

Iwona Borkowska

Kolegium Zarządzania i Finansów
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Ocena kondycji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce

Streszczenie

Z wielu źródeł można obecnie usłyszeć informacje o konieczności poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Mówią o tym zarówno osoby korzystające ze świadczeń medycznych – pacjenci, jak i środowisko medyczne. Opinie te wydawane są na podstawie własnych doświadczeń bez oparcia w analizach i badaniach naukowych. Niniejsze opracowanie zawiera próbę obiektywnej oceny kondycji opieki zdrowotnej w Polsce. Zostało przygotowane w świetle oficjalnych danych dotyczących otoczenia prawnego i finansowania systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w kraju, a także problemów, z jakimi system ten się boryka. Tematyka jest bezkresna i można ją analizować z punktu widzenia wielu zróżnicowanych problemów. W pracy przedstawiono najważniejsze aspekty mające kluczowe znaczenie w analizie oceny stanu i kondycji opieki zdrowotnej w Polsce. Analiza wykazała konieczność zmiany wysokości i struktury nakładów na zdrowie w Polsce oraz zwróciła uwagę na niekorzystną strukturę demograficzną osób wykonujących zawody medyczne i na starzenie się społeczeństwa. Wnioski płynące z analizy dotyczą konieczności podjęcia działań, które usprawnią system opieki zdrowotnej, aby złagodzić presję na wyższe nakłady finansowe na ten cel.

Słowa kluczowe: wydatki na zdrowie, ubezpieczenia zdrowotne, finansowanie opieki zdrowotnej
Kody klasyfikacji JEL: H75, H510, I130, G220

1. Wprowadzenie

Problematyka kondycji opieki zdrowotnej w kontekście nadchodzących zmian demograficznych, rodzących bezpośrednie obciążenie dla finansów państwa oraz wpływających na zmiany w strukturze tych nakładów stała się uzasadnieniem podjętej tematyki niniejszego opracowania. W części teoretycznej omówiono najważniejsze cechy modeli organizacji i finansowania systemów opieki zdrowotnej na świecie. Następnie przeanalizowano ramy prawne funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce, omówiono system finansowania i strukturę wydatków na zdrowie. W końcowej części pracy zwrócono uwagę na problemy, z jakimi boryka się polski system opieki zdrowotnej, w tym omówiono poziom finansowania tej opieki w Polsce na tle państw Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz przeanalizowano strukturę demograficzną osób wykonujących zawody medyczne.

2. Modele organizacji i finansowania systemów opieki zdrowotnej

W słowniku Wydawnictwa Naukowego PWN *systemem* określane są układy elementów mający określoną strukturę i stanowiący logicznie uporządkowaną całość oraz obejmujący uporządkowane zasady organizacji elementu będącego jego przedmiotem¹. W literaturze natomiast spotyka się różne ujęcia terminu *system* w aspekcie zdrowia. Termin ten występuje np. jako *system zdrowotny*, *system opieki zdrowotnej*, *systemem opieki medycznej*, *systemem służby zdrowia*, *system ochrony zdrowia* itp. Uznaje się jednak, że w tej palecie terminów pojęcie *systemu zdrowia* jest pojęciem najszerzym².

Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia pojęcie *systemu zdrowia* obejmuje wszystkie organizacje, nakłady oraz instytucje, których założeniem jest wygenerowanie działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia³.

Systemy opieki zdrowotnej poszczególnych krajów są zróżnicowane w zależności od regionu oraz politycznego, ekonomicznego i historycznego kontekstu, w którym rozwijają się i działają. Różnią się także prowadzoną przez państwo polityką zdrowotną, czyli celową działalnością ukierunkowaną na problemy zdrowia społeczeństwa, organizację i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej i jej programów⁴. Sposób finansowania określa nato-

¹ <https://sjp.pwn.pl/slowniki/system.html>

² J. Opolski, *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Warszawa 2011, s. 31.

³ Definicja Światowej Organizacji Zdrowia zastosowana w tzw. Karcie z Tallina, „Health Systems for Health and Wealth”, World Health Organization, The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Tallinn: WHO, 2008, <http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>

⁴ A. Wojtczak, *Wykłady Systemy opieki zdrowotnej w świecie. Organizacja i finansowanie*, Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2015/10/A. Wojtczak.pdf, dostęp 21.08.2017.

miast charakter tego systemu. Można wyróżnić następujące sposoby finansowania opieki zdrowotnej:

- 1) z podatków ogólnych, zasilających budżet państwa,
- 2) z poboru składki obligatoryjnego ubezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego,
- 3) z dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych finansowanych bezpośrednio ze środków obywateli,
- 4) z płatności (współpłatności) z kieszeni pacjentów.

O kształcie *systemu opieki zdrowotnej* decyduje także przyjęta organizacja i wyznawane wartości⁵.

Systemy opieki zdrowotnej na świecie opierają się na modelach budowanych wiele lat temu w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich (ZSRR) i Stanach Zjednoczonych. Prekursorami przyjętych rozwiązań byli kanclerz Niemiec Otto von Bismarck, lord William Beveridge w Wielkiej Brytanii oraz komisarz ludowy ds. zdrowia w ZSRR Nikołaj Siemaszko. Opisane w niniejszym opracowaniu modele mają jednak charakter wzorcowy i nie występują obecnie w czystej postaci. Klasyfikację systemów opieki zdrowotnej na świecie przedstawiono w tabeli 1, opisując dominujące sposoby finansowania.

Tabela 1. Klasyfikacja modeli systemów opieki zdrowotnej

Wyszczególnienie	Model Bismarcka (ubezpieczeniowy)	Model Beveridge'a (budżetowy)	Model Siemaszki (scentralizowanej ochrony zdrowia)	Model rynkowy (rezydualny)
Uprawnienia	Powszechne	Powszechne	Powszechne	Częściowe
Finansowanie	Z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych	Budżetowe – z podatków ogólnych	Budżetowe – z podatków ogólnych	Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne finansowane bezpośrednio ze środków obywateli
Kontrola	Mieszana prywatno-publiczna	Publiczna	Publiczna	Indywidualna
Status	Uprawnienia społeczne	Świadczenia społeczne	Świadczenia społeczne	Ryzyko ubezpieczeniowe
Państwa, w których występują elementy danego modelu	Austria, Niemcy, Francja, Szwajcaria, Benelux	Wielka Brytania, Dania, Irlandia, Islandia, Norwegia, Szwecja, Finlandia	W większości byłych republik dawnego ZSRR oraz w krajach europejskich, którym po II wojnie światowej narzucono model Siemaszki; są to w większości tzw. nowe kraje UE	USA, Izrael

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Health Care Systems in Liberal Democracies*, edited by A. Wall, Routledge, London, New York 1996, za: C. Włodarczyk, S. Paździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001, s. 82.

⁵ Wartości europejskich systemów zdrowia to równość w dostępie do zdrowia, solidaryzm, godność ludzka i prawa pacjenta, wysoka etyka zawodowa; za: A. Wojtczak, *Wykłady...*, op.cit.

Omówienie cech charakterystycznych dla każdego prezentowanego w tabeli 1 systemu zawarto w dalszej części artykułu.

2.1. Model Bismarcka

Model Bismarcka funkcjonuje od 1883 r. z wieloma modyfikacjami, z których najbardziej znane w Niemczech są reformy ukierunkowane na obniżenie kosztów funkcjonowania tego systemu⁶. Główne założenia modelu to istnienie obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (zdrowotnych) oraz funduszy ubezpieczeń zdrowotnych (kas chorych, ubezpieczalni społecznych, towarzystw ubezpieczeniowych). Nadzór nad systemem sprawuje państwo, tworząc ramy prawne dla jego funkcjonowania.

Podstawowym celem systemu jest ochrona społeczeństwa przed niezawinionymi skutkami niedających się przewidzieć zdarzeń losowych, które mogłyby przyczynić się do utraty dochodów i zagrażać materialnemu bytowi części społeczeństwa⁷.

W modelu Bismarcka składki na ubezpieczenie zdrowotne uiszczane są zarówno przez pracodawcę, jak i pracownika. System obowiązkowego ubezpieczenia dotyczy pracowników o niższych dochodach, dla których brak zatrudnienia jest zagrożeniem egzystencji. Gdy osoby uzyskują dochody na wysokim poziomie, mogą przystąpić do systemu obowiązkowych ubezpieczeń na zasadzie dobrowolności lub zawierać umowy z ubezpieczycielami prywatnymi.

2.2. Model Beveridge'a

Model Beveridge'a (model budżetowy) ukształtował się i funkcjonuje od 1948 r. Jego główną cechą jest odpowiedzialność państwa za zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim obywatelom oraz zapewnienie powszechnego i szerokiego zakresu bezpłatnych usług zdrowotnych, niezależnie od statusu materialnego obywateli. Środki finansowe pochodzą ze źródeł publicznych, w przeważającej części z podatków, a ich wysokość ustalana jest corocznie przez parlament i uzależniona od różnych dochodów budżetu państwa⁸.

Model Beveridge'a jest przykładem Narodowej Służby Zdrowia (ang. *National Health Service*, NHS).

⁶ J. Suhecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwers, Warszawa 2010, s. 47; reforma Bluma z 1989 r., Sechofera z 1993 r. oraz reforma zdrowotna z 2007 r. wprowadzająca zasadę objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wszystkich osób żyjących na terenie Niemiec.

⁷ J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2004, s. 4; za: J. Suhecka, *Ekonomia...*, op.cit., s. 47.

⁸ J. Suhecka, materiały z wykładów z przedmiotu *Ekonomika zdrowia*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2017.

2.3. Model Siemaszki

Model Siemaszki (scentralizowana ochrona zdrowia) obowiązywał w krajach socjalistycznych po zakończeniu II wojny światowej i funkcjonował do lat 90. XX w. Oparty był na koncepcji Narodowej Służby Zdrowia i zakładał finansowanie instytucji centralnych podległych ministrowi zdrowia z budżetu centralnego (rządowego), natomiast budżet terytorialny (części budżetu centralnego w gestii regionów) zasilał terenowe placówki służby zdrowia. Model zakładał pełną odpowiedzialność państwa i rządu za organizację, własność i finansowanie opieki zdrowotnej. Własnością państwa były wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, realizujące świadczenia medyczne. Sektor ochrony zdrowia traktowano jako nieprodukcyjny dział gospodarki narodowej.

Główną cechą tego modelu był powszechny dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz orientacja na działania profilaktyczne.

2.4. Model amerykański

Model rezydualny (rynkowy) pozostawia jednostce swobodę wyboru sposobu dostępu do świadczeń medycznych, a sektor ochrony zdrowia traktowany jest jako rynek zbytu, na którym dominującą rolę odgrywają popyt i podaż. Pacjent w tym modelu jest klientem. Główną zasadą systemu jest dominujące finansowanie ochrony zdrowia przez sektor prywatny oparty na ubezpieczeniach prywatnych, który traktowany jest na równi z pozostałymi sektorami gospodarki narodowej. W modelu rezydualnym występuje również sektor publiczny, jednak obejmuje on osoby, które nie mogą samodzielnie zapewnić sobie dostępu do świadczeń, będące w szczególnej sytuacji życiowej (bardzo biedne, starsze, matki wychowujące dzieci, osoby znajdujące się w szczególnie trudnej sytuacji materialnej).

3. Główne źródła finansowania opieki zdrowotnej w krajach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)

Wszystkie opisane w rozdziale 2 modele systemów opieki zdrowotnej uległy ewolucji. Obecnie funkcjonujące systemy opieki zdrowotnej uwzględniają bowiem zarówno finansowanie budżetowe, ubezpieczeniowe, jak i wydatki prywatne. W tabeli 2 przedstawiono udział w finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze źródeł publicznych i prywatnych w krajach OECD. Materiał przedstawia główne źródła finansowania opieki zdrowotnej oraz ich znaczenie dla systemu zdrowia danego kraju. Już na podstawie wstępnej analizy danych zawartych w tabeli 2 można wyciągnąć wniosek, że w omawianych krajach nie występuje tylko jedno źródło finansowania.

Tabela 2. Struktura finansowania opieki zdrowotnej w krajach OECD w 2014 r. (w %)

Państwo	Schematy sektora instytucji rządowych oparte na podatkach	Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	Dobrowolne programy ubezpieczenia zdrowotnego	Opłaty bezpośrednie z gospodarstw domowych	Pozostałe
Dania	84,2	–	2,0	13,8	0,3
Szwecja	83,4	–	0,6	15,5	0,9
Wielka Brytania	79,5	0,1	3,6	14,8	3,1
Włochy	75,5	0,3	1,5	22,0	–
Norwegia	74,5	10,8	–	14,4	1,0
Irlandia	69,0	0,3	12,7	15,4	1,4
Hiszpania	65,0	4,8	5,2	24,7	2,6
Portugalia	65,0	1,3	5,4	27,5	1,3
Finlandia	62,2	13,2	2,5	19,1	0,4
Łotwa	59,9	–	0,9	38,9	0,7
Islandia	52,1	29,0	–	17,5	–
Cypr	43,6	0,6	3,8	49,9	0,7
Austria	31,2	44,7	4,9	17,7	2,2
Grecja	28,4	31,3	3,6	35,4	0,3
Szwajcaria	18,6	46,5	7,1	26,7	0,2
Rumunia	14,9	64,4	0,2	19,9	1,4
Liechtenstein	13,9	49,1	12,5	23,6	2,0
Republika Czeska	11,6	71,9	0,2	13,2	–
Belgia	11,4	66,2	4,4	17,8	1,2
Litwa	10,1	57,5	0,8	31,5	1,6
Estonia	10,0	65,6	0,2	22,7	1,6
Węgry	9,4	57,6	2,6	28,4	0,8
Polska	9,2	61,8	4,5	22,9	0,7
Bułgaria	8,8	44,2	0,3	45,8	1,2
Luksemburg	8,5	73,9	5,5	10,7	1,8
Niemcy	6,6	78,0	1,5	13,0	3,0
Holandia	4,8	75,8	5,9	12,3	0,5
Francja	4,1	74,5	13,7	7,0	2,2
Słowacja	4,0	76,2	–	18,0	1,5
Słowenia	3,4	67,6	14,8	13,0	0,8
Chorwacja	2,5	72,7	8,1	16,7	0,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu opublikowanych w styczniu 2017 r. *Healthcare expenditure by financing scheme, 2014*, [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_financing_scheme,_2014_\(%25_of_current_healthcare_expenditure\)_YB17-de.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_financing_scheme,_2014_(%25_of_current_healthcare_expenditure)_YB17-de.png)

Do prezentacji źródeł finansowania przeanalizowano występowanie finansowania budżetowego, finansowania ubezpieczeniowego oraz ubezpieczeń prywatnych i prywatnych opłat pacjentów. Inne źródła finansowania niż wymienione wcześniej zostały ujęte jako „pozostałe”. Kraje europejskie cechuje istnienie kilku źródeł finansowania opieki zdrowotnej z przewagą finansowania ubezpieczeniowego bądź budżetowego. Prezentowana sytuacja wynika z uwarunkowań historycznych.

Dominujące finansowanie z podatków występuje w Danii (84,2%), Szwecji (83,4%), Wielkiej Brytanii (79,5%), we Włoszech (75,5%) oraz Norwegii (74,5%).

Najwyższy udział finansowania ubezpieczeniowego notują natomiast Niemcy (78,0%), Słowacja (76,2%), Holandia (75,8%), Francja (74,5%), Luksemburg (73,9%), Chorwacja (72,7%) i Czechy (71,9%).

W związku ze wzrostem kosztów działania systemów zdrowotnych ich finansowanie staje się podstawowym problemem i priorytetem dla wielu krajów⁹.

4. Ramy prawne i źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce

W artykule 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej¹⁰ zagwarantowano wszystkim obywatelom prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Warunki i zakres udzielania świadczeń określają ustawy, do których należą między innymi:

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654 ze zmianami),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. nr 210, poz. 2135 ze zmianami),
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 ze zmianami),
- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2005 r. nr 167, poz. 1399 ze zmianami),
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 1997 r. nr 28, poz. 152 ze zmianami),
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r. nr 174, poz. 1039 ze zmianami),
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2001 r. nr 126, poz. 138 ze zmianami).

⁹ M. Piotrowicz, D. Cianciara, M.J. Wysocki, *Systemy zdrowotne dla zdrowia i dobrobytu – karta z Tallina*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2009, nr 63, s. 321–324.

¹⁰ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 ze zmianami.

System ochrony zdrowia w Polsce oparty jest na modelu ubezpieczeniowym. Zawiera jednak w swojej konstrukcji elementy modelu Beveridge'a. Prawie 62% (2014 r.)¹¹ wydatków finansowanych jest ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Instytucją gromadzącą środki w postaci składek wpłacanych przez osoby ubezpieczone i dysponującą zgromadzonymi środkami jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Ubezpieczenie zdrowotne ma charakter powszechny, przy czym występuje jako ubezpieczenie obowiązkowe (forma dominująca) lub dobrowolne (forma stwarzająca możliwość wejścia do systemu wszystkim osobom nieobjętym ubezpieczeniem obowiązkowym).

Ubezpieczenie zdrowotne oparte jest na zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej¹². Zasada równego traktowania oznacza równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla wszystkich osób objętych działaniem ustawy. Zasada solidarności społecznej oznacza gromadzenie środków w postaci składek ubezpieczeniowych od wszystkich ubezpieczonych na stałych zasadach i przeznaczenia zgromadzonych środków na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych osobom mającym określone potrzeby zdrowotne, również na stałych zasadach¹³.

Kolejnym publicznymi źródłami finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce są: budżet państwa, finansujący 5,48% (2014 r.) ogółu wydatków na opiekę zdrowotną oraz jednostki samorządowe, finansujące 3,73% ogółu wydatków. Wydatki prywatne stanowią 29% (2014 r.) wszystkich wydatków¹⁴.

Tabela 3. Źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce

Źródło finansowania	Obszar finansowania
Powszechne ubezpieczenie zdrowotne	W zakresie objętym przez kontrakty z NFZ lub umowy w ramach sieci szpitali: podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia specjalistyczne, świadczenia ambulatoryjne i stacjonarne
Budżet państwa	Specjalistyczne procedury medyczne, programy polityki zdrowotnej, ratownictwo medyczne, publiczna służba krwi, inspekcja sanitarna, część składek ubezpieczenia zdrowotnego osób nieuzyskujących dochodów
Jednostki samorządu terytorialnego	Organizacja opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym i regionalnym, w tym finansowanie inwestycji i dalsze finansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej generujących stratę
Wydatki prywatne	Bezpośrednie zakupy leków i świadczeń zdrowotnych, zakup komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego, finansowanie zakładowej służby zdrowia, zakup dla pracowników abonamentów w prywatnych placówkach opieki zdrowotnej

Źródło: M. Kowalczyk, *Ochrona zdrowia w Polsce w latach 1999–2015*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej Zarządzanie” 2015, nr 20, s. 139–148.

¹¹ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku*, raport, GUS, Warszawa 2017, s. 157.

¹² Art. 65 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r. nr 210, poz. 2135 ze zmianami.

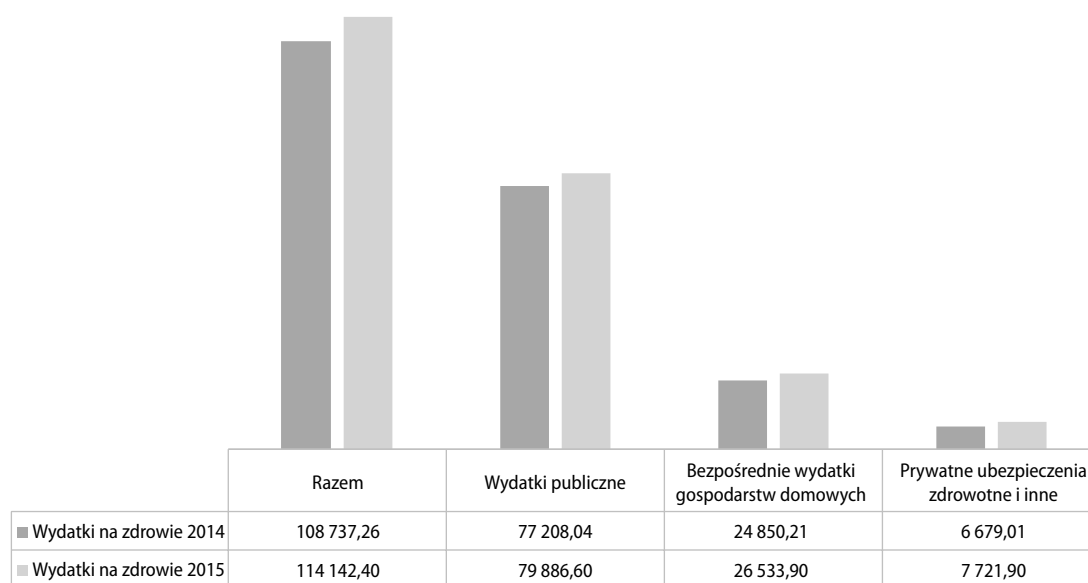
¹³ J.A. Piątkiewicz, *Prawo w ochronie zdrowia*, Wyd. WSAP, Katowice 2006.

¹⁴ *Zdrowie i ochrona...*, op.cit., s. 157.

Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia¹⁵ wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. wyniosły 114 142,4 mld zł i były wyższe niż w 2014 r. o około 6,7 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,34% PKB (6,25% w 2014 r.). Bieżące wydatki publiczne poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia wynosiły w 2015 r. 79,9 mld zł i stanowiły 4,44% PKB (4,42% w 2014 r.), natomiast bieżące wydatki prywatne wyniosły 34,3 mld zł i stanowiły 1,90% PKB (1,83% w 2014 r.). Od 2006 r. obserwowany jest stały wzrost wydatków ogółem na zdrowie¹⁶.

Całość wydatków na ochronę zdrowia w metodologii przyjętej w publikacjach Narodowego Rachunku Zdrowia opracowywanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) składa się z dwóch głównych grup: wydatków publicznych i wydatków prywatnych. Wydatki na zdrowie według badań GUS za lata 2014 i 2015 przedstawiono na rysunku 1.

Rysunek 1. Wydatki na zdrowie według badań GUS za lata 2014 i 2015 (w mln zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie notatki informacyjnej GUS z 20.11.2017: *Narodowy Rachunek Zdrowia 2015*.

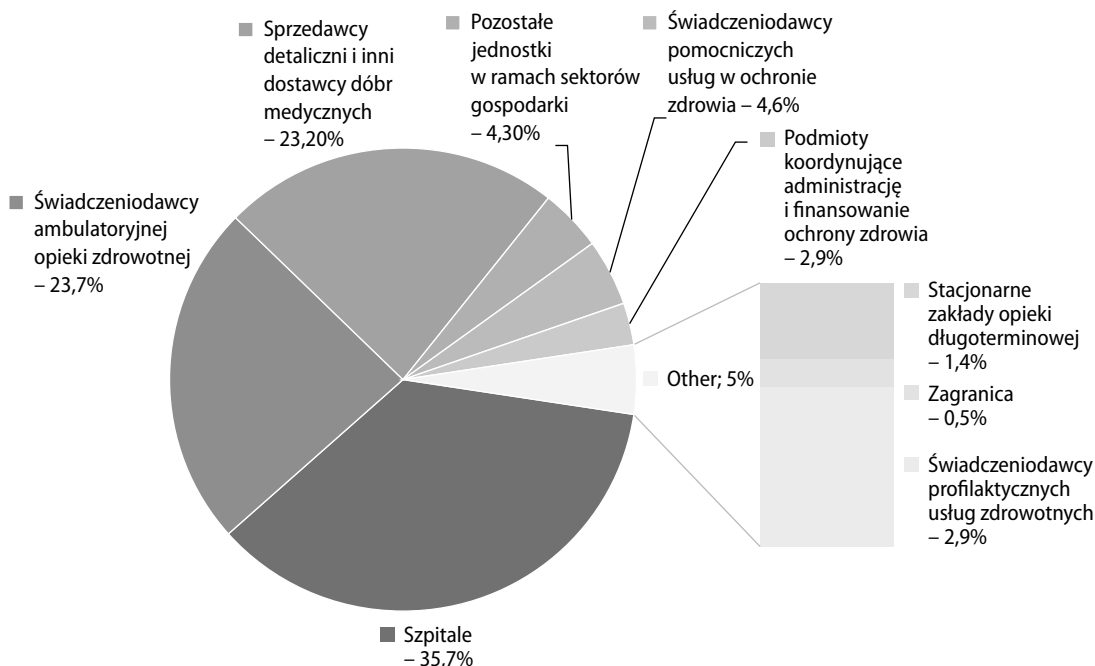
Największy strumień środków w 2015 r. trafił do szpitali – 35,7% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w tym do szpitali ogólnych – 32,2%). Kolejne pozycje dotyczyły placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do których trafiało 27,3% wydatkowanych środków, oraz sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 23,2%, w tym głównie aptek – 20,9% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia¹⁷ (rysunek 2).

¹⁵ Notatka informacyjna GUS z 20.11.2017: *Narodowy Rachunek Zdrowia 2015*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-2015,4,8.html>.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Ibidem.

Rysunek 2. Struktura wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2015 r. według dostawców dóbr i usług (w %)



Źródło: jak pod rys. 1.

Najwyższy udział publicznego źródła finansowania notuje się w *lecznictwie szpitalnym* – w 2014 r.¹⁸ wynosił on 95,5%. Udział środków prywatnych na ten cel to 4,5% (w tym opłaty bezpośrednie gospodarstw domowych – 1,4%). W kolejnej kategorii: *świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej* udział płatnika publicznego to 59,9%, natomiast płatnika prywatnego – 40,1%. Na usługi te składają się praktyki lekarskie, praktyki stomatologiczne, a także usługi świadczone przez przychodnie i centra opieki ambulatoryjnej. W kategorii *sprzedawcy detaliczni i dostawcy dóbr medycznych*, w której ewidencjonowane są usługi świadczone przez apteki (90% ogółu wydatków tej kategorii), udział prywatnego źródła finansowania jest wysoki i wynosi 65,9% (rysunek 3).

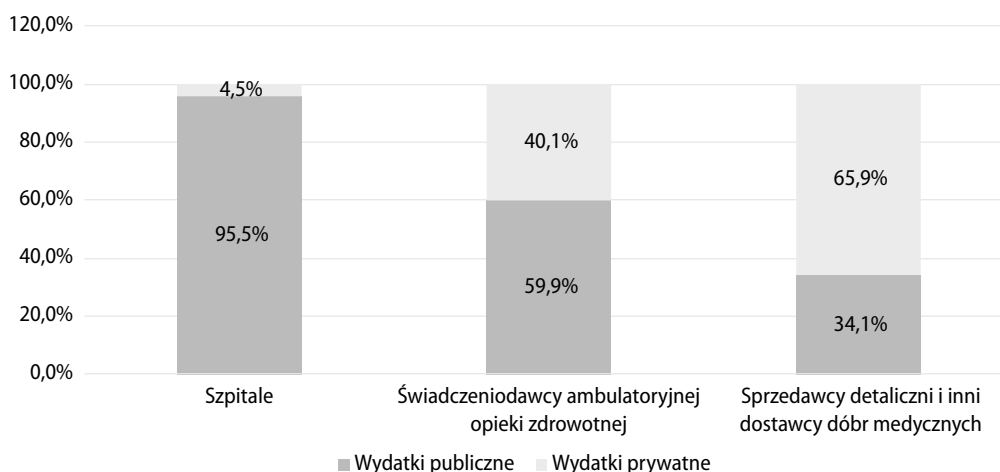
Niezależnie od tego, w ramach jakiej formy prawnej działa szpital¹⁹, czy jest to samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ), czy też inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą, np. świadczenia szpitalne, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)

¹⁸ Dane dotyczące źródeł finansowania świadczeń dotyczą 2014 r. W raporcie GUS *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku* w rozdziale *Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej* są zaprezentowane dane za 2014 r. W notatce informacyjnej GUS z 20.11.2017 *Narodowy Rachunek Zdrowia 2015* nie zamieszczono tak szczegółowych informacji dotyczących 2015 r.

¹⁹ Szpital – zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, art. 2 pkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654 ze zmianami.

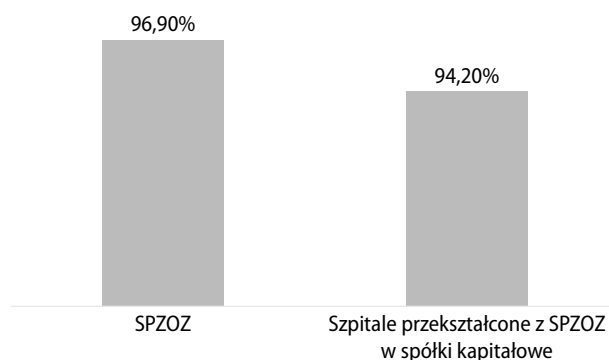
jest głównym źródłem finansowania jego bieżącej działalności. Finansuje działalność niemal wszystkich szpitali publicznych. Liczba szpitali w Polsce w 2014 r. wyniosła 1591²⁰. W okresie 2007–2014 przybyło 200 nowych szpitali²¹. Są to niewielkie podmioty nastawione na wysoko wyceniane przez NFZ procedury medyczne (rysunek 4).

Rysunek 3. Struktura wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2014 r. według źródeł pochodzenia środków



Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku*, raport, GUS, Warszawa 2017.

Rysunek 4. Udział NFZ w finansowaniu bieżącej działalności szpitali



Źródło: *Sytuacja finansowa szpitali w Polsce*, raport, Magellan S.A., Łódź 2014.

Szpitale publiczne nie mają uprawnień do pobierania opłat od płatników prywatnych, co wynika z rysunków 3 i 4. Sytuacja taka rodzi istotne konsekwencje w realizacji świadczeń

²⁰ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, raport, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016, s. 412.

²¹ Czyli przedsiębiorstw podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne według Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

medycznych. Niesatysfakcjonujące świadczeniobiorców finansowanie połączone z brakiem możliwości finansowania świadczeń z innych źródeł powoduje niezadowolenie pacjentów i kadry medycznej, a w konsekwencji długie kolejki do świadczeń, niewpływające z pewnością na kondycję zdrowotną osób uprawnionych do korzystania z tych świadczeń.

5. Zakres świadczeń medycznych przysługujących świadczeniobiorcom i finansowanych ze środków publicznych

Szczególnej uwagi wymaga pojęcie zakresu świadczeń, jaki przysługuje pacjentom w ramach środków publicznych. Zakres ten określono w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W art. 15 ust. 2 powyższej ustawy wymieniono rodzaje świadczeń gwarantowanych zapewnione świadczeniobiorcy i finansowane ze środków publicznych. Zgodnie z powyższym postanowieniem świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 3) leczenia szpitalnego;
- 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 5) rehabilitacji leczniczej;
- 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenia stomatologicznego;
- 8) leczenia uzdrowiskowego;
- 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji;
- 10) ratownictwa medycznego;
- 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- 12) świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 13) programów zdrowotnych;
- 14) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę;
- 15) programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji; leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji;
- 16) leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, pod warunkiem, że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji;
- 17) ratunkowego dostępu do technologii lekowych;
- 18) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a Ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r.

o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2015 r. poz. 594 i 1893 oraz z 2016 r. poz. 65, 1228 i 1579), pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji.

Zgodnie z art. 5 pkt. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczenie gwarantowane to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie. Ustawa nie określa natomiast zasad i warunków wyżej wymienionego współfinansowania, nie określa granicy pomiędzy świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych a świadczeniami komercyjnymi, nie określa również pojęcia świadczeń standardowych i świadczeń ponadstandardowych. Jest to o tyle istotne, że pojęciami takimi posługuje się Ministerstwo Zdrowia i nie można ich interpretować w świetle obowiązującego obecnie prawa, w tym też ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²².

6. Wybrane problemy systemu ochrony zdrowia w Polsce

Polacy są niezadowoleni z funkcjonującej opieki zdrowotnej ze względu na dostępność do świadczeń niespełniającą ich potrzeb zdrowotnych:

- zgodnie z badaniami Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) obecnie niespełna co czwarty ankietowany (23%) jest zadowolony z funkcjonowania opieki zdrowotnej, natomiast trzy czwarte (74%) jest niezadowolonych; do najgorzej ocenianych aspektów funkcjonowania opieki zdrowotnej zaliczono dostępność wizyt u specjalistów (8% ocen pozytywnych)²³;
- zgodnie z badaniami Fundacji Watch Health Care, która monitoruje długość oczekiwania na świadczenia medyczne, średni czas oczekiwania na świadczenie wynosi ponad 3 miesiące²⁴.

Kolejki są również do świadczeń szpitalnych, zgodnie z badaniami Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) na wymianę stawu biodrowego czeka się w Polsce 386 dni, na operację zaćmy 441 dni, a na wymianę stawu kolanowego – 513 dni²⁵. Na powyższe wyniki mają wpływ niżej omówione elementy.

Poziom nakładów na opiekę zdrowia w Polsce niższy niż w większości krajów europejskich. Według raportu *Health at a Glance: Europe 2016* Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju²⁶ Polska w 2015 r. wydała na ochronę zdrowia 1259 euro rocznie na jednego

²² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²³ *Zadowolenie Polaków z obowiązującego w Polsce systemu opieki zdrowotnej*, Badanie CBOS, komunikat z badań nr 113/2016, Warszawa, sierpień 2016.

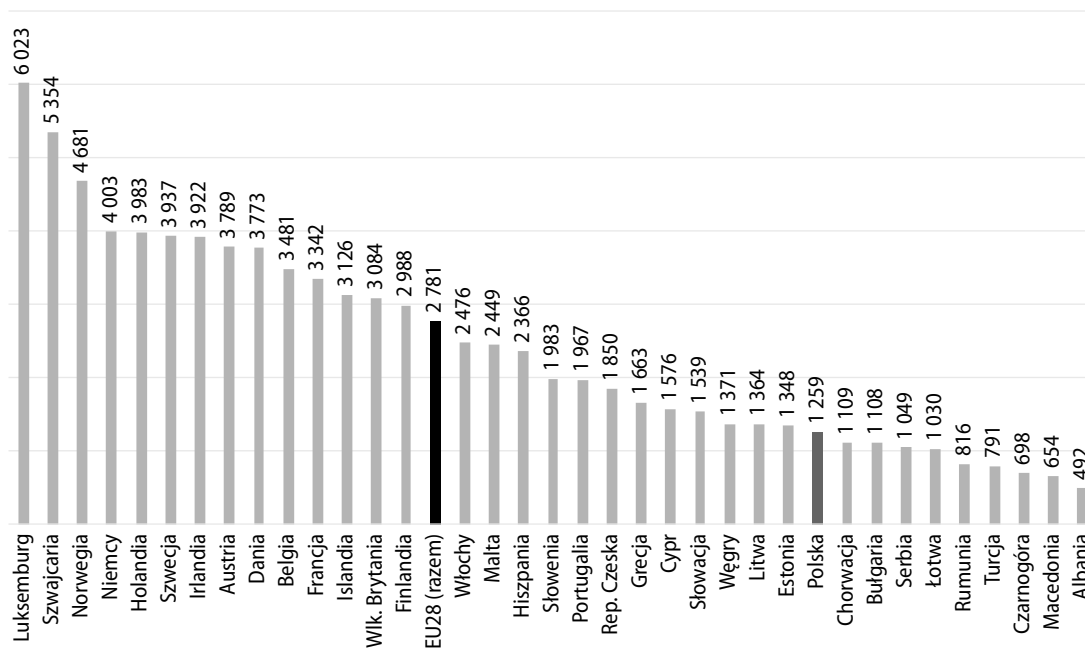
²⁴ <http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/raporty>, wyniki z 08 2017 r., dostęp 20.08.2017.

²⁵ <http://biqdata.wyborcza.pl/raport-oecd-sluzba-zdrowia>, dostęp 20.08.2017.

²⁶ *Raport Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD, Paryż 2016, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en

mieszkańca. Najwięcej na zdrowie w 2015 r. wśród krajów Unii Europejskiej wydawano w Luksemburgu (6023 euro na mieszkańca)²⁷, na drugim miejscu były Niemcy (4003 euro), a na kolejnych pozycjach: Holandia, Szwecja, Irlandia, Austria, Dania i Belgia. Polska znalazła się na 4. miejscu od końca – przed Chorwacją, Bułgarią, Łotwą i Rumunią. W prezentowanym zestawieniu znajdują się także kraje niebędące członkami Unii Europejskiej, jak Szwajcaria, gdzie nakłady na zdrowie wynoszą 5354 euro na mieszkańca czy Norwegia – z nakładami 4681 euro na mieszkańca. Nakłady państw na ochronę zdrowia zaprezentowano w układzie: jednego mieszkańca (*per capita*) według parytetu siły nabywczej (ang. *purchasing power parity*, PPP) – rysunek 5.

Rysunek 5. Wydatki na zdrowie na jednego mieszkańca w wybranych krajach w euro według parytetu siły nabywczej w 2015 r.



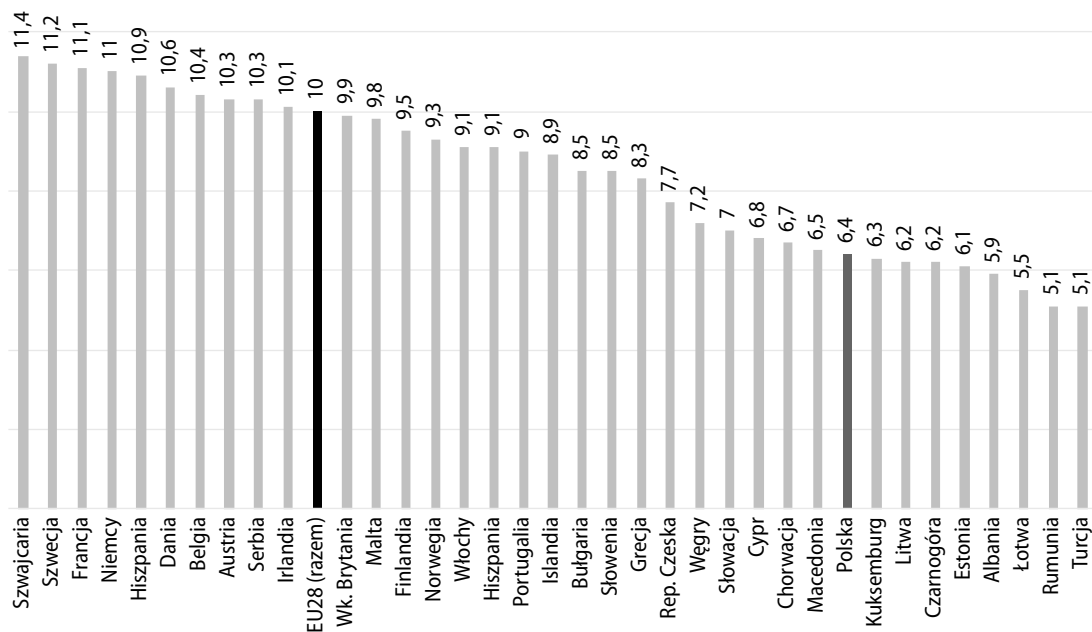
Źródło: opracowanie własne na podstawie Raportu *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD, Paryż 2016.

Na potrzeby bardziej szczegółowej analizy wydatki całkowite na ochronę zdrowia analizowanych krajów zaprezentowano na rysunku 6, na podstawie ich udziału w Produkcie Krajowym Brutto (PKB) danego kraju. Wykonane porównanie, niestety, nie należy do najbardziej optymistycznych, bowiem udział wydatków na zdrowie w PKB w Polsce jest jednym z najniższych w Europie – w 2014 r. udział ten wyniósł zaledwie 6,4%. Wyprzedzamy jedynie

²⁷ Zgodnie z informacją zawartą w raporcie *Health at a Glance...*, op.cit.; dane podane dla Luksemburga dotyczą tylko populacji ubezpieczonych obywateli Luksemburga, która to populacja jest mniejsza niż cała populacja tego państwa.

Litwę (6,2%), Czarnogórę (6,2) i Estonię (6,1). Uzyskane wyniki plasują nasz kraj poniżej średniej dla krajów będących członkami Unii Europejskiej, wynoszącej 10%. Najwyższe wydatki na zdrowie ponosi Szwajcaria (11,4%), następnie Szwecja (11,2%), Francja (11,1%), Niemcy (11%), Hiszpania (10,9%), Dania (10,6%), Belgia (10,4%), Austria (10,3%), Serbia (10,3%), Irlandia (10,1%), EU28 (razem) 10, Wk. Brytania (9,9%), Malta (9,8%), Finlandia (9,5%), Norwegia (9,3%), Włochy (9,1%), Hiszpania (9,1%), Portugalia (9), Islandia (8,9%), Bułgaria (8,5%), Słowenia (8,5%), Grecja (8,3%), Rep. Czeska (7,7%), Węgry (7,2%), Słowacja (7), Cypr (6,8%), Chorwacja (6,7%), Macedonia (6,5%), Polska (6,4%), Kukseburg (6,3%), Litwa (6,2%), Czarnogóra (6,2%), Estonia (6,1%), Albania (5,9%), Łotwa (5,5%), Rumunia (5,1%), Turcja (5,1%).

Rysunek 6. Udział wydatków na zdrowie w 2014 r. w PKB danego kraju (w %)



Źródło: jak pod rys. 5.

Starzejące się społeczeństwo. Według danych GUS udział osób powyżej 65. roku życia w polskim społeczeństwie do 2030 r. zwiększy się blisko dwukrotnie i osiągnie ponad 23%²⁸. Niewątpliwie jest to zjawisko wymagające szczególnej uwagi ze względu na rosnące bezpośrednie obciążenie dla finansów państwa, także w sferze zmian w strukturze nakładów na opiekę szpitalną. Obecny system nie jest dostosowany do rosnących potrzeb medycznych tej grupy społecznej. Osoby starsze, które cierpią z powodu biedy, chorób, spadku wydolności i osamotnienia, nie otrzymują odpowiedniego wsparcia. Ich ubóstwo prowadzi do oszczędzania na lekach, co w konsekwencji podwyższa koszty późniejszego leczenia w szpitalu²⁹. W związku ze zmianami demograficznymi w przeciągu najbliższych kilkunastu lat zwiększy się zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne, z których korzystać będzie starsza część

²⁸ <https://www.zdrowie.abc.com.pl/aktualnosci/starzenie-sie-spolescenstwa-wyzwaniem-dla-systemu-ochrony-zdrowia,22718.html>, dostęp 21.08.2017.

²⁹ B. Samoliński, *Sytuacja demograficzna jako uzasadnienie dla bieżącej i przyszłej perspektywy zdrowotnej w Polsce*, opublikowane w raporcie *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne*, Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur, Warszawa 2013, <http://www.karpeno.pl/pr/wp-content/uploads/2016/02/dodatkowe-ubezpieczenia-zdrowotne-raport-2013.pdf>, dostęp 21.08.2017.

populacji społeczeństwa. Dotyczyć to będzie w szczególności leczenia na oddziałach internistycznych, kardiologicznych i chirurgicznych, a także w zakresie okulistyki (głównie w zakresie usunięcia zaćmy). Jednocześnie w sytuacji zmniejszenia populacji dzieci i młodzieży zmniejszy się także zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne im dedykowane – pediatrię, neonatologię, chirurgię dziecięcą i otolaryngologię. Istotnie zmniejszy się zapotrzebowanie na hospitalizacje położniczo-ginekologiczne³⁰. Dlatego niezwykle ważne jest odpowiednie zaplanowanie działań, które pozwolą w najbliższych latach na zagwarantowanie odpowiedniej opieki medycznej.

Niedobór kadry medycznej. Polski system ochrony zdrowia zmagają się z problemem niedostatecznej liczby osób wykonujących zawody medyczne, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. W naszym kraju przypada zaledwie 2,3 lekarza na 1000 mieszkańców. Unijna średnia wynosi 3,5. Największą liczbą lekarzy mogą pochwalić się: Grecja (6,3), Austria (5,1), Portugalia (4,4), a także Litwa (4,3)³¹. Niekorzystne wyniki są również widoczne w zakresie liczby pielęgniarek. W tym zakresie nasz kraj nie osiąga średniej unijnej, która wynosi 8,4 pielęgniarek na 1000 mieszkańców, a w Polsce jest 5,2³².

Brak zastępowalności pokoleniowej wśród osób wykonujących zawody medyczne. Znaczna część lekarzy znajduje się w grupie między 45. a 64. rokiem życia (34% lekarzy i 35% lekarzy dentyistów), niepokojący jest również udział osób w wieku powyżej 65. roku życia (21%), jest ich więcej niż lekarzy młodych do 35. roku życia (18%). Sytuacja ta wygląda trochę lepiej wśród lekarzy dentyistów. Młodych lekarzy dentyistów do 35. roku życia pracuje o 5% więcej (23%) niż lekarzy dentyistów powyżej 65. roku życia (18%). Inaczej natomiast wygląda struktura wiekowa wśród pielęgniarek i położnych. Przedstawione dane wskazują, że pielęgniarki i położne nie pracują już w wieku powyżej 65. lat, co jest charakterystyczne dla zawodu lekarza. Natomiast wiek większości pracujących pielęgniarek (63%) i położnych (60%) plasuje się w przedziale 35–54 lata (rysunek 7).

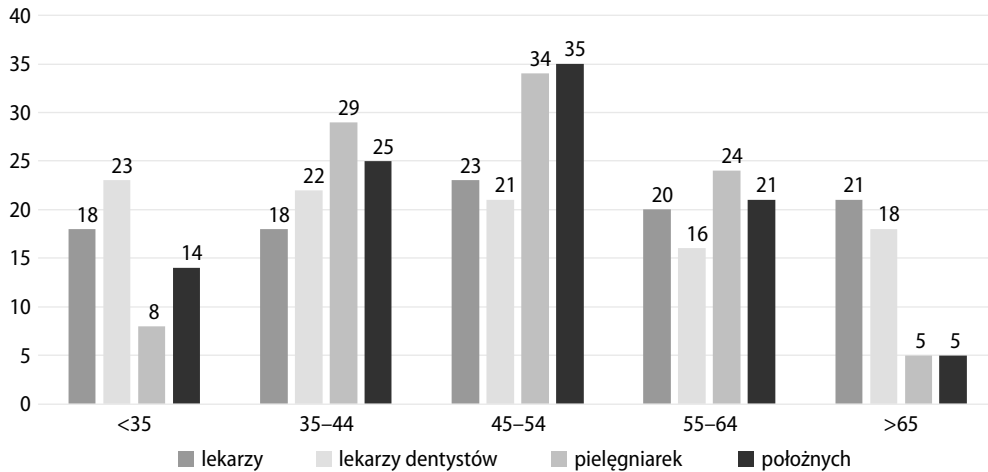
W zawodach medycznych w Polsce występuje również problem braku zastępowalności pokoleniowej. Udział lekarzy młodych poniżej 35 lat jest niższy niż lekarzy powyżej 65 lat. Dodatkowo warto zwrócić uwagę na specyficzny dla tego zawodu wiek wycofania się z wykonywania zawodu. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) tylko 6,22% mężczyzn członków Izby w wieku 66–70 lat skończyło aktywność zawodową, pozostali lekarze w tym wieku nadal są aktywni. Najwyższy wskaźnik rezygnacji z aktywności notuje się wśród mężczyzn w przedziale wiekowym powyżej 71 lat. Wśród kobiet ta sytuacja wygląda trochę inaczej, kobiety wycofują się z zawodu wcześniej; między 65. a 71. rokiem życia – 14,06%, a w wieku powyżej 71 lat – 50,04%.

³⁰ Raport Narodowego Funduszu Zdrowia, *Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce*, czerwiec 2016, http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_korzystania_ze_swiadczen_szpitalnych_finansowanych_przez_nfz_w_kontekście_zmian_demograficznych_w_polsce.pdf, dostęp 23.08.2017.

³¹ Raport *Health...*, op.cit., s. 159.

³² *Ibidem*, s. 161.

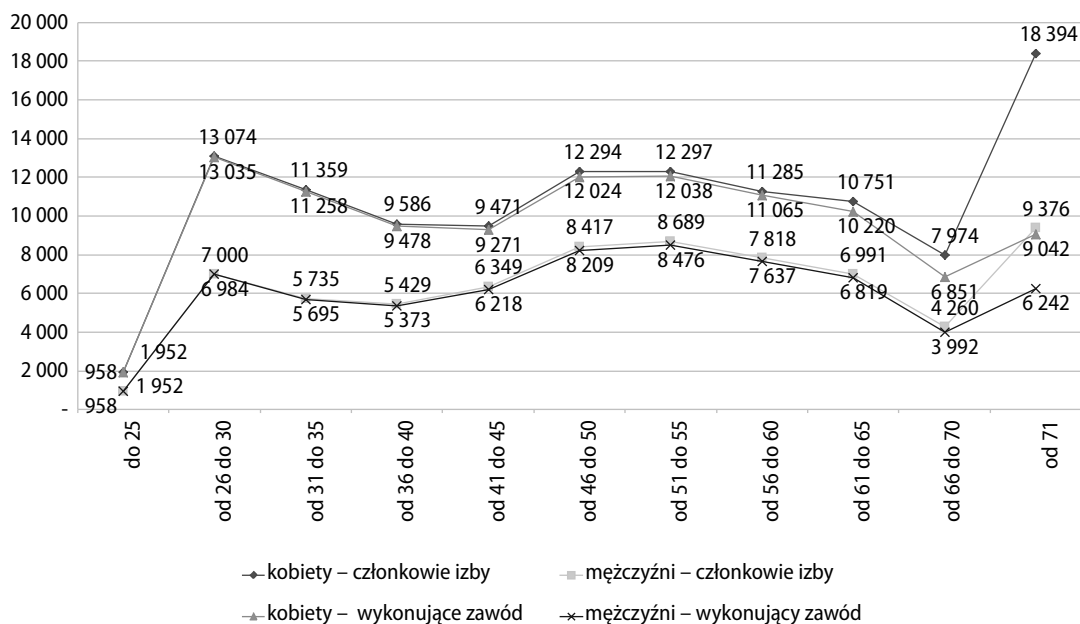
Rysunek 7. Struktura wiekowa pracowników opieki zdrowotnej (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, raport, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.

Z analizy danych Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) jednoznacznie wynika, że lekarze zdecydowanie wydłużają ustawową granicę aktywności zawodowej (rysunek 8).

Rysunek 8. Zestawienie liczb lekarzy i lekarzy dentystów wg wieku, płci i tytułu zawodowego z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących zawód i niewykonujących zawodu



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej, stan na 10.10.2017.

Przedstawiona struktura wiekowa pracowników opieki zdrowotnej wpływa niekorzystnie na jakość i dostępność do świadczeń zdrowotnych. Sytuacji nie sprzyja także niezadowalająca dla pracowników tego sektora wysokość wynagrodzeń, a także możliwość migracji do krajów wysoko rozwiniętych o wysokich nakładach na ochronę zdrowia.

Organizacja procesu leczenia niezapewniająca oczekiwanego przez pacjentów dostępu do świadczeń. Zgodnie z wynikami Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2015 r. samo zwiększenie nakładów finansowych nie powoduje pełnego zaspokojenia potrzeb pacjentów³³. NIK stwierdził, iż mimo otrzymania przez jednostki ochrony zdrowia z NFZ dodatkowych środków finansowych w postępowaniach uzupełniających, które miały na celu poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych, cel ten nie został w pełni osiągnięty. Spośród 11 analizowanych zakresów świadczeń w lecznictwie szpitalnym tylko w dwóch oddziałach wojewódzkich Funduszu zapewniono pacjentom pełny dostęp do świadczeń. Natomiast w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej spośród dziewięciu analizowanych zakresów dostęp do wszystkich świadczeń odnotowano jedynie w czterech oddziałach wojewódzkich NFZ. Na podstawie kontroli przeprowadzonej w 2016 r. NIK stwierdził, iż zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne i tworzenie kolejnych programów nie przynosi oczekiwanych efektów: kolejki pacjentów do lekarzy nie maleją, nie skraca się też czas oczekiwania na większość zabiegów³⁴. Wyniki kontroli wskazują, że podstawą dostępu do świadczeń są nie tylko środki finansowe, lecz także odpowiednie zarządzanie placówką. Nie bez znaczenia dla efektywnej działalności podmiotu jest rola zarządzania zasobami ludzkimi i czasem pracy oraz organizacja procesu udzielania świadczeń. Gdy analizuje się tylko problem kolejek do świadczeń, można stwierdzić, że na problem ten oprócz innych czynników (również wymienionych powyżej) wpływ ma na pewno brak możliwości skutecznej komunikacji pacjenta z placówką. W publicznych placówkach nie ma zjawiska potwierdzania lub też odwoływania wizyt przez pacjenta lub placówkę z powodu choroby lub też innych powodów losowych, jak ma to miejsce w placówkach prywatnych, gdzie pacjent otrzymuje dzień przed wizytą przypomnienie SMS, ma też możliwość kontaktu z infolinią i przekazania informacji o konieczności zmiany daty wizyty.

7. Podsumowanie

Według Komisji Europejskiej Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) polityka państw członkowskich powinna zostać ukierunkowana na zmniejszanie barier finansowych w dostępie do opieki zdrowotnej, na ułatwienie dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej oraz skrócenie nadmiernego czasu oczekiwania, a systemy opieki zdrowotnej

³³ <http://www.rp.pl/Zdrowie/311249941-NIK-o-NFZ-programy-i-dodatkowe-pieniadze-nie-skrocily-kolejek-do-lekarzy.html#ap-4>, dostęp 20.08.2017.

³⁴ <http://wsieci.rp.pl/arttykul/1298062.html?print=tak&p=0>, dostęp 20.08.2017.

muszą być też bardziej stabilne i dostosowane do zmian demograficznych³⁵. Na podstawie przygotowanej analizy stwierdzono, że obecne nakłady finansowe na opiekę zdrowotną w Polsce są niższe niż średnie wydatki na ten sam cel w krajach europejskich. Niekorzystna jest również ich struktura, w której finansowanie świadczeń szpitalnych dokonywane jest w głównej mierze ze środków publicznych. Koszty te stanowią natomiast największy udział w całkowitych wydatkach na zdrowie. Wyższe nakłady na zdrowie oraz zmiana struktury wydatków na lecznictwo szpitalne korzystnie wpłynęłyby na realizację zadań, jakie przed polskim systemem stawia OECD.

Jednak nie są to jedyne problemy, z którymi boryka się system ochrony zdrowia w Polsce. Należy zwrócić uwagę na niekorzystną strukturę demograficzną osób wykonujących zawody medyczne, starzenie się społeczeństwa wymagającego zmian w strukturze nakładów na zdrowie oraz zmian organizacyjnych w zakresie lecznictwa szpitalnego.

Nie bez znaczenia dla obecnej kondycji publicznej opieki zdrowotnej są także uwarunkowania historyczne, w tym ukształtowanie po II wojnie światowej organizacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce na modelu scentralizowanej ochrony zdrowia Siemaszki, który funkcjonował do lat 90. XX w. Oparcie opieki zdrowotnej na finansowaniu z budżetu państwa oraz gospodarce centralnej i planowej miało zapewnić wszystkim obywatelom powszechny dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. System ten okazał się jednak nieefektywny. Podejmowane reformy po 1989 r. wprowadzają sukcesywnie zmiany w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej, jednak zaszłości z poprzedniego systemu istotnie wpływają na problemy, z jakimi publiczna opieka zdrowotna boryka się obecnie.

Analiza zaakcentowała również złożoność problemów, ich wielowarstwowość i konieczność efektywnego zarządzania procesem udzielania świadczeń zdrowotnych. Niewątpliwie niezbędne jest podjęcie działań, które poprawią funkcjonowanie systemu zdrowia, aby złagodzić presję na wyższe nakłady finansowe na ten cel.

Bibliografia

Dokumenty prawne

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654 ze zmianami.
3. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. z 2011 r. nr 174, poz. 1039 ze zmianami.
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r. nr 210, poz. 2135 ze zmianami.

³⁵ <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Raport-Polska-ma-najnizsza-w-UE-liczbe-lekarzy-na-tysiac-mieszkan-cow-3618880.html>, dostęp 27.08.2017.

5. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych, Dz.U. z 2005 r. nr 167, poz. 1399 ze zmianami.
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. z 1997 r. nr 28, poz. 152 ze zmianami.
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 ze zmianami.
8. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. nr 126, poz. 1381.

Wydawnictwa zwarte

1. Ernst&Young, *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, Warszawa 2011.
2. Gołąb J., *Ochrona zdrowia w Polsce i Europie. Czy czeka nas rewolucja?*, Centrum Stosunków Międzynarodowych, Warszawa 2015.
3. Kowalczyk M., *Ochrona zdrowia w Polsce w latach 1999–2015*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej Zarządzanie” 2015, nr 20.
4. Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2004.
5. Nojszewska E., *System ochrony zdrowia, Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Wolters Kluwers business, Warszawa 2011.
6. Opolski J., *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Warszawa 2011.
7. Piątkiewicz J.A., *Prawo w ochronie zdrowia*, Wyd. WSAP, Katowice 2006.
8. Piotrowicz M., Cianciara D., Wysocki M.J., *Systemy zdrowotne dla zdrowia i dobrobytu – karta z Tallina*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2009, nr 63.
9. Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwers, Warszawa 2010.
10. *Sytuacja finansowa szpitali w Polsce*, raport, Magellan S.A., Łódź 2014.
11. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, raport, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.
12. Włodarczyk C., Paździuch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.
13. *Zadowolenie Polaków z obowiązującego w Polsce systemu opieki zdrowotnej*, Badanie Centrum Badania Opinii Społecznej, komunikat z badań nr 113/2016, Warszawa, sierpień 2016.
14. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku*, raport, GUS, Warszawa 2017.
15. Zgliczyński W.S., *Kadry medyczne w Polsce*, Wydawnictwo Sejmowe dla Biura Analiz Sejmowych, Warszawa 2016.

Materiały internetowe

1. <http://biqdata.wyborcza.pl/raport-oecd-sluzba-zdrowia>
2. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

3. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_financing_scheme_2014_\(%25_of_current_healthcare_expenditure\)_YB17-de.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_financing_scheme_2014_(%25_of_current_healthcare_expenditure)_YB17-de.png)
4. Notatka informacyjna GUS z 20.11.2017, *Narodowy Rachunek Zdrowia 2015*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-2015,4,8.html>
5. <http://osod.info/8208-2/>, List środowiska medycznego z wnioskiem o podwyższenie nakładów na ochronę zdrowia
6. <http://wsieci.rp.pl/arttykul/1298062.html?print=tak&p=0>
7. <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Raport-Polska-ma-najnizsza-w-UE-liczbe-lekarzy-na-ty-siac-mieszkanow-3618880.html>
8. <http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>
9. <http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/raporty>, wyniki z 08 2017 r.
10. <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/narodowa-sluzba-zdrowia-minister-konstanty-radziwill-przedstawil-zalozenia-reformy>
11. <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/publikacja-projektu-rozporzadzenia-w-sprawie-ustalania-ryczaltu-systemu-podstawowego-szpitalnego-zabezpieczenia-swadczen-opieki-zdrowotnej-psz/>
12. <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz/>
13. http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_korzystania_ze_swadczen_szpitalnych_finansowanych_przez_nfz_w_kontekście_zmian_demograficznych_w_polsce.pdf
14. <http://www.rp.pl/Zdrowie/311249941-NIK-o-NFZ-programy-i-dodatkowe-pieniadze-nie-skrocily-kolejek-do-lekarzy.html#ap-4>
15. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/system.html>
16. <https://www.zdrowie.abc.com.pl/aktualnosci/starzenie-sie-spoleczenstwa-wyzwaniem-dla-systemu-ochrony-zdrowia,22718.html>
17. *Raport Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD, Paryż 2016, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en
18. Samoliński B., *Sytuacja demograficzna jako uzasadnienie dla bieżącej i przyszłej perspektywy zdrowotnej w Polsce*, opublikowane w raporcie *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne*, Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur, Warszawa 2013; <http://www.karpeno.pl/pr/wp-content/uploads/2016/02/dodatkowe-ubezpieczenia-zdrowotne-raport-2013.pdf>
19. Suchecka J., materiały z wykładów z przedmiotu *ekonomika zdrowia*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2017
20. Wojtczak A., *Wykłady Systemy Opieki Zdrowotnej w Świecie organizacja i finansowanie*, Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2015/10/A.Wojtczak.pdf

Evaluation of Public Health Care Condition in Poland

Summary

There are many voices declaring the necessity to improve the condition of health care in Poland. This opinion is heard from the users of medical services, i.e., patients but also from medical circles. It is based on individual experiences rather than on scientific analyses and research. This paper seeks to objectively assess the condition of health care in Poland and has been drafted based on official data concerning the legal environment and financing of the health care system in the country as well as problems faced by the system. The subject itself is an endless story and it can be examined from very different angles. The paper discusses major aspects crucial for the evaluation of health care shape and condition in Poland. The analysis has demonstrated the need to change the amount and structure of health expenditure in Poland and has drawn attention to unfavourable demographic structure in medical professions and to the aging society issue. Conclusions from the analysis indicate the need to undertake measures that would improve the functioning of health care and alleviate pressure on allocating higher amounts for this purpose.

Keywords: health expenditure, health insurance, health care financing
