

Wioletta Świeboda

Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

ORCID: 0000-0002-4880-1187; swieboda.w@onet.eu

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W POLSCE Z PERSPEKTYWY ORGANIZACJI SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

HEALTHCARE EXPENDITURE IN POLAND FROM THE PERSPECTIVE OF THE ORGANIZATION OF THE HEALTHCARE SYSTEM

ABSTRAKT

System ochrony zdrowia w Polsce zależy m.in. od uwarunkowań gospodarczych oraz wielkości nakładów finansowych. Ochrona zdrowia traktowana jest jako jedno z dóbr ekonomicznych. Ma ona niepewny oraz nieograniczony popyt. Wymaga dość wysokich nakładów finansowych, ponieważ państwo jest gwarantem opieki zdrowotnej dla każdego obywatela. W związku z tym systemy ochrony zdrowia ulegają przekształceniom tak, aby w jak najlepszy sposób sprostać wymaganiom w zakresie realizowanej polityki zdrowotnej państwa.

Niniejszy artykuł prezentuje analizę wydatków na zdrowie jako udział w PKB na przykładzie Polski w stosunku do pozostałych państw objętych analizą, m.in. raportu „Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 i Stwardnienia Rozsianego 2019”, danych OECD oraz danych zawartych w nowelizacjach aktów prawnych doty-

czących sektora publicznego, w tym ochrony zdrowia oraz prognoz rządowych planów w obszarze polityki zdrowotnej Państwa, w tym w wieloletnim planie finansowym państwa na lata 2023–2026.

Celem pracy jest dokonanie analizy ponoszonych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce wraz z oceną sytuacji oraz zaprezentowanie wniosków wynikających z przeprowadzonej analizy danych, które skupiają się przede wszystkim na potrzebie wzrostu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, ponieważ obecnie zakładane przez Ministerstwo Finansów spowolnienie wzrostu PKB można uznać za trudny do utrzymania dotychczasowy poziom dostępu do leków oraz świadczeń medycznych. Już teraz system uznaje się niewydolny ze względu na niemożność pokrycia wszystkich kosztów związanych z podstawową działalnością operacyjną podmiotów leczniczych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, zdrowie, wydatki, finanse.

ABSTRACT

The health care system in Poland depends, among others, on economic conditions and the amount of financial outlays. Health care is treated as one of the economic goods. It has an uncertain and unlimited demand. It requires quite high financial outlays, because the state is the guarantor of health care for every citizen. Therefore, health care systems are being transformed so that meet the requirements of the implemented state health policy in the best possible way.

This article presents an analysis of health expenditure as a share in GDP on the example of Poland in relation to other countries covered by the analysis, including the report “Index of Sustainable Development of Health Care Systems 2019 and Multiple Sclerosis 2019”, OECD data and data contained in amendments to legal acts concerning the public sector, including health protection and forecasts of government plans in the area of the state health policy, including the state’s long-term financial plan for 2023–2026.

The aim of the paper is to analyze the health care expenditures in Poland together with the assessment of the situation and to present the conclusions resulting from the data analysis, which focus primarily on the need to increase the financing of the health care system in Poland, because the slowdown in GDP growth currently assumed by the Ministry of Finance the current level of access to medicines and medical services can

be considered difficult to maintain. The system is already considered inefficient due to the inability to cover all related costs with the basic operating activity of medical entities in the field of providing health services.

Keywords: health care, health, expenses, finances

WSTĘP

Jednym z praw, które gwarantuje Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej jest prawo do ochrony zdrowia (Dz. U. 1997, nr 78 poz. 483). Każdemu obywatelowi bez względu na sytuację materialną władze publiczne mają obowiązek zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, która jest finansowana ze środków publicznych. Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej rozróżnia prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Boć J. 1998).

Kształtowanie się systemu opieki zdrowotnej w różnych krajach wynika z odmiennej historii, warunków rozwoju gospodarczego, różnorodności w obszarze polityki państwa, lokalizacji geograficznej oraz uwarunkowań kulturowych. Pomimo różnic, które występują w funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia wyróżnia się, ze względu na funkcje i obszar działania, cztery wspólne elementy: opiekę zdrowotną, zapobieganie chorobom, promocję zdrowia oraz międzysektorową współpracę na rzecz zdrowia [Piotrowicz M., i in., 2016, s. 321-324]. Światowa Organizacja Zdrowia, zwana dalej WHO, wskazuje na występowanie zjawisk, które dotyczą zawężania problematyki systemów ochrony zdrowia do systemów opieki zdrowotnej [Wojtczak A. 2018].

Systemy ochrony zdrowia ulegają przekształceniom w wielu obszarach, które mogą występować równolegle, a wynikają z rozwoju technologii, wiedzy medycznej, szerszego dostępu do infor-

macji na temat zdrowia populacji w dziedzinie zachorowalności i zmieniających się priorytetów polityki zdrowotnej, nowych metod organizacji oraz bardziej złożonych mechanizmów finansowania [Węgrzyn M. i in., 2013]. Współczesne systemy ochrony zdrowia stoją w obliczu wyzwań związanych między innymi ze starzeniem się społeczeństwa, wzrostem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, wzrostem kosztów technologii medycznych, wzrostem oczekiwań społecznych oraz asymetrią informacji. Wyzwania te występują w zakresie wszystkich elementów składających się na system ochrony zdrowia, którymi są: zasoby kadrowe, dostarczanie świadczeń zdrowotnych, systemy informacji zdrowotnej, dostęp do usług zdrowotnych, sposoby finansowania oraz przywództwa i zarządzania w tym sektorze [Zgliczyński W. S. 2018].

ASPEKTY FINANSOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE I NA ŚWIECIE

Finansowanie ochrony zdrowia staje się coraz bardziej skomplikowane, stanowiąc swojego rodzaju połączenie wydatków publicznych i prywatnych w różnych obszarach i metodach płatności [Szetela P. 2016, s. 83-100]. W większości krajów na świecie opieka zdrowotna podlega finansowaniu ze środków publicznych. Jest to związane z wysokimi kosztami tej opieki, szczególnie w zakresie leczenia stacjonarnego, a równocześnie leży w interesie państwa, gdyż zdrowie obywateli ogranicza ponoszenie kosztów społecznych oraz powoduje lepszą wydajność dla gospodarki kraju. S. Folland wskazuje, że wszechstronne ubezpieczenie zdrowotne jest pokrywane ze środków publicznych przekazywanych na ten cel przez rząd danego kraju [Folland S. 2013, s. 840]. Poziom finansowania określa się w przedziale 20–80% wydatków na zdrowie [Przybyłka A. 2011, s. 9]. Porównania systemów opieki zdrowotnej dokonywane są zazwyczaj poprzez odniesienie się do wielkości PKB, który

zostaje przeznaczony na finansowanie tego sektora [Łyszcza B. 2014]. Ocena stosowanych modeli ochrony zdrowia wyłącznie w ten sposób nie jest miarodajna, ponieważ nie uwzględnia różnorodności pozaekonomicznych [Białynicki-Birula P. 2007]. Oprócz zasobów finansowych, systemy ochrony zdrowia angażują znaczącą ilość zasobów ludzkich. Przykładem może być informacja o tym, że w państwach należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) przeciętne zatrudnienie w systemie ochrony zdrowia wynosi 10% pracujących w gospodarce, natomiast przeciętnie wydatki bezpośrednie wynoszą około 10% PKB¹. Wielkość zaangażowanych środków pieniężnych jest indywidualną decyzją kraju i zależy od przyjętego modelu świadczeń stosowanych w systemie opieki zdrowotnej. Zakładając, że państwo jest gwarantem dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej, argument ten prowadzi do rozważań na temat, w jaki sposób zaspokoić nieograniczone potrzeby zdrowotne obywateli, mając do dyspozycji ograniczone zasoby pieniężne. Konsekwencją tych rozważań jest wniosek, który prowadzi do wprowadzenia limitów oraz ograniczeń świadczeń zdrowotnych. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r.² nie decyduje, który model organizacyjno-prawny systemu opieki zdrowotnej w Polsce powinien być wprowadzony w przyszłości. Wskazuje on jednak, że system ochrony zdrowia powinien być oparty na równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Podając analizie dane raportu: Indeksy Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 i Stwardnienia Rozsianego 2019³, zwanego dalej raportem, w obszarze wysokości przeznaczonych środków na ochronę zdrowia warto zwrócić uwagę na odległą pozycję

¹ Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD 2017, https://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en [dostęp: 7 grudnia 2018 r.].

² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03.

³ <https://futureproofinghealthcare.com/>, [dostęp: 18.10.2022 r.].

Polski. W ogólnym rankingu Polska zajęła 23. miejsce na 30 państw europy, które zostały objęte rankingiem. Raport opiera się na analizie państw poddając porównaniu pięć parametrów: dostęp do opieki zdrowotnej, kondycja zdrowotna, innowacyjność, jakość oraz żywotność. Wnioskiem, który bezpośrednio wynika po analizie danych raportu jest relacja pomiędzy poziomem nakładów na ochronę zdrowia wskazaną jako stosunek do PKB, a pozycją Polski w rankingu⁴. Tę informację należy uznać za punkt wyjścia przy obieraniu strategii poprawy sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce. Odnosząc się do państw, które zajęły najwyższe pozycje w rankingu, pierwszym jest Norwegia. Wyniki wskazują, że kraj ten gwarantuje wysoką jakość i dostępność dzięki wysokim nakładom finansowym na ochronę zdrowia, co przenosząc na liczby oznacza 10,2% PKB rocznie. Ta wartość przekłada się na sprawnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej w Norwegii oraz stale kładziony nacisk na wysoki poziom koordynacji opieki specjalistycznej i podstawowej. Państwo w tym obszarze jest cały czas aktywne, pomimo, uznawanej za bardzo dobrą w raporcie, pozycję czego przykładem może być szczególnie nacisk na efektywność podejmowanych działań oraz ich kontrola. Szereg wprowadzanych reform jest monitorowanych. Pojęcie koordynowanej opieki zdrowotnej, które w Polsce w dalszym ciągu uznawane jest za nowe, w Norwegii już od 2000 r. wprowadzane reformy obejmowały poprawa koordynacji między świadczeniodawcami opieki zdrowotnej oraz wzrost jakości opieki i kwestie bezpieczeństwa pacjentów jako priorytet⁵.

⁴ <http://www.futureproofinghealthcare.com/en>, [dostęp: 15.03.2023 r.].

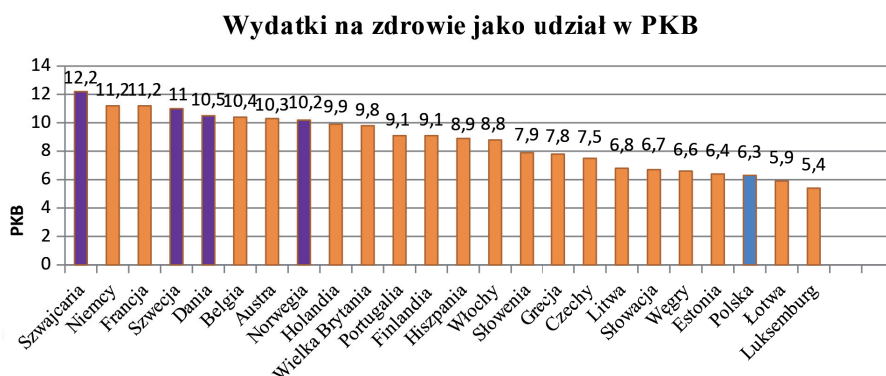
⁵ Norway HiT (2013), OECD. Dostępne: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf?ua=1, [dostęp: 18.10.2022 r.].

ANALIZA WYDATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA

W Polsce jednym z występujących problemów jest brak realnie określonych celów i oceny ich realizacji oraz efektywności, a tworzone mapy potrzeb zdrowotnych opierają się na danych niemierzalnych. Potrzeby rzeczywiste nie są wyrażone, ponieważ jedynymi informacjami jakimi funkcjonujemy to dane o świadczeniach zrealizowanych, które posiada Narodowy Fundusz Zdrowia. Warto zwrócić również uwagę na to, że mapy świadczeń nie są mapami potrzeb. Warto rozważyć wprowadzenie budżetu do podziału na konkretne zadania wraz z oceną jego rezultatu, np. 150 mln zł na programy zdrowotne.

Poniższy wykres prezentuje wydatki na ochronę zdrowia jako udział w PKB na przykładzie wybranych państw objętych również raportem.

Wyk. 1 Wydatki na zdrowie jako udział w PKB

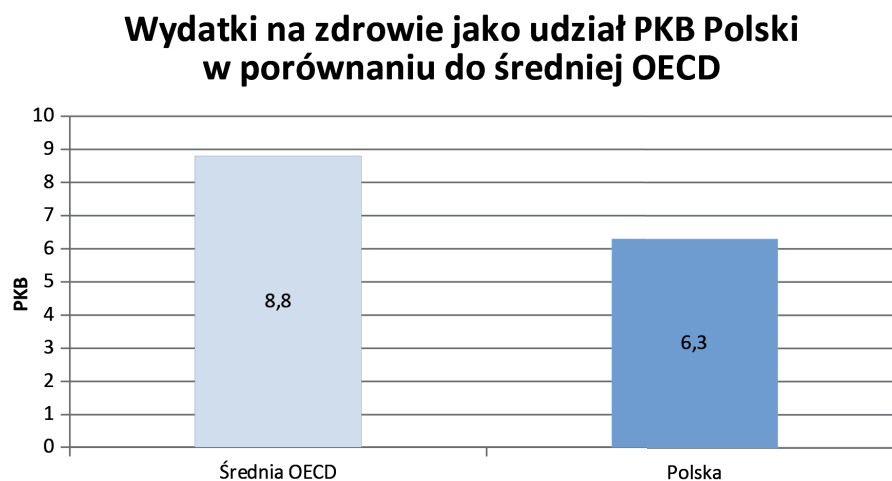


Źródło: opracowanie własne⁶.

⁶ Zdrowie w skrócie: wskaźniki OECD, Health at a Glance 2019, OECD, 2019. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>, [dostęp: 18.10.2022 r.].

Poddając analizie dane zaprezentowane na wykresie 1 można zauważyć powiązania pozycji danego kraju z wysokością wydatków ponoszonych na zdrowie jako udział w PKB. Najlepsze pozycje w raporcie FutureProofing Healthcare osiągnęły cztery państwa, które zajmują także wysokie miejsce w rankingu OECD państw, które wydają najwięcej na ochronę zdrowia rocznie. Pierwsze miejsce w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 zajęła Norwegia, która uzyskała 77 punktów na 100 możliwych. Drugie miejsce zajęła Szwajcaria uzyskując rezultat 75 punktów, trzecie Dania i Szwecja z 74 punktami. Średnia europejska wyniosła 55 punktów. Polska uzyskała 43 punkty, plasując się na pozycji poniżej średniej badanych państw⁷.

Wykres 2. Wydatki na zdrowie jako udział PKB Polski w porównaniu do średniej OECD



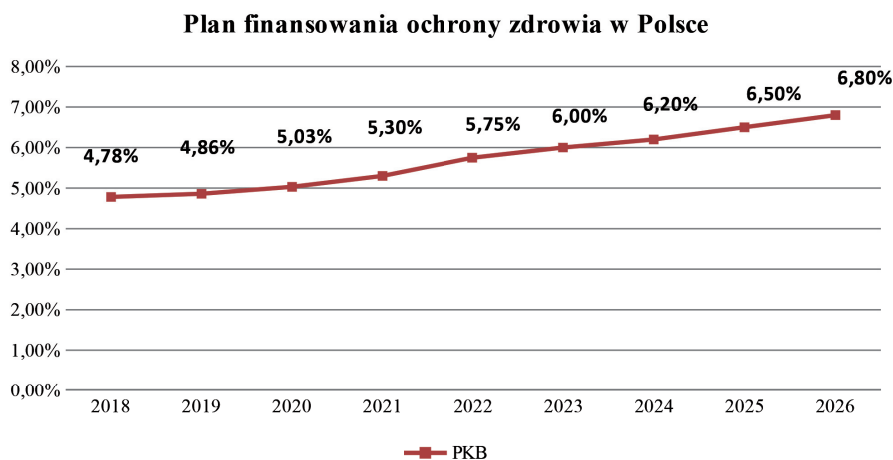
Źródło: opracowanie własne [ibidem]⁸.

⁷ https://futureproofinghealthcare.com/sites/default/files/inline-files/Raport%20FPHI%202019_2020.pdf, dostęp: 18.10.2022 r.

⁸ <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>, [dostęp: 18.10.2022 r.].

Wykres 2 prezentuje zestawienie poziomu wydatków na zdrowie jako udział PKB Polski w porównaniu do średniej OECD. Polska wydaje 6,3% PKB. Należy mocno podkreślić, że wydatki publiczne stanowią zaledwie 4,34 proc. PKB, gdzie średnia, którą wskazuje OECD dla 43 krajów to 8,8 % PKB. Mniej niż Polska na zdrowie wydają: Łotwa – 5,9 % PKB, Meksyk – 5,5% PKB, Luksemburg – 5,4% PKB, Rosja – 5,3 % PKB, Chiny – 5% PKB, Turcja – 4,2 % PKB, Indie – 3,6 %PKB oraz Indonezja – 3,1 % PKB⁹. Na tym etapie można zadać pytanie o przyszłość. Otóż, poniższy wykres 3 obrazuje poziom planu finansowania ochrony zdrowia w Polsce na podstawie art. 131 c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 658).

Wykres 3. Plan finansowania ochrony zdrowia w Polsce



Źródło: opracowanie własne [ibidem]¹⁰.

⁹ <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>, [dostęp: 18.10.2022 r.].

¹⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 658).

Z powyższego wykresu 3 jednoznacznie wynika, że planowany poziom finansowania z roku na rok wykazuje tendencję wzrostową jest, jednak pomimo zauważalnego trendu planowanego wzrostu poziomu finansowania sektora ochrony zdrowia w Polsce jest on i tak zdecydowanie niższy od średniej OECD, która wynosiła 8,8% PKB¹¹ oraz czterech państw, które uzyskały najlepszą ocenę w raporcie, tj.: Norwegia, Szwajcaria oraz ex aequo Dania i Szwecja, których poziomy wydatków zostały zaprezentowane na wykresie 2 i wynoszą odpowiednio:

Norwegia: 10,2 % PKB,
 Szwajcaria: 12,2 % PKB,
 Dania: 10,5 % PKB,
 Szwecja: 11 % PKB.

W celu uzupełnienia informacji dotyczących poziomu wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia dane zaprezentowane w tabeli 1 pozwolą na uzyskanie informacji na temat długookresowego planu wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce.

Tabela 1. Długookresowy plan wydatków na opiekę zdrowotną

% PKB	2019	2030	2040	2050	2060	2070
Całkowite wydatki						
Opieka zdrowotna	4,9	6,3	6,7	7,0	7,4	7,4

Źródło: Wieloletni Plan Finansowy Państwa na lata 2023–2026, Warszawa kwiecień 2023 r., s. 40, <https://www.gov.pl/web/finanse/wieloletni-plan-finansowy-panstwa>.

Zarówno wykres 3 oraz tabela 1 prezentują dane dotyczące planowania w obszarze ponoszonych wydatków jako udział w PKB na

¹¹ <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> [dostęp: 18.10.2020 r.].

opiekę zdrowotną. Oba dokumenty, którymi są: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Plan Finansowy Państwa na lata 2013–2026 wskazują na poziom planowania wydatków niższych niż 6 %. W związku z powyższym odnosząc te dane do analizy porównawczej raportu Future Proofing Healthcare istnieje realne zagrożenie dostępności do świadczeń i leków, które można by określić jako poziom zadawalający. Jeśli już dziś Polska zajmuje odległe miejsce w zakresie wydatków na ochronę zdrowia nasuwają się liczne pytania o przyszłość. W Norwegii wysoki poziom finansowania ochrony zdrowia pozwala na wysoką jakość i dostępność oferowanych świadczeń zdrowotnych. W Szwajcarii wysoki poziom finansowania opieki zdrowotnej przenosi się na sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w Danii dostępność i jakość opieki zdrowotnej na wysokim poziomie również jest rezultatem ponoszonych nakładów finansowych, a w Szwecji również inwestycje się w sektor ochrony zdrowia, na co wskazują dane o wysokości PKB państwa¹².

Podsumowując, wydatki na ochronę zdrowia w Polsce są niższe niż średnia w krajach OECD oraz wśród krajów objętych Indekssem Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019. Przyjmując założenie, że obecnie zakładane przez Ministerstwo Finansów spowolnienie wzrostu PKB można uznać za trudny do utrzymania dotychczasowy poziom dostępu do leków oraz świadczeń medycznych [Kurowska 2020 r.], a system ochrony zdrowia już uznany jest za niewydolny. Na obecnym etapie jednym z głównych celów powinno być osiągnięcie średniej europejskiej w obszarze ponoszenia wydatków na ochronę zdrowia. Aktualnie widoczny jest niedostateczny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, ale ich jakość oceniona została najwyżej wśród wszystkich wymienionych parametrów i mierników indeksu zrównoważonego rozwoju systemów ochrony zdrowia

¹² <https://futureproofinghealthcare.com/>, [dostęp: 18.03.2023 r.].

2019 r.¹³ Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert zwraca uwagę na znaczną innowacyjność polskiego systemu mimo niedostatecznych nakładów na badania. Ważnym aspektem, który powinien pojawić się w dyskusji finansowania ochrony zdrowia jest rynek ubezpieczeń oraz moral hazard. Nieograniczony popyt na świadczenia zdrowotne prowadzi do niewydolnego systemu opieki zdrowotnej.

BIBLIOGRAFIA

- Białynicki-Birula P., *Funkcjonowanie współczesnych modeli ochrony zdrowia*. Zeszyty naukowe nr 759 Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. Kraków 2007.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013 r., s. 840.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 r. Red. J. Boć, Wrocław 1998.
- Łyszczarz B., *Ocena efektywności systemów opieki zdrowotnej w krajach OECD*. Wyd. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2014.
- Piotrowicz M., Cianciara D., Wysocki M.J., *Systemy zdrowotne*, Studia i Prace Zeszyt Naukowy SGH 2016 r., s. 321–324.
- Przybyłka A., *Systemy ochrony zdrowia*. Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2011 r., s. 9.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 658).

¹³ https://futureproofinghealthcare.com/sites/default/files/inline-files/Raport%20FPHI%202019_2020.pdf, dostęp: 18.10.2020 r.

Węgrzyn M., Łyszczak M., Wasilewski D., *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce – Nowe wyzwania*. Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2013.

Wojtczak A., *Aktualne wyzwania zdrowotne społeczeństw*, CeDeWu, Warszawa 2018.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

Zgliczyński W.S. (red.), *Studia Biura Analiz Sejmowych kancelarii sejmu, Ochrona zdrowia w Polsce*, (56) 2018, Wyd. Sejmowe Kancelarii Sejmu, Warszawa 2018.

Szetela P., *Analiza finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych w krajach europejskich należących do OECD*. Optimum. Studia Ekonomiczne, nr 4(82) 2016, Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku, s. 83–100, <https://doi.org/10.15290/ose.2016.04.82.07>.

NETOGRAFIA

<https://www.gov.pl/web/finanse/wieloletni-plan-finansowy-panstwa>.

<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>.

<https://futureproofinghealthcare.com/>.

Kurowska A., <https://www.politykazdrowotna.com/43812,skb-na-zdrowie-prawie-nie-wzrosnie-mf-rozwiewa-zludzenia-o-6-proc>.