

Ewa Romanów

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

TENDENCJE W FINANSOWANIU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Streszczenie: Jako że finansowanie ochrony zdrowia to jeden z kluczowych problemów ekonomiczno-społecznych, poświęcono uwagę źródłom finansowania sektora zdrowotnego. Poddano ocenie wydatki na ochronę zdrowia w relacji do PKB w porównaniu z krajami OECD. Przedstawiono wydatki głównych płatników w zakresie ochrony zdrowia w Polsce, a ponadto zanalizowano strukturę i dynamikę wydatków, wskazując kierunki zmian finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Słowa kluczowe: budżet, samorząd terytorialny, NFZ, źródła finansowania ochrony zdrowia, wydatki na ochronę zdrowia

1. Wstęp

Finansowanie ochrony zdrowia to jeden z kluczowych problemów ekonomiczno-społecznych. Przyjęty sposób finansowania opieki zdrowotnej jest związany przede wszystkim z modelem systemu zdrowotnego, którego głównym celem jest bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Aby ten cel osiągnąć, potrzebne są metody i środki do ich realizacji w celu zapewnienia indywidualnych i zbiorowych potrzeb zdrowotnych. Przyjmowane rozwiązania bezpośrednio wpływają na stan finansów publicznych, jak również na skalę i rodzaj obciążenia podmiotów gospodarczych i gospodarstw domowych wydatkami na ochronę zdrowia. Decyzje o zasadach finansowania ochrony zdrowia determinują ogólny poziom wydatków, ich strukturę w podziale na publiczne i prywatne oraz charakter i rolę podmiotów, dokonujących redystrybucji tych środków.

2. PKB jako wskaźnik ilości środków w systemie

Potencjał systemu opieki zdrowotnej jest silnie związany z potencjałem całej gospodarki kraju, jak również regionu. Mierzony jest on wieloma parametrami, przy czym organizacje międzynarodowe, w tym przede wszystkim Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Eurostat, Światowa Organizacja Zdrowia, Bank Światowy i Międzynarodowy Fundusz Walutowy, starają się doprowadzić do międzynarodowej porównywalności tych parametrów. Dane dotyczące zasobów

ochrony zdrowia mają pozwolić na analizę ochrony zdrowia w każdym z krajów, przy czym szczególną wagę kładzie się na możliwość dokonywania porównań międzynarodowych. W krajowym systemie informacyjnym powinny istnieć określone kategorie, które mogłyby służyć jako kategorie porównawcze w ramach Narodowych Rachunków Zdrowia. Porównania międzynarodowe dostarczają informacji na temat tych parametrów w różnych krajach, przy czym zauważalna jest reguła wyższego przyrostu wydatków na ochronę zdrowia niż przyrostu PKB jako takiego. Wskaźnik ten pozwala ocenić ilość środków znajdujących się w systemie ochrony zdrowia danego kraju. Dla porównywalności danych w zestawieniach ujmowane są wydatki ponoszone bezpośrednio przez pacjentów, a także wydatki samorządów lokalnych oraz innych głównych źródeł finansowania opieki zdrowotnej¹. W tabeli 1 ujęto udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB (%) za lata 1999–2007 w niektórych krajach OECD.

Tabela 1. Wydatki na ochronę zdrowia w relacji do PKB (%) w krajach OECD w latach 1999–2007

| Kraje \ Lata | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 |
|-----------------|------|------|------|------|------|
| Korea | 4,4 | 5,2 | 5,3 | 5,7 | 6,3 |
| Meksyk | 5,1 | 5,4 | 5,8 | 5,8 | 5,9 |
| Polska | 5,7 | 5,9 | 6,2 | 6,2 | 6,4 |
| Słowacja | 5,8 | 5,5 | 5,8 | 7,0 | 7,7 |
| Irlandia | 6,2 | 6,9 | 7,3 | 7,3 | 7,6 |
| Czechy | 6,6 | 6,7 | 7,4 | 7,2 | 6,8 |
| Wielka Brytania | 6,9 | 7,3 | 7,8 | 8,2 | 8,4 |
| Węgry | 7,2 | 7,2 | 8,3 | 8,3 | 7,4 |
| Włochy | 7,8 | 8,2 | 8,3 | 8,9 | 8,7 |
| Holandia | 8,1 | 8,3 | 9,8 | 9,8 | 9,8 |
| Szwecja | 8,3 | 9,0 | 9,4 | 9,2 | 9,1 |
| Grecja | 8,6 | 8,8 | 9,0 | 9,4 | 9,6 |
| Belgia | 8,6 | 8,7 | 10,2 | 10,3 | 10,2 |
| Kanada | 8,9 | 9,3 | 9,8 | 9,9 | 10,1 |
| Norwegia | 9,3 | 8,8 | 10,0 | 9,1 | 8,9 |
| Austria | 10,1 | 10,1 | 10,3 | 10,4 | 10,1 |
| Szwajcaria | 10,2 | 10,6 | 11,3 | 11,2 | 10,8 |
| Niemcy | 10,3 | 10,4 | 10,8 | 10,7 | 10,4 |
| USA | 13,5 | 14,3 | 15,6 | 15,7 | 16,0 |

Źródło: opracowanie na podstawie: OECD Health Data 2009 – Version: November 09.

Najwyższymi wskaźnikami w poszczególnych latach charakteryzują się Stany Zjednoczone, które w 2007 r. osiągnęły 16% PKB, następnie Niemcy i Szwajcaria, oscylujące w granicach 11%. Polska ze wskaźnikiem w wysokości 6,4% PKB w 2007 r. plasuje się na odległym miejscu w tych porównaniach.

¹ A. Kozierekiewicz, *Użyteczność mierników i wskaźników*, w: *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, red. J. Hryniewicz, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001, s. 25–33.

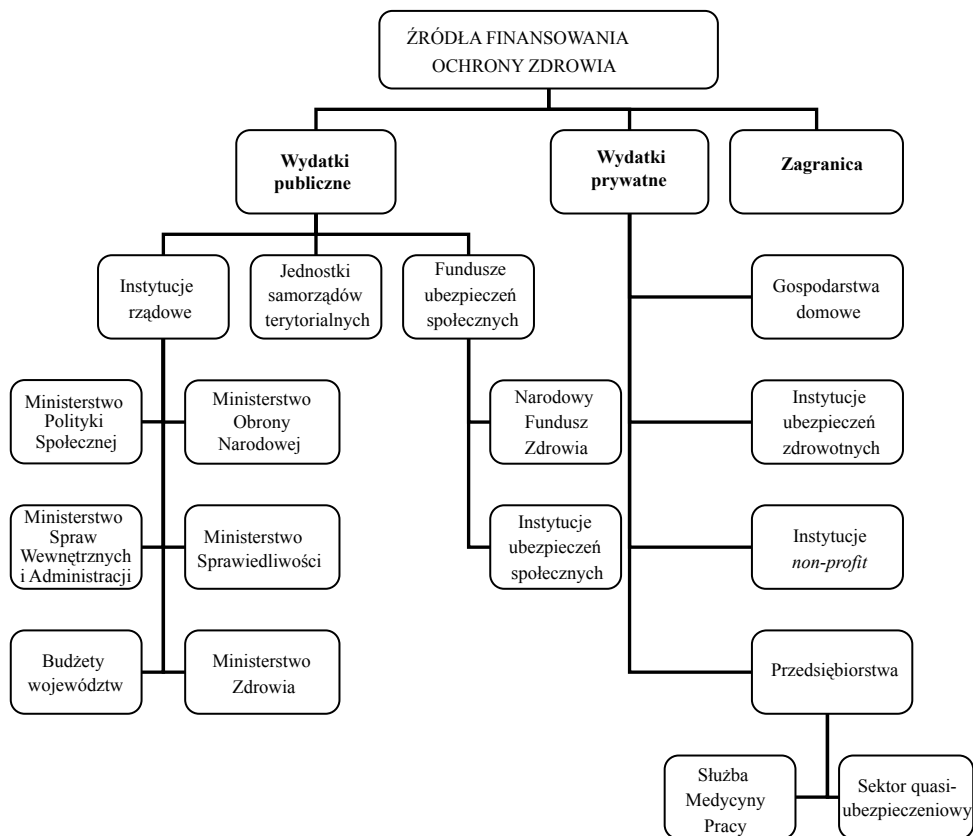
3. Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce

W procesie finansowania ochrony zdrowia wyodrębnia się trzy niezależne od siebie składowe:

- 1) sposób wygenerowania środków,
- 2) sposób ich zbierania,
- 3) mechanizmy ich wykorzystania.

Generowanie środków finansowych opiera się przede wszystkim na podatkach ogólnych i na składkach ubezpieczenia zdrowotnego. Środki publiczne generowane są na podstawie zasad solidaryzmu i współodpowiedzialności społecznej za zdrowie wszystkich obywateli, środki prywatne zaś – na zasadach rynkowych².

W Polsce fundusze publiczne są bardzo zróżnicowanym zbiorem źródeł finansowania usług opieki zdrowotnej (rysunek 1).



Rys. 1. Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce

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

² J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Wydaw. CeDeWu, Warszawa 2009, s. 96–97.

Największą rolę odgrywa obecnie (NFZ) Narodowy Fundusz Zdrowia (dawniej Kasy Chorych – KCh), który pozyskuje środki finansowe ze składek na ubezpieczenie zdrowotne traktowanych jako podatek celowy. Drugim pod względem wielkości źródłem publicznego zasilania w środki jest budżet państwa, który gromadzi środki przy zastosowaniu zróżnicowanych instrumentów fiskalnych, a przede wszystkim z podatków ogólnych. Kolejnym, dużym płatnikiem są budżety jednostek samorządu terytorialnego, którego dochody pochodzą między innymi z podatków i opłat lokalnych, jak również z transferów z budżetu państwa. Wzrasta też znaczenie prywatnych źródeł finansowania, do których możemy zaliczyć gospodarstwa domowe, fundusze pracodawców, fundusze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz fundusze organizacji charytatywnych³. Dużą rolę odgrywają fundusze pochodzące z pomocy zagranicznej przeznaczanej na ochronę zdrowia. Wielkość wsparcia ze środków Unii, które były adresowane bezpośrednio do instytucji sektora zdrowotnego w latach 2004–2006 wyliczono na około 231 mln euro. Nowe projekty rozpoczęte w 2007 r. przyniosły kolejne środki, które oszacowano na 16 mln euro. Przeznaczone są one przede wszystkim na projekty inwestycyjne, szkolenia i projekty związane z zarządzaniem zdrowiem publicznym. Nie zasilają w sposób bezpośredni opieki zdrowotnej, lecz te obszary, które powiązane są z opieką zdrowotną, tworząc warunki dla jej funkcjonowania⁴.

Finansowanie ochrony zdrowia od 1999 r. odbywa się na podstawie składki na ubezpieczenie zdrowotne. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu. Za niektóre grupy osób (bezrobotnych nieopierających zasiłku, rolników, osoby bezdomne, wychodzące z bezdomności i inne) jest ona finansowana z budżetu państwa⁵.

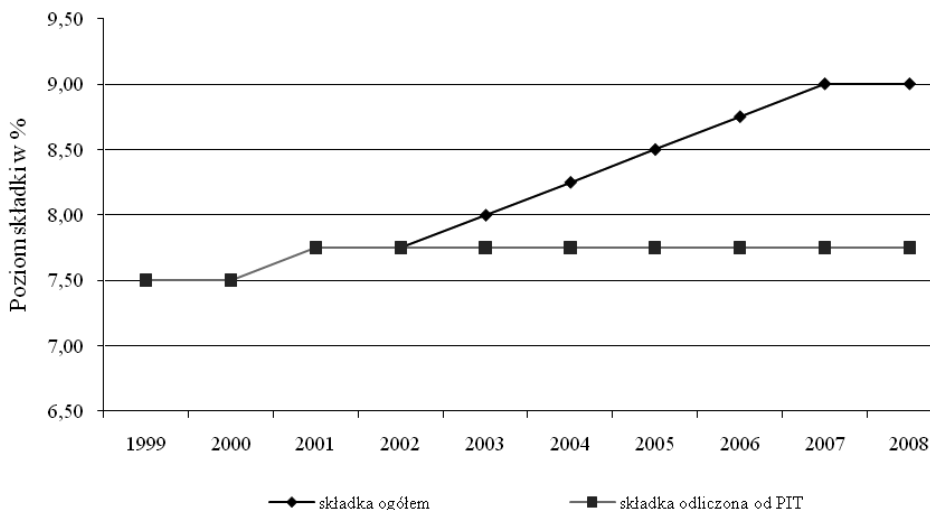
Składki płacone przez ubezpieczonego, stanowią ponad 80% ogółu wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Suma składek zależy od poziomu wynagrodzeń, od procentowej wysokości składki, która na przestrzeni lat kształtowała się od 7,5 do 9% w 2008 r., poziomu płac i dochodów, a w konsekwencji od poziomu aktywności zawodowej.

Rysunek 2 prezentuje podstawową stopę składki od 1999 do 2008 r. Od 2003 r. wzrost składki obciąża dochody osobiste ludności. Składki na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 7,75% są odliczane od podatku dochodowego od osób fizycznych (PIT), pozostała część zwiększana co roku o 0,25% (do roku 2007 wyniosła – 1,25%) od dochodu ubezpieczonego.

³ J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006, s. 38.

⁴ *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga II*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008, s. 56–60.

⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 10 listopada 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 1998, nr 137, poz. 887).



Rys. 2. Podstawowa stopa składki na ubezpieczenie zdrowotne w Polsce w latach 1999–2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki publicznej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Sposób ewidencjonowania funduszy NFZ jest funkcjonalnie podporządkowany metodzie rejestrowania przez ZUS i KRUS przypisu składki na ubezpieczenie zdrowotne. ZUS rejestruje składkę płaconą przez płatników na rzecz pracowników, emerytów i rencistów, bezrobotnych bez prawa do zasiłku, prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. Natomiast KRUS przekazuje składkę płaconą na rzecz emerytów i rencistów, rolników z gospodarstwem. Zawartość danych decyduje o sposobie prognozowania składki. Dla każdej z kategorii ustalane są dwa wskaźniki dynamiki: pierwszy opisuje zmiany liczby osób, a drugi zmiany głównej dla danej grupy osób kategorii przychodów (płac, emerytur)⁶.

4. Wydatki głównych płatników na ochronę zdrowia

Podstawowym zadaniem NFZ jest zarządzanie publicznymi środkami finansowymi, pochodzącymi ze składek oraz ich wydatkowanie na koszty świadczenia opieki zdrowotnej. Do zakresu działań Funduszu należy w szczególności zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia⁷.

⁶ *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004, s. 14–16.

⁷ V. Korporowicz, *Zdrowie i jego ochrona, między teorią a praktyką*, SGH, Warszawa 2006, s. 166.

Tabela 2. Wydatki NFZ (do 2003 r. KCh) na świadczenia zdrowotne w latach 1999–2008 (w mln zł)

| Lata | Koszty świadczeń zdrowotnych | Rok poprzedni = 100% |
|------|------------------------------|----------------------|
| 1999 | 21 536 | 100% |
| 2000 | 23 009 | 106% |
| 2001 | 26 409 | 114% |
| 2002 | 28 822 | 109% |
| 2003 | 27 916 | 96% |
| 2004 | 30 514 | 109% |
| 2005 | 32 865 | 107% |
| 2006 | 35 968 | 109% |
| 2007 | 40 122 | 111% |
| 2008 | 52 359 | 130% |

Źródło: *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia* za lata 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, NFZ, Warszawa; A. Frąckiewicz-Wronka, *Samorządowa polityka zdrowotna*, Wydaw. AE w Katowicach, Katowice 2004, s. 87.

Tabela 3. Wykaz zadań z zakresu ochrony zdrowia finansowanych ze środków budżetu państwa

| Lp. | Wykaz ważniejszych zadań z zakresu ochrony zdrowia finansowanych ze środków budżetu państwa |
|-----|---|
| 1. | wysokospecjalistyczne procedury medyczne |
| 2. | programy polityki zdrowotnej |
| 3. | staże podyplomowe i specjalizacje medyczne |
| 4. | publiczna służba krwi |
| 5. | państwowa inspekcja sanitarna oraz inspekcja farmaceutyczna |
| 6. | zadania z zakresu medycyny pracy, zapobiegania i zwalczania AIDS, narkomanii i alkoholizmu |
| 7. | niektóre świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego |
| 8. | składki na ubezpieczenie zdrowotne (za inwalidów wojennych i wojskowych, za osoby pobierające zasiłek wychowawczy, za studentów i uczestników studiów doktoranckich, dzieci, uczniów i słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli niepodlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, za rolników oraz za osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku, za osoby pobierające świadczenia wynikające z ustawy o pomocy społecznej oraz z ustawy o świadczeniach rodzinnych) |
| 9. | działania osłonowe i restrukturyzacyjne jednostek ochrony zdrowia |
| 10. | budownictwo inwestycyjne i zakupy gotowych dóbr inwestycyjnych w jednostkach podległych i nadzorowanych przez Ministra Zdrowia |
| 11. | dotacje na wsparcie zadań wynikających z programów wojewódzkich przeznaczonych do objęcia kontraktami wojewódzkimi |

Źródło: opracowanie na podstawie: M. Węgrzyn, *Finansowanie świadczeń zdrowotnych, Polityka zdrowotna. Rola procedur i standardów medycznych w konstrukcji i finansowaniu koszyka świadczeń*, Instytut Polityki Ochrony Zdrowia przy UM, Łódź 2004, s. 80–81.

Tabela 4. Wydatki z budżetu państwa i samorządów terytorialnych przeznaczone na ochronę zdrowia w latach 1999–2008 (w mln zł)

| Lata | Wydatki z budżetu na ochronę zdrowia | Rok poprzedni = 100% | Wydatki samorządów terytorialnych | Rok poprzedni = 100% |
|------|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| 1999 | 6 312,6 | 100,00% | 2 043,3 | 100,00% |
| 2000 | 4 300,0 | 68,12% | 2 689,7 | 131,64% |
| 2001 | 4 600,8 | 106,99% | 3 473,8 | 129,15% |
| 2002 | 3 594,1 | 78,12% | 1 974,4 | 56,84% |
| 2003 | 3 714,5 | 103,35% | 1 910,0 | 96,74% |
| 2004 | 3 899,7 | 104,98% | 2 107,3 | 110,33% |
| 2005 | 3 863,9 | 99,08% | 2 581,4 | 122,49% |
| 2006 | 3 847,8 | 99,58% | 3 066,1 | 118,78% |
| 2007 | 5 543,6 | 144,07% | 3 061,2 | 99,84% |
| 2008 | 6 692,2 | 120,72% | 3 680,7 | 120,24% |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r.*, GUS, Warszawa 2008, s. 155–156; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r.*, GUS, Warszawa 2009, s. 200–202; K. Ryć, Z. Skrzypczak, *Rachunki nakładów na ochronę zdrowia w Polsce*, w: M. Plich, *Rachunki narodowe, wybrane problemy i przykłady zastosowań*, GUS, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2008, s. 105.

Rosnące koszty świadczeń opieki zdrowotnej (tabela 2) wynikają ze wzrostu potrzeb zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. Wskaźniki demograficzne kształtują się niekorzystnie, co oznacza starzenie się społeczeństwa i w konsekwencji wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Rosną też wymagania pacjentów, a głównym czynnikiem kosztotwórczym jest rozwój nowej, innowacyjnej techniki i technologii w usługach medycznych.

Oprócz składek na ubezpieczenie zdrowotne źródłem finansowania ochrony zdrowia jest budżet państwa i jednostki samorządów terytorialnych. Z budżetu państwa finansowane są przede wszystkim świadczenia wysokospecjalistyczne dotyczące przeszczepów, ale również programy zdrowotne, programy restrukturyzacyjne, jak również działania z zakresu zwalczania niektórych chorób. Wykaz zadań przedstawia tabela 3.

Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia (tabela 4) w badanym okresie były zróżnicowane. Lata 2000–2001 kształtowały się na podobnym poziomie, ale w 2002 r. nastąpił wyraźny spadek nakładów na ten cel, bo aż o blisko 22% w porównaniu z 2001 r. Państwo, które powinno zapewnić dostęp do procedur wysokospecjalistycznych, drastycznie zmniejszyło wydatki. W 2006 r. wydatki budżetu państwa w porównaniu z 1999 r. były niższe o 40%. Wynika to między innymi z przesunięcia części zadań do finansowania w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (w 2002 r. były to niektóre wysokospecjalistyczne procedury medyczne) na płatnika. W 2007 r. znaczący wzrost wydatków związany był z przejęciem finansowania ratownictwa medycznego przez budżet państwa.

W przypadku jednostek terytorialnych (tabela 4) w latach 2002–2003 nastąpiło załamanie finansowe i znaczne zmniejszenie środków przeznaczanych na ochronę zdrowia. W niewielkim stopniu finansowano wówczas programy zdrowotne. Dopiero w 2004 r. miał miejsce wzrost wydatków i nadal rośnie, co jest wynikiem aktywizacji jednostek samorządu terytorialnego (JST) na rzecz zdrowia społeczeństwa. JST przejęły część odpowiedzialności za funkcjonowanie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym i regionalnym. Samorząd terytorialny przejął odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej na obszarze wojewódzkim, powiatowym i gminnym⁸.

Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia szacowane są na około 30% wydatków ogółem. Wysokość tych kwot prezentuje tabela 5. Możliwość zwiększenia wydatków publicznych na ochronę zdrowia jest ograniczona, zatem coraz większa część usług zdrowotnych jest finansowana bezpośrednio przez pacjentów.

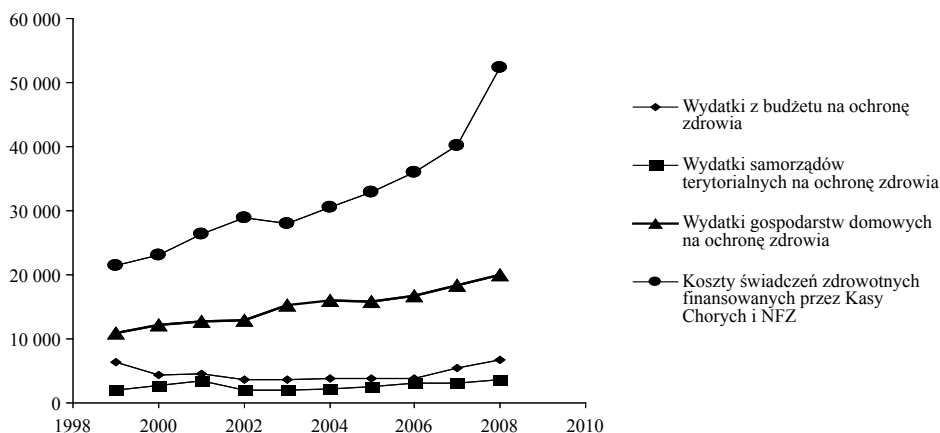
Tabela 5. Wydatki bezpośrednie ludności na ochronę zdrowia na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych w Polsce w latach 1999–2008

| Rok | Kwota miesięczna na osobę w zł | Ludność | Suma wydatków rocznie w tys. zł | Rok poprzedni = 100% |
|------|--------------------------------|------------|---------------------------------|----------------------|
| 1999 | 23,69 | 38 263 303 | 10 877 491,7 | 100,00% |
| 2000 | 26,63 | 38 253 955 | 12 224 433,8 | 112,3% |
| 2001 | 27,58 | 38 242 197 | 12 656 637,5 | 103,5% |
| 2002 | 28,32 | 38 218 531 | 12 988 185,5 | 102,6% |
| 2003 | 33,18 | 38 190 608 | 15 205 972,4 | 117,1% |
| 2004 | 35,07 | 38 173 835 | 16 065 076,7 | 105,6% |
| 2005 | 34,72 | 38 157 055 | 15 897 755,3 | 98,9% |
| 2006 | 36,57 | 38 125 479 | 16 730 985,2 | 105,2% |
| 2007 | 40,02 | 38 115 641 | 18 304 655,4 | 109,4% |
| 2008 | 43,68 | 38 135 878 | 19 989 301,8 | 109,2% |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: www.stat.gov.pl – Bank Danych Regionalnych.

Wydatki bezpośrednie ludności na zdrowie pokazują, że gospodarstwa domowe z roku na rok przeznaczają coraz więcej środków na opiekę zdrowotną. Wydatki te w 2008 r. wzrosły o 84% w stosunku do 1999 r. Faktyczne zaś wydatki prywatne na ochronę zdrowia są znacznie wyższe. Wynika to z ujęcia całej składki na ubezpieczenie zdrowotne w wydatkach publicznych, włącznie z tą częścią, której nie odlicza się od podatku dochodowego.

⁸ Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1590 z późn. zm.).



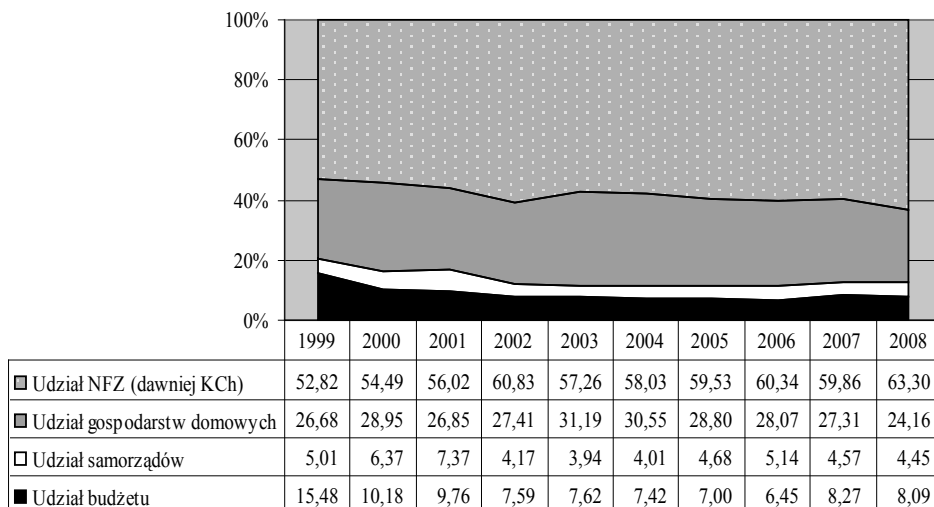
Rys. 3. Wydatki budżetu państwa, samorządów terytorialnych, NFZ oraz gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1999–2008

Źródło: opracowanie na podstawie tabeli 2 oraz tabel 4 i 5.

Gromadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia składki na ubezpieczenie zdrowotne, mające charakter podatku celowego, pozwoliły na uniezależnienie przychodów ochrony zdrowia od decyzji o podziale środków w budżecie państwa. Stały wzrost środków w systemie opieki zdrowotnej (rysunek 3) mimo stabilności systemu redystrybucji środków finansowych NFZ na ochronę zdrowia nie przynosi według opinii pacjentów pozytywnych efektów zdrowotnych, ale też nie odzwierciedla korzystnych zmian, jakie zaszły w systemie. Niezadowolenie społeczne z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia: długi czasu oczekiwania przez pacjenta na świadczenia medyczne, brak lub trudności w dostępie do publicznych świadczeń, stwarza wymóg umiejętnego uporządkowania wszelkich uregulowań w celu ograniczenia negatywnych skutków tej sytuacji.

Analiza danych (rysunek 4) wskazuje, że największy udział w finansowaniu ochrony zdrowia ma NFZ, którego środki na świadczenia zdrowotne w 2008 r. przekroczyły 60% ogółu wydatków omawianych podmiotów. Zmniejszenie udziału budżetu państwa o 5 punktów procentowych w 2000 r. w stosunku do roku poprzedniego spowodowane było wprowadzeniem nowego systemu ubezpieczeniowego. Zatem wraz ze wzrostem finansowania ochrony zdrowia ze składek na ubezpieczenie zdrowotne następuje zmniejszenie udziału wydatków z budżetu państwa z przeszło 15% w 1999 do 7% w 2006 r. Tendencja spadkowa utrzymywała się do 2006 r., kiedy to wprowadzenie systemu ratownictwa medycznego w 2006 r.⁹ spowodowało przejście

⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o państwowym ratownictwie medycznym (Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410).



Rys. 4. Struktura wydatków na ochronę zdrowia poszczególnych podmiotów w latach 1999–2008
Źródło: zestawienie i obliczenia własne na podstawie danych z tabel 2, 4, 5.

finansowania przez budżet państwa zadań z tego zakresu. Zmieniająca się struktura udziału wydatków na ochronę zdrowia wynikała głównie z ograniczenia wydatków z budżetu państwa na zdrowie publiczne i programy polityki zdrowotnej. Zapoczątkowane zostało to potrzebą restrukturyzacji oraz przejęcia przez samorzady części zadań z zakresu ochrony zdrowia, w tym realizacji programów polityki zdrowotnej. Przełom roku 2003 i 2004 zaznaczył się przeszło 30-procentowym udziałem wydatków prywatnych. Przyczyną tego była likwidacja Kas Chorych i powstanie NFZ. Zanotowano wówczas lekkie załamanie finansowe. W 2003 r. NFZ zmniejszył wydatki na świadczenia zdrowotne o 3,2% w porównaniu z rokiem poprzednim, co skutkowało wzrostem udziału wydatków z kieszeni pacjentów.

Ze względu na cele polityki fiskalnej zmierzające do ograniczenia deficytu budżetowego nie ma możliwości zwiększenia udziału finansowania ochrony zdrowia z budżetu państwa. Analiza udziałów pokazuje, iż w związku z przerzucaniem zadań dotyczących opieki zdrowotnej na różne podmioty, brak jest wyraźnej zdecydowanych tendencji w kierunkach finansowania opieki zdrowotnej w Polsce.

5. Podsumowanie

Mimo wielu prób i pozytywnych zmian, nie udało się do tej pory wypracować takiego systemu ochrony zdrowia, w którym zostałyby osiągnięta równowaga pomiędzy ilością środków, jakie mogą być przeznaczone na ochronę zdrowia, a ilością świadczeń, jakich można bezpłatnie dostarczyć pacjentom.

Ogólne wydatki na ochronę zdrowia wykazują tendencję wzrostową. Jednym z powodów jest starzenie się społeczeństwa. Dodatkową presję wywierają nowe technologie i oczekiwania społeczne z nimi związane, a dotyczące do dostępu do nowych, czyli relatywnie droższych metod diagnozowania i leczenia. Nie bez znaczenia staje się rosnący poziom wiedzy zdrowotnej społeczeństwa, wzrastająca świadomość znaczenia jakości usług, jak również rosnąca liczba podmiotów posiadających akredytację oraz certyfikaty jakości. Finansowanie opieki zdrowotnej wymaga zatem uregulowania zasad funkcjonowania ochrony zdrowia oraz efektywnego zarządzania posiadanymi środkami.

Literatura

1. Baran A., Żyra M., *Narodowy rachunek zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2002, 2003*, GUS, Warszawa 2006.
2. *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.
3. *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga II*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008.
4. Frąckiewicz-Wronka A., Jasłowski J., Owcorz-Cydzik B., Sobusiak D., *Samorządowa polityka zdrowotna*, Wydaw. AE w Katowicach, Katowice 2004.
5. Korporowicz V., *Zdrowie i jego ochrona, między teorią a praktyką*, SGH, Warszawa 2006.
6. Kozierkiewicz A., *Użyteczność mierników i wskaźników*, w: *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, red. J. Hryniewicz, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001.
7. Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Wydaw. CeDeWu, Warszawa 2009.
8. OECD Health Data 2009 – Version: November 09.
9. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r.*, GUS, Warszawa 2008.
10. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r.*, GUS, Warszawa 2009.
11. Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006.
12. Ryć K., Skrzypczak Z., *Rachunki nakładów na ochronę zdrowia w Polsce*, w: M. Plich, *Rachunki narodowe, wybrane problemy i przykłady zastosowań*, GUS, Uniwersytet Łódzki, 2008.
13. *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008*, NFZ, Warszawa.
14. Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1590 z późn. zm.).
15. Ustawa z dnia 10 listopada 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 1998, nr 137, poz. 887).
16. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
17. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o państwowym ratownictwie medycznym (Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410).
18. Węgrzyn M., *Finansowanie świadczeń zdrowotnych, Polityka zdrowotna, Rola procedur i standardów medycznych w konstrukcji i finansowaniu koszyka świadczeń*, Instytut Polityki Ochrony Zdrowia przy UM, Łódź 2004.
19. www.stat.gov.pl

THE TENDENCIES OF POLISH HEALTH SERVICE FINANCING

Summary: Since the health service financing is one of the most crucial economic and social issues, attention has been paid to the sources of health sector financing. Attention has been devoted to spending on the health service in relation to GDP, compared with member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Spending of main payers of Polish health service has been exposed; moreover, the structure and dynamics of spending have been analyzed. The directions of changes concerning Polish health service financing have been pointed out.