

Izabela Rydlewska-Liszkowska

Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia : możliwości i ograniczenia analizy na poziomie regionalnym

Problemy Zarządzania 13/2 (2), 165-180

2015

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.

Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia – możliwości i ograniczenia analizy na poziomie regionalnym

Nadesłany: 07.01.14 | Zaakceptowany do druku: 18.06.15

Izabela Rydlewska-Liszkowska*

Celem badania było zidentyfikowanie możliwości i ograniczeń analizy finansowania ochrony zdrowia w ujęciu regionalnym, w aspekcie dostępności danych statystycznych, dla potrzeb stworzenia mapy procesów finansowania ochrony zdrowia. Przeprowadzona analiza wykazała, że dane o finansowaniu i alokacji zasobów finansowych w ochronie zdrowia w regionie nie dostarczają pełnego obrazu dopływu środków finansowych na tym poziomie zarządzania ochroną zdrowia. Wyniki badania uprawniają do stwierdzenia, że analiza finansowania ochrony zdrowia i alokacji środków finansowych na poziomie regionalnym wymaga celowego gromadzenia i szacowania danych.

Słowa kluczowe: finansowanie ochrony zdrowia, źródła finansowania, regionalizacja, analiza transferów finansowych, sprawozdawczość.

Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia – możliwości i ograniczenia analizy na poziomie regionalnym

Submitted: 07.01.14 | Accepted: 18.06.15

The identification the opportunities and limitations of the health care financing analysis at the regional level, in the context of statistical data accesibility for the health care financing processes was the aim of the study. According to the analysis results, existing data on financing health care and resources allocation in the region do not provide the full picture of the financial flows at the regional level. The results of the study entitle to the conclusion that health care financing and financial resources analysis requires the sensible data collection, data estimation and processing for the need of health care finances management at the regional level.

Keywords: health care financing, sources of financial means, regionalization, financial flows analysis, statistics.

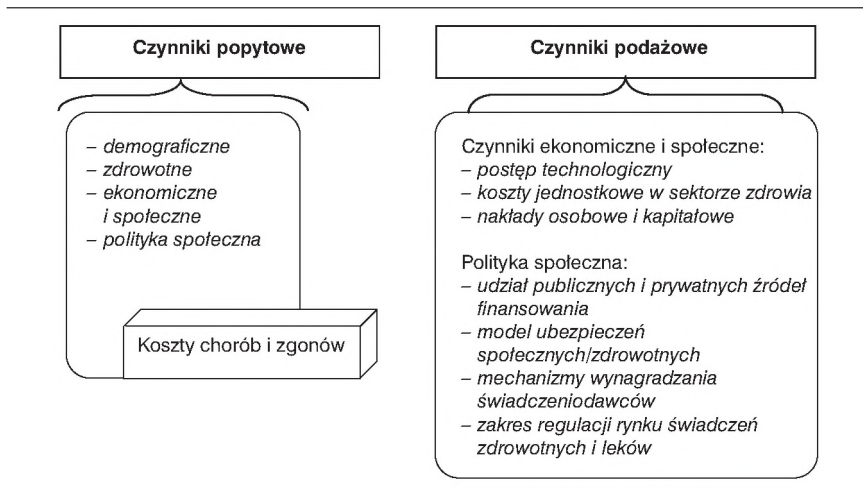
JEL: R100

* **Izabela Rydlewska-Liszkowska** – dr, Pracownia Ekonomiki Zdrowia w Zakładzie Zarządzania Ochroną Zdrowia, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Adres do korespondencji: Pracownia Ekonomiki Zdrowia w Zakładzie Zarządzania Ochroną Zdrowia, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź; e-mail: izabela.rydlewska-liszkowska@umed.lodz.pl.

1. Wprowadzenie

Planowanie wydatków na ochronę zdrowia w kontekście zmian demograficznych i społecznych stanowi jedno z wyzwań stojących przed wszystkimi krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Jakość wyników analizy i oceny przeszłych i bieżących wydatków na ochronę zdrowia stanowi jeden z podstawowych warunków prawidłowego planowania wydatków i ustanowienia adekwatnej do potrzeb finansowych polityki w tym zakresie. Różnorodność działań podejmowanych w systemach zdrowotnych oraz wielość czynników wpływających na wysokość globalnych i publicznych wydatków powodują niepewność co do wyników planowania, a w konsekwencji konieczność analizy wrażliwości jego wyników w postaci scenariuszy (Przywara, 2010).



Rysunek 1. Czynniki warunkujące wydatki na ochronę zdrowia. Źródło: opracowanie własne na podstawie B. Przywara (2010). *Projecting future health expenditures at European level: drivers, methodology and main results. Economic Papers*, 417. Brussels: European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs, s. 9.

Urealnienie planowania wydatków na ochronę zdrowia, w tym realokację zasobów także finansowych w kierunku dostosowania ich do potrzeb zdrowotnych, wielu teoretyków i praktyków zarządzania ochroną zdrowia upatruje w decentralizacji systemu zdrowotnego. Aby jednak rozważyć tę kwestię w aspekcie operacyjnym, należy dokonać sprecyzowania znaczenia pojęcia decentralizacji w ochronie zdrowia. W piśmiennictwie tematu decentralizacja została określona na wiele sposobów, ale najbardziej spójne z praktyką funkcjonowania systemów zdrowotnych jest rozumienie jej jako przeniesienie decyzyjności na mocy prawa z wyższego poziomu rządzenia na niższy poziom. Dotyczy to funkcji planistycznej, zarządczej i podejmowania

decyzji. Często taki transfer „władzy” pojmowany jest jako przekazanie prawa podejmowania decyzji ze szczebla centralnego na poziom lokalny/regionalny (Mills, 1994). Wielość określeń decentralizacji powoduje jednak często różne jej rozumienie i łączy się z takimi atrybutami jak przeniesienie odpowiedzialności, przeniesienie władzy w zakresie prowadzonej polityki, dekoncentracja czy prywatyzacja (Rondinelli i Nellis, 1986).

Z decentralizacją związane są ponadto takie określenia jak poziom i stopień decentralizacji. Przytaczając opinie eksperckie Światowej Organizacji Zdrowia, można wyodrębnić dwa wymiary decentralizacji: polityczny i finansowy (Saltzman, Bankauskaite i Vrangbek, 2007, s. 10–11). Ograniczając rozważania do decentralizacji finansowej rozumianej jako podział funkcji podatkowej i dokonywania wydatków między różne poziomy władzy, widzimy, że decentralizacja może przybierać różne formy. Generalnie jednak uznaje się, że polega ona na przekazaniu funkcji decyzyjnej w zakresie polityki finansowej z wyższego szczebla rządu systemem na na niższy. Jej celem jest nie tylko zarządzanie w interesie społeczności lokalnej, lecz także precyzyjne wykorzystanie informacji o szeroko rozumianej strukturze kosztów, co oznacza dostosowanie zasobów finansowych do potrzeb społeczności zgodnie z kryterium efektywności alokacyjnej. Od decentralizacji finansowej oczekuje się poprawy efektywności kosztowej, wzmocnienia kontroli nad zasobami i przychodami oraz precyzyjnej kompleksowej sprawozdawczości. Kwintesencja celów decentralizacji w aspekcie finansowym zawarta jest w następujących stwierdzeniach:

- Poprawa efektywności wykorzystania zasobów poprzez lepsze dostosowanie ich do lokalnych celów zdrowotnych.
- Wzrost świadomości w zakresie ponoszonych kosztów i uzyskiwanej efektywności produkcji świadczeń zdrowotnych poprzez alokację zasobów zgodną z kryterium użyteczności.
- Wzmocnienie znaczenia rejestrowania danych, ich sprawozdawczości, przejrzystości i jawności (Brinkerhoff i Leighton, 2002, s. 1–11).

Jednym z użytecznych operacyjnych rozwiązań w zakresie skutecznej decentralizacji finansowej jest stworzenie mapy decentralizacji zawierającej główne funkcje (planowanie, finansowanie, zarządzanie zasobami osobowymi, dostarczanie opieki zdrowotnej, zarządzanie sprzętem oraz lekami i infrastrukturą, zarządzanie informacją – zaprojektowanie systemu informacji; gromadzenie, przetwarzanie i analiza danych; udostępnianie informacji interesariuszom systemu zdrowotnego). W zakresie funkcji finansowania ochrony zdrowia mapa procesów decentralizacyjnych może obejmować: gromadzenie przychodów z poszczególnych źródeł zasilania finansowego, budżetowanie i alokację zasobów finansowych, zarządzanie finansami i sprawozdawczość, audyt finansowy (Bossert i Beauvais, 2002). Wprowadzenie decentralizacji na poziomie regionalnym wymaga nie tylko opracowania jej założeń, celów i instrumentalizacji. Równie ważnym jej warunkiem jest implementacja gwarantująca realizację celów. Do kluczowych proble-

mów implementacyjnych zaliczyć można: identyfikację wszystkich podmiotów zaangażowanych w proces finansowania ochrony zdrowia w regionie oraz zakres ich udziału w tym procesie, opracowanie planu współdziałania wszystkich interesariuszy służącego skoordynowanemu finansowaniu ochrony zdrowia w regionie, opracowanie systemu monitorowania finansowania i wykorzystania zasobów finansowych w relacji do założonych celów, zagwarantowanie zwrotnej informacji służącej monitorowaniu i korygowaniu procesów finansowych.

2. Cel badania

Celem artykułu jest przedstawienie głównych założeń analizy finansowania ochrony zdrowia w ujęciu regionalnym dla potrzeb stworzenia mapy finansowania ochrony zdrowia oraz sformułowanie możliwości i ograniczeń prowadzenia takiej analizy wynikających z dostępności danych statystycznych. Prowadzenie analiz finansowania ochrony zdrowia w regionie powinno służyć decentralizacji zarządzania zasobami ukierunkowanej na zwiększenie efektywności funkcjonowania ochrony zdrowia na tym poziomie. Cele i zakres ekonomicznej analizy ochrony zdrowia na poziomie regionu powinny być podyktowane celami, które stoją przed zarządzającymi ochroną zdrowia na tym poziomie zarządzania systemem zdrowotnym. Do celów analizy należą w szczególności:

- diagnoza wydatków na ochronę zdrowia (ich poziomu i struktury według wybranych kryteriów klasyfikowania wydatków),
- ocena dynamiki wydatków na ochronę zdrowia wg wybranych przekrojów wydatków,
- ocena alokacji środków finansowych wg wybranych przekrojów – rodzaje podmiotów ochrony zdrowia, funkcje pełnione w systemie zdrowotnym, źródła pochodzenia środków finansowych, populacja wg wybranych cech, jednostki administracyjne itd.
- ocena efektywności alokacyjnej ochrony zdrowia,
- ocena kosztów ochrony zdrowia w przekroju funkcjonalnym i instytucjonalnym,
- identyfikacja przyczyn nierównowagi finansowej podmiotów ochrony zdrowia w skali regionu (Costa-i-Font, 2012),
- ocena technicznej efektywności ekonomicznej ochrony zdrowia i określenie czynników ją warunkujących.

Z ekonomicznego punktu widzenia syntetyczną miarą funkcjonowania ochrony zdrowia jest jej ekonomiczno-społeczna efektywność. W ramach problematyki efektywności w systemach zdrowotnych, podejmowanej na gruncie ekonomiki zdrowia wyróżnia się następujące rodzaje efektywności: techniczną, produkcyjną, alokacyjną (Folland, Goodman i Stano, 2011). Do wymienionych rodzajów efektywności należy dodać także produktywność

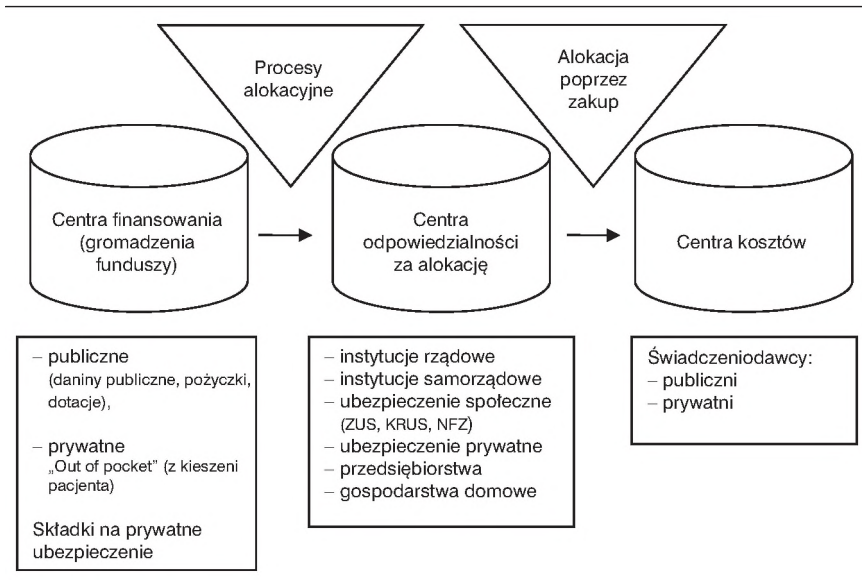
odnoszącą się do wpływu konfiguracji czynników wytwarzania świadczeń zdrowotnych w kontekście uzyskiwanych efektów zdrowotnych (Golinowska i in., 2012, s. 17–19). Schematyczne podejście do pomiaru efektywności ochrony zdrowia często odbiega od praktyki jej pomiaru ze względu na wielość i różnorodność zmiennych analizowanych w różnych krajach (*Improving efficiency and value in health care*, 2008). Pomiar efektywności bazuje na porównaniu nakładów na ochronę zdrowia w różnych przekrojach i efektów (wyrażonych w jednostkach naturalnych lub jednostkach pieniężnych – najczęściej jako uniknięte koszty), jakie uzyskuje się w wyniku realizowanej działalności. Wobec przedstawionego założenia, przyjętego w teorii i praktyce ekonomiki zdrowia, ekonomiczna analiza sytuacji ochrony zdrowia na poziomie regionu/mezoeconomicznym stanowi konieczny warunek przystąpienia do pomiaru i oceny efektywności działań ochrony zdrowia.

W związku z tym czynności analityczne odnoszące się do stanu ekonomicznego ochrony zdrowia oraz metodologia podejścia do zagadnienia stanowią efekt indywidualnego dla regionu podejścia z uwagi na czynniki je warunkujące, a szczególnie dostępność do materiału statystycznego. Metodologiczne ramy analizy powinny być jednak zgodne z kierunkami przyjmowanymi w Europie, a zwłaszcza z rekomendacjami instytucji UE. Zakres i kompleksowość analizy uzależnia się od możliwości wykorzystania danych statystyki publicznej i ich użyteczności w kontekście założeń analizy.

3. Strumienie finansowe w ochronie zdrowia na poziomie województwa

Wśród metod analiz ekonomicznych, które mogą zostać zastosowane do wieloaspektowej diagnozy systemu finansowego ochrony zdrowia, można wskazać różne podejścia, jednakże takim, które może przynieść wielostronne spojrzenie na sytuację, jest połączenie przynajmniej dwóch różnych podejść umożliwiających analizę wydatków z poszczególnych źródeł finansowania w porównaniu z kosztami ponoszonych przez świadczeniodawców z podejściem uwzględniającym przepływ pieniądza między podmiotami systemu zdrowotnego. Obserwacja przepływu pieniądza pod względem wielkości i struktury wydatków, uwzględniająca partycypację ekonomiczną różnych podmiotów (płatników, dostawców, pacjentów, instytucji regulacyjnych, profesjonalistów medycznych, producentów dóbr i usług stanowiących czynniki produkcji w wytwarzaniu usług zdrowotnych, polityków) zarówno w kosztach, jak i nakładach umożliwia zrozumienie ekonomicznych relacji między podmiotami. To z kolei daje możliwość zbadania mechanizmów alokowania środków finansowych, uwidaczniając faktyczne funkcje różnych uczestników systemu (Getzen, 2000).

Analiza przepływu środków finansowych w ochronie zdrowia w regionie stanowi sposób prześledzenia, które podmioty gromadzą środki finansowe (centra gromadzenia środków finansowych), które podmioty decydują o alokacji środków finansowych (centra odpowiedzialności), które podmioty są odbiorcami środków finansowych (centra kosztów) (Kutzin, 2008 Rydlewska-Liszkowska, Klimanek i Klimczak, 2013).



Rysunek 2. Segmenty systemu finansowego ochrony zdrowia. Źródło: opracowanie na podstawie: *Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce – Zielona Księga (2008)*. Warszawa: MZ; *Financing Health Care in the EU, European Observatory on Health Systems and Policies (2009)*. WHO; *Implementing Health Financing Reform. European Observatory on Health Systems and Policies (2010)*. WHO.

Jak wynika z rekomendacji międzynarodowych organizacji, analiza ekonomiczna, której celem jest diagnoza stanu ekonomicznego ochrony zdrowia, powinna uwzględniać funkcje realizowane przez system finansowy w następujących zakresach:

- wielkość funduszy wraz z podstawowym zakresem świadczeń warunkująca poziom zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz finansowej ochrony populacji w zakresie partycypacji jej członków w finansowaniu ochrony zdrowia,
- przejrzystość przepływu strumieni pieniądza do systemu zdrowotnego i w systemie zdrowotnym (kto i w jakim zakresie partycypuje),
- ekonomiczna efektywność nakładów w aspekcie nieprawidłowości wykorzystania i strat ekonomicznych,

- instytucjonalne poziomy alokacji środków finansowych i tworzenie funduszy finansujących ochronę zdrowia,
- liczba i rodzaje zakupionych i skonsumowanych świadczeń zdrowotnych w relacji do efektów zdrowotnych i kosztów (efektywność techniczna i alokacyjna świadczeń),
- techniczna efektywność wytwarzania świadczeń zdrowotnych (minimalny koszt wytwarzania),
- finansowa i fizyczna dostępność świadczeń dla populacji.

Źródła zasilania	Mechanizm gromadzenia środków	Odbiorcy środków finansowych
Przedsiębiorstwa	Podatki	Władza centralna, regionalna, lokalna
Jednostki, gospodarstwa domowe, pracodawcy	Składki ubezpieczenia obowiązkowego	Institucje publiczne, instytucje zabezpieczenia społecznego
NGOs	Składki ubezpieczenia dobrowolnego	Institucje non profit
Zagranica	Wydatki z kieszeni	Dostawcy świadczeń
	Pożyczki, granty, dotacje	

Rysunek 3. Źródła finansowania, mechanizmy gromadzenia dochodów, odbiorcy środków finansowych. Źródło: opracowanie na podstawie Mossialos, E. i Thomson, S. (2002). *Voluntary Health Insurance in the European Union. Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, Brussels.*

Dla potrzeb realizacji głównego celu ekonomicznej analizy ochrony zdrowia w regionie niezbędne jest skupienie uwagi na następujących celach szczegółowych:

- identyfikacja partycypacji poszczególnych źródeł finansowania ochrony zdrowia województwa łódzkiego w zasilaniu podmiotów leczniczych, zgodnie z klasyfikacją podmiotową (instytucje rządowe, instytucje samorządowe, Narodowy Fundusz Zdrowia, organizacje non profit, przedsiębiorstwa, gospodarstwa domowe, zagranica),
- określenie głównych centrów kosztów (odbiorców środków finansowych) poprzez powiązanie wydatków z poszczególnych źródeł finansowania z grupami podmiotów leczniczych wg ich typów,
- określenie głównych nośników kosztów poprzez powiązanie wydatków z poszczególnych źródeł finansowania z funkcjami systemu zdrowotnego realizowanymi w województwie łódzkim,

- analiza wyników finansowych grup podmiotów leczniczych oraz poziomu i struktury ich zobowiązań,
- analiza przyczyn nierównowagi finansowej w grupach podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem płatności (nie)realizowanych przez NFZ za tzw. ponadlimitowe przyjęcia pacjentów.

Wyznaczone cele mogą zostać zrealizowane na podstawie adaptacji klasyfikacji wydatków na ochronę zdrowia przyjętych dla poziomu makroekonomicznego w Narodowym Rachunku Zdrowia dla Polski do klasyfikowania wydatków na poziomie regionu. Klasyfikacja ta obejmuje podział wydatków wg źródeł finansowania, dostawców świadczeń i funkcji realizowanych w systemie zdrowotnym (Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 r., 2012). Zgodnie z zasadami Narodowego Rachunku Zdrowia prawdopodobne jest określenie: za jakie funkcje ochrony zdrowia się płaci, którzy dostawcy usług i dóbr otrzymują środki finansowe, kto w charakterze płatnika zasila ochronę zdrowia.

Zakres przedmiotowy i stopień realizacji wyznaczonych celu głównego i celów szczegółowych uzależniono od zakresu i użyteczności danych zawartych w źródłach statystyki publicznej, danych dostępnych w raportach, ekspertryzach i publikacjach naukowych oraz danych będących w posiadaniu urzędów marszałkowskich i danych pochodzących z innych instytucji, np. Regionalnego Centrum Pomocy Społecznej czy Regionalnej Izby Obrachunkowej.

4. Zakres podmiotowy i przedmiotowy ekonomicznej analizy ochrony zdrowia w województwie

Zakres podmiotowy analizy został wyznaczony na podstawie zasad klasyfikowania podmiotów ochrony zdrowia, przyjętych w Narodowym Rachunku Zdrowia. W analizie proponuje się rozszerzenie klasyfikacji o podział podmiotów wg organów założycielskich oraz o podmioty o szczególnym znaczeniu w województwie ze względu na specyfikę ich działalności i sposób ich finansowania.

1. Szpitale
 - Szpitale miejskie
 - Szpitale samorządu województwa łódzkiego
 - Szpitale samorządów terytorialnych
 - Szpitale UM
 - Szpitale resortów centralnych
 - Szpitale niepubliczne
2. Jednostki prowadzące i administrujące programy zdrowia publicznego
3. Instytucje administracji w ochronie zdrowia
4. Świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej:
 - Poz
 - Poradnie specjalistyczne
 - Poradnie stomatologiczne

5. Zakłady opieki pielęgnacyjnej długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze/zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze)
6. Pozostałe jednostki (sprzedawcy i dostawcy sprzętu i dóbr medycznych)
7. Zagranica
8. Podmioty ratownictwa medycznego
9. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze oraz podstawowe jednostki medycyny pracy.

Zakres przedmiotowy analizy wyznaczono w sposób umożliwiający objęcie nią funkcji podmiotów ochrony zdrowia. Na bazie jego założeń wyodrębniono następujące grupy wydatków:

- Usługi lecznicze i rehabilitacyjne
- Usługi opieki długoterminowej pielęgnacyjnej
- Usługi pomocnicze w ochronie zdrowia
- Leki i produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych
- Profilaktyka i zdrowie publiczne
- Administracja ochrony zdrowia i ubezpieczeń
- Inwestycje

Trzecia klasyfikacja wydatków na ochronę zdrowia stanowiąca dopełnienie dwóch wymienionych wcześniej to klasyfikacja wg źródeł finansowania ochrony zdrowia, do której zalicza się:

- Źródła publiczne – budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego, fundusze ubezpieczeń społecznych
- Źródła prywatne – wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych, inne wydatki prywatne (w tym: przedsiębiorstwa, organizacje pozarządowe) (*Definitions, Sources and Methods OECD Health Data 2012*, 2012, s. 18–20).

Wśród prywatnych wydatków na ochronę zdrowia szczególną uwagę skupiają wydatki gospodarstw domowych, wydatki przedsiębiorstw i organizacji pozarządowych, które tylko w niewielkiej części podlegają działaniom koordynacyjnym na poziomie regionalnym. Według danych GUS pierwsze z nich stanowią 22,1% wydatków na ochronę zdrowia, drugie – ponad 4% (oceny eksperckie wskazują na niedoszacowanie tej wielkości), trzecie – 0,7% i nadal obserwuje się tendencje wzrostową tych wydatków (*Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, 2012).

Bieżące wydatki gospodarstw domowych stanowią przedmiot badań GUS w ramach badań modułowych *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych (Budżety gospodarstw domowych w 2011 r.*, 2012). Ponadto prowadzone są także inne systematyczne badania aspektów życia społecznego, w tym badania *Diagnoza Społeczna* (Czapiński i Panek, 2011). Należy jednak zwrócić uwagę, iż wydatki indywidualne z budżetów gospodarstw domowych (*out of pocket*) często nieprawidłowo utożsamiane są z wydatkami nieformalnymi (Golinowska, 2010). Jeśli zaś chodzi o partycypację przedsiębiorstw w finansowaniu ochrony zdrowia, to można wymienić dwa główne kierunki wydatków: wydatki na profilaktykę i promocję zdrowia

oraz wydatki na inne cele zdrowotne, niezwiązane bezpośrednio z medycyną pracy. Zadania przedsiębiorców w zakresie ochrony zdrowia pracowników mają charakter obligatoryjny i ponadobligatoryjny. Włączenie zagadnień związanych z finansowaniem ochrony zdrowia przez pracodawców wydaje się uzasadnione z następujących powodów: po pierwsze, oszacowanie udziału finansowego pracodawców w zasilaniu ochrony zdrowia w regionie daje obraz zakresu finansowego wspomagania korzystania ze świadczeń ochrony zdrowia populacji osób pracujących. Po drugie, pozwala na oszacowanie ewentualnego udziału pracodawców w finansowaniu świadczeń w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego stanowiącego przedmiot projektu ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, która daje możliwość pracodawcom zawierania umów z instytucjami ubezpieczeniowymi o wykonywanie zadań z zakresu medycyny pracy. Obecnie dane o udziale pracodawców w finansowaniu ochrony zdrowia są wielkością oszacowaną/nieoszacowaną (Rydlewska-Liszkowska, 2008, s. 48–54). Trzecim, ważnym składnikiem wydatków na ochronę zdrowia są wydatki ponoszone przez organizacje pozarządowe. Ograniczoność publicznych zasobów finansowych powoduje poszukiwanie innych źródeł zasilania finansowego w różnych zakresach ochrony zdrowia (*Sfery działalności organizacji pożytku publicznego w Polsce*, 2010). Jedno z nich stanowią zasoby finansowe gromadzone przez organizacje pozarządowe działające w dziedzinie ochrony zdrowia. Na terenie Polski w 2008 r. działało 2,9 tys. (4,1% wszystkich organizacji tego typu) organizacji deklarujących ochronę zdrowia jako najważniejszą dziedzinę działalności statutowej. Ogólna liczba organizacji wynosiła 70,9 tys., przy czym ich liczba systematycznie wzrasta. Ogółem w Polsce, w latach 2004–2008, powstało 0,9 tys. nowych organizacji deklarujących ochronę zdrowia jako podstawową dziedzinę działalności. Dla porównania w 2011 r. w Polsce usługami socjalnymi/pomocą społeczną oraz ochroną zdrowia zajmowało się po około 6% tych organizacji, dla których wymienione obszary stanowiły podstawowe pole działania. Jak wskazują wnioski wynikające z przeprowadzonych analiz, struktura dziedzin aktywności polskich organizacji pozarządowych jest raczej niezmienna (*Polski sektor pozarządowy 2010*, [http](http://)).

Trudno jednak wypowiadać się na temat wielkości partycypacji organizacji pozarządowych w zasilaniu finansowym ochrony zdrowia. Oficjalnie dostępne dane stanowią wynik szacowania bądź są danymi wycinkowymi dotyczącymi np. wpływów z 1% podatku dochodowego bądź ich agregacja uniemożliwia przypisanie wielkości kwot do działań na rzecz ochrony zdrowia w regionie.

Analiza wsparcia finansowego udzielanego przez te organizacje jest silnie ograniczona ze względu na ograniczony dostęp do danych regionalnych. Co prawda dane MPiPS obejmują kwoty środków finansowych przekazane do organizacji pożytku publicznego w poszczególnych regionach Polski, ale brakuje informacji o środkach przekazanych do tych organizacji na cele związane z ochroną zdrowia¹.

Województwo	Liczba organizacji na 10 tys. ludności
Dolnośląskie	0,68–0,90
Kujawsko-pomorskie	0,40–0,56
Lubelskie	0,68–0,90
Lubuskie	0,40–0,56
Łódzkie	0,57–0,67
Małopolskie	0,68–0,90
Mazowieckie	0,68–0,90
Opolskie	0,57–0,67
Podkarpackie	0,40–0,56
Podlaskie	0,40–0,56
Pomorskie	0,68–0,90
Śląskie	0,40–0,56
Świętokrzyskie	0,57–0,67
Warmińsko-mazurskie	0,57–0,67
Wielkopolskie	0,57–0,67
Zachodniopomorskie	0,57–0,67

Tabela 1. Rozmieszczenie terytorialne organizacji pozarządowych pożytku publicznego zajmujących się ochroną zdrowia w 2008 r. Źródło: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/lodz/ASSETS_Wolontariat.pdf (dane pochodzą z uogólnionych wyników badania SOF-01 Sprawozdanie z działalności fundacji, stowarzyszeń i innych organizacji społecznych za 2008 r. zamieszczonych w Banku Danych Lokalnych GUS. Wszystkie dane dotyczą działających na użytek publiczny organizacji „trzeciego sektora”, tj. non profit.)

Województwo	Wartość środków na 100 mieszkańców w tys.
Dolnośląskie	30–40
Kujawsko-pomorskie	10–20
Lubelskie	30–40
Lubuskie	10–20
Łódzkie	10–20
Małopolskie	30–40
Mazowieckie	40+
Opolskie	20–30
Podkarpackie	Do 10
Podlaskie	10–20
Pomorskie	30–40
Śląskie	10–20
Świętokrzyskie	Do 10
Warmińsko-mazurskie	Do 10
Wielkopolskie	30–40
Zachodniopomorskie	20–30

Tabela 2. 1% podatku dochodowego przekazany na rzecz organizacji pożytku publicznego których w 2008 r. główną dziedziną działalności była ochrona zdrowia. Źródło: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/lodz/ASSETS_Wolontariat.pdf (dane pochodzą z uogólnionych wyników badania SOF-01 „Sprawozdanie z działalności fundacji, stowarzyszeń i innych organizacji społecznych za 2008 r.” zamieszczonych w Banku Danych Lokalnych GUS. Wszystkie dane dotyczą działających na użytek publiczny organizacji „trzeciego sektora”, tj. non profit.)

Z analizy wynika więc, że finansowanie ochrony zdrowia w regionie stanowi niepełny obraz faktycznego dopływu środków finansowych na tym poziomie zarządzania ochrona zdrowia, co tym bardziej uzasadnia regionalizację podejścia do tworzenia szczegółowej mapy finansowania ochrony zdrowia.

5. Segmenty ekonomicznej analizy ochrony zdrowia na poziomie regionu

Zarządzanie (w tym koordynacja wydatków z różnych źródeł zasilania finansowego) środkami finansowymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia populacji w regionie wymaga całościowego podejścia do finansowania i alokacji zasobów finansowych. Dopiero taki sposób realizacji funkcji finansowania może stymulować poprawę sytuacji finansowej podmiotów i poprawę gospodarowania środkami finansowymi. Aby osiągnąć taki cel w sektorze zdrowotnym na poziomie regionu, konieczna jest koordynacja transferów finansowych oparta na rzetelnej informacji i udziale wszystkich stron ochrony zdrowia.

Zgodnie z zaprojektowaną metodologią badania stanu finansowania ochrony zdrowia na poziomie regionalnym analiza taka powinna być przeprowadzona w ramach realizacji następujących zadań analitycznych:

1. Identyfikacja całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w regionie wg źródeł finansowania.
2. Analiza wydatków budżetowych dział 851 Ustawy budżetowej.
3. Analiza partycypacji środków finansowych na realizację zadań w ramach programów finansowanych przez UE.
4. Analiza relacji między wydatkami publicznymi i prywatnymi na ochronę zdrowia wg źródeł finansowania.
5. Analiza wydatków wg funkcji ochrony zdrowia.
6. Analiza porównawcza rentowności podmiotów leczniczych wg wybranych kryteriów klasyfikacji podmiotów.
7. Analiza kosztów świadczeń zdrowotnych według rodzajów.
8. Analiza zobowiązań, należności, wyniku finansowego podmiotów leczniczych.
9. Analiza płynności finansowej podmiotów leczniczych.
10. Analiza zakres i przyczyn nierównowagi finansowej ochrony zdrowia w regionie.

Regionalizacja w podejściu do finansowania ochrony zdrowia wg kryterium podmiotowego w Polsce skłania do podjęcia analizy wielkości i struktury środków finansowych przekazywanych z budżetu państwa do budżetu wojewody. Świadczenia zdrowotne w Polsce w przeważającej części finansowane są ze środków finansowych pozostających w dyspozycji administracji rządowej – przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia, instytucji nadzorowanej przez ministra zdrowia i ministra finansów oraz dochodów budżetu państwa (z dochodów budżetu państwa – 9,9%, z funduszu gromadzonego przez NFZ

– 61,8%, z instytucji prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego – 0,7%, ze środków finansowych gospodarstw domowych – 22,1%, ze środków gromadzonych przez instytucje non profit – 0,7, ze środków przedsiębiorstw – 4,3%, z funduszy zagranicznych – 0,5%) (*Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, 2012). Wobec tego wielkość strumieni pieniężnych przepływających do podmiotów leczniczych, zależna od decyzji podejmowanych przez instytucje rządowe (centralne) stanowi determinantę podziału środków publicznych, a w konsekwencji określa zakres świadczeń oraz dostępność do nich (Malinowska-Misiąg, Misiąg i Tomalak, 2008). Analiza transferów finansowych z budżetu państwa do budżetów wojewodów stanowi nieodłączny element analizy finansowania ochrony zdrowia w regionie (Karczewska i in., 2012). Zbadanie struktury i dynamiki wydatków z budżetu państwa Dział 851 Ochrona zdrowia wskazuje na stabilność (bądź jej brak) centralnego finansowania ochrony zdrowia z budżetu państwa. Kolejnym segmentem analizy finansowania ochrony zdrowia powinny być wydatki samorządów terytorialnych. Mogą one zostać przedstawione w przekroju wojewódzkim, powiatowym i gminnym. Takie zestawienia umożliwiają porównanie danej jednostki terytorialnej do innych jednostek tego typu w regionie, w innych regionach i do wielkości krajowych. Partycypacja środków finansowych w zasilaniu podmiotów leczniczych wynikających z zawierania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz wydatki gospodarstw domowych, przedsiębiorstw i organizacji pozarządowych stanowią konieczne komponenty do zbudowania całościowego obrazu finansowania ochrony zdrowia. W teorii zagadnienia oraz rekomendacjach instytucji Unii Europejskiej takie podejście analityczne jest niekwestionowane. Problemy zaczynają pojawiać się na etapie wdrożeniowym.

6. Podsumowanie

Zgodnie z celem przedstawionego opracowania w podsumowaniu uwaga zostanie poświęcona możliwościom i ograniczeniom analizy ekonomicznej ochrony zdrowia na poziomie regionu, które związane są z dostępnością danych. Wiedza na temat niesie bowiem ze sobą konieczność opracowania metod badania dostosowanych do postawionych celów. Dla potrzeb wykonania analizy ekonomicznej na poziomie regionu przeprowadzono przegląd piśmiennictwa i materiałów statystycznych merytorycznie zgodnych z celem podjętego badania. Liczba przeanalizowanych i wykorzystanych źródeł przekroczyła 100 pozycji, przy czym ich faktyczna liczba może i powinna zostać zwielokrotniona, jeśli horyzont czasowy analizy obejmie okres dłuższy niż 1 rok. W przeprowadzonej analizie liczba części publikacji statystycznych zwiększyła się 10-krotnie ze względu na okres obserwacji.

Ponadto o liczbie opracowań statystycznych decyduje także liczba podmiotów leczniczych funkcjonujących w regionie. W zestawieniu uwzględniono jedynie typy publikacji czy opracowań, nie biorąc pod uwagę okresu analizy i liczby podmiotów sprawozdających. Oprócz wymienionych rodzajów

Razem	Artykuły w czasopismach naukowych, rozdziały w książkach, książki (źródła krajowe i zagraniczne)	Publikacje zawierające ogólne dane statystyczne (GUS, ministerstwa, Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, NFZ)	Publikacje zawierające regionalne dane statystyczne (województwie urzędy statystyczne, wojewódzkie centra zdrowia publicznego, BDL)	Ekspertyzy oparte na celowo zgromadzonych danych statystycznych lub wykonane na podstawie danych statystycznych	Dane (zestawienia) pochodzące z podmiotów (OW NFZ, samorządy terytorialne, regionalne centra pomocy społecznej, stowarzyszenie organizacji pozarządowych, poszczególne podmioty lecznicze)
100	20	25	25	10	20

Tabela 3. Struktura publikacji wykorzystanych w analizie ekonomicznej ochrony zdrowia w ujęciu regionalnym (w %). Źródło: opracowanie własne.

źródeł analizie poddano także obowiązujące przepisy prawne oraz stosowne strony internetowe. Ze względu na ograniczenia informacyjne, które zostały sformułowane na podstawie przeglądu publikacji/opracowań zasadne jest wykorzystanie ankiet jako narzędzia badawczego, które także mogą stanowić źródło informacji ekonomicznej. Zagadnienie dotyczy to szczególnie takich podmiotów jak przedsiębiorstwa, organizacje pozarządowe i medyczne firmy „abonamentowe”.

Podsumowując: wykonanie analizy ekonomicznej w zakresie przedstawionym w opracowaniu wymagało uzupełnienia bądź celowego zgromadzenia danych o podmiotach systemu ochrony zdrowia. Dotyczy to w szczególności następujących rodzajów danych:

- dane ze sprawozdań finansowych spzoz: przychody wg źródeł, koszty wgrodzajów, wynik finansowy,
- wartość ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych (kwoty przekazane do zakładów opieki zdrowotnej, wartość niezapłaconych nadwykonań),
- wydatki inwestycyjne w ochronie zdrowia regionu (wg źródeł finansowania i wg tytułów wydatków),
- wydatki Urzędu Marszałkowskiego na rzecz fundacji i stowarzyszeń oraz wielkość zbiorów publicznych,
- wydatki przeznaczone na restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej wraz z analizą ich efektywności w poszczególnych podmiotach leczniczych,
- dane finansowe Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy dotyczące źródeł finansowania, w tym udziału pracodawców w finansowaniu ochrony zdrowia,
- dane o przychodach i wydatkach organizacji pozarządowych.

Przypis

- ¹ Informacja dotycząca kwot 1% należnego podatku dochodowego od osób fizycznych przekazanych organizacjom pożytku publicznego z rozliczenia za 2011 rok, MF, Departament Podatków Dochodowych, Warszawa 2013.

Bibliografia

- Bossert, Th. i Beauvais, J. (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning*, 17(1), 14–31, <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/17.1.14>.
- Brinkerhoff, D. i Leighton, C.: Decentralization and Health System Reform. PHRplus Resource Center, Maryland. *Partners for health Reformplus 2002, 1*: 1–11.
- Budżety gospodarstw domowych w 2011 r.* (2012). Warszawa: GUS.
- Costa-i-Font, J. (2012). Fiscal Federalism and European Health System Decentralization: A perspective. LSE 'Europe in Question' Discussion Paper Series. *LEQS Paper No. 55/2012*.
- Czapiński, J. i Panek, T. (red.). (2011). *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- Definitions, Sources and Methods OECD Health Data 2012 (2012). Paris: OECD, June. Pożyczono z: <http://www.oecd.org/health/healthdata> (29.06.2013).
- Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce – Zielona Księga* (2008). Warszawa: MZ.
- Financing Health Care in the EU, European Observatory on Health Systems and Policies* (2009). WHO.
- Folland, S., Goodman, A.C. i Stano, M. (2011). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Getzen, T. (2000). *Ekonomika zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Golinowska, S. (2010). Oplaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie. *Zdrowie i Zarządzanie, VIII*; 1, 12–28.
- Golinowska, S., Sowada, Ch., Tambor, M., Dubas, K., Jurkiewicz-Świątek, I., Kocot, E., Seweryn, M. i Evetovits, T. (2012). Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania. Kraków: Vesalius.
- Implementing Health Financing Reform. European Observatory on Health Systems and Policies* (2010). WHO.
- Improving efficiency and value in health care (2008). *Health Services Research*, 43(5), Part II.
- Karczewska, Z., Kowalewska, A., Witana, K. i Szpak, A. (2012). Analiza wydatków publicznych na ochronę zdrowia powiatów województwa podlaskiego w latach 2005–2009. *Hygeia Public Health*, 47(3): 307–312.
- Kutzin, J. (2008). Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers. *Health Financing Policy Paper, 1*, WHO.
- Malinowska-Misiąg, E. Misiąg, W. i Tomalak, M. (2008). *Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce. Analiza regionalna*. Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową w Gdańsku.
- Mills, A. (1994). Decentralization and accountability in health sector from an international perspective: What are the choices? *Public Administration and Development*, 14, 281–292, <http://dx.doi.org/10.1002/pad.4230140305>.
- Mossialos, E. i Thomson, S. (2002). *Voluntary Health Insurance in the European Union*. Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, Brussels.
- Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 r.* (2012). Warszawa: GUS.
- Polski sektor pozarządowy 2010*. Pożyczono z: http://www.swiatproblemow.pl/2011_12_1.html (27.04.2013).
- Przywara, B. (2010). Projecting future health expenditures at European level: drivers, methodology and main results. *Economic Papers*, 417. Brussels: European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- Rondinelli, D.A. i Nellis, J.R. (1986). Assessing decentralization policies in developing countries: The case for cautious optimism. *Development Policy Review*, 4, 3–23, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-7679.1986.tb00494.x>.

- Rydlewska-Liszkowska, I. (2008). Finansowanie ochrony zdrowia przez pracodawców. W: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce Zielona Księga II*. Warszawa. Pozyskano z: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zielona_ksiega_06012009.pdf (1.07.2013).
- Rydlewska-Liszkowska, I., Klimanek, M. i Klimczak, A. (2013). Health care services financing In the region, an example of Łódź province. *Journal of Health Policy, Insurance and Management*, XIII; III, 79–104.
- Saltzman, R.B., Bankauskaite, V. i Vrangbek, K. (2007). Decentralization in health care. *European Observatory on health Systems and Policies Series*. WHO.
- Sfery działalności organizacji pożytku publicznego w Polsce* (2010). Kraków: Urząd Statystyczny w Krakowie.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* (2012). Warszawa: GUS.