

Izabela Nawrołska

Uniwersytet Szczeciński

Polski system ochrony zdrowia. Potrzeba redefiniowania priorytetów

1. Wprowadzenie

Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce ulegało zasadniczym zmianom w ostatnim dziesięcioleciu. Nastąpiło przejście od bezpośredniego finansowania ochrony zdrowia ze środków budżetu państwa, poprzez system kas chorych, do finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia, głównie poprzez system składkowy uzupełniany środkami z budżetu państwa na określone świadczenia.

Struktura świadczeń jest swoistym odzwierciedleniem kształtu polityki zdrowotnej – jej kierunków i określonych priorytetów, będących, przy ograniczonych zasobach finansowych z jednej strony i nieograniczonych potrzebach zdrowotnych z drugiej strony, warunkiem podejmowania decyzji o alokacji środków.

Celem artykułu jest zaprezentowanie wybranych problemów funkcjonującego systemu ochrony zdrowia finansowanego ze środków publicznych, ze wskazaniem na konieczność redefiniowania dotychczasowych priorytetów polityki zdrowotnej. Ponieważ tematyka, którą należałoby poruszyć, jest bardzo obszerna, autorka skupiła się na wybranych elementach systemu, w szczególności na strukturze finansowanych świadczeń, oraz na potrzebie uwzględniania w procesie decyzyjnym zjawisk epidemiologicznych i demograficznych, stanowiących podstawę prognozowania stanu zdrowia populacji.

2. Ochrona zdrowia finansowana ze środków publicznych – ramy systemu

W polskim systemie ochrony zdrowia w ciągu ostatnich kilkunastu lat dokonano dwóch poważnych reform. W 1999 r. finansowanie budżetowe zastąpiono ubezpieczeniowo-budżetowym, ze znaczącą przewagą segmentu ubezpieczeniowego, wprowadzono nowe instytucje ubezpieczeniowe (kasy chorych, związek kas chorych, urząd nadzoru nad ubezpieczeniami zdrowotnymi) funkcjonujące do 31 marca 2003 r., kiedy system kas chorych został zastąpiony przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Oba systemy wykazują wiele wspólnych cech, takich jak: brak możliwości wyjścia z systemu, ponoszenie kosztów świadczeń zdrowotnych przez ogół ubezpieczonych, równy dostęp do świadczeń medycznych, uzależnienie wysokości składki od dochodu ubezpieczonego bez względu na ryzyko ubezpieczeniowe¹. Zarówno w przypadku dawnych kas chorych, jak i funkcjonującego obecnie NFZ podstawowym źródłem przychodów systemu ochrony zdrowia, a więc i źródłem finansowania publicznych usług zdrowotnych, jest składka ubezpieczeniowa (mimo że nie pełni ona już funkcji alokacyjnej, tak istotnej w układzie kas chorych). Drugim źródłem publicznego zasilania, pod względem wielkości, jest budżet państwa gromadzony przede wszystkim z podatków ogólnych. Także budżety jednostek samorządu terytorialnego, których dochody pochodzą głównie z określonego udziału w podatkach ogólnych, własnych opłat i podatków oraz dotacji i subwencji państwa, dostarczają środków systemowi ochrony zdrowia.

Jednym z celów zmian zapoczątkowanych w 1999 r. było powstanie wyodrębnionych funduszy ubezpieczeniowych, których dochody pochodzą ze składek; niewykorzystane środki funduszu przechodzą z roku na rok, tym samym zagwarantowane zostaje finansowanie ochrony zdrowia na poziomie niezależnym od sytuacji finansowej państwa; ogólny poziom nakładów ma wynikać bezpośrednio z poziomu dochodów społeczeństwa. W efekcie oczekiwano znacznego zwiększenia środków finansowych dla systemu ochrony zdrowia. Analizy realnego tempa wzrostu publicznych wydatków zdrowotnych w pierwszych latach funkcjonowania kas chorych wskazywały jednak na niezrealizowanie tych oczekiwań. Trudno było nawet dostrzec jakiegokolwiek stałe tendencje wzrostu bądź spadku nakładów². Od samego początku reform sukcesywnie rosły natomiast

¹ I. Nawrołska, *Proces przekształceń systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2003, s. 230.

² I. Nawrołska, M. Będzieszak, *Ocena poziomu finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych* [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuł, US WNEiZ, PAN Oddział w Gdańsku, Szczecin 2005, s. 213.

Tabela 1. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia

Wyszczególnienie	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Wydatki publiczne ogółem ^a (w mln zł), w tym:	27 733	36 430	39 450	42 880	48 729	59 722	65 916
budżet państwa	3714	3835	3864	3847	5544	6692	6772
procent ogółu wydatków publicznych	13	11	10	9	11	11	10
budżety jednostek samorządu terytorial- nego	1910	2108	2582	3067	3062	3681	4105
procent ogółu wydatków publicznych	7	6	7	7	6	6	6
Narodowy Fundusz Zdrowia	22 108	30 487	33 004	35 966	40 123	49 349	55 039
procent ogółu wydatków publicznych	80	84	84	84	82	83	84
PKB (w mln zł)	842 100	924 500	983 300	1 060 000	1 175 300	1 272 800	1 343 700
udział wydatków publicznych w PKB (w %)	3,3	3,9	4,0	4,0	4,1	4,7	4,9

^a Dane nie uwzględniają transferów środków z budżetu państwa do jednostek samorządu terytorialnego i Narodowego Funduszu Zdrowia (w wydatkach tych jednostek zawarte są środki z dotacji budżetowej).

Źródło: na podstawie danych ze sprawozdań z wykonania budżetu państwa, jednostek samorządu terytorialnego oraz sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2003–2009.

udział i wysokość nakładów na zadania z zakresu ochrony zdrowia finansowane za pomocą składek na ubezpieczenie zdrowotne, co było konsekwencją wzrostu stopy składki ubezpieczenia zdrowotnego. Całkowicie odwrotna tendencja miała miejsce w funduszach pochodzących z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządowych.

Składki stały się ważnym elementem finansowania ochrony także z tego względu, że są uznawane za najbardziej elastyczny, a więc decyzyjny parametr całego systemu. Trudności finansowe w ochronie zdrowia prowadzą nieuchronnie do wskazywania rozwiązań polegających na wzroście składki³.

W ostatnich latach wydatki publiczne ogółem, w ujęciu nominalnym, wykazywały tendencję rosnącą (por. tabela 1). W 2004 r. był to wzrost dynamiczny (31,4%), w następnych dwóch latach wynosił powyżej 8% rocznie, następnie 13,6% w 2007 r. i w 2008 r. – o 22,6%. W 2009 r. wynosił już 10,4%, co niewątpliwie było związane z kryzysem gospodarczym. W rezultacie wydatki ogółem w 2009 r. były ponad dwukrotnie wyższe niż w 2003 r. i osiągnęły blisko 66 mld zł. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia według źródeł ich pochodzenia ma stosunkowo stabilny charakter. W wydatkach publicznych ogółem zasadniczy udział stanowią wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia obejmujące 84% ogółu wydatków publicznych na ten cel w 2009 r. Drugim co do wielkości źródłem wydatków publicznych na ochronę zdrowia jest budżet państwa – z udziałem ok. 11%. Najmniejszy udział stanowią wydatki jednostek samorządu terytorialnego, które wynoszą ok. 6% wydatków ogólnych.

3. Struktura świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Jak już wspomniano, struktura świadczeń jest swoistym odzwierciedleniem kształtu polityki zdrowotnej. Jej analiza może być dokonywana w różnych przekrojach.

Wydatki na ochronę zdrowia, zdefiniowane przez funkcje usług ochrony zdrowia określone w narodowym rachunku zdrowia, obejmują wydatki ponoszone przez instytucje rządowe i samorządowe (łącznie z NFZ), tj. wydatki publiczne oraz wydatki sektora prywatnego i sektora „zagranica”⁴.

³ *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 21 grudnia 2008, s. 14.

⁴ Obszar ochrony zdrowia w narodowym rachunku zdrowia definiuje się na podstawie funkcjonalnego wymiaru międzynarodowej klasyfikacji wydatków (ICHA). Obejmują one wszystkie wydatki niezależnie od źródeł finansowania, a więc wydatki na opiekę zdrowotną świadczoną także w innych sektorach i finansowane przez inne fundusze publiczne, np. z funduszu ubezpie-

Sporządzenie przez ostatnie lata narodowego rachunku zdrowia według zmienionych reguł, zgodnie z przyjętą międzynarodową metodologią, pozwala na obserwację dynamiki wielkości przypisanych poszczególnym kategoriom wydatków oraz zmian występujących w ich strukturze. Biorąc pod uwagę funkcjonalne przeznaczenie poniesionych wydatków, zgodnie z narodowym rachunkiem zdrowia⁵, można stwierdzić, że w ostatnich latach zdecydowana większość (90%) to nakłady przeznaczone na indywidualną opiekę zdrowotną obejmującą usługi lecznicze, usługi rehabilitacyjne, długotrwałą opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze oraz leki i inne produkty medyczne. Pozostałe wydatki zostały przeznaczone na działania związane z profilaktyką i zdrowiem publicznym, funkcje administracyjne oraz inwestycje. W latach 2003–2008 zaobserwowano coraz bardziej dynamiczny wzrost w kategorii usług leczniczych – udział wydatków na tę funkcję ochrony zdrowia w wydatkach bieżących wzrósł z 51,4% w 2003 r. do 54,5% w 2008 r. Kolejnym charakterystycznym zjawiskiem ostatnich lat były zmiany w wydatkach na profilaktykę i zdrowie publiczne oraz na administrację ochrony zdrowia i ubezpieczeń. Początkowo w latach 2003 i 2004 dał się zauważyć stosunkowo duży spadek wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne przy jednoczesnym wzroście nakładów na administrację ochrony zdrowia i ubezpieczeń. Spowodowane było to alokacją środków Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które zostały przyporządkowane przez Ministerstwo Zdrowia w poszczególnych latach zgodnie z ówczesną funkcją. Natomiast w latach 2004 i 2005 sytuacja była odwrotna – wydatki na profilaktykę wzrosły, a zmniejszyły się wydatki na administrację. Było to związane z możliwością wydzielenia niektórych funkcji z innych grup wydatków NFZ oraz inną alokacją wydatków Ministerstwa Zdrowia⁶.

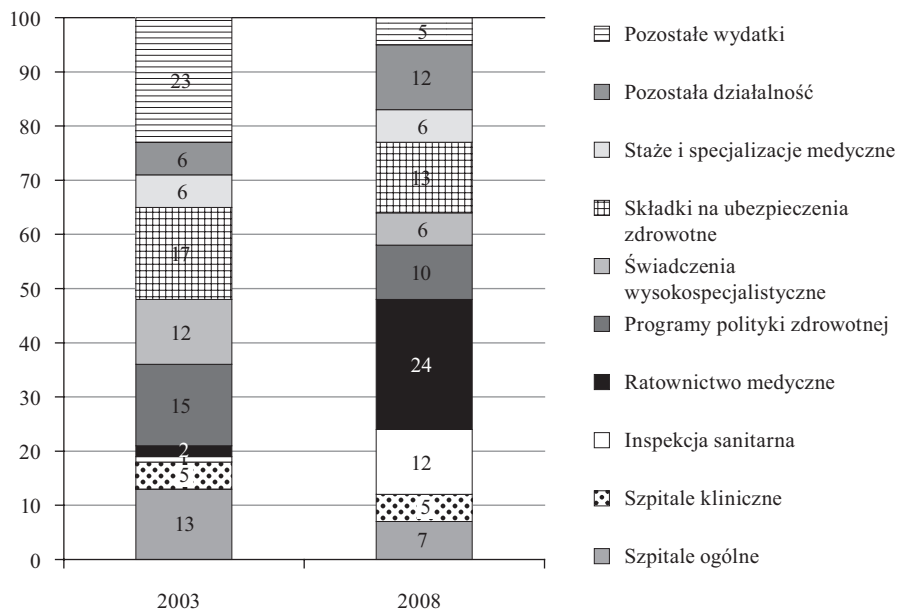
Jak wskazano wcześniej, obszar ochrony zdrowia w narodowym rachunku zdrowia definiuje się na podstawie funkcjonalnego wymiaru międzynarodowej klasyfikacji wydatków i obejmują one wszystkie wydatki niezależnie od źródeł finansowania. Dalszej analizie poddano wyłącznie wydatki publiczne na ochronę zdrowia pochodzące z trzech głównych źródeł: budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz funduszu ubezpieczeń zdrowotnych – Narodowego Funduszu Zdrowia.

czeń społecznych. Tym samym w rachunku zdrowia wykracza się zarówno poza dział „Ochrona zdrowia” w klasyfikacji budżetowej, jak również poza grupę „Działalność w zakresie zdrowia ludzkiego” w sekcji N „Ochrona zdrowia i pomoc społeczna”, w polskiej klasyfikacji podmiotów gospodarki narodowej według rodzajów działalności (PKD), opartej na europejskiej klasyfikacji działalności (NACE).

⁵ *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku*, Informacje i Opracowania Statystyczne, GUS, Warszawa 2010, s. 83.

⁶ *Ibidem*, s. 87–89.

W strukturze wydatków budżetu państwa na szczególną uwagę zasługuje objęcie ratownictwa medycznego i inspekcji sanitarnej finansowaniem budżetowym z jednej strony oraz relatywne ograniczanie wydatków z budżetu państwa na zdrowie publiczne i programy polityki zdrowotnej z drugiej strony (por. rys. 1). Radykalne zwiększenie wydatków w rozdziałach: ratownictwo medyczne i inspekcja sanitarna było najistotniejszą składową dynamiką wydatków ogółem i wywarło istotny wpływ na zmianę struktury wydatków budżetowych na ochronę zdrowia. Wynikało to z przyjęcia ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, na mocy której dokonano przesunięcia finansowania wydatków na ten cel z NFZ do budżetu państwa. Jednocześnie nastąpiło przesunięcie finansowania leczenia ambulatoryjnego z budżetu państwa do NFZ, stąd niemal całkowita likwidacja wydatków na ten cel z budżetu państwa i wspomniana wyżej zmiana w finansowaniu inspekcji sanitarnej (wzrost udziału wydatków z 6,3% do 12,1%)⁷.



Rys. 1. Struktura wydatków z budżetu państwa w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z wykonania budżetu państwa w latach 2003 i 2008.

⁷ J. Strzelecka, U. Smółkowska, *Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce [w:] Zdrowie Polaków*, red. G. Ciura, Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, nr 4(20), Warszawa 2009, s. 130.

Na negatywną ocenę zasługuje niski poziom wydatków budżetu państwa na zdrowie publiczne i zmniejszenie udziału wydatków budżetu państwa na programy polityki zdrowotnej (z ok. 15% w 2003 r. do 10% w 2008 r.). Inne istotne zmiany w strukturze wydatków budżetu to spadek o połowę udziału wydatków na szpitale ogólne oraz wydatków na świadczenia.

Wydatki jednostek samorządu terytorialnego na zdrowie, tak jak w całej ochronie zdrowia, obejmują trzy obszary aktywności: opiekę zdrowotną, zdrowie publiczne oraz opiekę społeczną. Na szczeblu samorządów lokalnych istotne znaczenie mają wydatki ponoszone na opiekę społeczną. Działania opieki społecznej dotyczą osób trwale wymagających świadczeń zarówno socjalnych, jak i zdrowotnych. W tym zakresie sektor publiczny wydatkuje środki przede wszystkim na rzecz osób niepełnosprawnych, pozostających bez pracy oraz chronicznie chorych⁸.

W latach 2007–2009 ok. jednej trzeciej środków jednostek samorządu terytorialnego na finansowanie ochrony zdrowia wydatkowały województwa, ok. 30% powiaty (włącznie z Miastem Stołecznym Warszawą), ok. jednej czwartej miasta na prawach powiatów i pozostała część gminy (w 2008 r. było to 13,5%)⁹.

W strukturze ogółem wydatków jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia zasadnicze znaczenie miały: wydatki na szpitale ogólne (których udział wzrósł z 35,8% do 47,8% wydatków ogółem), wydatki na składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (ich udział spadł z 17,5% do 15,6%) oraz wydatki na przeciwdziałanie alkoholizmowi (ich udział spadł z 22,8% w 2003 r. do 15,0% w 2008 r.) – por. rys. 2.

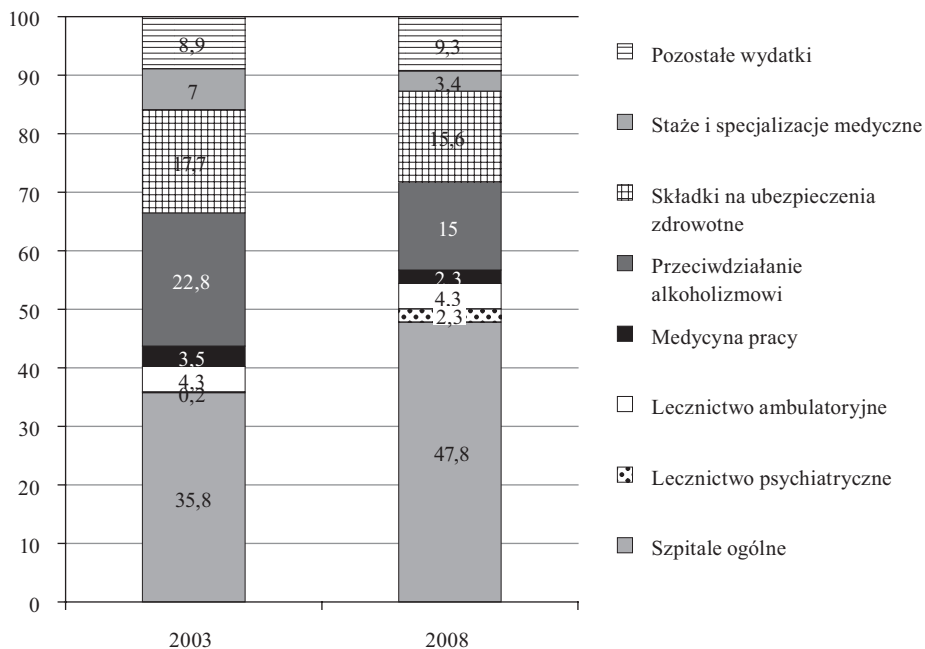
Wydatkami absorbującymi największą pulę środków na ochronę zdrowia w jednostkach samorządu terytorialnego są wydatki na szpitale. Dochody jednostek samorządu terytorialnego przeznaczone na ochronę zdrowia są niewielkie (por. tabela 1). Skala tych środków jest nieadekwatna do roli samorządu terytorialnego, szczególnie w odniesieniu do powiatów. Jako organ założycielski podstawowej liczby szpitali samorząd nie posiada w zasadzie narzędzi do pełnienia tej funkcji.

Zła sytuacja finansowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej, będąca skutkiem niedostatecznego finansowania opieki zdrowotnej, ale również skutkiem nieprawidłowości w zarządzaniu finansami ochrony zdrowia (niedostosowanie struktury zobowiązań i należności, problemy ze ściągalnością należności itp.), to problem występujący od wielu lat. Wielokrotnie podejmowano działania

⁸ *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia...*, s. 31–32.

⁹ Zob. Sprawozdania z wykonania budżetów jednostek samorządu terytorialnego w latach 2007–2009.

(jak dotąd bezskuteczne) w celu oddłużenia publicznych szpitali. Tymczasem zadłużenie szpitali na koniec 2008 r. wyniosło ok. 10 mld zł i utrzymuje się na podobnym poziomie od 2004 r.



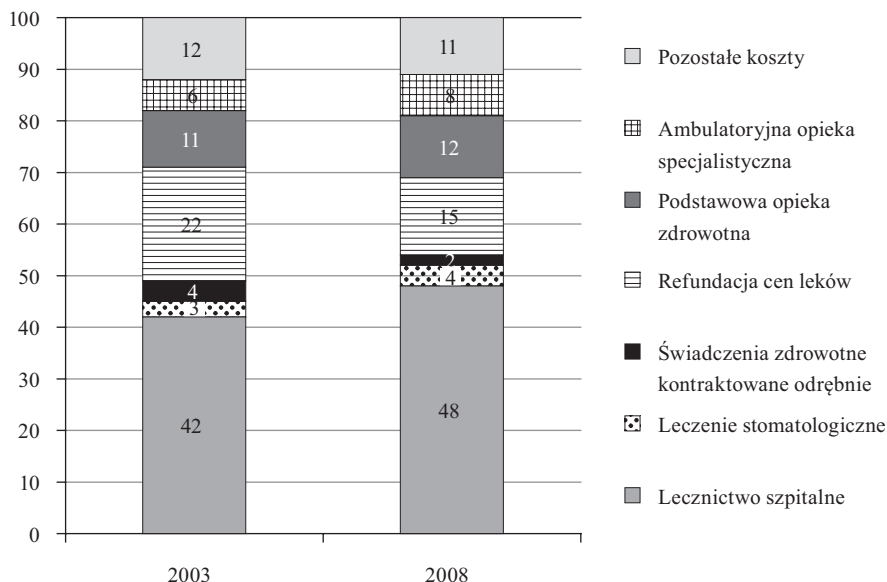
Rys. 2. Struktura wydatków jednostek samorządu terytorialnego w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z wykonania budżetów jednostek samorządu terytorialnego w latach 2003 i 2008.

W strukturze kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia na pierwszym miejscu pod względem wielkości absorbowanych środków znajdują się koszty ponoszone na leczenie szpitalne (por. rys. 3). Ich udział w 2008 r. wyniósł blisko połowę ogółu kosztów. Na drugim miejscu znalazły się koszty związane z refundacją leków, na trzecim miejscu sytuują się wydatki na podstawową opiekę zdrowotną, której udział wyniósł 11,8% w 2008 r. Natomiast wydatki na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną wyniosły 8,0%. Te cztery rodzaje świadczeń absorbują 83% ogółu kosztów świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez NFZ.

W 2009 r. struktura świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie uległa istotnym zmianom. Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ były przeznaczone głównie na leczenie

two szpitalne (46,9%), refundację cen leków (15%) oraz podstawową opiekę zdrowotną (13,4%)¹⁰.



Rys. 3. Struktura kosztów poniesionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na świadczenia zdrowotne według rodzaju świadczeń (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2003 i 2008.

Zadania, na które głównie przeznaczane były środki pochodzące z budżetu państwa oraz z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, były podobne jak w 2008 r. Wydatki z budżetu państwa przeznaczone były w dużej mierze na: ratownictwo medyczne (27,8%), składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (19,2%), inspekcję sanitarną (12,1%), funkcjonowanie szpitali (8,5%), programy polityki zdrowotnej (9,9%), świadczenia wyspecjalistyczne (6,4%).

Gminy rozdysponowały środki na ochronę zdrowia głównie na: przeciwdziałanie alkoholizmowi (65%), lecznictwo ambulatoryjne (12,5%) i szpitale (3,9%). Struktura wydatków w powiatach była następująca: szpitale (36%) i składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (57,3%). W miastach na prawach powiatu najczęściej środków przeznaczono na: szpitale (35,2%), przeciwdziałanie alkoholizmowi

¹⁰ Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia..., s. 91.

(21,9%), składki na ubezpieczenia zdrowotne, świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (19,1%) oraz na leczenie ambulatoryjne (5,4%). Natomiast wydatki województw kształtowały się następująco: szpitale (78%), medycyna pracy (6%) oraz leczenie psychiatryczne (po 4,8%).

Czy przedstawiona struktura wydatków publicznych wskazuje kierunki polityki zdrowotnej państwa? Czy można na jej podstawie wskazać, co jest priorytetem w ochronie zdrowia?

Ekspozowane przez wielu autorów znaczenie przypisywane formułowaniu priorytetów, jak wskazuje C. Włodarczyk, sugeruje, że jest to szeroko stosowany element współczesnej polityki zdrowotnej. W praktyce przykłady zastosowanych procedur formułowania priorytetów i podejmowania na ich podstawie decyzji alokacyjnych są bardzo rzadkie. W zdecydowanej większości przypadków przeważa kontynuacja od lat stosowanych wzorów alokacji, bez prób określenia korzyści zdrowotnych¹¹. Tymczasem dokonujące się współcześnie dynamiczne zmiany ekonomiczne i społeczne niosą ze sobą oprócz nowych możliwości także zagrożenia dla zdrowia wielu grup ludności, a alokacja środków oparta na metodzie historycznej okazuje się niewystarczająca dla poprawy stanu zdrowia populacji.

Jedną z istotnych różnic między Polską a krajami Europy Zachodniej, którą można oceniać z punktu widzenia kierunków polityki zdrowotnej, jest poziom wydatków ponoszonych na usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze. W Polsce wydatki te są marginesowe (ich udział w sumie wydatków wynosi ok. 2%), podczas gdy w krajach Unii Europejskiej, w których wcześniej pojawił się proces starzenia się społeczeństwa, udział ten sięga 8% ogółu wydatków bieżących¹². Według prognozy GUS w Polsce do 2010 r. udział osób starszych w łącznej liczbie ludności zmieniał się nieznacznie, ale w następnych latach wzrost będzie szybszy i w 2030 r. osiągnie poziom ok. 24%, co oznacza, że prawie co czwarty Polak będzie miał co najmniej 65 lat¹³. Można więc oczekiwać, że w przyszłości również w Polsce potrzeby opieki i pielęgnacji osób starszych będą realizowane w większym stopniu przy wsparciu instytucjonalnym i wówczas skala wydatków na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze wyraźnie się zwiększy.

Kolejną przyczyną zwiększenia wydatków na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze, na opiekę długoterminową jest wzrastająca zachorowalność na choroby przewlekłe, takie jak reumatoidalne zapalenie stawów, obturacyjna choroba płuc, cukrzyca oraz choroby będące następstwem stresu. Katalog ten należy rozszerzyć o chorobę nowotworową, która dziś, zdaniem wielu specjalistów, stanowi

¹¹ C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Łódź–Kraków–Warszawa 1996, s. 358.

¹² *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia...*, s. 156 i 157.

¹³ *Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa, styczeń 2011.

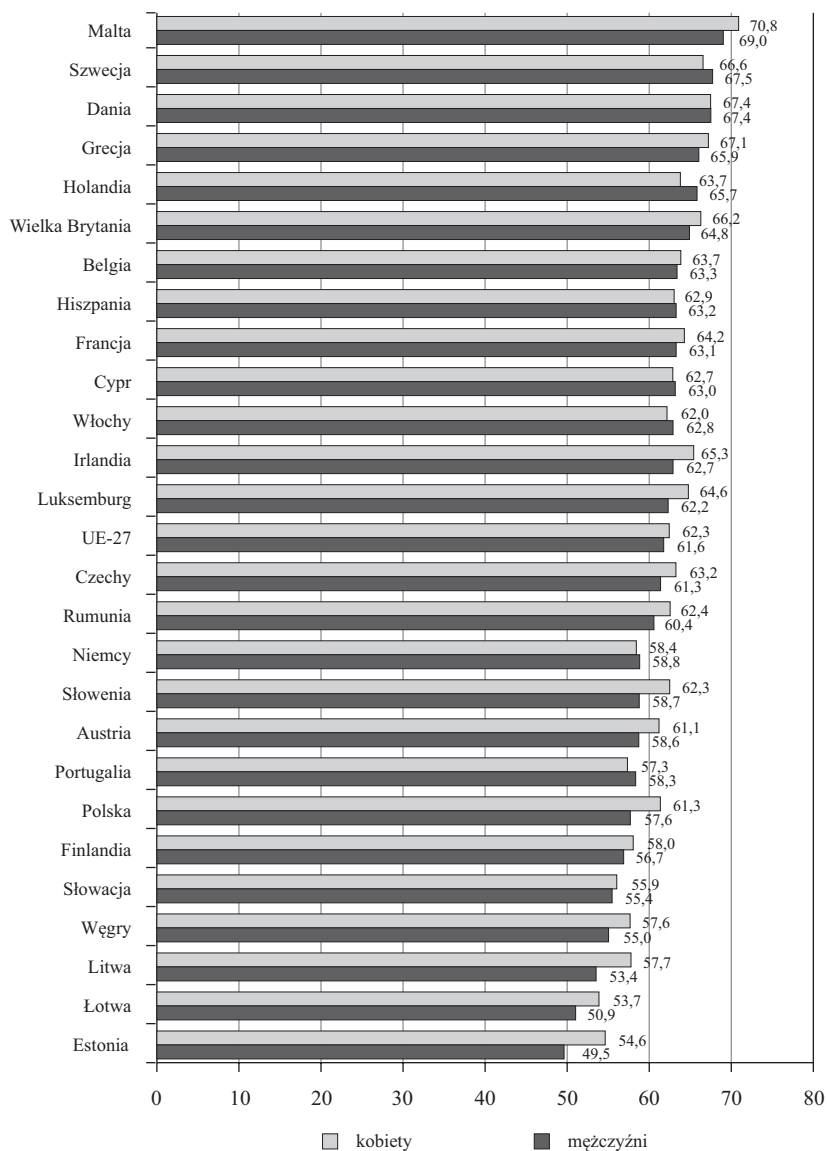
również chorobę przewlekłą. Dynamika chorób przewlekłych, coraz częściej występujących już w młodym wieku, charakteryzujących się wysokimi kosztami pośrednimi, wskazuje na konieczność zwiększenia nakładów i skuteczniejszej realizacji programów w zakresie profilaktyki chorób. Prowadzenie takich działań wymaga posiadania rzetelnej i aktualnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej populacji. Monitorowanie zdrowia to przede wszystkim pomiar problemów zdrowotnych, ich trendów oraz identyfikacja obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego.

Na zakończenie rozważań dotyczących wybranych aspektów funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia warto przyrzeć się najczęściej wykorzystywanemu w porównaniach międzynarodowych syntetycznemu miernikowi, na postawie którego dokonuje się zwykle ocen skuteczność polityki zdrowotnej kraju.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat przeciętna długość życia w Polsce wzrosła o ok. 5 lat. Jest to niewątpliwy sukces. Ogólnie jednak należy stwierdzić, że stan zdrowia Polaków jest nadal gorszy niż mieszkańców „starych” krajów Unii Europejskiej. Przewidywanie przyszłego kształtowania się stanu zdrowia populacji jest jednym z trudniejszych zadań. Długość trwania życia należy do podstawowych i najczęściej używanych prostych mierników. Widoczne są jednak jego ograniczenia wynikające z faktu, że nie pokazuje on, w jakim zdrowiu ludzie przeżywają swoje życie. Z tego powodu coraz częściej stosuje się złożony miernik, jakim jest długość trwania życia w zdrowiu (*healthy life years* – HLY lub *disability free life expectancy* – DFLE; całe życie dzieli się na okres przeżyty w zdrowiu oraz przy jego braku). Jako brak zdrowia przyjmuje się zazwyczaj ograniczoną sprawność, występowanie określonych chorób przewlekłych, złą samoocenę stanu zdrowia. Oszacowania długości życia w zdrowiu dla krajów Unii Europejskiej podawane przez Eurostat oparte są na występowaniu, z powodów zdrowotnych, ograniczonej (bardzo poważnie lub niezbyt poważnie) zdolności wykonywania zwykłych czynności trwającej sześć miesięcy lub dłużej¹⁴.

Według szacunków Eurostatu długość życia w zdrowiu mieszkańców Polski w 2007 r. wynosiła 61,3 lat w przypadku kobiet i 57,4 lat w przypadku mężczyzn. Wartości te były niższe od przeciętnych dla całej UE odpowiednio o 1 rok dla kobiet i aż o 4,2 roku dla mężczyzn (rys. 4). Wskaźnik ten pokazuje, że mieszkanki Polski przeżywają bez ograniczonej sprawności 77% całego życia, a mężczyźni 81%. Osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że przeżyją w zdrowiu

¹⁴ B. Wojtyniak, J. Stokwiszewski, P. Goryński, D. Rabczenko, *Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego* [w:] *Zdrowie Polaków*, red. G. Ciura, Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, nr 4(20), Warszawa 2009, s. 15.



Rys. 4. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) w Polsce i krajach Unii Europejskiej w 2007 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

ok. 7 lat (kobiety – 7,0, a mężczyźni – 6,5), a więc mniej niż połowę dalszego życia (kobiety – 37%, a mężczyźni – 45%)¹⁵.

4. Podsumowanie

Podstawowym problemem w systemie ochrony zdrowia jest odpowiedź na pytanie, jak najlepiej leczyć, uwzględniając fakt, że zasoby są ograniczone. Systemy ochrony zdrowia ulegają ewolucji w wielu obszarach jednocześnie: w aspekcie postępującej technologii, zwiększającej się wiedzy medycznej, szerszego indywidualnego dostępu do informacji na temat zdrowia populacji i systemu ochrony zdrowia, przemian demograficznych, w szczególności starzenie się społeczeństwa, zmieniającej się zachorowalności i przez to ulegających modyfikacji priorytetów polityki zdrowotnej, nowych metod organizacji oraz bardziej złożonych mechanizmów finansowania.

Polski system ochrony zdrowia znajduje się w momencie poprzedzającym kolejne zmiany systemowe w organizacji ochrony zdrowia, które niewątpliwie będą miały wpływ na źródła i strukturę wydatków publicznych ponoszonych na ochronę zdrowia.

Ostatnie dziesięciolecie to przede wszystkim okres bardzo częstych zmian prawnych dotyczących bezpośrednio lub pośrednio publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym szpitali publicznych, oraz dużego zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia, w tym szpitalnictwo. Nie przyniosło to jednak oczekiwanych efektów w postaci poprawy dostępu do świadczeń, lepszej sytuacji szpitali czy oczekiwanej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Dalsze koncentrowanie się na medycynie naprawczej i wydatkach bezpośrednich prowadzić będzie do błędów decyzyjnych na poziomie strategicznym. Bez odpowiednich nakładów na działania, które będą opóźniały zachorowania lub im zapobiegały, a także umożliwiały wczesną diagnozę i skuteczne (często tańsze) leczenie nie należy oczekiwać znaczącej poprawy efektów zdrowotnych, ale również poprawy efektywności ekonomicznej systemu ochrony zdrowia.

Literatura

Nawrońska I., *Proces przekształceń systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2003.

¹⁵ *Ibidem*.

- Nawrołska I., Będzieszak M., *Ocena poziomu finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych* [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M. Hass-Symotiuk, US WNEiZ, PAN Oddział w Gdańsku, Szczecin 2005.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku*, Informacje i Opracowania Statystyczne, GUS, Warszawa 2010.
- Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa, styczeń 2011.
- Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 21 grudnia 2008.
- Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2003–2009.
- Sprawozdania z wykonania budżetów jednostek samorządu terytorialnego w latach 2003–2009.
- Sprawozdania z wykonania budżetu państwa w latach 2003–2009.
- Strzelecka J., Smółkowska U., *Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce* [w:] *Zdrowie Polaków*, red. G. Ciura, Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, nr 4(20), Warszawa 2009.
- Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.
- Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Goryński P., Rabczenko D., *Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego* [w:] *Zdrowie Polaków*, red. G. Ciura, Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, nr 4(20), Warszawa 2009.

The Polish Health Protection System. The Need for Redefining Priorities

The Polish health protection system is on the verge of undergoing subsequent systemic changes. Undoubtedly, they will have an impact on the sources and structure of health protection public expenditures. The paper presents the selected aspects of the publicly financed health protection system, stressing the need for redefining the current health care policy priorities. Special attention is given to the structure of financing medical services, reflecting the character of the health care system, its development trends and priorities which condition the allocation of limited public funds in the environment of increasing demand. The author stresses the need for making the decision-making process dependent on the epidemiological and demographic factors which determine population health forecasting.

Izabela Nawrołska – doktor, Uniwersytet Szczeciński, Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Katedra Finansów.

Zainteresowania naukowo-badawcze: finanse publiczne, finansowanie ochrony zdrowia.

e-mail: nawrołska@poczta.onet.pl