007 r. wynosiły 6,33% PKB, natomiast w 2011 r. nastąpił wzrost o 0,51% PKB, co ukształtowało je na poziomie 6,84% PKB. W krajach Unii Europejskiej podobnie jak w Polsce również nastąpił wzrost wydatków jednakże o 0,58 punktów procentowych (p.p.) PKB. Średnio wydatki te w 2007 r. wynosiły 8,14% PKB, natomiast w 2011 r. 8,72% PKB. Powyższe dane ukazują, że wynik dla Polski nie jest zadowalający, gdyż poziom środków przeznaczanych na ochronę zdrowia

w przypadku krajów Unii Europejskiej jest znacznie większy niż w Polsce. Największy wzrost wydatków odnotowano w takich państwach jak: Cypr, Holandia i Austria (odpowiednio: 1,36; 1,17; 1,08 p.p. PKB). Natomiast w krajach takich jak: Łotwa, Grecja i Luksemburg wydatki te spadły (odpowiednio o: 1; 0,82; 0,1 p.p. PKB). Poniżej ukazano dane i analizę kształtowania się wydatków w kolejnych latach. Dane dotyczące roku 2011 przedstawiono na wykresie 1.

Rok 2007

W tym roku wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wynosiły 6,33% PKB, średnia dla UE to 8,14% PKB. Największe wydatki poniosły następujące państwa: Francja 10,88%, Holandia 10,76%, Niemcy 10,48% PKB. Najmniejsza ilość środków przeznaczonych na ten cel dotyczyła: Estonii 5,1%, Rumunii 5,23% i Cypru 6,05% PKB.

Rok 2008

W roku 2008 Polska przeznaczyła na ochronę zdrowia wydatki stanowiące 6,88% PKB, średnia dla UE wyniosła 8,47% PKB. Największe wydatki poniosły te same państwa co w roku 2007, jednakże ich poziom nieznacznie wzrósł i wynosił: Francja 11,02%, Holandia 10,99%, Niemcy 10,70% PKB. Państwa charakteryzujące się najmniejszymi wydatkami to: Estonia 5,96%, Rumunia 5,44%, Litwa 6,60% PKB.

Rok 2009

W roku 2009 wydatki w Polsce zwiększyły się i wyniosły 7,20% PKB, średnia dla UE to 9,13% PKB. W czołówce państw, w których wydatki były największe znajdowały się po raz kolejny: Holandia 1,88%, Niemcy 11,75%, Francja 11,73%. Najniższe wydatki odnotowano w Rumunii 5,64%, Estonii 6,77% i Łotwie 6,84% PKB.

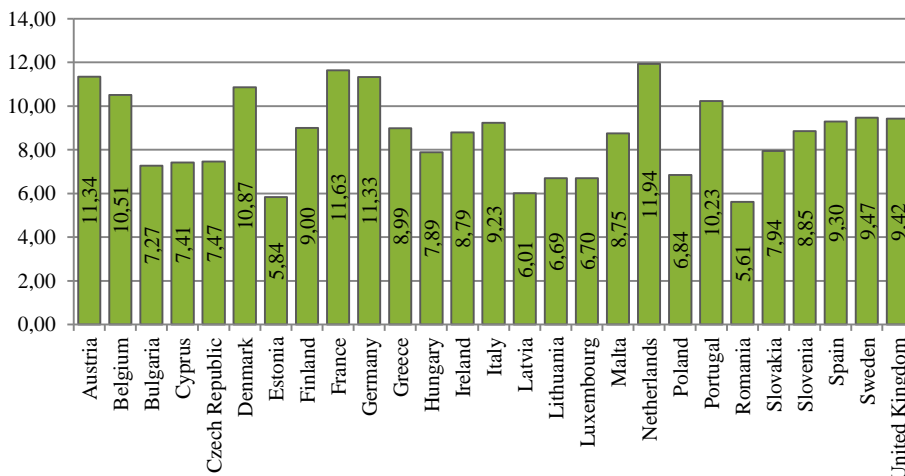
Rok 2010

W tym roku środki przeznaczane na ochronę zdrowia zmniejszyły się w porównaniu z rokiem ubiegłym i wyniosły 7% PKB przy średniej dla UE 9% PKB. Jeśli chodzi o największe wydatki nadal czołowe miejsca zajmują: Holandia 12%, Francja i Niemcy 11,6% PKB, natomiast najmniejsze: Rumunia 6%, Estonia 6,3%, Łotwa 6,8% PKB.

Rok 2011

Wydatki w 2011 r. stanowiły w Polsce 6,84% produktu krajowego brutto. Średnia dla Unii Europejskiej wynosiła 8,72%, natomiast takie państwa jak Holandia, Francja, Austria czy Niemcy zajmują czołowe miejsca z wynikiem blisko 12% PKB. Polska wyprzedza jedynie Litwę, Łotwę, Estonię i Rumunię, których wydatki kształtują się na poziomie 5–7% PKB. Na podstawie powyższej, szczegółowej analizy łatwo można zauważyć, iż wysokość wydatków na zdrowie jest w dużej mierze uzależniona od poziomu rozwoju gospodarczego

danego kraju, dlatego też Polska cechuje się dużym niedofinansowaniem systemu ochrony zdrowia (wykres 1).

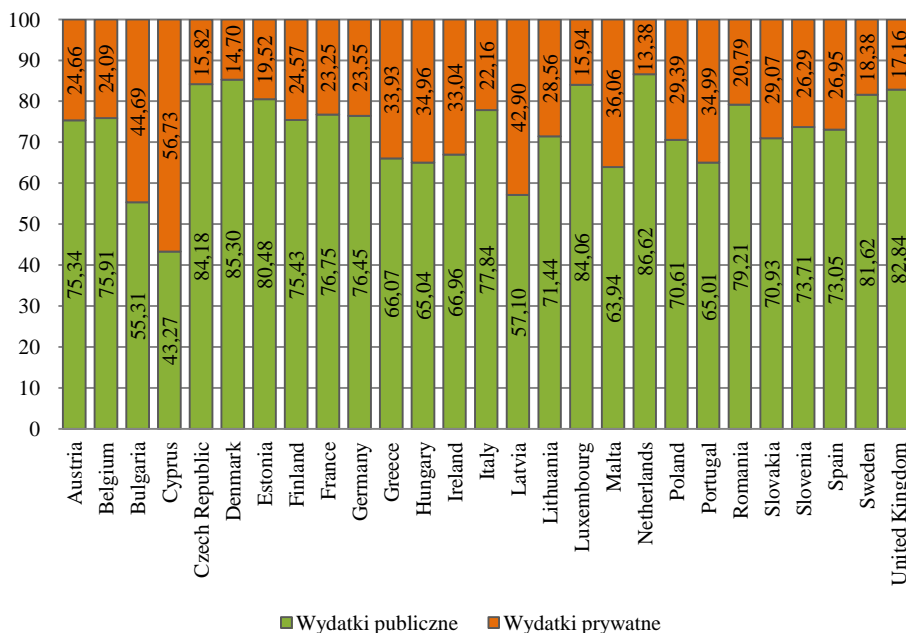


Wykres 1. Całkowite wydatki na zdrowie jako procent PKB w 2011 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *WHO Global Health Expenditure Database...*, dostęp: 19.01.2015.

Podział wydatków ze względu na typ finansowania obejmuje: wydatki publiczne (z budżetu państwa i środki pochodzące ze składek z ubezpieczeń zdrowotnych) oraz wydatki prywatne (wydatki gospodarstw domowych oraz prywatne ubezpieczenia). W prawie wszystkich krajach UE (za wyjątkiem Cypru) wydatki publiczne stanowią większość wszystkich wydatków na ochronę zdrowia. W Polsce podział ten zasadniczo nie uległ zmianom w badanym okresie. Proporcja rozkłada się przeważnie w następujący sposób: ok ¾ to wydatki publiczne, a ¼ to wydatki prywatne. Z analizy danych pochodzących z WHO z lat 2007–2011 wynika, że w 2007 r. w Polsce wydatki publiczne kształtowały się na poziomie 70,43% natomiast wydatki prywatne 29,57%. Na przestrzeni lat (do 2011 r.) nastąpił niewielki wzrost udziału wydatków publicznych o 0,18 p.p. Jeśli chodzi o średnią wydatków publicznych dla państw UE to wynosiła ona w 2007 r. 73,03%, a w 2011 r. 72,76%. Porównując udział wydatków prywatnych w omawianych latach największy ich wzrost odnotowano w Irlandii o 8,73 p.p., zaś największym spadkiem charakteryzowała się Estonia 4,03 p.p. Analizując dane z powyższego wykresu z 2011 r. bieżące wydatki publiczne na ochronę zdrowia wyniosły w Polsce 70,61%, natomiast wydatki prywatne stanowiły 29,39%. W takich krajach jak Holandia, Szwecja, Wielka Brytania, Czechy, Luksemburg i Dania udział wydatków publicznych jest największy i wynosi ponad 80%. Najmniejszy ich udział oscyluje w granicach 43–57%, w takich

państwach jak Cypr, Bułgaria i Litwa. Wartości poszczególnych wydatków są uzależnione od rozwoju gospodarczego państwa oraz prowadzonej polityki finansowej. Jest to również bezpośrednio związane z przyjętym przez państwo modelem finansowania, który zazwyczaj jest złożony – budżetowo-ubezpieczeniowy (wykres 2).



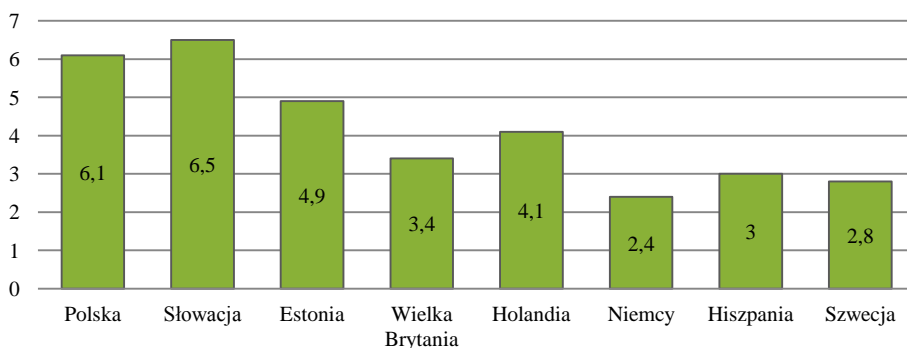
Wykres 2. Wydatki na zdrowie według typu finansowania w 2011 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *WHO Global Health Expenditure Database...*, dostęp: 19.01.2015.

4. PUBLICZNE FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE I W WYBRANYCH KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

Na publiczne źródła finansowania sektora zdrowotnego składają się w 85% wydatki z NFZ pochodzące ze składek ubezpieczonych oraz w 15% z budżetu państwa. W Polsce na przestrzeni ostatnich 9 lat wydatki na świadczenia zdrowotne charakteryzowały się ciągłym wzrostem. Na tle krajów Unii Europejskiej Polska (oprócz Słowacji) odznacza się największymi zmianami w tempie wzrostu środków na świadczenia zdrowotne. Procentowy wskaźnik zmian tego tempa wynosi 7% i w porównaniu np. z Wielką Brytanią jest wyższy o 2,7 punktów procentowych, natomiast z Niemcami jest większy aż o 3,7 punkty procentowe.

Zmiany te związane są m.in. ze starzeniem się społeczeństwa polskiego. Z roku na rok liczba osób starszych zwiększa się, co wymaga dostarczenia większej ilości świadczeń. Co roku wydatkowane środki przeznaczane są także na rozwój technologiczny i nowe badania naukowe. Ponadto przyczyną tych zmian są również rosnące oczekiwania pacjentów oraz zobowiązania, które wzięły na siebie rządy w polityce ochrony zdrowia. Jednakże należy pamiętać, iż pomimo ciągłego wzrostu środków nie są one nadal wystarczające, aby pokryć wszystkie bieżące wydatki związane z finansowaniem sektora zdrowia, które wciąż się zwiększają m.in. z wymienionych powyżej przyczyn (wykres 3).



Wykres 3. Średnie tempo wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w latach 2005–2011 (%)

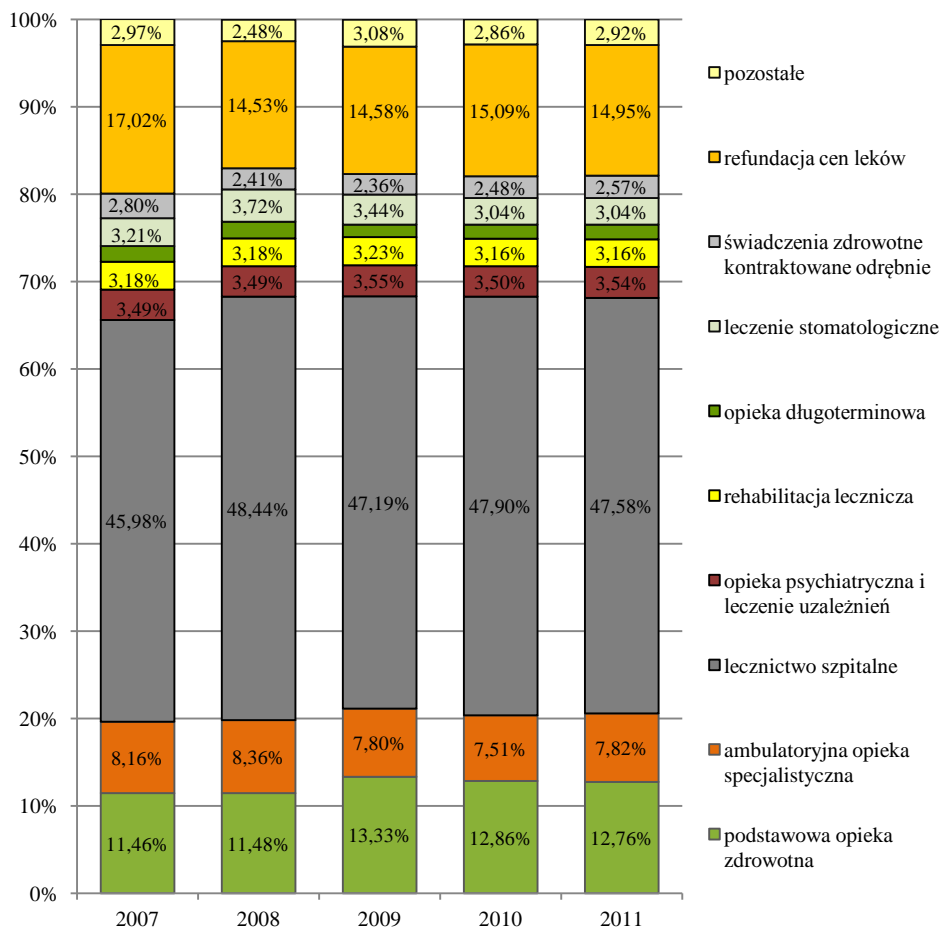
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Głównego Urzędu Statystycznego...*, dostęp: 12.12.2014.

4.1. Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne w Polsce

Głównym źródłem finansowania ochrony zdrowia w Polsce jest obowiązkowa składka na ubezpieczenie zdrowotne. Zgodnie z zapisami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym stopa składki została określona na poziomie 7,5% podstawy wymiaru naliczenia składki, a następnie w kolejnych latach wzrosła stopniowo aż do poziomu 9% w 2007 r. i jej wartość nie zmieniła się do teraz. Wpływy ze składek gromadzone są w Narodowym Funduszu Zdrowia.

W 2011 r. na świadczenia zdrowotne z budżetu NFZ przeznaczono około 58 mld zł czyli o aż 17 mld zł więcej niż w roku 2007 (ok. 41 mld zł). Zgromadzone środki rozdysponowano między koszty dziewięciu podstawowych świadczeń związanych z ochroną zdrowia. Największy udział wydatków przypadł na leczenie szpitalne i stanowił niemal połowę wszystkich środków przeznaczanych na sektor zdrowotny. W 2007 r. wynosił 45,98% i na przestrzeni 5 lat wzrósł do 47,58%. Kolejnie największe nakłady przeznaczane są na refundację cen leków i mieszczą się w granicach 14–17% oraz podstawową opiekę zdrowotną na poziomie ok. 11–13%. Najmniejsze wydatki przeznaczano m.in. na opiekę dłu-

terminową, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie oraz rehabilitację leczniczą, odpowiednio: ok. 1–2%; 2–3%; niewiele ponad 3% (wykres 4).



Wykres 4. Podział kosztów realizacji zadań NFZ w latach 2007–2011

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Narodowego Funduszu Zdrowia – Biuletyn Informacji Publicznej NFZ – Plany finansowe na lata 2007–2011*.

4.2. Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia w Polsce

Wartości wydatków pochodzące z budżetu państwa stanowią rzetelne i wierne źródło informacji, gdyż są one powszechnie dostępne ze względu na to, że podlegają zasadzie jawności i przejrzystości budżetu. Wydatki z budżetu pań-

stwa na ochronę zdrowia stanowią dość szeroki i różnorodny zakres. W najbardziej ogólnym stopniu można wskazać wydatki m.in. na opiekę zdrowotną, ratownictwo medyczne, politykę zdrowotną, profilaktykę i promocję zdrowia. Porównując lata 2008–2011 (brak danych dla roku 2007) [*Ministerstwo Finansów – Budżet państwa...*, dostęp: 20.01.2015] można zauważyć, że struktura wydatków z budżetu państwa ulegała ciągłym zmianom. Największa część środków przeznaczana była na zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W roku 2008 stanowiła 39,95%, natomiast w 2011 r. 52,92%. Porównując te dwa lata można dostrzec wzrost wydatków na ten cel o 12,97 p.p. Duże koszty z budżetu państwa przypadają także na ratownictwo medyczne. Ich udział w latach 2008–2009 kształtował się na poziomie ok. 2–5%, jednakże w kolejnych latach znacznie wzrósł do ponad 20%. Ważnym elementem w strukturze wydatków jest także nadzór sanitarno-epidemiologiczny, profilaktyka i promocja zdrowia, stąd też koszty realizacji tych zadań utrzymują się na wysokim poziomie. Analizując poniższe dane zauważamy spadek udziału tych wydatków w 2011 r. w porównaniu z rokiem 2008 (z 19,83% do 11,46%). Niewielki udział środków przypada na realizację polityki lekowej – do 2% (tab. 1).

Tabela 1. Struktura wydatków z budżetu państwa w latach 2008–2011 (%)

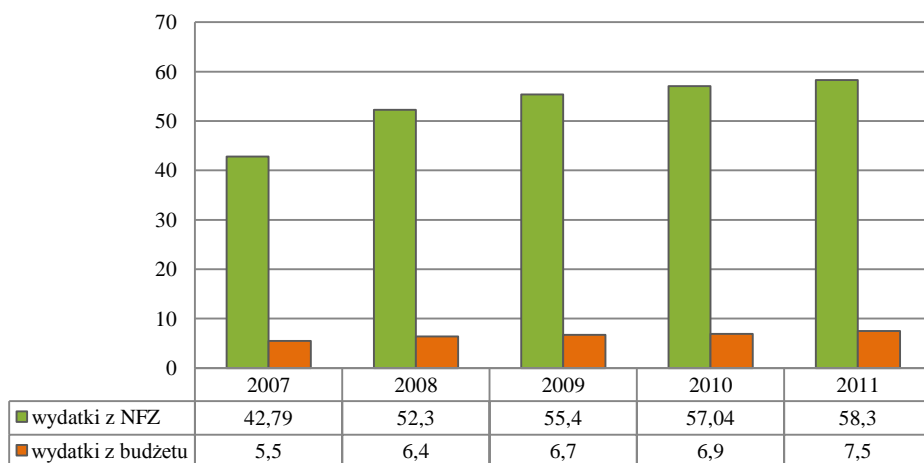
Zadanie/rok	2008	2009	2010	2011
Zapewnianie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej	39,95	79,29	55,74	52,92
Ratownictwo medyczne	2,52	4,53	24,47	20,05
Realizacja polityki lekowej państwa	1,43	0,21	0,97	0,92
Wspieranie rozwoju i restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia	1,68	b.d.	7,41	14,51
Nadzór sanitarno-epidemiologiczny, profilaktyka i promocja zdrowia	19,83	14,88	11,29	11,46
Informatyzacja działalności i budowa społeczeństwa informacyjnego	b.d.	b.d.	0,13	0,15
Kształcenie kadr medycznych oraz rozwój nauki	34,17	0,03	b.d.	b.d.
Tworzenie i koordynacja polityki	0,41	b.d.	b.d.	b.d.
Nadzór nad jakością i obrotem produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i produktami biobójczymi	b.d.	1,07	b.d.	b.d.

b.d. – brak danych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Ministerstwa Finansów – Sprawozdanie...*, dostęp: 16.12.2014.

Z roku na rok finansowanie publiczne ochrony zdrowia pochłania coraz więcej środków. Znaczący ich udział przypada na NFZ – ponad 80%. Porównując lata 2007–2011 w Polsce ogólne nakłady pieniężne zwiększyły się w sumie aż o 17,51 mld zł. W omawianych latach wydatki te zwiększały się średnio

o nieco ponad 4,3 mld zł, a największy wzrost zanotowano w okresie 2007/2008 – o 10,41 mld zł. Rozpatrując wydatkowanie z NFZ, w latach 2007–2011 wielkość środków zwiększyła się o 15,51 mld zł (z 42,79 do 58,3 mld. zł.). W 2007 r. wydatki z budżetu państwa wyniosły 5,5 mld zł, natomiast w 2011 r. 7,5 mld zł (wykres 5). Według sprawozdania z wykonania budżetu państwa za rok 2011, opublikowanego na stronie Ministerstwa Finansów, ze zgromadzonych danych wynika, że ogólne wydatki z budżetu państwa wyniosły 302 681 609 tys. zł, z czego na sektor zdrowotny przypadło 7 492 358 tys. zł. Świadczy to o tym, że całkowite wydatki z budżetu państwa przeznaczone na finansowanie ochrony zdrowia stanowią w przybliżeniu zaledwie 2,5% wszystkich wydatków.



Wykres 5. Wydatki z NFZ i budżetu państwa w latach 2007–2011 (mld zł)

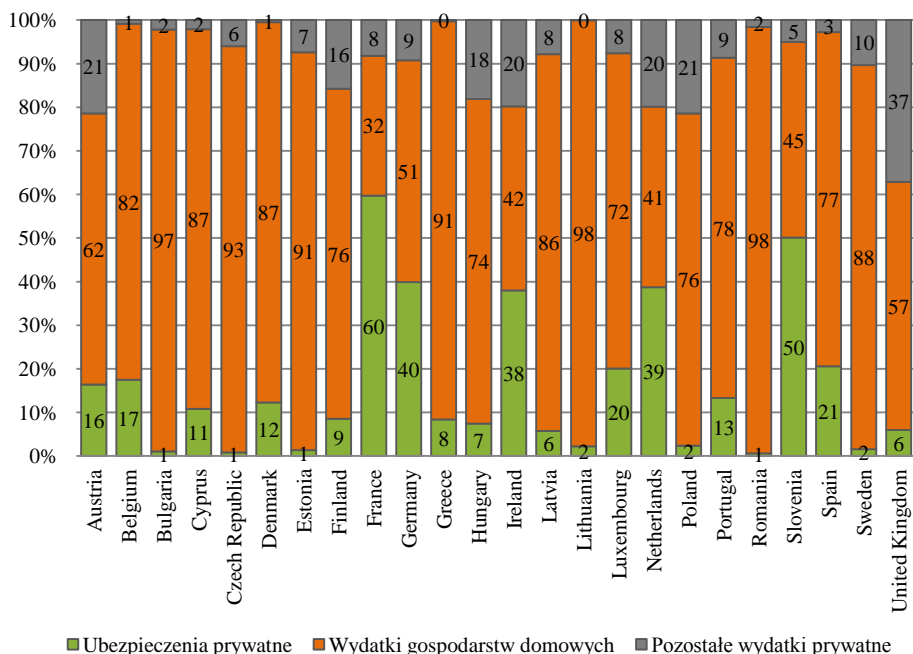
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań wykonania budżetu państwa i planów finansowych NFZ w latach 2007–2011.

5. PRYWATNE FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA

Obok wydatków publicznych na finansowanie sektora zdrowotnego występują także wydatki prywatne, które powstały ze względu na to, że państwo nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb społeczeństwa związanych z ochroną zdrowia. „Finansowanie prywatne obejmuje wydatki podstawowych podmiotów gospodarczych tj. gospodarstw domowych i przedsiębiorstw, ponoszone zarówno bezpośrednio na zakup artykułów farmaceutycznych i usług medycznych, jak i w formie zakupu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz abonamentów uprawniających do korzystania ze świadczeń w prywatnych placówkach ochrony zdrowia” [Suchecka 2011: 127].

5.1. Ubezpieczenia prywatne w Polsce i krajach Unii Europejskiej

Wszystkie kraje Unii Europejskiej charakteryzują się obecnością ubezpieczeń prywatnych. Mimo że dostęp do świadczeń jest powszechny, to istnieje możliwość wykupienia dodatkowego ubezpieczenia. Ubezpieczenia takie uzupełniają podstawowe świadczenia gwarantowane przez państwo lub poszerzają ich zakres. W Polsce w latach 2007–2011 ogólne wydatki prywatne na ochronę zdrowia stanowiły około 29% wszystkich wydatków, z czego tylko 2% przypada na prywatne ubezpieczenia. W przypadku Unii Europejskiej średnia wynosiła 14,73% w 2007 r. i 15,59% w 2011 r. Z tych danych wynika, że państwa unijne z roku na rok przeznaczają coraz więcej środków na ochronę zdrowia z dobrowolnych ubezpieczeń.



Wykres 6. Struktura wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej w 2011 r. (%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WHO.

We Francji i Słowenii można zauważyć dość znaczący udział ubezpieczeń prywatnych. We Francji ich udział wynosił aż 58% w 2007 r. i 60% w 2011 r., gdyż oprócz obowiązkowych społecznych ubezpieczeń zdrowotnych pacjenci dopłacają do świadczeń na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej. Około

90% obywateli korzysta z prywatnych komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych. W Słowenii od blisko 22 lat budowany jest dokładnie ten sam system, dlatego 48% (2007 r.) prywatnych wydatków to ubezpieczenia prywatne (w 2011 r. wzrost do 50%). W Wielkiej Brytanii podobnie jak w Polsce wydatki na prywatne ubezpieczenia są odpowiedzią na zbyt długi czas oczekiwania na zabieg czy wizytę u specjalisty, jednakże ich udział w Wielkiej Brytanii na przestrzeni omawianych 5 lat kształtował się na poziomie 5–6% i przewyższał Polskę o 3–4 punkty procentowe [opracowanie do *Raportu Polskiej Izby Ubezpieczeń...*, dostęp: 18.12.2014]. Podsumowując, w państwach Unii Europejskiej wydatki prywatne w dużej części realizowane są przez system ubezpieczeń zdrowotnych. Ich udział jest w znacznej mierze większy niż w Polsce (zob. wykres 6).

5.2. Prywatne ubezpieczenia pracodawców w Polsce

W ramach ubezpieczeń prywatnych wyróżniamy także prywatne ubezpieczenia pracodawców, czyli koszty świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach tzw. korporacyjnych abonamentów profilaktyczno-leczniczych. Pracodawcy zakupują dla swoich pracowników obowiązkowe świadczenia profilaktyczne oraz inne świadczenia o charakterze diagnostyczno-leczniczym, wykraczające ponad obowiązki pracodawców wobec pracujących. Przedmiotem abonamentu medycznego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych uprawnionym pacjentom, ale od umowy między świadczeniodawcą i świadczeniobiorcą zależy zakres świadczeń, którymi powiązana jest opłata za abonament. Świadczeniodawcy oferują zwykle kilka rodzajów abonamentów, różniących się zakresem świadczeń i opłatą. Opłata za abonament jest kwotą, którą zobowiązany jest płacić pracodawca podmiotowi świadczeniodawcy na ustalonych warunkach. Wydatki poniesione na zakup tych abonamentów z roku na rok wzrastają. Szacunkowe dane z lat 2004–2007 pokazują, iż wzrost ten wyniósł ok. 490 mln zł – z ok. 510 mln zł do ok. 1 mld zł.

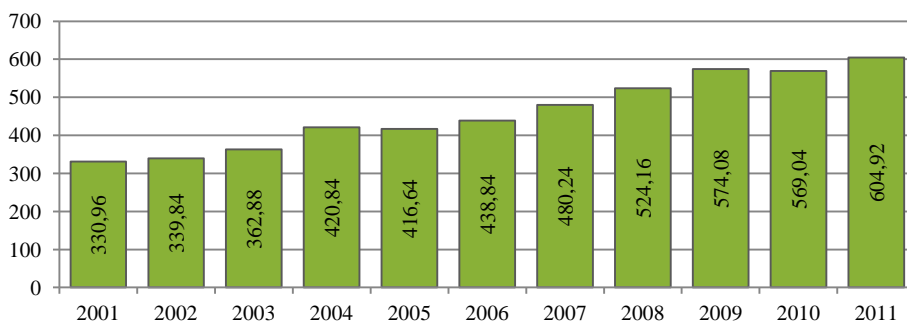
W poszczególnych latach szacunkowe wydatki na abonamenty kształtowały się następująco [*Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce...*, dostęp: 27.11.2014]:

- 2004 r. – 510 mln zł,
- 2005 r. – 640 mln zł,
- 2006 r. – 800 mln zł,
- 2007 r. – 1 mld zł.

5.3. Wydatki gospodarstw domowych w Polsce i krajach Unii Europejskiej

W strukturze wydatków prywatnych, oprócz ubezpieczeń, drugą grupą (dominującą) są wydatki gospodarstw domowych. Są to wydatki jakie ponosi ludność na zaspokojenie swoich potrzeb w zakresie ochrony zdrowia. W Polsce

największą część prywatnych środków przeznaczanych na sektor zdrowotny stanowią wydatki gospodarstw domowych. W latach 2007–2011 ich udział wynosił odpowiednio 83–76%, co wskaże na ich spadek o 7 punktów procentowych, a średnia dla państw unijnych w tych samych latach osiągnęła poziom 75,83–75,05%. Oznacza to, że w Polsce w porównaniu do Unii Europejskiej pacjenci przeznaczają z własnych kieszeni więcej środków na cele zdrowotne. W omawianym przedziale czasu największy ich odsetek można dostrzec na Litwie, Rumunii i Bułgarii (odpowiednio: 98%, 97%, 97% dla roku 2007). Na przestrzeni lat ich wartość nie uległa znaczącym zmianom, jedynie w Rumunii nastąpił wzrost o jeden punkt procentowy (zob. wykres 6). Udział wydatków gospodarstw domowych jest największy, gdyż w przypadku wystąpienia choroby, pacjenci w związku z koniecznością długiego oczekiwania na otrzymanie świadczenia zdrowotnego w ramach systemu, zmuszeni są do skorzystania z usług prywatnych. Podobnie jest w większości krajów europejskich, gdzie główne prywatne wydatki pochodzą właśnie z gospodarstw domowych.



Wykres 7. Roczne wydatki na ochronę zdrowia gospodarstw domowych na 1 mieszkańca w Polsce w latach 2001–2011 (zł)

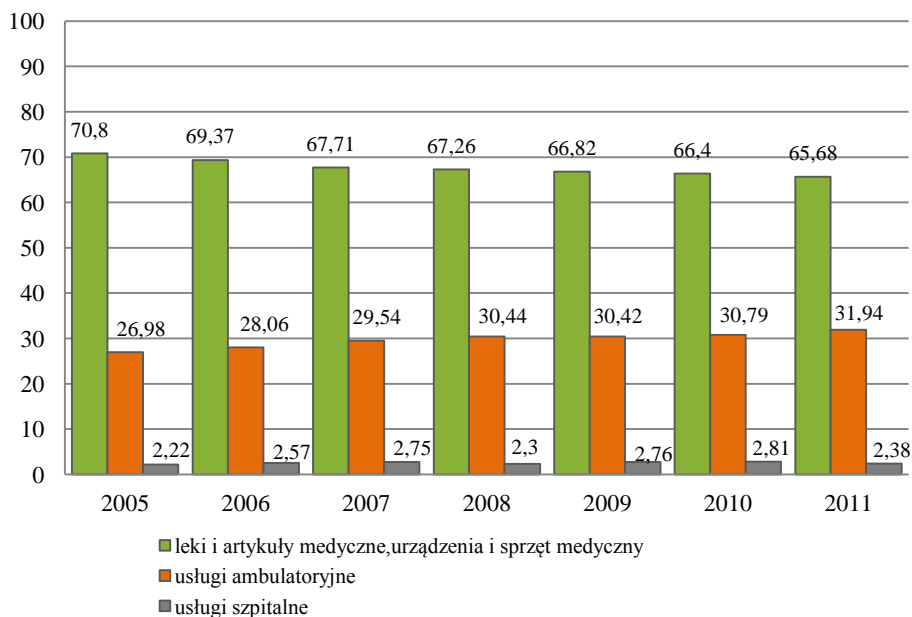
Źródło: Główny Urząd Statystyczny – Budżety gospodarstw domowych w latach 1995–2011.

Wydatki te w ujęciu rocznym w przeliczeniu na jednego mieszkańca na przestrzeni 10 lat (2001–2011) charakteryzowały się niemal ciągłym wzrostem (wykres 7). W 2001 r. wydatki te wyniosły 330,96 zł. natomiast w 2011 r. 604,92 zł. Oznacza to, że przeciętny mieszkaniec Polski wydał w 2011 r. aż o 273,96 zł więcej niż w 2001 r. Wyjątkowo w roku 2005 i 2010 (odpowiednio 4,2 zł i 5,04 zł) zanotowano niewielki spadek wydatków, co było wynikiem przede wszystkim obniżenia się cen dóbr usług konsumpcyjnych związanych ze zdrowiem. Głównymi przyczynami wzrostu wydatków gospodarstw domowych w kolejnych latach są: wzrost cen leków i świadczeń medycznych, ograniczona dostępność do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w systemie publicznym i tym samym większa skłonność Polaków do leczenia się samemu bez pomocy medyków

– znaczący wzrost wydatków na leki dostępne bez recepty [Forsal.pl, *Biznes Gospodarka Świat...*, dostęp: 7.12.2014].

W strukturze wydatków na ochronę zdrowia uwzględnia się trzy podstawowe kategorie:

- leki, artykuły medyczne, urządzenia i sprzęt medyczny,
- usługi ambulatoryjne,
- usługi szpitalne.

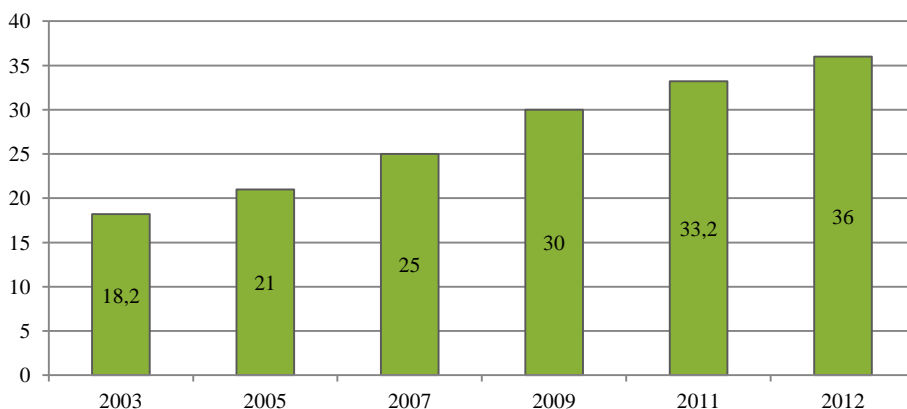


Wykres 8. Struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w latach 2005–2011 (%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OECD <http://stats.oecd.org/index.aspx#>, dostęp: 20.01.2015.

Na podstawie wykresu można zauważyć, że udział wydatków gospodarstw domowych na leki i sprzęt medyczny na przestrzeni lat 2005–2011 był największy i utrzymywał się w granicach ok. 65–70% oraz wykazywał tendencję malejącą. W przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wydatki te kształtują się w przedziale 27–32%. W zakres opieki ambulatoryjnej wchodzi m.in. badania lekarskie, wykonywanie badań profilaktycznych, kierowanie na konsultacje specjalistyczne. Pozostałe 2–3% wydatków przypada na leczenie szpitalne, którego udział jest najmniejszy ze względu na to, że świadczenia te są przyznawane bezpłatnie przez państwo w ramach obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych (wykres 8) [Piekut 2014: 79–96].

Na podstawie wykresu 9 można zauważyć, że wydatki na prywatną opiekę medyczną w kolejnych latach zwiększają się. W 2003 r. wynosiły 18,2 mld zł, a w 2012 r. 36 mld zł. Z tego wynika, że zwiększyły się o 17,8 mld zł. Porównując lata 2009–2012 można zauważyć, iż wydatki publiczne wzrosły o 10 mld zł, czyli ok. 14% (zob. wykres 6), natomiast wydatki prywatne o 6 mld zł, czyli ponad 16%. W konsekwencji tempo wydatków na prywatną opiekę rośnie szybciej (ponad 2%) niż wydatki publiczne na ten cel. Przyczyną tego jest sytuacja, w której dostęp do publicznej służby zdrowia jest ograniczony, dlatego ludzie skłonni są do wydawania pieniędzy na usługi świadczone w prywatnych gabinetach. Ponadto w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej, Polska ma niekorzystną strukturę prywatnych wydatków dla ochronę zdrowia – dominują w niej jednorazowe wydatki ponoszone bezpośrednio z kieszeni pacjenta. Taka struktura wydatków to efekt m.in. barier regulacyjnych uniemożliwiających skuteczny rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Takimi barierami jest brak regulacji prawnych umożliwiających działalność oraz niski poziom zamożności społeczeństwa (wykres 9).



Wykres 9. Wydatki na prywatną opiekę medyczną w Polsce w wybranych latach (mld zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Ministerstwa Zdrowia.

WNIOSKI

Wzrost wydatków na świadczenia zdrowotne jest spowodowany zmianami demograficznymi w państwach Unii Europejskiej. Ze względu na starzenie się społeczeństw państwa są i będą zmuszane do przeznaczenia większej ilości środków na cele zdrowotne. Ponadto rządy państw powinny racjonalnie wykorzystywać zgromadzone środki, tak aby były one przeznaczone na zasadnicze działania, ustalając odpowiednie proporcje wydatkowania. Wzrost zapotrzebo-

wania na wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce jest jednym z najwyższych w Unii Europejskiej, lecz mimo że wydatki w naszym państwie wykazują tendencję rosnącą, to w porównaniu z innymi krajami wciąż są na bardzo niskim poziomie. Wzrost kosztów świadczeń powoduje, że państwo nie jest w stanie zaspokoić potrzeb zdrowotnych dla społeczeństwa, z czego wynika, że system ochrony zdrowia w Polsce nie jest stabilny finansowo. W systemie finansowania zdrowotnego korzystną funkcję pełnią obowiązkowe ubezpieczenia, ponieważ środki te trafiają bezpośrednio do budżetu NFZ, a nie do budżetu państwa, dlatego też mamy gwarancję, że będą one przeznaczane wyłącznie na cele zdrowotne. Niestety większa część systemu wymaga wdrożenia radykalnych reform. Wprowadzane w państwach europejskich zmiany dotyczą głównie zmniejszenia udziału instytucji publicznych w zakresie finansowania ochrony zdrowia na rzecz podmiotów prywatnych. Jednakże zmiany te są ściśle powiązane z przyjętym modelem systemu zdrowotnego oraz politycznego. W Polsce istnieje silna potrzeba rozwoju i upowszechnienia rynku ubezpieczeń dobrowolnych, gdyż w ten sposób można byłoby wesprzeć finansowanie całego systemu zdrowotnego. Niestety w mniej zamożnych krajach (w tym w Polsce) rozwinięcie sektora prywatnego wiąże się z negatywnym skutkiem jakim jest objęcie ochroną zdrowotną jedynie bogatszej części społeczeństwa. Ponadto w Polsce obserwujemy duży udział wydatków z kieszeni pacjenta w finansowaniu prywatnym w porównaniu do pozostałych krajów Unii Europejskiej. Niestety środki te są nieefektywnie wydawane, gdyż nikt nimi nie zarządza bo nie są kierowane bezpośrednio do świadczeniodawców, w wyniku czego nie poprawia się także jakość otrzymywanych usług zdrowotnych. Podsumowując, brak odpowiedniej ilości środków na ochronę zdrowia, duże kolejki oraz niedostateczna jakość otrzymywanych świadczeń to problemy, z którymi muszą się zmagać wszystkie kraje Unii Europejskiej. Dlatego też należy wprowadzić usprawnienia, które odciążą-łyby finansowo społeczeństwa, ale również pozwoliły na znalezienie nowych środków na wzmocnienie całego systemu danego kraju.

BIBLIOGRAFIA

- Euro Health Consumer Index 2013*, <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>.
- Forsal.pl, *Biznes Gospodarka Świat*, http://forsal.pl/artykuly/632648,wydatki_gospodarstw_na_ochrone_zdrowia_sa_dwa_razy_wyzsze_niz_10_lat_temu.html.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Raport – Zielona Księga II*, wersja III, Warszawa 29 sierpnia 2008, dostęp: 27.11.2014.
- Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-1,3.html>.
- Goodman H., Vaddington C., „*Financing health care*”, Wydawnictwo Oxfam UK and Ireland 1993, https://books.google.pl/books?id=tVfIOqOL_uUC&printsec=frontcover&dq=health+care+financing&hl=pl&sa=X&ei=xRvCVKq2POe_ywPdloLgDg&ved=0CF8Q6AEwCQ#v=onepage&q=health%20care%20financing&f=false.

- Lachiewicz S., Matejun M., 2007, *Problemy współczesnej praktyki zarządzania*, t. I, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź.
- Łyszczarz B., 2014, *Ocena efektywności systemów opieki zdrowotnej w krajach OECD*, Rozdział: *Ekonomiczne uwarunkowania funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Walters Kluwer SA, Warszawa.
- Ministerstwo Finansów – *Budżet państwa w ujęciu zadaniowym*, http://www.budzet-zadaniowy.com/budzet_zadaniowy/wyswietl/130/budzet_panstwa_w_ujeciu_zadaniowym.html.
- Ministerstwo Finansów – *Informacja o wykonaniu wydatków w układzie zadaniowym w 2008 r.*
- Ministerstwo Finansów – *Informacja o wykonaniu wydatków w układzie zadaniowym w 2009 r.*
- Ministerstwo Finansów – *Informacja o wykonaniu wydatków w układzie zadaniowym w 2010 r.*
- Ministerstwo Finansów – *Informacja o wykonaniu wydatków w układzie zadaniowym w 2011 r.*
- Ministerstwo Finansów – *Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa w latach 2007–2011*, <http://www.mf.gov.pl/ministerstwo-finansow/dzialalnosc/finanse-publiczne/budzet-panstwa/wykonanie-budzetu-panstwa/sprawozdanie-z-wykonania-budzetu-panstwa-roczne;jsessionid=0B3DEF14B2695CDC4F84BEE3ED5C9A65>.
- Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechne-ubezpieczenie-zdrowotne/historia>.
- Miszczyńska K., 2013, *Healthcare expenditures vs. health of the population*, „e-Finanse Kwartalnik Internetowy”, vol. 9, nr 2.
- Mról T., 2012, *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok.
- Narodowy Fundusz Zdrowia, <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=3&dzialnr=10&artnr=4617>, dostęp: 16.12.2014.
- Narodowy Fundusz Zdrowia – *Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2007 rok*, Biuletyn Informacji Publicznej NFZ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia – *Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2008 rok*, Biuletyn Informacji Publicznej NFZ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia – *Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok*, Biuletyn Informacji Publicznej NFZ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia – *Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 rok*, Biuletyn Informacji Publicznej NFZ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia – *Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 rok*, Biuletyn Informacji Publicznej NFZ.
- Niznik J., 2004, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Wydawnictwo I, Oficyna Wydawnicza Branta, System finansowania ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej.
- Nojszewska E., 2011, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo Walters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa.
- OECD <http://stats.oecd.org/index.aspx#>.
- Owoc A., Owoc J., Bojar I., Pawełczak-Barszczowska A., 2009, *Functioning of the healthcare system in Poland – interest and self-assessed level of knowledge of the surveyed*, „Zdrowie Publiczne”, vol. 119(3).
- Piekut M., 2014, *Wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych – porównanie międzynarodowe*, „Ekonomia i Zarządzanie”, vol. 6, no. 1, Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej.
- Raport Polskiej Izby Ubezpieczeń https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/110908_PIU_Infarma_Sequence_opracowanie_dodatkowe_ubezpieczenia.pdf.
- Rudawska I., Urbańczyk E., 2012, *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, [w:] *Zwiększenie źródeł finansowania polskiej opieki zdrowotnej*, Diffin, Warszawa.

- Ryć K., Skrzypczak Z., 2010, *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, [w:] *Struktura finansowania wydatków na ochronę zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Sharma M., Atri A., 2010, *Essentials of international health*, Wydawnictwo Jones and Bartlett's Publishers LLC, Chapter 11: *World Health System – The four models of health care system*.
- Suhecka J., 2010, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, [w:] *Podstawowe modele systemów zdrowotnych*, Wydawnictwo Walters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa.
- Suhecka J., 2011, *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Rozdział 4: *Finansowanie prywatne ochrony zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo Walters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa.
- Włodarczyk W. C., Kowalska I., Mokrzycka A., 2012, *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*. Część pierwsza: *Ramy polityki społecznej i zdrowotnej*, Wydawnictwo Walters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa.
- WHO *Global Health Expenditure Database*, <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
- WHO – World Health Report 2010 – *Health systems financing: The path to universal coverage*, <http://www.who.int/whr/2010/en/>, dostęp: 18.12.2014.

HEALTH EXPENDITURES IN POLAND AND OTHER EUROPEAN UNION COUNTRIES IN YEARS 2007–2011

The purpose of this article is to show the size of the expenditures on healthcare in Poland in comparison to other European Union countries. The public financing is based on expenditures of National Health Fund (NFZ) and state budget expenditures, whereas in private financing expenditures on private insurance, private insurance of employers and household expenses could be pointed out. The analysis of expenditures revealed main problems in healthcare financing and proposed changes which could affect the improvement of healthcare system, both in Poland and the European Union.

Key words: health care financing, health system, public and private expenditures.