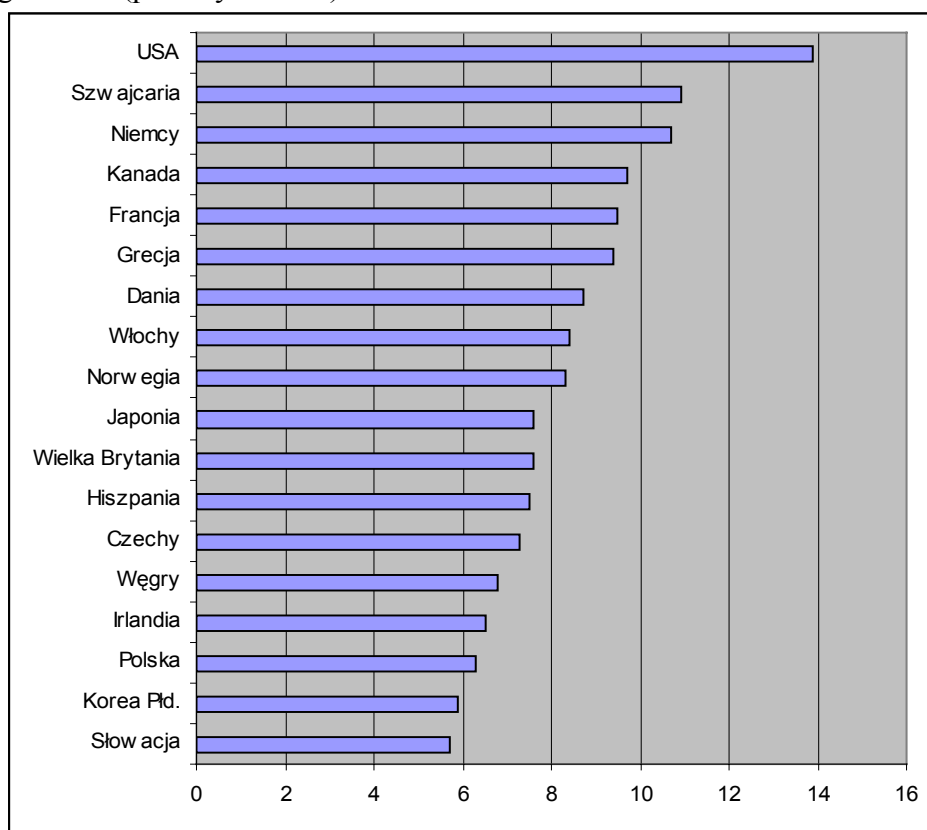


ROZDZIAŁ 17

FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA. USŁUGA ZDROWOTNA – DOBRO PUBLICZNE CZY TOWAR?

1. Środki wydawane na ochronę zdrowia

W ostatnich kilku dziesięcioleciach w krajach rozwiniętych oraz znajdujących się na średnim poziomie rozwoju obserwuje się szybki rozwój sektora opieki medycznej. Wydatki na zdrowie pochłaniały w 2001 r. w zależności od kraju od 5,5% do 14% dochodu narodowego brutto (patrz rysunek 1).¹



Rysunek 1. Wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB w 2001 r.

Źródło: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowska, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 59.

Tak wysoki i stale wzrastający udział wydatków na zdrowie w stosunku do dochodu narodowego brutto jest spowodowany przez:

- Wzrost popytu na usługi zdrowotne;
- Gwałtowny rozwój skomplikowanych i nowoczesnych, a zarazem bardzo kosztownych,

¹ Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowska, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 59.

technologii medycznych;

- Pokrywanie większości kosztów z ubezpieczeń.

Popyt na usługi zdrowotne rośnie, ponieważ na przestrzeni zeszłego stulecia przeciętna długość życia człowieka w krajach wysoko rozwiniętych wzrosła prawie dwukrotnie i pod koniec XX wieku wahała się, w zależności od kraju w przedziale od 75 do 85 lat, a w związku z tym starzejąca się populacja zaczęła przedkładać opiekę zdrowotną nad wiele innych dóbr. Większość usług zdrowotnych jest dobrami luksusowymi o elastyczności dochodowej przekraczającej wartość jeden, a zatem utrzymująca się w ostatnich dziesięcioleciach stała tendencja do wzrostu przeciętnych dochodów per capita w krajach wysoko rozwiniętych doprowadziła do gwałtownego wzrostu wydatków ludności na opiekę zdrowotną. Wewnątrz każdego kraju na wzrost popytu ma wpływ efekt naśladownictwa, który polega na tym, że obywatele kupują coraz więcej takich medykamentów jak witaminy, środki ziołowe i inne ogólnie dostępne leki (głównie te, które nie są na receptę). A w skali międzynarodowej do szybszego wzrostu popytu przyczynia się efekt demonstracji, czyli fakt że w niektórych krajach dostęp do usług zdrowotnych jest łatwiejszy, co prowadzi do budowania przez społeczeństwo presji na politykach, by dostępność do usług zdrowotnych w ich kraju podobna.

Szybki rozwój wiedzy medycznej w zeszłym stuleciu (szczególnie w drugiej połowie XX wieku) oraz wielkie odkrycia w medycynie miały bezpośredni, a obserwowany wzrost popytu na usługi zdrowotne pośredni wpływ na powstanie i gwałtowny rozwój rynku farmaceutyków oraz rynku technologii medycznych. Doprowadziło to z jednej strony do poprawy skuteczności oraz jakości leczenia, ale z drugiej strony przyczyniło się do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. J. B. DeLong, który za prezydentury Billa Clintona był doradcą sekretarza skarbu USA twierdzi, że: „(...) zajmujący się ochroną zdrowia uczą się robić cuda w tej dziedzinie. Te nowe rozwiązania są często bardzo kosztowne – i takie będą w przyszłości. Jednocześnie będą poszukiwane, bo wiąże się z nimi nadzieja na zdrowsze i dłuższe życie. Tak więc można przewidywać, że przyszłe pokolenia będą cenić możliwość skorzystania z tych osiągnięć, a wydatki na ochronę zdrowia będą wciąż rosły i to bardzo szybko. Ale pełne wykorzystanie tych możliwości będzie bardzo trudne”.²

Obecnie duża część usług zdrowotnych (podstawowych usług zdrowotnych) w krajach wysoko rozwiniętych oraz tych o średnim poziomie rozwoju (np. Polska) jest dostępna dla przeciętnego obywatela płacącego składkę ubezpieczeniową. Stało się tak, ponieważ obok rynku usług zdrowotnych rozwinął się rynek ubezpieczeń zdrowotnych (w Polsce jest on wciąż słabo rozwinięty, bowiem małą rolę odgrywają ubezpieczenia prywatne). Systematyczne uiszczanie przez każdego z obywateli składki ubezpieczeniowej daje mu możliwość skorzystania z podstawowej opieki zdrowotnej w momencie, gdy potrzebuje pomocy lekarza. Korzyść pacjentów polega na rozłożeniu ryzyka w czasie (w ciągu całego życia) oraz na rozłożeniu ryzyka pomiędzy wszystkie osoby płacące składki. Dostawcy usług medycznych zyskują, ponieważ zwiększył się popyt, a opłaty wpływają bardzo regularnie. Pokrywanie wydatków na opiekę zdrowotną przez ubezpieczycieli zwiększa również popyt na usługi zdrowotne, bowiem chorzy objęci ubezpieczeniem chętniej zgłaszają się po pomoc i w praktyce nigdy nie negocjują cen opieki (w Polsce nie negocjuje się cen w jednostkach publicznej służby zdrowia).³ W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej zaobserwowano, że na do 50% wizyt ubezpieczonych pacjentów stanowią wizyty niepotrzebne z medycznego punktu widzenia. Osoby ubezpieczone zgłaszają się znacznie częściej do lekarza z drobnymi dolegliwościami, które znikłyby bez leczenia, co powoduje, że rośnie całkowity koszt usług zdrowotnych. Poza tym ubezpieczenie zmniejsza bodźce do dbałości o zdrowie i kontrolowanie wydatków medycznych, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia

² DeLong J. B., Zdrowia za dużo kosztuje, Rzeczpospolita 5-6 marca 2005, dodatek B: Ekonomia i Rynek, s. 5.

³ Getzen T. E., *Ekonomia zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2000, s. 103.

zdarzeń, od których się jest ubezpieczonym. Są to przykłady zjawiska nazywanego w literaturze przedmiotu pokusą nadużycia (z ang. *moral hazard*).⁴ Działalność firm ubezpieczeniowych jest dodatkowo obciążona wysokimi kosztami transakcyjnymi – są one stosunkowo niskie w przypadku dużych firm (w USA wydatki administracyjne w tych firmach stanowią ok. 5,5% wypłacanych odszkodowań), ale w przypadku mniejszych podmiotów gospodarczych są bardzo wysokie (w USA wydatki administracyjne w tych firmach sięgają do 40% wypłacanych odszkodowań).⁵

Rynek usług zdrowotnych okazuje się być zawodny, co prowadzi do nieefektywności i wydatnie przyczynia się do wzrostu kosztów. Do najważniejszych nieefektywności tego rynku należy zaliczyć: tworzenie popytu przez podaż (znacznie większy zakres tego zjawiska na tym rynku niż na rynkach większości innych dóbr) oraz niewłaściwą opiekę. W związku z tym, że pacjenci nie wiedzą, jaka opieka jest potrzebna i właściwa, a koszty (w większości lub w całości) pokrywane są z ubezpieczeń, to lekarze mogą pobudzać i pobudzają popyt na swoje usługi (podaż tworzy popyt). Pewne badania przeprowadzone w USA wskazują nawet, że zwiększenie liczby chirurgów prowadzi do wzrostu liczby operacji przy tych samych cenach usług.⁶ Niewłaściwa opieka oznacza w istocie opiekę, która nie jest oparta o ogólnie akceptowane i ustanowione prawnie procedury medyczne. Stosowanie procedur medycznych prowadzi do przyjęcia określonego i zazwyczaj zbliżonego postępowania medycznego w przypadku zdiagnozowania tej samej choroby. Olbrzymie różnice w praktyce lekarskiej, których nie sposób wytłumaczyć różnicami cechującymi mieszkańców różnych regionów, występują pomiędzy krajami, a także w obrębie poszczególnych krajów, np. „Wrostki robaczkowe wycina się w Stanach Zjednoczonych dwa razy częściej niż w Norwegii, a wycięcia macicy są w Ameryce sześć razy częstsze niż w Japonii.”⁷ Dyskrecjonalność w postępowaniu lekarzy – strażników systemu (z ang. *gate keeper*) – prowadzi zazwyczaj do wzrostu kosztów funkcjonowania systemu.

Reasumując, należy stwierdzić, że wydatki na ochronę zdrowia są już wysokie, wciąż rosną i będą rosły. A zatem nasuwają się następujące pytania, na które autor postara się udzielić odpowiedzi w dalszej części artykułu: Kto powinien płacić bezpośrednio za usługi zdrowotne? Czy powinny być/są one kupowane na rynku jako towar, czy też dostarczane przez państwo jako dobro publiczne?

2. Usługa zdrowotna – dobro publiczne, czy towar? – ujęcie teoretyczne

Dobro publiczne, które ma charakter klasycznego dobra publicznego powinno spełniać następujące cechy:⁸

- Powinno przynosić korzyści podzielne;
- Musi być przedmiotem łącznej konsumpcji;
- Konsumpcja powinna być równa, bez względu na to, czy konsumujący ma ochotę za nie zapłacić, czy nie. Oznacza to niemożność wykluczenia z konsumpcji jakiegokolwiek podmiotu nią zainteresowanego;
- Podaż nie powinna być w jakikolwiek sposób racjonowana;

⁴ Więcej na ten temat można znaleźć w: Getzen. T. E., *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2000, s. 93-98 oraz Ząbkowicz A., *Współczesna ekonomia instytucjonalna wobec głównego nurtu ekonomii*, *Ekonomista*, 6/2003, s. 812.

⁵ Stiglitz J. E., *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa 2004, s. 380.

⁶ *Ibidem*, s. 382.

⁷ Stiglitz J. E., *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa 2004, s. 383.

⁸ *Podstawy ekonomii środowiska i zasobów naturalnych*, pod red. B. Fiedora, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2002, s. 54. Większość autorów do dóbr publicznych kwalifikuje dobra, które posiadają dwie cechy: **niemożność wyłączenia z konsumpcji i nierywalizacyjny charakter konsumpcji**. Pozostałe wyróżnione cechy dobra publicznego wynikają z tych dwóch głównych.

- Konsumpcja powinna mieć nierywalizacyjny charakter.

Dóbr publicznych charakteryzujących się wszystkimi powyżej wyróżnionymi cechami jest niewiele (np. obrona narodowa). W dalszej części artykułu zostanie pokazana, że usługa zdrowotna nie spełnia wszystkich pięciu warunków, a zatem nie jest „czystym” dobrem publicznym.

Jeżeli analizowane dobro nie przynosi korzyści podzielnych, wówczas powstaje zjawisko zatłoczenia (z ang. *crowding*). Jest to sytuacja, w której użyteczność, jaką osiągają poszczególne podmioty z danej, wspólnie konsumowanej jednostki dobra publicznego, może negatywnie oddziaływać na użyteczność uzyskiwaną przez inne jednostki w danej zbiorowości. W takim wypadku nie jest spełniony również warunek piąty, bowiem konsumpcja ma w pewnym stopniu rywalizacyjny charakter.⁹ W polskiej służbie zdrowia można zaobserwować zjawisko zatłoczenia. Spowodowane jest to głównie faktem długiego oczekiwania na specjalistyczne wizyty lekarskie, na część badań oraz na zabiegi szpitalne. W związku z tym nie każdy pacjent może otrzymać usługę zdrowotną tej samej jakości (o tej samej użyteczności). W Polsce sytuacja ta w ostatnim czasie staje się trudna do zaakceptowania, bowiem czas oczekiwania na pewne usługi zdrowotne (np. wizyty u niektórych specjalistów) może być liczony w tygodniach, a niejednokrotnie nawet w miesiącach. Taka sytuacja prowadzi dodatkowo do tego, że stan zdrowia nieobsłużonych pacjentów ulega bardzo często pogorszeniu, czego efektem jest zrozumiały wzrost niezadowolenia z funkcjonowania służby zdrowia, a z ekonomicznego punktu widzenia rosną koszty, ponieważ leczenie tych osób staje się coraz bardziej kosztowne.

Należy zwrócić uwagę, że przy założeniu zerowych cen dla pacjenta za bardzo kosztowne usługi, np. zabiegi szpitalne, kolejkowanie jest nieuniknione, bo tylko one może ograniczyć popyt.¹⁰ Wydaje się, że podniesienie składki zdrowotnej może poprawić dostęp do usług medycznych w pewnym zakresie. Jednakże przykłady państw wysoko rozwiniętych (np. kraje „starej” UE lub szczególnie USA) wskazują, że popyt na bezpłatne usługi zdrowotne rośnie bardzo szybko, do poziomu, którego nie jest w stanie sfinansować system zdrowia w żadnym kraju (nawet w krajach o najwyższym PKB per capita).¹¹

Okazuje się również, że warunek czwarty nie jest spełniony, ponieważ w praktyce niemożliwy jest brak racjonowania podaży usług zdrowotnych. Wydaje się, że mało realna jest koncepcja, że publiczne środki powinny i mogą zapewnić pełną dostępność do wszystkich usług zdrowotnych.¹² Trybunał Konstytucyjny w swojej decyzji z dnia 7 stycznia 2004 odniósł się do art. 168 Konstytucji, który „zobowiązuje do objęcia ochroną zdrowia wszystkich obywateli” i w uznaniu istniejącego dualizmu pomiędzy zapisami konstytucyjnymi a możliwościami systemu stwierdził, że świadczenia zdrowotne mogą być częściowo odpłatne, co stoi w sprzeczności z trzecią cechą klasycznych dóbr publicznych.

Ekspert, którzy zaakceptowali wyrok Trybunału, skłaniają się do stworzenia kilku (co najmniej dwóch) koszyków usług (zbiorów usług zdrowotnych) różniących się stopniem wsparcia ze środków publicznych. S. Gomułka jest zwolennikiem utworzenia kilku koszyków usług, natomiast S. Golinowska uważa, że lepiej utworzyć na początku dwa koszyki – pierwszy koszyk tworzyłyby świadczenia gwarantowane ze środków publicznych, drugi koszyk świadczenia współfinansowane przez pacjenta, a później, kiedy taka sytuacja zostanie zaakceptowana przez społeczeństwo miałyby dojść do dalszego podziału usług na więcej koszyków. W dzisiejszych warunkach społeczno-politycznych bardziej realna wydaje się być

⁹ Ibid.

¹⁰ Gomułka S., Służba zdrowia: Jakie problemy? Jakie wady obecnej reformy? Jaka zmiana reformy?, Rzeczpospolita 15 grudnia 2000.

¹¹ Ibid.

¹² Gomułka S., Służba zdrowia: Jakie problemy? Jakie wady obecnej reformy? Jaka zmiana reformy?, Rzeczpospolita 15 grudnia 2000.

koncepcja druga.

A zatem usługa zdrowotna nie spełnia warunków, które powinno spełniać dobro publiczne, czyli w istocie nie jest „czystym” dobrem publicznym. Z przeprowadzonej analizy wynika również, że służba zdrowia nie może się obyć bez jakiejś formy bezpośredniego współpłacenia pacjentów, tak jak jest na przykład w USA.

3. Usługa zdrowotna – dobro publiczne, czy towar? – analiza danych empirycznych

P. Samuelson dzieli dobra, w oparciu o kryterium publiczności dóbr na: dobra publiczne (spełniające cechy klasycznego dobra publicznego) oraz dobra prywatne, a w oparciu o sposób dystrybucji dóbr na: dobra dostarczane kolektywnie i dobra dostarczane za pośrednictwem rynku. Dobro jest dobrem rynkowym, gdy jego dystrybucja dokonuje się na zdecentralizowanych rynkach. W innym przypadku jest dobrem kolektywnym (zbiorowym), gdy o jego alokacji przesądza decyzja polityczna lub decyzja podjęta na drodze publicznego wyboru.¹³ Czy usługa zdrowotna w Polsce jest dobrem rynkowym, czy też dobrem kolektywnym?

Przedstawiony zostanie tutaj rachunek przychodów służby zdrowia za lata 2000–2006 oraz aktualny, a czasem również prognozowany poziom nakładów w sektorze zdrowia. Analiza została oparta na raporcie „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga” opublikowanym 21 grudnia 2004 roku, który został przygotowany na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez grupę ekspertów kierowaną przez S. Golinowską.

Szczególnie wysoką dynamikę wśród pozycji finansujących ochronę zdrowia wykazują: składka na ubezpieczenie zdrowotne, która zapewnia około 57% (2004 r.) przychodów służby zdrowia oraz indywidualne wydatki gospodarstw domowych, które wnosili w tym samym roku około 35% przychodów. Te dwie pozycje w sumie dają 90% przychodów ochrony zdrowia.

Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne są gromadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Mają one charakter podatku celowego. Wprowadzenie od 1999 r. składki na ubezpieczenie zdrowotne było konsekwencją ustanowienia systemu Kas Chorych. Została ona utrzymana w systemie Narodowego Funduszu Zdrowia. Składka pozwoliła na uniezależnienie przychodów służby zdrowia od arbitralnych i doraźnych decyzji o podziale środków w budżecie państwa oraz innych funduszach publicznych. Przewidując, że sektor zdrowia będzie naciskał na wzrost składki, już od samego początku wprowadzono zasadę (zaczęła ona obowiązywać od 2003 r.), która chroniła finanse publiczne przed ewentualnym wzrostem składki: każdy wzrost składki powyżej 7,75% jest finansowany z dochodów netto podatnika. Oznacza to, że każdy wzrost składki powyżej 7,75% będzie pośrednio prowadził do podniesienia stóp podatkowych, co może spotkać się z niechętnym odbiorem ze strony społeczeństwa. Podstawowa stopa składki na ubezpieczenie zdrowotne rośnie co roku o 0,25%, od poziomu 7,75% w roku 1999, aż do osiągnięcia w 2007 r. poziomu 9,00%. Już od 2003 r. koszt finansowania składki obciąża dochody osobiste ludności. Stopa składki (przez wielu uznawana za decydujący parametr równoważący system) jest czynnikiem, który dostosowuje stronę przychodową do stosunkowo sztywnych ograniczeń systemu po stronie wydatków.

W tabeli 1 jest przedstawiona ocena przychodów ze składek na ubezpieczenia zdrowotne w latach 2000-2004 oraz prognoza przypisu składki na lata 2005-2006.

¹³ Nordhaus W. D., Samuelson P. A., *Ekonomia*. Tom II, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 238.

Tabela 1

Składka na ubezpieczenie zdrowotne 2000-2006 [tys. PLN]

Rok	Składka
2000	23 496 401
2001	26 339 223
2002	26 195 140
2003	28 512 347
2004	30 839 013
2005	33 345 041
2006	36 341 706

Źródło: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowska, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 19.

W tabeli 2 pokazana jest dynamika składki oraz PKB.

Tabela 2

Średnie tempo wzrostu składki w porównaniu z tempem wzrostu PKB

Średnie roczne tempo wzrostu	2000-2003	2003-2006 (prognoza)	2000-2006 (prognoza)
PKB (w cenach bieżących)	4,02	8,21	6,09
Składki na ubezpieczenie zdrowotne	6,66	8,42	7,54

Źródło: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowska, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 20.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne rosła i będzie rosła w latach 2000-2006 znacznie szybciej niż PKB. W latach 2000-2003 składka na ubezpieczenie zdrowotne rosła średnio o 6,7% w stosunku do roku poprzedniego i wyprzedzała o 2,5% stosunkowo nisko rosnący w tym okresie PKB. W kolejnych latach 2003-2006 składka nadal powinna rosnąć szybciej niż PKB, chociaż różnica w dynamice na korzyść składki powinna być już mniejsza. W roku 2006 składka powinna być wyższa o 55% od poziomu z roku 2000, natomiast PKB tylko o 43%. Taka sytuacja świadczy o tym, że społeczeństwo poniosło istotny koszt wzrostu wydatków na składkę zdrowotną – środki w sektorze zdrowia rosły znacznie szybciej niż dochód narodowy. Dodatkowo bardzo szybko wzrasta udział dochodów prywatnych w finansowaniu składki na ubezpieczenie zdrowotne – udział ten zmierza do poziomu 15% w 2007r., co odpowiada około 5,5 mld zł. Ten fakt może wywołać w przyszłości niezadowolenie i protesty społeczne. Należy na to zwrócić szczególną uwagę, tym bardziej, że wciąż wielu polityków, zarządzających służbą zdrowia, lekarzy twierdzi, że główną przyczyną trudności przeżywanych przez służbę zdrowia jest brak środków. Na podstawie przeprowadzonej analizy trudno stwierdzić, czy wielkość środków jest wystarczająca, z pewnością jednak społeczeństwo alokuje, czy to bezpośrednio, czy też pośrednio, na rynku służby zdrowia więcej środków niż na wielu innych rynkach.

W tabeli 3 są przedstawione skonsolidowane wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia w latach 1999-2003 oraz przewidywane wydatki budżetu państwa na ochronę

zdrowia w latach 2004-2007.¹⁴ Jak widać, wydatki budżetowe na ochronę zdrowia charakteryzują się wyraźną tendencją spadkową. Jest to spowodowane ograniczeniem zakresu finansowania programów polityki zdrowotnej oraz programów osłonowych i restrukturyzacyjnych. Poza tym, w 2000 r. część zadań z zakresu opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego, a w 2002 r. niektóre wysoko specjalistyczne procedury medyczne zostały przekazane do finansowania ze składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Tabela 3

Wydatki oraz przewidywane wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia [tys. PLN]

Rok	Wydatki na ochronę zdrowia
1999	6 136 600
2000	4 300 000
2001	4 600 800
2002	3 594 100
2003	3 714 500
2004	3 899 700
2005	3 019 600
2006	3 155 500
2007	3 297 500

Źródło: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowska, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 24-25.

Wzrost finansowania służby zdrowia ze składki na ubezpieczenie zdrowotne doprowadził do zmniejszenia zaangażowania finansowego z budżetu państwa.

Wielkość finansowania ochrony zdrowia z dochodów indywidualnych ludności, czyli wydatków bezpośrednich (z ang. *out-of-pocket payments*) gospodarstw domowych została oszacowana na podstawie reprezentacyjnych badań budżetów gospodarstw domowych realizowanych corocznie przez Główny Urząd Statystyczny. Wyniki badań budżetów gospodarstw domowych służą do ustalenia oceny średnich wydatków na zdrowie przypadających na jedną osobę w gospodarstwie. Wyniki badań budżetów gospodarstw domowych są publikowane corocznie jako średnie miesięczne wydatki na osobę. Są one sklasyfikowane według celów, a jednym z nich są wydatki na zdrowie.¹⁵

W tabeli 4 zostały przedstawione wydatki bezpośrednie ludności na ochronę zdrowia na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych w okresie 1999-2003, natomiast w tabeli 5 zostały zaprezentowane wydatki bezpośrednie ludności na ochronę zdrowia na podstawie wyników badań modułowych „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” w latach 1999 i 2003.

¹⁴ Więcej na temat zastosowanych metod prognozowania można przeczytać w: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowskiej, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 25.

¹⁵ Więcej na temat metodologii przeprowadzonych badań można przeczytać w: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowskiej, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 31-33.

Tabela 4

Wydatki bezpośrednie ludności na ochronę zdrowia na podstawie BBGD (1999-2003)

Rok	Przeciętne wydatki na zdrowie na osobę w zł w cenach:		Ludność	Suma wydatków nominalnych [tys. PLN]
	Bieżących	z 1999 r.		
1999	23,69	23,69	38 653 625	10 988 453
2000	26,50	23,96	38 255 945	12 165 391
2001	27,58	23,41	38 250 790	12 659 481
2002	28,32	22,97	38 232 301	12 992 865
2003	30,24	24,01	38 195 177	13 860 266

Źródło: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowska, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 33.

W tabeli 6 zostaną przedstawione przewidywane sumy wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia na lata 2004-2007, które zostały oparte na dwóch założeniach dotyczących kształtowania się średniorocznego tempa wzrostu. W pierwszym przypadku przyjęto, że średnie roczne tempo wzrostu średnich miesięcznych wydatków na zdrowie na osobę utrzyma się w kolejnych latach na tym samym poziomie, co w latach 2003-2003, czyli 4,4%. W drugim przypadku zostało przyjęte, że tempo wzrostu średnich miesięcznych wydatków na osobę (z lat 2002-2003) spadnie do poziomu 2,5% rocznie. W obu przypadkach przyjęto liczbę ludności według prognozy demograficznej GUS.

Tabela 5

Wydatki bezpośrednie ludności na ochronę ludności na podstawie wyników badań modułowych BMGD w latach 1999 i 2003

Rok	Przeciętne wydatki na zdrowie na osobę w zł w cenach		Ludność (stan na 30.06)	Suma wydatków nominalnych [tys. PLN]
	Bieżących	z 1999 r.		
1999	30,89	30,89	38 653 625	14 317 005
2003	38,80	30,82	38 195 177	17 783 674

Źródło: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowska, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 34.

Tabela 6

Przewidywane bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych na zdrowie [tys. PLN]

Warianty	2004	2005	2006	2007
1) BBGD	14 462 800	15 085 600	15 733 800	16 409 000
2) BMGD	18 566 800	19 355 900	20 187 600	21 053 700
1) BBGD	14 199 600	14 541 500	14 890 300	15 246 700
2) BMGD	18 219 100	18 657 800	19 108 000	19 562 600

Źródło: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowska, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 38.

Bezpośrednie wydatki ludności, które w roku 2003 wynosiły co najmniej 13,86 mld zł według badań budżetów gospodarstw domowych stanowiły około 30% ogółu wydatków na ochronę zdrowia. Stawia to Polskę w grupie krajów o relatywnie wysokim udziale wydatków prywatnych w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia. Jeżeli przyjąć maksymalne oszacowanie wydatków ludności na ochronę zdrowia w 2003 roku w wysokości 17,78 mld zł, to okazuje się, że mogą stanowić one nawet 35,7% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Znamiennym jest fakt, że tak istotne zmiany w strukturze wydatków nie zostały zaobserwowane w żadnym z krajów OECD, nawet w długim okresie (1970-2001).¹⁶

Czynnikiem, który miał podstawowy wpływ na tak znaczący wzrost indywidualnych wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia jest wzrost wydatków na leki, które w latach 1999-2003 wzrastały co roku średnio o około 10%, podczas gdy średnie roczne tempo wzrostu wydatków na służbę zdrowia w tym okresie wynosiło 6,2%. Poza tym indeks wzrostu cen w dziale zdrowie był istotnie wyższy, szczególnie w latach 2002-2003, niż indeks dla towarów i usług konsumpcyjnych (CPI), co w znaczący sposób przyczyniło się do wzrostu indywidualnych wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia.

W przeprowadzonych analizach zostały przedstawione trzy najważniejsze pozycje, jeżeli chodzi o przychody ochrony zdrowia. W tabeli 7 zostanie przedstawiony całkowity rachunek przychodów za lata 2000-2006 przy uwzględnieniu pozostałych nieopisanych tutaj pozycji. Rachunek przychodów poddany został konsolidacji, co oznacza, że dane zostały oczyszczone z wewnętrznych przepływów między poszczególnymi źródłami przychodów.¹⁷

Tabela 7

Całkowity przychód ochrony zdrowia [w mln zł]

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Przychody sektora ochrony zdrowia	43 993	48 223	48 933	51 461	54 289	57 912	62 120
w tym: ze środków publicznych	64,60%	65,60%	63,90%	62,00%	60,50%	59,50%	58,60%
z dochodów gospodarstw domowych	34,50%	33,40%	35,00%	36,80%	38,20%	39,20%	40,10%
Przychody sektora zdrowia w % PKB	6,08%	6,34%	6,26%	6,32%	6,14%	6,08%	6,02%
w tym: ze środków publicznych	3,92%	4,16%	4,00%	3,92%	3,71%	3,62%	3,53%
z dochodów gospodarstw domowych	2,10%	2,12%	2,19%	2,32%	2,35%	2,39%	2,41%

Źródło: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowska, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 44.

Wszystkie źródła przychodów ochrony zdrowia dają znaczący wzrost środków: z 44 mld zł w 2000 r. do 54 mld zł w 2004 r. oraz do prognozowanych 62 mld zł w 2006 r. W całym okresie 2000-2006 jest możliwe wyróżnienie dwóch podokresów: w latach 2000-2003 przychody służby zdrowia rosły szybciej niż PKB i osiągnęły w 2003 r. 6,32% udziału w PKB, a od 2004 r. składka rośnie wolniej niż PKB i udział ochrony zdrowia zbliża się do poziomu 6%. Jest to najprawdopodobniej związane ze znaczącym zmniejszeniem bezpośrednich wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia, co przypadało na okres szybszego wzrostu gospodarczego.

¹⁶ Więcej na ten temat: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowskiej, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 34, patrz także: Health at Glance, OECD, OECD Indicators, Paryż 2003.

¹⁷ Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowskiej, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004, s. 44.

Należy jeszcze raz podkreślić, że w okresie 2000-2006 wzrósł udział gospodarstw domowych w finansowaniu służby zdrowia. W 2006 r. udział ten może osiągnąć poziom 40%. Dwa najważniejsze źródła tego wzrostu są następujące: coraz większy udział gospodarstw domowych w finansowaniu składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz wysokie prywatne wydatki gospodarstw domowych.

4. Podsumowanie

Z przeprowadzonych analiz wynikają dwa wnioski, na które należy położyć największy nacisk: popyt na bezpłatne usługi zdrowotne rośnie bardzo szybko, do poziomu, którego nie jest w stanie sfinansować system zdrowia w żadnym kraju oraz usługa zdrowotna nie jest „czystym” dobrem publicznym.

W Polsce ponad 30% wydatków służby zdrowia finansowanej jest z dochodów gospodarstw domowych. Można w takim wypadku postawić tezę, że konsumenci wydają coraz więcej środków na rynku, ponieważ usługi tam dostarczane dają im znacznie większą użyteczność. Dotyczy to w szczególności usług kolejkowanych w systemie publicznym, takich jak duża część badań diagnostycznych oraz np. zabiegi dentystyczne, czyli takie, w przypadku których decydująca jest natychmiastowa dostępność tych usług. Poza tym na rynku występują niższe koszty transakcyjne, co pozwala przeznaczyć całą kwotę przekazaną przez pacjenta bezpośrednio na usługę i daje wyższą użyteczność nie tylko pacjentowi, ale zazwyczaj również lekarzowi. W tym miejscu należałoby postawić pytania: czy Polacy mogą i powinni finansować publiczną służbę zdrowia w większym stopniu? Czy polska publiczna służba zdrowia funkcjonuje efektywnie, czyli jak wydawane są zaangażowane w niej środki?

Bez względu na to, jakie są właściwe odpowiedzi na te pytania, należy stwierdzić, że jakikolwiek system publiczny nie jest w stanie sfinansować wszystkich usług zdrowotnych. Dlatego zasadne wydaje się utworzenie koszyków usług zdrowotnych: koszyka podstawowych, gwarantowanych usług zdrowotnych oraz koszyka, bądź koszyków świadczeń współfinansowanych przez pacjenta. Ale nawet wtedy będą istnieć usługi zdrowotne na tyle kosztowne, które będą podlegać racjonowaniu w systemie (kolejkowanie) lub będą mogły być nabyte przez pacjenta tylko jako towar na rynku. Usługa zdrowotna jest zatem dobrem o charakterze dobra mieszanego: część usług zdrowotnych powinna być dostarczana publicznie, a część kupowana jako towar na rynku.

Nie jest łatwe ustalenie, które z usług powinny być pośród świadczeń gwarantowanych. Pomocny może być tutaj algorytm przedstawiony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO):¹⁸

a. Należy stwierdzić, czy dane świadczenie stanowi rodzaj dobra publicznego. Czy jest to dobro, które nie może być w inny sposób sfinansowane niż poprzez system publiczny. Jeśli tak oraz jeśli dana procedura medyczna jest skuteczna klinicznie i efektywna kosztowo, wtedy powinna znaleźć się w katalogu świadczeń gwarantowanych.

b. Należy stwierdzić, czy istotne są skutki zaniechania nabywania danego rodzaju świadczeń. Jeśli skutki zaniechania są mało istotne, to dana usługa lub procedura medyczna powinna być finansowana ze środków prywatnych. Na tym etapie bada się koszty alternatywne nie nabycia danego rodzaju świadczenia.

Wydaje się, że w polskiej służbie zdrowia w pierwszej kolejności należy sformalizować procedury medyczne i utworzyć koszyki usług zdrowotnych, a równoległe określić ilość środków publicznych i prywatnych, które powinny być w niej zaangażowane i na tej podstawie budować koncepcję polskiego systemu zdrowia. Na przykład, w Niemczech proponuje się wyłączenie z finansowania z ubezpieczenia publicznego stosunkowo tanich,

¹⁸ Kozierkiewicz A., Dyskusja na sympozjum RSSG „Koncepcja nowego systemu zdrowia”, 16 kwietnia 2004.

podstawowych usług, które miałyby opłacane bezpośrednio przez pacjenta. Ma to pozwolić na ograniczenie popytu na te usługi (współpłacenie w 100%) i w znacznym stopniu obniżyć koszty funkcjonowania systemu. W rezultacie ma to pozwolić na przesunięcie zaoszczędzonych środków na profilaktykę (zdrowie publiczne) oraz na procedury wysokospecjalistyczne.

SPIS LITERATURY:

1. Arrow K. J., Uncertainty and the welfare economics of medical care, *The American Economic Review*, Volume LIII, numer 5, 1963.
2. DeLong J. B., Zdrowia za dużo kosztuje, *Rzeczpospolita* 5-6 marca 2005, dodatek B: *Ekonomia i Rynek*.
3. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, (red.) S. Golinowskiej, raport dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 21.12.2004.
4. Getzen T. E., *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2000.
5. Golinowska S., Dyskusja na sympozjum RSSG „Koncepcja nowego systemu zdrowia”, 16 kwietnia 2004.
6. Gomułka S., Służba zdrowia: Jakie problemy? Jakie wady obecnej reformy? Jaka zmiana reformy?, *Rzeczpospolita* 15 grudnia 2000.
7. *Health at Glance*, OECD, *OECD Indicators*, Paryż 2003.
8. *Kierunki rozwoju współczesnej ekonomii*, pod red. B. Fiedora, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1991.
9. Kozierkiewicz A., Dyskusja na sympozjum RSSG „Koncepcja nowego systemu zdrowia”, 16 kwietnia 2004.
10. Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu, Warszawa 2001.
11. Nordhaus W. D., Samuelson P. A., *Ekonomia. Tom II*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
12. *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, pod red. S. Golinowskiej, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002.
13. *Podstawy ekonomii środowiska i zasobów naturalnych*, pod red. B. Fiedora, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2002.
14. Stiglitz J. E., *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa 2004.
15. Ząbkowicz A., Współczesna ekonomia instytucjonalna wobec głównego nurtu ekonomii, *Ekonomista*, 6/2003.