

Błażej Łyszczarz, Anna Hnatyszyn-Dzikowska

Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

OCHRONA ZDROWIA W PUBLICZNYM SYSTEMIE FINANSOWYM*

1. Wstęp

Brak powodzenia reform sektora opieki zdrowotnej¹ w Polsce w powszechnej opinii jest skutkiem zbyt małych zasobów finansowych przeznaczonych na cele zdrowotne. Argument ten często uzupełniany jest stwierdzeniem o nieracjonalności zarządzania publicznymi środkami przeznaczonymi na finansowanie ochrony zdrowia. Celem artykułu jest weryfikacja tych poglądów. Osiągnięciu celu posłuży obserwacja dynamiki wskaźników opisujących publiczne finansowanie ochrony zdrowia w Polsce i innych krajach.

2. Modele finansowania ochrony zdrowia

Najbardziej powszechnie stosowaną klasyfikacją systemów zdrowotnych jest podział na systemy opierające się na modelach: Bismarcka (powszechnych ubezpieczeń); Beveridge'a (narodowej służby zdrowia) oraz rezydualnym (rynkowym).

* Druk publikacji został sfinansowany przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu w ramach grantu UMK nr 28/2008 (Collegium Medicum).

¹ Terminy „opieka zdrowotna” i „ochrona zdrowia” często stosowane są zamiennie. Według niektórych autorów są one równoważne (zobacz np. S. Golinowska, *Wielkość i determinanty wydatków na ochronę zdrowia*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, t. I, nr 1/2003, s. 7-15). Inne publikacje wskazują jednak, iż opieka zdrowotna obejmuje działania mające w sposób bezpośredni, za pomocą świadczeń o charakterze medycznym, służyć utrzymaniu zdrowia jednostek i populacji. Ochrona zdrowia jest zaś pojęciem szerszym i obejmuje wszelkie zorganizowane działania pośrednio lub bezpośrednio związane z zapobieganiem, utrzymaniem i polepszeniem stanu zdrowia człowieka (I. Rudawska, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007, s. 13-15). Ochrona zdrowia jest więc pojęciem szerszym, a działania z zakresu opieki zdrowotnej są jej częścią. W dalszej części niniejszego opracowania używane jest pojęcie „ochrona zdrowia”, ponieważ takiej właśnie terminologii używa się powszechnie w praktyce finansów publicznych w Polsce. Zwrócić jednak należy uwagę, iż zgodnie z zaprezentowanym zróżnicowaniem pojęciowym to opieka zdrowotna, nie zaś ochrona zdrowia jest tu przedmiotem rozważań.

Klasyfikacja ta odwołuje się do trzech wielkich tradycji budowania systemów zdrowotnych: niemieckiego, brytyjskiego i amerykańskiego². Tak zarysowany podział nie oddaje, oczywiście, w pełni rzeczywistego zróżnicowania systemów ochrony zdrowia i bogactwa zastosowanych w nich rozwiązań instytucjonalnych. W niniejszym opracowaniu nacisk zostanie położony przede wszystkim na zagadnienia związane z publicznym finansowaniem ochrony zdrowia w tych modelach.

Model Bismarcka opiera się na ubezpieczeniach społecznych. Środki finansowe przeznaczone na zapewnienie opieki zdrowotnej zbierane są więc przez składki, z reguły uzależnione od wysokości dochodów. Składki gromadzone są w osobnych funduszach, poza budżetem. Ważną rolę w systemie finansowania bazującym na tym modelu spełniają kasy chorych, które (w imieniu pacjentów) kupują świadczenia od usługodawców. Kasy chorych nazywa się często podmiotami quasi-publicznymi, jako że w zarządzaniu nimi pewną rolę odgrywają pacjenci oraz pracodawcy. Systemy zbudowane w na podstawie tego modelu funkcjonują m.in. w Niemczech, Austrii, we Francji, w Holandii i większości krajów transformacji ustrojowej.

Model Beveridge'a opiera się na budżetowym finansowaniu ochrony zdrowia. Wielkość środków przeznaczonych na ten cel jest więc uzależniona od decyzji organów państwa i tym samym może być pochodną targów politycznych. Narodowa służba zdrowia jest podstawą ustroju systemu zdrowotnego m.in. w Wielkiej Brytanii, Irlandii, krajach skandynawskich, Grecji, Portugalii, Hiszpanii i we Włoszech.

Przewodnią zasadą stojącą u podstaw konstrukcji **modelu rezydualnego** (Stany Zjednoczone) jest indywidualna odpowiedzialność jednostki za zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. W aspekcie finansowym odzwierciedla się ona w istnieniu pluralistycznego systemu bazującego na dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych finansowanych przez prywatne podmioty³.

We wszystkich przedstawionych modelach państwo ingeruje w funkcjonowanie systemu zdrowotnego, zakres ten jest jednak zróżnicowany. Aktywność państwa jest największa w modelu narodowej służby zdrowia, w którym obok funkcji regulacyjnych także produkcja i dostawa świadczeń są domeną państwa. Na drugim biegunie znajduje się model rezydualny, w którym dominuje sektor prywatny, a aktywność państwa koncentruje się przede wszystkim na regulacji oraz działaniach z zakresu zdrowia publicznego.

W praktyce przedstawione modele organizacji ochrony zdrowia przeplatają się ze sobą w zasadzie we wszystkich krajach. Na przykład w krajach z systemami powszechnych ubezpieczeń pewną rolę odgrywają ubezpieczenia dobrowolne (np. Francja, Słowenia, Holandia), występuje także finansowanie budżetowe (np. proce-

² C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 82.

³ Szerszy opis modeli zdrowotnych znaleźć można m.in. w: J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004, s. 64-66; W. de Gooijer, *Trends in EU Health Care Systems*, Springer, New York 2007.

dury wysokospecjalistyczne w Polsce). Zakwalifikowanie do jednej z powyższych grup następuje więc w praktyce na podstawie dominującej formy finansowania charakterystycznej dla każdego z modeli.

3. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce

Biorąc pod uwagę przedstawioną klasyfikację polski system finansowania ochrony zdrowia określić można jako opierający się na modelu bismarckowskim. Do roku 1998 ochrona zdrowia finansowana była budżetowo, później rolę płatnika przejęły kasy chorych (do roku 2003), a obecnie jest nim Narodowy Fundusz Zdrowia. W tabeli 1 przedstawiono podstawowe dane dotyczące państwowego finansowania ochrony zdrowia w Polsce po wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w roku 1999.

Tabela 1. Nakłady na ochronę zdrowia ze środków państwa według źródeł finansowania (w mln zł)

Rok	Wydatki ze środków budżetu państwa				Składki na ubezpieczenie zdrowotne wpłacone przez ubezpieczonych	Razem nakłady państwa na ochronę zdrowia
	wydatki w dziale „Ochrona zdrowia”	składki na ubezpieczenie zdrowotne finansowane z budżetu państwa		razem wydatki budżetowe na ochronę zdrowia ^a		
		ogółem	finansowane przez KRUS w ramach dotacji z budżetu			
1999	5 717	1 793	1 197	8 357	17 832	26 189
2000	3 765	1 937	1 172	6 701	21 455	28 157
2001	3 273	2 872	1 428	5 967	23 877	29 844
2002	3 086	2 070	1 466	5 156	24 526	29 682
2003	3 154	2 094	1 445	5 246	26 352	31 599
2004	3 191	2 265	1 565	5 355	28 930	34 285
2005	3 214	2 304	1 591	5 195	31 574	36 769
2006	3 151	2 122	1 358	4 952	35 440	40 392
2007	4 858	2 542	1 784	7 320	40 302	47 622

^a W latach 1999 i 2000 budżet państwa udzielił Kasom Chorych pożyczek w wysokości odpowiednio 0,85 mld zł i 1 mld zł; w kolejnych latach pożyczka ta jest spłacana (także przez NFZ). Tabela nie zawiera tej kategorii odrębnie, wzięto jednak ją pod uwagę w kalkulacji całkowitych wydatków budżetowych na ochronę zdrowia.

Źródło: obliczenia własne na podstawie sprawozdań z wykonania budżetów państwa za kolejne lata opublikowanych przez Ministerstwo Finansów RP.

Tabela 1 przedstawia nakłady na ochronę zdrowia w ujęciu nominalnym. W celu prześledzenia realnych zmian w publicznym finansowaniu ochrony zdrowia dokonano urealnienia tych wielkości, jako deflator wykorzystując wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych: i tak, realne wydatki budżetowe na ochronę zdrowia w większości lat malały (oprócz lat 2003 i 2007). Zwraca uwagę fakt, iż także ich rela-

tywne znaczenie w budżecie centralnym wyraźnie malało od czasu wprowadzenia systemu ubezpieczeniowego (tab. 2). Podobnie w ostatnim piętnastoleciu spada znaczenie wydatków na ochronę zdrowia w budżetach jednostek samorządu terytorialnego. Wyraźny wzrost za to charakteryzuje realne dochody ze składek ubezpieczeniowych opłacanych przez osoby ubezpieczone. Ich średni roczny przyrost w ujęciu realnym w latach 1999-2006 wyniósł aż 6,6%, przy 3,7-procentowym wzroście realnych dochodów całego sektora finansów publicznych. Realny przyrost zaobserwować można także w przypadku składek opłacanych przez budżet państwa, w tym tych finansowanych z dotacji budżetowej dla KRUS. Tak wyraźny przyrost realnego przychodu ze składek na ubezpieczenie zdrowotne pokazuje, iż są one wydajnym źródłem przychodowym kas chorych/NFZ. Abstrahując od potrzeb i oczekiwań społecznych związanych z poziomem nakładów na ochronę zdrowia, zwrócić należy uwagę, iż cel uniezależnienia redystrybucji środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia od sytuacji budżetowej jest w coraz szerszym zakresie realizowany.

Tabela 2. Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach sektora finansów publicznych oraz budżetowych w Polsce w latach 1991-2006

Lata	Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach sektora finansów publicznych	Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach budżetu państwa	Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach samorządów
1991	b.d.	16,1	7,0
1992	b.d.	14,9	7,2
1993	b.d.	14,2	6,3
1994	b.d.	13,8	8,7
1995	10,1	14,4	7,6
1996	10,9	15,4	6,1
1997	10,1	15,0	6,1
1998	10,0	15,0	6,1
1999	9,8	4,6	3,1
2000	9,9	2,8	3,6
2001	9,5	2,7	4,2
2002	10,7	2,0	2,4
2003	10,5	2,0	2,4
2004	10,3	1,9	2,3
2005	9,8	1,9	2,5
2006	10,3	1,7	2,6

Źródło: Roczniki Statystyczne GUS.

Publiczne nakłady na ochronę zdrowia (z pominięciem wydatków samorządów realizowanych ze środków własnych) rosły w latach 1999-2007 realnie o 4,4%. Porównując wynik ten z realnym wzrostem o 3,7% w całym sektorze finansów publicznych, zauważa się relatywną poprawę sytuacji finansowej ochrony zdrowia w sto-

sunku do pozostałych podsektorów finansów publicznych. Jak już wspomniano, największy udział we wzroście tym mają wpływy z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, które kompensują z nawiązką spadek znaczenia finansowania budżetowego. Jak zwracają uwagę autorzy przygotowanego w roku 2004 raportu nt. finansowania ochrony zdrowia w Polsce: „składki na ubezpieczenie zdrowotne rosną w bieżącej dekadzie szybciej niż PKB oraz dobrobyt społeczny. Świadczy to o znacznym wysiłku włożonym przez społeczeństwo w poprawę finansowania ochrony zdrowia. Fakt ten powinien być zauważony, nawet jeśli wysiłek ten nie spełnia oczekiwań sektora zdrowia⁴⁷”. Tendencja ta wciąż się utrzymuje, a w latach 2006 i 2007 realny przyrost przychodów ze składek opłacanych przez ubezpieczonych wyniósł odpowiednio 11,1 i 10,9%

4. Tendencje w publicznym finansowaniu ochrony zdrowia w ujęciu międzynarodowym

Znaczenie środków publicznych w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia przedstawione zostanie w tym punkcie w perspektywie międzynarodowej, co pozwoli ocenić rozwiązania stosowane w Polsce na tle rozwiniętych i stabilnych systemów ochrony zdrowia, a także i tych w krajach znajdujących się na podobnym poziomie rozwoju.

Pierwszy z przedstawionych w tab. 3 wskaźników (udział wydatków na zdrowie w PKB) wskazuje na relatywne znaczenie wydatków na ochronę zdrowia w całości wytworzonej w gospodarce produkcji. Pozostałe wskaźniki zaś koncentrują się tylko na finansowaniu publicznym. Biorąc pod uwagę całkowite wydatki na ochronę zdrowia, zauważa się, że Polska przeznaczala na ten cel mniejszą część PKB od wszystkich – z wyjątkiem Turcji – krajów OECD. Polska wydawała na ochronę zdrowia 6,2% PKB, przy średniej 9% w grupie 30 analizowanych krajów. Zwrócić jednak należy uwagę, iż wszystkie kraje, które w roku 1990 wydawały podobną lub mniejszą część swojego PKB na ochronę zdrowia, osiągnęły w ciągu piętnastu lat większy postęp w tym zakresie niż Polska (wzrosty odpowiednio o: Czechy – 2,1% PKB, Korea Pd. – 2,4% PKB, Meksyk – 1,8% PKB, Polska – 1,4% PKB). W przypadku krajów wysoko rozwiniętych przyrosty te w okresie 1990-2006 były jeszcze większe.

Porównując miejsce publicznego finansowania ochrony zdrowia w systemie finansowania całego sektora, wykorzystano wskaźnik obrazujący udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia. W krajach OECD 73,1% środków przeznaczonych na zdrowie to środki publiczne. W tym przypadku Polska z udziałem rządu 69,9% nie odbiega w znacznej mierze od średniej. Jest to jednak najniższy wynik w czterech krajach byłego bloku wschodniego, a zwraca uwagę

⁴ *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004, s. 22.

Tabela 3. Wybrane charakterystyki finansowania ochrony zdrowia w krajach OECD w roku 2006

Państwo	Udział całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w PKB	Udział publicznych wydatków w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia	Udział wydatków na ochronę zdrowia w całkowitych wydatkach publicznych	Publiczne wydatki na ochronę zdrowia <i>per capita</i> w USD według parytetu siły nabywczej
Australia	8,7	67,7	17,1 ^b	2128
Austria	10,1	76,2	15,6	2748
Belgia	10,3	72,3 ^b	14,9 ^b	2643 ^b
Kanada	10,0	70,4	17,9	2591
Czechy	6,8	88,0	13,8	1328
Dania	9,5	84,1	15,7	2827
Finlandia	8,2	76,0	12,7	2027
Francja	11,0	79,7	16,6	2750
Niemcy	10,6	76,9	17,9	2591
Grecja	9,1	61,6	13,3	1529
Węgry	8,3	70,9	11,2	1066
Islandia	9,1	82,0	18,0	2738
Irlandia	7,5	78,3	17,3	2413
Włochy	9,0	77,2	13,9	2018
Japonia	8,1	81,3	17,7 ^b	2095
Korea Południowa	6,4	55,7	11,0 ^b	815
Luksemburg	7,3	90,9	17,1	3910
Meksyk	6,6	44,2	14,2 ^a	351
Holandia	9,5 ^a	62,5 ^c	12,0 ^c	1769 ^c
Nowa Zelandia	9,0 ^b	78,3 ^d	16,4 ^d	1454 ^d
Norwegia	8,7	83,6	18,0	3780
Polska	6,2	69,9	9,9	636
Portugalia	10,2	70,6	15,5	1495
Słowacja	7,4	68,3	13,6	894
Hiszpania	8,4	71,2	15,5	1751
Szwecja	9,2	81,7	13,8	2615
Szwajcaria	11,3	60,3	18,6 ^a	2597
Turcja	5,7 ^b	71,4 ^b	b d	422 ^b
Wielka Brytania	8,4	87,3	16,4	2408
Stany Zjednoczone	15,3	45,8	19,1	3074
Średnio	9,0	73,1	15,4	2122

^a – 2004, ^b – 2005, ^c – 2002, ^d – 2003.

Źródło: OECD Health Data 2008.

fakt, iż w Czechach aż 88% środków przeznaczanych na ochronę zdrowia pochodzi z funduszy publicznych. Od roku 1990 w krajach OECD w zasadzie nie zmienił się udział środków publicznych w finansowaniu ochrony zdrowia (zmiana z 72,7 na 73,1%). W Polsce zaś transformacja ustrojowa przyniosła spadek tego wskaźnika o ponad 20 punktów procentowych, szczególnie w początkowym okresie jej trwania (91,7% w roku 1990, ale już tylko 72,9% w roku 1995).

Porównując miejsce wydatków na ochronę zdrowia w strukturze wydatków całego sektora finansów publicznych, należy zwrócić uwagę na fakt, że Polska wydaje najmniejszą część środków publicznych na ten właśnie cel. Średnia dla krajów OECD wynosi ponad 15%, Polska zaś jako jedyny z tej grupy państw wydaje na ochronę zdrowia mniej niż 10% środków sektora publicznego. Dynamika tego wskaźnika (wzrost średniej dla wszystkich krajów z 11,9% w roku 1990 do 15,4% w roku 2005) wskazuje, że ochrona zdrowia staje się coraz istotniejszym elementem składowym wydatków publicznych w krajach rozwiniętych.

5. Podsumowanie

Ochrona zdrowia jako sektor gospodarki nabiera w ostatnich dekadach coraz większego znaczenia. Znajduje to odbicie w wielkości zasobów finansowych przeznaczonych na ten właśnie cel – ostatnie czterdzieści lat charakteryzuje się dynamicznym wzrostem udziału sektora zdrowotnego w dochodzie narodowym państw rozwiniętych. Wśród przyczyn wzrostu kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia zwraca się uwagę szczególnie na: niekorzystne zmiany demograficzne w społeczeństwach krajów rozwiniętych, dynamiczny i kosztochłonny rozwój technologii medycznych, rosnącą świadomość i oczekiwania pacjentów oczekujących coraz lepszej opieki, a także rosnące koszty administrowania systemami zdrowotnymi⁵.

Zmiany te znajdują odzwierciedlenie także w rozpatrywanym tu publicznym systemie finansowania ochrony zdrowia. Funkcjonujący w Polsce od niemal 10 lat system oparty na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ewoluuje i jego kształt wydaje się daleki od stabilności. Obserwacja danych dotyczących jego finansowania sugeruje, iż wydzielenie finansowania ochrony zdrowia z zadań budżetowych przyniosło relatywnie spory wzrost wydatków publicznych na ten cel w porównaniu z sektorem publicznym ogółem. Wydaje się więc, że źródeł kryzysu publicznej ochrony zdrowia finansowanej ze środków publicznych dopatrywać się można także w czynnikach innych niż niedobór zasobów finansowych w systemie. Ich relatywnie szybki przyrost (szczególnie wyraźny w roku 2007 – zob. tab. 2) nie przekłada się jednak na powszechną w społeczeństwie – negatywną – ocenę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Jak pokazują dane międzynarodowe, pewien postęp osiągnięty w publicznym finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce nadal nie stawia jej w korzystnym świetle w porównaniu z innymi krajami o podobnym poziomie rozwoju. Szczególną uwagę

⁵ Zobacz np. S. Golinowska, wyd. cyt.

należy zwrócić w tym przypadku na bardzo niski udział wydatków na ochronę zdrowia w całości wydatków publicznych. Wynik ten jest efektem niskiego stawiania ochrony zdrowia w hierarchii celów publicznych oraz niekorzystnej struktury wydatków publicznych skoncentrowanych na wydatkach *stricto* socjalnych. Zmiana tej struktury (na rzecz zwiększenia udziału wydatków na cele zdrowotne) powinna być w najbliższych dekadach jednym z ważnych elementów zmian w finansach publicznych. Jak pokazują bowiem najnowsze badania, zdrowie jest nie mniej istotnym czynnikiem rozwoju kapitału ludzkiego, a tym samym wzrostu gospodarczego, od poziomu wykształcenia społeczeństw⁶.

Literatura

- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.
- Golinowska S., *Wielkość i determinanty wydatków na ochronę zdrowia*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, t. I, nr 1/2003, s. 7-15.
- Gooijer W. de, *Trends in EU Health Care Systems*, Springer, New York 2007.
- Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004.
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Suhrcke M. i in., *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*, European Commission, Brussels 2005.
- Włodarczyk C., Poździejch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

HEALTHCARE IN THE SYSTEM OF PUBLIC FINANCE

Summary

Though the last decades are characterized by changes towards marketizing of public sector, public funds are still the predominant source of healthcare financing worldwide. The first part of the paper presents models of public financing of healthcare. The subsequent parts present the trends in public financing of healthcare in Poland focusing on the results of introducing the social health insurance in 1999, as well as discuss these trends in a broader international perspective.

⁶ Zobacz np.: M. Suhrcke i in., *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*, European Commission, Brussels 2005.