

Małgorzata Leśniowska-Gontarz

Wzrost wydatków na ochronę zdrowia a perspektywa rozwoju prywatnego sektora opieki zdrowotnej

Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes
Oikonomias 11, 37-51

2017

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Małgorzata LEŚNIEWSKA-GONTARZ

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie

Wzrost wydatków na ochronę zdrowia a perspektywa rozwoju prywatnego sektora opieki zdrowotnej

Synopsis: Ochrona zdrowia jest jednym z najważniejszych obszarów polityki społecznej każdego państwa. Choć usługi medyczne z uwagi na swój charakter mogą istnieć jako dobra prywatne, w większości krajów świadczenia zdrowotne są, w mniejszym lub większym stopniu, dostarczane przez sektor publiczny i wykorzystywane zbiorowo przez społeczeństwo. Celem niniejszego artykułu jest analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem finansowania ochrony zdrowia w ramach sektora publicznego oraz prywatnego. Za hipotezę przyjęto, iż wzrost wydatków na ochronę zdrowia prowadzi do rozwoju prywatnego sektora opieki zdrowotnej. W wyniku wykonanej analizy wskazano, iż wzrost wydatkowania na ochronę zdrowia może się stać impulsem do rozwoju prywatnego sektora opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, rozwój, sektor prywatny, finansowanie ochrony zdrowia.

Wprowadzenie

Od wielu lat zarówno politycy, jak i ekonomiści toczą spory w zakresie formułowania optymalnego modelu opieki zdrowotnej. Pytania pojawiające się w rozważaniach dotyczą struktury, sposobu alokacji zasobów oraz ingerencji państwa w system opieki zdrowotnej. W jakim stopniu państwo powinno wpływać na sektor opieki zdrowotnej? Czy zasadne jest przyzwolenie na przejęcie tego sektora przez podmioty prywatne przy jednoczesnej akceptacji, aby rynek decydował o lokowaniu zasobów? Jak powinien wyglądać optymalny sposób alokacji zasobów w sektorze opieki zdrowotnej? Czy najbardziej optymalnym modelem może być koncepcja kolektywistyczna, której przejawem jest budowanie państwa dobrobytu (*z ang. welfare state*) dostarczającego społeczeństwu szereg dóbr publicznych, w tym świadczeń zdrowotnych?

Koncepcje modelu opieki zdrowotnej proponowane przez różne frakcje polityczne bywają bardzo rozbieżne z uwagi na podstawowe założenia. Niezależnie od przyjętej wizji system opieki zdrowotnej jest wyodrębnioną całością, realizującą cel związany ze zdrowiem oraz składającą się z różnorodnych elementów powiązanych relacjami. W każdym modelu istotna jest struktura wydatków na sektor opieki zdrowotnej uwzględniająca podstawowe źródła finansowania, tym bardziej, iż świadczenie usług medycznych staje się coraz bardziej kosztowne i wymaga wzrostu nakładów finansowych. Celem niniejszego artykułu jest analiza stanu obecnego wydatkowania na sektor opieki zdrowotnej w Polsce na tle krajów europejskich oraz próba zbadania, jaki wpływ ma wzrost wydatkowania na rozwój prywatnego sektora opieki zdrowotnej.

1. Wydatki całkowite na sektor opieki zdrowotnej w Polsce na tle wybranych krajów UE

Wybór systemu oraz poziom finansowania opieki zdrowotnej kraju to zagadnienia społeczno-ekonomiczne o niezwykle ważnym znaczeniu. Rosnąca liczba chorób cywilizacyjnych, m.in. neurodegeneracyjnych, już dziś stanowi poważne obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej większej części Europy. Problem ten stanowi impuls dla wielu krajów do zwiększania wydatków na sektor ochrony zdrowia, ponieważ relatywnie niskie wydatki na zdrowie mogą skutkować relatywnie niższą skutecznością leczenia (por. [11]; [2]; [6]; [3]; [14]).

W 2012 r. wzrost wydatków na ochronę zdrowia w skali całego globu wyniósł 2% w stosunku do 2011 r., a w 2013 r. wskaźnik ten wzrósł już do 2,8%. Co więcej, prognozuje się, iż w latach 2014–2018 średni wzrost wyniesie aż 5,2% rocznie [5].

Tabela 1. przedstawia poziom wydatkowania na ochronę zdrowia w Polsce oraz wybranych krajach UE, mierzony jako udział w PKB w wybranych latach w okresie 2000–2015. Jak pokazują dane liczbowe, wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na obywatela są w Polsce, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, stosunkowo niskie. Środki przeznaczone na służbę zdrowia w Polsce w 2015 r. były niemal dwukrotnie niższe niż finansowanie systemu opieki zdrowotnej Francji czy Niemiec. Jak pokazują dane, Polska zdecydowanie odstaje od krajów wysoko rozwiniętych UE, czyli Francji i Niemiec. Ponadto, w tym zakresie widoczne jest duże odstępstwo Polski od krajów przyjętych do UE w 2004 r. Z zestawienia zawartego w tabeli 1. widać, że Polska z rezultatem 6,3% PKB pozostaje w tyle za krajami przyjętymi do UE w 2004 r. oraz zbliżonymi do Polski w zakresie rozwoju gospodarczego pod względem środków wydatkowanych na ochronę zdrowia. W ostatnim roku objętym analizą lepsze wyniki uzyskały Węgry, Słowacja, Czechy i Słowenia, które uzyskały odpowiednio 7%, 7%, 7,6% oraz 8,4%. W 2015 r. identyczny

wynik jak Polska uzyskała Estonia (6,3% PKB), a jedynie Łotwa w 2015 r. zanotowała gorszy rezultat od Polski – 5,6% PKB. Mając na uwadze kraje członkowskie UE przyjęte w 2004 r., należy nadmienić, iż na początku badanego okresu, a więc w 2000 r., średni poziom wydatków na ochronę zdrowia, wyrażony jako stosunek procentowy PKB, dla analizowanej grupy krajów wyniósł 7%, podczas gdy wynik Polski w tym roku to 5,3% PKB. Ponadto, w ostatnim roku objętym analizą średnia dla wybranej próby krajów odpowiadała 8,7% PKB, a jednocześnie rezultat dla Polski w tym roku to 6,3% PKB. Mając na uwadze powyższą, szczegółową analizę, można zaobserwować, iż wysokość wydatków całkowitych na ochronę zdrowia jest w dużej mierze zależna od poziomu rozwoju gospodarczego wybranego kraju, stąd też Polska cechuje się dużym niedofinansowaniem systemu ochrony zdrowia.

Tabela 1. Poziom wydatków na ochronę zdrowia (mierzony jako procentowy udział w PKB) w wybranych krajach UE w latach 2000–2015

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	9,2	9,3	9,4	9,6	9,6	9,6	9,5	9,5	9,6	10,1	10,1	9,9	10,1	10,1	10,3	10,3
Belgia	7,9	8,1	8,3	9,1	9,1	9,0	8,9	9,0	9,4	10,1	9,9	10,1	10,2	10,4	10,4	10,4
Czechy	5,7	5,9	6,2	6,6	6,4	6,4	6,2	6,0	6,4	7,3	6,9	7,0	7,1	7,0	7,7	7,6
Dania	8,1	8,4	8,7	8,9	9,0	9,1	9,2	9,3	9,5	10,7	10,4	10,2	10,3	10,3	10,6	10,6
Estonia	5,2	4,8	4,7	4,9	5,1	5,0	4,9	5,0	5,7	6,5	6,3	5,8	5,8	6,0	6,1	6,3
Finlandia	6,9	7,0	7,4	7,7	7,8	8,0	8,0	7,8	8,1	8,9	8,9	9,0	9,3	9,5	9,5	9,6
Francja	9,5	9,7	10,0	10,0	10,1	10,2	10,1	10,0	10,1	10,8	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11,0
Niemcy	9,8	9,8	10,1	10,3	10,1	10,2	10,1	10,0	10,1	11,1	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1
Grecja	7,2	8,0	8,2	8,2	7,9	9,0	9,0	9,1	9,8	9,8	9,9	9,5	8,9	8,7	8,3	8,2
Węgry	6,8	6,8	7,1	8,1	7,8	8,0	7,8	7,3	7,1	7,3	7,6	7,6	7,5	7,3	7,2	7,0
Irlandia	5,9	6,4	6,7	7,0	7,2	7,7	7,5	7,8	9,1	10,5	10,6	9,9	10,1	10,5	10,1	9,4
Włochy	7,6	7,8	7,9	7,9	8,2	8,4	8,5	8,2	8,6	9,0	9,0	8,8	8,8	8,8	9,1	9,1
Łotwa	5,9	6,1	6,1	5,8	6,2	5,9	5,7	5,8	5,6	6,2	6,2	5,6	5,4	5,4	5,5	5,6
Luksemburg	5,9	6,5	6,8	7,1	7,4	7,3	6,8	6,3	6,6	7,5	7,1	6,2	6,7	6,5	6,3	7,2
Holandia	7,1	7,4	8,0	8,5	8,5	9,4	9,3	9,3	9,5	10,3	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,8
Polska	5,3	5,7	6,1	6,0	5,9	5,8	5,8	5,9	6,4	6,6	6,4	6,2	6,2	6,4	6,4	6,3
Portugalia	8,4	8,4	8,6	8,9	9,3	9,4	9,1	9,1	9,4	9,9	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	8,9
Słowacja	5,3	5,3	5,5	5,5	6,5	6,6	6,9	7,2	7,0	8,0	7,8	7,4	7,7	7,6	7,0	7,0
Słowenia	8,1	8,4	8,0	8,1	7,9	8,0	7,8	7,5	7,8	8,6	8,6	8,5	8,7	8,8	8,5	8,4
Hiszpania	6,8	6,8	6,8	7,5	7,6	7,7	7,8	7,8	8,3	9,0	9,0	9,1	9,1	9,0	9,1	9,0
Wielka Brytania	6,3	6,6	6,8	7,1	7,3	7,4	7,5	7,6	7,9	8,7	8,5	8,4	8,5	9,9	9,9	9,8

Źródło: [15].

W latach 1993–2003 wydatki całkowite na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca w Polsce rosły nieznacznie wolniej niż PKB, co oznacza, że tempo wzrostu gospodarczego w dużej mierze przekładało się na proporcjonalny wzrost wydatków na ochronę zdrowia [3].

W wysoko rozwiniętych krajach europejskich, takich jak np. Szwajcaria, Francja czy Niemcy, wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jedną osobę wykazują wyższą dynamikę niż dynamika wzrostu ich PKB [18].

Struktura wydatków całkowitych przedstawia się następująco:

- 1) wydatki publiczne (obejmujące środki budżetu państwa, jak i te pochodzące ze składek z ubezpieczeń zdrowotnych),
- 2) wydatki prywatne (w skład których wchodzi wydatki gospodarstw domowych oraz prywatne ubezpieczenia).

1.1. Wydatki publiczne na sektor opieki zdrowotnej w Polsce na tle wybranych krajów UE

Biorąc pod uwagę przypadek Polski, na publiczne środki finansowania sektora opieki zdrowotnej składają się: wydatki płynące z NFZ, a pochodzące ze składek osób ubezpieczonych (wynoszące 85%), i wydatki należące do budżetu państwa (w wysokości 15%).

Tabela 2. zawiera zestawienie wydatków publicznych na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca (w USD, według parytetu siły nabywczej). W latach 2005–2015 zaobserwować można w kilku krajach UE podwojenie wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca, należących do nich „nowe” państwa członkowskie, które weszły w struktury UE w 2004 r.: Słowacja, Estonia oraz Polska. Powyższe dane pokazują, że wynik Polski nie jest zadowalający w porównaniu z innymi krajami członkowskimi UE, w których poziom środków przeznaczanych na ochronę zdrowia z wydatków publicznych jest znacznie większy niż w Polsce. Porównując kraje, takie jak Szwecja, Luksemburg, Niemcy czy Dania, zauważamy, że wydatki te są ponadtrzykrotnie wyższe.

Wysoki udział sektora publicznego w finansowaniu wydatków na zdrowie nie jest cechą charakterystyczną wyłącznie polskiego systemu zdrowotnego. Średni udział sektora publicznego w rynku zdrowotnym w krajach OECD w 2012 r. wyniósł 72,3% wydatków ogółem. Wysokie zaangażowanie państwa wynika z niedoskonałości rynku medycznego, do których można zaliczyć m.in.:

- 1) ryzyko negatywnej selekcji (*cherry picking*), czyli niechęć do ubezpieczania osób o wysokim ryzyku zachorowania (osoby obciążone genetycznie, osoby z nałogami, etc.),
- 2) ryzyko nadużycia (*moral hazard*), polegające na nadmiernym korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przez osoby, które nie pokrywają ich pełnych kosztów,

3) asymetrię informacji między świadczącym usługi (lekarz) a klientem (pacjent) [1].

Tabela 2. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca (w USD, wg parytetu siły nabywczej) w wybranych krajach Unii Europejskiej w latach 2005–2015

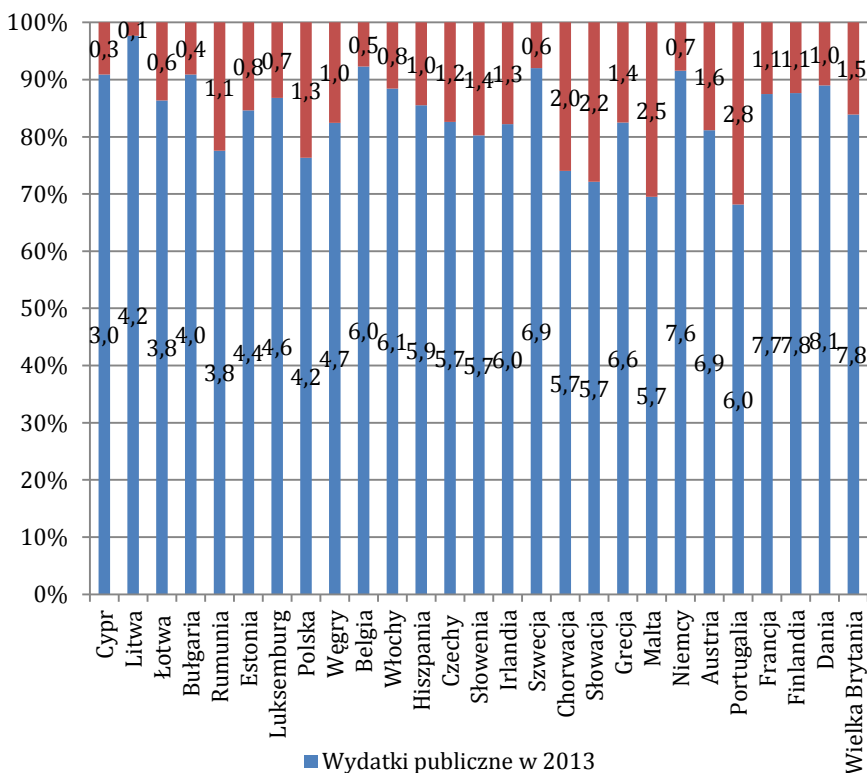
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	2495,9	2697,9	2813,3	3033,6	3149,6	3225,5	3316,4	3527,9	3637,4	3714,9	3799,7
Belgia	2279,4	2371,4	2464,6	2720,5	2936,3	3014,9	3181,4	3324,2	3469,1	3508,2	3575,9
Czechy	1237,6	1307,0	1362,3	1418,7	1643,8	1566,3	1678,7	1698,5	1780,6	1992,8	2069,0
Dania	2593,5	2857,3	3017,9	3270,7	3587,7	3695,7	3754,8	3873,7	3971,2	4089,0	4160,0
Estonia	628,7	694,6	834,9	1007,0	1025,9	1018,1	1067,4	1152,2	1227,3	1303,5	1377,5
Finlandia	1946,0	2082,1	2210,4	2418,5	2507,8	2541,4	2711,2	2847,4	2937,1	2918,1	3008,8
Francja	2440,0	2554,2	2669,7	2779,6	2953,7	3015,4	3130,4	3176,4	3363,3	3434,7	3472,5
Niemcy	2523,9	2676,3	2795,6	2982,7	3464,6	3650,2	3772,0	3921,2	4143,5	4332,4	4476,7
Grecja	1409,6	1615,3	1642,5	1822,9	2077,4	1997,8	1696,2	1550,0	1486,2	1324,3	1359,7
Węgry	983,2	1035,7	967,5	1024,4	1039,8	1095,8	1141,1	1116,7	1170,0	1204,7	1236,1
Włochy	1921,2	2101,7	2132,4	2339,0	2399,9	2438,5	2440,6	2445,3	2431,0	2431,2	2469,8
Litwa	461,4	587,2	642,6	675,5	625,8	644,8	690,2	693,3	731,8	775,2	827,9
Luksemburg	3098,4	3290,2	3278,0	3605,2	3761,2	3720,1	3456,5	3649,6	3733,9	3745,4	4328,6
Holandia	2487,9	3254,8	3484,2	3788,0	3951,1	4066,0	4214,8	4127,8	4251,2	4254,2	4312,2
Polska	553,7	610,9	695,6	829,9	910,2	961,0	995,1	1025,2	1120,0	1161,6	1201,3
Portugalia	1484,0	1507,8	1571,1	1669,0	1810,4	1845,8	1737,7	1662,7	1699,0	1711,4	1737,2
Słowacja	823,6	905,9	1071,1	1255,0	1359,3	1379,1	1381,1	1443,1	1538,3	1580,9	1663,1
Słowenia	1398,2	1475,9	1483,6	1708,9	1720,8	1733,2	1785,3	1785,4	1809,6	1845,6	1909,8
Hiszpania	1537,5	1734,4	1869,5	2058,8	2219,3	2181,4	2181,5	2107,3	2092,9	2130,8	2204,0
Szwecja	2323,3	2508,3	2680,5	2849,9	2907,3	2901,6	3919,3	4062,3	4171,6	4223,0	4375,4
Wlk. Brytania	2083,4	2284,9	2324,2	2445,9	2624,1	2 517,2	2544,2	2610,4	3087,1	3160,4	3171,1

Źródło: [15].

Kończąc rozważania dotyczące wydatków publicznych na ochronę zdrowia, należy wspomnieć o prognozowanym wzroście wydatków z uwagi na procesy demograficzne powodujące starzenie się populacji. Na ryc. 1. zaprezentowano prognozę wzrostu wydatków publicznych na sektor opieki zdrowotnej w obliczu zmian demograficznych w latach 2013–2060 (jako % PKB).

Polska zalicza się do grupy krajów o stosunkowo niskim wydatkowaniu publicznym na sektor opieki zdrowotnej, w 2013 r. było to 4,2% PKB. Mniej na ochronę zdrowia ze środków publicznych w tym samym roku wydały jedynie Bułgaria, Rumunia, Łotwa i Cypr (odpowiednio: 4,0, 3,8, 3,8 i 3,0% PKB). W przypadku Polski w latach 2013–2060 prognozuje się 1,3% wzro-

stu wydatkowania na ochronę zdrowia ze środków publicznych. W krajach wysoko rozwiniętych wydatkuje się więcej na sektor opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę środki publiczne, dla przykładu – w 2013 r. w Niemczech wydatkowano 7,6% PKB, we Francji 7,7% PKB, a w Danii ten sam wskaźnik wyniósł nawet 8,1% PKB. Podsumowując, wzrost wydatkowania publicznego musi podążać za trendem w zakresie starzejącego się społeczeństwa.



Ryc. 1. Prognoza wzrostu wydatków publicznych na sektor opieki zdrowotnej w związku ze zmianami demograficznymi w latach 2013–2060 (jako % PKB)

Źródło: [7].

1.2. Wydatki prywatne na sektor opieki zdrowotnej w Polsce na tle wybranych krajów UE

Konsekwencją ograniczonych zasobów systemu ochrony zdrowia jest utrudniony dostęp do usług medycznych. Pomimo relatywnie wysokiej liczby łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców, obserwowane są niedobory kadry medycznej oraz specjalistycznego sprzętu. Skutkuje to wydłużonym czasem oczekiwania na zabiegi. W efekcie zarówno subiektywna samoocena

stanu zdrowia przez obywateli, jak i obiektywne miary stanu zdrowia Polaków kształtują się gorzej niż w zdecydowanej większości krajów OECD. Niska liczba absolwentów medycyny, zaawansowana wiekowo kadra specjalistów oraz emigracja mogą dodatkowo pogorszyć dostępność i jakość usług medycznych w nadchodzących latach [1].

Wydłużony czas oczekiwania na zabiegi, pogorszenie dostępności oraz jakości publicznych usług medycznych sprawiają, że zwiększa się rola prywatnego wydatkowania na ochronę zdrowia, które powstało ze względu na to, że państwo nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb społeczeństwa związanych z ochroną zdrowia. Finansowanie prywatne obejmuje wydatki podstawowych podmiotów gospodarczych, tj. gospodarstw domowych i przedsiębiorstw, ponoszone zarówno bezpośrednio na zakup artykułów farmaceutycznych i usług medycznych, jak i w formie zakupu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz abonamentów uprawniających do korzystania ze świadczeń w prywatnych placówkach ochrony zdrowia [17].

W ramach wydatków publicznych 87,6% stanowiły wydatki ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), natomiast w sektorze prywatnym najwyższy poziom wydatków to wydatki gospodarstw domowych (81,0%). W ramach kosztów ponoszonych przez NFZ w 2012 r. największy udział ma leczenie szpitalne (49,5%). Wyraźnie niższy jest udział podstawowej opieki zdrowotnej (12,7%) oraz refundacji leków (11,5%). Warto podkreślić, że udział sektora prywatnego i publicznego różni się znacząco w zależności od funkcji wydatków. O ile bowiem ponad 80% usług leczniczych finansowanych jest ze środków publicznych, o tyle wydatki na leki i produkty medyczne w blisko 70% finansowane są ze środków prywatnych. W tabeli 3. został przedstawiony poziom wydatków na prywatną opiekę zdrowotną w Polsce w wybranych latach z przedziału 2006–2015.

Tabela 3. Wydatki na prywatną opiekę zdrowotną (w mld zł) w Polsce w wybranych latach w okresie 2006–2015

2006	2008	2010	2011	2013	2014	2015
19 089	23 224	26 274	28 450	30 996,0	31 529,2	34 255,8

Źródło: [20].

Na podstawie tabeli 3. można zauważyć, że wydatki na prywatną opiekę medyczną w kolejnych latach systematycznie wzrastają. W ciągu badanego okresu wydatki te wzrosły o blisko 15 mld zł. Należy również zaznaczyć, jak wygląda struktura prywatnych wydatków na ochronę zdrowia obejmująca m.in. prywatne ubezpieczenia, wydatki *out-of-pocket*.

Prywatne ubezpieczenia przyjmowane są przez mieszkańców krajów postkomunistycznych z dużym oporem, ale średni udział wydatków *out of pocket* wykazuje tendencję malejącą, pomimo zmniejszania refundacji le-

ków ze środków publicznych [13]. Wydatki *out of pocket* to płatności gospodarstw domowych, które mogą przyjąć formę zapłaty bezpośredniej (np. za konsultację lekarską, za leki), współpłacenia za usługi lub płatności nieformalnych [12].

Wśród wydatków prywatnych dominują w Polsce bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych (*out-of-pocket expenditure*), które w 2011 r. stanowiły 80% wszystkich wydatków prywatnych [1]. Szczegółowe wydatki gospodarstw na ochronę zdrowia prezentują tabele 4. i 5.

Tabela 4. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia jako % bieżących wydatków na ochronę zdrowia w krajach Unii Europejskiej w wybranych latach z przedziału 2003–2016.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Austria	b.d.	18,6	18,2	17,4	17,9	17,4	17,9	b.d.
Belgia	20,3	17,6	19,4	18,2	18,7	17,9	17,6	b.d.
Czechy	10,4	11,1	13,6	15,1	15,0	14,7	14,8	b.d.
Dania	14,6	14,7	14,6	13,7	13,3	13,7	13,7	b.d.
Estonia	20,6	20,5	22,2	21,2	17,8	21,8	22,8	22,4
Finlandia	21,9	21,0	20,2	19,8	19,7	19,3	19,9	19,6
Francja	7,4	7,4	7,6	7,8	7,1	6,7	6,8	b.d.
Niemcy	12,8	14,4	14,4	13,9	14,1	13,5	12,5	12,4
Węgry	26,4	25,8	26,3	25,9	28,1	28,1	29,0	b.d.
Włochy	23,7	21,6	21,5	20,7	22,0	21,7	22,8	22,7
Luksemburg	13,3	12,9	10,3	9,9	11,2	b.d.	10,6	10,2
Holandia	8,0	7,8	6,1	5,3	5,4	5,3	41,4	b.d.
Polska	27,6	27,7	26,3	24,4	24,0	23,6	23,2	23,4
Portugalia	23,2	23,3	25,7	24,6	26,7	27,2	27,7	27,4
Słowacja	b.d.	23,6	27,4	26,9	23,6	23,3	18,4	b.d.
Słowenia	12,5	13,0	13,6	12,8	12,2	12,6	18,4	b.d.
Hiszpania	22,6	22,0	21,0	19,5	21,1	23,8	12,5	12,5
Szwecja	16,4	17,1	17,0	16,9	14,1	14,8	15,2	b.d.
Wielka Brytania	11,0	9,5	10,0	8,9	9,3	9,5	14,8	b.d.

Źródło: [15].

Tabela 4. prezentuje wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia jako % bieżących wydatków na ochronę zdrowia w Polsce oraz w wybranych krajach Unii Europejskiej w latach 2003–2016. Polska należy do grupy krajów, gdzie ten wskaźnik jest relatywnie wysoki – średnia wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia jako % bieżących wydat-

ków na ochronę zdrowia w wybranych latach 2003–2016 wyniosła 25,7%. Obok Polski do tej grupy krajów zaliczyć można Portugalię, Węgry oraz Słowację, których średnie z badanego okresu wyniosły odpowiednio: 25,4%, 26,7% oraz 24,8%. Wniosek jest taki, iż pacjenci krajów członkowskich UE – Polski, Portugalii, Węgier oraz Włoch – wydają więcej pieniędzy z własnej kieszeni na cele zdrowotne. Dzieje się tak, ponieważ w przypadku, gdy pojawia się choroba, pacjent – w obliczu przymusu długotrwałego oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego w ramach systemu – wybiera usługę prywatną.

Tabela 5. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia na osobę (w USD, według parytetu siły nabywczej) w wybranych krajach Unii Europejskiej w latach 2003–2013

	2003	2006	2007	2009	2010	2011	2013	2015	2016
Austria	b.d.	651	677	717	750	779	791	914	b.d.
Belgia	573	586	640	695	697	777	760	839	b.d.
Czechy	134	176	219	297	286	301	300	366	b.d.
Dania	405	495	525	581	598	590	625	694	b.d.
Estonia	133	241	244	281	242	238	337	429	446
Finlandia	471	528	561	616	639	654	663	794	792
Francja	209	253	261	295	300	284	277	308	b.d.
Niemcy	390	507	526	574	613	635	649	671	686
Węgry	336	366	369	399	447	484	484	555	b.d.
Włochy	530	577	592	634	638	698	666	765	770
Luksemburg	445	532	401	434	448	502	b.d.	726	764
Holandia	227	236	249	241	247	265	270	649	655
Polska	198	239	261	310	318	336	360	396	421
Portugalia	407	547	586	635	655	682	685	737	748
Słowacja	b.d.	344	423	529	437	441	469	380	b.d.
Słowenia	211	248	283	301	300	298	317	342	355
Hiszpania	431	509	541	575	605	624	689	770	b.d.
Szwecja	445	523	555	600	600	651	726	800	820
Wielka Brytania	258	292	304	301	313	302	321	610	b.d.

Źródło: [15].

Tabela 5. prezentuje poziom wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia na osobę w USD według parytetu siły nabywczej w wybranych krajach Unii Europejskiej w wybranych latach 2003–2016. Analizując przypadek Polski, w ujęciu rocznym oraz w przeliczeniu na jednego mieszkańca, wydatki te w latach 2003–2016 charakteryzowały się niemal systematycznym wzrostem – jedynie w 2005 r. zanotowano niewielki spa-

dek (o 3 USD względem 2004 roku). Przyczyn zaistniałej sytuacji należy się doszukiwać w obniżce cen dóbr usług konsumpcyjnych powiązanych z ochroną zdrowia.

Głównymi przyczynami wzrostu wydatków gospodarstw domowych w kolejnych latach są: wzrost cen leków i świadczeń medycznych, ograniczona dostępność do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w systemie publicznym i tym samym większa skłonność Polaków do leczenia się samemu bez pomocy medyków – z czym wiąże się znaczący wzrost wydatków na leki dostępne bez recepty¹.

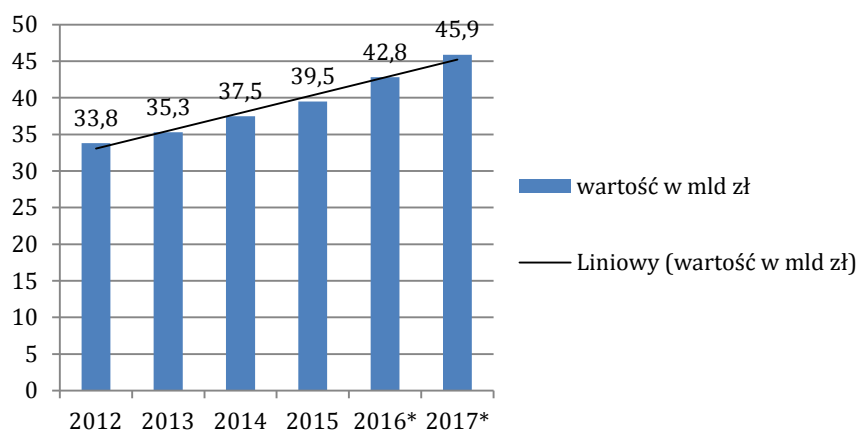
Według deklaracji gospodarstw domowych w 2013 r. ponad 92% z nich w ciągu ostatniego roku korzystało z placówek służby zdrowia opłacanych przez NFZ, ale też ponad połowa korzystała z usług placówek, w których trzeba płacić z własnej kieszeni. Dodatkowo 7% społeczeństwa korzystało z placówek opłacanych przez pracodawców, którzy wykupili abonament lub ubezpieczenie. W porównaniu z poprzednimi latami wzrósł znacząco odsetek gospodarstw korzystających z usług medycznych opłacanych ze wszystkich trzech źródeł [4]. Jak wskazują przytoczone dane, sektor prywatnej opieki zdrowotnej zyskuje systematycznie na znaczeniu, a prognozy na najbliższe lata potwierdzają rosnącą rolę tego sektora, uzupełniającego lukę pomiędzy funkcjonowaniem sektora publicznego a zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne.

2. Perspektywy rozwoju prywatnego sektora opieki zdrowotnej

Publiczny sektor opieki zdrowotnej nie pozwala na zaspokojenie ogółu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, co obrazują konkretne dane w zakresie dostępności świadczeń – średni czas oczekiwania pacjenta w kolejce do wybranego lekarza specjalisty w Polsce wynosi średnio 2,9 miesiąca (dane z marca 2015 r.). Zróżnicowanie w oczekiwaniu jest widoczne w zależności od specjalizacji lekarza, i tak pacjent na wizytę u okulisty czeka średnio 3 miesiące, u kardiologa średnio 4,4 miesiąca; najdłuższy czas oczekiwania występuje w kolejce do endokrynologa (średnio 5,9 miesiąca) oraz chirurga naczyniowego (średnio 6,2 miesiąca) (por. [5]). Zamożniejszy pacjent wybiera więc coraz częściej prywatną opiekę zdrowotną, co pokazują cykliczne badania „Diagnozy Społecznej”. Na przestrzeni lat 2000–2015 widać wyraźną tendencję wzrostową w zakresie korzystania pacjentów z prywatnej

¹ Materiał opublikowany na portalu „www.forsal.pl, Biznes Gospodarka Świat”, http://forsal.pl/artykuly/632648,wydatki_gospodarstw_na_ochrone_zdrowia_sa_dwa_razy_wyzsze_niz_10_lat_temu.html [dostęp: 17.02.2017].

opieki medycznej. W 2000 r. 38,6% gospodarstw domowych korzystało z usług placówek medycznych, w których trzeba było zapłacić za świadczenie medyczne z własnej kieszeni. Siedem lat później, a więc w 2007 r., było to już równo 44% gospodarstw domowych korzystających z prywatnych usług medycznych. W 2013 r. odsetek gospodarstw domowych korzystających z prywatnych świadczeń zdrowotnych przekroczył 50% (dokładnie wyniósł 50,6%). W ostatnim badaniu „Diagnozy Społecznej” [4] ów wskaźnik oscylował wokół progu 54% (dokładny wynik wyniósł 53,9%) gospodarstw domowych płacących za usługę medyczną z własnej kieszeni. Co więcej, wartość sektora prywatnej opieki zdrowotnej systematycznie wzrasta, a szczegółowe dane przedstawia ryc. 3. oraz 4.



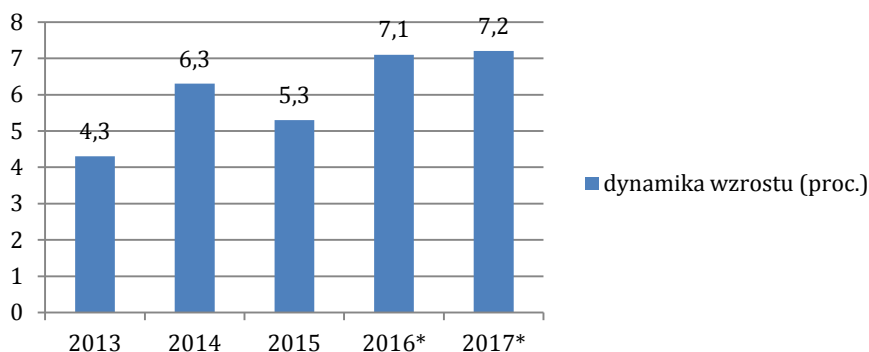
* prognoza

Ryc. 3. Wzrost wartości rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce (wartość w mld zł)

Źródło: [16].

Jak pokazują dane dotyczące wartości rynku prywatnych usług medycznych, rośnie on systematycznie z roku na rok. W 2015 r. osiągnął 39,5 mld zł, a prognoza na lata 2016–2017 również wskazuje na powolny, ale stały wzrost.

Tempo wydatków na prywatną opiekę wzrasta. Według prognoz w latach 2014–2018 wydatki publiczne w tym sektorze będą rosły w tempie 2,1%, natomiast prywatne około 5% rocznie (por. [5]). Dynamika wzrostu prywatnych usług medycznych wyrażona w procentach została zaprezentowana na rysunku 4. Dynamika w kolejnych latach przybiera rosnące wartości, jedynie w 2015 r. jest ona nieco mniejsza. Prognoza na lata 2016–2017 zapowiada znaczny wzrost wartości rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce.



* prognoza

Ryc. 4. Dynamika wzrostu rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce (dynamika wzrostu w proc.)

Źródło: [16].

Wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej rośnie w głównej mierze poprzez powstanie luki pomiędzy popytem a podażą niektórych usług medycznych. Luka ta jest skutecznie wykorzystywana przez podmioty prywatne. Wykazują one większą wrażliwość na potrzeby rynku. Działają w myśl zasady, że pacjent to klient. To z kolei determinuje także korzystne zjawiska, takie jak podwyższenie jakości i dostępności usługi medycznej, jej kompleksowości i konkurencyjności. Dalszym etapem tych zauważalnych zmian jest postępująca konsolidacja rynku prywatnych usług medycznych. Na polskim rynku usług medycznych działa międzynarodowa BUPA, dysponująca całą siecią przychodni i szpitali Luxmed. Od kilku lat swoją pozycję wzmacnia również rodzimy gracz – PZU Zdrowie, przejmując i kupując coraz więcej palcówek i adresując do klientów coraz bogatszą ofertę świadczeń zdrowotnych (por. [10]).

Ponadto dynamice wzrostu rynku prywatnej opieki zdrowotnej sprzyjają najistotniejsze bodźce, które wpływają na rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, a są to czynniki dochodowe oraz technologiczne.

Istotną determinantą zapotrzebowania na świadczenia medyczne jest czynnik dochodowy. Z badań wynika [8], że wydatki na zdrowie rosną szybciej niż dochody. Z ekonomicznego punktu widzenia zdrowie jest zatem tzw. dobrem luksusowym – wraz ze wzrostem zamożności ludzie są skłonni przeznaczać na ten cel coraz większą część swojego dochodu. Podobną zależność można zaobserwować również w Polsce. W latach 1990–2010 roczny PKB w cenach bieżących wzrósł w Polsce 23-krotnie. W tym samym okresie nominalne wydatki na zdrowie wzrosły aż 34-krotnie. W efekcie relacja wydatków na zdrowie do PKB Polski wzrosła w latach 1990–2010 z 4,8% do 7%.

Dodatkowo, obok czynnika dochodowego uwzględniono również czynnik technologiczny, jako ważny element dopełniający procesy zwiększonego zapotrzebowania na realizację świadczeń zdrowotnych. Literatura przedmiotu reprezentuje pogląd, iż występują dwa ważne procesy, będące rezultatem wpływu czynnika technologicznego na wydatki na sektor opieki zdrowotnej:

- 1) redukcja jednostkowych wydatków ponoszonych na leczenie znanych schorzeń,
- 2) ekspansja zakresu chorób podejmowanych leczeniem [7].

W porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej, Polska ma niekorzystną strukturę prywatnych wydatków na ochronę zdrowia – dominują w niej jednorazowe wydatki ponoszone bezpośrednio z kieszeni pacjenta. Taka struktura wydatków to efekt m.in. barier regulacyjnych, uniemożliwiających skuteczny rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Takimi barierami jest brak regulacji prawnych umożliwiających działalność oraz niski poziom zamożności społeczeństwa (por. [19]). W wysoko rozwiniętych krajach Unii Europejskiej, gdzie poziom zamożności społeczeństwa jest wysoki, takich jak: Szwecja, Austria czy Belgia, wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w przeliczeniu na osobę (w USD, według parytetu siły nabywczej) są dwukrotnie wyższe aniżeli w Polsce.

Podsumowanie

Podsumowując, w nadchodzących dekadach należy oczekiwać wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w relacji do PKB.

Rosną wymagania społeczeństwa wobec systemu opieki zdrowotnej. Ludzie żyją dłużej, poprawia się ich sytuacja materialna, mają zatem większe oczekiwania. Poprawia się skuteczność leczenia wielu chorób, ale poza wyleczeniem, istotna staje się jakość życia po zakończonym leczeniu. Do tych oczekiwań należy się więc przygotować. Publiczna opieka zdrowotna nie jest w stanie zaspokoić bieżących potrzeb, a więc trudno przypuszczać, aby mogła zaspokoić potrzeby rosnące w perspektywie kilkunastu najbliższych lat (por. [10]). W takiej sytuacji coraz większą rolę odgrywać będzie sektor prywatny, uzupełniający braki w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych oferowanych przez publiczne podmioty lecznicze, tym samym można pozytywnie zweryfikować przyjętą hipotezę.

Należy nadmienić, że obok rozwoju technologii medycznej odpowiadającej za znaczną część wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną, można wskazać inne problemy dotyczące sektora opieki zdrowotnej. Ochronę zdrowia w coraz większym stopniu dotyka problem niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych.

Przyrost liczby placówek prywatnych wpływa i będzie wpływał w coraz większym stopniu na funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce. Po części odbywać się to będzie kosztem placówek publicznych poprzez obniżanie ich pozycji wynikające z odpływu kadry medycznej, jak również z dostępności do środków finansowych publicznych i prywatnych. Funkcjonowanie tych dwóch grup podmiotów, różniących się strukturą własności, często związane jest z rywalizacją o środki finansowe tego samego publicznego płatnika. Potrzebne są więc tu regulacje, które zapobiegłyby niebezpiecznym zjawiskom, takim jak kontraktowanie wybranych procedur medycznych czy selekcjonowanie pacjentów ze względu na stan zaawansowania choroby, czy jej powikłania. Dodatkowym problemem jest leczenie przez szpitale publiczne pacjentów po powikłaniach w klinikach prywatnych, co obciąża ich budżety, jak również wpływa na jakość funkcjonowania placówek publicznych (por. [10]).

Literatura

- [1] Antoniuk A., *Publiczny system finansowania ochrony zdrowia i jego perspektywy w świetle zmian demograficznych. Polska – Raport specjalny*, Biuro Analiz Makroekonomicznych, Zespół Analiz Makroekonomicznych i Rynkowych, Bank Pekao, Warszawa 2009.
- [2] Bem A., Ucieklak-Jeż P., Prędkiewicz P., *Systemy finansowania opieki zdrowotnej w wybranych krajach*, [w:] *System ochrony zdrowia*, Wyd. Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa 2015.
- [3] Bromber P., Lachowska H., Hady J., Leśniowska-Gontarz M., Szaban D., Zdanowska J., Ślusarczyk B., *System ochrony zdrowia w Polsce*, CeDeWu, Warszawa 2015.
- [4] Czapiński J., Panek T., *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.
- [5] Deloitte Report, *Global health care outlook. Common goals, competing priorities*, 2015. Pozyskano z: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2015-health-care-outlook-global.pdf>.
- [6] Dobska M., Rogoziński K., *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa 2008.
- [7] European Commission, *The 2015 Ageing Report, European economic and budgetary projections for the 28 EU member states (2013–2060)*, 2015.
- [8] Polska Izba Ubezpieczeń & Ernst and Young, *Raport. Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*, Warszawa 2013.
- [9] „Dziennik Gazeta Prawna”, *W prywatnej opiece medycznej do zarobienia są miliardy*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 28 maja 2015, nr 102 (3995), www.gazetaprawna.pl [dostęp: 17.02.2017].

- [10] Godlewski D., Godlewska K., Witek A., Wojtyś P., *Raport. Analiza stanu zdrowia i potrzeb opieki zdrowotnej na najbliższe lata*, Instytut Wolności 2016.
- [11] Hady J., Leśniowska-Gontarz M., *Analiza wydatków na ochronę zdrowia a kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa*, [w:] *Zarządzanie finansami firm – teoria i praktyka*, red. A. Kopiński, P. Kowalik, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 412; <http://dx.doi.org/10.15611/pn.2015.412.08>.
- [12] Health Evidence Network (HEN), *What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe?*, World Health Organization Regional Office for Europe 2004.
- [13] Hermanowski T., Szafraniec-Buryło S., Cegłowska U., *Wpływ wydatków typu out-of-pocket na sprawiedliwość w finansowaniu ochrony zdrowia*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2013, nr 11, t. 1, s. 100–106.
- [14] Łuniewska P., *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Contemporary Economy” 2014, Vol. 5, Issue 1.
- [15] OECD HealthStatistics.
- [16] PMR, *Rynek szpitali niepublicznych w Polsce 2015. Plany inwestycyjne i analiza porównawcza województw*, 2015.
- [17] Suchecka J., *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia, rozdział 4: Finansowanie prywatnej ochrony zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2011.
- [18] Urbaniec M., *Prawno-ekonomiczne aspekty ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Akademii Polonijnej Educator, Częstochowa 2010.
- [19] Wasiak A., Szelaż P., *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2007–2011*, „Finanse i Prawo Finansowe” 2015, II (2), s. 67–85.
- [20] GUS.

Increased Spending on Health Care and the Prospect of Developing a Private Health Care Sector

Summary: Health protection is one of the most important topic of social policy of each country. Although medical services, can exist as private goods, in most countries health services are mostly provided by the public sector and used collectively by society. The purpose of this article is to analyse the healthcare expenditures in Poland, with particular emphasis on financing health care within the public and private sector. The hypothesis assumes that the increase in health care expenditure leads to the development of private health care sector. As a result of conducted analysis, it was pointed out that the increase in spending on health care could become an impulse for the development of private health care sector.

Keywords: health protection, development, private sector, financing health care.