

Anna Mitek^{*}

PRZYSZŁOŚĆ SYSTEMU FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W ASPEKCIE PROGNOZOWANYCH ZMIAN DEMOGRAFICZNYCH – WYBRANE PROBLEMY

1. WPROWADZENIE

Systemy ochrony zdrowia mają zawsze specyficzny charakter, głównie z uwagi na konieczność łączenia dwóch głównych, całkowicie zbieżnych interesów: z jednej strony ratowanie życia ludzkiego a z drugiej strony ekonomiczny aspekt finansowania usług. Przystosowanie systemu do potrzeb jest drogą długofalową, uwzględniającą ciągłe zmiany gospodarczo-społeczne. Jednym z wyzwań dla obecnego systemu zdrowia w Polsce jest dostosowanie się do zmian demograficznych, a szczególnie do dynamicznego procesu starzenia społeczeństwa.

Celem artykułu jest badanie i przyjrzenie się zasadom finansowania świadczeń w ramach ochrony zdrowia wraz z oceną wysokości wydatków na ten cel oraz udziału w wydatkach ze środków publicznych w Polsce. Hipoteza główna zakłada, iż finansowanie ze środków publicznych jest niewystarczające i mało adekwatne do zapotrzebowania, a także wciąż pojawiających się nowych potrzeb wynikających między innymi z postępu w medycynie, skuteczności leczenia oraz wydłużaniem życia ludzkiego i innych zmian demograficznych. Można przypuszczać również, iż środki przeznaczane przez Polskę na ochronę zdrowia są niższe niż w innych krajach Europy.

2. SYSTEM FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

2.1. Zasady finansowania ochrony zdrowia

System opieki zdrowotnej przechodził wiele zmian w XX w., zaczynając od tzw. modelu Siemaszki, scentralizowanego i finansowanego głównie z budżetu państwa. Następnie po kilku modyfikacjach w okresie PRL, system przeszedł

^{*} Mgr, Uniwersytet Szczeciński.

gruntowną zmianę w 1999 r. po wprowadzeniu równolegle szeregu reform, w tym reformy zdrowia a także reformy samorządowej. W wyniku reform ustanowiono obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne jako podstawowe źródło finansowania świadczeń zdrowotnych.

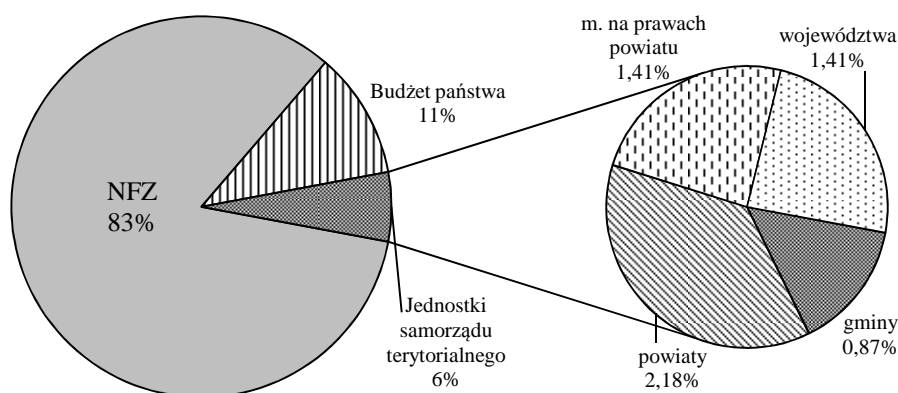
Głównym założeniem zmian było wdrożenie nowej koncepcji zdecentralizowanego modelu finansowania systemu ochrony zdrowia w formie ubezpieczenia celowego, opierającego się również na zadaniach jednostek samorządowych. Odpowiednie jednostki terytorialne zostały odpowiedzialne za organizację udzielania świadczeń. W tym celu powstały kasy chorych (wraz z ich lokalnymi oddziałami) a następnie w 2003 r. zastąpiono jedną instytucją – Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), która przywróciła scentralizowany podział środków publicznych pochodzących z ubezpieczenia zdrowotnego na regionalnymi oddziałami.

Zasadnicza funkcja NFZ to finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i kontraktowanie ich z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami [*Zarys systemu ochrony zdrowia 2011*: 43]. Oprócz NFZ, dwa inne podmioty pełnią ważne role w systemie, a mianowicie Ministerstwo Zdrowia oraz samorządy terytorialne. Głównym zadaniem Ministerstwa Zdrowia (przy współpracy z Ministerstwem Finansów) jest kontrola nad działalnością NFZ oraz nadzór nad gospodarką finansową. Z kolei zadanie samorządów terytorialnych sprowadza się m. in. do identyfikowania potrzeb zdrowotnych wśród mieszkańców, szacowanie podaży świadczeń zdrowotnych, finansowania inwestycji wraz z pełnieniem kontroli w tym zakresie [*Zarys systemu ochrony zdrowia 2011*: 43].

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne jest podstawowym źródłem finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, które stanowią część systemu ubezpieczeń społecznych. NFZ jest głównym płatnikiem w systemie, którego środki są gromadzone poprzez pobierane w formie składek. Składka na ubezpieczenie zdrowotne pracownika wynosi 9% podstawy wymiaru składki (podstawą wymiaru składki jest przychód brutto pomniejszony o składki na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracownika, tj. od 86,29% wynagrodzenia brutto) i pobierana w całości od dochodu pracownika [*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.*, art. 81]. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą wysokość składki wynosi tyle samo, jednak podstawa wymiaru składki nie może być mniejsza niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w IV kwartale roku poprzedniego [*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.*, art. 79].

Ochrona zdrowia również jest finansowana ze środków publicznych pochodzących z budżetu państwa i budżetu jednostek samorządu terytorialnego (JST). Z budżetu państwa finansowane jest przede wszystkim ratownictwo medyczne i między innymi świadczenia wysokospecjalistyczne (np. przeszczepy, kosztowne i specjalistyczne zabiegi), profilaktyka, administracja oraz inwestycje. Natomiast samorządy terytorialne przeznaczają środki publiczne w głównej mierze

na finansowanie inwestycji, na składki na ubezpieczenie i świadczenia dla osób nie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, na profilaktykę i programy zdrowia publicznego [Zarys systemu ochrony zdrowia 2011: 90]. Udział środków pochodzących z budżetu państwa i JST w ogóle wydatków publicznych na opiekę zdrowotną nie jest tak znaczący jak koszty świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez NFZ (rys. 1).



Rys. 1. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w 2011 r.

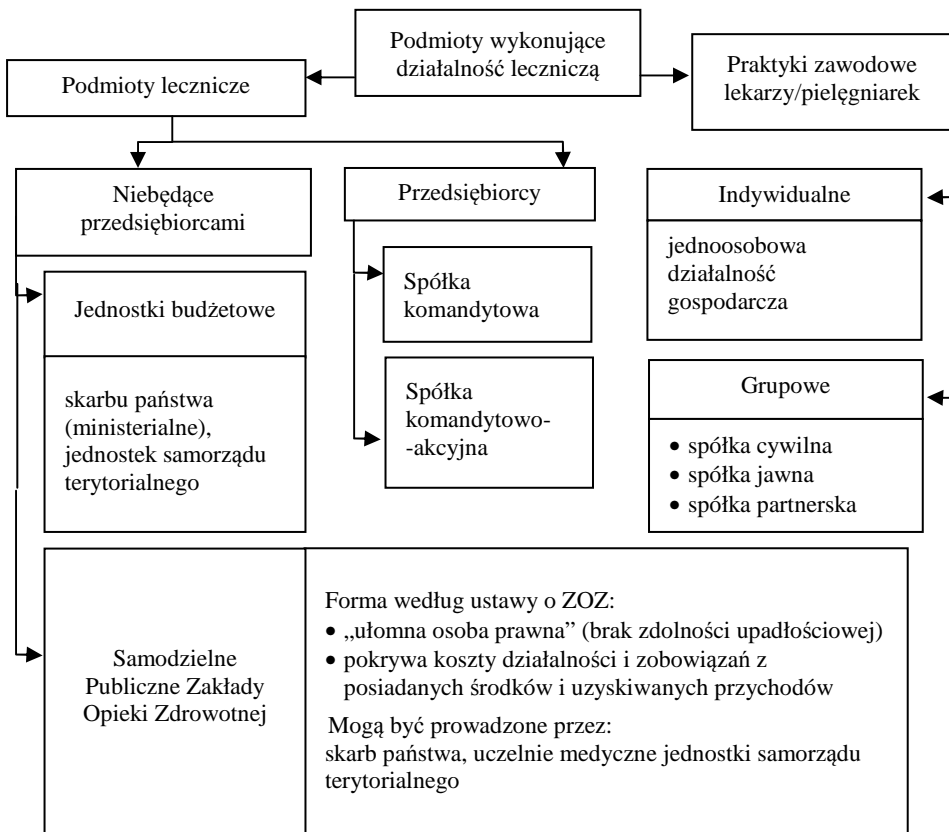
Źródło: *Zarys systemu ochrony zdrowia: Polska 2011* [2012: 293–294,296].

W 2011 r. na ochronę zdrowia przeznaczono 69,7 mld zł środków publicznych. Największy udział wydatków publicznych poniesionych ochronę zdrowia jest finansowane ze środków NFZ, którego koszty poniesione z tytułu świadczeń zdrowotnych wyniosły w 2011 r. 58 104,7 mln zł i stanowiły 83% ogółu wydatków. W większości środki te były przeznaczane na lecnictwo szpitalne, refundacje leków i podstawową opiekę zdrowotną. Z kolei wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia wynosiły 7 492,4 mln zł i stanowiły 11% wydatków na ochronę zdrowia (2,5% wydatków ogółem budżetu państwa). Natomiast najmniejszy udział w finansowaniu ochrony zdrowia posiadają samorzady terytorialne, finansujące zaledwie 6% wydatków, tj. 4 089,5 mln zł. Wśród JST największym budżetem na finansowanie ochrony zdrowia dysponują powiaty i miasta na prawach powiatu, a w dalszej kolejności na województwa i gminy. [Zarys systemu ochrony zdrowia 2011: 29–294, 296].

Istnieje również możliwość wykupienia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, które nie ma charakteru zastępczego bądź uzupełniającego. Stanowi dodatkowe rozwiązanie i wsparcie systemu publicznego. W Polsce tego typu rynek ubezpieczeń nie jest jeszcze rozwinięty. Szacuje się, że udział dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w 2009 r. nie przekroczył 0,6% wydatków ogółem na opiekę zdrowotną (wydatki publiczne i prywatne).

2.2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą

Istniejący system opieki zdrowotnej opiera się w głównej mierze na podmiotach określanych jako Zakłady Opieki Zdrowotnej (ZOZ), które mogą mieć charakter zarówno publiczny jak i niepubliczny oraz na praktykach zawodowych lekarzy lub pielęgniarek. W ramach systemu ochrony zdrowia finansowane są świadczenia z publicznych środków, niezależnie czy podmiot ma charakter prywatny czy nie. Warunkowym kryterium są zakontraktowane świadczenia z NFZ.



Rys. 2. Podmioty prowadzące działalność leczniczą według ustawy o działalności leczniczej z 2011 r.

Źródło: Mokrzycka i Kowalska [2012: 144].

Nowa ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. wprowadza kilka zasadniczych zmian w gospodarce finansowej szpitali, w szczególności tych zadłużonych ale również pewne zmiany definicyjne. W efekcie zamiast

stosować pojęcia świadczeniodawcy lub ZOZ-y stosuje się terminologię podmioty lecznicze lub przedsiębiorstwa lecznicze. Zmiana podejścia w nazewnictwie wydaje się być istotna – do tej pory świadczenia zdrowotne były świadczone przez podmioty wskazane w ustawie. Obecna ustawa uwzględnia wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych takie jak: przedsiębiorcy, pozostałe SP ZOZ-y (nieprzekształcone), kliniki uniwersyteckie oraz podmioty indywidualne [Mokrzycka 2012: 140]. Szczegółowy podział podmiotów prowadzących działalność leczniczą według wprowadzonej ustawy przedstawiony jest na rys. 2.

3. FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Ochrona zdrowia finansowana jest przede wszystkim ze wspomnianych środków publicznych, oraz także ze środków prywatnych pacjentów. Dokładny podział wydatków na ochronę zdrowia zamieszczany jest co roku w *Narodowym Rachunku Zdrowia*, co przedstawia tab. 1.

Tabela 1

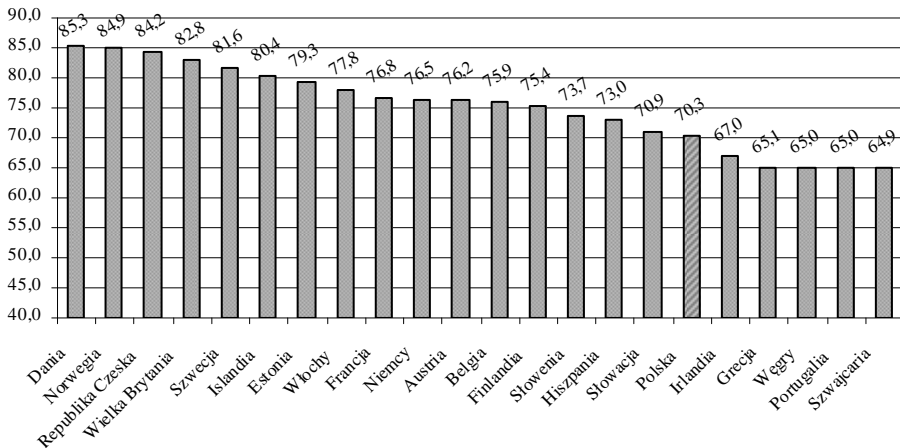
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w latach 2009–2011 w mln zł

Wyszczególnienie	2009	2010	2011
	w mln zł		
Publiczne wydatki bieżące			
z tego:	64 763	66 500	69 224
Wydatki z budżetu państwa	2 049	1 880	1 973
Wydatki budżetów JST	2 973	3 547	4 220
Fundusze ubezpieczeń społecznych	59 741	61 074	63 031
Prywatne wydatki bieżące			
z tego:	25 622	26 274	28 450
Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	22 018	22 001	23 397
Inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia	3 605	4 273	5 052
Razem wydatki bieżące	90 385	92 775	97 673
Inwestycje	6 590	6 710	7 323
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	96 976	99 485	104 996

Źródło: *Narodowy Rachunek Zdrowia za lata 2010–2011*.

W latach 2009–2011 wydatki na ochronę zdrowia wzrosły z poziomu 90,4 mld zł w 2009 r. do poziomu 97,7 mld zł, czyli ze średniorocznym wzrostem wydatków na poziomie 4% [*Narodowy Rachunek Zdrowia za lata 2010–2011*]. Wydatki prywatne gospodarstw domowych stanowią główny strumień

wydatków w sektorze prywatnym i badanym okresie stanowiły średnio około 29% wydatków bieżących. Są to głównie wydatki na lekarstwa, sprzęt leczniczy, rehabilitacyjny itp.. W Polsce średni udział wydatków na ochronę zdrowia pochodzących ze środków publicznych w ogóle wydatków bieżących stanowi około 71%, tym samym plasując Polskę wśród państw europejskich o najniższym wskaźniku relacji wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia (rys. 3). Znaczna część wydatków ogółem na ochronę zdrowia stanowią wydatki bieżące.



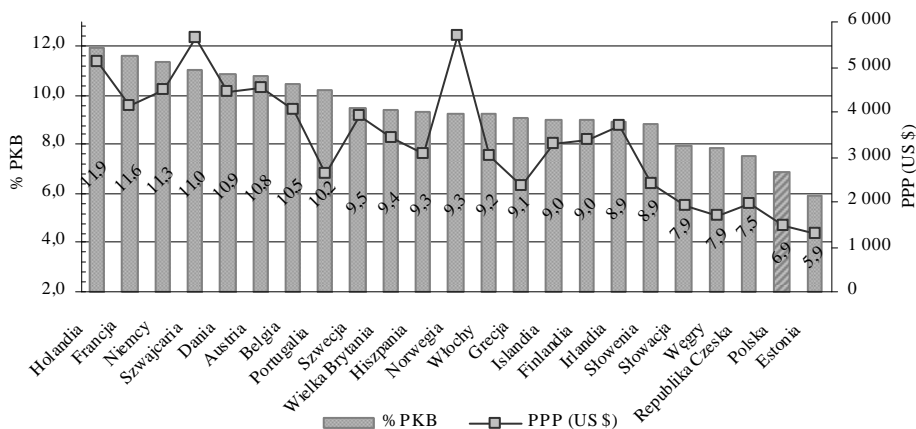
Rys. 3. Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w 2011 r.

Źródło: <http://stats.oecd.org>.

W większości państw europejskich udział wydatków publicznych jest znaczący, a przekraczających ponad 75% udziału jest ponad połowa państw, w tym głównie państwa skandynawskie, Wielka Brytania, Niemcy, Włochy czy Austria ale też takie państwa jak Czechy czy Estonia. Duży udział wydatków publicznych zależy przede wszystkim od tego jak skonstruowany jest system, jak dużą autonomię w finansowaniu ma aparat państwa i jak wiele potrzeb jest w stanie zaspokoić. Na przykładzie Polski zauważamy, że pomoc ze środków publicznych bywa utrudniona, gdzie na niektóre świadczenia trzeba czekać wiele tygodni a nawet miesięcy lub nie wszystkie lekarstwa mogą być refundowane. Wszystko zależy od prowadzonej polityki, sposobu szukania oszczędności w budżecie, czasem często kosztem pacjenta.

W 2011 r. państwa, których wydatkach na ochronę zdrowia stanowiły największy udział w PKB, wynosząc ponad 10% PKB to głównie kraje Europy zachodniej (zachodnie i południowe państwa ościenne Niemiec oraz Portugalia). Europa południowa i północna finansuje ochronę zdrowia na zbliżonym pozio-

mie w porównaniu do udziału w PKB (rys. 4). Zauważalny jest również wyraźny podział na Europę wschodnią i centralną, w tym także i w Polsce. Udział w PKB jest znacznie niższy, nie przekraczający 7,9% PKB, osiągający minimalny poziom 5,5% PKB w Estonii. Polska jest państwem o drugim najmniejszym udziale wydatków na ochronę zdrowia, wynoszącym 6,9% PKB [<http://stats.oecd.org>]. Wynik Polski w porównaniu do innych państw potwierdza, iż ochrona zdrowia jest niewystarczająco finansowana i potrzebne są zmiany systemowe.



Rys. 4. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w państwach europejskich w 2011 r. w relacji do PKB i na jednego mieszkańca

Źródło: jak do rys. 3.

Analiza parytetu siły nabywczej (PPP) wykazuje pewną korelację pomiędzy udziałem wydatków w PKB, jednak z niewielkimi odchyleniami od kolejności według PKB (wzwyż – Szwajcaria, Norwegia, poniżej – Portugalia, Grecja). Polska wydała na ochronę zdrowia w 2011 r. w przeliczeniu na 1 osobę 1 452 \$, która jest drugą od końca państwem o najniższej kwocie wydatków na 1 mieszkańca [<http://stats.oecd.org>]. Średnia dla analizowanych państw wynosi 3 374 \$, a więc ponad dwa razy więcej niż Polska przeznaczna na 1 osobę na ochronę zdrowia.

3.1. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia według funkcji

Na przestrzeni lat 2003–2011 wydatki na ochronę zdrowia wzrosły o 99,5% do poziomu 104,9 mld zł w 2011 r. W ostatnim badanym roku około 93% wydatków ogółem to wydatki bieżące, a wśród nich sklasyfikowane jest 7 rodzajów usług. Największą grupę wydatków stanowią oczywiście usługi lecznicze

(51,4%) i produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych (24,5%). Pozostałe usługi mają kilku procentowe udziały w wydatkach ogółem, największe z nich to usługi długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (6%). Tabela 2 przedstawia poszczególne rodzaje usług, ich wartość i udział w wydatkach ogółem w poszczególnych latach oraz dynamikę zmian.

Na podstawie powyższych danych wydatki systematycznie wzrastały w okresie 2003–2011. Wydatki na usługi lecznicze wzrosły z 25,9 mld zł w 2003 r. do 53,7 mld zł w 2011 r., tj. o 108,4 %, zwiększając tym samym swój udział w wydatkach ogółem o 2,2 pkt. proc. Największy wzrost odnotowano dla wydatków na usługi rehabilitacyjne, które wzrosły o 313,8% od roku 2003 i wyniosły w 2011 r. 3,5 mld zł. Ich udział w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia wzrósł o 1,7 pkt. proc. Również dużym wzrostem charakteryzują się wydatki na usługi opieki długoterminowej, które wzrosły w ciągu dziewięciu lat o 144,1% w porównaniu do roku 2003 i zwiększyły swój udział w wydatkach ogółem o 1,1 pkt. proc., stanowiąc trzecie największe źródło wydatków. O 1,2 pkt. proc. wzrósł również udział wydatków na usługi pomocnicze w ochronie zdrowia, które na przestrzeni lat wzrosły o 181%, wynosząc 4,4 mld zł w 2011 r. [<http://stats.oecd.org>].

W latach 2003–2011 odnotowano systematyczny spadek udziału wydatków na produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych (stanowiące drugie, największe źródło wydatków) oraz na profilaktykę i zdrowie publiczne, o kolejno 7,9 pkt. proc. i o 1,3 pkt. proc. wydatków ogółem. W przypadku wydatków na administrację ochrony zdrowia wydatki zmniejszyły swój udział o zaledwie 0,1 pkt. proc. Wszystkie trzy funkcje stanowią jednak niewielki udział w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia [<http://stats.oecd.org>].

Podsumowując analizę wydatków bieżących na ochronę zdrowia według funkcji, największe i najistotniejsze zmiany są zauważalne na przestrzeni lat w trzech grupach: usług rehabilitacyjnych, usług opieki długoterminowej i usług pomocniczych. Wpływy na te zmiany należy doszukiwać się w zmianach demograficznych Polski.

4. ZMIANY DEMOGRAFICZNE POLSKI A ZMIANY W ŚWIADCZENIACH OCHRONY ZDROWIA

Nieuchronne zmiany demograficzne niosą konsekwencje w funkcjonowaniu gospodarki jako całość, ale również i systemu ochrony zdrowia wraz ze świadczeniami medycznymi stosowanymi do zapotrzebowania.

Na zmiany w koszyku usług medycznych istotnie mają wpływ następujące okoliczności: rodzi się coraz mniej dzieci, przyrost naturalny jest ujemny i przybywa więcej osób starszych. Na podstawie danych w tab. 3 można zaobserwować malejący odsetek ludności poniżej 30. roku życia a wzrastająca liczba ludzi powyżej 60 lat.

Tabela 2

Wydatki na ochronę zdrowia według funkcji w latach 2003–2011 ujęte kwotowo (w mln zł) i udziałowo do wydatków ogółem na ochronę zdrowia (%)

Wydatki ogółem (wraz z inwestycjami)	Wydatki bieżące razem	Administracja ochrony zdrowia i ubezpieczeń	Profilaktyka i zdrowie publiczne	Produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych	Usługi pomocnicze w ochronie zdrowia	Usługi długoterminowej opieki pielęgnacyjnej	Usługi rehabilitacyjne	Usługi lecznicze	Rodzaje usług	
HC.1–HC.7; HCR.1	HC.1–HC.7	HC.7	HC.6	HC.5	HC.4	HC.3	HC.2	HC.1	kod	
52 632	50 438	730	1 736	17 070	1 583	2 571	849	25 899	zł	2003
100	95,8	1,4	3,3	32,4	3,0	4,9	1,6	49,2	%	
57 358	54 758	1 393	965	18 285	1 923	3 567	1 209	27 417	zł	2004
100	95,5	2,4	1,7	31,9	3,4	6,2	2,1	47,8	%	
61 100	57 519	892	1 394	18 691	2 177	3 978	1 694	28 693	zł	2005
100	94,1	1,5	2,3	30,6	3,6	6,5	2,8	47,0	%	
65 731	62 057	915	1 517	19 589	2 433	4 291	1 877	31 435	zł	2006
100	94,4	1,4	2,3	29,8	3,7	6,5	2,9	47,8	%	
74 524	69 747	1 459	1 681	20 463	2 574	4 473	2 214	36 883	zł	2007
100	93,6	2,0	2,3	27,5	3,5	6,0	3,0	49,5	%	
87 835	81 967	1 379	1 957	22 421	3 409	4 651	2 664	45 486	zł	2008
100	93,3	1,6	2,2	25,5	3,9	5,3	3,0	51,8	%	
96 976	90 385	1 295	2 115	24 410	4 042	5 011	3 033	50 480	zł	2009
100	93,2	1,3	2,2	25,2	4,2	5,2	3,1	52,1	%	
99 485	92 775	1 261	1 987	24 615	4 093	5 759	3 424	51 637	zł	2010
100	93,3	1,3	2,0	24,7	4,1	5,8	3,4	51,9	%	
104 997	97 673	1 612	2 087	25 770	4 448	6 275	3 513	53 968	zł	2011
100	93,0	1,5	2,0	24,5	4,2	6,0	3,3	51,4	%	
99,5%	93,7%	120,8%	20,2%	51,0%	181,0%	144,1%	313,8%	108,4%	2003: 2011	Dyna- mika

Źródło: <http://stats.oecd.org>; *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 i 2011.*

Szacuje się, że w najbliższych latach trendy te się utrwalą. Również tendencję tą potwierdza analiza przeciętnego dalszego trwania życia. W 2012 r. długość życia kobiety 60 letniej wydłużyła się z 19,96 lat do 23,77, czyli o blisko 4 lata a mężczyzny o około 3 lata do poziomu 18,59 lat. Natomiast w przypadku kobiety i mężczyzny w wieku 75 lat o 2,73 lata więcej u kobiet i 2,21 lata u mężczyzn. Żyjemy zatem coraz dłużej, z każdą dekadą przeciętne dalsze trwanie życia się wydłuża a w związku z tym istnieje zapotrzebowanie na odpowiednie formy usług.

Tabela 3

Przeciętne dalsze trwanie życia w latach 1990–2012 i struktura ludności według wieku w latach 1960–2011

Przeciętne dalsze trwanie życia					Ludność według wieku w %						
Lata	kobieta lat		mężczyzna lat		Wiek	1960	1970	1978	1988	2002	2011
	60	75	60	75							
1990	19,96	9,46	15,33	7,51	0–17 lat	37,7	32,9	28,7	29,9	23,2	18,7
2000	21,13	10,09	16,72	8,57	18–59	52,6	54,1	58,0	55,5	59,9	61,5
2012	23,77	12,19	18,59	9,72	18–29	17,0	19,0	22,6	16,7	19,4	18,5
Różnica (1990 a 2012)	3,81	2,73	3,26	2,21	0–59	35,6	35,1	35,4	38,8	40,5	43,0
					60 lat i więcej	9,7	13,0	13,3	14,6	17,0	19,8

Źródło: *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa 2013, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_894_PLK_HTML.htm.

Wcześniejsze analizy wskazały największy wzrost wydatków bieżących w latach 2003–2011 na usługi rehabilitacyjne i opieki długoterminowej. Są to usługi, na które wzrasta zapotrzebowanie właśnie w wyniku tendencji starzejącego się społeczeństwa. Starsi ludzie potrzebują wsparcia i świadczeń, które przywrócą im sprawność fizyczną i psychiczną, szczególnie po operacjach czy wypadkach. Rehabilitacja jest jedną z form pomocy w takich przypadkach, tak samo jak świadczenia opieki długoterminowej, które są usługami w długim okresie czasu, które również mają na celu przywrócenie do możliwie najlepszej sprawności.

W latach 2009–2011 najwięcej łóżek przybyło w 2011 r. na oddziałach rehabilitacyjnych, o 6,1% niż w roku poprzednim czyli o 855 łóżek [*Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 i 2011*, 2011–2012: 94]. Także baza łóżkowa w zakładach opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgniacyjno-opiekuńcze o charakterze ogólnym i psychiatrycznym) została zwiększona o 1,9 tys. sztuk w porównaniu do 2010 r., a łączna liczba łóżek wynosiła na koniec 2011 r. 26,8 tys. łóżek [*Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 i 2011*,

2011–2012: 94]. Inna forma opieki, placówki hospicyjne niestety odnotowały także wzrost liczby łóżek oraz zwiększyła się liczba placówek, o 12 więcej niż przed 2011 r. Większość pacjentów zakładów opieki długoterminowej i hospicyjnej to osoby w wieku powyżej 65 lat (72%), w tym ponad 3/4 to osoby, które osiągnęły 75 lat i więcej.

Zatem, można stwierdzić iż tendencja utrzymujących się zmian demograficznych zaczęła inicjować potrzeby korzystania ze świadczeń zdrowotnych, które w dawniejszych czasach nie były tak odczuwalne jak teraz. Coraz więcej potrzeba usług opiekuńczych dla osób starszych, które dłużej żyją, a zdrowie odmawia posłuszeństwa na tyle aby czuć się samodzielnym. Jest to naturalny problem, również powszechny w innych krajach europejskich.

5. PODSUMOWANIE

Efektywne finansowanie świadczonych usług medycznych ma istotne znaczenie dla wszystkich użytkowników rynku świadczeń zdrowotnych, głównie dla podmiotów realizujących zadania oraz płatników, ale także dla samych świadczeniobiorców. Każdy potencjalny pacjent oczekuje odpowiedniej opieki przy najlepszej jakości usług. Na tle innych państw europejskich polski system jest jednym z najslabiej finansowanych systemów ochrony zdrowia w Europie, szczególnie uwzględniając wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca, co potwierdza założenia w stawianych hipotezach. Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia jest jednym z najniższych w Europie, wynoszący 70,3% w 2011 r., co świadczy o znacznie większych wydatkach pochodzących z prywatnych funduszy pacjenta i mało adekwatnym systemie, skoro dodatkowo znaczną część pokrywa sam świadczeniobiorca. Również wydatki ogółem na ochronę zdrowia w relacji do PKB stanowią jeden z najniższych odsetków. Wyzwaniem dla polskiego systemu są zmiany w trendach świadczonych usług. Zauważalny jest wzrost wydatków na świadczenia, które pomagają wesprzeć osoby starsze, jak w szczególności usługi rehabilitacyjne czy opieki długoterminowej. System stara się dostosowywać do nowych potrzeb w miarę możliwości, jednak ciężko o intensywny rozwój nowych świadczeń, bez pozyskania nowego, celowego źródła ich finansowania. Przyszłość polskiego systemu zdrowia, być może, powinna uwzględniać szerszy zakres i dostępność świadczeń dla osób starszych oraz nowe zasady finansowania, wzorując się, na rozwiązaniach innych państw europejskich. Wskazana byłaby dalsza, szersza analiza rozwiązań innych państw radzących sobie z bardziej optymalnym finansowaniem świadczeń w perspektywie ciągłych zmian. Sprostanie tym wymaganiom, w obliczu zmian gospodarczych a także społecznych, jest trudnym zadaniem przed którym stoi polski system ochrony zdrowia.

BIBLIOGRAFIA

- <http://stats.oecd.org> [data dostępu: 29.07.2013].
http://www.nfz-szczecin.pl/skladka_na_ubezpieczenie_zdrowotne.htm.
Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Warszawa 2013, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_894_PLK_HTML.htm.
 Mokrzycka A., Kowalska I., 2012, *Podmioty lecznicze w Polsce w perspektywie reform zdrowotnych*, Difin, Warszawa.
Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok, 2011, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok, 2012, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003, nr 45, poz. 391.
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, nr 210, poz. 2135.
Zarys systemu ochrony zdrowia: Polska 2011, 2012, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa.
Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 roku, 2012, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku, 2012, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

Anna Mitek

**PRZYSZŁOŚĆ SYSTEMU FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W ASPEKTCIE
 PROGNOZOWANYCH ZMIAN DEMOGRAFICZNYCH – WYBRANE PROBLEMY**

W artykule przedstawiono system ochrony zdrowia w Polsce, w szczególności organizację, zasady funkcjonowania oraz finansowania. Szczegółowej analizie zostały poddane wyniki polskiego systemu na tle państw europejskich, w celu porównania efektywności systemu. W analizie przyjęto przypuszczenie, iż polski system jest niedostatecznie finansowany oraz słabo dostosowany do zmieniających się trendów społeczno-gospodarczych. Wyniki analizy potwierdzają niewystarczalne finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, jak również podejmowanie prób sprostania zmianom i dostosowywanie się do nich poprzez rozwój nowych usług. Konieczne są zatem zmiany w finansowaniu świadczeń zdrowotnych oraz pozyskanie nowych źródeł i funduszy celowych.

**THE FUTURE OF THE HEALTH CARE FINANCING IN THE ASPECT
 OF PROJECTED DEMOGRAPHIC CHANGES – SELECTED PROBLEMS**

This article presents the health care system in Poland, in particular the organisation, principles of functioning and financing. The financial results of the Polish system have been compared against European countries, in order to analyze the effectiveness of the system. The analysis assumes that the Polish system is not enough financed and poorly adapted to the changing socio-economic trends. Results of the analysis confirm no sufficient health care financing in Poland. Some of changes are observed and adapt to them through the development of new services. Therefore, changes are necessary in the financing of health care services and obtaining new sources and special funds.