

PIOTR BARTKOWIAK, JAKUB DOMAŃSKI

Analiza poziomu i struktury wydatków na ochronę zdrowia w Polsce


<https://doi.org/10.33141/po.2013.07.06>

Przeгляд Organizacji, Nr 7 (882), 2013, ss. 34-42

www.przeглядorganizacji.pl

©Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa (TNOiK)

Wprowadzenie

ektor ochrony zdrowia w Polsce zdominowany jest przez szpitale, których kadra kierownicza zarządza mieniem publicznym. Mimo że przejawów konkurencji szpitali jest obecnie pozornie niewiele, to w rzeczywistości jego atrakcyjność jest weryfikowana już na co najmniej kilku płaszczyznach, których będzie przybywać wraz z ewolucją modelu zarządzania polskim sektorem ochrony zdrowia. Istotnymi obszarami oceny działań kadry kierowniczej może być:


- ▶ wielkość kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a więc gwarancja wielkości przychodów dla przedsiębiorstwa, jakim jest szpital,
- ▶ oferta rynkowa – popyt ze strony pacjentów weryfikowany swobodą decydowania o miejscu leczenia.

Etapem, który spowoduje w istocie prawdziwą rewolucję w zakresie zarządzania, będzie orientacja biznesowa publicznych podmiotów opieki zdrowotnej wynikająca z pojawienia się w systemie kolejnych płatników – konkurentów dla NFZ. Dlatego też zasadniczym celem opracowania, wpisującym się w istniejące obecnie w systemie opieki zdrowotnej, jak też spodziewane procesy restrukturyzacji biznesowej, będzie analiza i ocena wartości oferty szpitala z punktu widzenia zarządzania kosztami. Jest to tym bardziej istotne, gdyż rynek medyczny w Polsce stanowi 0,6% światowego rynku zdrowia w ujęciu wartościowym,

zaś na służbę zdrowia wydaje się 7-8% PKB, podczas gdy wydatki w tym zakresie w Niemczech wynoszą ok. 10,5%, a w Stanach Zjednoczonych ponad 16% [OECD Health Data, 2010]. Takie proporcje wskazują z jednej strony, nie tylko na konieczność zwiększania nakładów przez polski system finansowy, ale także, a może przede wszystkim, na potrzebę szczególnie efektywnego gospodarowania tak skromnymi środkami.

Na podstawie danych statystycznych z GUS oraz OECD, a także dokumentów Ministerstwa Zdrowia zostanie przeprowadzona weryfikacja sformułowanego celu opracowania.

Źródła zabezpieczenia finansowego systemu opieki zdrowotnej

ektor opieki zdrowotnej w każdym państwie stanowi jeden z priorytetowych obszarów polityki społeczno-gospodarczej władzy wykonawczej. Wyrazem tego jest zabezpieczenie finansowania tej sfery zorganizowane w sposób adekwatny do przyjętego modelu systemu opieki zdrowotnej. Współcześnie finansowanie to opiera się z reguły na kilku źródłach, zarówno publicznych, jak i prywatnych.

W bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego występują na ogół cztery typy płatników, zwanych także trzecią stroną lub płatnikiem trzeciej strony (*third-party payer*):

1. Instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, której przykładem w obecnym

systemie polskim jest Narodowy Fundusz Zdrowia.


2. Administracja państwowa (centralna i wojewódzka), dla której dysponentem środków jest rząd oraz budżety miast zarządzane przez samorządy w szczebel władzy.
3. Prywatne firmy ubezpieczeniowe działające na zasadach komercyjnych.
4. Pacjenci oraz podmioty gospodarcze i instytucje charytatywne, które finansują świadczenia zdrowotne ze środków własnych – głównie w placówkach będących niepublicznymi (komercyjnymi) placówkami opieki zdrowotnej.

Największym pod względem wartości źródłem finansowania polskiego systemu są składki na ubezpieczenie zdrowotne, które za pośrednictwem NFZ pokrywają ponad 60% ogółu wydatków przeznaczonych na zdrowie. Z dochodów indywidualnych ludności pochodzi około 25% ogółu środków. Pozostałe środki mają swoje źródło w podatkach ogólnych dystrybuowanych zarówno przez budżet centralny (8%), jak i budżety jednostek samorządu terytorialnego (4,5%) oraz ze środków zakładów pracy (2%). W ostatnich latach wzrasta także udział środków pochodzących z funduszy Unii Europejskiej. Z budżetu państwa opłacane są składki rolników, bezrobotnych bez prawa do zasiłku oraz osób pobierających: zasiłki wychowawcze, renty wojenne, niektóre świadczenia pomocy społecznej i świadczenia rodzinne [Balicki, 2011].

Należy zaznaczyć, że fakt występowania w danym systemie jednocześnie

kilku płatników, przy zróżnicowaniu form własności nie świadczy o tym, że na rynku istnieje konkurencja płatników. Przykładem tego jest system aktualnie obowiązujący w Polsce, w którym funkcjonują jednocześnie wszystkie cztery typy płatników, zaś brak jest konkurencji dla Narodowego Funduszu Zdrowia, jako jedynej instytucji kontraktującej świadczenia finansowane ze środków publicznych. Warunkiem bowiem istnienia konkurencji jest, obok wielości płatników, umożliwienie pacjentowi okresowy wybór płatnika bez ponoszenia wysokich kosztów finansowych bądź występowania barier operacyjnych takiego wyboru [Więckowska, 2010].

Uregulowania prawne źródeł finansowania systemu opieki zdrowotnej

 Rodki kierowane do Narodowego Funduszu Zdrowia pochodzą z obowiązkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne, będącej formą podatku celowego. Stanowi ona obecnie 9% podstawy wymiaru, z tego 7,75% jest rekompensowane odpowiednim obniżeniem podatku od dochodów osobistych obywateli. Składki są pobierane za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), a w przypadku rolników opłacane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i w całości pokrywane są z dotacji budżetowej. Poprzednikiem Narodowego Funduszu Zdrowia jako płatnika, przed 2003 rokiem, były kasy chorych. Społeczne ubezpieczenia zdrowotne umożliwiają państwu realizację zasady solidaryzmu społecznego, w postaci zagwarantowania wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, co jest zobowiązaniem konstytucyjnym państwa.

Oprócz wpływów ze składek, Fundusz dysponuje także środkami finansowymi z tytułu: odsetek od składek nieopłaconych w terminie, darowizn i zapisów, zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, kredytów i pożyczek, dotacji, roszczeń, dochodów z lokat oraz innych źródeł [ustawa z 27 sierpnia 2004]. Do zakresu działania

NFZ, zgodnie z art. 97 ust. 3 ustawy, należy między innymi:

- ▶ określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- ▶ przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie,
- ▶ finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, spełniającym kryterium dochodowe ustalone w ustawie o pomocy społecznej,
- ▶ finansowanie medycznych czynności ratunkowych,
- ▶ opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych,
- ▶ monitorowanie ordynacji lekarskich,
- ▶ promocja zdrowia,
- ▶ prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Działalność kontraktowa NFZ polega w praktyce na corocznym zawieraniu umów z usługodawcami świadczeń zdrowotnych, którymi są zakłady opieki zdrowotnej, a także indywidualne praktyki lekarskie i pielęgniarские. Kontrakt stanowi o koszcie poszczególnych procedur oraz ilości świadczeń na dany rok. Działalność ta leży w kompetencji oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Jak wymieniono powyżej, drugi w kolejności – także pod względem wielkości i wartości – strumień finansowania to wydatki budżetowe, zarówno w odniesieniu do bieżących kosztów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, jak i jego potrzeb inwestycyjnych. Przykładem jest rozwój i modernizacja infrastruktury zasobowej, do której zalicza się sieć szpitali publicznych. Poziom i dynamika zmiany wydatków budżetowych jest elementem polityki gospodarczej i społecznej każdego kraju i jest uzależniona od kilku czynników, z których najistotniejsze to:


- ▶ potrzeby zdrowotne jego mieszkańców wynikające z uwarunkowań demograficznych oraz

jakości życia i profilu zdrowia społeczeństwa,

- ▶ stopień świadomości oraz profilaktyki i działań prewencyjnych,
- ▶ stan istniejącej infrastruktury zasobów medycznych,
- ▶ stan finansów publicznych i w konsekwencji tego możliwości budżetowe, co wiąże się z ogólną sytuacją gospodarczą w danym kraju i na świecie.

Niezależnie od stopnia ogólnej możliwości danego kraju, na świecie występuje stały wzrost wydatków na sektor zdrowotny. Trend ten jest wyraźnie widoczny we wszystkich wymiarach i dostępnych wskaźnikach – zarówno w ujęciu nominalnym wartości wydatków, jak i w miarach relatywnych, na przykład w ujęciu do produktu krajowego brutto.

Czynniki wpływające na źródła finansowania systemu opieki zdrowotnej

 o podstawowych elementach decydujących o wielkości przychodów składkowych z ubezpieczenia zdrowotnego i wpływających na poziom finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce należą:

- ▶ stopa składki,
- ▶ podstawa wymiaru naliczenia składki,
- ▶ liczba ubezpieczonych opłacających składkę.

Każdy z tych elementów charakteryzuje się innym poziomem elastyczności, zaś ich wielkość jest uzależniona nie tylko od czynników systemu opieki zdrowotnej, ale także od wielu zmiennych spoza systemu, jak choćby sytuacja ogólnogospodarcza kraju. Czynnikiem typowo „systemowym” jest stopa składki, która do obecnego poziomu 9% ewoluowała z pierwotnej wartości 7,5%. Dwa kolejne elementy, będąc ściśle powiązane z sytuacją ekonomiczną w innych sektorach – wciąż podlegają w różnym zakresie regulacjom władzy wykonawczej, co świadczy o tym, że rząd ma wpływ na stronę przychodową systemu nie tylko w formie decyzji o bezpośrednich wydatkach z budżetu.

Tabela 1 przedstawia analizę przychodów składkowych w Polsce w latach

2000-2007, w oparciu o dane statystyczne zawarte w sprawozdaniach finansowych kas chorych i Narodowego Funduszu Zdrowia, danych podatkowych, jak również sprawozdaniach z wykonania budżetu państwa. Informacje te pochodzą z raportu „Finansowanie ochrony

zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, którego celem było uzyskanie kompleksowego obrazu sytuacji w zakresie podstawowych problemów finansowych związanych z zależnością między poziomem środków w systemie (istniejącym i możliwym do uzyskania) a zagregowa-

nymi kosztami wytwarzania usług zdrowotnych oraz ponoszonymi wydatkami na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych [Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, 2008].

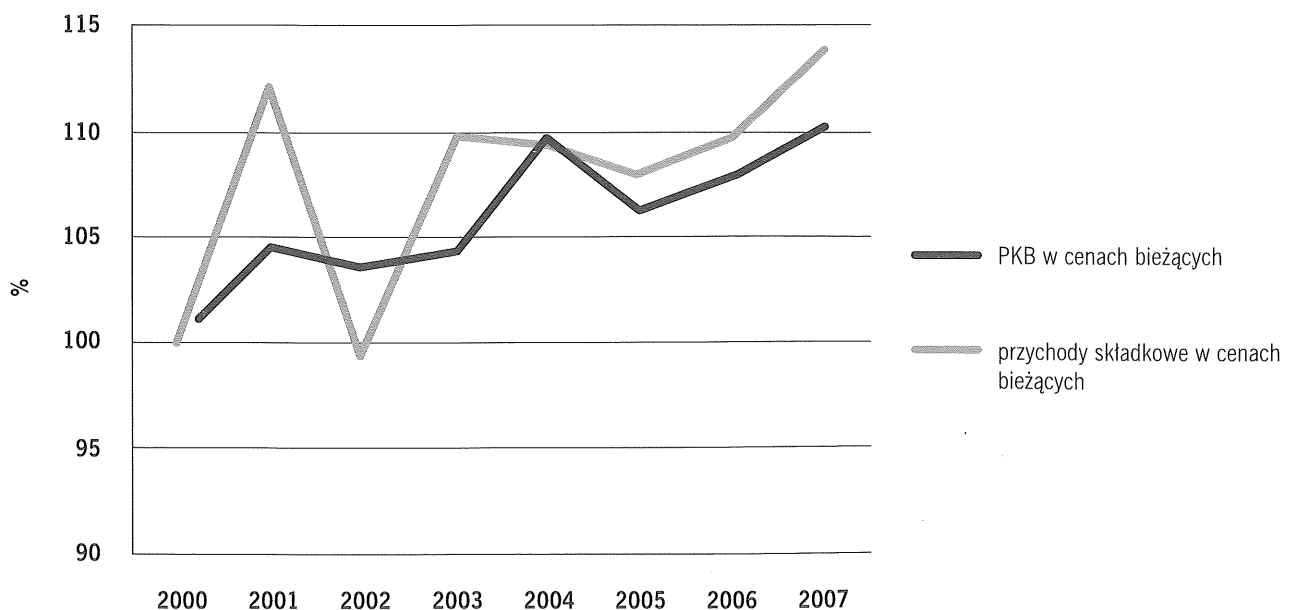
Skala obciążenia dochodów indywidualnych ubezpieczonych składką na

Tab. 1. Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2000-2007 według danych KCH/NFZ w wartościach nominalnych i w wartościach realnych (w mln zł)

Wyszczególnienie	Ogółem		ZUS		KRUS	
	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000
2000	23 499,8	23 499,8	21 409,3	21 409,3	2090,5	2090,5
2001	26 348,1	24 740,0	23 869,1	22 412,3	2479,0	2327,7
2002	26 185,1	23 484,4	23 674,7	21 233,0	2510,3	2251,4
2003	28 767,3	25 278,8	26 201,0	23 023,7	2566,3	2255,1
2004	31 468,0	27 104,2	28 760,7	24 772,4	2707,3	2331,8
2005	34 004,1	28 550,9	31 263,0	26 249,4	2741,1	2301,5
2006	37 300,2	30 903,2	34 734,0	28 777,1	2566,3	2126,1
2007	42 223,7	34 272,5	39 225,3	31 838,7	2998,4	2433,8

Źródło: [Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, 2008].

Rys. 1. Dynamika wzrostu PKB i przychodów ze składek w latach 2000-2007 (rok poprzedni =100)



Źródło: [Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, 2008].

ubezpieczenie zdrowotne została oszacowana na podstawie wielkości całkowitych przychodów z ubezpieczenia zdrowotnego, poziomu składek odliczanych od podatku dochodowego od osób fizycznych (PIT) oraz wydatków budżetu państwa na składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Porównanie dwóch pośredniczących instytucji, a więc ZUS i KRUS, wskazuje na lepszą dynamikę ZUS w relacji do 2000 roku jako roku bazowego.

Wyraźny wzrost tej dynamiki widoczny jest od momentu wprowadzenia systemu ubezpieczeniowego w Polsce (2004 rok). W latach 2000-2007 ich wielkość wyrażona w cenach bieżących zwiększyła się niemal o 19 mld zł (80%). Porównania pomiędzy danymi latami muszą jednak uwzględnić wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w dziale zdrowie (wskaźnik dla towarów i usług w dziale zdrowie jest zazwyczaj wyższy od wskaźnika ogólnego), który pozwoli na pokazanie realnej wartości środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Realne przychody składkowe w 2007 roku (wyrażone w cenach stałych z 2000 roku) wynoszą bowiem ok. 34 mld zł i są mniejsze o 8 mld zł od kwoty przychodów nominalnych.

Zmiany w poziomie i dynamice przychodów z tytułu składki, jako pochodna zmian dochodów ludności, są w pewnej mierze elementem koniunktury gospodarczej, której miarą jest poziom i zmiany PKB. Warto zatem porównać dynamikę przychodów ze składek i wzrostu PKB (rys. 1). W analizowanym okresie, z wyjątkiem 2002 roku, występuje tendencja przewagi dynamiki wzrostu przychodów składkowych nad dynamiką wzrostu PKB.

Produkt krajowy brutto stanowi także czytelne odniesienie dla analizy wydatków w ramach drugiego strumienia finansowania systemu – wydatków budżetowych. Średni poziom wydatków łącznych (publicznych i prywatnych), w relacji do PKB dla krajów zrzeszonych w Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), wynosi 9,5%. Największa gospodarka świata, tj. Stany Zjednoczone wydają 17,6%, a liderzy europejscy, tj. Holandia – 12% oraz Francja i Niemcy – po 11,6%. Polska zajmuje w tym rankingu jedno z ostatnich miejsc w Europie, z wydatkami na poziomie niespełna 7% PKB (rys. 2).

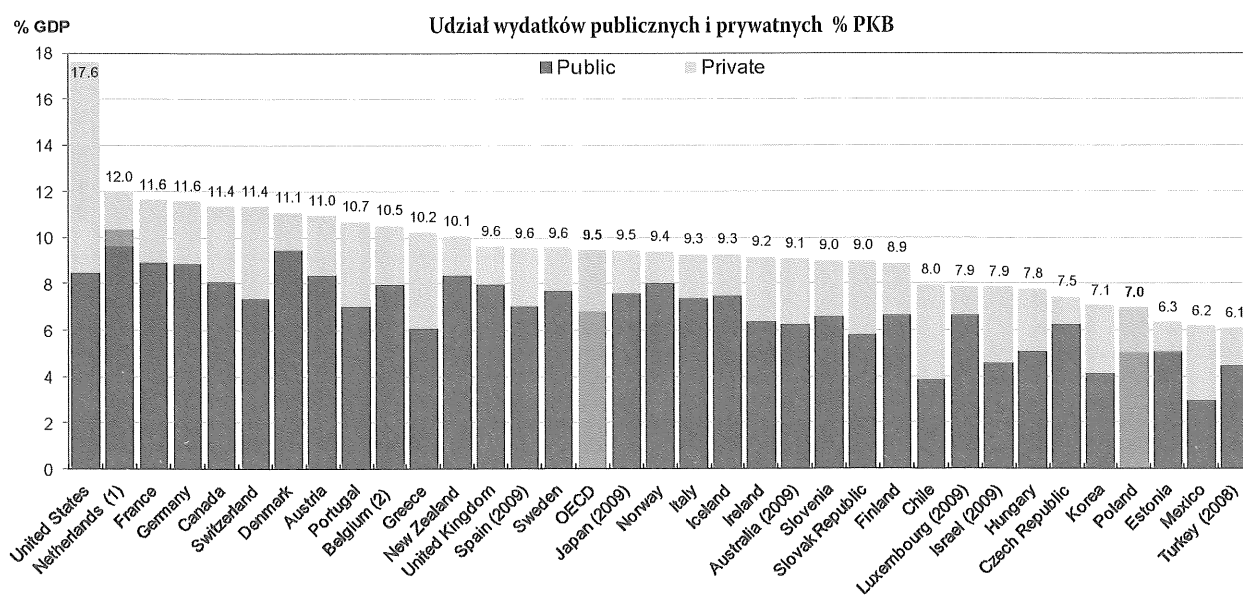
Równie niekorzystny obraz stanu finansowania sektora zdrowia jawi się w ujęciu wydatków przeliczanych na

głowę mieszkańca, mierzony parytetem siły nabywczej dolara amerykańskiego. Średni poziom w krajach OECD wynosi 3268 USD, zaś wartość wydatków w Polsce wyniosła w 2010 roku niespełna 1400 USD (rys. 3).

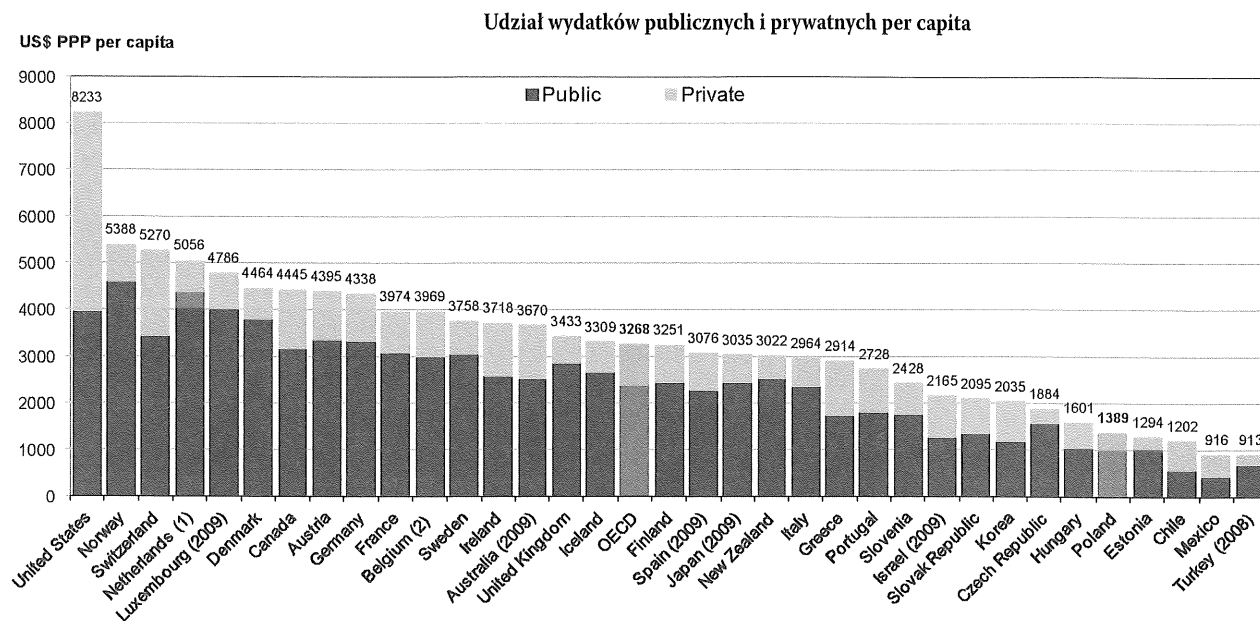
W odniesieniu natomiast do rocznej stopy wzrostu wydatków per capita wynika, że tempo wzrostu wydatków w latach 2000-2010 w Polsce było jednym z najwyższych w grupie państw OECD i przewyższało wartość przeciętną dla Unii Europejskiej (rys. 4). Wzrost wydatków utrzymywał się także w latach 2009-2010, a więc bezpośrednio po fali światowego kryzysu gospodarczego, który w wielu krajach spowodował spadek tempa wzrostu wydatków na ochronę zdrowia.

Ciekawe zestawienie dwóch miar, pozwalające na wyciągnięcie wniosków o właściwym kierunku zmian w sposobie finansowania sektora, daje rysunek 5. Ukazuje on średni roczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia na tle wzrostu PKB. Wniosek, jaki płynie z tego obrazu, jest następujący: Polska, będąca liderem wzrostu PKB w tym okresie (wyprzedziła nas tylko Bułgaria), wykorzystywała istotną część tego przyspieszenia dla potrzeb wzrostu wydatków na sektor

Rys. 2. Wydatki na ochronę zdrowia w relacji do PKB, kraje OECD, 2010

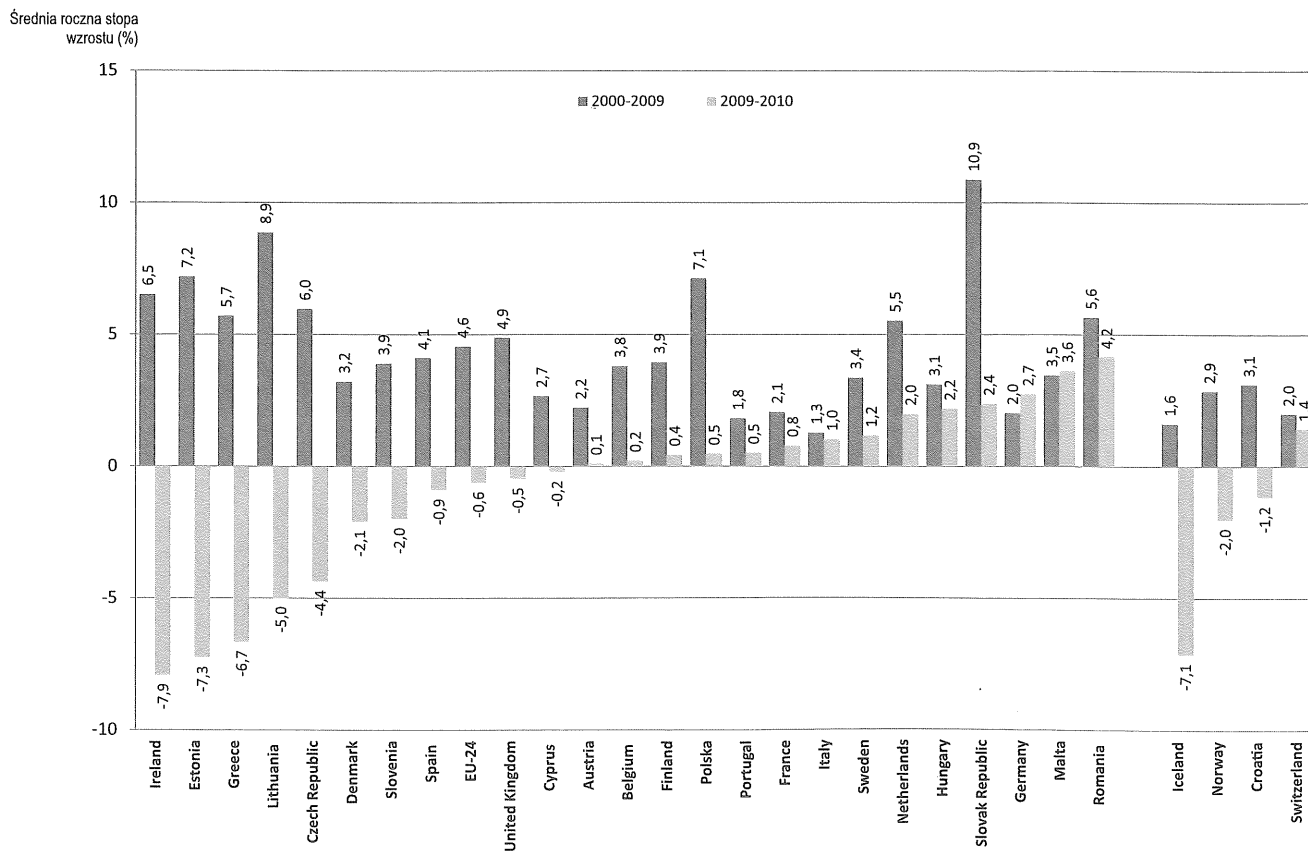


Rys. 3. Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia per capita, kraje OECD, 2010



Źródło: [OECD Health Data, 2012].

Rys. 4. Średnia roczna stopa wzrostu (%) wydatków na ochronę zdrowia per capita, w latach 2000-2010



Źródło: [OECD Health Data, 2012].

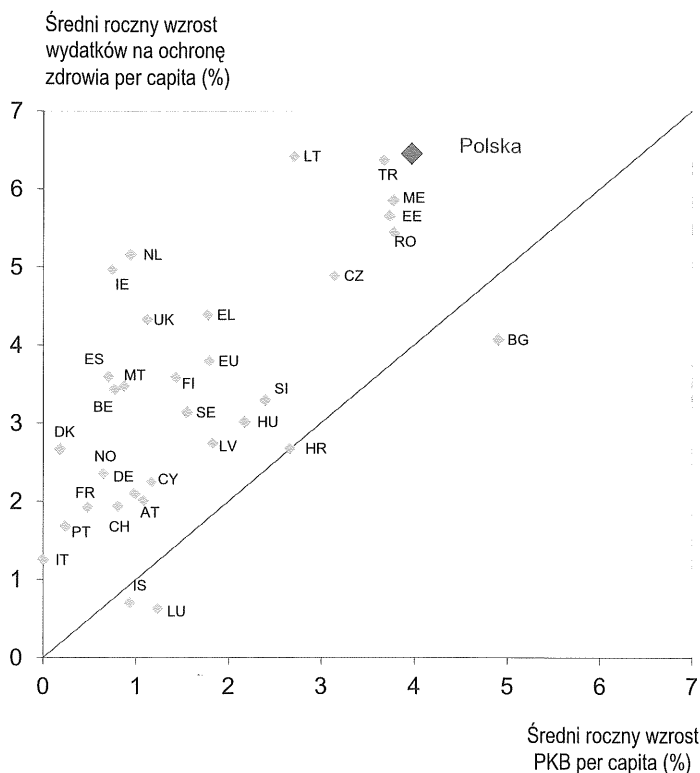
ochrony zdrowia. Pod tym względem również usytuowaliśmy się w czołówce państw zwiększających nakłady na cele zdrowotne w minionej dekadzie.

Poziom wydatków szczegółowych na ochronę zdrowia liczony według klasyfikacji Narodowego Rachunku Zdrowia

Wydatki na ochronę zdrowia w ujęciu ogólnym dostarczają informacji o głównych kierunkach polityki zdrowotnej państwa, zaś notowane tendencje zmian sposobu finansowania odzwierciedlają priorytety tej polityki. Źródła szczegółowych informacji odnośnie udziału wydatków w funkcji poszczególnych elementów ochrony zdrowia w stosunku do ogółu wydatków na ochronę zdrowia ilustruje rysunek 6.

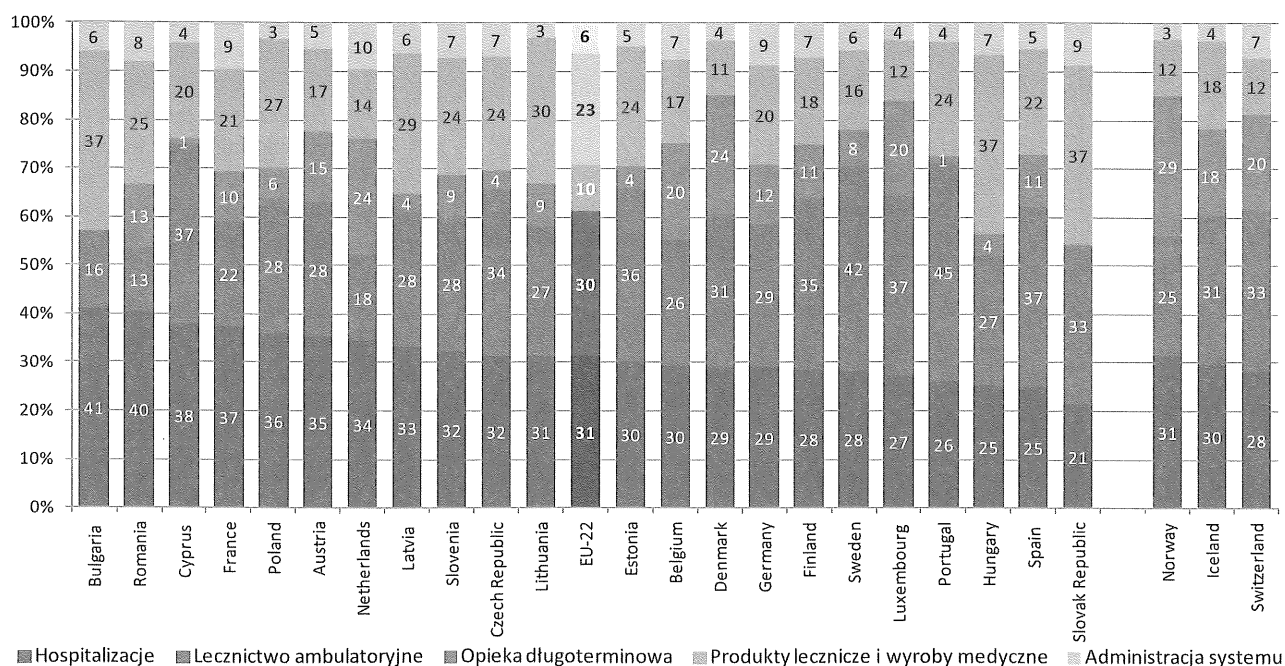
Wydatki szczególne, tzw. funkcje ochrony zdrowia, zostały w raporcie „Health at a Glance: Europe 2012” określone jako: hospitalizacja, opieka ambulatoryjna, opieka długoterminowa

Rys. 5. Średni roczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia i PKB per capita w latach 2000-2010



Źródło: [OECD Health Data, 2012].

Rys. 6. Wydatki na opiekę według funkcji ochrony zdrowia, 2010. Kraje są uszeregowane według wydatków na hospitalizację jako części łącznych wydatków na ochronę zdrowia



Źródło: [OECD Health Data, 2012].



(paliatywna), produkty lecznicze i wyroby medyczne (razem w jednej grupie) oraz obsługa (administracja) systemu. Jeśli chodzi o dwie grupy o największym ciężarze kosztów, tj. usługi wymagające hospitalizacji oraz leczenie ambulatoryjne – Polska ma proporcje zbliżone do średniej OECD, natomiast odbiega w trzech pozostałych grupach. Wydaje tylko 60% tego, co wszystkie kraje łącznie na opiekę długoterminową, co nie jest korzystną sytuacją w perspektywie rosnących potrzeb w tym zakresie, oraz wydaje średnio więcej na koszty zaopatrzenia medycznego, co z kolei wiązać się może zarówno z gorszą sytuacją dia-

gnostyki, jak też wyższymi cenami zaopatrzenia. Pozytywnym faktem są dużo niższe od średniej koszty administracji systemu.

Jak pokazuje z kolei rysunek 7, Polska była w minionym dziesięcioleciu (2000-2010) liderem wzrostu wydatków na leczenie otwarte i zamknięte. W gronie państw przodujących pod tym względem znajdują się także inne kraje z Europy Środkowo-Wschodniej, co świadczyć może o tym, że jedną z przyczyn takiego stanu jest wzrost dostępności usług medycznych po okresie reform systemowych oraz rozwój technologii medycznych i infrastruktury.

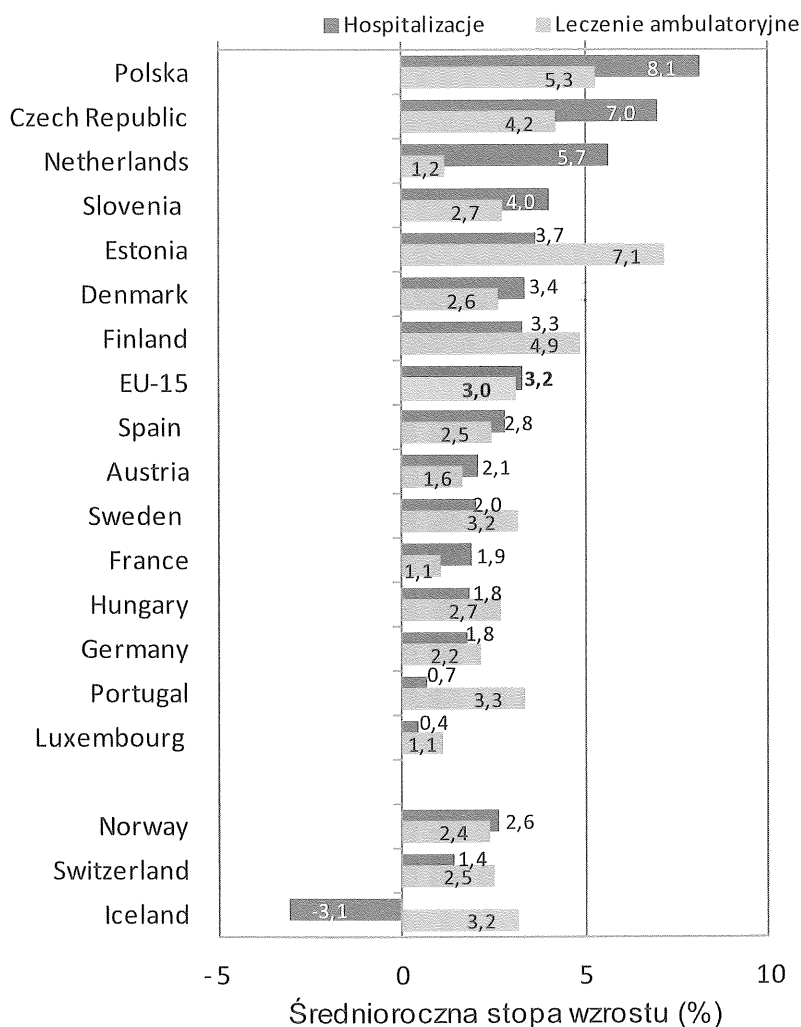
Przedstawione wybrane aspekty finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce na tle państw OECD stanowią niewielki zakres szerokiej problematyki analizy wydatków na ochronę zdrowia. Wysoce uniwersalnym narzędziem pozwalającym na porównywanie pomiędzy poszczególnymi krajami wielkości wydatków liczonych według spójnej metodologii jest Narodowy Rachunek Zdrowia¹ opracowany przez OECD w 2000 roku. Podstawą rachunku jest trójwymiarowa, międzynarodowa klasyfikacja wydatków (International Classification for Health Accounts – ICHA), która umożliwia równoczesne ich zestawienie według: płatników, dostawców usług oraz dóbr medycznych i funkcji tychże usług oraz dóbr [Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok, 2012]. Klasyfikacja ta służy ujednoliceniu i zharmonizowaniu analiz w obszarze ochrony zdrowia, tzn. ustaleniu porównywalnych granic ochrony zdrowia i ustaleniu jednolitej terminologii.

Obszar opieki zdrowotnej z punktu widzenia klasyfikacji funkcjonalnej obejmuje:

- ▶ grupę usług i dóbr indywidualnej opieki zdrowotnej, tj. usługi lecznicze, usługi rehabilitacyjne, długotrwałą opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze, leki i inne produkty medyczne,
- ▶ grupę usług i dóbr konsumowanych zbiorowo, tj. działania związane z profilaktyką i zdrowiem publicznym, zadania o charakterze administracyjnym i z zakresu zarządzania.

Odrębną grupę stanowią usługi wynikające z funkcji powiązanych z ochroną zdrowia, takie jak np.: inwestycje, kształcenie i szkolenie personelu medycznego czy badania i rozwój w zakresie zdrowia, kontrola żywności, higieny i wody pitnej oraz usługi administracyjne, odnoszące się do dostarczania świadczeń powiązanych z ochroną zdrowia w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, udzielanych osobom niepełnosprawnym czy innym wymagającym opieki. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia zdefiniowane są jako suma wydatków bieżących i wydatków inwestycyjnych będących częścią wydatków powiązanych z ochroną zdrowia. Najnowsze dostępne dane

Rys. 7. Wzrost wydatków na hospitalizacje i leczenie ambulatoryjne per capita, w latach 2000-2010



w klasyfikacji NRZ dotyczą 2009 i 2010 roku i są przedstawione w tabeli 2.

W kalkulacji Narodowego Rachunku Zdrowia obok wydatków bezpośrednich na ochronę zdrowia występuje kategoria wydatków określanych jako powiązane z ochroną zdrowia. Składają się na nią wydatki inwestycyjne, jak też świadczenia pieniężne, wydatki na kształcenie personelu medycznego oraz na badania

i rozwój w ochronie zdrowia. Rysunek 8 przedstawia schemat agregatorów NRZ za 2010 rok.

Wydatki powiązane z ochroną zdrowia wyniosły w 2010 roku 46,4 mld zł, co stanowiło 3,28% PKB. Wydatki powiązane z ochroną zdrowia dodane do wydatków bieżących na ochronę zdrowia stanowią łącznie 138,5 mld zł, czyli 9,8% PKB (10% PKB w 2009 r.). Częścią wspól-

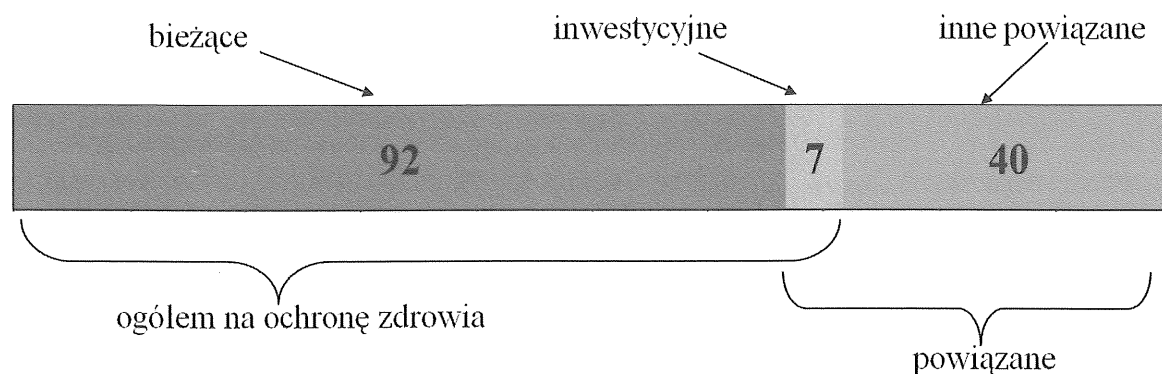
ną obydwu zakresów NRZ są inwestycje, które pomimo że stanowią niespełna 7% wydatków podstawowych i około 15% wydatków powiązanych (ich poziom oscyluje w ostatnich latach wokół 0,5% PKB) stanowią istotny obszar decyzji o charakterze strategicznym dla kształtu systemu ochrony zdrowia. Wynika to z faktu olbrzymich potrzeb w sferze infrastruktury leczniczej w Polsce, która

Tab. 2. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w 2009 i 2010 roku

Wyszczególnienie	2009		2010	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 344 383	100,00	1 416 392	100,00
Publiczne wydatki bieżące	64 763	4,82	66 505	4,70
z tego:				
Wydatki budżetu państwa	2049	0,15	1885	0,13
Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	2973	0,22	3547	0,25
Fundusze ubezpieczeń społecznych	59 741	4,44	61 074	4,31
Prywatne wydatki bieżące	25 622	1,91	25 629	1,81
z tego:				
Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	22 018	1,64	21 817	1,54
Inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia	3605	0,27	3812	0,27
Razem wydatki bieżące	90 385	6,72	92 134	6,50
Inwestycje	6590	0,49	6710	0,47
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	96 976	7,21	98 845	6,98

Źródło: [GUS, 2012].

Rys. 8. Schemat głównych agregatów wydatków w Narodowym Rachunku Zdrowia w 2010 roku (w mld zł)



Źródło: [GUS, 2012].



wciąż wymaga reform organizacyjnych oraz stałego unowocześniania i podnoszenia standardów technologicznych, jak choćby dostosowywanie bazy szpitalnej do obowiązujących norm unijnych w tym zakresie. Analizując udział inwestycji w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia według funkcji, należy wciąż pod uwagę fakt, że całkowita wartość inwestycji w tej sferze jest wielokrotnie wyższa, z uwagi na wysoki poziom wykorzystania funduszy unijnych w ostatnich latach.

Analiza wyników Narodowego Rachunku Zdrowia wskazuje na systematyczny wzrost wydatków ogółem (bieżących wraz z inwestycyjnymi) na ochronę zdrowia oraz powiązanych. Odbywa się to przy względnie zachowaniu ukształtowanej struktury wydatków według funkcji oraz w podziale na dostawców, z wyraźnie rosnącą rolą szpitali.

Podsumowanie



punktu widzenia zakresu prowadzonej analizy najistotniejszym dostawcą usług są szpitale, które pochłaniają ponad jedną trzecią ogółu wydatków na ochronę zdrowia i w grupie tej notuje się stały wzrost kosztów. Należy mieć jednak świadomość, że obecna struktura wydatków nie odzwierciedla ani obecnych potrzeb w zakresie opieki długoterminowej (przewlekłej, paliatywnej, pielęgniarstwa), a tym bardziej nie zabezpiecza rosnącego zapotrzebowania na tego typu usługi. Kraje OECD o znacznie wyższym statusie systemów ochrony zdrowia i wielokrotnie wyższym poziomie finansowania mają tę sferę rozwiniętą w dużo większym stopniu, podczas gdy trendy demograficzne stawiają nowe, jeszcze większe wyzwania w tym zakresie.

DR HAB. PIOTR BARTKOWIAK, PROF. UEP
Katedra Zarządzania Strategicznego
Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu
DR JAKUB DOMAŃSKI
Aesculap Chifa Nowy Tomyśl

PRZYPIS

- ¹⁾ Narodowy Rachunek Zdrowia za kolejne lata opracowywany jest w Głównym Urzędzie Statystycznym w ścisłej współpracy z instytucjami, które gromadzą dane o nakładach na ochronę zdrowia, tj. Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych, Ministerstwem Obrony Narodowej, Ministerstwem Sprawiedliwości, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwem Finansów.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BALICKI M., *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia (stan na 31.12.2009)*, w: J. OPOLSKI (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Tom I, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011.
- [2] *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing, 2012, www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-

health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en.

- [3] *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok*, Główny Urząd Statystyczny – Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa 2012, www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2010.pdf.
- [4] *OECD Health Data 06.2010*, Eucomed: Medical market size, OECD. StatExtracts z dnia 1.05.2012.
- [5] *OECD Health Data 2012, How Does Poland Compare*, www.oecd.org/poland/BriefingNotePOLAND2012.pdf.
- [6] *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce Zielona Księga II. Wersja trzecia*, Warszawa 2008, www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zielona_ksiega_06012009.pdf.
- [7] Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. nr 210, poz. 2135.
- [8] WIĘCKOWSKA B., *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst & Young Polska Sp. z o.o., Warszawa 2010.
- [9] *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, Główny Urząd Statystyczny – Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2012.

AN ANALYSIS OF VOLUME AND STRUCTURE OF HEALTH CARE SPENDING IN POLAND

SUMMARY

The health sector in each country is one of the priority areas of economic and social policy of the executive power. Evidence of this is to securing the financing of the realms organized in a manner adequate to the accepted model of the health care system. Contemporarily, such financing is based on several sources, both public and private. Therefore, the existing health care system, as well as the expected new business realities, determine the need to verify the value of the offer in terms of hospital costs. The main aim of this work, fitting into the currently existing health care system as well as the expected restructuring of business processes, is to analyze and evaluate the offer from the perspective of hospital cost management. This analysis will be conducted based on statistical data from the Central Statistical Office, the OECD and the records of Ministry of Health.

Key words: management in health care, efficiency, operating costs