

Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej

Ewa Krakowińska

Artykuł zawiera analizę zmian kierunków działalności w zakresie służby zdrowia w Polsce od roku 1944 do roku 2003. Przedstawiono w nim źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce oraz dokonano analizy wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej. W dalszej części artykułu dokonano analizy najczęściej używanych wskaźników zasobów i efektywności w ochronie zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej i w Polsce. W ostatniej części artykułu przedstawiono badania w wybranych krajach europejskich dotyczące oceny systemu ochrony zdrowia oraz omówiono modele systemu ochrony zdrowia i możliwości ich wprowadzenia w Polsce.

1. Zmiany kierunków działalności w zakresie ochrony zdrowia

W społeczeństwie polskim od wielu lat polityka ochrony zdrowia wzbudza kontrowersje. Postęp społeczny oraz zmiany zachodzące w strukturze wieku ludności (procesy starzenia się społeczeństwa) mają niewątpliwie wpływ na wzrost potrzeb w zakresie usług ochrony zdrowia. Do roku 1989 cała ludność kraju objęta była systemem zabezpieczenia społecznego w tym i zdrowotnego, co sprowadzało się do zapewnienia bezpłatnej służby zdrowia całemu społeczeństwu i stwarzało – stwarza nadal – wiele trudnych do rozwiązania problemów natury finansowej oraz organizacyjnej.

Postęp wiedzy medycznej oraz postęp techniczny pozwalają na stosowanie coraz kosztowniejszej aparatury, środków farmakologicznych przywracających zdrowie i życie, co jednocześnie powoduje wzrost kosztów usług ochrony zdrowia i opieki społecznej. Tendencja wzrostu kosztu usług medycznych będzie się utrzymywała, stąd przyjęcie zasady, że jedynie państwo ma być odpowiedzialne za stan zdrowia obywateli, wymaga dokonania zmian w syste-

mie zarządzania i finansowania ochrony zdrowia. Tym bardziej, że w wielu krajach o gospodarce rynkowej w coraz szerszym wymiarze wprowadza się do usług ochrony zdrowia rachunek ekonomiczny.

W powojennej Polsce można wyróżnić kilka okresów związanych z ustalaniem priorytetów i kierunków działalności w zakresie ochrony zdrowia (Frąckiewicz 2002):

Etap I (1944–1954) – walka z konsekwencjami lat wojny, tworzenie od podstaw zasad powszechnej ochrony zdrowia, rozszerzenie świadczeń zabezpieczenia społecznego.

Etap II (1955–1970) – rozwój służby zdrowia i doskonalenie jej form organizacyjnych, rozwój kadr medycznych, lecznictwa przemysłowego oraz działalności profilaktycznej.

Etap III (od 1971 roku) – przyjęto program rozwoju ochrony zdrowia do 1990 roku, powołano zespoły opieki zdrowotnej, utworzono Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia, rozszerzono bezpłatną opiekę zdrowotną na całą ludność kraju, bez względu na charakter i sektor zatrudnienia.

Etap IV, który rozpoczął się w początkach lat osiemdziesiątych, kierunkuje działania w zakresie umacniania zdrowia na cały system polityki społecznej, odpowiedzialność za stan zdrowotny społeczeństwa ponosi państwo, a także rodzina oraz różne instytucje, zakłady pracy i każdy obywatel.

Etap V (koniec lat osiemdziesiątych) – wprowadzenie zasad reformy gospodarczej, w której znaczny nacisk kładzie się na ekonomizację działań ochrony zdrowia i konieczność efektywnego wykorzystania szeroko rozumianej infrastruktury ochrony zdrowia, co wiąże się z coraz większym obciążeniem jednostki i rodziny oraz instytucji pozarządowych za profilaktykę zdrowotną. Kontynuację tego podejścia wymusza sytuacja ekonomiczna kraju.

Etap VI (związany jest z promocją zdrowia i realizacją Narodowego Programu

Zdrowia, w którym jako cel strategiczny uznano poprawę zdrowia i związanej z nią jakości życia: kształtowanie pro zdrowotnego stylu życia, tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu, zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych (Narodowy Program Zdrowia 1996–2005). Dostęp do świadczeń zdrowotnych przy występującym powszechnie niedoborze usług opieki zdrowotnej wywołuje potrzebę ich racjonalizacji w zależności od uwarunkowań mikro i makroekonomicznych, stąd też założenia teoretyczne, że każda jednostka ma dostęp do korzystania z profesjonalnej opieki zdrowotnej w wielu krajach nie ma pokrycia.

Etap VII – wprowadzenie reformy ochrony zdrowia, która w zasadniczy sposób zmieniła model finansowania ochrony zdrowia, jednocześnie wprowadzono wiele zmian organizacyjnych w celu dostosowania usług ochrony zdrowia do gospodarki rynkowej.

Działania związane z reformą ochrony zdrowia, połączone z budową systemu ubezpieczeniowego, były przedmiotem dyskusji od 1989 roku, ale zostały one zrealizowane dopiero w 1997 roku, gdy przyjęto Ustawę z dnia 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która weszła w życie 01.01.1999 roku.

W latach 1989–1977 powstawały, upadały i ścierały się różne koncepcje reformy ochrony zdrowia, a brak woli podjęcia ryzyka politycznego spowodował, iż na reformy zdecydowano się dopiero wówczas, gdy utrzymanie dotychczasowej formuły organizacyjnej groziło upadkiem systemu.

Pod auspicjami Banku Światowego przygotowano materiały studialne (Włodarczyk 1998), z których wynikało, że ilościowe braki w sferze zasobów ochrony zdrowia nie były główną przyczyną złej kondycji systemu ochrony zdrowia, a zasadniczym problemem było złe wykorzystanie zasobów oraz zerwanie związków między tworzeniem infrastruktury a zapewnieniem środków finansowych na jej bieżące funkcjonowanie. Brak pieniędzy uniemożliwiał utrzymanie na niepogarszającym się poziomie istniejącej bazy.

Jako błąd funkcjonalny uznano istnienie „równoległych systemów opieki zdrowotnej” pozostających w gestii Ministerstwa Obrony Narodowej, Transportu, Spraw Wewnętrznych oraz niektórych sektorów gospodarczych (np. górnictwa i przemy-

słu). W proponowanych programach dotyczących ochrony zdrowia nie pojawiła się sugestia pełnego jej „urynkowienia”, raczej proponowano rozwiązania oparte na planowaniu i koordynacji na szczeblu regionalnym. Niestety proponowane rozwiązania nie znalazły żadnego odzewu w treści prac związanych z przygotowaniem ubezpieczeń zdrowotnych.

Wejście w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu społecznym w 1999 roku spowodowało głębokie zmiany w systemie ochrony zdrowia, gdyż wprowadzone zmiany spowodowały przejście z systemu budżetowego do systemu ubezpieczeniowego. Utworzono Kasę Chorych, które przejęły finansowanie wielu świadczeń medycznych finansowanych dotychczas z budżetu państwa. Obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego objęto w zasadzie całą ludność. Składki na ubezpieczenia zdrowotne nie obciążają ludności, gdyż są odliczane od podatku dochodowego. Osoby ubezpieczone w Kasach Chorych mają prawo do uzyskania określonych usług medycznych, wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego, wyboru szpitala, a także Kasy Chorych.

23 stycznia 2003 roku (Dz. U. nr 45, poz. 391) uchwalona została ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, która zastąpiła dotychczasową ustawę o powszechnym ubezpieczeniu społecznym. Podstawowa zmiana polega na tym, że zadania Kas Chorych przejął Narodowy Fundusz Zdrowia, zatem w miejsce 17 kas chorych powstał jeden fundusz (NFZ), będący państwową jednostką organizacyjną.

Trwająca kilkanaście lat reforma ochrony zdrowia nie zmniejszyła rozmiaru między zwiększonymi potrzebami coraz bardziej świadomych swoich praw pacjentów a zmniejszającymi się finansowo-organizacyjnymi możliwościami ich zaspokojenia. Trudno jest nazwać systemem ochrony zdrowia przypadkowy zbiór rozwiązań prawnych i organizacyjnych z różnych okresów, wprowadzanych pod wpływem doraźnych pobawionych perspektywicznej wizji pomysłów i bieżących uwarunkowań społeczno-politycznych. Podejmowane dotychczas działania polegały na kosmetycznych zmianach organizacyjnych i prawnych, które przedstawiano społeczeństwu jako kompleksowe reformy służby zdrowia. W rzeczywistości w ochronie zdrowia utrzymywane są pochodzące jeszcze

z poprzedniego okresu nieefektywne i korupcyjne¹ struktury organizacyjne (Derecz, Izdebski 2004).

Zmiany, jakie zachodzą w systemie ochrony zdrowia, wymagają nie tylko zgromadzenia odpowiednich środków, ale także przemian świadomościowych, które nie są łatwe do pokonania, zarówno ze strony świadczeniodawców usług zdrowotnych, jak i świadczeniobiorców. Nadal podstawową kwestią pozostaje określenie koszyków usług medycznych oraz ustalenie „koszyka” świadczeń podstawowych (w zasadzie bezpłatnych) oraz pozostałych – w zasadzie płatnych lub refundowanych przez ubezpieczenia dodatkowe.

Stworzenie dobrego systemu ochrony zdrowia w gospodarce, która ma funkcjonować w warunkach „społecznej gospodarki rynkowej” jest bardzo trudne, tym bardziej, że dotychczas żadne współczesne państwo demokratyczne o gospodarce rynkowej takiego systemu nie stworzyło; powstały jedynie rozwiązania mniej lub bardziej satysfakcjonujące.

Ochrona zdrowia, za którą stoi potrzeba zapewnienia przez władze publiczne bezpieczeństwa zdrowotnego ludności oraz odpowiedniego standardu usług medycznych, powinna być traktowana jako sfera zadań publicznych, a więc nie może być w pełni poddana regułom rynkowym. Wysoki i narastający stale koszt usług ochrony zdrowia wynikający z postępu wiedzy i techniki medycznej powoduje, że nawet w najbogatszych krajach występuje ekonomizacja publicznych świadczeń zdrowotnych, co powoduje nie tylko liczenie się z coraz większymi kosztami leczenia, ale i ograniczenie ich w różny sposób (zmniejszanie dostępu do świadczeń poprzez oddalanie ich w czasie).

Dla przykładu, w Wielkiej Brytanii bardzo krytykowana jest Narodowa Służba Zdrowia – scentralizowana instytucja państwowego świadczeniodawcy, finansowanego ze środków publicznych, tak samo silnie scentralizowany system publicznego płatnika przyjęty we Francji przeżywa kryzys łączący się ze stałym deficytem, ale i w niemieckich kasach chorych – płatniku zdecentralizowanym – coraz częściej występuje deficyt. Inna formuła decentralizacji, tak zwany model samorządowy, typowy dla Skandynawii, również jest krytykowany. W modelu tym funkcję płatnika i organizatora świadczeń przejmują jednostki

samorządu terytorialnego (Sobczak 2004). W Polsce nie przyjęto żadnego wyrazistego modelu ochrony zdrowia, nie udało się wyznaczyć jasnych celów zdrowotnych jako celów zmian, mających prowadzić do rozwiązań o charakterze systemowym (Derecz, Izdebski 2004).

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej i związane z tym przepisy o swobodzie przepływu osób, a zarazem niedyskryminowaniu obywateli innych państw Unii, nie mogą pozostać bez wpływu na zakres i czas udzielania świadczeń zdrowotnych. Z jednej strony istnieje potrzeba zapewnienia obywatelom innych państw Unii takiego zakresu świadczeń, jaki przysługuje obywatelom polskim, a z drugiej strony NFZ nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonych za granicą (Krowicka, Pitera-Czyżewska 2004). Wraz z przystąpieniem naszego państwa do Unii Europejskiej weszły w życie, jako część naszego własnego porządku prawnego, przepisy wspólnotowe z zakresu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego. Mają one prymat nad krajowymi przepisami wewnętrznymi. W związku z tym w dziedzinie ochrony zdrowia poza sferą zdrowia publicznego ustawodawca polski będzie musi liczyć się z wymogami prawa europejskiego, co powinno tym bardziej być powodem przystąpienia do prac nad spójnym, systemowym unormowaniem przepisów związanych z ochroną zdrowia w Polsce.

2. Finansowanie ochrony zdrowia

Rosnące koszty usług związanych z ochroną zdrowia wywołują problemy związane z finansowaniem ochrony zdrowia, dotyka to praktycznie wszystkich krajów, również i najbogatszych. W wielu państwach realizacja równego i sprawiedliwego dostępu do usług związanych z ochroną zdrowia na ogół nie podporządkowuje się działaniom mechanizmu rynkowego, raczej stosuje się takie zasady dostępności, by potrzeby zdrowotne mogły być zaspokojone niezależnie od stanu zamożności osób potrzebujących. W większości krajów kryterium działania jest zasada sprawiedliwości w dostępie i korzystaniu z usług związanych z ochroną zdrowia, a także równości w stanie zdrowia, co oznacza, że osoby o takich samych potrzebach powinny być traktowane w równy sposób.

Z uwagi na występujące bariery ekonomiczne w wielu krajach zasada sprawiedliwości w dostępie do korzystania z usług

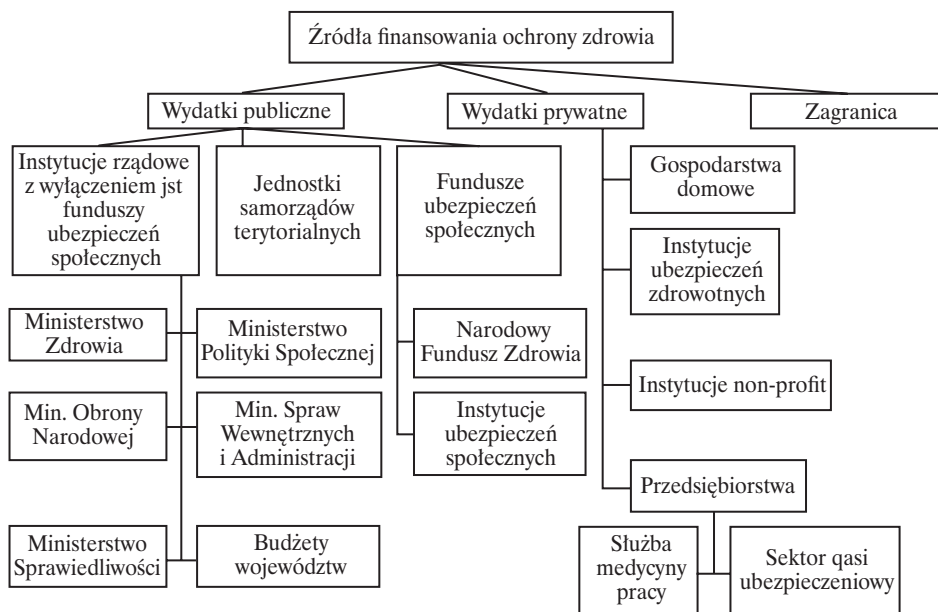
opieki zdrowotnej nie może być zrealizowana. Pełna realizacja zasad sprawiedliwości w ochronie zdrowia nie jest realizowana, gdyż coraz szybszy postęp wiedzy w medycynie oraz procesy starzenia społeczeństw wymagają coraz liczniejszych i kosztowniejszych zabiegów leczniczych. Stąd też wiele krajów, nie mogąc sprostać zasadzie sprawiedliwości, dokonało podziału świadczeń zdrowotnych na ogólnodostępne bezpłatne i pozostawiło szeroki margines świadczeń płatnych, w których kosztach partycypują w całości lub w części osoby leczone. Takiego podziału świadczeń zdrowotnych dokonały kraje o dobrze zorganizowanej ochronie zdrowia i system ten przyczynił się do poprawy stanu zdrowia ludności. Nastąpiło obniżenie umieralności niemowląt, zachorowalności dzieci na choroby zakaźne, zmniejszenie liczby zgonów w młodszych grupach wiekowych i tym samym wydłużenie się trwania życia.

W Polsce okres transformacji sprzyjał nasilaniu się wielu dotkliwych dla różnych grup społecznych problemów marginalizacji, skrajnego ubóstwa, niedostatku usług ochrony zdrowia, edukacji i rosnącego bezrobocia. Niewielkie są szanse na szybką likwidację tych negatywnych zjawisk społecznych. Występujący w wielu dziedzi-

nach życia społecznego kryzys nie ominął ochrony zdrowia i jest on trudny do przezwyciężenia, gdyż nie ma przyzwolenia społecznego na odejście od tradycyjnie zakorzenionego poglądu odpowiedzialności państwa za zdrowie i życie obywateli. Nasze społeczeństwo nie akceptuje utraty uprawnień i przywilejów socjalnych, stąd też żaden kolejny rząd nie zdecydował się na propozycję podporządkowania sektora zdrowotnego zasadom gospodarki rynkowej, oczywiście odpowiednio regulowanej i sterowanej przez władze publiczne. Unika się nawet stwierdzenia, że celem reformy opieki zdrowotnej ma być dostosowanie jej mechanizmów do wymogów reformowanej gospodarki.

Przeobrażenia świadomościowe zachodzą w społeczeństwie bardzo wolno, a przemiany takie są istotne w zakresie ochrony zdrowia, gdyż odnoszą się one do stylu życia, który jest podstawowym elementem promocji zdrowia.

Postępujący proces ubożenia społeczeństwa polskiego, a także w niedostatecznym stopniu finansowana z budżetu państwa sfera budżetowa (w tym ochrona zdrowia) nie sprzyja promocji zdrowia, stworzeniu warunków oraz kształtowaniu motywacji i zdrowego stylu życia, i to w sytuacji,



Rys. 1. Źródła finansowania ochrony zdrowia.

Źródło: Baran A., Żyra M., Narodowy rachunek zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2002, 2003, GUS, Warszawa 2006.

gdy stan zdrowia społeczeństwa polskiego znacznie odbiega od sytuacji w wielu krajach europejskich (Głąbicka 2004).

Finansowanie ochrony zdrowia we współczesnych państwach jest jednym z kluczowych zagadnień zarówno ekonomicznych, społecznych, jak i politycznych. Decyzje związane ze źródłami i zasadami finansowania ochrony zdrowia wpływają na typ systemu opieki zdrowotnej, determinują poziom i strukturę wydatków w podziale na publiczne i prywatne, skalę redystrybucji, charakter i rolę podmiotów dokonujących redystrybucji, a także inne cechy opieki zdrowotnej (Sobczak 2004).

Międzynarodowe porównania wydatków na ochronę zdrowia państw o różnych systemach opieki zdrowotnej, a także różnych systemach ich finansowania wymagają stosowania odpowiednich narzędzi.

Nowym narzędziem porównań wydatków jest system rachunków zdrowia, opracowany i opublikowany przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w 2000 roku. Podstawą rachunku jest trójwymiarowa, międzynarodowa klasyfikacja wydatków, która umożliwia zestawienie wydatków na ochronę zdrowia według źródeł finansowania, dostawców dóbr i usług, funkcji tychże usług i dóbr, co oznacza, że tak przedstawiony rachunek odpowiada na pytanie: kto płaci za usługi i dobra opieki zdrowotnej (źródła finansowania), komu płaci się (dostawcy) i jaką funkcję w systemie opieki zdrowotnej spełniają usługi i dobra, za które płacimy. W Polsce pierwszy pilotażowy rachunek zdrowia zrealizowano w latach 2000–2001, a także w następnych okresach. Przeprowadzone w krajach OECD według jednakowej metodologii rachunki zdrowia pozwalają na zestawienie wydatków na ochronę zdrowia zasobów opieki zdrowotnej itp. w Polsce w porównaniu z innymi państwami.

W tabeli 1. podano wielkość wydatków na ochronę zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej i w Polsce w latach 1990–2003. Średnioroczne tempo wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w latach 1998–2003 **najwyższe** było w Irlandii (11,4%), Wielkiej Brytanii (5,7%), Szwecji (5,4%) oraz Luksemburgu (5,3%), powyżej czterech punktów procentowych osiągnęły Grecja (4,9%), Holandia (4,6%), Belgia (4,2%), Finlandia (4,1%), najniższe średnioroczne tempo wzrostu wydatków na ochronę zdrowia odnotowały w analizowanym okresie Austria

i Niemcy (1,8%), Hiszpania (2,6%) i Dania (2,8%), natomiast w Polsce (dane były niekompletne) dokonany szacunek ukształtował się na poziomie 3%, co pozwala ułożyć nasz kraj w końcówce listy zaprezentowanych krajów (OECD 2005). Analiza rocznych wskaźników całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca w cenach bieżących w latach 1999–2000 wskazuje, iż najniższe były one w Danii (0,7%), Finlandii (1,4%) i w Polsce (1,4%), zaś najwyższe w Portugalii (8,2%), we Włoszech (7,6%), natomiast w roku 2000/2001 najniższe były w Austrii (-1,0%), Belgii (1,9%), a najwyższe w Irlandii (13,3%), Luksemburgu (8,3%), Polsce (7,4%). W roku 2002/2001 najniższy wskaźnik całkowitych wydatków na ochronę zdrowia, zanotowała Grecja (-0,9%) oraz Austria i Hiszpania, a najwyższy Irlandia (11,2%), Luksemburg (11,1%), a także Polska (10,8%), natomiast w roku 2003/2001 najniższy przyrost wydatków na ochronę zdrowia był w Luksemburgu (-1,8%), we Włoszech (-0,3%), a najwyższy w Belgii i Grecji (6,0%).

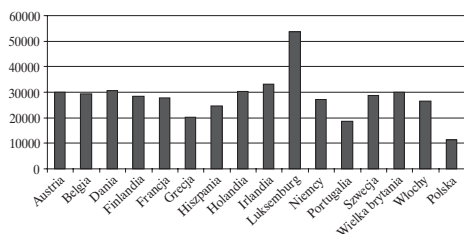
Jeśli chodzi o wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca w dolarach USD według parytetu siły nabywczej, spośród analizowanych krajów w latach 1999–2003 Luksemburg, najbogatszy kraj, miał 5 razy większe wydatki na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca niż Polska, a Portugalia, w której wydatki na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca były najniższe, krajów miała 2,5 razy większe wydatki od Polski. Średnie wydatki na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca we wszystkich analizowanych krajach europejskich w latach 1999–2003 były o 3,3–3,4 razy wyższe niż w Polsce.

W 1990 roku wszystkie analizowane kraje na ochronę zdrowia przeznaczały powyżej 6% PKB, a Polska 4,9%. W latach 1999–2003 w większości krajów następowała tendencja niewielkiego wzrostu udziału wydatków na ochronę zdrowia w PKB i w większości krajów wydatki stanowiły powyżej prawie 10% PKB, a w Polsce nie przekroczyły one 7%, choć dystans ten systematycznie się zmniejsza.

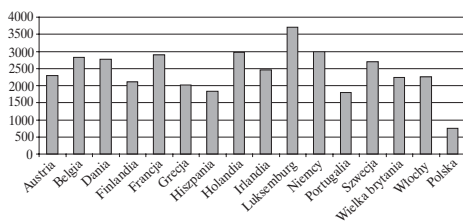
Zaprezentowane w tablicy 1. dane pozwalają jednocześnie zauważyć, że występuje ścisła zależność pomiędzy wielkością PKB na mieszkańca i wydatkami na zdrowie, gdyż najwyższy poziom PKB na jednego mieszkańca w 2003 roku miały Luksemburg, Niemcy, Holandia, Francja, Belgia. Kraje te

Kraje	Wzrost parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca w USD										W % Produktu Krajowego Brutto				
	1990	1999	2000	2001	2002	2003	1990	1999	2000	2001	2002	2003			
Austria	1338	2049	2161	2163	2236	2302	7	7,6	7,5	7,4	7,5	7,5			
Belgia	1345	2109	2279	2424	2607	2827	7,4	8,6	8,7	8,8	9,1	9,6			
Dania	1567	2297	2382	2556	2655	2763	8,5	8,5	8,4	8,6	8,8	9			
Finlandia	1422	1637	1718	1857	2013	2118	7,8	6,9	6,7	6,9	7,2	7,4			
Francja	1568	2312	2456	2617	2762	2903	8,6	9,3	9,3	9,4	9,7	10,1			
Grecja	840	1468	1617	1756	1854	2011	7,4	9,6	9,9	10,2	9,8	9,9			
Hiszpania	875	1453	1525	1618	1728	1835	6,7	7,5	7,4	7,5	7,6	7,7			
Holandia	1438	2134	2259	2520	2775	2976	8	8,4	8,3	8,7	9,3	9,8			
Irlandia	793	1621	1804	2089	2386	2451	6,1	6,3	6,3	6,9	7,3	7,4			
Luksemburg	1547	2740	2985	3264	3729	3705	8	8,4	8,3	8,7	9,3	9,8			
Niemcy	1748	2557	2617	2784	2916	2996	8,5	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1			
Portugalia	670	1426	1594	1693	1758	1797	6,2	8,7	9,2	9,4	9,3	9,6			
Szwecja	1579	2118	2273	2404	2595	2703	8,4	8,4	8,4	8,8	9,2	9,4			
Wielka Brytania	986	1689	1833	2032	2231	bd	6	7,2	7,3	7,5	7,7	bd			
Włochy	1391	1860	2049	2154	2248	2258	7,9	7,7	8,1	8,2	8,4	8,4			
Polska	296	566	587	641	734	744	4,9	5,9	5,7	6	6,6	6,5			

Tab. 1. Wydatki na ochronę zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej i w Polsce w latach 1990–2003.
Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD HEALTH DATA 2005, październik 2005.



Wykres 1. Produkt krajowy brutto według parytetu siły nabywczej na jednego mieszkańca.
Źródło: Rocznik Statystyczny GUS 2005 r.



Wykres 2. Wydatki na zdrowie według parytetu siły nabywczej na jednego mieszkańca.
Źródło: OECD Health Data 2005.

na ochronę zdrowia przeznaczały powyżej 9% PKB (wykres 1. i 2.).

Udział wydatków na ochronę zdrowia (bez wydatków związanych z ochroną zdrowia) w PKB jest w Polsce niższy niż w krajach UE, jednocześnie systematycznie w analizowanym okresie maleje udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia (tablica 2).

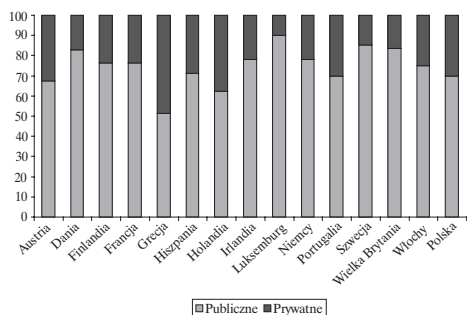
W 1990 roku udział wydatków publicznych w wydatkach na ochronę zdrowia najwyższy był w Luksemburgu (93,1%), a ponad 80% osiągnął w Szwecji (89,9%), Wielkiej Brytanii (83,6%), Danii (82,7%), a w Polsce (91,7%). W 1999 roku nastąpił

spadek udziału wydatków publicznych na ochronę zdrowia, choć nadal wynosił on ponad 80% w Szwecji, Wielkiej Brytanii, Luksemburgu i Danii, a w Polsce (71,7%). W 2003 roku nadal mała udział wydatków publicznych w wydatkach na ochronę zdrowia, choć nadal stanowił on ponad 80% w Luksemburgu (89,9%), Szwecji (85,2%) i Danii (83%), gdy w Grecji wynosi on 51,3%, w Holandii 62,4%, Hiszpanii 69,7%, a w Polsce – 69,9%. Polska należy do grupy krajów, w których udział wydatków publicznych jest niższy niż średnia dla analizowanych krajów.

Kraje	1990	1999	2000	2001	2002	2003
Austria	73,5	69,4	68,2	67	67,8	67,6
Belgia	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Dania	82,7	82,2	82,4	82,7	82,9	83
Finlandia	80,9	75,3	75,1	75,9	76,3	76,5
Francja	76,6	76	75,8	75,9	76,1	76,3
Grecja	53,7	53,4	52,6	54,2	51,6	51,3
Hiszpania	78,8	72	71,6	71,2	71,3	71,2
Holandia	67,1	62,7	63,1	62,8	62,5	62,4
Irlandia	71,9	72,8	73,3	75,6	75,2	78
Luksemburg	93,1	89,8	89,3	87,9	90,3	89,9
Niemcy	76,2	78,5	78,6	78,4	78,6	78,2
Portugalia	65,6	67,6	69,5	70,6	70,5	69,7
Szwecja	89,9	85,7	84,9	84,9	85,1	85,2
Wielka Brytania	83,6	80,6	80,9	83	83,4	bd
Włochy	79,1	72	73,5	75,8	75,4	75,1
Polska	91,7	71,7	70	71,9	71,2	69,9

Tab. 2. Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej i w Polsce w latach 1990–2003 (w %).

Źródło: opracowanie na podstawie OECD HEALTH DATA 2005, październik 2005.



Wykres 3. Struktura wydatków publicznych i prywatnych na ochronę zdrowia w 2003 r.

Źródło: opracowanie na podstawie OECD Health Data 2005, październik 2005 r.

Udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w całości wydatków na ochronę zdrowia (wykres 3.) w większości krajów wykazuje wzrost, najwyższy jest w Grecji, Holandii, Austrii, Niemczech, Portugalii i w Polsce, a najniższy w Luksemburgu, Szwecji i Danii, jedynie w Irlandii i Niemczech w 2003 roku w porównaniu z 1990 rokiem był on niższy. W Polsce udział wydatków prywatnych w całości wydatków na zdro-

wie wzrósł z 28,3% w roku 1999 do 30,1% w 2003 roku, gdy w 1990 stanowił on 8,3%. Systematycznie rośnie udział funduszy ubezpieczeń zdrowotnych w wydatkach na ochronę zdrowia, a maleje udział budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego: z 13,6% w 1999 roku do 9,8% w 2003 roku (Baran, Żyra 2006).

Wydatki na zakup artykułów medycznych (tablica 3.) stanowią w Polsce największą część wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2000 roku – 28,4%; najniższe wydatki na farmaceutyki były w Danii, Luksemburgu i Grecji. W 2003 roku w Polsce wydatki na farmaceutyki stanowiły 30,3% wydatków na ochronę zdrowia, w Portugalii 25,6%, gdy w Danii wynosiły 9,8%, Luksemburgu 10,5%, Holandii i Irlandii nieco powyżej 11,0%. Wzrost udziału wydatków na farmaceutyki w Polsce, głównie na leki, odbywa się kosztem spadku wydatków na usługi lecznicze, rehabilitację, opiekę długoterminową. Jednocześnie mamy do czynienia ze wzrostem udziału środków publicznych w finansowaniu tychże artykułów medycznych. Zjawisko to wymaga jednak bardziej szczegółowej analizy w powiązaniu z wydatkami gospodarstw domowych na ten cel

Kraje	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Austria	bd	10,6	15,7	15,8	16	16,9
Belgia	15,5	16,9	bd	bd	bd	bd
Dania	7,5	9,1	8,8	9,2	9,8	9,8
Finlandia	9,4	14,1	15,5	15,8	16	16
Francja	16,9	17,6	20,3	20,9	20,8	20,9
Grecja	14,3	15,7	15	15,5	15,9	16
Hiszpania	17,8	19,2	21,3	21,1	21,8	21,8
Holandia	9,6	11	11,7	11,7	11,5	11,4
Irlandia	12,2	10,4	10,6	10,3	11	11,8
Luksemburg	14,9	12	11	11,5	10,3	10,5
Niemcy	14,3	12,7	13,6	14,2	14,5	14,6
Portugalia	24,9	23,6	23,4	23,4	bd	25,6
Szwecja	8	12,5	13,9	13,3	13,1	12,6
Wielka Brytania	13,5	13,5	15,8	bd	bd	14,8
Włochy	21,4	21,1	22,4	22,6	22,5	22,1
Polska	bd	bd	28,4	28,4	28,4	30,3

Tab. 3. Udział wydatków na farmaceutyki w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej i w Polsce w latach 1990–2003 (w %).

Źródło: OECD HEALTH DATA 2005, październik 2005.

i w powiązaniu z dynamiką cen (w okresie 1999–2003 indeksy cen w ochronie zdrowia były wyraźnie wyższe niż ogółem towarów i usług konsumpcyjnych) (Baran, Żyra 2006).

4. Zasoby ochrony zdrowia

Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych oraz jakość świadczonych usług ochrony zdrowia są bezpośrednio związane z infrastrukturą ochrony zdrowia, na którą składa się baza i kadra medyczna.

W 2000 roku w Polsce na 1000 mieszkańców przypadało 2,2 lekarzy sprawujących opiekę medyczną nad pacjentami (w Wielkiej Brytanii 1,9, w Irlandii 2,2, Finlandii 2,6), a w 2003 roku 2,5 (Wielka Brytania 2,2, Finlandia 2,6).

W porównaniu z krajami europejskimi kadra lekarska w Polsce pod względem liczebnym jest co najmniej wystarczająca, a jej poziom wykształcenia nie odbiega od standardów europejskich. W 2003 roku lekarze specjaliści stanowili 82,8% ogółu lekarzy, a lekarze ze specjalizacją II stopnia stanowili 56,8% lekarzy specjalistów, w 2004 roku 84,6% ogółu lekarzy stanowili lekarze specjaliści, a 60,2% lekarzy specjalistów posiadało specjalizację II stopnia. (GUS 2005).

Liczba lekarzy w poszczególnych województwach jest zróżnicowana. Najwięcej lekarzy było w województwach: mazowieckim, śląskim, wielkopolskim, a najmniej w opolskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim (GUS 2005). Powoduje to trudności w zapewnieniu podobnych standardów dostępu do lekarzy na terenie całego kraju. Podobne problemy występują w większości krajów, gdyż ambicja zapewnienia podobnych standardów w zakresie dostępu do lekarzy, jak i rozmieszczenie zakładów opieki zdrowotnej, kłóci się z rachunkiem ekonomicznym (Sobczak 2004).

Wprowadzona reforma i postępująca ekonomizacja działań w ochronie zdrowia spowodowała likwidację wielu zakładów opieki zdrowotnej, a także zmiany w infrastrukturze. W 2004 roku w Polsce liczba szpitali ogółem wynosiła 790 (w 2003 roku: 732), pomiędzy 2003 a 2004 rokiem liczba szpitali publicznych zmalała o 17, a liczba szpitali niepublicznych wzrosła z 72 w 2003 do 147 w 2004 roku. Jednocześnie można zaobserwować systematyczny spadek liczby łóżek „ostrych” na 1000 mieszkańców.

W 2002 roku liczba łóżek na 1000 mieszkańców wynosiła w Polsce 4,7 (w 1990 – 6,3), podczas gdy w Finlandii było 2,3, w Szwecji 2,4, w Irlandii, Holandii, Hiszpanii trzy lub nieco powyżej trzech.

Z danych zawartych w tablicy 4. wynika, że zwiększa się liczba tomografów komputerowych; w 1995 roku na milion mieszkańców było ich w Polsce 3,5 (w 2003 roku 6,3), w Luksemburgu i Austrii ponad 24 (w 2003 roku w Luksemburgu 26,7, w Austrii 28,8).

Wysoki poziom infrastruktury, a także umiejętności profesjonalnej kadry medycznej pozwalają na skrócenie przeciętnego okresu leczenia z 11 dni w 1995 roku do 8 dni w 2003 roku 5 w Polsce, przeciętny pobyt chorego w szpitalu w Danii, Luksemburgu, Szwecji wynosił 6 dni. Najdłużej w szpitalu przebywali średnio w roku 1995 hospitalizowani chorzy w Holandii (GUS 2005 Rocznik Statystyczny, Głębicka 2002). Skracanie czasu hospitalizacji pozwala na zmniejszenie kosztów leczenia, gdyż w coraz krótszym okresie następuje przesunięcie leczenia pacjenta z najdroższego szpitalnego sektora opieki medycznej do tańszego leczenia w zakładach opieki zdrowotnej, realizowanego w miejscu zamieszkania.

Zachodzące zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia oraz postępujące procesy ekonomizacji działań w usługach medycznych pozwalają coraz lepiej zaspokoić potrzeby ludności, a także wpływają na polepszenie jakości usług medycznych. Dostarczanie coraz lepszych świadczeń zdrowotnych zwiększa satysfakcję ich odbiorców w warunkach wymuszonych posiadaną technologią, zasobami oraz warunkami życia. Coraz częściej w ochronie zdrowia orientacja na pacjenta – klienta staje się nowym wyzwaniem. Pacjent z petenta staje się klientem, o którego zabiegają placówki służby zdrowia, jednocześnie zwiększają się wymagania ze strony pacjenta, który oczekuje dostarczenia usług o odpowiedniej jakości, to z kolei zmusza świadczeniodawców usług medycznych do usprawnienia organizacji pracy, obniżenia kosztów działania, dbania o racjonalne wykorzystanie zasobów, ograniczania ryzyka, zarówno po stronie dawcy, jak i biorcy świadczeń, zwiększania zaangażowania pracowników służby zdrowia oraz konkurencyjności. Wszystkie tego typu działania można zaobserwować w prywatnych zakładach ochrony zdrowia.

Kraje	Liczba lekarzy (pracujących) na 1000 mieszkańców					Liczba łóżek ostrych na 1000 mieszkańców					Liczba tomografów na 1mln, mieszkańców				
	1990	2000	2001	2002	2003	1990	2000	2001	2002	2003	1990	2000	2001	2002	2003
Austria	2,2	3,2	3,3	3,3	3,4	7,1	6,3	6,1	6,1	6	11,7	20,1	26,6	27,2	27,2
Belgia	3,3	3,9	3,9	3,9	3,9	4,9	4,1	4	4	4	16,1	28,8	28,1	28,8	28,8
Dania	2,5	2,8	2,8	2,9	2,9	4,1	3,5	3,4	3,4	3,4	7,3	11,4	13,2	13,8	14,5
Finlandia	2	2,6	2,6	2,6	2,6	4,3	2,4	2,4	2,3	2,3	9,8	13,5	13,7	13,3	14
Francja	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	5,2	4,1	4	3,9	3,8	6,7	9,6	9	9,7	8,4
Grecja	3,4	4,3	4,4	4,4	4,4	bd	bd	bd	bd	bd	6,5	17,1	17,1	17,1	17,1
Hiszpania	bd	3,2	3,1	2,9	3,2	3,6	3,3	3,2	3,1	3,1	4,4	12	12,4	12,9	13
Holandia	2,5	3,2	3,3	3,1	3,1	4,3	3,5	3,3	3,2	3,2	7,3	9	bd	bd	bd
Irlandia	2	2,2	2,4	2,4	2,6	3,3	3	3	3	3	4,3	bd	bd	bd	bd
Luksemburg	2	2,5	2,5	2,6	2,7	6,8	5,9	5,8	5,7	5,7	15,7	25,2	24,9	24,7	26,7
Niemcy	2,8	3,3	3,3	3,3	3,4	8,3	6,8	6,7	6,6	6,6	6,4	12,7	13,3	14,2	14,7
Portugalia	2,8	3,2	3,2	3,3	3,3	3,4	3,3	3,2	3,1	3,1	4,5	12,1	12,8	12,8	12,8
Szwecja	2,9	3,1	3,2	3,3	3,3	4,1	2,4	2,4	2,4	2,4	10,5	14,2	14,2	14,2	bd
Wielka Brytania	1,6	1,9	2	2,1	2,2	bd	3,7	3,7	3,7	3,7	bd	bd	bd	bd	bd
Włochy	3,8	4,2	4,4	4,4	4,1	6,2	4,2	4,1	3,9	3,9	6	20,9	22,3	23,4	24
Polska	2,1	2,2	2,3	2,3	2,5	6,3	5,1	5,1	4,7	bd	0,1	4,4	5,2	5,8	6,3

Tab. 4. Zasoby ochrony zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej i w Polsce w latach 1990–2003.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD HEALTH DATA 2005, październik 2005.

5. Ocena systemu opieki zdrowotnej

Panuje dość powszechne przekonanie, że polepszenie jakości usług medycznych jest związane z dużymi nakładami finansowymi, ale też dość często okazuje się, że może ono wynikać ze zmiany metod pracy (Kuleszyński 2000).

Wiele krajów dąży do budowy wszechstronnej i nowoczesnej służby zdrowia, co jest przedsięwzięciem niezwykle kosztownym, gdyż im wyższy jest poziom wiedzy medycznej, tym większe są możliwości ratowania życia ludzkiego, ale jednocześnie coraz częściej podkreśla się, że utrzymanie życia ludzkiego w wielu przypadkach jest kwestią postępu medycyny i techniki, a granice działania w tym zakresie leżą praktycznie w gestii etyki, ekonomii i filozofii.

W Unii Europejskiej prowadzony jest monitoring oceny stanu zdrowia obywateli UE, z badań przeprowadzonych w 1999 roku wynika, że 2 na 3 Europejczyków uważa, że jego stan zdrowia jest „bardzo dobry” (22%) lub „dobry” (43%), o „złym” stanie zdrowia jest przekonanych 7%, a o „bardzo złym” 3% obywateli Unii. 25% obywateli ocenia swój stan zdrowia jako „dostateczny”, jednocześnie z przeprowadzonych badań wynika, że osoby lepiej wykształcone i posiadające wysokie dochody cieszą się lepszym stanem zdrowia, aniżeli ludzie mniej wykształceni i mniej zarabiający (Głąbicka 2002).

W Unii Europejskiej prowadzone są badania opinii publicznej dotyczące oceny systemu ochrony zdrowia. Badania przeprowadzone w 1996 roku wykazały, że 90% ankietowanych w Danii uznało system opieki zdrowotnej za satysfakcjonujący, podobnie odpowiadało 86,4% respondentów w Finlandii, 72,8% w Holandii, 71,1% w Luksemburgu, 70,1% w Belgii. W 1996 roku bardzo źle oceniło system opieki zdrowotnej 59,4% Włochów, 59,3% Portugalczyków oraz 53,9% Greków. Z badań przeprowadzonych w 1999 roku wynika, że za bardzo dobry uznało system opieki zdrowotnej 30,7% ankietowanych mieszkańców Danii, 26% mieszkańców Luksemburga, 19% Holendrów, oraz 18% obywateli Finlandii. Za bardzo zły uznało system opieki zdrowotnej 34,1% ankietowanych mieszkańców Grecji 34,1%, 31,7% Portugalii oraz 26,2% Włochów. Najwyższy stopień satysfakcji społeczeństwa z systemu opieki zdrowotnej spośród siedemnastu krajów europejskich w latach 1999–2000

występował w Austrii (83% ankietowanych), Francji (78%), Belgii (77%), a następnie w Danii, Finlandii, Holandii, Finlandii i Luksemburga. Tylko 19% ludności Grecji, 24% ludności Portugalii i 26% ludności Włoch było zadowolone z systemu opieki zdrowotnej w tychże krajach.

W 2002 roku ponownie przeprowadzone badania oceny systemu ochrony zdrowia wykazały, że 31,6% ludności Austrii, 24% Finlandii, 23,8% Belgii ocenia system ochrony zdrowia w swoich krajach jako dobry, natomiast niewielki procent ankietowanych mieszkańców Portugalii (1,8%), Grecji (2,9%) i Irlandii (3,7%) uznało funkcjonowanie w ich krajach systemów opieki zdrowia za satysfakcjonujące.

W piętnastu badanych krajach Unii Europejskiej 13,2% ankietowanych stwierdziło, że system ochrony zdrowia jest dobry, 30,7% uznało, iż system opieki zdrowotnej działa dobrze, lecz wymaga niewielkich zmian, 38,2% stwierdziło, że należy dokonać w nim istotnych zmian, a 13,5% wyraziło przekonanie, że system opieki zdrowotnej w ich krajach powinien być całkowicie zmieniony. Za całkowitą zmianą systemu ochrony zdrowia wypowiedziało się 40,1% mieszkańców Portugalii, 27,6% mieszkańców Grecji, 19,9% mieszkańców Włoch.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że najwyżej ocenili system opieki zdrowotnej mieszkańcy krajów, w których znaczna jest pomoc państwa w finansowaniu zdrowia. Wysokie nakłady na zdrowie są skorelowane z wysokością PKB na mieszkańca, a to wpływa na stan zdrowia społeczeństwa, na wydajność pracy oraz rozwój gospodarki. Kraje o niższym poziomie PKB na jednego mieszkańca mają także niższe nakłady na zdrowie, gorzej też jest oceniany przez ludność system ochrony zdrowia. Niewystarczające środki na ochronę zdrowia nie pozwalają również realizować w tych krajach zasady promocji zdrowia, co ma wpływ na stan zdrowia społeczeństwa, a kapitał zdrowia ludności wymaga szczególnej obrony.

W krajach Europy Zachodniej można wyróżnić trzy podstawowe modele systemu ochrony zdrowia (Frąckiewicz 2002):

- system ubezpieczeń społecznych/chorobowych wywodzący się z koncepcji Bismarcka, finansowany przez składki opłacone przez pracodawcę i pracownika,
- system narodowej służby zdrowia, finansowany przez ogólne podatki i stwarza-

jący możliwość bezpłatnego dostępu do świadczeń przez wszystkich obywateli,
– system rezydualny zwany systemem X, gdzie sektor zdrowia traktowany jest jako działalność ekonomiczna, a rynek usług zdrowotnych znajduje się pod ochroną organizacji profesjonalnych.

Niewątpliwie w nadchodzących latach w naszej gospodarce będą następowały zmiany w rozwiązywaniu kwestii społecznych w tym i w ochronie zdrowia (Księżopolski 2004). Wydaje się, że pełne urynkwienie zaspakajania potrzeb związanych ze zdrowiem (liberalny wariant polityki społecznej) nie spotka się ze społeczną akceptacją. Wymaga on także dobrze funkcjonującej gospodarki rynkowej, tak aby podmioty miały wystarczające środki i motywację do angażowania się w sferę socjalną. Ponadto prywatyzacja usług związanych z ochroną zdrowia w znacznym stopniu ograniczy lub spowoduje utratę dostępu do nich przez część społeczeństwa. Dotyczy to przede wszystkim osób, które z uwagi na stan zdrowia, wiek, wielodzietność, brak pracy nie będą w stanie uzyskać wystarczających dochodów na opłacenie usług związanych ze zdrowiem na zasadach komercyjnych.

Na pewno znacznie szerszą akceptację zyskałby model, który cieszy się największą społeczną akceptacją ludności w wielu krajach (np. kraje skandynawskie): system narodowej służby zdrowia. W polityce społecznej jest to model socjaldemokratyczny, w którym państwo zapewnia wszystkim obywatelom utrzymanie na stosunkowo wysokim poziomie, tworząc system opieki „od kolebki aż po grób”. Tak duży udział państwa w zakresie usług związanych ze zdrowiem wymaga wysokiego poziomu dochodu narodowego i bardzo dużego udziału środków na finansowanie sfery socjalnej, w tym też i służby zdrowia.

Najbardziej realne wydaje się wprowadzenie w ochronie zdrowia modelu, który łączy publiczny system świadczeń z prywatnymi wydatkami na ochronę zdrowia. W polityce społecznej jest to model korporacyjny, łączący w sobie rozwiązania modelu liberalnego i socjaldemokratycznego, publiczny system świadczeń socjalnych godzi z wymogami gospodarki rynkowej. W modelu korporacyjnym władza publiczna w znacznym stopniu angażuje się w bezpośrednie zaspokajanie potrzeb, które przesądzają o życiu, zdrowiu, wykształceniu i zaspokojeniu elementarnych potrzeb ludności.

Analiza wydatków na usługi związane z ochroną zdrowia w krajach wysokorozwiniętych pozwala zauważyć, że nigdzie władze publiczne nie zwalniają się z zaspokajania potrzeb społeczeństwa, akceptując czystą gospodarkę rynkową. W Polsce w najbliższym czasie trzeba będzie określić, czy w systemie ochrony zdrowia będą dominowały rozwiązania o charakterze rynkowym, czy o charakterze „solidarystycznym”, oraz w jakich proporcjach będą one występowały.

Potrzeba zapewnienia przez władze publiczne odpowiedniego standardu usług medycznych i bezpieczeństwa zdrowotnego wymagają znacznej ilości środków finansowych, które coraz częściej przekraczają możliwości finansowe kraju, dlatego nie ulega wątpliwości, że część kosztów związanych z ochroną zdrowia zostanie „przerzucona” na świadczeniobiorców. Tempo wzrostu gospodarczego, wielkość PKB na mieszkańca i inne istotne wskaźniki makroekonomiczne wywierają wpływ na ilość świadczonych usług podstawowych w ochronie zdrowia (bezpłatnych). Im ta oferta jest większa, tym wyżej oceniany jest system opieki zdrowotnej przez ludność. W gospodarkach, gdzie niski jest poziom PKB, podstawowa oferta koszyka bezpłatnych usług związanych z ochroną zdrowia jest niewielka i to powoduje krytykę ze strony społeczeństwa.

6. Podsumowanie

W analizowanym okresie (1990–2003) powstawały w naszym kraju różne koncepcje reformy ochrony zdrowia, dopiero gdy z powodu rosnących kosztów usług związanych z ochroną zdrowia i wciąż rosnącą liczbą osób korzystających z nich okazało się, że utrzymanie bezpłatnej służby zdrowia może spowodować upadek systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju, podjęto działania zmierzające do zmiany modelu ochrony zdrowia.

Przeprowadzona analiza finansowania ochrony zdrowia wskazuje, że w porównaniu z wybranymi krajami europejskimi wydatki na ochronę zdrowia w Polsce, choć wykazują tendencję rosnącą, to są na bardzo niskim poziomie. Wzrasta natomiast w Polsce udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia, a także wydatki na zakup farmaceutyków. Analiza zasobów ochrony zdrowia wskazuje, że mamy w Polsce porównywalną z krajami europejskimi liczbę dobrze wykształconych lekarzy, szpitali,

łóżek szpitalnych, ale wciąż bardzo wolno zmienia się wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny, np. liczba tomografów, skróceniu ulega też czas hospitalizacji, jest on zbliżony do europejskiego.

Występuje ścisła zależność pomiędzy wielkością PKB na mieszkańca i wydatkami na zdrowie. Udział wydatków na ochronę zdrowia w Polsce jest najniższy wśród omawianych krajów i jednocześnie można zaobserwować rosnący wdział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia. Ochrona zdrowia w naszym kraju nie może być w pełni poddana regułom rynkowym, gdyż ograniczyłoby to znacznej części społeczeństwa dostęp do niej i takie rozwiązanie nie otrzyma społecznej akceptacji. Obecnie państwo nie jest w stanie finansować bezpłatnego dostępu do usług zdrowotnych wszystkim obywatelom, dlatego też część usług zdrowotnych (poza podstawowymi) jest finansowana w pełni lub częściowo przez społeczeństwo. Budzi to wiele kontrowersji, ale stan finansów państwa nie pozwala na inne rozwiązania. Dotychczas żaden z analizowanych krajów europejskich nie zdecydował się na pełne urynkowanie usług związanych z ochroną zdrowia, należy jednak zauważyć, że im wyższy jest poziom rozwoju gospodarczego, tym większy jest udział państwa w finansowaniu ochrony zdrowia i tym lepiej jest taki system oceniany przez obywateli.

W Polsce dużą uwagę przywiązuje się do zwiększenia efektywności gospodarki, wierząc, że wzrost dochodu narodowego w sposób automatyczny rozwiąże wiele kwestii społecznych, w tym i problemy związane z ochroną zdrowia. Negatywny obraz polskiej służby zdrowia od początku transformacji ustrojowej nie zachęcił dotychczas do podjęcia publicznej dyskusji dotyczącej społecznych oczekiwań z oferowanymi rozwiązaniami finansowymi i organizacyjnymi państwa. Nie udało się do tej pory wypracować systemu ochrony zdrowia, w którym zostałaby osiągnięta niezbędna równowaga między ilością środków publicznych, jakie mogą być przeznaczone na ochronę zdrowia, a ilością i zakresem świadczeń, jakich można by za nie bezpłatnie lub częściowo odpłatnie dostarczyć ludności.

Informacje o autorce

Dr Ewa Krakowińska – adiunkt na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.
E-mail: EKrakow@mail.wz.uw.edu.pl.

Przypisy

- ¹ „Szara strefa” w publicznej służbie zdrowia oceniana jest na około 30% oficjalnych nakładów na służbę zdrowia.

Bibliografia

- Baran, A., Żyra, M. 2006. *Narodowy Rachunek zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2002, 2003*, Warszawa: GUS, s. 38–46.
- Derecz, M., Izdebski, H. 2004. *Reformy społeczne. Bilans dekady*, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, s. 146–147.
- Dz. U. 2003 Nr 45, poz. 391 ze zmianami.
- Frąckiewicz, L. 2002. *Polityka społeczna. Zarys wykładu wybranych problemów*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe.
- Głąbicka, K. 2004. *Polityka społeczna państwa polskiego u progu członkostwa w Unii Europejskiej*, Radom: Instytut Technologii Eksploatacji.
- Głąbicka, K. 2002. *Europejska przestrzeń socjalna. Zarys problematyki*, Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej.
- Krowicka, A., Pitera-Czyżewska, E. 2004. *Opieka zdrowotna po wejściu Polski do Unii Europejskiej*, Warszawa: CeDeWu.
- Księżopolski, M. 2004. *Reformy społeczne. Bilans dekady*, Warszawa: Instytut Spraw publicznych.
- Kuleszyński, J. 2000. *Współczesna polityka społeczna Polski na tle Unii Europejskiej*. Frąckiewicz, L. Frąckiewicz-Wronka A. (red.), Katowice: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Ekonomicznej w Katowicach.
- Narodowy Program Zdrowia 1996–2005, wersja znowelizowana w 2005 roku, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia (GUS 2005), Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa.
- OECD in Figures- 2005 edition, Paryż 2005.
- OECD HEALTH DATA 2005, październik 2005.
- Rocznik Statystyczny GUS 2005, Warszawa.
- Sobczak, A. 2004. Samorządowy model ochrony zdrowia. Przegląd systemów i reform w wybranych krajach Unii Europejskiej. *Problemy Zarządzania*.
- Sobczak, A., Dudzik-Urbańska E., Juszczyk, G. 2004. *Prywatne ubezpieczenia w Polsce i na świecie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania.
- Włodarczyk, C. 1988. *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Kraków: Uniwersyteckie wydawnictwo” Versalium”.