

## Oddziaływanie zdrowia na gospodarkę – wnioski dla polskiego systemu ochrony zdrowia

Nadesłany: 31.03.17 | Zaakceptowany do druku: 08.08.17

**Ewelina Nojszewska\***

Artykuł jest poświęcony oddziaływaniu stanu zdrowia na gospodarkę, a przede wszystkim na wzrost gospodarczy. Pierwszym przedstawionym zagadnieniem są społeczno-ekonomiczne determinanty zdrowia, gdyż poziom rozwoju gospodarczego również wpływa na zdrowie jednostek i społeczeństwa. Następnie przedstawiono kanały oddziaływania zdrowia na funkcjonowanie gospodarki zarówno na poziomie mikro, jak i makro. Od strony mikro scharakteryzowano oddziaływanie na produktywność pracy i podaż pracy, a także wykształcenie i tworzenie kapitału rzeczowego oraz ludzkiego. Od strony makro przedstawiono rozważania teoretyczne i wyniki wybranych badań empirycznych. W kolejnym punkcie opisano docelową strukturę systemu ochrony zdrowia opartą na nowej konstrukcji trzech koszyków świadczeń gwarantowanych. Na koniec wymieniono najważniejsze wyzwania stojące obecnie przed polskim systemem ochrony zdrowia.

**Słowa kluczowe:** zdrowie, gospodarka, wzrost gospodarczy, ochrona zdrowia.

## The Impact of Health on the Economy – Applications for the Polish Health Care System

Submitted: 31.03.17 | Accepted: 08.08.17

The article discusses the impact of health on the economy, and above all on economic growth. Socio-economic determinants of health are presented first, because the level of economic development affects the health of individuals and society. Then, the channels of influence of health on the functioning of the economy are described at the macro and micro levels. From the micro point of view, the impact on labor productivity and labor supply, as well as education and the creation of physical capital and human capital, is characterized. From the macro point of view, theoretical considerations and the results of some empirical research are presented. The next section introduces the target structure of the health care system based on a new design of three baskets of guaranteed medical services. At the end, the main challenges currently facing the Polish health care system are mentioned.

**Keywords:** health, economy, economic growth, health care.

**JEL:** I10, O40, J11

---

\* **Ewelina Nojszewska** – prof. dr hab., Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Zarządzania i Finansów, Katedra Ekonomii Stosowanej.

---

Adres do korespondencji: Szkoła Główna Handlowa, Kolegium Zarządzania i Finansów, al. Niepodległości 162, 02-554 Warszawa; e-mail: enojsz@sgh.waw.pl.

## 1. Wstęp

Najważniejszym czynnikiem wzrostu gospodarczego jest kapitał ludzki obejmujący edukację i zdrowie. Do niedawna większość badań koncentrowała się na wykształceniu, a przecież zdrowsi pracownicy są bardziej produktywni, uzyskują większe dochody, a także ich absencja chorobowa jest mniejsza. Obecnie przeprowadzane są intensywne badania nad oddziaływaniem stanu zdrowia na wzrost i rozwój gospodarczy. Zdrowie wpływa na wzrost gospodarczy poprzez inwestycje w kapitał ludzki, akumulację fizycznego kapitału, wzrost siły roboczej i jej produktywności, a także np. udział kobiet w sile roboczej.

Oddziaływanie zdrowia i wzrostu gospodarczego jest dwukierunkowe i dlatego najpierw uwaga zostanie skoncentrowana na determinantach stanu zdrowia, aby uwypuklić wpływ rozwoju społeczno-gospodarczego na zdrowie. Następnie przeanalizowane zostaną kanały oddziaływania zdrowia na wzrost gospodarki na poziomie mikro i makro. Ponieważ przedmiotem zainteresowania jest oddziaływanie systemu ochrony zdrowia na gospodarkę w Polsce, to w kolejnych punktach przedstawiona zostanie sytuacja w polskiej ochronie zdrowia i wnioski dotyczące jej zmian, które posłużyłyby zarówno poprawie zdrowia, jak i rozwojowi gospodarki.

## 2. Przegląd literatury

Z przeglądu literatury wynika, że poprawy stanu zdrowia i wydłużenia się czasu życia nie traktuje się wyłącznie jako wyniku wzrostu gospodarczego, ale jako czołowy czynnik tego wzrostu, a więc też środek do osiągnięcia go (np. Suhrcke, McKee, Sauto Arce, Tsolova i Mortensen, 2005; Alsan, Bloom i Canning, 2004; Bloom i Canning, 2008; CMH, 2001).

Przeprowadzono badania, w których analizowano egzogeniczne różnicowanie między krajami jako czynniki różnicowania stanu zdrowia i potwierdzono pozytywne skutki wydłużenia czasu i jakości życia na wzrost (np. Lorentzen, McMillan i Wacziarg, 2008).

W innych badaniach skoncentrowano się na różnicowaniach uwarunkowań wewnątrz krajów, przekładających się na wpływ oczekiwanego czasu życia i przez to na wzrost gospodarczy (np. Acemoglu i Johnson, 2007; Strittmatter i Sunde, 2011).

Szczegółowy przegląd literatury dotyczącej teorii i badań oddziaływania zdrowia na wzrost gospodarczy znajduje się w: Husain, 2010. Natomiast przegląd dorobku, przede wszystkim empirycznego, pokazującego oddziaływanie zdrowia na rynek pracy (podaż pracy i produktywność pracy), wykształcenie i tworzenie kapitału zawarty jest w: Suhrcke i in., 2005.

### 3. Społeczno-ekonomiczne determinanty zdrowia

Stan zdrowia zarówno jednostek, jak i społeczeństwa kształtowany jest przez wiele czynników, spośród których najważniejsze to czynniki społeczno-ekonomiczne. Ich oddziaływanie prowadzi do zróżnicowania stanu zdrowia między grupami społecznymi oraz terytorialnie, co przekłada się na poziom rozwoju gospodarczego i jego zróżnicowanie (Nojszewska, 2016). Zdrowie i wykształcenie tworzą kapitał ludzki będący obecnie najważniejszym czynnikiem wzrostu gospodarczego. Dlatego stan zdrowia i nierówności w nim stanowią wyzwanie dla polityk gospodarczych służących rozwojowi gospodarstwu. W Unii Europejskiej przyjęto podejście „zdrowie we wszystkich politykach”, co również w Polsce powinno mieć miejsce (Leppo, Ollila, Peña, Wismar i Cook, 2013). Badania przeprowadzone w USA pokazują, że czynniki społeczno-ekonomiczne w 40% determinują ludzkie zdrowie (<http://www.countyhealthrankings.org/resources/county-health-rankings-model>). Zachowania ludzi, a szczególnie aktywność fizyczna, picie alkoholu i palenie tytoniu odpowiadają za zdrowie w 30%. Natomiast ochrona zdrowia wpływa na zdrowie tylko w 20%, a środowisko fizyczne – w 10%.

Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php>) sformułowała na przykład 12 czynników społeczno-ekonomicznych kształtujących zdrowie. Są to:

1. *Dochód i status społeczny*. Wraz ze wzrostem dochodu jednostki mniej chorują, mają dłuższy oczekiwany czas życia i lepszy stan zdrowia. Dystrybucja dochodu jest ważniejszą determinantą zdrowia niż wielkość dochodu narodowego, a luki w niej prowadzą do pogorszenia się stanu zdrowia populacji jako całości (Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, 1999). Dla większości rodzajów chorób (np. nowotwory, choroby układu krążenia, wylewy do mózgu) stan zdrowia poprawia się wraz ze wzrostem statusu społecznego (<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php>).
2. *Sieci wsparcia społecznego*. Troska i szacunek, będące wynikiem relacji społecznych i pomagające w osiągnięciu satysfakcji i dobrobytu, działają jak zabezpieczenie przed problemami zdrowotnymi.
3. *Wykształcenie i umiejętność czytania i pisanie*. Wraz ze wzrostem wykształcenia jednostki posiadają lepszą wiedzę i umiejętności radzenia sobie oraz utrzymywania kontroli nad sposobem życia.
4. *Zatrudnienie i warunki pracy*. Warunki pracy – zarówno psychiczne, jak i fizyczne – mają przemożny wpływ na ludzkie zdrowie, także emocjonalne.
5. *Środowisko społeczne*. Funkcjonowanie instytucji, organizacji i działań nieformalnych umożliwiające pogłębianie się więzi między ludźmi służy poprawie stanu zdrowia, głównie psychicznego.
6. *Środowisko fizyczne*. Jakość środowiska, w jakim żyją ludzie, kształtuje zdrowie fizyczne i psychiczne.

7. *Dbanie o własne zdrowie i umiejętność radzenia sobie*. Są to zachowania własne nakierowane np. na zdrowy tryb życia, a więc właściwe odżywianie się i ruch fizyczny.
8. *Zdrowe dzieciństwo*. Życie w zdrowiu we wczesnym dzieciństwie determinuje rozwój mózgu, możliwości uczenia się i funkcjonowania, a także dalszego życia w zdrowiu.
9. *Biologia i geny*. Na te naturalne czynniki można wpływać poprzez oddziaływanie na środowisko.
10. *Ochrona zdrowia*. Świadczenia zdrowotne, przede wszystkim nakierowane na prewencję i promocję zdrowia, przyczyniają się do stanu zdrowia.
11. *Płeć*. Mężczyźni częściej przedwcześnie umierają na skutek zawałów serca, śmiertelnych wypadków, nowotworów i samobójstw. Kobiety są bardziej podatne na depresję i choroby chroniczne, takie jak alergia.
12. *Kultura*. Czynnikiem ryzyka są dominujące wartości kulturowe dotyczące marginalizacji czy stygmatyzacji pewnych jednostek lub grup.

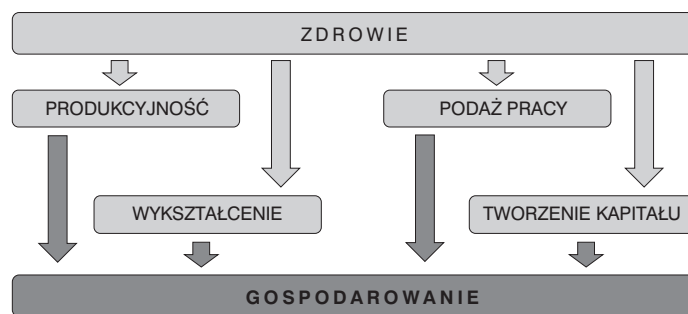
Podsumowując, można stwierdzić, że panuje zgodność, iż czynniki społeczno-ekonomiczne są najważniejsze, a wśród nich na pierwszym miejscu umieszcza się wykształcenie (Winkleby, 1992). Drugim czynnikiem oddziałującym na zdrowie jest dochód (Adler i Newman, 2002, s. 62). Ponadto niedoinwestowanie w dobra publiczne i dobrobyt oraz istnienie nierówności przekłada się na większe zróżnicowanie stanu zdrowia (Fiscella i Franks, 1997). Bycie bezrobotnym i czas trwania bezrobocia także wpływa na stan zdrowia (Ross i Kirovsky, 1995; Wilson i Walker, 1993). Oczywiście zasiłki dla bezrobotnych częściowo niwelują to negatywne oddziaływanie na zdrowie (Rodriquez, 2001). Dochód, wykształcenie i praca oddziałują także w sposób pośredni na zdrowie, umożliwiając oddziaływanie innym czynnikiem (Angell, 1993, s. 126–127). Są nimi dostęp do ochrony zdrowia, warunki środowiskowe i styl życia. Najważniejszy jest styl życia, który prowadzi do około połowy przedwczesnych zgonów, warunki środowiska – do około 20%, a ochrona zdrowia – do około 10% (Lee i Paxman, 1997).

#### 4. Oddziaływanie zdrowia na gospodarkę – analiza teoretyczna i badania empiryczne

Zdrowie, jego stan i zróżnicowanie w społeczeństwie, wpływa na proces gospodarowania, a więc na wzrost gospodarczy, co przekłada się na rozwój gospodarczy i dotyczy zarówno jednostek, jak i całego kraju<sup>1</sup>.

W krajach rozwiniętych, a więc także w Polsce, oddziaływanie na proces gospodarowania na poziomie **mikro** odbywa się za pomocą przede wszystkim czterech mechanizmów, a mianowicie poprzez: wyższą produktywność pracy, większą podaż pracy, lepsze wykształcenie (wiedzę i umiejętności) oraz większe oszczędności umożliwiające inwestowanie w kapitał fizyczny i ludzki. Rozwój gospodarczy jest to długookresowy proces, który swym

zakresem obejmuje zarówno zmiany ilościowe, dotyczące głównie wzrostu produkcji (wzrost gospodarczy), jak również zmiany o charakterze jakościowym (zmiany organizacji społeczeństwa) oraz zmiany o charakterze strukturalnym. Mechanizmy te przedstawia rysunek 1.



Rys. 1. Oddziaływanie zdrowia na wyniki gospodarcze na poziomie mikro. Źródło: opracowanie własne.

Stan zdrowia wpływa na *produkcyjność* pracy, gdyż zdrowi pracownicy są bardziej wydajni i charakteryzują się mniejszą absencją chorobową, a także chętniej i łatwiej zdobywają nową wiedzę i umiejętności. Jednocześnie produkcyjność zwiększa się dzięki lepszemu uzbrojeniu pracy w kapitał fizyczny oraz lepszemu wykształceniu, na które oddziałuje status zdrowotny. Zdrowsza siła robocza również lepiej adaptuje się do wszelkich zmian.

Produkcyjność pracy można szacować za pomocą stawki płac, gdyż przy założeniu doskonałej konkurencyjności stawka płac mierzy krańcowy produkt pracy. Można więc oczekiwać negatywnego oddziaływania złego stanu zdrowia na stawkę płac. Zmniejszając podaż pracy i na ogół produkcyjność, zły stan zdrowia ogranicza dochody jednostki i obniża jej dobrobyt, co dla gospodarki przekłada się na zmniejszanie wielkości produkcji.

Wpływ zdrowia na *podaż pracy* jest niejednoznaczny, ale dominuje tendencja do jej zwiększania, co jest intuicyjnie oczywiste. Dobre zdrowie ogranicza absencję chorobową, zwiększa produkcyjność, co prowadzi do zwiększenia wynagrodzenia, a także zmian preferencji dotyczących podziału czasu na pracę i odpoczynek. Z jednej strony działa więc efekt substytucyjny stanowiący bodziec do zwiększania podaży pracy. Z drugiej strony działa efekt dochodowy, który poprzez zwiększenie majątku motywuje do ograniczania podaży pracy. Ponadto wydłużenie oczekiwanego czasu życia prowadzi do zwiększonej konsumpcji w cyklu życia i wzrostu aspiracji dotyczących jakości życia, co zachęca do zwiększania podaży pracy. Zdrowie oddziałuje nie tylko na liczbę dni czy godzin przeznaczanych na pracę, ale również na decyzje dotyczące pozostawania w sile roboczej. Analogicznie, czas przechodzenia na emeryturę również zależy od stanu zdrowia.

Standardową ilustracją wpływu złego zdrowia na podaż pracy jednostek jest absencja chorobowa w pracy. Na przykład w krajach EU-15 około 40% pracowników było nieobecnych w pracy co najmniej raz w ciągu 12 miesięcy w 2000 r. (Suhrcke i in., 2005). Oznaczało to utratę 7,3 dnia roboczego na każdego pracownika w tych krajach. Taka nieobecność w pracy wiąże się z kosztami bezpośrednimi w postaci wypłaconych świadczeń chorobowych oraz z kosztami pośrednimi w postaci niewytworzenia produkcji, której wartość oszacowano na 11 mld funtów w 1994 r. w Zjednoczonym Królestwie (Suhrcke i in., 2005).

Zgodnie z teorią kapitału ludzkiego jednostki lepiej *wykształcone* są bardziej produkcyjne i osiągają wyższe zarobki (Becker, 1962). Należy podkreślić, że zdrowsze dzieci zdobywają lepsze wykształcenie, gdyż opuszczają mniej zajęć na skutek choroby i nie porzucają szkoły na skutek kłopotów w nauce, co umożliwia osiągnięcie lepszej produktywności w ich dorosłym życiu. Co więcej, oczekiwanie dłuższego życia dzięki zdrowiu stanowi bodziec do inwestowania we własne wykształcenie.

Stan zdrowia jednostek i społeczeństwa wpływa nie tylko na poziom dochodu, ale również na jego podział między konsumpcję i oszczędności, a więc także gotowość do inwestowania. Osoby z lepszym stanem zdrowia planują w dłuższym horyzoncie i mają większe skłonności do oszczędzania, co oznacza, że społeczeństwo z dłuższym oczekiwanym trwaniem życia charakteryzuje wyższa stopa oszczędzania i większa skłonność do inwestowania w *kapitał fizyczny i ludzki*. Ponadto jednostki czy gospodarstwa domowe dostosowują się do obecnych i oczekiwanych zmian w zdrowiu. Ponieważ krańcowa użyteczność konsumpcji jest funkcją stanu zdrowia, to jednostki będą konsumować więcej, będąc w dobrym zdrowiu niż w złym. Analogicznie, oszczędności będą rosły na skutek oczekiwanego pogorszenia się zdrowia.

Podsumowując, można stwierdzić, że istnieje wiele kanałów oddziaływania zdrowia na proces gospodarowania na poziomie mikro, czyli poprzez decyzje jednostek i gospodarstw domowych. Jest to spowodowane faktem, iż zdrowie jest częścią kapitału ludzkiego.

Wpływ zdrowia na gospodarowanie i wielkość produkcji jest również przedmiotem analiz na poziomie **makro**. Ze studiów historycznych badających rolę zdrowia w poszczególnych krajach w ostatnich dwóch wiekach wynika, że obecny dobrobyt związany jest bezpośrednio z uzyskaną poprawą statusu zdrowotnego (Fogel, 1994). Tak więc, zdrowie wniosło przemożny wkład w obecny poziom rozwoju gospodarczego w krajach rozwiniętych. Fogel oszacował na przykład, że poprawa zdrowia i odżywiania się przyczyniła się do około 30% wzrostu dochodu w UK, czyli do około 1,5% wzrostu *per capita* w stopie rocznej w latach 1780–1980.

Zdrowie, na ogół mierzone oczekiwanym czasem życia w chwili urodzenia lub śmiertelnością dorosłych, stanowi silny predyktor wzrostu gospodarczego, na co wskazują wyniki właściwie wszystkich badań wyjaśniających zróżnicowanie wzrostu między krajami bogatymi i biednymi (Suhrcke i in., 2005).

Przekrojowe studia nad wpływem zdrowia na wielkość dochodów i ich stopy wzrostu między krajami rozpoczęte zostały przez Bank Światowy (World Bank, 1980; 1993). Wykazały one silne oddziaływanie zdrowia na gospodarkę. Z kolejnych badań obejmujących dane z krajów nawet całego świata wynika wpływ oczekiwanego czasu życia na wzrost gospodarczy oraz wpływ zdrowia na rozwój gospodarczy (Suhrcke i in., 2005). Skoro wykazano, że zdrowie jest głównym predyktorem długookresowego wzrostu gospodarczego, to w następnych badaniach dążono do określenia, w jakim zakresie współcześnie istniejące zróżnicowania majątku i dobrobytu między krajami są spowodowane zdrowiem. Wykorzystano dwie metody do empirycznej oceny makroekonomicznych skutków poprawy zdrowia, a mianowicie podejście zagregowanej funkcji produkcji koncentrujące się na różnicach w dochodzie *per capita* oraz na regresji wzrostu gospodarczego. Wyniki właściwie wszystkich badań wykazały dodatnie i istotne oddziaływanie oczekiwanego czasu życia i śmiertelności dorosłych, czyli zdrowia, na tempo wzrostu gospodarczego. Z części badań wynika nawet, że stan zdrowia jest lepszym predyktorem wzrostu niż wykształcenie (Barro, 1996). Ponadto wykazano, że przy założeniu *ceteris paribus* pięcioletnie wydłużenie oczekiwanego czasu życia przekłada się na szybsze roczne tempo wzrostu PKB o 0,3–0,5% (Zamora, 2000).

Oprócz oddziaływania zdrowia na wzrost gospodarczy istnieje jeszcze bezpośredni wpływ systemu ochrony zdrowia na gospodarkę ze względu na jego wielkość. Współcześnie udział produkcji tego sektora sięga 7% PKB w EU-15, a na jego rzecz pracuje w ponad 5% sektor finansowy oraz handel detaliczny (O'Mahony i Van Ark, 2003). Udział zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia stanowi 8,8% wszystkich zatrudnionych w EU-15. Istnieją dwa kanały bezpośredniego oddziaływania ochrony zdrowia na konkurencyjność gospodarki. Pierwszym jest wpływ systemu na koszty pracy, a dzięki temu na międzynarodową konkurencyjność. Drugim jest jego oddziaływanie na giętkość rynku pracy poprzez składki ubezpieczeniowe i stawki podatkowe. Ponieważ koszty pracy są ważnym elementem międzynarodowej konkurencyjności, a wzrost podatków i składek wpływa na nią negatywnie, to wydatki na ochronę zdrowia muszą spowodować równoległy wzrost produktywności.

Podsumowując, z badań zarówno na poziomie makro, jak i mikro wynika, że zdrowie jest czynnikiem oddziałującym na gospodarkę i jednocześnie jest najważniejszym czynnikiem długookresowego wzrostu gospodarczego. Stanowi to podstawę do formułowania polityki zdrowotnej, która pozwoli poprawiać status zdrowotny jednostek i społeczeństwa, a także wydłużać oczekiwany czas życia.

## 5. System ochrony zdrowia w Polsce

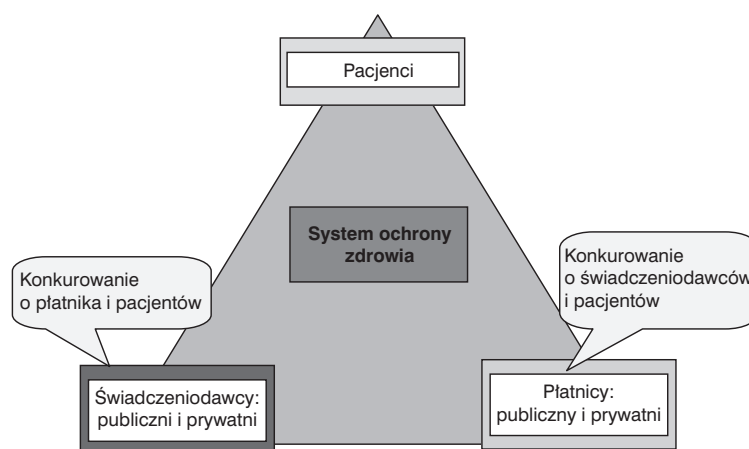
Od reformy służby zdrowia w 1999 r. nieustająco wprowadzane są zmiany i reformy. Rośnie liczba aktów prawnych, których jakość i kompatybilność z istniejącą regulacją prawną utrudnia efektywne funkcjonowanie świadczeniodawców, a szczególnie szpitali. Ponieważ obecnie propozycji zmian jest wiele i ulegają one szybkim zmianom, to wydaje się, że nie warto szczegółowo opisywać dynamicznie zmieniającego się funkcjonowania ochrony zdrowia. Na pewno jest ono nieefektywne ekonomicznie i ciągle nie w pełni skuteczne klinicznie. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy dopatrywać się w niestabilności regulacji prawnej o miernej jakości, która wymusza nieefektywne, wręcz niewłaściwe decyzje świadczeniodawców i skazuje pacjentów na długie oczekiwanie na świadczenia o nie najlepszej jakości. Wydaje się, że praca organiczna i praca u podstaw byłyby racjonalnym podejściem do poprawy funkcjonowania ochrony zdrowia. Regulacja prawna musi prowadzić do efektywnego finansowania, organizacji i zarządzania. Dlatego warto sprecyzować system docelowy i określić drogi dojścia do niego, aby sformułować skuteczne przepisy prawne.

W każdym systemie ochrony zdrowia interesariuszy można podzielić na trzy rodzaje: pacjentów, świadczeniodawców i płatników. Funkcjonują oni zgodnie z prawem i oddziałują na nich decyzje rządu i samorządów. W docelowym systemie regulacja prawna powinna wyłącznie stwarzać ramy dla funkcjonowania, bez przepisów o charakterze ręcznego sterowania. System powinien być jawny i przejrzysty, stwarzając warunki do konkurencji świadczeniodawców o płatników oraz płatników o świadczeniodawców. Ponieważ celem jest efektywność ekonomiczna i skuteczność kliniczna, to nie powinno ograniczać się kreatywności i przedsiębiorczości w przestrzeni działań dozwolonych przez prawo. Dlatego też system ochrony zdrowia powinien być odizolowany od walki politycznej, co przekłada się m.in. na sposób jego finansowania. Publiczny system ubezpieczeniowy powołany jedną decyzją polityczną uwzględniającą wysokość składek płaconych przez świadczeniobiorców nie jest skazany w kolejnych latach na wyznaczanie przez polityków jego budżetu.

Na początku trudno określić optymalną liczbę płatników, ale powinien być co najmniej jeden płatnik publiczny i płatnicy prywatni, najprawdopodobniej zrzeszeni. Świadczeniodawcy również powinni być zarówno publiczni, jak i prywatni, funkcjonujący w oparciu o własny wybór formy organizacyjno-prawnej. Pacjentami są osoby ubezpieczone w obligatoryjnym, powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz dobrowolnie ubezpieczone u komercyjnych ubezpieczycieli. Za osoby nieubezpieczone składki płaci samorząd, ale po uprzednim wystąpieniu zainteresowanych. Taka struktura prowadzi do konkurencji świadczeniodawców o płatnika, a płatników o świadczeniodawców oraz dopinguje jednostki do ponoszenia odpowiedzialności za swoje zdrowie. Zapropionowaną strukturę przedstawia rysunek 2.



Ponieważ system powinien być elastyczny i otwarty dla wszystkich efektywnych instytucji i działań, to pieniądz ze składek obligatoryjnego ubezpieczenia zdrowotnego powinien być dostępny dla obu rodzajów płatników. Jednakże prawo musi jednakowo regulować i kontrolować ich funkcjonowanie, np. wyznaczyć maksymalny udział kosztów administracyjnych. Oczywiście publiczny płatnik również powinien mieć możliwość prowadzenia ubezpieczeń komercyjnych.

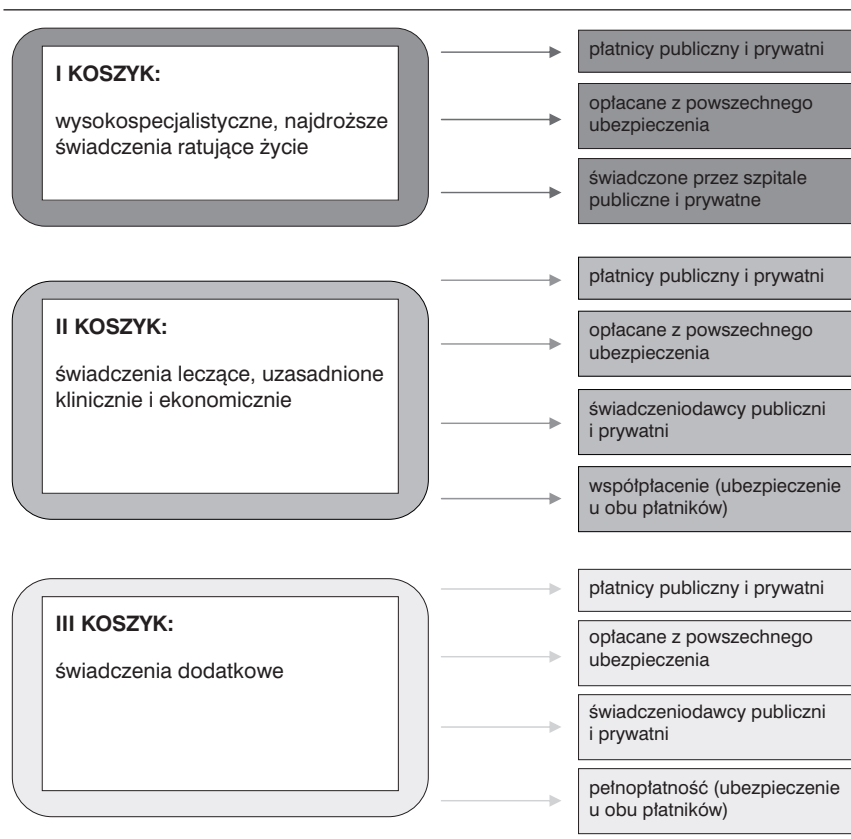


Rys. 2. Docelowa struktura systemu ochrony zdrowia. Źródło: opracowanie na podstawie E. Nojszewska (2011). *System ochrony zdrowia w Polsce*. Wolters Kluwer business, s. 287.

Funkcjonowanie obu rodzajów płatników doprowadzi do uporządkowania kosztów, wyeliminowania marnotrawstwa, poprawy jakości leczenia i jego dostępności. Możliwe, że na początku potrzebna będzie instytucja taka jak AOTMiT – w celu właściwej, czyli opartej na rzetelnych obliczeniach, wyceny świadczeń medycznych. Dzięki temu możliwe będzie wprowadzanie najnowszych metod leczenia, np. medycyny personalizowanej. Zwiększy się więc skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo zdrowotne. Współdziałanie sektora publicznego i prywatnego również doprowadzi do lepszego informowania i edukowania ubezpieczonych odnośnie dbałości i odpowiedzialności za własne zdrowie. Ponadto nie będzie już miejsca dla szarej strefy oraz mogą pojawić się nowe rodzaje ubezpieczeń, jak np. przed kosztami leków czy współpłacenia. Wydaje się, że docelowo konieczne będzie współpłacenie pacjentów, ale trudno przewidzieć, na jakim etapie się pojawi. W takiej sytuacji zaproponowane zostaną ubezpieczenia chroniące przed ponoszeniem pełnego współpłacenia.

Wprowadzenie zaproponowanej struktury systemu ochrony zdrowia będzie możliwe po precyzyjnym określeniu koszyków świadczeń zdrowotnych. Proponowane są trzy koszyki określające, jakie leczenie jest pokrywane

w całości z ubezpieczenia powszechnego, a za jakie trzeba będzie dopłacić w ramach ubezpieczenia komercyjnego lub bezpośrednio. Proponowaną zawartość trzech koszyków przedstawia rysunek 3.



Rys. 3. Struktura koszyków świadczeń gwarantowanych. Źródło: opracowanie na podstawie E. Nojszewska (2011). *System ochrony zdrowia w Polsce*. Wolters Kluwer business, s. 288.

W pierwszym koszyku znajdują się świadczenia wysokospecjalistyczne, które ratują życie i są najdroższe, jak np. procedury transplantologiczne, onkologiczne, kardiochirurgiczne. Zawartość koszyka określi specjalnie do tego powołana instytucja na podstawie szczegółowych obliczeń.

W drugim koszyku znajdują się świadczenia uzasadnione klinicznie i ekonomicznie oraz opłacane przez oba rodzaje płatników, realizowane u świadczeniodawców publicznych i prywatnych. Przy takim leczeniu pojawi się współpłacenie, od którego będzie można się ubezpieczyć. Ponownie, zawartość koszyka określi specjalnie do tego powołana instytucja na podstawie precyzyjnych obliczeń.

W trzecim koszyku znajdują się świadczenia dodatkowe finansowane prywatnie, czyli z komercyjnego ubezpieczenia lub bezpośrednio, które będą realizowane głównie przez prywatnych świadczeniodawców.

Zaprojektowanie docelowego systemu ochrony zdrowia i sposobu dojścia do niego należy nie tylko do państwa, ale również do społeczeństwa obywatelskiego. Powinno być wynikiem dialogu społecznego opartego na rzetelnych analizach jakościowych i ilościowych. Jednak to państwo odpowiada za zorganizowanie systemu i nadzór nad jego funkcjonowaniem zgodnie z zasadą jawności, przejrzystości i odpowiedzialności.

## **6. Wnioski dla polskiego systemu ochrony zdrowia**

Podjęcie decyzji o rozpoczęciu prac nad zaproponowanym systemem ochrony zdrowia niestety nie zapadnie szybko, a same prace także zajmą czas. Dlatego można spróbować określić pewne trendy i problemy.

Powszechnie panuje opinia o niedofinansowaniu ochrony zdrowia, o ograniczonym budżecie NFZ. W praktyce prowadzi to do walki, które dziedziny powinny być lepiej finansowane kosztem innych – również których. Dodatkowym problemem związanym z finansowaniem jest wycena procedur medycznych. Można mieć wątpliwości, czy jest ona dokonywana na podstawie precyzyjnych i wyczerpujących obliczeń. Ponadto można odnieść wrażenie, że decyzje dotyczące finansowania podejmowane są w perspektywie krótkiego okresu, na podstawie kosztów bezpośrednich, bez uwzględniania analizy długookresowej obejmującej koszty pośrednie i skutki dla finansów publicznych.

Niekończącą się opowieścią w finansowaniu ochrony zdrowia jest oddłużanie szpitali. Niestety wyniki finansowe szpitali nie są dobre, a prognozy wskazują na ich dalsze pogorszenie (Pwc, 2016). Zagrożeniem jest zobowiązanie dotyczące podwyżek płac do 2018 r. oraz planowane nakłady inwestycyjne na dostosowanie infrastruktury szpitalnej.

Od strony organizacji ochrony zdrowia wiadomo, że w polskich szpitalach jest zbyt dużo łóżek i o niewłaściwym profilu. Średnie ich wykorzystanie nie sięga 70%. Od lat mówi się o konieczności przeniesienia części leczenia do AOS, zwiększenia wykorzystania procedur jednodniowych czy prowadzenia oddziałów dziennych. Ponadto demografia wymusi restrukturyzację szpitali polegającą m.in. na zmniejszeniu oddziałów ginekologiczno-położniczych na rzecz geriatrycznych i onkologicznych. Wyzwaniem staje się opieka długoterminowa ze względu na wzrost liczby osób w wieku 65+ i 80+.

Ze względu na twarde ograniczenie budżetowe i niemożliwy do zaspokojenia niedobór pieniądza pojawiła się konieczność wykorzystywania analiz ekonomicznych przy podejmowaniu skutecznych decyzji zarządczych. Szpitale powinny prowadzić badania efektywności swojego funkcjonowania oraz stosować właściwe zarządzanie.

Przed polskimi świadczeniodawcami otwierają się możliwości zaspakajania popytu związanego z turystyką medyczną. Mogłoby to stanowić dodat-

kowe źródło dochodów, ale przykładowym problemem jest nieuzasadniona niemożność leczenia komercyjnego przez szpitale publiczne.

Wyzwaniem, niestety politycznym, jest równoprawne traktowanie szpitali prywatnych. Problem ponownie jest natury politycznej, gdyż prywatni świadczeniodawcy zdominowali POZ, AOS, opiekę długoterminową, rehabilitację i leczenie uzdrowiskowe. Koniecznością jest rozwój prywatnego sektora ochrony zdrowia.

Kolejnym wyzwaniem, ale jednocześnie szansą, jest telemedycyna. Ponownie politycy musieliby zaakceptować, że to prywatny kapitał jest gotów, aby inwestować i sprostać rosnącym potrzebom pacjentów, którzy są coraz lepiej wyedukowani i świadomi. Nowe technologie obniżą koszty i usprawnią każdy poziom ochrony zdrowia.

Obecnie ochronie zdrowia zagraża przede wszystkim stworzenie sieci szpitali oraz przejście na finansowanie budżetowe. Wśród polityków panuje podejście ideologiczne zamiast merytorycznego, a najgorsze jest to, że nie poczyniono żadnych obliczeń pokazujących skutki finansowe proponowanych zmian. W Polsce niestety nie istnieje badanie efektywności. Zmiany w strukturze, organizacji i finansowaniu muszą być długookresowe i podlegać korektom. Konieczna jest zmiana infrastruktury oparta na analizie efektywności ekonomicznej i odpowiadająca zmianom demograficznym i epidemiologicznym, które należą do czynników powodujących nieustający wzrost kosztów. Z analiz wynika, że wszystkie rodzaje kosztów wykazują tendencję rosnącą (Pwc, 2017).

Wyzwaniem stojącym przed decydentami ochrony zdrowia jest stworzenie systemu informacyjnego. Do podejmowania skutecznych decyzji konieczne jest posiadanie danych gromadzonych w sposób nadający się do przeprowadzania badań ilościowych. Ponadto pacjenci powinni mieć elektroniczne książki zdrowia ułatwiające proces leczenia i podnoszące jego skuteczność.

Ochrona zdrowia jest daleka od efektywności ekonomicznej, a skuteczność kliniczna także powinna ulec poprawie. Niestety, na przeszkodzie racjonalnemu reformowaniu stoją raczej ideologiczne i polityczne.

## **7. Zakończenie**

Zależność między zdrowiem a funkcjonowaniem gospodarki i jej rozwojem jest dwukierunkowa. Na stan zdrowia wpływają przede wszystkim czynniki społeczno-gospodarcze, z których wykształcenie i dochód należą do najważniejszych. Stan zdrowia i jego zróżnicowanie wpływają na proces gospodarowania na poziomie mikro i makro. Z punktu widzenia mikro najważniejszy jest wpływ zdrowia na produktywność pracy i jej podaż, a także na wykształcenie i tworzenie kapitału rzeczowego i ludzkiego. Dorobek makro wskazuje kanały oddziaływania od strony teoretycznej, a także wyniki ilościowych badań wykazujących wpływ zdrowia na wzrost gospodarczy. Ze względu na dynamiczne zmiany zachodzące w ochronie zdro-

wia i przewidywane w przyszłości przedstawiony został docelowy system ochrony zdrowia. Został on skonstruowany na bazie trzech koszyków świadczeń gwarantowanych. Sprostanie wyzwaniom i problemom przedstawionym na końcu artykułu pomoże w skutecznym reformowaniu polskiej ochrony zdrowia.

### Przypisy

- <sup>1</sup> Rozwój gospodarczy jest to długookresowy proces, który swym zakresem obejmuje zarówno zmiany ilościowe, dotyczące głównie wzrostu produkcji (wzrost gospodarczy), jak też zmiany o charakterze jakościowym (zmiany organizacji społeczeństwa) oraz zmiany o charakterze strukturalnym.

### Bibliografia

- Acemoglu, D. i Johnson, S. (2007). Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth. *Journal of Political Economy*, 115(6), 925–985.
- Adler, N.E. i Newman, K. (2002). Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies. *Health Affairs*, 21(2).
- Alsan, M., Bloom, D.E. i Canning, D. (2004). The Effect of Population Health on Foreign Direct Investment. *NBER Working Paper*, (10596).
- Angell, M. (1993). Privilege and Health: What Is Connection? *New England Journal of Medicine*, 329(2).
- Barro, R.J. (1996). *Health and Economic Growth*. PAHO Programme on Public Policy and Health. Washington: Pan American Health Organization. Pozyskano z: <http://www1.paho.org/English/HDP/HDD/barro.pdf>.
- Barro, R.J. i Sala-i-Martin, X. (1995). *Economic Growth*. New York: McGraw-Hill.
- Becker, G.S. (1962). Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis. *The Journal of Political Economy*, 70(5), s. 9–49.
- Bloom, D.E. i Canning, D. (2008). *Population Health and Economic Growth*. Commission on Growth and Development. Pozyskano z: [https://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth\\_Commission\\_Working\\_Paper\\_24\\_Population\\_Health\\_Economic\\_Growth.pdf](https://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth_Commission_Working_Paper_24_Population_Health_Economic_Growth.pdf).
- Bloom, D.E., Canning, D. i Sevilla, J. (2001). The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence. *NBER Working Paper*, (8587).
- CMH. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: Commission on Macroeconomics and Health.
- Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. (1999). *Toward a Healthy Future: Second Report on health of Canadians*. Ottawa: Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health.
- Fiscella, K. i Franks, P. (1997). Poverty or Income Inequality as Predictor of Mortality: Longitudinal Cohort Study. *BMJ*, (314), <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7096.1724>.
- Fogel, R.W. (1994). Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long-term Process on the Making of Economic Policy. *The American Economic Review*, 84(3), 369–395.
- Husain, M.J. (2010). Contribution of Health to Economic Development: A Survey and Overview. *Economics: The Open-Access, Open-Assessment E-Journal*, 4(2010-14), 1–52, <http://dx.doi.org/10.5018/economics-ejournal.ja.2010-14>.
- Lee, P. i Paxman, D. (1997). Reinventing Public Health. *Annual Review of Public Health*, 18, 1–35.

- Leppo K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. i Cook, S. (red.). (2013). *Health in All Policies – Seizing Opportunities, Implementing Policies*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Lorentzen, P., McMillan, J. i Wacziarg, R. (2008). Death and Development. *Journal of Economic Growth*, 13(2), 81–124.
- Nojszewska, E. (2011). *System ochrony zdrowia w Polsce*. Wolters Kluwer business.
- Nojszewska, E. (2016). Społecznoekonomiczne czynniki determinujące status zdrowotny społeczeństwa na przykładzie Polski. *Ekonomia i Prawo w Ochronie Zdrowia*, (1), 59–74.
- O'Mahony, M. i Van Ark, B. (2003). *EU Productivity and Competitiveness: An Industry Perspective. Can Europe Resume the Catching-up Process?* European Commission.
- Pwc. (2016). *10 trendów w polskiej ochronie zdrowia*. Pozyskano z: <http://www.pwc.pl/pl/artykuly/2016/10-trendow-w-polskiej-ochronie-zdrowia-na-rok-2016.html>.
- Pwc. (2017). *Trendy w polskiej ochronie zdrowia 2017*. Pozyskano z: <http://www.pwc.pl/pl/pdf/9-trendow-w-ochronie-zdrowia-2017-pwc.pdf>.
- Rodriguez, E. (2001). Keeping Unemployment Healthy: The Effect of Means-tested and Entitlement Benefits in Britain, Germany and the United States. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1403–1411.
- Ross, C.E. i Kirovsky, J. (1995). Does Unemployment Affect Health? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(3), 230–243.
- Strittmatter, A. i Sunde, U. (2011). Health and Economic Development: Evidence from the Introduction of Public Health Care. *IZA DP*, (5901). Pozyskano z: <http://ftp.iza.org/dp5901.pdf>
- Suhrcke, M., McKee M., Sauto Arce, R., Tsoлова, S. i Mortensen, J. (2005). *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*. European Commission. Pozyskano z: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/health\\_economy\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf)
- UNDP. (2015). *Human Development Report 2015*. New York: United Nations Development Programme. Pozyskano z: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf).
- Wilson, S.H. i Walker, G.M. (1993). Unemployment and Health: A Review. *Public Health*, 107(3), 153–162.
- Winkleby, M.A. (1992). Socioeconomic Status and Health: How Education, Income and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *American Journal of Public Health*, 82(6), 816–820.
- World Bank. (1980). *World Development Report*. Washington: World Bank.
- World Bank. (1993). *Investing in Health. World Development Report No 1993*. New York: Oxford University Press.
- Zamora, J. (2000). *Investment in Health and Economic Growth: A Perspective from Latin America and the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, Division of Health and Human Development. Pozyskano z: <http://www.paho.org/English/HDP/HDR/ACHR-00-08.pdf>.