



FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE W LATACH 1999-2015

Marta Kowalczyk

Politechnika Częstochowska
Wydział Zarządzania

Streszczenie: Przemiany systemowe, jakie zostały wprowadzone w XX wieku w Polsce, dotyczyły nie tylko przemian gospodarczych, ale również dotknęły sektor ochrony zdrowia. Duża część społeczeństwa przed 1999 rokiem nie była zadowolona z funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej z powodu technicznych, jak i merytorycznych potrzeb. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie, w jaki sposób finansowany jest sektor ochrony zdrowia i jak kształtowały się wydatki przez ostatnie lata. Zastosowane metody badawcze opierają się na Narodowym Rachunku Zdrowia w latach 2011-2015.

Słowa kluczowe: budżet, finanse, ochrona zdrowia

Wprowadzenie

System ochrony zdrowia stoi w obliczu zmian demograficznych, postępu technologicznego oraz konieczności dużych nakładów finansowych na ochronę zdrowia. Podejmowane próby reformowania systemu zdrowotnego w Polsce w przeciągu ostatnich lat nie zakończyły się sukcesem. Główną przyczyną było ograniczenie sposobu finansowania systemu z pomijaniem rozwiązań społeczno-kulturowych, prawnych, technologiczno-medycznych, politycznych¹.

Zmiany, jakie zachodzą w sektorze ochrony zdrowia, przyczyniają się do szerokiego spojrzenia na prowadzoną działalność. Wymaga to ciągłego szukania nowych rozwiązań, które usprawniłyby zarządzanie jednostkami medycznymi. Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej w nowym modelu finansowania istotnie zmieniło sposób zapotrzebowania na informację o działalności jednostki. Zmiany te wymusiły na publicznych zakładach opieki zdrowotnej większą dbałość w gospodarowaniu środkami finansowymi. W okresie gdy środki pieniężne na finansowanie ochrony zdrowia pochodziły z budżetu państwa, jednostki medyczne koncentrowały się nie na racjonalnym wydawaniu środków, ale na uzyskaniu ich w jak największej ilości. Zmiany w systemie ochrony zdrowia miały sprowadzać się do zapewnienia opieki medycznej osobom ubezpieczonym. Istotną kwestią stało się również zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych i rozszerzenie usług medycznych na rynku oraz prawidłowe wykorzystanie posiadanych środków.

¹ J. Kogut, *System informacji kosztowej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] *Zasoby i procesy w rachunkowości jednostek gospodarczych*, red. T. Kiziukiewicz, Difin, Warszawa 2009, s. 266.

Ochrona zdrowia, jako działalność państwa i jego podmiotów, realizowana jest poprzez świadczenie usług zdrowotnych przez zróżnicowanie pod względem formy prawno-organizacyjnej². Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie systemu finansowania ochrony zdrowia w latach 1999-2015. Metody badawcze opierają się na Narodowym Rachunku Zdrowia za lata 2011-2015.

System opieki zdrowotnej – podstawowe aspekty

Zakład opieki zdrowotnej to system powiązanych ze sobą elementów oraz relacji, jakie między nimi zachodzą, dla osiągnięcia wspólnego celu i zaspokojenia potrzeb społeczeństwa³. Zakład opieki zdrowotnej to wyodrębniona organizacja z zespołem osób i środków majątkowych, utworzona w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Może być utworzony w celu⁴:

- prowadzenia badań naukowych wraz z udzielaniem świadczeń medycznych,
- realizacji zadań dydaktycznych, związanych z udzielaniem badań medycznych, jak i prac badawczych.

Dużą rolę w systemie opieki zdrowotnej odgrywają samorzady terytorialne. W większości są one organami założycielskimi placówek zdrowia. Ich kondycja finansowa zależy przede wszystkim od zaangażowanych środków finansowych.

Z systemem opieki zdrowotnej związane są dwa obszary: zdrowie publiczne oraz ochrona zdrowia.

Do podstawowych funkcji zdrowia publicznego zalicza się całokształt działań, które mają na celu⁵:

- zapobieganie rozpowszechnianiu się chorób,
- zapewnienie właściwych warunków środowiskowych dla zdrowia,
- zapobieganie wypadkom i urazom, jak również zapewnienie szybkiej pomocy w chwili kataklizmów,
- promocję zdrowego stylu życia społeczeństwa,
- zapewnienie dostępności do opieki medycznej,
- poparcie związane z rozwojem systemu ochrony zdrowia, z uwzględnieniem rozwoju kadr i nowych technologii.

Ochrona zdrowia to taki system, który zajmuje się organizacją oraz finansowaniem. Wśród głównych celów stawianych systemowi ochrony zdrowia wyodrębnia się⁶:

- poprawę stanu zdrowia populacji oraz promowanie społecznego dobrostanu,

² Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna. *Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, red. K. Ryć, A. Sobczak, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 133.

³ M.D. Głowacka, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia*, [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań 2004, s. 12.

⁴ http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339579,zaklad_opieki_zdrowotnej_zoz.html (odczyt: 21.10.2015).

⁵ J. Leowski, *Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 2, vol. 1, s. 5-15.

⁶ G. Jasiński, *Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich*, „Biuletyn Kas Chorych”, marzec/kwiecień 2001, s. 16.

- zapewnienie powszechności i równości w dostępie do opieki zdrowotnej,
- zapewnienie efektywnego wykorzystania zasobów zakładów opieki zdrowotnej,
- dbanie o skuteczną opiekę kliniczną,
- zapewnienie stabilności finansowej.

Czynniki, jakie wpływają na system opieki zdrowotnej, nierozdzielnie wiążą się z rynkiem usług medycznych (demografią, kulturą, strukturami, jak i popytem na zdrowie). Współczesny systemem zdrowotny poza celami zdrowotnymi ma również zastosowania takie jak⁷:

- Odpowiedzialność i sprawiedliwość w dostępie do opieki zdrowotnej – oznacza to, że wszyscy obywatele powinni mieć równy dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych oraz mieć gwarancję, że są one finansowane przez budżet państwa.
- Ochrona dochodów – pacjenci nie mogą być narażeni na wydatki, które stanowiłyby zagrożenie dla poziomu ich życia.
- Makroekonomiczna efektywność – która oznacza przeznaczenie odpowiedniej wielkości środków pieniężnych na opiekę zdrowotną w PKB.
- Mikroekonomiczna efektywność – wskazuje, iż zadowolenie pacjentów z usług medycznych powinno być możliwie jak największe, uwzględniając dostępne środki.
- Swoboda wyboru – która oznacza, że pacjenci mają prawo do decydowania, z których usług chcieliby skorzystać na poziomie podstawowym lub w pełnym zakresie.
- Odpowiedni zakres swobody dla świadczeniodawców dotyczący nowoczesnej technologii medycznej.

Wybór finansowania systemów opieki zdrowotnej zależy przede wszystkim od wyborów dokonanych przez przedstawicieli danego społeczeństwa. Podstawowa część środków pochodzi ze źródeł publicznych, na które składają się podatki oraz składki na ubezpieczenia społeczne. Mniejsza część pochodzi od pacjentów – z opłat za usługi dodatkowe oraz z ubezpieczeń dodatkowych, czyli takich, gdzie ubezpieczony płaci dodatkowe składki na ubezpieczenia dobrowolne. Wszystkie systemy opieki zdrowotnej charakteryzują się oddzieleniem polityki państwa i strategii zdrowotnej od zarządzania systemem ochrony zdrowia. Administracja ogranicza się do formułowania strategii, kształtowania standardów, norm etycznych, polityki personelu medycznego i rozwijania współpracy z innymi jednostkami. Każdy kraj musi wybrać swój system ochrony zdrowia, przy czym musi być on tak dobrany, aby był przystosowany do warunków gospodarczych każdego państwa.

Po reformie systemu ochrony zdrowia w latach 90. XX wieku w Polsce powstał prawny dokument o zakładach opieki zdrowotnej. Ustawa ta przedstawia możliwość funkcjonowania ochrony zdrowia na rynku gospodarczym. Miała regulować rynek obrotu publicznymi środkami finansowymi, które były przeznaczone na zdrowie społeczeństwa, co miało przyczynić się do racjonalizacji wydatków na opiekę szpitalną i specjalistyczną.

⁷ Y.W. van Kemenade, *Health Care In Europe 1997. The Finance and Reimbursement Systems of 18 European Countries*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen 1997, s. 15.

Finansowanie systemu opieki zdrowotnej

System ochrony jest realizowany poprzez świadczenia usług zdrowotnych, które są zróżnicowane pod względem formy prawno-organizacyjnej⁸. Finanse publiczne poddawane są ciągłym zmianom, które mają na celu lepsze wykorzystanie środków publicznych, uwzględniając ograniczenia budżetowe czy sytuacje kryzysowe⁹. Prawidłowe zarządzanie środkami publicznymi konieczne jest do zapewnienia bezpieczeństwa finansowego oraz do właściwego wykorzystania środków pieniężnych przez jednostki publiczne. Poniższa tabela ukazuje finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce po 1999 roku.

Tabela 1. Finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce po roku 1999

Źródło finansowania	Obszary finansowania
Powszechnie ubezpieczenie zdrowotne	W zakresie objętym przez kontrakty z NFZ: -podstawowa opieka zdrowotna, -świadczenia specjalistyczne, -ambulatoryjne i stacjonarne.
Budżet państwa	-specjalistyczne procedury medyczne, -programy polityki zdrowotnej, -ratownictwo medyczne, -publiczna służba krwi, -inspekcja sanitarna, -część składek ubezpieczenia zdrowotnego osób niezyskujących dochodów.
Jednostki samorządu terytorialnego	Organizacja opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym i regionalnym, w tym: - finansowanie inwestycji i przekształceń infrastrukturalnych, -pokrywanie długów i dalsze finansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej generujących stratę.
Wydatki prywatne	- bezpośrednie zakupy leków i świadczeń zdrowotnych, - wykup komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego, -finansowanie zakładowej służby zdrowia, -zakup dla pracowników abonamentów w prywatnych placówkach opieki zdrowotnej.

Źródło: Opracowanie własne

Zmiany zachodzące w ostatnich latach w opiece zdrowotnej dotyczą finansowania systemu opieki zdrowotnej, świadczeń, jak również tworzenie nowych usług medycznych. Przyczynia się to do powstawania nowych zadań, którym są poddawane wszystkie jednostki medyczne w celu poprawy efektywności gospodarowania zasobami¹⁰. Z dniem 1 stycznia 1999 roku nastąpiła zmiana w finansowaniu opieki zdrowotnej. System budżetowy został zastąpiony nowym systemem ubezpieczeniowym. Ważną kwestią stała się możliwość ubiegania się o kontrakty niepublicznych jednostek ochrony zdrowia, co powodowało przekazywanie mniejszej ilości środków finansowych na rzecz publicznej służby zdrowia. Atutem tego roz-

⁸ *Publiczna czy ...*, red. K. Ryć, A. Sobczak, op. cit., s. 133.

⁹ Ustawa o finansach publicznych z dnia 30 czerwca 2005 r., następnie istotnie znowelizowana ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r., zastąpiła wielokrotnie nowelizowaną ustawę z dnia 26 listopada 1998 r., porządkując problemy dotyczące podmiotowego i przedmiotowego zakresu finansów publicznych.

¹⁰ J. Kogut, *System informacji ...*, op. cit., s. 266.

wiązana jest wzrost dostępności do usług medycznych oraz zwiększenie się konkurencyjności świadczeń medycznych, jak i ich jakość. Lawinowy wzrost liczby niepublicznych jednostek, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej, spowodował rozwój aktywnej promocji w zdobywaniu deklaracji ubezpieczeniowych, czyli listy aktywnych podopiecznych placówki, co stanowiło podstawę wypłaty środków z kasy chorych. Pacjent, który był niezadowolony z otrzymywanych usług, mógł zmienić lekarza¹¹.

Najważniejszym źródłem finansowania opieki zdrowotnej jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Jest to fundusz prabudżetowy, który gromadzi składki na ubezpieczenia zdrowotne na utrzymanie systemu opieki zdrowotnej. Każdy obywatel, stosownie do swojej zdolności podatkowej, przyczynia się do gromadzenia środków publicznych. Związane jest to z zasadą przewagi zdolności podatkowej nad zasadą ekwiwalencji. Państwo nie działa w imieniu tylko jednej osoby lub grupy osób płacących składki, ale każdy, kto z działalności państwa w zakresie opieki zdrowotnej czerpie korzyści, musi za udział w tych korzyściach płacić. Odbывается się to za pomocą składki na powszechne i przymusowe ubezpieczenie zdrowotne, która głosi zasadę ekwiwalencji z zasadą zdolności płatniczej, a tym samym łączy cel ekonomiczny z celem społecznym. Składka na ubezpieczenie zdrowotne ma znaczenie fiskalne, redystrybucyjne i alokacyjne, przy czym na pierwszym planie jest rola fiskalna¹².

W Polsce obecnie finansowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej odbywa się poprzez kontraktowanie usług zdrowotnych. Kontrakt odgrywa szczególną rolę w relacjach pomiędzy nabywcą usług a usługodawcą – pozwala wpływać na zachowanie usługodawcy. Niezbędna jest identyfikacja bodźców oraz odpowiedni ich dobór. Ważny jest sposób, w jaki usługodawca reaguje na stosowane przez nabywcę bodźce, co przykładowo zależy od zakresu funkcji pełnionych przez szpital, jego rodzaju, stopnia autonomiczności w podejmowaniu decyzji oraz struktury rynku. Celem kontraktów na zakup świadczeń opłacanych ze środków publicznych jest wykorzystanie potencjału świadczeniodawców do zwiększenia efektywności środków publicznych przez ich przejrzyste i odpowiednie podzielenie oraz tryb zawierania i rozwiązywania umów¹³.

Lata 1999-2003 związane były z funkcjonowaniem kas chorych, wprowadzonych w życie ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹⁴. System ubezpieczeń społecznych zastąpił system zabezpieczeniowy. Za główny cel postawiono wydzielenie środków finansowych na funkcjonowanie ochrony zdrowia z budżetu

¹¹ Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego po rocznym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa 2000, maszynopis, s. V/2.

¹² J. Sobiech, *Składka na ubezpieczenie zdrowotne i bezpośrednie opłaty za usługi w systemie „Monokasy”*, [w:] *Nauki finansowe wobec współczesnych problemów gospodarki polskiej*, red. S. Owsiak, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2004, s. 444-446.

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia (Dz.U. nr 76 poz. 363).

¹⁴ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28 poz. 153, z późn. zm.).

państwa i przekazanie do redystrybucji niezależnym instytucjom, które w sposób bardziej efektywny miały zarządzać środkami. Kasy zarządzały zgromadzonymi funduszami, pełniąc funkcję płatnika, który na podstawie kontraktów zawieranych z publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej odpowiedzialne były za podaż świadczeń zdrowotnych. Wartość kontraktów limitowana była wysokością budżetu danej kasy. Ograniczenia w dostępie do pewnych usług pojawiały się w momencie, gdy wartość kontraktu nie odpowiadała zapotrzebowaniu na dany rodzaj usług zdrowotnych. Kasy chorych odpowiedzialne były za finansowanie świadczeń zdrowotnych, podczas gdy za politykę zdrowotną odpowiadały organy samorządu. Kasy chorych, zapewniając ubezpieczonemu świadczenia, czyniły to poprzez kupowanie odpowiedniego produktu, którym mogło być świadczenie zdrowotne, procedura medyczna, pakiet świadczeń¹⁵. Rozwiązanie takie było możliwe wraz z uchaleniem rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Kasy chorych funkcjonowały cztery lata, po czym zostały zastąpione Narodowym Funduszem Zdrowia, który rozpoczął działalność 1 kwietnia 2003 r. Fundusz obejmuje swoim zasięgiem obszar całego kraju i podzielony jest na oddziały wojewódzkie. Fundusz zawierał kontrakty z podmiotami świadczącymi usługi medyczne, określając zakres usług oraz górny limit ilościowy świadczeń udzielanych w danym roku. Sposób kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia przyczynił się do powstania problemów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wynikało to z redukcji stawek za wykonane świadczenia oraz ze zmniejszenia liczby świadczeń kontraktowanych z publicznych środków na ochronę zdrowia. Dla szpitali publicznych, jako instytucji mających wysoki poziom kosztów stałych, zmiany te okazały się trudne, zwłaszcza że ich możliwości dostosowania się do zmienionych warunków finansowych były ograniczone. Ponadto popełniono szereg błędów związanych z zarządzaniem szpitalami, w tym z prowadzeniem odpowiedniej polityki finansowej i płacowej. Ceny oferowane przez płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia) nie odzwierciedlały pełnych kosztów ponoszonych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej¹⁶.

Narodowy Rachunek Zdrowia – sposób finansowania ochrony zdrowia

System rachunków zdrowia jest narzędziem analizy wydatków, jakie są przeznaczone na ochronę zdrowia. Umożliwia systematyczny i opisowy przepływ finansów związanych z usługami w zakresie opieki zdrowotnej. Ciągłe zmiany systemów opieki zdrowotnej na całym świecie wymusiły konieczność dostosowania narodowych rachunków zdrowia do zmian i opracowanie nowej metodologii nazwanej SHA 2011¹⁷.

¹⁵ J. Klich, *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 128-131.

¹⁶ E. Malinowska-Misiąg, W. Misiąg, M. Tomalak, *Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2008, s. 73-74.

¹⁷http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/4/5/1/z_narodowy_rachunek_zdrowia_2012.pdf (odczyt: 24.10.2015).

Od 2015 roku narodowe rachunki zdrowia sporządzane są według nowej metodologii SHA 2011, zgodnie z którą informacje o wydatkach na ochronę zdrowia przekazywane są do organizacji międzynarodowych – w roku 2015 na podstawie umowy dzintelmeńskiej, natomiast od roku 2016 zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r.¹⁸ Poniższa tabela 2 przedstawia narodowy rachunek zdrowia w latach 2011-2013.

Tabela 2. Narodowy rachunek zdrowia 2011-2013

Wydatki na ochronę zdrowia	Kwoty w milionach złotych		
	2011	2012	2013
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem	104 996,6	107 802,3	106 035,2
Wydatki publiczne	73 790,4	74 567,4	74 877,7
z tego:			
Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	1 973	2 384,2	10 178,4
Instytucje rządowe	4 220	4 096,8	5 747,2
Instytucje samorządowe	4 566,7	bd	4 431,2
Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	63 031	64 289,5	64 699,3
Wydatki prywatne	30 706,9	32 689,2	30 970,9
z tego:			
Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	23 397,4	24 516,7	24 977,9
Inne wydatki prywatne	5 052,2	5 754,3	5 993,0
Wydatki inwestycyjne	2 257,3	2 418,2	bd

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych GUS

Wydatki na ochronę zdrowia wyniosły w 2011 roku 105 mld zł i stanowiły 6,9% produktu krajowego brutto (7,0% PKB w 2010 roku). Z kolei bieżące wydatki publiczne wyniosły 69,2 mld zł i stanowiły 4,5% PKB (4,7% PKB w 2010 roku).

W relacji do PKB bieżące wydatki prywatne były w 2011 roku na podobnym poziomie jak w roku 2010, natomiast udział bieżących wydatków publicznych na ochronę zdrowia zmniejszył się z 4,69% na 4,53%. Większość nakładów ogółem na ochronę zdrowia stanowią wydatki bieżące, których udział wyniósł 93%. Struktura wydatków bieżących ponoszonych przez poszczególnych płatników kształtowała się następująco: instytucje rządowe i samorządowe – 70,9%, sektor prywatny – 29,1%. W ramach wydatków publicznych 87,6% stanowiły wydatki ponoszone przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największy strumień wydatków pochodził z gospodarstw domowych (82,2%), przy czym proporcje te układały się różnie, w zależności od realizowanych funkcji. I tak na przykład: nakłady na indy-

¹⁸ Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania (Dz.Urz. UE L 62/6 – 6.3.2015).

widualną opiekę zdrowotną w 70,5% były finansowane ze środków publicznych, a w 29,5% przez sektor prywatny, w tym udział finansowania ze środków publicznych „długoterminowej opieki pielęgnacyjnej” wynosił 94%, a dla kategorii „leki i produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych” – 39%.

Wydatki w 2012 roku wyniosły 107,8 mld zł i stanowiły 6,8% produktu krajowego brutto (6,9% PKB w 2011 roku). W relacji do PKB bieżące wydatki prywatne kształtowały się w 2012 roku na podobnym poziomie jak w roku 2011 (1,9% PKB), natomiast udział bieżących wydatków publicznych na ochronę zdrowia zmniejszył się z 4,53% do 4,43%. Większość nakładów ogółem na ochronę zdrowia stanowiły wydatki bieżące, których udział w 2012 roku wyniósł 93,7%. Struktura wydatków bieżących ponoszonych przez poszczególnych płatników kształtowała się następująco: instytucje rządowe – 70,0%, sektor prywatny – 30,0% (w roku 2011 odpowiednio 70,9% i 29,1%). W ramach wydatków publicznych bieżących 87,6% stanowiły wydatki ponoszone przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największy strumień wydatków pochodził z gospodarstw domowych (81,0%), przy czym proporcje te układały się różnie, w zależności od realizowanych funkcji. I tak na przykład usługi lecznicze w 81,4% były finansowane ze środków publicznych, a w 18,6% przez sektor prywatny, udział finansowania ze środków publicznych „długoterminowej opieki pielęgnacyjnej” wynosił 92,7%, a dla kategorii „leki i produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych” – jedynie 33,8%.

Według SHA 2011 wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2013 roku wyniosły 106,0 mld zł, były wyższe niż w 2012 roku o ok. 5 mld zł i stanowiły 6,38% PKB.

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania przedstawiała się następująco: wydatki publiczne – 70,6% wydatków bieżących na ochronę zdrowia, w tym: schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych – 9,6%, schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach – 61,2%; wydatki prywatne – 29,2%, w tym bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych – 23,6% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Udział bieżących wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB zwiększył się w porównaniu z 2012 rokiem z 4,43% do 4,50%.

Wydatki budżetu państwa na rok 2015 są mniejsze i stanowią 94,50% w porównaniu z planem budżetu państwa na 2014 rok (plan na 2015 rok – 6 904 371 tys. zł wobec planu na 2014 rok – 7 306 102 tys. zł). Wydatki budżetu na 2015 rok rosną zaledwie o 1,01% i stanowią 101,01% wobec 2014 roku (plan na 2015 rok – 4 080 149 tys. zł wobec 4 039 086 tys. zł w 2014 roku). Dla porównania – w 2014 roku wydatki na realizację budżetowych zadań z zakresu ochrony zdrowia kształtowały się jeszcze niżej i wynosiły zaledwie 92,63% wydatków roku 2013.

Coroczna tendencja spadkowa w tym dziale gospodarki obrazuje jednoznacznie tendencję wycofywania się państwa z realizacji zadań finansowanych z budżetu państwa w zakresie opieki zdrowotnej. Świadczy o tym prawie niezauważalny wzrost wydatków wynoszący zaledwie 1,01% i aż 4,4-procentowy spadek wydatków w samym dziale „ochrona zdrowia”¹⁹.

¹⁹ <http://www.opzz.org.pl/documents/1137115/1151030/Uwagi+do+bud%20C5%BCetu+2015r.+OZ.pdf> (odczyt: 23.10.2014).

Podsumowanie

Polski system opieki zdrowotnej wymaga gruntownych reform. Polska jest krajem, w którym od 1999 roku funkcjonuje model ubezpieczeniowy systemu zdrowotnego. Podstawowym problemem w systemie ochrony zdrowia jest odpowiedź na pytanie: Jak najlepiej leczyć, uwzględniając fakt, że zasoby są ograniczone? Systemy ochrony zdrowia ulegają ewolucji w wielu obszarach jednocześnie: w aspekcie postępującej technologii, zwiększającej się wiedzy medycznej, szerszego indywidualnego dostępu do informacji na temat zdrowia populacji i systemu ochrony zdrowia, przemian demograficznych, w szczególności starzenie się społeczeństwa, zmieniającej się zachorowalności i przez to ulegających modyfikacji priorytetów polityki zdrowotnej, nowych metod organizacji oraz bardziej złożonych mechanizmów finansowania.

Polski system ochrony zdrowia znajduje się w momencie poprzedzającym kolejne zmiany systemowe w organizacji ochrony zdrowia, które niewątpliwie będą miały wpływ na źródła i strukturę wydatków publicznych ponoszonych na ochronę zdrowia. Ostatnie dziesięciolecie to przede wszystkim okres bardzo częstych zmian prawnych dotyczących bezpośrednio lub pośrednio publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym szpitali publicznych, oraz dużego zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia, w tym szpitalnictwo. Nie przyniosło to jednak oczekiwanych efektów w postaci poprawy dostępu do świadczeń, lepszej sytuacji szpitali czy oczekiwanej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Dalsze koncentrowanie się na medycynie naprawczej i wydatkach bezpośrednich prowadzić będzie do błędów decyzyjnych na poziomie strategicznym. Bez odpowiednich nakładów na działania, które będą opóźniały zachorowania lub im zapobiegały, a także umożliwiały wczesną diagnozę i skuteczne (często tańsze) leczenie, nie należy oczekiwać znaczącej poprawy efektów zdrowotnych, ale również poprawy efektywności ekonomicznej systemu ochrony zdrowia. Przeprowadzona analiza wskazuje, że poziom finansowania służby zdrowia w Polsce jest nieefektywny. Przyczyną takiej sytuacji może być brak środków przekazywanych na opiekę zdrowotną. Obecnie państwo nie jest w stanie finansować bezpłatnego dostępu do usług zdrowotnych wszystkim obywatelom, dlatego też część usług zdrowotnych jest finansowana w pełni lub częściowo przez społeczeństwo.

Literatura

1. Głowacka M.D., *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia*, [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań 2004.
2. http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/4/5/1/z_narodowy_rachunek_zdrowia_2012.pdf
3. http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339579,zaklad_opieki_zdrowotnej_zoz.html
4. <http://www.opzz.org.pl/documents/1137115/1151030/Uwagi+do+bud%C5%BCetu+2015r.+OZ.pdf>
5. Jasiński G., *Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich*, „Biuletyn Kas Chorych”, marzec/kwiecień 2001.

6. Kemenade Y.W. van, *Health Care In Europe 1997. The Finance and Reimbursement Systems of 18 European Countries*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen 1997.
7. Klich J., *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
8. Kogut J., *System informacji kosztowej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] *Zasoby i procesy w rachunkowości jednostek gospodarczych*, red. T. Kiziukiewicz, Difin, Warszawa 2009.
9. Leowski J., *Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 2, vol. 1.
10. Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M., *Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2008.
11. *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna. Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, red. K. Ryć, A. Sobczak, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
12. Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania (Dz.Urz. UE L 62/6 – 6.3.2015).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia (Dz.U. nr 76 poz. 363).
14. Sobiech J., *Składka na ubezpieczenie zdrowotne i bezpośrednie opłaty za usługi w systemie „Monokasy”*, [w:] *Nauki finansowe wobec współczesnych problemów gospodarki polskiej*, red. S. Owsiak, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2004.
15. Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu do spraw Wprowadzania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego po rocznym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa 2000, maszynopis, s. V/2.
16. (Dz.U. 2009 nr 157 poz. 1240).
17. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28 poz. 153, z późn. zm.).

HEALTH CARE FINANCING

Abstract: systemic changes that have been made in the twentieth century in Poland, were not only economic changes but also affected the health sector. A large part of the population before 1999 was not satisfied with the operation of health care facilities due to technical and substantive needs. The purpose of this article is to present how they are financed health sector and how it shaped up spending the last few years.

Keywords: health, finance, budget