

HANNA KUZIŃSKA
Akademia Leona Koźmińskiego

Spożycie publiczne w Polsce. Ochrona zdrowia

W 2011 r. popyt krajowy w Polsce w 68% stanowiło spożycie, a w 22% akumulacja. Około 60% tego popytu tworzy spożycie prywatne gospodarstw domowych. Nic więc dziwnego, że uwaga przedsiębiorców koncentruje się głównie na badaniu właśnie jego struktury i trendów, by z jak największą korzyścią dla własnej firmy zagospodarować te 921 mld zł (w 2011 r.) rozdysponowywanych w ramach swobodnej decyzji poszczególnych gospodarstw¹. Natomiast spożycie publiczne, alternatywne wobec prywatnego, stanowi ok. 18% łącznego popytu krajowego. Dzieli się ono na spożycie indywidualne, stanowiące ok. 10% popytu, i ogólnospołeczne, stanowiące ok. 8% łącznego popytu. Spożycie ogólnospołeczne dotyczy wyrobów i usług nierynkowych, które nigdy nie mają żadnego konkretnego odbiorcy (Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012). Są one świadczone na przykład przez administrację publiczną, obronę narodową, czy instytuty naukowo-badawcze. Zwykle społeczeństwo oczekuje minimalizacji wydatków na tego rodzaju konsumpcję. Niejako z góry zakłada się, że na wydatkach ogólnospołecznych trzeba oszczędzać, gdyż często są one nieracjonalne. Obserwując niektóre wydatki ogólnospołeczne w Polsce, trudno nie przyznać racji tym wszystkim, którzy postulują ich redukcję. Na przykład wysoki poziom spożycia publicznego w zakresie administracji jest na pewno nieuzasadniony. Dowodzi tego fakt, że w Polsce administracja publiczna w 1990 r. (przed transformacją) zatrudniała 42 000 pracowników w aparacie centralnym, a w 2010 r. – 133 358 (Kieżun, 2013). W dużej mierze na wszystkie „przerosty” administracyjne wpłynęła nietrafna, jedna z czterech wielkich reform przeprowadzonych w 1999 r., która wyłoniła niepotrzebny samorząd powiatowy i podwoiła administrację wojewódzką (administracja wojewody i sejmiki wojewódzkie). Stosunkowo łatwo jest ustalić nadmiar administracji publicznej, natomiast nie bardzo wiadomo, na jakim poziomie powinny ukształtować się wydatki publiczne na obronę narodową, czy też na naukę. Zwykle w tych przypadkach powołujemy się na odsetek PKB przeznaczony w innych krajach na te działy gospodarki narodowej. Takie podejście nie będzie jednak uwzględniało technologicznego niedostosowania polskiej armii do standardów NATO albo wyjątkowo niskiej wrażliwości polskiej gospodarki na wdrażanie nowych technologii. Dlatego do nakładów na spożycie ogólnospołeczne lepiej

¹ W statystyce spożycia prywatnego wykazywane jest oprócz tego prywatne spożycie instytucji niekomercyjnych, dotyczące wyrobów i usług dostarczonych gospodarstwu domowemu jako transfery socjalne w naturze (Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012, s. 699).

podchodzić elastycznie i budżety na nie kształtować inną metodą, także ekspercką (Kleer *et. al.*, 2005, s. 137 i następne). To znaczy, że specjaliści od obrony narodowej czy też wdrażania nowych technologii z udziałem fachowców od finansów powinni w perspektywie Wieloletniego Planu Finansowego Państwa oraz budżetu państwa sugerować rządowi i parlamentowi niezbędną wysokość nakładów na poszczególne dziedziny spożycia ogólnospołecznego. Najgorsza z możliwych metod planowania wydatków na cele ogólnospołeczne to gwarantowanie stałego odsetka nakładów i pozostawienie całej koncepcji ich zagospodarowania administracji poszczególnych urzędów. Zawsze bowiem będą się one starały wydać co do grosza otrzymane pieniądze publiczne, bardziej lub mniej zgrabnie te wydatki uzasadniając, nie bacząc na ich sens ekonomiczny. Aby administracja publiczna nie powieliła paradoksów działań z lat wcześniejszych, powinna mieć wysoko kwalifikowane, fachowe kadry kierownicze, zatem w żadnym wypadku, tak jak w Polsce, wyłaniane z klucza partyjnego (Kieżun, 2013).

Jak już wspomniano, na indywidualne spożycie publiczne przypada ok. 10% łącznego popytu. Jest to konsumpcja finansowana ze środków publicznych, ale jednocześnie zaadresowana do konkretnych osób, do gospodarstw domowych. Z taką konsumpcją mamy do czynienia, wysyłając dzieci do szkół, na częściowo odpłatne lub bezpłatne kolonie i obozy, kupując dotowane bilety do muzeów, teatrów, bezpłatnie wypożyczając książki z biblioteki publicznej, uczęszczając na tanie zajęcia plastyczne, czy bezpłatne turnieje szachowe do domu kultury, bezpłatnie lecząc się w przychodni i szpitalu itp.

Niewątpliwie największa część indywidualnego spożycia publicznego przypada na dwa działy gospodarki narodowej, tj. na ochronę zdrowia i edukację. Przeciętne spożycie na mieszkańca Polski w dziedzinie ochrony zdrowia wynosiło w 2011 r. 2791 zł (107,5 mld zł w skali kraju), a w dziedzinie edukacji – 2164 zł (83,4 mld zł). Jak już zauważono, owo spożycie zawiera część finansowaną ze środków publicznych, jak również finansowaną ze środków prywatnych. Coraz większy odsetek, szczególnie finansowania ochrony zdrowia, przypada na gospodarstwa domowe. Jeszcze w 2000 r. z dochodów osobistych finansowaliśmy 33% środków przeznaczanych na ochronę zdrowia, a w 2011 r. już 38% (Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, 2012, s. 707 i obliczenia własne). Ciekawym i zapewne mającym przyszłość rozwiązaniem jest finansowanie abonamentów zdrowotnych w prywatnej służbie zdrowia przez pracodawców. Odsetek gospodarstw domowych, które nie płacą za opiekę zdrowotną z własnych dochodów, nie korzystają z publicznej opieki zdrowotnej, lecz z abonamentów wykupionych przez pracodawcę, wzrósł z 4,9% w 2000 r. do 6,3%. W 2011 r.² utrzymała się tendencja do rosnącego popytu na usługi ochrony zdrowia, a sposób

² Diagnoza Społeczna 2011, s. 125, http://www.efs.gov.pl/AnalizyRaportyPodsumowania/baza_projektow_badawczych_efs/Documents/Raport_glowny_2011_INTERNET.pdf [dostęp: 14.04.2013].

gromadzenia środków przeznaczonych na ten cel i ich wydatkowania ciągle może budzić wątpliwości.

Zaciemniony obraz finansowania publicznej ochrony zdrowia

Z jakichś powodów statystyka publiczna, zgodnie z ustawą³, nie musi wykazywać w Rocznikach Statystycznych danych o dochodach i wydatkach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) – publicznego płatnika prawie wszystkich usług zdrowotnych, dlatego, że na prezesa GUS nałożono obowiązek corocznego sporządzania i publikowania w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski” Narodowego Rachunku Zdrowia. Dane te można znaleźć na odpowiednich stronach internetowych GUS i NFZ, zatem formalnie niby wszystko jest w porządku. Jednak podstawowe informacje o wszystkich nakładach publicznych znajdujemy w Rocznikach Statystycznych GUS w dziale „Finanse publiczne”, z wyjątkiem nakładów rozdysponowywanych przez NFZ. Może to powodować dezinformację, gdyż Rocznik Statystyczny nie kieruje do żadnych odrębnych publikacji pokazujących nakłady na ochronę zdrowia. Jedynie w uwagach ogólnych dotyczących działu „Finanse publiczne” wymieniony jest NFZ jako jedna z instytucji tworzących sektor finansów publicznych. To formalne uchybienie informacyjne można by usunąć, zamieszczając w Rocznikach Statystycznych GUS choćby najbardziej ogólne dane dotyczące gromadzenia i wydatkowania pieniędzy przez NFZ. Szczególnie, że wartość spożycia ogólnospołecznego w tej dziedzinie w 2011 r. stanowiła 66,6 mld zł.

Przychody NFZ w niewielkim stopniu pochodzą z dotacji budżetu państwa, gdyż głównym źródłem jego zasilania są składki zdrowotne pobierane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), transferowane do Funduszu. ZUS i KRUS, po reformie ochrony zdrowia, otrzymały zadanie polegające na poborze tych składek, nazywanych składkami zdrowotnymi, gdyż i tak przecież egzekwują składki na ubezpieczenie społeczne. Niejako przy okazji instytucje te pobierają co miesiąc składkę zdrowotną, zrelacjonowaną do tej samej podstawy, co składka ubezpieczeniowa (w uproszczeniu do wynagrodzenia). I tu pojawia się kolejny paradoks zawichości finansów i publicznego prawa finansowego. Bo składka zdrowotna nie powiększyła wynagrodzeń brutto (jak składka ubezpieczeniowa) tylko pomniejszyła należny podatek od dochodów osobistych (tzw. PIT)⁴. Z tego powodu pracownikom nie zmniejszyły się dochody, tylko sektorowi finansów publicznych.

Miesięczne potrącenie składki zdrowotnej przez ZUS i KRUS nie zawsze jest dostrzegane przez pracownika, gdy dokonuje go płatnik – pracodawca. Gdy jednak pra-

³ Art. 25, ust. 1, pkt 3a) ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (DzU nr 88, poz. 439 ze zm.)

⁴ Z 9% składki naliczanej od podstawy ubezpieczeniowej 7,75% jest potrącone z należnego PIT, a pozostałe 1,25% obciąża dochód pracownika. Dalej dla uproszczenia już nie wspominam o tym podziale składki.

cownik sprawdzi, jaką kwotę przeznaczył w roku na ochronę zdrowia, może odnieść mylne wrażenie, że jej likwidacja z dnia na dzień przysporzyłaby mu dochodów osobistych. Niestety nie, składka zdrowotna, jeśli przestałaby trafiać do NFZ, zostałaby przekazana do budżetu państwa lub jednostki samorządu terytorialnego. Inaczej mówiąc, składka zdrowotna prawie w całości jest częścią zobowiązania podatkowego.

Można przypuszczać, że celem ustanowienia tak skomplikowanego i niezrozumiałego zasilania wydatków na publiczną ochronę zdrowia było stworzenie w opinii społecznej przekonania, że to oni z części własnych dochodów finansują ochronę zdrowia. Czyli to sami podatnicy kreują popyt krajowy na spożycie publiczne w dziedzinie ochrony zdrowia. Tymczasem wcale tak nie jest, bo środki finansowe gromadzi NFZ i to on kreuje popyt, a konsument tych usług jest tylko w tle transakcji zawieranych poza nim. Skomplikowany system naliczania i przekazywania składek zdrowotnych nie wpłynął na fakt, że ochrona zdrowia pozostaje finansowana z danin. Nie zmieni tego sztuczne kierowanie uwagi obywateli na PIT, jako źródło opłacenia opieki zdrowotnej.

Doświadczenie pokazuje, że nie ma alternatywy dla finansowania głównego nurtu zadań zdrowotnych ze środków publicznych, tj. z danin. Można by więc rozważyć uproszczenie systemu rozliczeń, zlikwidowanie składki zdrowotnej i największą część wydatków zdrowotnych (sieć szpitali) finansować z budżetu państwa, a podstawową i ambulatoryjną opiekę zdrowotną – wprost z budżetów samorządowych⁵. Szczególnie, że z badań wynika, iż wypełnianie funkcji tradycyjnych przez państwo, w tym ochrony zdrowia, wymaga silnego i sprawnego sektora publicznego i nie możemy spodziewać się, że koszty jego funkcjonowania będą malały (Kleer *et. al.*, 2005, s. 42).

Gdzie jest kres wzrostu wydatków na ochronę zdrowia?

Przeznaczanie z jednej strony przez państwo, a z drugiej przez gospodarstwa domowe rosnących nominalnie kwot na ochronę zdrowia oznacza zmianę struktury spożycia. Jeśli w spożyciu wzrasta udział usług zdrowotnych, maleje udział dóbr, szczególnie żywności, napojów, odzieży i obuwia.

Na ochronę zdrowia w 2011 r. przeznaczono łącznie 107,5 mld zł, z czego w ramach konsumpcji indywidualnej gospodarstw domowych wydano 40,9 mld, a ze środków publicznych w ramach tzw. indywidualnego spożycia ogólnospołecznego 66,6 mld zł (Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, 2012, s. 707). W 2000 r. nakłady te wynosiły 34 mld zł, zatem w ciągu 11 lat prawie się podwoiły. Także obciążenie gospodarstw domowych kosztami opieki medycznej stale wzrasta i jest w Polsce przeciętnie wyższe niż w krajach Unii Europejskiej. W Unii w 2011 r. na

⁵ Jest to propozycja zgłoszona jeszcze przed reformą z 1999 r. przez A. Sobczak (1994).

ochronę zdrowia przeznaczano średnio 3,7% dochodów osobistych, w krajach strefy euro 4,1%, a w Polsce 4,2%.

Tablica 1
Wydatki na opiekę zdrowotną jako procent PKB

Kraj	2003	2010
Bułgaria	7,84	-
Cypr	6,75	-
Luksemburg	7,66	-
Rumunia	5,33	-
USA	15,61	17,55
Holandia	9,77	11,98
Francja	10,93	11,61
Niemcy	10,92	11,51
Kanada	9,78	11,38
Dania	9,30	11,08
Austria	10,30	10,98
Szwajcaria	11,25	10,89
Portugalia	9,73	10,72
Belgia	10,00	10,49
Hiszpania	8,18	9,60
Szwecja	9,31	9,54
Norwegia	10,01	9,34
Islandia	10,38	9,29
Słowenia	8,64	8,97
Finlandia	8,15	8,96
Słowacja	-	8,49
Węgry	8,57	7,83
Czechy	7,44	7,41
Litwa	-	7,00
Polska	6,24	6,98
Estonia	4,99	6,34

Źródło: Eurostat [dostęp: 13.04.2013].

W Polsce należy się spodziewać dalszego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia (tablica 1). Mimo że od 2003 r. udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB wzrósł z 6,24% do 6,98%, w dalszym ciągu w 2010 r. niższe nakłady od Polski miała tylko

Estonia. Podobnie, Polska sytuuje się w tych wydatkach na końcu statystyk, gdy obliczenia dotyczą nakładów na jednego mieszkańca⁶. Najwięcej na ochronę zdrowia wydają Amerykanie, a w Europie – Holendrzy, Francuzi, Niemcy i Duńczycy – prawie dwa razy tyle co Polacy. Najmniej wydają – oprócz Estończyków i Polaków – Litwini, Czesi, Węgrzy i Słowacy. Rynek usług medycznych w Polsce będzie dalej wzrastał, lecz pożądane byłoby powiększanie go kosztem środków publicznych, a nie prywatnych. Głównie dlatego, że Polska jest krajem relatywnie uboższym niż inne kraje UE i dlatego, że dochodowość Polaków jest bardzo rozwarstwiona. Przeciętne polskie gospodarstwo domowe musiałoby ograniczać spożycie żywności, by dokładać do ochrony zdrowia.

Skąd jednak władza publiczna ma czerpać dodatkowe środki na zwiększone finansowanie ochrony zdrowia, skoro wysiłki rządu od lat zmierzają do obniżanie państwowego długu publicznego? Środki na ten cel powinny więc pochodzić z restrukturyzacji wydatków w sektorze finansów publicznych. Jeśli zgodzimy się z tezą, że administracja w Polsce jest zbyt rozbudowana, warto może zastanowić się nad uruchomieniem mechanizmów stopniowo przesuwających osoby zwalniane z pracy w administracji do opieki zdrowotnej i opieki społecznej, która jest zaniedbana i niewydolna i której problemy w tym artykule zostały pominięte.

Co z poprawą jakości spożycia?

Ponad 80% wszystkich środków gromadzonych przez NFZ kierowanych jest na leczenie szpitalne (ponad 47%), podstawową i ambulatoryjną opiekę zdrowotną (ponad 20%) i na refundację leków (ponad 13%)⁷. Polskie społeczeństwo częściej krytycznie niż pochlebnie wypowiada się o opiece zdrowotnej. Od 2000 r. najczęściej badanych osób wyrażało pogląd, że w Polsce nie ma zmian w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Odsetek tych osób wzrósł z 57% w 2000 r. do 79% w 2011 r. Trzeba dodać, że w dalszym ciągu ponad jedna czwarta badanych nie zauważa poprawy zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, lecz ich pogorszenie⁸. Z czego wynika ciągle tak marna społeczna ocena usług medycznych, skoro nakłady publiczne i prywatne stale w Polsce wzrastają?

Główną przyczyną jest zapewne ocena dostępności usług medycznych. Popyt na usługi zdrowotne jest ograniczany m. in. przez długie oczekiwanie na wizytę u lekarza, co pogarsza stan zdrowia społeczeństwa, zwłaszcza tej mniej zamożnej jego części. Co ważne, fakt ten wcale nie redukuje wzrostu kosztów opieki zdrowotnej (Sobczak, 2007, s. 108). Tymczasem z badań dotyczących osób potrzebujących pomocy medycznej wynika, że w 2011 r. prawie 30% gospodarstw domowych zrezygnowało

⁶ http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2010.pdf.

⁷ <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=5233>.

⁸ Tamże, s. 132.

z powodów finansowych z usług lekarza lub z wykonania badań medycznych, ponad 30% nie wykupiło leków i aż 64% nie leczyło zębów lub zrezygnowało z wykonania protezy (Sobczak, 2007, s. 129, obliczenia własne). Natomiast najbardziej dostępne, gdyż w najmniejszym stopniu zależne od zasobności finansowej pacjentów, było leczenie szpitalne. W 2011 r. tylko 3% gospodarstw domowych zrezygnowało z leczenia szpitalnego. Rozwiązywanie nie tylko poważnych, ale i mniej skomplikowanych problemów zdrowotnych w szpitalach jest wygodne dla pacjentów, gdyż nie naraża ich na zmarnowanie czasu w kolejkach, dodatkowe wydatki, a ponadto gwarantuje uwagę lekarzy nawet wielu specjalności na dłużej niż kilkanaście minut, jak to ma często miejsce podczas wizyty w przychodni. Pacjent wychodzący ze szpitala po tygodniu pobytu może być przebadany i starannie zdiagnozowany, natomiast w przychodniach może to trwać miesiącami, nie licząc wydanych pieniędzy. Lekarze też słabo bronią się przed presją pacjentów na leczenie szpitalne. Jeśli są wolne miejsca i pieniądze, dlaczego nie diagnozować w szpitalu? Takie podejście nie tylko podtrzymuje sieć istniejących szpitali, lecz skłania także do tworzenia następnych. Przybywa więc szpitali ogólnych. W 2011 r. było ich 814, tj. o 98 więcej niż w 2000 r., przy czym statystyka ta dotyczy szpitali niepublicznych, których od 2000 r. przybyło 283, gdyż szpitali publicznych ubyło 185 (Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012, s. 368). Skoro wzrasta liczba szpitali niepublicznych, można przypuszczać, że leczenie szpitalne jest finansowo atrakcyjne dla prywatnych podmiotów leczniczych. Prywatne szpitale są dużo mniejsze i bardziej wyspecjalizowane od publicznych. W 2011 r. przeciętnie w takim szpitalu były 83 łóżka, w publicznym natomiast – 309 łóżek. Jednocześnie przeciętnie w szpitalu prywatnym było leczonych 3289 chorych, a w publicznym – 12 585 chorych. Nic więc dziwnego, że komfort przebywania w szpitalu publicznym jest niższy niż w szpitalu prywatnym.

Chyba nie aż tak duża chorowitość polskiego społeczeństwa, lecz w dużym stopniu łatwość dostania się do szpitala powodowała przez lata systematyczny wzrost liczby osób leczonych w szpitalach (tablica 2). W 2011 r. liczba osób leczonych w szpitalach była o 1 462 tys. wyższa niż w 2000 r., a w porównaniu z 1990 r. powiększyła się o 2 872 tys. osób. Przy tym trendzie na leczenie szpitalne NFZ musi wydawać prawie połowę gromadzonych środków.

Przytoczona statystyka rodzi pytanie, dlaczego, pomimo mniejszej liczby chorych przypadających na szpital prywatny niż publiczny i takich samych wycen procedur leczniczych stosowanych dla obu form własności, szpitale prywatne dobrze egzystują i ich liczba przyrasta, a wiele szpitali publicznych zadłuża się i ubywa ich?

Przyczyną tego stanu rzeczy nie jest zazwyczaj organizacyjna i zarządcza niewydolność szpitali, co czasem próbuje się sugerować w mediach. Szpitale publiczne mają dużo mniej korzystne otoczenie prawne niż szpitale prywatne. Mają one najczęściej formę organizacyjno-prawną samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i muszą przyjąć każdą osobę wymagającą hospitalizacji, bez względu na to czy została ona przez NFZ opłacona (tzw. nadwykonania). Szpitale prywatne

przyjmują tylko taką liczbę chorych, na jaką mają pieniądze. A pieniędzy szpitale prywatne mają dużo więcej niż publiczne, gdyż za świadczone usługi mogą pobierać opłaty – publiczne szpitale w zasadzie nie mogą. Teoretycznie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą pobierać opłaty za świadczenia zdrowotne od osób nieuprawnionych do bezpłatnego leczenia i kierownik na podstawie ponoszonych kosztów ustala wysokość tych opłat⁹. W praktyce nie mają istotnych dochodów własnych, gdyż nieuprawnionych do leczenia osób jest w Polsce bardzo mało. To głównie z tych powodów publiczna opieka zdrowotna stopniowo przegrywa na *quasi* rynku z prywatną, gdyż tej drugiej nie skrępowano obowiązkami i pozwolono zarabiać pieniądze na wolnym rynku.

Tablica 2

Leczeni w szpitalach ogólnych (bez międzyoddziałowego ruchu chorych) w tys.

Lata	1946	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba leczonych	1200	1614	2565	3263	4356	4597	6007	6739	6791	6850	7222	7241	7344	7469
Przyrosty		414	951	698	1093	241	1410	732	52	59	372	19	103	125
Dynamika (rok poprzedni =100)		134,5	158,9	127,2	133,5	105,5	130,7	112,2	100,8	100,9	105,4	100,3	101,4	101,7

Źródło: *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012*, s. 46 i obliczenia własne.

Jest jeszcze drugi powód niekorzystnie wpływający na finanse publicznych szpitali oraz przychodni i ambulatoriów. Szpitale publiczne wykonują u siebie wszystkie kosztowne badania diagnostyczne, a szpitale prywatne nierzadko przyjmują pacjentów zdiagnozowanych w publicznej opiece zdrowotnej. Ograniczają też koszty, przerzucając skomplikowane przypadki medyczne do podmiotów publicznych. Tej praktyki nie da się wyeliminować, gdyż lekarze są zatrudnieni jednocześnie w placówkach publicznych i prywatnych.

Przyszłość opieki zdrowotnej oddano więc podmiotom leczniczym, mającym status spółek kapitałowych (z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych), niekoniecznie prywatnych, mogą być częściowo lub w całości własnością publiczną (Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego). Przekształcenia własnościowe będą przebiegały z większą dynamiką niż w ostatnim dziesięcioleciu, gdyż przepisy prawa¹⁰ nakazują podmiotom tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (zwykle są to samorządy) albo pokrycie ujemnego wyniku finansowego, albo jego likwidację, albo przekształcenie w spółkę kapitałową. W 2011 r.

⁹ Art. 45 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2011, nr 112, poz. 654 ze zm.).

¹⁰ Tamże.

prywatnych ambulatoriów było 5 razy więcej niż publicznych, a pacjenci często nie zdawali sobie sprawy z tego, że jakiś czas temu zmieniły one właściciela. Co więc przekształcenia własnościowe w ochronie zdrowia mogą zmienić w jakości usług medycznych?

Prywatne lub częściowo sprywatyzowane podmioty lecznicze¹¹ (szpitale, przychodnie, ambulatoria) będą zapewne, tak jak to czynią obecnie, skutecznie broniły się przed wizytami osób ubezpieczonych, ustawiając ich w długich kolejkach. Dlatego, że placówki prywatne, mogąc zarobić dodatkowe pieniądze pozyskiwane za usługi opłacane, muszą zarezerwować dla tych pacjentów odpowiednio dużo czasu. Inaczej mówiąc, im więcej czasu poświęconego pacjentom płacącym z własnej kieszeni, tym większe zyski, a ci, za których płaci NFZ, mogą zaczekać. Proporcje między czasem poświęconym jednym i drugim pacjentom muszą być na tyle rozsądnie wyważone, by płatnik (obecnie NFZ) nie wycofał się w następnym roku budżetowym z kontraktu na leczenie. Pieniądze pochodzące od płatnika są często niezbędne, by zachować stabilność finansowania podmiotu leczniczego (szpitala, czy przychodni). No i o zyski trzeba też zadbać – oto zarys rozsądnej taktyki prowadzenia niepublicznego podmiotu leczniczego. Niestety pacjenci będą płacili za tę taktykę dłuższym oczekiwaniem na wizytę czy miejsce w szpitalu. Jeśli nie będą chcieli, czy mogli czekać, będą musieli płacić.

Cóż więc uczynić, by chronić potrzeby wszystkich pacjentów, także tych niepłacących z własnej kieszeni? Przede wszystkim można zmniejszyć presję prywatnych podmiotów leczniczych na osiąganie zysków. Najskuteczniejszym sposobem byłoby ustanowienie dla wszystkich podmiotów leczniczych, uzyskujących kontrakty finansowane ze środków publicznych, reguły *non-profit*. Jeśli wszystkie podmioty lecznicze, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej, realizują misję publiczną wyrażoną w art. 68 Konstytucji RP, to tylko w ten sposób władze publiczne zapewnią równiejszy (na pewno nie równy) dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Trudno nie oprzeć się wrażeniu, że w poszukiwaniu sposobów na zadłużające się szpitale nie wzięto pod uwagę „...czynnika nowej stratyfikacji społecznej. A przecież własność współokreśla, a czasem wręcz rozstrzyga o wielu sferach życia społecznego. (...) Własność jest podstawą wielkiego zróżnicowania pod względem dochodu, statusu, kwalifikacji, informacji, kontroli nad środkami masowego przekazu, dostępu do władzy. (...) ze struktury własności można wywieść szanse życiowe osób nawet jeszcze nienarodzonych” (Kowalik, 2009, s. 136).

¹¹ Tak zostały nazwane w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zm.).

Wnioski

Struktura wydatków kształtujących spożycie publiczne nie powinna być kształtowana metodą historyczną, czyli powtórzeń nakładów z lat wcześniejszych. Powinna wynikać z projektów eksperckich, które pokazują nie tylko kierunki dokonania zmian w działach gospodarki, ale wskazują także źródła ich sfinansowania, tj. oszczędności poczynione w innych działach lub źródła pozyskania dodatkowych dochodów pozabudżetowych.

Dla przejrzystości finansów publicznych należałoby choćby podstawowe statystyki dotyczące przychodów i kosztów utrzymania opieki zdrowotnej zamieszczać razem z innymi informacjami o wydatkach publicznych w Rocznikach Statystycznych GUS. Bez nich trudno skierować uwagę czytelnika na odrębne szczegółowe statystyki opracowywane w ramach Narodowych Rachunków Zdrowia czy na stronach NFZ. Spożycie w zakresie opieki zdrowotnej jest przecież w największym stopniu finansowane z pieniędzy publicznych.

W imię upraszczania i konsolidacji sektora finansów publicznych warto byłoby rozważyć przywrócenie składki zdrowotnej potrącaanej z PIT do budżetu państwa (powiększą one też dochody jednostek samorządu terytorialnego) i sieć szpitali finansować z budżetu państwa, a pozostałe placówki przekazać do finansowania samorządom.

Wydaje się, że niezbędne jest zatrzymanie tendencji polegającej na przenoszeniu coraz większego ciężaru utrzymania opieki medycznej na gospodarstwa domowe. Osiągnięcie takiego efektu jest możliwe np. przez pozbawienie prywatnych podmiotów leczniczych prawa do osiągania zysków. Podmioty finansowane także ze środków publicznych powinny mieć status instytucji non-profit.

W Polsce dodatkowe środki publiczne na finansowanie ochrony zdrowia (dużo mniejsze niż w innych krajach) powinny pochodzić nie z deficytów budżetowych, lecz z restrukturyzacji wydatków publicznych. Na przykład część administracji publicznej – wyjątkowo w Polsce rozbudowanej – powinna być przesunięta między innymi do ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Bibliografia

- Diagnoza Społeczna*, http://www.efs.gov.pl/AnalizyRaportyPodsumowania/baza_projektow_badawczych_efs/Documents/Raport_glowny_2011_INTERNET.pdf (strona z 14 kwietnia 2013 r.) 2011, s. 125.
- Kieżun W. (2013), *Zarys formuły dobrego państwa*. Referat na konferencji naukowej pt. *Dobre państwo*, Akademia Leona Koźmińskiego, Warszawa, 9-10 kwietnia.
- Kleer J., Karpiński A., Owsiak S. (2005), *Spór o przyszłość sektora publicznego*, PAN, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”, Warszawa.

Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012, GUS, Warszawa.

Sobczak A. (1994), *Problemy finansowania ochrony zdrowia. Drogi reformowania*, (w:) *Polityka finansowa. Wzrost, dług publiczny*, pod red. A. Weronika, Instytut Finansów.

Sobczak A. (2007), *Finansowanie ochrony zdrowia*, Szkoła Zdrowia Publicznego, Warszawa.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zm.)

<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=5233j>

Streszczenie

W Polsce ok. 10% łącznego popytu stanowi indywidualne spożycie publiczne. Najważniejszym segmentem tego spożycia jest opieka zdrowotna. Znaczenie sektora zdrowotnego będzie coraz większe, na co wskazują tendencje światowe. Reforma ochrony zdrowia w 1999 r. niezbyt trafnie skupiła się na utworzeniu wyodrębnionego publicznego płatnika – NFZ, a później na przekształceniach własnościowych. Mają one ustrzec władzę publiczną przed finansową odpowiedzialnością za długi powstające w tym sektorze. Po latach można już zauważyć, że sposób finansowania NFZ jest nieprzejrzysty, co wyraża się w pomijaniu w Rocznikach Statystycznych GUS danych finansowych dotyczących NFZ i nakierowaniu czytelników do statystyk odrębnych – Narodowych Rachunków Zdrowia. Finanse ochrony zdrowia można uczynić bardziej przejrzyste, zlikwidować składkę zdrowotną i zadania finansować wprost z budżetu państwa i budżetów samorządowych. Prywatne podmioty lecznicze finansowane również ze środków publicznych powinny mieć status instytucji *non-profit*, po to, by przekształcenia własnościowe w ochronie zdrowia nie spychały na margines pacjentów opłacanych z tego źródła.

Słowa kluczowe: Popyt krajowy, spożycie, spożycie ogólnospołeczne, ochrona zdrowia, finansowanie ochrony zdrowia, przejrzystość finansów publicznych, statystyka publiczna, Narodowy Fundusz Zdrowia, składka zdrowotna, dostępność usług zdrowotnych.

Kody JEL: H41, H44, H51, H60, H83, I13, I14, I18

Public Consumption in Poland. Health Protection

Summary

In Poland, approximately 10% of the aggregate demand is constituted by public individual consumption. The most important segment of this consumption is health-care. The financial importance of the healthcare sector will be growing what is in-

dictated by the global trends. The 1999 healthcare reform not accurately focused on establishing a separate public payer, the National Health Fund (NFZ), and later on ownership transformations. They are to safeguard the public authority against financial responsibility for debts occurring in this sector. After years, one can already notice that the way of financing NFZ is not transparent what is expressed in omitting in the CSO's Statistical Yearbooks of the financial data concerning NFZ and directing the reader to separate statistics – National Health Accounts. Health care finance can be made more transparent, there can be liquidated the health care contribution and the tasks may be financed directly from the state budget and self-governmental budgets. Private medical entities also financed by public funds should have the status of non-profit institution in order to prevent the situation where ownership transformations in health care marginalise the patients paid from this source.

Key words: domestic demand, consumption, collective consumption, health care, healthcare financing, public finance transparency, public statistics, National Health Fund, healthcare contribution, healthcare services accessibility.

JEL codes: H41, H44, H51, H60, H83, I13, I14, I18