

# Sylwia Nieszporska

---

## Polityka państwa a sektor ochrony zdrowia w Polsce

---

Ekonomiczne Problemy Usług nr 113, 81-91

---

2014

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](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

*SYLWIA NIESZPORSKA*

Politechnika Częstochowska<sup>1</sup>

## POLITYKA PAŃSTWA A SEKTOR OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

### Streszczenie

Model polskiego systemu ochrony zdrowia, który wyrósł na bazie systemu rosyjskiego (modelu Siemaszki), choć dzisiaj zmieniony i zmodyfikowany, nadal bazuje na koncepcji publicznej służby zdrowia finansowanej z podatków. Jego funkcjonowanie czyni państwo odpowiedzialnym za zdrowie obywateli i dostęp do szerokiego zakresu świadczeń publicznych.

Przytoczone opracowanie jest próbą streszczenia faktycznych celów, jakie stoją przed państwem w polskim systemie ochrony zdrowia i konsekwencji jego działań. Dane przytoczone w opracowaniu pochodzą przede wszystkim z 2010 r.

**Słowa kluczowe:** system ochrony zdrowia, świadczenia publiczne, polityka państwa

### Wprowadzenie

Wśród wielu interesariuszy sektora ochrony zdrowia na jednym z kluczowych miejsc wymienia się państwo. Taki stan rzeczy, choć wydawałoby się naturalny, implikuje wiele roszczeń społeczeństwa skierowanych do rządu, ale także obowiązków, jakie stoją przed państwem. Wszyscy mamy przekonanie, że za odpowiedzialnością państwa za system ochrony zdrowia stoją olbrzymie pieniądze zasilające system. Rzeczywistość, tym czasem, serwuje społeczeństwu informacje o wycofywaniu się rządu z finansowania sektora i przerzucaniu odpowiedzialności za publiczne podmioty lecznicze na barki samorządów terytorialnych. Kluczowym zatem w rozwikłaniu pozycji państwa w kreowaniu systemu wydaje się zrozumienie istoty

---

<sup>1</sup> Katedra Ekonometrii i Statystyki.

jego działania, jego głównych funkcji, ale także roli instytucji współodpowiedzialnych za system.

W dzisiejszym świecie, żadne państwo nie może sobie pozwolić na zupełnie autonomiczną, niezależną od ogólnie przyjętych standardów politykę w odniesieniu do tak ważnego działu gospodarki narodowej, jakim jest sektor ochrony zdrowia. Być może dlatego, w myśl zasad globalizacji, przemożny wpływ na politykę zdrowotną w krajach Wspólnoty mają dyrektywy, postanowienia i ogólnie przyjęte przez Unię Europejską i Światową Organizację Zdrowia standardy. Od nich w dużej mierze, zależą posunięcia rządu, wdrażane pogromy i kreowana polityka. Jednak nadrzędne, ze społecznego punktu widzenia, wydają się w takich rozważaniach potrzeby i bolączki lokalnej społeczności, czynniki demograficzne, wskaźniki i zmienne odpowiedzialne za opis stanu zdrowia społeczeństwa, za które w polskim systemie nadal odpowiada państwo.

## 1. Rola państwa na rynku świadczeń zdrowotnych

W związku z rolą, jaką pełni bądź pełnić powinno państwo w systemie zdrowotnym, istnieje wiele teorii i poglądów. Skrajni liberalowie na przykład wnoszą o minimalny stopień zaangażowania państwa w prawa rynkowe, a tym samym w funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia, dopatrując się w nim naruszenia indywidualnej wolności jednostki. Zgodnie z tą teorią „dystrybucja usług zdrowotnych powinna wynikać ze swobody zawierania umów na rynku. Opiekę zdrowotną, jak każdy towar, rozdzielać należy według dochodów, gustów i cen” (Niżnik 2004, s. 40).

W mniej skrajnej opcji liberalizmu dopuszcza się ingerencję państwa w rynek, także zdrowotny, powołując się na równość i wolność, a tym samym stawiając na piedestale solidarność, w myśl której stwarzanie równych szans stać się powinno domeną państwa (Niżnik 2004, s. 41).

Zgoła odmiennie poglądy głoszą zwolennicy teorii kolektywistycznych, uznając interwencję państwa w prawa rządzące rynkiem za dopuszczalne. Dla skrajnych kolektywistów rola państwa jest wręcz konieczna, aby można było mówić o sprawiedliwym sposobie kontroli alokacji i dystrybucji zasobów (Niżnik 2004, s. 43).

Bez względu jednak na poglądy na temat roli państwa w kreowaniu i funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, kluczowym wydaje się zrozumienie sedna rozważań, którym jest zdrowie. Na tle historii ludzkości powstało wiele jego definicji, jednak w naszych rozważaniach istotnym jest rozpatrywanie go w kontekście z jednej strony – jednostkowym, a z drugiej – na poziomie populacji (Suchecka 2010, s. 95). W tym ostatnim znaczeniu można je traktować jako dobro publiczne i wówczas rola państwa zdaje się niezwykle ważna. Istotna jednak i warta podkreślenia w tym miejscu jest definicja dobra publicznego, w myśl której [...] to dobro, którego konsumpcja jest niekonkurencyjna (tj. konsumpcja jednej osoby nie obniża

poziomu konsumpcji innej) oraz niemożliwa do wykluczenia (tj. konsument nie może być wykluczony z konsumpcji dobra z powodu konieczności płacenia za dobro lub przez jakiś inny mechanizm)” (Folland, Goodman, Stano 2011, s. 708). W takim rozumieniu dobra publicznego, a więc także zdrowia, niezaprzeczalna pozostaje interwencja i rola rządu w jego kontroli. Funkcje państwa nie są często bezpośrednio związane ze zdrowiem, gdyż wiążą się z faktem, że rząd zapewnia środek wymiany, jakim jest pieniądz i utrzymuje jego wartość. Rząd także tworzy odpowiednie akty prawne zapewniające bezpieczeństwo, czy jakość usług, dostarcza dobra publiczne i stwarza możliwość korzystania z nich przez swoich obywateli, reguluje i wpływa na rynek krajowy, czy wreszcie sprawuje opiekę nad ubogimi (Getzen 2000, s. 387–397).

W Polsce rządowym organem odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia jest Ministerstwo Zdrowia. Kompetencje ministerstwa nie ograniczają się jedynie do nadzorowania działalności jednostek organizacyjnych mu podległych. Wiążą się także z inicjalizacją i koordynacją zadań centrów medycznych, jednostek zajmujących się jakością w ochronie zdrowia, informatyzacją sektora, kontrolą centrali NFZ, Agencji Oceny Technologii Medycznych i wielu innych organizacji powiązanych w sposób bezpośredni, bądź pośredni z sektorem (Zarządzenie 2012, §1–7). Kompetencje i zakres obowiązków, jaki spoczywa na ministerstwie, jednoznacznie implikuje fakt kluczowej jego roli w zarządzaniu sektorem ochrony zdrowia i wpływie prowadzonej polityki na cały sektor.

## 2. Polityka rządu w obszarze ochrony zdrowia

Rząd przy wszystkich swoich możliwościach dysponuje wieloma narzędziami regulacji zasobów i ich dystrybucji na rynku wewnętrznym. W rozważaniach dotyczących sektora ochrony zdrowia najistotniejsze są takie możliwości, które koncentrują się wokół podatków i subwencjonowania wybranych towarów lub usług, publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, programów redystrybucji dochodu oraz regulacji prawnych (Folland, Goodman, Stano 2011, s. 713).

Nałożenie podatków i subwencjonowanie niektórych produktów jest odpowiedzialnością rządu na tzw. efekty zewnętrzne, a więc „korzyści lub szkody, jakie wynikają dla innych konsumentów z produkcji lub konsumpcji danego dobra” (Niznik 2004, s. 47). W opiece zdrowotnej efektami zewnętrznymi charakteryzują się takie działania jak programy szczepień, dostarczanie czystej wody, czy racjonalna gospodarka ściekami, których następstwa są korzystne nie tylko dla pojedynczego odbiorcy, ale także dla innych, którzy niekoniecznie ponieśli koszty związane z ich konsumpcją. Widoczne są zatem pozytywne następstwa zdrowotne dla całego społeczeństwa, co ma istotne znaczenie dla rządu, który je finansuje i ułatwia do nich publiczny dostęp. Ważne podkreślenia jest jednak to, że wiele efektów zewnętrz-

nych nie może znaleźć odzwierciedlenia w cenach dóbr i usług, dlatego tak istotne w tej sytuacji staje się zarządzanie podatkami i ewentualne przyznanie przez rząd subwencji wybranym towarom, czy usługom. To jednak wymaga dokładnych oszacowań wartości pieniężnych charakteryzujących efekty zewnętrzne, ale także znajomości popytu i podaży świadczeń zdrowotnych.

Drugi typ działań, jaki wiąże się z interwencją rządu w rynek świadczeń zdrowotnych związany jest z dostarczeniem świadczeń publicznych. W różnoraki sposób różne państwa podchodzą do tej kwestii<sup>2</sup>. Kluczowa jednak pozostaje odpowiedź na pytania: co? jak? dla kogo?, które dotyczą rodzaju, zakresu, czy jakości świadczeń, jakich należy dostarczyć, sposobu, w jaki rząd „wyprodukować” powinien dane świadczenia i wreszcie do kogo skierować usługę, czy ma być powszechna i bezpłatna.

Ważką dla społeczeństwa jest kwestia sprawiedliwości społecznej, a więc w rozumieniu finansowania potrzeb społecznych – redystrybucji dochodu. Ta z kolei związana jest z zabezpieczeniami emerytalnymi, rentami, które pozostają domeną rządu.

Rząd także wpływa na alokację zasobów poprzez tworzenie i wdrażanie w życie regulacji prawnych, ustaw i rozporządzeń. Może także całkowicie zakazać pewnych działań, na przykład produkcji i sprzedaży narkotyków. Może także nakazać zachowanie specyficznych warunków produkcji (na przykład leków), czy jakości świadczeń.

### 3. Finansowanie polskiego sektora ochrony zdrowia z budżetu państwa

Rokrocznie z budżetu państwa rząd przeznaczona ustaloną kwotę na różne cele, w tym w rozdziale 46. na zdrowie. Dział Zdrowie obejmuje następujące obszary: administrację publiczną, szkolnictwo wyższe, obronę narodową, ochronę zdrowia oraz kulturę i ochronę dziedzictwa narodowego.

W rozdziale Ochrona zdrowia w 2010 r. wydatki te kształtowały się na poziomie 2 639 633 zł (*Sprawozdanie 2011*, s. 11) (rzeczywista, nieplanowana wartość). Kwota ta stanowiła 98,1%, wydatków z budżetu państwa objętych rozdziałem Zdrowie. W 2010 r. największy udział w wydatkach na ochronę zdrowia miały: programy polityki zdrowotnej (ok. 29% wydatków ogółem), ratownictwo medyczne (ok. 14%), wydatki z wyłączeniem wydatków na współfinansowanie projektów z udziałem środków UE (ok. 13%), świadczenia wysokospecjalistyczne (ok. 11%).

Wydatki finansujące programy i projekty czynią Ministerstwo Zdrowia instytucją pośredniczącą, instytucją wdrażającą (wspomagającą), beneficjentem systemowym oraz instytucją dofinansowującą wkład własny jednostek podległych

---

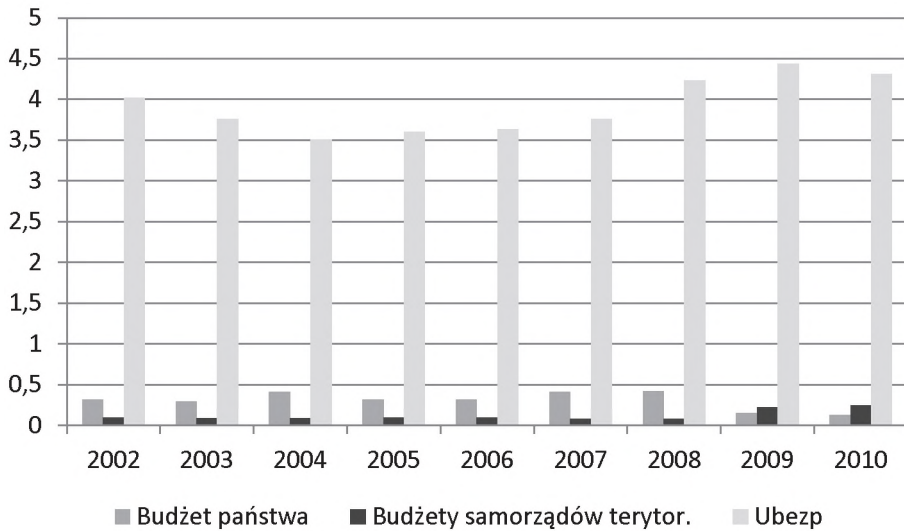
<sup>2</sup> Więcej na temat różnych modeli systemów zdrowotnych znaleźć można na przykład w publikacji Strzeleckiej 2001, s. 91–101.

i nadzorowanych, które realizują projekty. Projekty, których dotyczyły wydatki przeznaczone z budżetu państwa w 2010 r., związane były z: pomocą techniczną programów finansowanych z udziałem środków europejskich, realizacją programów finansowanych z udziałem środków europejskich, podlegających refundacji, inwestycjami, rozwojem infrastruktury opieki zdrowotnej, ratownictwem, informatyzacją systemu opieki zdrowotnej, szkoleniem różnych grup zawodowych pracowników systemu, profilaktyką opieki zdrowotnej i opieką nad dzieckiem.

W ramach programów polityki zdrowotnej budżet państwa w 2010 r. finansował także programy dotyczące m.in.: chorób nowotworowych, wirusa HIV, hemofilii, chorób układu sercowo-naczyniowego, chorób psychiatrycznych, medycyny transplantacyjnej i wielu innych (*Sprawozdanie 2011*, s. 126).

W ramach wydatków na ochronę zdrowia finansowane z budżetu państwa są także: szpitale ogólne, kliniczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, lecznictwo psychiatryczne, Inspekcja Sanitarna, Inspekcja Farmaceutyczna, Inspekcja do Spraw Substancji i Preparatów Chemicznych, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, publiczna służba krwi, usuwanie skutków klęsk żywiołowych, zapobieganie i zwalczanie AIDS, zwalczanie narkomanii, przeciwdziałanie alkoholizmowi, medycyna pracy, dopłaty do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarcom i położnym oraz umorzenia tych kredytów.

Mimo, wydawałoby się, dość wysokich kwot, jakie płyną z budżetu państwa do sektora ochrony zdrowia, źródło to jest tylko jednym z trzech największych. Zdecydowanie większą rolę w finansowaniu sektora przejął Narodowy Fundusz Zdrowia, jako publiczny ubezpieczyciel oraz samorządy terytorialne (rysunek 1).



Rys. 1. Wydatki publiczne na sektor ochrony zdrowia w Polsce w latach 2002–2010 (% PKB)

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS ([www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)).

Największą rolę w finansowaniu sektora pełni główny i jedyny publiczny płatnik w Polsce, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia i na tle wydatków z tego źródła, wydatki z budżetu państwa są nieznaczące. Dla porównania, w 2010 r. NFZ przeznaczył na ten cel kwotę stanowiącą 4,31% PKB, a państwo – 0,13% PKB. Taka dysproporcja wydaje się z jednej strony oczywista, zważywszy na funkcję, jaką w systemie pełni NFZ, z drugiej – zaskakująca, gdy rozważy się cel alokacji środków rządowych i potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

#### 4. Świadczenia publiczne w Polsce

W myśl ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.), każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia oraz świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z publicznych środków (świadczenia zdrowotne, rzeczowe i towarzyszące). Precyzyjnie rzecz ujmując, do korzystania ze wspomnianych świadczeń mają więc prawo:

- osoby objęte powszechnym i obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym;
- inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r.);

- inne, niż wymienione wcześniej, osoby posiadające obywatelstwo polskie: które nie ukończyły 18. roku życia i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub pogołu.

Ustawa jednoznacznie określa i definiuje osoby ubezpieczone (art. 3). Dla większości z nich składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki i w ramach tej opłaty przysługują im świadczenia gwarantowane, a więc takie, które finansowane są w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie.

Świadczenia gwarantowane udzielane są przez zakłady opieki zdrowotnej, które w myśl najnowszej nomenklatury nazywamy podmiotami leczniczymi (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.), obejmują bardzo szeroki pakiet świadczeń, w tym m.in. podstawową i specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną, leczenie szpitalne, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, rehabilitację leczniczą, lecnicstwo uzdrowiskowe itd.

Usługi takie świadczą w Polsce przede wszystkim placówki publiczne, dla których organem założycielskim jest najczęściej organ samorządu terytorialnego (jakby na to nie patrzeć pozostający pod zwierzchnictwem rządu), minister lub centralny organ administracji rządowej, czy inne instytucje publiczne (publiczna uczelnia medyczna, publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego). Nie znaczy to, że nie mają racji bytu na polskim rynku świadczeń zdrowotnych placówki niepubliczne. Wydaje się, że powoli zaczynają one wypierać te publiczne, mając także prawo do świadczenia usług w ramach kontraktów z NFZ.

## 5. Zdrowie społeczeństwa polskiego

Jednym z ważniejszych wskaźników świadczących o zdrowiu społeczeństwa, a tym samym po części o skuteczności działającego w nim systemu jest przeciętne dalsze trwanie życia, czy oczekiwana długość życia w zdrowiu.

Przeciętne dalsze trwanie życia nowo narodzonych Polaków nieustannie rośnie i to zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. W 2010 r. dla mężczyzn wartość tej cechy wynosiła 72,1 lat, a dla kobiet 80,6 lat, podczas gdy w 1999 r. wartości te kształtowały się odpowiednio na poziomie 68,8 oraz 77,5 lat (*Trwanie* 2013, s. 15).

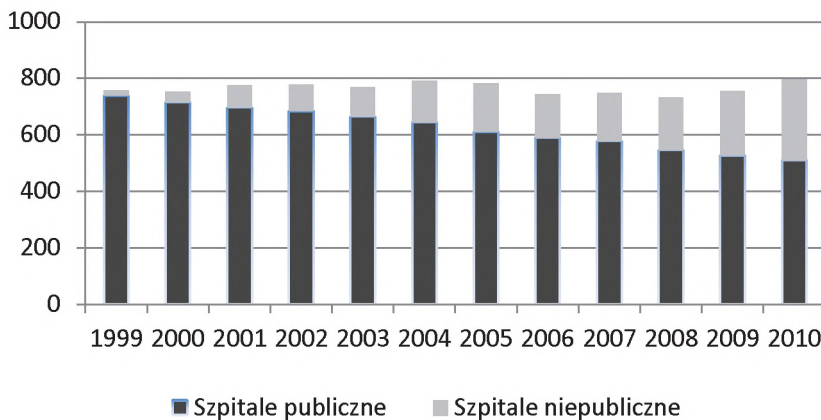
Trochę mniej optymistycznie wyglądają jednak szacunki Eurostatu, dotyczące oczekiwanej długości życia w zdrowiu. Zgodnie z nimi w 2010 r. Polska zajmowała miejsce dopiero w trzeciej dziesiątce krajów europejskich pod względem oczekiwanej długości życia w zdrowiu najmłodszych obywateli. Dla chłopców wiek ten wynosił bowiem 59 lat, a dla dziewcząt 62 lata (*Zdrowie* 2012, s. 74).

Polska to kraj, w którym w 2010 r. aż 42% osób oceniało swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej. Plasowało to nasz kraj na 25. miejscu w gronie 30 analizowa-



nych państw (*Zdrowie 2012*, s. 67). Pesymistyczne odczucia Polaków związane z ich zdrowiem, znajdują odzwierciedlenie także w postrzeganiu i kwalifikowaniu tych kłopotów. W 2010 r. co trzeci bowiem Polak miał długotrwałe problemy zdrowotne, co w gronie 30 państw umiejscowiło Polskę na 19 miejscu od końca za np.: Szwecją, Słowacją, Bułgarią, Włochami, Portugalią, Danią czy Belgią (*Zdrowie 2012*, s. 68).

Realne potrzeby zdrowotne społeczeństwa także wydają się ciągle niezaspokojone, na co wskazywać mogą długie kolejki do lekarzy specjalistów. Jak pokazują dane<sup>3</sup>, czas oczekiwania na przykład na usługę wszczepienia soczewki wewnątrzgałkowej na koniec 2010 r. w województwie opolskim wynosił średnio 390 dni, a Dolnym Śląsku – 357 dni. Mniejsze wartości czasu oczekiwania, ale i tak zaskakujące, dotyczą nawet standardowych, wydawałoby się, wizyt na przykład u lekarzy ginekologów. Średni czas oczekiwania na świadczenie ginekologiczno-położnicze na koniec 2008 r. wynosiło w rejonie śląskim, pomorskim, lubelskim i mazowieckim średnio 30 dni (Nieszporska 2009, s. 181).



Rys. 2. Liczba szpitali w Polsce w latach 1999–2010

Źródło: obliczenia własne na podstawie: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2000–2011.

Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych możliwe jest tylko przy wykorzystaniu zasobów systemu ochrony zdrowia. Do najważniejszych z nich zaliczyć można liczbę zakładów opieki zdrowotnej, a wśród nich – liczbę szpitali. Okres od 1999 r. to czas wzrostu łącznej liczby szpitali w Polsce (rysunek 2).

Ogólnemu wzrostowi liczby szpitali towarzyszy jednak roczny spadek liczby szpitali publicznych. Podczas gdy w 1999 r. placówek takich było 738, to

<sup>3</sup> Obliczenia własne na podstawie danych NFZ, [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

w 2010 r. odnotowano ich już tylko 509. Dane powyższe jednoznacznie wskazują na bardzo powolne przejmowanie przez placówki niepubliczne obowiązków i funkcji, jakie kiedyś sprawowały jedynie podmioty publiczne. Być może taki stan rzeczy świadczy o nieefektywnej pracy służb publicznych, o ich niedofinansowaniu i braku możliwości dalszej egzystencji na rynku świadczeń zdrowotnych. Stawiać to może pod znakiem zapytania zasadność istnienia świadczeń publicznych.

Tabela 1

Liczba lekarzy zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia w Polsce  
w latach 1999–2010 (w przeliczeniu na 10 tysięcy ludności)

Rok	Wskaźnik na 10 tys. ludności
1999	22,6
2000	22,0
2001	22,8
2002	23,0
2003	22,9
2004	22,4
2005	19,9
2006	20,3
2007	20,5
2008	20,5
2009	20,7
2010	20,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2000–2011.

Dostępność świadczeń medycznych to także możliwości zaspokojenia potrzeb społeczeństwa przez personel medyczny, a w szczególności przez lekarzy. Zmiany w liczbie lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców Polski na przestrzeni lat 1999–2010 prezentuje tabela 1.

Najwyższy wskaźnik zatrudnionych lekarzy w badanym okresie odnotowano w 2003 r., w którym również zauważono ich najwyższą w tym czasie liczbę bezwzględną wynoszącą 88 070 osób. Od 2005 r. można spostrzec sukcesywny wzrost tego wskaźnika z poziomu 19,9 do 20,8 osób w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Czy wynik ten jest porównywalny z innymi krajami? Z porównań międzynarodowych, dotyczących ogólnej liczby lekarzy wynika, że Polska, dla której wskaźnik w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców na przykład w 2007 r. wynosił 2,2, pozostaje daleko za wieloma krajami europejskimi, ale także za średnią UE, która dla tego roku wynosiła 3,1 osób w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców (Kozakiewicz, Chodorski 2011, s. 5).

## Podsumowanie

Polski system ochrony zdrowia stanowiący swoistą modyfikację systemu sprzed 1999 r., a więc modelu rosyjskiego, nadal hołduje zasadzie finansowania usług zdrowotnych z puli publicznych ubezpieczeń. Następstwem takiego podejścia jest obowiązek zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych, w czym kluczową rolę odgrywają władze publiczne. Większość zatem placówek medycznych to nadal w polskiej rzeczywistości placówki publiczne, choć ambulatoryjna podstawowa opieka zdrowotna przeszła w dużej mierze w ręce prywatnych właścicieli. Choć w dużym tempie wzrasta liczba szpitali niepublicznych, to leczenie poważnych schorzeń, a więc także drogich, jest nadal domeną publicznych placówek. Implikuje to fakt długich kolejek do usług specjalistycznych, tym samym przyczyniając się do niezadowolenia społecznego. Ograniczony dostęp do świadczeń zdaje się potwierdzać także informacja o ograniczeniach kadrowych w sektorze.

Choć władze publiczne wiele czynią na rzecz poprawy zdrowia Polaków, a rzeczywiste wskaźniki zdrowotne, w porównaniu z latami wcześniejszymi, znacznie się poprawiły, to opinia i odczucia obywateli polskich związane z samopoczuciem nadal świadczą o niezaspokojonym popycie na usługi medyczne. Nie tylko zresztą subiektywny sąd Polaków o ich zdrowiu, ale także niezależne od ich opinii wskaźniki wciąż odbiegają od średnich europejskich.

Można zatem wnioskować, że mimo olbrzymich pozytywnych zmian (co należy podkreślić), jakie zaszły w polskim systemie ochrony zdrowia, karkołomnej pracy władz publicznych związanej ze zmianą regulacji prawnych, struktur systemu, przekształceń własnościowych, wdrażaniu rozmaitych programów i projektów, system pozostaje niedoskonały, a wręcz ułomny. Być może stanowi to wskazówkę do ograniczenia ingerencji państwa w sektor i konieczność jego prywatyzacji? Odpowiedź na to pytanie zdaje się jedną z trudniejszych i na pewno wymaga obszerniejszych analiz.

## Literatura

- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, [www.csioz.gov.pl](http://www.csioz.gov.pl).
- Folland S., Goodman A.C., Stano M. (2011), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Getzen T.E. (2000), *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa.
- Kozakiewicz J., Chodorski J. (2011), *Perspektywy zawodowe lekarzy specjalistów na obszarze Izby Lekarskiej: Śląskiej i Dolnośląskiej – problemy demograficzne*, 22 listopada 2011, [www.izba-lekarska.org.pl](http://www.izba-lekarska.org.pl) (dostęp 2014).
- Nieszporska S. (2009), *Regionalna analiza statystyczna dostępności świadczeń ginekologiczno-położniczych*, w: *Współczesne wyzwania strukturalne w ochronie zdro-*

- wia, (red.) R. Lewandowski, R. Walkowiak, Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn, s. 177–185.
- Niznik J. (2004), *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Kraków.
- Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa w zakresie ochrony zdrowia za 2010 r.*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa (czerwiec 2011).
- Strzelecka A. (2001), *Wydatki na ochronę zdrowia w wybranych krajach OECD z uwzględnieniem systemów opieki zdrowotnej tych krajów*, „Pielęgniarstwo Polskie” nr 1, s. 91–101.
- Suchecka J. (2010), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- Trwanie życia w 2012 r.* (2013), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2008, Nr 115, poz. 728).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654).
- www.nfz.gov.pl (2013).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2012 r. w sprawie zakresu czynności Sekretarza Stanu oraz Podsekretarzy Stanu w Ministerstwie Zdrowia, (Dz.Urz. Min. Zdr. 2012, poz. 67).
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* (2012), Informacje i Opracowania Statystyczne Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

## THE STATE POLICY AND THE HEALTH CARE SYSTEM IN POLAND

### Summary

The model of the Polish health care system originates from a Russian model, and although modified and changed, is still based on a public health service and thus financed by taxes. That makes the state responsible for the health of the nation and the access to the public health service.

The presented paper is an attempt to describe the real goals of the state in Poland and the consequences of such responsibility. Data used in the paper mostly derive from the year 2010.

**Keywords:** a health care system, a public service, a state policy

*Translated by Sylwia Nieszporska*