

Adam Kubów

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

NIEDOFINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – WYBRANE PROBLEMY

Streszczenie: W Polsce w 2011 r. udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB kształtował się na poziomie 6,9%. Był to udział niemal dwukrotnie niższy niż w wielu innych krajach europejskich, np. we Francji, w Niemczech i w Holandii, charakteryzujących się także znacznie wyższym poziomem PKB. W artykule zostały przedstawione zarówno skutki niedofinansowania ochrony zdrowia w Polsce, jak i wybrane rozwiązania mające na celu pokonywanie bariery braku środków. Można ich upatrywać m.in. w większym pozyskiwaniu środków z sektora przedsiębiorstw, wykorzystywaniu zasady współpłacenia za usługi medyczne czy upowszechnianiu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jak i w realizacji polityki zdrowotnej nastawionej na efektywność.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, niedofinansowanie, dostępność świadczeń, nowe środki, efektywność

1. Wstęp

W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, system ochrony zdrowia podlegał zmianom, które wynikały m.in. z możliwości finansowych kraju, zmieniających się wciąż potrzeb i preferencji zdrowotnych, jak i z oceny funkcjonujących rozwiązań. W pierwszych latach transformacji ustrojowej zmniejszyły się zasoby budżetu państwa, a tym samym i możliwości finansowania usług przez środki pochodzące z tego źródła. Niekorzystnie na ochronę zdrowia wpłynęła także zmiana wewnętrznej struktury wydatków państwa, związana z koniecznością przeznaczenia większej puli środków na zwalczanie pojawiających się nowych zagrożeń poziomu życia ludności, takich jak rosnące bezrobocie, ubóstwo czy bezdomność. W konsekwencji ochrona zdrowia była i wciąż pozostaje niedofinansowana.

Realizacja zadań ochrony zdrowia i osiągnięcie stawianych przed nią celów wymaga stosowania szerokiego zestawu instrumentów, sprzyjających z jednej strony tworzeniu jej zasobów materialnych i kadrowych, a z drugiej – efektywnemu ich wykorzystaniu. Uruchomienie wielu instrumentów wymaga ogromnych środków finansowych, stąd nakłady na ochronę zdrowia w wielu krajach systematycznie się zwiększają. Obecnie w krajach rozwiniętych wydatki na ochronę zdrowia sięgają,

a w wielu nawet znacznie przekraczają 10% PKB (np. w latach 2009-2011 r. udział ten we Francji, w Niemczech i w Holandii sięgał 12%, a w USA wynosił 17,7%)¹.

Artykuł ma na celu pokazanie, że w ochronie zdrowia w Polsce niezbędne są zmiany zmierzające do zwiększenia nakładów finansowych na utrzymanie i wykorzystanie jej zasobów materialnych i kadrowych na poziomie zapewniającym sprawne funkcjonowanie. W artykule tym samym dokonano próby przybliżenia negatywnych następstw niedofinansowania ochrony zdrowia i rozwiązań zmierzających do ich niwelowania, szczególnie tych, które w polskich warunkach nie są jeszcze tak powszechne jak w innych krajach, a zwiększenie ich roli wydaje się możliwe.

Rosnące koszty funkcjonowania i rozwoju ochrony zdrowia są wynikiem postępu technicznego oraz kwalifikacji zawodowych personelu medycznego. W opiece zdrowotnej krajów rozwiniętych dominuje obecnie tzw. twarda technologia, polegająca na wykorzystaniu skomplikowanych i bardzo kosztownych urządzeń, a te z kolei wymagają rozwoju nowych specjalizacji medycznych i zatrudnienia specjalistów do obsługi aparatury diagnostycznej i terapeutycznej. Leczenie wspólnie często przenosi się z gabinetów lekarskich do szpitali. Dzisiejsze ośrodki zamkniętej opieki medycznej i przychodnie specjalistyczne to wielkie, profesjonalne instytucje. Procesy te zachodzą także w Polsce, jednakże łączny udział wydatków publicznych i wciąż rosnących wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w PKB był i ciągle jest w Polsce wyraźnie niższy niż w rozwiniętych krajach grupy OECD. W 2011 roku tylko w czterech krajach należących do OECD udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB kształtował się na poziomie do 7% i wynosił: w Turcji 5,7% w Estonii 5,9%, Meksyku 6,2% i w Polsce 6,9%². Ciągły brak środków w polskiej ochronie zdrowia wymusza podejmowanie różnych działań oszczędnościowych, co negatywnie odbija się na podstawowych elementach systemu ochrony zdrowia, czyli pacjentach i kadrze medycznej. Obecna sytuacja też stawia wysokie wymagania przed menedżerami kierującymi zakładami opieki zdrowotnej, podobne do tych, jakie stawiane są przed przedsiębiorstwami, a więc mają oni zahamować proces zadłużania się jednostek medycznych, osiągnąć poziom samofinansowania, a docelowo uzyskać także nadwyżkę finansową³. Udaje się to niestety tylko nielicznym podmiotom⁴.

¹ *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok*, GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa 2012, s. 7, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2011.pdf, 1.07.2013.

² Tamże.

³ M. Węgrzyn, *Kształtowanie wartości ZOZ a rynek usług finansowych*, [w:] M. Łyszczak, M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 226, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 70-71.

⁴ Badania NIK-u opublikowane w 2010 roku pokazały, że tylko cztery szpitale spośród 46 skontrolowanych odnotowały w latach 2006-2009 zysk z działalności operacyjnej. Por. *Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, NIK, Warszawa 2010, s. 14, <http://www.nik.gov.pl/kontrolne/wyniki-kontroli-nik/kontrolne,6921.html>, 15.07.2013.

Niewątpliwie to zbyt długie odwołanie reformowania opieki zdrowotnej w Polsce doprowadziło do wielu negatywnych skutków. Ponadto niedoszacowanie kosztów obsługi nowego systemu spowodować musiało trudności finansowe podmiotów ochrony zdrowia. Bardzo kosztowne, jak pokazują doświadczenia krajów zachodnich, są szkolenia pracowników o wysokich kwalifikacjach (kadry kierowniczej i księgowych instytucji medycznych). I te doświadczenia krajów zachodnich powinny być uwzględniane w poszukiwaniu rozwiązań dla polskiego systemu finansowania ochrony zdrowia.

2. Poziom zdrowia jako wyzwanie dla ochrony zdrowia

Choć często czytamy, że celem ochrony zdrowia jest podejmowanie działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia, to już od dawna wiadomo, że zdrowie ludności nie zależy wyłącznie od sprawnego jej funkcjonowania. W europejskim programie „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” wymienia się zestaw czterech podstawowych czynników określających stan zdrowia ludności. Zalicza się do nich: 1) czynniki genetyczne, 2) środowisko zewnętrzne, 3) poziom i styl życia, 4) jakość i dostępność opieki zdrowotnej⁵. Teoretyczną podstawą tego programu jest koncepcja „pól zdrowia”, opracowana przez zespół pod kierownictwem M. Lalonda. Zapoczątkowała ona w 1974 roku system reform w kanadyjskiej polityce zdrowotnej. Podobny wydźwięk miała także publikacja z 1975 roku, zatytułowana *Medical Nemesis*. Jej autor I. Illich zaprezentował tezę, że współczesna medycyna, przejmując opiekę nad człowiekiem od jego narodzin aż do śmierci, zdejmując z ludzi odpowiedzialność za zdrowie, a przez to często powoduje wiele szkód i w efekcie doprowadza do procesów chorobowych⁶.

To wieloczynnikowe uwarunkowanie zdrowia ludności uzasadnia przyjęcie tezy, że za stan zdrowia ludności odpowiada szereg różnych podmiotów, a zatem niezbędne są działania na wielu płaszczyznach. Państwo poprzez politykę finansową może oddziaływać na poziom i styl życia ludności, wprowadzając instrumenty mające na celu ograniczanie spożycia niezdrowych lub promowanie spożycia zdrowych produktów. Zdrowy styl życia może być jednym z celów edukacyjnych i wchodzić w skład programów nauczania w szkołach, może być też propagowany przez instytucje kultury itp. Opieka zdrowotna świadczona przez system ochrony zdrowia jest więc tylko jednym, lecz niezmiernie ważnym czynnikiem, wpływającym na stan zdrowia.

Również prywatne doświadczenia i wiedza potoczna podpowiadają, że zdrowie nie zależy wyłącznie od opieki zdrowotnej, a dążenie do jego poprawy nie może być

⁵ J. Leowski, *Funkcje zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne” 2001, nr 5-6, s. 382-386.

⁶ W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Łódź–Kraków–Warszawa 1996, s. 19-21.

też jedynym sformułowanym jej celem, gdyż jest on niemierzalny. Można natomiast dokonać określenia mierzalnych celów ochrony zdrowia, na które składają się:

- wydłużenie przeciętnego trwania życia w wyniku obniżenia umieralności,
- poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie śmiertelności,
- poprawa dostępności opieki zdrowotnej i usług medycznych dla całej populacji⁷.

Tabela 1. Wybrane wskaźniki dotyczące zdrowia w Polsce w latach 1990 -2011

| Wyszczególnienie | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| Przeciętne trwanie życia mężczyzn | 66,2 | 67,6 | 69,7 | 70,8 | 70,9 | 71,0 | 71,3 | 71,5 | 72,1 | 72,4 |
| Przeciętne trwanie życia kobiet | 75,2 | 76,4 | 78,0 | 79,4 | 79,6 | 79,7 | 80,0 | 80,1 | 80,6 | 80,9 |
| Zachorowania na gruźlicę na 100 tys. ludności | 42,4 | 41,7 | 30,0 | 24,3 | 22,5 | 22,6 | 21,2 | 21,6 | 19,5 | 22,0 |
| Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby na 100 tys. ludności | 78,5 | 79,1 | 30,0 | 24,3 | 22,5 | 22,6 | 21,2 | 21,6 | 19,5 | 22,0 |
| Zachorowania na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności | 219,0 | 274,6 | 299,1 | 326,0 | 327,3 | 333,8 | 338,9 | 355,7 | x | x |
| Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby na 100 tys. ludności | 78,5 | 79,1 | 30,0 | 24,3 | 22,5 | 22,6 | 21,2 | 21,6 | 19,5 | 22,0 |
| Zgony na 1000 ludności | 10,2 | 10,0 | 9,6 | 9,7 | 9,7 | 9,9 | 10,0 | 10,1 | 9,8 | 9,7 |
| Zgony na choroby układu krążenia na 1000 ludności | 53,5 | 50,1 | 45,8 | 44,1 | 44,2 | 45,0 | 45,3 | 46,6 | 45,2 | 44,1 |
| Zgony na nowotwory na 10 tys. ludności | 19,4 | 20,2 | 22,5 | 24,2 | 24,6 | 25,1 | 25,0 | 25,1 | 24,9 | 24,9 |
| Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych | 19,4 | 13,6 | 8,1 | 6,4 | 6,0 | 6,0 | 5,6 | 5,6 | 5,0 | 4,7 |

Źródło: Bank Danych Lokalnych oraz Rocznik Demograficzny 2012, GUS, Warszawa 2012 (www.stat.gov.pl, 25.06.2013).

Dostępne wybrane dane dotyczące stanu zdrowia ludności w Polsce zapewne w jakimś stopniu mówią o skuteczności działania ochrony zdrowia. Stan zdrowia

⁷ N. Barr, *Państwo dobrobytu jako skarbonka. Informacja, ryzyko, niepewność a rola państwa*, Seria: Współczesna Polityka Społeczna, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2010, s. 80.

społeczeństwa polskiego wykazuje zauważalną poprawę (tab. 1). Także sami Polacy coraz bardziej zadowoleni są ze swojego zdrowia. Z badań GUS wynika, że swój stan jako bardzo dobry i dobry w 2004 roku oceniło 61,0% badanych, a w 2009 roku już 65,7%⁸. Ten obraz nie jest już taki pozytywny, gdy dokona się porównań międzynarodowych (tab. 2).

Porównania międzynarodowe świadczą o tym, że stan zdrowia Polaków jest znacznie gorszy niż wielu innych społeczeństw, co też może być wynikiem braku środków finansowych, w tym też niskich nakładów na specjalistyczne badania profilaktyczne i diagnostyczne (por. tab. 8). Na podstawie danych dla Polski można stwierdzić, że chociaż oczekiwana długość życia zwiększa się, to i tak jest ono o kilka lat krótsze niż w krajach wysoko rozwiniętych. Niemal we wszystkich rozwiniętych krajach europejskich w 2010 roku średnia długość życia mężczyzn wynosiła 78-80 lat. Niższa niż w Polsce była jedynie w Estonii, Rumunii, Słowacji i na Węgrzech. Niewątpliwie ochrona zdrowia ma coraz większy wpływ na długość życia, zwłaszcza w przypadku ludzi starszych. Choroby cywilizacyjne, które prowadzą do największej umieralności, to choroby układu krążenia. W tym przypadku Polska również wypada niekorzystnie. W wielu krajach zgony w wyniku tych chorób (na 1000 mieszkańców) są 2-3 razy niższe.

Tabela 2. Przykładowe międzynarodowe dystanse w sferze zdrowia w 2010 roku

| Wskaźniki | Kraje |
|--|--|
| Przeciętne trwanie życia ^a | Polska (72,1) , Szwajcaria (79,5), Szwecja (78,8), Japonia (78,8), Holandia (78,7), Włochy (78,7), Wielka Brytania (78,0) |
| Zgony na choroby układu krążenia na 1000 ludności ^a | Polska (45,2) , Szwajcaria (12,4), Francja (15,7), Holandia (18,1), Norwegia (19,8), Włochy (20,5), Wielka Brytania (20,5), Grecja (20,8), Szwecja (23,5) |
| Zgony na nowotwory na 10 tys. ludności ^a | Polska (24,9) , Szwajcaria (14,4), Cypr (15,9), Grecja (16,8), Szwecja (17,3), Finlandia (17,8), Norwegia (19,4) |
| Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych | Polska (5,0) , Finlandia (2,3), Japonia (2,4), Szwecja (2,5), Czechy (2,7), Norwegia (2,8), Włochy (3,4), Niemcy (3,4), |

^a Podane wskaźniki dotyczą mężczyzn.

Źródło: Rocznik Demograficzny 2012, GUS, Warszawa 2012, s. 514-516, www.stat.gov.pl, 31.10.2013.

Również dużym zagrożeniem w Polsce, większym niż w wielu innych krajach, są choroby nowotworowe. Spośród krajów europejskich najkorzystniejsze wskaźniki zgonów na nowotwory na 10 tys. mieszkańców odnotowano w Szwajcarii, na Cy-

⁸ Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012, GUS Warszawa 2012, s. 370, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_2844_PLK_HTML.htm, 10.07.2013.

prze, w Grecji i w krajach skandynawskich. Pozytywne jest jednak to, że w ostatnich latach umieralność na choroby nowotworowe zmniejszyła się, co świadczy o tym, że profilaktyka oraz leczenie są skuteczne.

3. Zadłużenie placówek ochrony zdrowia

We współczesnych gospodarkach rynkowych ochrona zdrowia, podobnie jak inne działy gospodarki, tworzą pewien system ekonomiczny, w którym można wyróżnić kilka wzajemnie powiązanych ze sobą elementów. Z jednej strony są to pacjenci, którzy tworzą popyt na świadczenia medyczne, z drugiej natomiast są to szpitale, lekarze, przemysł farmaceutyczny łącznie z funduszem ubezpieczeniowym i polityką lekową, a więc podmioty tworzące bądź oddziałujące na podaż. Najkorzystniejsza byłaby równowaga popytu i podaży⁹.

Pozostawienie ochrony zdrowia grze sił rynkowych byłoby jednak niewłaściwe. Wynika to choćby z charakterystycznych cech usług medycznych. Po pierwsze, należą one do tych, których konsumpcja ze względów społecznych jest szczególnie pożądana. Po drugie, osoby korzystające z usług nie zawsze posiadają dostateczne o nich informacje, które pozwoliłyby im dokonywać racjonalnych wyborów. Po trzecie, mechanizm rynkowy pozbawia możliwości korzystania ze świadczeń mniej zasobną część społeczeństwa. W konsekwencji może prowadzić do negatywnych zjawisk społecznych¹⁰. Dlatego też rola sektora publicznego w systemach ochrony zdrowia jest bardzo duża, choć może ona przejawiać się w różnej postaci. Powszechną formą oddziaływania sektora publicznego na systemy ochrony zdrowia jest interwencyjna rola państwa, przejawiająca się w jego aktywności w sferze regulacji, finansowania, oferowania usług oraz w transferach pieniężnych¹¹.

Niewątpliwie istotną zaletą sektora publicznego jest to, że świadczy on podstawowe usługi i zaspokaja najważniejsze potrzeby wszystkich grup społecznych. Jednakże przez to, że sektor publiczny często nie jest poddawany prawom wolnego rynku, wykazuje on wiele cech charakterystycznych dla tradycyjnego sposobu zarządzania publicznego, takich jak: scentralizowana struktura, niechęć do zmian organizacyjnych, określony budżet, wysoki stopień biurokratyzacji, dominacja pracy rutynowej według ściśle określonych procedur, rozmyty proces decyzyjny, nieostro zarysowana odpowiedzialność. Cechy te często wyraźnie rzutują na efektywność wydatkowania środków, a w konsekwencji na jakość świadczeń i stopień zaspokojenia potrzeb społeczeństwa¹².

⁹ J. Suhecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 157-158.

¹⁰ P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, *Ekonomia*, t. 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 92.

¹¹ Por. N. Barr, *Ekonomika polityki społecznej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993, s. 98.

¹² H. Krynicka, *Koncepcja nowego zarządzania w sektorze publicznym (New Public Management)*, Prace Instytutu Prawa i Administracji PWSZ w Sulechowie, Studia Lubuskie nr 2, Sulechów 2006, za: M. Chudykowska, *Wybrane problemy budowy i wdrażania zrównoważonej karty wyników w szpitalu*,

Odmienność priorytetów organizacji sektora publicznego istotnie wpływa na uszeregowanie jego celów. Jednostki sektora publicznego powinny przede wszystkim dążyć do realizacji misji i tak często podchodzą do swojej działalności, kwestie finansowe zaś pełnią rolę ograniczenia, co prowadzi między innymi do zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), głównie szpitali. Zadłużenie jest jedną z najważniejszych pozycji, które obciążają finanse systemu ochrony zdrowia i stanowią barierę sprawnego jego funkcjonowania. Są też problemem dla państwa i całego systemu finansów publicznych. Istotnym czynnikiem wpływającym na zadłużenie może być także złe zarządzanie jednostkami publicznej ochrony zdrowia.

Tabela 3. Zadłużenie i struktura przedmiotowa zadłużenia SPZOZ w Polsce w latach 2001-2012

| Wyszczególnienie | Lata | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Zobowiązania (w mld zł) | 2,9 | 3,5 | 5,1 | 6,2 | 6,7 | 6,8 | 5,9 | 5,8 | 5,3 | 5,2 | 5,2 | 5,6 |
| Struktura (w %) | | | | | | | | | | | | |
| Wymagalne | 93 | 92 | 92 | 92 | 72 | 53 | 44 | 41 | 44 | 44 | 44 | 45 |
| Kredyty otrzymane | 7 | 8 | 8 | 8 | 28 | 46 | 55 | 59 | 56 | 56 | 56 | 55 |

Źródło: *Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2013-2016*. Warszawa: Ministerstwo Finansów 2012, s. 22, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/B467A5251590D-524C1257A88004CFBD2/\\$File/755-strategia.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/B467A5251590D-524C1257A88004CFBD2/$File/755-strategia.pdf), 25.06.2013.

Problem zadłużenia nie jest nowy w polskiej ochronie zdrowia. Jeszcze przed wprowadzeniem w życie reformy z 1999 roku państwo przejęło długi placówek opieki zdrowotnej o wartości 8,4 mld zł. Jednak już w 2001 roku zobowiązania wymagalne SPZOZ-ów wyniosły 2,9 mld zł, a w 2003 przekroczyły 5 mld zł i taki poziom utrzymuje się nadal. W konsekwencji, mimo działań naprawczych, restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej i interwencyjnej oddłużeniowej akcji państwa, zobowiązania ogółem SPZOZ-ów w Polsce w 2012 roku osiągnęły poziom ponad 10 mld zł. Od 2007 roku w strukturze zadłużenia dominującym składnikiem są kredyty otrzymane. Nadal znaczący udział w zadłużeniu stanowią zobowiązania wymagalne powstałe w wyniku nieterminowej regulacji zobowiązań. Zmiany w strukturze zadłużenia w latach 2005-2008 wynikały z ograniczenia wzrostu zobowiązań wymagalnych przy jednoczesnej realizacji postępowań naprawczych. Proces ten uległ wyhamowaniu w ostatnich latach (tab. 3)¹³. W wielu krajach

[w:] T. Borys, P. Rogala (red.), *Orientacja na wyniki we współczesnej gospodarce*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 265, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2012, s. 78-79.

¹³ *Strategia zarządzania długiem...*, a także *Zobowiązania SPZOZ-ów pod lupą resortu: długi większe niż kiedykolwiek*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie>, 10.07.2013.

europjskich na problem zadłużenia publicznej ochrony zdrowia zwrócono wyraźną uwagę już pod koniec XX wieku i zaczęto stosować – w miejsce nieskutecznej i nieefektywnej administracji publicznej – praktyki zaczerpnięte z biznesu, takie jak nastawienie organizacji sektora publicznego na osiąganie wyników, doprowadzenie do decentralizacji zarządzania, przyjęcie perspektywy strategicznej oraz wykorzystanie mechanizmów rynkowych. W Polsce upowszechnienie tego typu rozwiązań napotyka wciąż bariery o charakterze społecznym, a także politycznym i ekonomicznym¹⁴.

4. Utrudnienia w funkcjonowaniu infrastruktury ochrony zdrowia

Sprawne funkcjonowanie i stopień zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa zależą w dużym stopniu od stanu infrastruktury ochrony zdrowia, rozumianej jako system urządzeń i instytucji stwarzających materialne podstawy jej funkcjonowania. Należy ona do grupy podstawowych instrumentów ochrony zdrowia (tab. 4). Trudno ocenić, w jakim stopniu niedobór środków finansowych oddziałuje na infrastrukturę, choć niewątpliwie taki wpływ jest. Przejawia się on z pewnością w jej funkcjonowaniu, często bowiem nie jest ona w pełni wykorzystana ze względu na brak środków na opłacenie procedur medycznych.

Tabela 4. Infrastruktura ochrony zdrowia w Polsce w latach 1995-2011

| Wyszczególnienie | 1995 | 2000 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Szpitala | 705 | 716 | 790 | 781 | 742 | 748 | 732 | 754 | 795 | 814 |
| – publiczne | x | 686 | 644 | 611 | 589 | 578 | 546 | 526 | 509 | 501 |
| – niepubliczne | x | 30 | 146 | 170 | 153 | 170 | 186 | 228 | 286 | 313 |
| Liczba ludności na łóżko w szpitalach ogólnych | 184 | 200 | 208 | 213 | 216 | 218 | 208 | 209 | 211 | 213 |
| Szpitala i sanatoria uzdrowiskowe | 250 | 231 | 223 | 221 | 228 | 226 | 222 | 233 | 236 | 245 |
| Zakłady opieki zdrowotnej | 6473 | 5 685 | 12 101 | 12 273 | 13 473 | 14 206 | 14 853 | 16 252 | 16 608 | 19 151 |
| – publiczne | x | 2 699 | 3 369 | 3 258 | 3 154 | 3 192 | 3 298 | 2 967 | 2 733 | 2 763 |
| – niepubliczne | x | 2 986 | 8 732 | 9 015 | 10 319 | 11 014 | 11 555 | 13 285 | 13 875 | 16 388 |
| Apteki ogólnodostępne | 6536 | 8 318 | 9 758 | 10 012 | 10 334 | 10 625 | 10 623 | 10 817 | 11 297 | 11 713 |

Źródło: www.stat.gov.pl, 25.06.2013.

Ze względu na bardzo duże znaczenie czynnika ludzkiego w procesie tworzenia usług nieprodukcyjnych w charakterystyce infrastruktury ochrony zdrowia niezbędne jest uwzględnienie kadr medycznych (tab. 5).

¹⁴ H. Krynicka, wyd. cyt., s. 78.

Tabela 5. Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego na 10 tys. ludności w Polsce w latach 1990-2011

| Wyszczególnienie | 1990 | 2000 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Lekarze | 21,4 | 22,2 | 33,9 | 33,2 | 34,5 | 34,8 | 34,9 | 35,3 |
| Lekarze dentyści | 4,8 | 3,1 | 9,2 | 9,3 | 9,5 | 9,7 | 9,8 | 10,0 |
| Pielęgniarki | 54,6 | 49,7 | 72,2 | 71,6 | 72,1 | 73,0 | 73,3 | 73,3 |
| Położne | 6,3 | 5,7 | 8,7 | 8,6 | 8,8 | 8,9 | 8,9 | 9,0 |
| Farmaceuci | 4,0 | 5,8 | 5,9 | 6,0 | 6,2 | 6,3 | 6,5 | 6,8 |

Źródło: www.stat.gov.pl 25.06.2013.

Dane statystyczne ilustrujące stan ilościowy infrastruktury ochrony zdrowia i personelu medycznego pozwalają zauważyć w ostatnich latach powolny, lecz na ogół systematyczny wzrost. W niektórych krajach wskaźniki dotyczące personelu medycznego są znacznie wyższe. Na przykład liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców we Włoszech, Norwegii, Szwecji Austrii i Hiszpanii kształtowała się w 2010 roku na poziomie około 40. Natomiast Japonia spośród krajów rozwiniętych miała jeden z najniższych wskaźników lekarzy na 10 tys. mieszkańców (22 w 2010 roku). Nie świadczy to jednak o niskim poziomie rozwoju ochrony zdrowia w tym kraju, gdyż Japonia z kolei charakteryzuje się najwyższym w świecie wskaźnikiem łóżek szpitalnych na 10 tys. osób (165 w 2010 roku), najwyższym poziomem przeciętnego trwania życia (w 2009 roku kobiety – 85,7, mężczyźni – 79,6) i najkorzystniejszym współczynnikiem zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2,4 w 2010 roku)¹⁵. Uważa się, że japońska służba zdrowia zajmuje pierwsze miejsce na świecie pod względem nasycenia zaawansowanymi technologiami medycznymi.

Kadry medyczne to pracownicy o wysokich kwalifikacjach zawodowych. Wiąże się to z dużą złożonością wykonywanej przez nich pracy. We współczesnych szpitalach czy przychodniach często wykorzystuje się najnowsze osiągnięcia techniki medycznej. Ta złożoność pracy nie jest odzwierciedlona w wynagrodzeniach w tej sferze. Według danych Ministerstwa Zdrowia średnie wynagrodzenie zasadnicze lekarza z I stopniem specjalizacji wynosiło w 2012 roku około 3575 zł i zawierało się w przedziale 2833-4010 zł, w zależności od województwa¹⁶.

Ważność funkcji spełnianych przez płace w gospodarce i społeczeństwie powoduje, że każde państwo musi prowadzić określoną politykę płacową w stosunku do swoich obywateli zatrudnionych w poszczególnych sekcjach gospodarki. W Polsce przeciętne wynagrodzenie brutto osób pracujących w ochronie zdrowia i opiece społecznej jest niższe od średniego w całej gospodarce, natomiast w jednostkach sfery

¹⁵ Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012, GUS, Warszawa 2012, s. 766 oraz 790-792 (obliczenia własne), http://www.stat.gov.pl/gus/5840_2844_PLK_HTML.htm, 15.07.2013.

¹⁶ *Ile zarabiają polscy lekarze?* <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Ile-zarabiaja-polscy-lekarze,129276,1,1.html>, 10.07.2013.

budżetowej stanowi ok. 80% przeciętnego krajowego miesięcznego wynagrodzenia (tab. 6). Różni się ono jednak w zależności od grupy zawodowej:

a) w przypadku lekarzy jest dużo wyższe od płac dla pozostałych sektorów gospodarki o ok. 40%,

b) pielęgniarki zarabiają ok. 74% średniej krajowej,

c) wynagrodzenie personelu pomocniczego stanowi 70% średniej krajowej.

Można zauważyć duże dysproporcje pomiędzy wynagrodzeniami dla lekarzy i pielęgniarek. Podobne rozbieżności występują także w przypadku lekarzy z I i II stopniem specjalizacji¹⁷.

Tabela 6. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej w relacji do wynagrodzenia w gospodarce narodowej w Polsce w latach 2004-2012

| Lp. | Wyszczególnienie | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------------------------|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ogółem | | | | | | | | | | |
| 1 | Ogółem | 2290 | 2380 | 2477 | 2691 | 2944 | 3103 | 3225 | 3400 | 3522 |
| 2 | Opieka zdrowotna i pomoc społeczna | 1888 | 1979 | 2123 | 2506 | 2929 | 3114 | 3198 | 3279 | 3361 |
| 3 | Relacja 2:1 | 0,82 | 0,83 | 0,86 | 0,93 | 0,99 | 1,00 | 0,99 | 0,96 | 0,95 |
| W jednostkach sfery budżetowej | | | | | | | | | | |
| 4 | Ogółem | 2385 | 2501 | 2621 | 2774 | 3102 | 3310 | 3503 | 3700 | 3852 |
| 5 | Opieka zdrowotna i pomoc społeczna | 1952 | 2021 | 2133 | 2271 | 2547 | 2684 | 2813 | 2930 | 3035 |
| 6 | Relacja 5:4 | 0,82 | 0,81 | 0,81 | 0,82 | 0,82 | 0,81 | 0,80 | 0,79 | 0,79 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2004 r.* (do 2012), Informacje i Opracowania Statystyczne, GUS, Warszawa 2005 (do 2013), http://www.stat.gov.pl/gus/5840_685_PLK_HTML.htm?action=show_archive, 12.07.2013.

Choć powszechnie przyjęło się uważać, że pielęgniarka czy lekarz nie będą uzależniali jakości swej pracy od wynagrodzenia, a niewykonywanie zabiegów traktuje się jako haniebne odstępstwo od etyki zawodowej, to jednak często zabiegi medyczne nie są wykonywane ze względu na brak wystarczających środków na ich sfinansowanie. Skutkuje to niższym wynagrodzeniem, a w konsekwencji prowadzi do poszukiwania dodatkowej pracy, niekiedy też za granicą. Nie można stwierdzić, że tylko niskie zarobki powodują migrację ludzi za granicę, ale jest to na pewno jeden z najważniejszych powodów. Zwiększenie liczby wyjazdów polskich lekarzy i pielęgniarek za granicę w celu poszukiwania lepiej płatnej pracy, w lepszych warunkach i dającej większe możliwości rozwoju, nastąpiło po wejściu Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku. Nasilone migracje pracowników medycznych mogą doprowadzić do niedoboru pracowników, których i tak już brakuje. Szczególnie bra-

¹⁷ Tamże, s. 7-8.

kuje nefrologów, endokrynologów, psychiatrów i anestezjologów. Skutkiem tego są gorsza jakość świadczeń medycznych oraz długi czas oczekiwania na wykonanie badań czy wizytę u lekarza, co prowadzi do wygórowanych żądań płacowych i niezadowolonia pacjentów¹⁸. Rozwiązanie problemów płacowych bez istotnych zmian w polityce zdrowotnej jest bardzo trudne, ze względu na zły stan zarówno finansów ochrony zdrowia, jak i całego systemu finansów publicznych.

Polska pod względem ilości personelu medycznego znajduje się wśród krajów o najwyższych wskaźnikach. Nie zawsze to jednak przekłada się na lepsze zaspokojenie potrzeb. Niewątpliwie zasoby i jakość infrastruktury ochrony zdrowia są bardzo ważne, gdyż są one podstawą świadczenia usług medycznych. Jednak pełna jej charakterystyka musi obejmować także: porady lekarzy i czas oczekiwania na usługę, dostępność porad wysokospecjalistycznych, badania diagnostyczne i ich dostępność (analizy, prześwietlenia, inne), efektywność i skuteczność stosowanych terapii.

5. Ograniczona dostępność świadczeń zdrowotnych

Ograniczona dostępność do świadczeń zdrowotnych to najbardziej dotkliwy dla pacjentów skutek niedofinansowania ochrony zdrowia. Powszechnie artykułowane trudności w dostępie do świadczeń medycznych potwierdziła kontrola przeprowadzona przez NIK na przełomie 2009 i 2010 roku w 46 publicznych szpitalach udzielających świadczeń w zakresie ortopedii, neurochirurgii i urologii. Celem kontroli było zidentyfikowanie barier utrudniających dostęp pacjentów do wybranych specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, a także ocena prawidłowości prowadzenia list pacjentów oczekujących na ich uzyskanie, które powinny zapewniać równy dostęp do tych świadczeń¹⁹.

Z przeprowadzonej kontroli NIK-u wynikało, że w niektórych szpitalach kolejki pacjentów do lekarzy specjalistów obejmują po kilka tysięcy osób (do 3 tys.), a przewidywany najdłuższy okres oczekiwania na usługę wynosił 1824 dni, czyli 5 lat. W wyniku analiz stwierdzono, że największymi barierami ograniczającymi dostęp do świadczeń zdrowotnych są:

- ograniczenia finansowe, wynikające z wartości kontraktów zawartych przez NFZ z kontrolowanymi szpitalami; przy braku możliwości pozyskiwania innych płatników (poza NFZ) brak środków powodował, że w I półroczu każdego roku wysoko przekraczano kwoty kontraktów (do 150%), które na koniec roku ulegały zmniejszeniu, w wyniku ograniczania dostępu do świadczeń w II półroczu; w konsekwencji zaniżonych kwot kontraktów powszechnym zjawiskiem był de-

¹⁸ A. Domagała, *Kadry medyczne w ochronie zdrowia. Tendencje zmian w kraju i na świecie*, „Polityka Społeczna” 2008, nr 7, s. 6.

¹⁹ Kontrolą objęto działalność 129 oddziałów szpitalnych i 130 poradni w latach 2006-2009. Por. *Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, NIK, Warszawa 2010, s. 4, <http://www.nik.gov.pl/kontrola/wyniki-kontroli-nik/kontrola,6921.html>, 15.07.2013.

ficyt finansowy; tylko 4 szpitale (na 46 skontrolowanych) corocznie odnotowywały zysk,

- niedostatek personelu medycznego (lekarzy specjalistów, pielęgniarek) – występował w 13% kontrolowanych szpitali,
- awarie sprzętu były przyczyną przesuwania w czasie planowych zabiegów w 15% badanych jednostek,
- utrudniony dostęp do sal operacyjnych i niewystarczająca liczba sal wybudzeniowych – posiadał je tylko co trzeci kontrolowany szpital,
- dość powszechne strajki w służbie zdrowia, zwykle na tle finansowym; w latach 2006-2009 zakłóciły one ciągłość udzielania świadczeń w 15% skontrolowanych szpitali.

W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia na bieżąco odpowiednich świadczeń zdrowotnych wprowadzono regulacje prawne zobowiązujące świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących w taki sposób, aby zapewnić równy oraz zgodny z kryteriami medycznymi dostęp do tych świadczeń. Wyniki kontroli wykazały, że w większości objętych nią szpitale wymogi te nie były spełniane²⁰.

Problemy funkcjonowania opieki zdrowotnej znajdują odzwierciedlenie w opinii społecznej na jej temat. Sondaże Centrum Badania Opinii Społecznej przeprowadzone w latach 2001-2012 wskazują, że wyraźnie wzrósł odsetek respondentów niezadowolonych z opieki zdrowotnej, choć zdarzały się w analizowanym okresie wzrosty zadowolenia, które odnotowano w latach 2007 i 2009 (tab. 7).

Tabela 7. Ocena zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2001-2012

| Wyszczególnienie | 2001 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2012 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Zdecydowanie zadowolony(a) | 4 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 |
| Raczej zadowolony(a) | 27 | 34 | 24 | 31 | 20 | 18 |
| Zdecydowanie niezadowolony(a) | 38 | 34 | 37 | 36 | 39 | 37 |
| Raczej niezadowolony(a) | 26 | 24 | 31 | 27 | 36 | 41 |
| Trudno powiedzieć | 5 | 5 | 7 | 3 | 3 | 3 |

Źródło: *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej*, CBOS, Warszawa 2012, s. 11, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_034_12.PDF, 25.06.2013.

Badania CBOS-u potwierdzają, że dla pacjentów rzeczywiście największym utrudnieniem w korzystaniu z opieki medycznej jest ograniczony dostęp do lekarzy specjalistów (tab. 8). Do innych istotnych utrudnień pacjenci zaliczyli także: ograniczoną dostępność badań diagnostycznych, brak możliwości wyboru dogodnej godziny porad medycznych, niedogodną lokalizację placówek medycznych, niską sprawność administracji medycznej i niedostateczne wykorzystanie przez nią nowoczesnych technologii informatycznych, jak również przejawy nierównego ich trak-

²⁰ Tamże, s. 6-22.

towania. Warto jednakże podkreślić, że badania wskazały także na kilka mocnych stron opieki zdrowotnej w Polsce. Najwyżej oceniona została dostępność usług lekarzy pierwszego kontaktu i wyposażenie instytucji medycznych w nowoczesną aparaturę, a także kwalifikacje i sposób podejścia personelu medycznego do pacjenta²¹.

Tabela 8. Przyczyny niezadowolenia z systemu opieki zdrowotnej w Polsce w 2012 roku

| Wyszczególnienie | % |
|---|----|
| Ograniczona dostępność wizyt lekarzy specjalistów | 86 |
| Trudność wykonania w krótkim terminie badań diagnostycznych | 71 |
| Brak możliwości umówienia wizyty na dogodną dla siebie godzinę, co wymaga zwolnienia z pracy czy szkoły | 62 |
| Niedogodna lokalizacja zakładów opieki zdrowotnej oferujących usługi lekarzy specjalistów i badania diagnostyczne | 59 |
| Niska sprawność i skuteczność administracji w zakładach opieki zdrowotnej | 52 |
| Niedostateczne wykorzystywanie nowoczesnych rozwiązań w administracji | 51 |
| Przejawy nierównego traktowania pacjentów | 47 |

Źródło: *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej*. Warszawa: CBOS 2012, s. 2, www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_034_12.PDF, 25.06.2013.

Poprawa funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wymaga przede wszystkim większych nakładów finansowych. Doświadczenia wielu krajów pokazują jednak, że nawet tam, gdzie przeznaczana się na nią znacznie większe środki, wiele problemów pozostaje nierozwiązanych. Przykładem może być USA, gdzie na ochronę zdrowia przeznaczana się ponad 17% PKB, a dostęp do usług medycznych nie jest łatwy, zwłaszcza dla uboższej części społeczeństwa. Nie oznacza to jednak, że nie należy podejmować w Polsce wzmoczonych wysiłków w kierunku zwiększenia nakładów pieniężnych na ochronę zdrowia, ze środków zarówno publicznych, jak i prywatnych, a także sposobów bardziej racjonalnego ich wykorzystania.

6. Kierunki zmian w ochronie zdrowia

Rosnące oczekiwania współczesnych społeczeństw i szybki wzrost kosztów funkcjonowania opieki zdrowotnej spowodowały, iż polityka zdrowotna stała się szczególnie ważnym elementem polityki socjalnej współczesnego państwa. Dlatego też znajduje ona istotne miejsce w programach politycznych ugrupowań rządzących – brak w programie odpowiednich zapisów dotyczących zdrowia może nawet wykluczyć zdobycie lub utrzymanie władzy. Odstąpienie natomiast od założonych celów

²¹ *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej*, CBOS, Warszawa 2012, s. 11, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_034_12.PDF, 25.06.2013.

może być z kolei źródłem rozczarowań społecznych oraz spadku zaufania i poparcia dla rządu.

Pojawiające się zróżnicowania w dostępności usług zdrowotnych dla różnych grup społecznych oraz problemy finansowe podmiotów je świadczących zmusiły rządy wielu krajów, w tym również Polski, do kontynuowania lub podejmowania reform zdrowotnych. Głównymi celami tych reform w krajach rozwiniętych były: 1) zahamowanie tempa wzrostu kosztów, wynikających ze wzrostu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, 2) poszukiwanie nowych źródeł finansowania usług medycznych oraz 3) dążenie do poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia. Wdrożenie reform miało powodować zniwelowanie pojawiających się nierówności w dostępie do świadczeń, zwiększenie poczucia odpowiedzialności korzystających ze świadczeń, jak i zwiększenie efektywności działań świadczeniodawców poprzez wprowadzenie zasad konkurencji²².

Tabela 9. Udział środków prywatnych w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia w krajach OECD^a w 2011 roku

| Udział w % | Kraje |
|------------|---|
| Do 20 | Dania (14,9) ^a , Norwegia (15,1), Czechy (15,8), Luksemburg (16,0) ^b , Wielka Brytania (17,2), Nowa Zelandia (17,3), Japonia (17,9) ^a , Szwecja (18,4), Holandia (18,5) ^c , Islandia (19,6) |
| 20-30 | Estonia (20,7), Włochy (22,2), Francja (23,2), Niemcy (23,5), Austria (23,8), Belgia (24,1), Finlandia (24,6), Słowenia (26,3), Hiszpania (27,0), Słowacja (29,1), Kanada (29,6), Polska (29,7) |
| 30-40 | Australia (32,2) ^a , Turcja (32,2) ^a , Irlandia (33,0), Grecja (34,9), Portugalia (35,0), Węgry (35,0), Szwajcaria (35,1), Izrael 39,2 |
| 40-50 | Korea Płd. (44,7) |
| Powyżej 50 | Stany Zjednoczone (52,2), Meksyk (52,7) ^a , Chile (53,1) |
| 28,5 | Średnia OECD |

Objaśnienia: ^a 2010, ^b 2009, ^c 2007.

Źródło: *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok*, GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, s. 7, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2011.pdf, 1.07.2013.

W krajach o wysokim poziomie rozwoju gospodarczego podstawowym źródłem finansowania ochrony zdrowia są wydatki publiczne (z budżetu centralnego lub lokalnego). W niektórych krajach stanowią one ponad 80% ogólnych wydatków (np. Dania, Norwegia, Szwecja, Holandia, Wielka Brytania, Japonia). Finansowanie prywatne stanowi jednak znaczne uzupełnienie finansowania publicznego. Jeśli chodzi o udział funduszy prywatnych, to jest on najwyższy w takich krajach europejskich,

²² J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*. CeDeWu, Warszawa 2008, s. 116-117.

jak Szwajcaria, Węgry, Portugalia, Grecja i Irlandia (ponad 30%). Polska także należy do tych krajów o wysokim – niemal 30-procentowym – udziale środków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że poziom finansowania ochrony zdrowia w Polsce należy do najniższych, trzeba dążyć do zwiększenia jej finansowania przez wzrost nakładów, zarówno publicznych, jak i prywatnych (tab. 9).

Szybkie zwiększenie nakładów publicznych wydaje się jednak mało prawdopodobne. Składka zdrowotna kształtuje się już bowiem na dość wysokim poziomie, gdyż stanowi obecnie 9% dochodów osobistych ludności. Środki płynące z tego tytułu do Narodowego Funduszu Zdrowia mogą rosnąć w miarę wzrostu gospodarczego i poziomu wynagrodzeń, a więc to trochę dalsza perspektywa. Ochrona zdrowia również nie może obecnie liczyć na zwiększone transfery z budżetu państwa i z budżetów samorządów terytorialnych, gdyż te borykają się z wieloma trudnościami wynikającymi z dotychczasowych zobowiązań.

Analiza struktury wydatków na ochronę zdrowia nie pozwala dostrzec wyraźnej zależności między poziomem rozwoju gospodarczego a udziałem środków publicznych i prywatnych w jej finansowaniu. Wynika to bowiem z oddziaływania różnych czynników, w tym politycznych, społecznych i ekonomicznych. Do najczęściej wymienianych zalicza się:

- wysokość wydatków na ochronę zdrowia, uzależnioną od poziomu rozwoju kraju i dochodów ludności,
- uwarunkowania społeczno-demograficzne,
- tradycje i uwarunkowania systemowe²³.

Udział funduszy prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia przejawia się w różnych formach. Wśród najczęściej wymienianych występują: płatności bezpośrednie, współpłacenie, prywatne ubezpieczenia zdrowotne²⁴. Zwiększenie roli tych form płatności jest możliwe, wymaga jednak spełnienia wielu warunków.

Płatności bezpośrednie polegają na indywidualnych zakupach świadczeń zdrowotnych na rynkach prywatnych przez samych pacjentów. Jest to najstarsza i najbardziej powszechna forma finansowania świadczeń medycznych, choć nie zawsze jest ona legalna, gdyż część z nich dokonywana jest w tzw. szarej strefie. Płatności bezpośrednie rozwijają się zwykle wtedy, gdy świadczenia nie są oferowane przez zakłady ubezpieczeniowe lub w warunkach małej ich dostępności, wynikającej najczęściej ze zbyt długiego okresu oczekiwania na świadczenie. Nic więc w tym dziwnego, że Polsce w latach 2007-2011 odsetek gospodarstw domowych korzy-

²³ J. Michalak, *Komercyjne, uzupełniające ubezpieczenia zdrowotne, wypadkowe i medyczne w Unii Europejskiej i innych krajach*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. I, s. 67.

²⁴ A. Bem, *Finansowanie ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe*, [w:] M. Łyszczak, M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 226, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 28-31.

stających z usług placówek, w których trzeba płacić z własnej kieszeni, wzrósł z 44 do 48%. Natomiast w dużych miastach wynosił on ponad 60%²⁵. W Polsce ta forma finansowania ochrony zdrowia jest więc powszechna. Z bezpośrednich płatności zwykle korzystają ludzie bardziej zamożni, którzy decydują się zakupić świadczenia także wtedy, gdy standard świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest niski, a rynek prywatnych świadczeń oferuje je na wyższym poziomie. Zwiększenie roli płatności bezpośrednich w finansowaniu ochrony zdrowia wymaga wyraźnego określenia koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Obecnie taki koszyk funkcjonuje jedynie w zakresie leczenia stomatologicznego, choć w Ministerstwie Zdrowia trwają intensywne prace nad wieloma innymi koszykami gwarantowanych świadczeń, w tym z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ambulatoryjnej i opieki specjalistycznej²⁶.

Współpłacenie jest tą formą finansowania ochrony zdrowia, która również uzupełnia państwowe środki. Polega zwykle na udziale ubezpieczonego w kosztach uzyskanych świadczeń poprzez wnoszenie przez niego stałej, kwotowo określonej opłaty, za każde świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, za konsultację specjalistyczną czy też dzień pobytu w szpitalu. W Polsce ta forma finansowania ochrony zdrowia nie jest stosowana, choć wielokrotnie była przedmiotem debat polityków i organizatorów ochrony zdrowia. Jej wprowadzenie obecnie okazuje się koniecznością w związku nową dyrektywą Unii Europejskiej, umożliwiającą obywatelom państw członkowskich korzystanie ze świadczeń medycznych w innym kraju. Nowe prawo zakłada, że państwa członkowskie powinny dostosować przepisy krajowe do dyrektywy do 25 października 2013 roku. Dyrektywa wymusza ustalenie przez Ministerstwo Zdrowia górnej granicy opłaty za usługę, która zostanie zapłacona ze środków pochodzących z NFZ²⁷. Warto przypomnieć, że choć współpłacenie nie ma na ogół charakteru fiskalnego, to jednak środki finansowe pochodzące z opłat wnoszonych przez pacjentów wzbogacają fundusze publiczne. Po drugie, pełni ono rolę racjonalizującą zachowania nabywców usług. Opłaty stosowane w krajach, w których funkcjonuje ta forma współfinansowania świadczeń, nie są wysokie. Na przykład w Czechach opłaty zostały określone na poziomie od 30 koron za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, do 90 koron za każdy dzień pobytu w szpitalu. W Niemczech natomiast dopłaty do opieki ambulatoryjnej wynoszą 5-10 euro, natomiast leczenie szpitalne objęte jest dopłatami w wysokości 10 euro dziennie, jednakże maksimum przez 28 dni. Wyższe natomiast opłaty wnoszone przez pacjenta dotyczą protetyki stomatologicznej i leków. Zwykle we wszystkich krajach stosowane są zwolnienia pewnych grup społecznych z ponoszenia opłat.

²⁵ Por. *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011, s. 120, www.diagnoza.com, 12.07.2013.

²⁶ *Koszyk świadczeń zdrowotnych*, <http://www.mz.gov.pl>, 25.10.2013.

²⁷ W Polsce prace związane z wdrożeniem dyrektywy się opóźniają. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia projekt ustawy w tej sprawie zostanie skierowany do prac w parlamencie w grudniu 2013 roku. Por. *MZ: dyrektywa transgraniczna dopiero po wejściu ustawy*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/MZ-dyrektywa-transgraniczna-dopiero-po-wejsciu-ustawy,135198,2.html>, 25.10.2013.

Prawie powszechnie zwolnienia dotyczą dzieci, kobiet w ciąży, osób o niskich dochodach, osób starszych i przewlekle chorych²⁸.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne to natomiast takie usługi, dzięki którym klient w zamian za stałą opłatę uzyskuje uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środki na ich sfinansowanie w razie potrzeby. Mają one, w odróżnieniu od ubezpieczenia publicznego, charakter dobrowolny i niepowszechny. Najczęściej ubezpieczenia prywatne są uzupełnieniem publicznych i stanowią źródło finansowania świadczeń niedostępnych w systemie publicznym lub też dają możliwość pokrycia dopłat do świadczeń udzielanych w ramach publicznej ochrony zdrowia.

Mimo wyraźnych trudności w dostępie do świadczeń medycznych rynek dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce rozwija się bardzo powoli. Przykładem może być oferta ambulatoryjnych ubezpieczeń zdrowotnych pod nazwą „Opieka Medyczna”, kierowana do różnych odbiorców przez PZU Życie SA²⁹. Barrierami rozwoju tej formy ubezpieczeń jest brak wyraźnych uregulowań prawnych i wiele innych, w tym brak przyzwyczajenia pacjentów. Upowszechnienie systemu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce wymagałoby rozwiązania wielu kwestii, np.:

- określenia koszyka świadczeń gwarantowanych,
- określenia typu placówek, z których korzystaliby pacjenci dodatkowo ubezpieczeni,
- wypracowania mechanizmów obrony interesów pacjentów, których nie stać na dodatkowe ubezpieczenia,
- określenia, czy składki na dodatkowe ubezpieczenia miałyby być objęte ulgą podatkową, a jeśli tak, to do jakiej wysokości.

W obecnych warunkach Polacy nie są zainteresowani rozwojem systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Na ten problem zwracają uwagę różne raporty, w tym nowo opublikowane wyniki badania *Diagnoza społeczna 2013*. Wynika z nich, że tylko nieliczni Polacy z grupy 26,3 tys. indywidualnych respondentów byłiby skłonni wykupić dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne za więcej niż 100 zł miesięcznie. Taką chęć prezentowało zaledwie 3,7% badanych. Zdecydowana większość respondentów (71,6%) nie wykupiłaby dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, nawet gdyby gwarantowały one poprawę dostępu do usług medycznych i poprawę ich jakości. Pozostali, jedna czwarta badanych (24,7%), zdecydowałiby się na wykup takiego ubezpieczenia, ale byłiby skłonni przeznaczyć na ubezpieczenie mniej niż 100 zł miesięcznie. W porównaniu z wynikami poprzedniej diagnozy (z 2011 roku) zainteresowanie ubezpieczeniem zdrowotnym obniżyło się³⁰.

²⁸ Tamże oraz M. Domagała, *Niemcy: trwałość, decentralizacja i autonomia. Ochrona zdrowia*. „Gazeta Lekarska” 2012, nr 5, <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2012/n201205>, 15.07.2013.

²⁹ *Opieka Medyczna PZU Życie*, www.opiekamedyczna.pl, 25.06.2013.

³⁰ Por. *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013, www.diagnoza.com, 20.07.2013.

Zapewne wprowadzenie ulgi podatkowej z tytułu kosztów dodatkowego ubezpieczenia, wzorem innych krajów, zwiększyłyby nimi zainteresowanie. Przykłady krajów Unii Europejskiej pokazały bowiem, że zainteresowanie dodatkowymi prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi rośnie, gdy jest ono rozbudowane i wspierane przez przywileje podatkowe. W Irlandii ulga podatkowa dotyczy całości wydatków na prywatne ubezpieczenia zdrowotne, w Portugalii wydatki te odliczane są od podstawy opodatkowania, ale nie w całości, lecz tylko w 25%. W Niemczech z możliwości odliczenia wydatków od dochodów do opodatkowania przysługują tylko osobom fizycznym. Inną formę wspierania rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych stosują Francja, Belgia i Włochy. W krajach tych bodźce podatkowe kierowane są przede wszystkim do towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. We Francji są one całkowicie zwolnione od podatku dochodowego, podczas gdy w przypadku ubezpieczycieli komercyjnych płacony jest podatek dochodowy w wysokości 7%³¹.

Zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia w Polsce wydaje się koniecznością, jednakże jest bardzo trudne. Wzrost strumienia środków publicznych napotyka obecnie istotną barierę w postaci nierównowagi finansów publicznych. W tych warunkach można by sięgnąć do sprawdzonego już w wielu krajach rozwiązania w postaci współpłacenia czy też podjąć działania w kierunku upowszechnienia dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych poprzez umożliwienie odpisu choćby niewielkiej części składki wpłacanej na tę formę ubezpieczenia.

Drugim kierunkiem zmniejszenia skutków niedofinansowania ochrony zdrowia jest racjonalne wykorzystanie środków na nią przeznaczanych. Wprawdzie te działania są już realizowane, jednakże jeszcze w niedostatecznym stopniu. Wzrostu efektywności wykorzystania środków finansowych w ochronie zdrowia upatruje się w trwającym procesie przekształceń własnościowych. Sprzyja im ustawa o działalności leczniczej³², która umożliwi nowe rozwiązania w ochronie zdrowia, blokowane wcześniej przez ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Niewątpliwie zakład opieki zdrowotnej jako przedsiębiorstwo (spółka prawa handlowego) będzie funkcjonował sprawniej ze względu na silną motywację do uzyskania dodatniego wyniku finansowego. Corocznie przekształca się w zakłady niepubliczne pewna niewielka liczba szpitali (tab. 3), a właśnie tam generowane są największe koszty. Przekształcone podmioty medyczne muszą podejmować przedsięwzięcia zmierzające nie tylko do poprawy efektywności środków, które otrzymały na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale także do oferowania świadczeń komercyjnych, na które jest duże zapotrzebowanie. Proces przekształceń własnościowych w ochronie zdrowia, realizowany w Wielkiej Brytanii już w latach 80. i 90. XX wieku, przyniósł pożądane skutki w postaci efektywności wykorzystania środków publicznych. Również w Polsce zauważa się, że przekształcone oraz nowo powstające

³¹ J. Michalak, *Komercyjne...*, s. 68.

³² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654.

sieci prywatnych jednostek medycznych już nie tylko oferują opiekę ambulatoryjną, ale także rozpoczęły inwestycje w opiekę stacjonarną³³.

Badania wskazują, że głównymi barierami efektywnego wykorzystania środków finansowych i przyczynami problemów finansowych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej są najczęściej:

- 1) zbiurokratyzowana struktura organizacyjna,
- 2) scentralizowane zarządzanie zasobami ludzkimi,
- 3) znaczne przerosty kadrowe,
- 4) brak profesjonalnej kadry zarządczej,
- 5) mała aktywność w poszukiwaniu oszczędności i nowych źródeł finansowania,
- 6) niska podaż usług i brak wyraźnej konkurencyjności świadczeniodawców³⁴.

Sytuacja ta rodzi konieczność nowego podejścia do problemu zarządzania zasobami ludzkimi w publicznych placówkach ochrony zdrowia, sprzyjającego pozyskiwaniu i zatrzymaniu najlepszych fachowców, zarówno kadry zarządzającej, jak i bezpośrednio świadczącej usługi medyczne. Długoletni okres, w którym państwo polskie niemal w pełni zapewniało finansowanie jednostek świadczących usługi medyczne, nie sprzyjał kształtowaniu się nowego systemu zarządzania. Lawinowo narastały koszty, przekraczano zaplanowane budżety i rosło zadłużenie³⁵.

Rozwiązaniem sprzyjającym rozwojowi i poprawie jakości usług społecznych jest wykorzystywane już od dawna w krajach rozwiniętych partnerstwo publiczno-prywatne. Łączy ono zalety sektora publicznego i prywatnego i jest jednym z popularniejszych wśród ponad 30 alternatywnych rozwiązań świadczenia usług społecznych, które tradycyjnie leżą w gestii sektora publicznego³⁶. Najczęściej partnerstwo publiczno-prywatne polega na tym, że partner prywatny odpowiada za wybudowanie obiektu i techniczne jego utrzymanie, natomiast podmiot publiczny nadal jest odpowiedzialny za świadczenie usług medycznych. Podstawową zaletą takiego rozwiązania dla inwestora jest to, że otrzymuje on regularnie opłatę za udostępnienie obiektu, natomiast nie odpowiada za prowadzenie jednostki medycznej, a tylko za

³³ N. Malkiewicz, *Marketing personalny jako kierunek rozwoju zarządzania zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych*, [w:] J. Skalik, J. Kacała (red.), *Zmiana warunkiem sukcesu. Zarządcze instrumenty doskonalenia i rozwoju organizacji*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 272, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2012.

³⁴ J. Jończyk, *Kultura organizacyjna a innowacyjność w szpitalu publicznym*, [w:] M. Łyszczak, M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 226, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 46, oraz A. Grzybowski, *Polityka społeczna samorządu terytorialnego*, Wydawnictwo Instytutu Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002, s. 40-41.

³⁵ N. Malkiewicz, wyd. cyt.

³⁶ W krajach rozwiniętych stosuje się ponad 30 alternatywnych rozwiązań świadczenia usług społecznych, które tradycyjnie leżą w gestii sektora publicznego. Por. D. Osborne i T. Gaebler, *Rzadzić inaczej. Jak duch przedsiębiorczości przenika i przekształca administrację publiczną*, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1994, s. 445-458.

jej utrzymanie, zgodnie ze standardami określonymi prawem o prowadzeniu placówek medycznych.

W Polsce partnerstwo publiczno-prywatne w ochronie zdrowia jest rozwiązaniem wykorzystywanym w niewielkim stopniu. Od momentu uchwalenia nowej ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym³⁷ i ustawy o koncesjach, podmioty publiczne do końca 2012 roku ogłosiły łącznie tylko 17 postępowań w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, dotyczących 10 przedsięwzięć (niektóre z projektów były przedmiotem więcej niż jednego postępowania). Wspomniane akty prawne znacznie ograniczyły utrudnienia w wykorzystaniu narzędzia partnerstwa publiczno-prywatnego w praktyce poprzez danie podmiotowi publicznemu większej swobody dotyczącej wyboru partnera prywatnego i kształtowania treści umowy z wybranym podmiotem, jak też wprowadziły do polskiego systemu prawnego tzw. koncesję usługową. Okazuje się jednak, że nadal istnieją bariery utrudniające szersze stosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego. Zwiększenie jego wykorzystania wymaga kolejnych działań prawnych, a przede wszystkim zmiany sposobu postrzegania publicznej służby zdrowia, której rozwiązania muszą ewoluować w kierunkach sprzyjających wzrostowi efektywności ekonomicznej i jakości usług³⁸.

7. Podsumowanie

Ochrona zdrowia w Polsce była i wciąż jest niedofinansowana. Wynika to ze zbyt małych nakładów na jej rozwój i funkcjonowanie. Dane dotyczące krajów rozwiniętych pozwalają zauważyć, że w wielu z nich udział nakładów na zdrowie w PKB jest niemal dwukrotnie wyższy, np. we Francji, w Niemczech i w Holandii. Biorąc pod uwagę także wielkości PKB w tych krajach, można dostrzec skalę niedofinansowania ochrony zdrowia w Polsce. Nie tylko wielkość nakładów finansowych na ochronę zdrowia jest barierą sprawnego jej funkcjonowania, ale także racjonalne ich wykorzystanie i organizacja opieki medycznej.

Skutki niedofinansowania odczuwają zarówno podmioty świadczące usługi medyczne, jak i pacjenci. Podmioty świadczące usługi finansowane ze środków publicznych zwykle kończą rok z deficytem, mimo znacznego ograniczenia świadczenia usług, głównie w II półroczu. Skutki te – w postaci zaniżonych wynagrodzeń – odczuwają także lekarze i pozostała kadra medyczna. Natomiast dla pacjentów szczególnie uciążliwym skutkiem braku środków w ochronie zdrowia są zbyt długie kolejki do lekarzy specjalistów i oczekiwanie na specjalistyczne badania diagnostyczne. W szczególnych przypadkach ten okres liczony jest w latach (do 5 lat).

³⁷ Por. Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, DzU 2009, nr 19, poz. 100.

³⁸ D. Michalak, *PPP w służbie zdrowia – trudne, ale potrzebne*, <http://www.portalzp.pl/aktualnosci/ppp-w-sluzbie-zdrowia-trudne-ale-potrzebne-1296059/>, 25.10.2013

Szybki postęp techniczny i upowszechnianie nowoczesnych procedur medycznych stawia nowe wyzwania finansowe przed podmiotami ochrony zdrowia i wymaga podejmowania różnych działań reformatorskich. Działaniom tym, prowadzonym tak w Polsce, jak i w innych krajach europejskich, przyświeca ten sam cel, a mianowicie zahamowanie szybkiego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, poszukiwanie nowych źródeł jej finansowania oraz upowszechnienie zasady konkurencyjności na rynku usług medycznych.

W Polsce takimi nowymi źródłami finansowania mogłyby być środki pochodzące z sektora przedsiębiorstw. Zwiększenie ich strumienia związane jest m.in. z rozwojem jednostek medycznych na gruncie szerszego wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego. Również wykorzystanie innych narzędzi – współpłacenia czy dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – może przynieść korzyści finansowe. Chociaż współpłacenie nie ma charakteru fiskalnego, to jednak wzbogaca nakłady publiczne przeznaczane na ochronę zdrowia, a przede wszystkim racjonalizuje zachowania konsumentów usług medycznych. Natomiast dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne to narzędzie zarówno sprzyjające większemu wykorzystaniu funduszy prywatnych w ochronie zdrowia, jak i racjonalizujące zachowania. Wprowadzenie ich czy też szersze wykorzystanie wymaga jednak spełnienia wielu warunków i zmiany postaw pacjentów. Zmianie postaw pacjentów mogłoby sprzyjać wprowadzenie koszyka usług gwarantowanych czy choćby niewielkiej ulgi podatkowej z tytułu składki na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, obowiązującej do czasu ich większego upowszechnienia.

Sytuacja w polskiej ochronie zdrowia wymaga określenia i realizacji zasad nowej polityki zdrowotnej. Do jej podstawowych celów można by zaliczyć działania zmierzające do pozyskania nowych środków finansowych, jak też sprzyjające ich racjonalnemu wykorzystaniu nie tylko przez pacjentów, ale przede wszystkim przez świadczeniodawców. Rozwiązania stosowane w krajach rozwiniętych pokazały, że istotnymi rozwiązaniami kształtującymi racjonalne zachowania świadczeniodawców są m.in.:

- przyspieszony proces przekształceń publicznych zakładów opieki zdrowotnej, głównie szpitali, które przynoszą największe straty, w jednostki o statusie przedsiębiorcy (spółki prawa handlowego); wymaga to pomocy finansowej samorządu w pokryciu ich długów;
- usprawnienia w sferze zarządzania zasobami ludzkimi, sprzyjające pozyskiwaniu i utrzymaniu kompetentnej kadry zarządzającej i najlepszego personelu medycznego, gdyż taki system nie wykrystalizował się w systemie scentralizowanego zarządzania w ochronie zdrowia.

Trzeba jednak uznać, że w ochronie zdrowia, podobnie jak w innych dziedzinach życia społecznego i gospodarczego, nie można stosować jednego docelowego modelu, gdyż nową politykę zdrowotną powinna charakteryzować otwartość na różne nowe rozwiązania, dotyczące zarówno pozyskiwania środków jej finansowania oraz sposobów racjonalnego ich wykorzystania, zarówno przez pacjentów, jak i przez świadczeniodawców.

Literatura

- Barr N., *Ekonomika polityki społecznej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993.
- Barr N., *Państwo dobrobytu jako skarbonka. Informacja, ryzyko, niepewność a rola państwa*, Seria: Współczesna Polityka Społeczna, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2010.
- Bem A., *Finansowanie ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe*, [w:] M. Łyszczak, M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 226, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011.
- Chudykowska M., *Wybrane problemy budowy i wdrażania zrównoważonej karty wyników w szpitalu*, [w:] T. Borys, P. Rogala (red.), *Orientacja na wyniki we współczesnej gospodarce*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 265, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2012.
- Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011, www.diagnoza.com, 12.07.2013.
- Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013, www.diagnoza.com, 20.07.2013.
- Domagała A., *Kadry medyczne w ochronie zdrowia. Tendencje zmian w kraju i na świecie*, „Polityka Społeczna” 2008, nr 7.
- Domagała M., *Niemcy: trwałość, decentralizacja i autonomia. Ochrona zdrowia*, „Gazeta Lekarska” 2012, nr 5, <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2012/n201205>, 15.07.2013.
- Grzybowski A., *Polityka społeczna samorządu terytorialnego*, Wydawnictwo Instytutu Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002.
- Ile zarabiają polscy lekarze?* <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Ile-zarabiaja-polscy-lekarze,129276,1,1.html>, 10.07.2013.
- Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, NIK, Warszawa 2010, <http://www.nik.gov.pl/kontrolne/wyniki-kontroli-nik/kontrolne,6921.html>, 15.07.2013.
- Jończyk J., *Kultura organizacyjna a innowacyjność w szpitalu publicznym*, [w:] M. Łyszczak, M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 226, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011.
- Koszyk świadczeń zdrowotnych*, <http://www.mz.gov.pl>, 25.10.2013.
- Krynicka H., *Koncepcja nowego zarządzania w sektorze publicznym (New Public Management)*, Prace Instytutu Prawa i Administracji PWSZ w Sulechowie, Studia Lubuskie nr 2, Sulechów 2006.
- Kubów A., *Ochrona zdrowia*, [w:] O. Kowalczyk, S. Kamiński (red.), *Wymiary polityki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2013.
- Leowski J., *Funkcje zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne” 2001, nr 5-6.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu, Warszawa 2008.
- Malkiewicz N., *Marketing personalny jako kierunek rozwoju zarządzania zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych*, [w:] J. Skalik, J. Kacała (red.), *Zmiana warunkiem sukcesu. Zarządcze instrumenty doskonalenia i rozwoju organizacji*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 272, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2012.
- Michalak D., *PPP w służbie zdrowia – trudne, ale potrzebne*, <http://www.portalzp.pl/aktualnosci/ppp-w-sluzbie-zdrowia-trudne-ale-potrzebne-1296059/>, 25.10.2013.
- Michalak J., *Komercyjne, uzupełniające ubezpieczenia zdrowotne, wypadkowe i medyczne w Unii Europejskiej i innych krajach*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. I.

- MZ: dyrektywa transgraniczna dopiero po wejściu ustawy, <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/MZ-dyrektywa-transgraniczna-dopiero-po-wejsciu-ustawy,135198,2.html>, 25.10.2013.
- Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok, GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa 2012,
- http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2011.pdf, 1.07.2013.
- Opieka medyczna PZU Życie, www.opiekamedyczna.pl, 25.06.2013.
- Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, CBOS, Warszawa 2012, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_034_12.PDF, 25.06.2013.
- Rocznik Demograficzny 2012, GUS, Warszawa 2012, www.stat.gov.pl 25.06.2013.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012, GUS, Warszawa 2012, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_2844_PLK_HTML.htm, 15.07.2013.
- Samuelson P.A., Nordhaus W.D., *Ekonomia*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
- Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2013-2016. Ministerstwo Finansów, Warszawa: 2012,
- [http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/B467A5251590D524C1257A88004CFBD2/\\$File/755-strategia.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/B467A5251590D524C1257A88004CFBD2/$File/755-strategia.pdf), 25.06.2013.
- Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654.
- Węgrzyn M., *Kształtowanie wartości ZOZ a rynek usług finansowych*, [w:] M. Łyszczak, M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 226, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011.
- Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.
- Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2004 r. (do 2012), Informacje i Opracowania Statystyczne, GUS, Warszawa 2005 (do 2013),
- http://www.stat.gov.pl/gus/5840_685_PLK_HTML.htm?action=show_archive, 12.07.2013.
- Zobowiązania SPZOZ-ów pod lupą resortu: długi większe niż kiedykolwiek, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie>, 10.07.2013.

UNDERFUNDING OF HEALTH CARE IN POLAND – SELECTED PROBLEMS

Summary: The share of health spending in GDP in Poland was 6.9% in 2011. This was almost twice less than in many other European countries, such as France, Germany and the Netherlands, also characterized by a much higher level of GDP. Continuous lack of money in Polish health care causes undertaking various austerity measures, which negatively affect health care entities, patients and medical staff. For patients, the most severe consequences of underfunding of health care are long waiting times for specialist doctor advice and specialized diagnostic tests, of up to 5 years. The article presents other selected issues involving the underfunding of health care, such as growing debt of public health care centers or low salaries of medical staff. Then selected solutions to overcome the lack of funds are presented. For example, more funds can be obtained from the corporate sector and the principle of co-payment for medical services may be introduced. Other solutions are the dissemination of private health insurance, as well as health care policy focused on efficiency.

Keywords: health care, underfunding, availability of services, new measures, efficiency.