

Ewelina Rabiej*

Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce – w drodze do zrównoważonego rozwoju

Transformation of the health care system in Poland – on the way to sustainable development: This article analyses issues related to the financing and effectiveness of health care systems. The first section reviews the new concept of sustainable development adopted by the United Nations – Agenda 2030. The next two sections present the process of health care transformation in Poland and the basic indicators of health financing in the European Union member states (total expenditure on health, general government expenditure, private expenditure, out-of-pocket expenditure). The final section assesses the selected health indicators for Poland versus the EU member states, with particular focus on the Euro Health Consumer Index produced by the Health Consumer Powerhouse.

Słowa kluczowe: *system ochrony zdrowia, zrównoważony rozwój, nierówności w zdrowiu, wydatki na ochronę zdrowia, raporty międzynarodowe*

Keywords: *health care system, sustainable development, health inequalities, expenditure on health care, international reports*

* Doktor nauk ekonomicznych, adiunkt w Katedrze Finansów Uniwersytetu Rzeszowskiego; e-mail: erabiej@ur.edu.pl.

Wstęp

Wydaje się, że koncepcja zrównoważonego rozwoju jest już od wielu lat ugruntowana, i globalnie, i w ujęciu regionalnym. Jednak przemiany demograficzne, społeczne i gospodarcze doprowadziły do znacznych nierówności, zarówno w dostępie do świadczeń zdrowotnych, jak i w stanie zdrowia społeczeństwa, co w oczywisty sposób wpływa na ewolucję koncepcji

zrównoważonego rozwoju¹. Tytuł niniejszego opracowania jest więc raczej wskazaniem kierunku badań, niż stwierdzeniem faktu.

System ochrony zdrowia zdefiniowany został przez Światową Organizację Zdrowia bardzo szeroko – jako całokształt działań, których celem jest promocja, przywracanie i utrzymanie zdrowia². Zmieniający się świat implikuje konieczność redefiniowania ochrony zdrowia i transformacji systemów ochrony zdrowia. W ostatnich latach coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność monitorowania, analizy i oceny wielu czynników mających wpływ na dostępność świadczeń zdrowotnych i stan zdrowia społeczeństwa. Podejmowane są kolejne działania, zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym, mające na celu przeciwdziałanie nierównościom w zdrowiu. Organizacja Narodów Zjednoczonych sformułowała nowy model zrównoważonego rozwoju, w którym ochrona zdrowia zajmuje szczególne miejsce³. Parlament Europejski, ustanawiając nowe przepisy dotyczące polityki spójności w perspektywie 2014–2020, zwrócił uwagę na fakt, że wobec zmian demograficznych konieczne jest promowanie efektywnej pod względem kosztów opieki zdrowotnej i wspieranie inwestycji w infrastrukturę zdrowotną, które przyczyniają się do zmniejszania nierówności w zdrowiu, poprzez ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych⁴. W Polsce w latach 2013–2017 Norweski Dyrektoriat do Spraw Zdrowia, Konsorcjum „Nauka i Zdrowie”, Departament Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia realizowały projekt predefiniowany „Ograniczenie

¹ Zob. M. Bartley, *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods, 2nd Edition*, Polity Press, Cambridge 2016, s. 34.

² WHO, *The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance*, Geneva 2000, s. 5, <http://www.who.int/whr/2000/en/> [dostęp: 20 sierpnia 2017 r.]; pojęcie „system zdrowotny” stosowane jest zamiennie z określeniami: „system ochrony zdrowia”, „system opieki zdrowotnej”, zob. C. Włodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 15.

³ United Nations, *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, A/RES/70/1, 21 October 2015, <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/> [dostęp: 17 sierpnia 2017 r.].

⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006, Dz.Urz. UE L 347/320 z 20 grudnia 2013 r.

społecznych nierówności w zdrowiu”, w którym jako cel główny działań wyznaczono poprawę stanu zdrowia społeczeństwa poprzez ograniczenie nierówności w zdrowiu wywołanych czynnikami społecznymi. Za szczególnie istotną uznano potrzebę opracowania modelu organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego⁵.

Niniejsza analiza ma na celu wskazanie miejsca ochrony zdrowia w koncepcji zrównoważonego rozwoju w kontekście reform systemu zdrowotnego w Polsce. Ze względu na ograniczoną objętość opracowania analizie poddano wybrane aspekty funkcjonowania systemów ochrony zdrowia oraz wyselekcjonowane wskaźniki zdrowotne. Artykuł przygotowano na bazie publikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), Unii Europejskiej (UE), Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (Health Consumer Powerhouse), a także publikacji krajowych i aktów prawnych z zakresu organizacji systemu ochrony zdrowia. Wykorzystano dane statystyczne dostępne w bazach WHO, OECD i Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), według ostatnich dostępnych aktualizacji.

Ochrona zdrowia w koncepcji zrównoważonego rozwoju

W rezolucji przyjętej w 2015 r. przez ONZ *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development* (tzw. Agenda 2030)⁶ sformułowano program działań definiujący model zrównoważonego rozwoju na poziomie globalnym w trzech wymiarach – gospodarczym, społecznym i środowiskowym. Jednym z siedemnastu celów zrównoważonego rozwoju, wskazanych w Agendzie 2030, jest potrzeba zapewnienia ludziom w każdym wieku zdrowego życia. Wśród działań służących osiągnięciu tak zdefiniowanego celu wymieniono rozwijanie systemów powszechnej opieki zdrowotnej, zabezpieczających społeczeństwo przed ryzykiem finansowym związanym z leczeniem, oraz zwiększanie dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Agenda 2030 podkreśla konieczność podniesienia poziomu finansowania ochrony zdrowia, szczególnie w krajach rozwijają-

⁵ B. Wojtyński, M. Marek, P. Goryński, *Charakterystyka Projektu Predefiniowanego dotyczącego ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, Program PL 13, Norweski Mechanizm Finansowy*, 2017; opracowanie w ramach Projektu Predefiniowanego w Programie PL13 współfinansowanego w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014, <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu> [dostęp: 17 sierpnia 2017 r.].

⁶ United Nations, *Transforming our World: The 2030 Agenda*, *op. cit.*

cych się. Wśród wskaźników monitorujących cele rozwojowe w zakresie ochrony zdrowia wymienia się między innymi liczbę udzielonych świadczeń zdrowotnych, liczbę osób objętych systemem ubezpieczenia zdrowotnego, udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia (tzw. *out-of-pocket*) w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia, liczbę personelu medycznego⁷.

Agenda 2030 jest uniwersalnym planem rozwoju świata, który państwa członkowskie ONZ dostosowują do własnych uwarunkowań. W Polsce, zgodnie z art. 68. Konstytucji RP, każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne powinny zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, niezależnie od sytuacji materialnej obywateli⁸. Działania na rzecz zrównoważonego rozwoju sformułowane zostały w „Strategii na rzecz odpowiedzialnego rozwoju”⁹, w której wskazano między innymi na konieczność wprowadzenia zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym reform instytucjonalnych, i w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, służących poprawie efektywności wykorzystania środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia. W statystyce publicznej z zakresu ochrony zdrowia zdefiniowano liczne wskaźniki monitorujące realizację koncepcji zrównoważonego rozwoju przyjętej w Agendzie 2030 (tabela 1).

Analiza wartości wskaźników zrównoważonego rozwoju za lata 2010–2014 wskazuje na nieznaczną poprawę sytuacji w polskim sektorze ochrony zdrowia. Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na 1 mieszkańca zwiększyła się z 7,5 do 8,1. Rośnie też liczba personelu medycznego na 10 tys. ludności: lekarzy – z 20,6 do 22,8; dentyistów – z 3,2 do 3,4; pielęgniarek i położnych – z 53,7 do 57,6. Średnie wskaźniki liczby personelu medycznego w UE kształtują się jednak na poziomie znacznie wyższym, tj. 35 lekarzy i 84 pielęgniarki na 10 tys. lud-

⁷ United Nations, *Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators (E/CN.3/2017/2), Annex III Revised list of global Sustainable Development Goal indicators*, s. 18, <https://unstats.un.org/sdgs/files/meetings/iaeg-sdgs-meeting-05/2017-2-IAEG-SDGs-E.pdf> [dostęp: 17 sierpnia 2017 r.].

⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. nr 78, poz. 483, ze zm.

⁹ Ministerstwo Rozwoju, *Agenda 2030 na rzecz zrównoważonego rozwoju – implementacja w Polsce*, 2017, http://www.mr.gov.pl/media/41336/1003_05_17_mr_broszura_onz_net.pdf [dostęp: 17 sierpnia 2017 r.]; uchwała nr 8 Rady Ministrów z 14 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia „Strategii na rzecz odpowiedzialnego rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)”, M.P. 260.

Tabela 1. Wybrane wskaźniki zrównoważonego rozwoju w Polsce w latach 2010–2014

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na 1 mieszkańca	7,5	7,7	7,8	8,0	8,1
Liczba osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym lub systemem zdrowia publicznego na 1 tys. ludności	966,5	966,3	856,7	880,7	875,1
Liczba lekarzy na 10 tys. ludności	20,6	20,9	22,1	22,1	22,8
Liczba dentyistów na 10 tys. ludności	3,2	3,3	3,2	3,2	3,4
Liczba pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności	53,7	54,2	61,2	58,0	57,6

Źródło: na podstawie Bazy Wskaźników Zrównoważonego Rozwoju GUS, <http://wskaznikizrp.stat.gov.pl/> [dostęp: 17 sierpnia 2017 r.].

ności¹⁰, tak więc trend wzrostowy w Polsce jest zjawiskiem pozytywnym, ale jego tempo jest zbyt wolne, co może doprowadzić w niedługim czasie do znacznego ograniczenia dostępności opieki zdrowotnej. Niepokojąca jest również zmiana liczby osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym na 1 tys. ludności – z poziomu 966,5 w 2010 r. do 875,1 w 2014 r.

Reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce

Mimo że transformacja ustrojowa w Polsce rozpoczęła się już w 1989 r., to system ochrony zdrowia jeszcze przez kolejnych 10 lat funkcjonował w tzw. modelu Siemaszki, charakterystycznym dla państw socjalistycznych. Bezpośrednim impulsem do rozpoczęcia procesu transformacji sektora zdrowotnego była narastająca dysproporcja pomiędzy pojawiającymi się potrzebami zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego a możliwościami ich zaspokojenia¹¹. W 1999 r. ustawą z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153, ze zm.; akt prawny uchylony) wprowadzono w Polsce powszechne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, zmieniając tym samym charakter systemu ochrony zdrowia z modelu Siemaszki na model ubezpieczeniowy. Ustawa zakładała stworzenie systemu, w którym pacjent znajdzie się w centrum uwagi, oddzielenie nabywców świadczeń zdrowotnych (kasy chorych) od świadczeniodawców (zakłady opieki zdrowotnej), wielość równouprawnionych podmiotów świadczących usługi zdrowotne oraz wielość źródeł finansowania syste-

¹⁰ OECD, EU, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2016, s. 159, 161, <http://dx.doi.org/10.1787/23056088> [dostęp: 15 sierpnia 2017 r.].

¹¹ Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 1998, s. 17.

mu ochrony zdrowia. Podstawowe zasady ustrojowe nowego systemu to solidarność społeczna, samorządność, samofinansowanie, prawo wolnego wyboru świadczeniodawcy i kasy chorych, zapewnienie równego dostępu do świadczeń, działalność kas chorych nie dla zysku oraz gospodarność i celowość. Działania podjęte w ramach reformy miały doprowadzić do decentralizacji decyzyjności i wzrostu efektywności oraz podniesienia finansowania ochrony zdrowia poprzez bezpośrednie powiązanie wysokości środków funduszu zdrowotnego ze wzrostem gospodarczym. Składka na ubezpieczenie zdrowotne miała pierwotnie wynosić 10% przychodów, finalnie ustalona została na poziomie 7,5%. Ekspertki uważają, że to właśnie obniżenie składki oraz rezygnacja z gwarancji państwa dla ubezpieczeń zdrowotnych i nadmierna decentralizacja decyzyjności skazały reformę na niepowodzenie¹². Mimo że wielu jej celów nie udało się zrealizować i wiele rozwiązań okazało się dysfunkcyjnych, to na pewno ustawa z 1997 r. stworzyła podwaliny nowoczesnego systemu zdrowotnego w Polsce.

Kolejnym etapem procesu transformacji była ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 45, poz. 391, ze zm.; akt prawny uchylony), która weszła w życie w 2003 r. w miejsce uchylonej ustawy z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Nowy akt prawny wprowadził nowe zasady ustrojowe, których treść wydaje się jednak bardzo zbliżona do poprzednich, tj. zasada równego traktowania obywateli oraz solidarności społecznej, a także zapewnienia ubezpieczonym swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych i wolnego wyboru świadczeniodawców. Ustawa, poprzez likwidację kas chorych i utworzenie NFZ, scentralizowała system, co w założeniu miało usprawnić jego działanie. Określiła też nowe zasady zabezpieczania potrzeb zdrowotnych i organizację udzielania świadczeń zdrowotnych. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne ustalono pierwotnie na poziomie 8%, przy czym, zgodnie z zapisami ustawy, była corocznie podnoszona do docelowego poziomu 9%, co było działaniem na rzecz zwiększenia środków finansowych w ochronie zdrowia.

W 2004 r., w konsekwencji uznania ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia za niekonstytucyjną, Sejm uchwalił nowy akt prawny regulujący funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, tj. ustawę z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.

¹² J. Leowski, J. Opolski, *Ochrona zdrowia w Polsce u progu 21-go stulecia – scenariusz naprawy reformy ochrony zdrowia (artykuł dyskusyjny)*, „Antidotum. Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 2001, nr 9, s. 35.

Dz.U. 2016, poz. 1793, ze zm.), która jest obecnie obowiązująca. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że przepisy ustawy z 2003 r.: *tworząc instytucję publiczną [NFZ – dopisek E.R.] w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*¹³. Nowa ustawa nie zmieniła charakteru systemu ochrony zdrowia w Polsce, ale uregulowała prawnie znacznie szerszy obszar niż poprzednie akty, w tym między innymi zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego; organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Nie zmieniono wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne i utrzymano regulacje dotyczące jej podnoszenia do poziomu 9%, który został osiągnięty w 2007 r.

Finansowanie ochrony zdrowia

Głównym wskaźnikiem opisującym system zdrowotny zarówno na poziomie krajowym, jak i w porównaniach międzynarodowych są wydatki na ochronę zdrowia – w ujęciu globalnym, *per capita*, w odniesieniu do produktu krajowego brutto (PKB), według parytetu siły nabywczej (ang. *purchasing power parity*; dalej: PPP)¹⁴. Punktem wyjścia dla analizy wydatków na ochronę zdrowia jest określenie jej zakresu. W rozporządzeniu Komisji (UE) 2015/359 z 4 marca 2015 r. regulującym statystykę unijną, dotyczącą finansowania ochrony zdrowia, obszar ochrony zdrowia zdefiniowany został jako: *wszelkie działania, których głównym celem jest poprawa i zachowanie zdrowia oraz zapobieganie jego pogarszaniu się, a także łagodzenie skutków złego stanu zdrowia poprzez stosowanie specjalistycznej wiedzy z zakresu ochrony zdrowia*¹⁵.

Systemy rachunków zdrowia w krajach UE opracowane są na bazie Międzynarodowej Klasyfikacji dla Rachunków Zdrowia ICHA (*International*

¹³ Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, Dz.U. nr 5, poz. 37.

¹⁴ Zob. D. McIntyre, J. Kutzin, *Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development*, WHO, Geneva 2016 (*Health Financing Guidance No. 1*), s. 9, <http://apps.who.int/iris/handle/10665/204283> [dostęp: 10 lipca 2017 r.]; D. Kawiorska, *Narodowe rachunki zdrowia*, Zakamycze, Kraków 2004, s. 32.

¹⁵ Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/359 z 4 marca 2015 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania, Dz.Urz. UE L 62/6 z 6 marca 2015 r.

Classification for Health Accounts), bazującej na metodologii SHA (*A System of Health Accounts*) opracowanej przez OECD. Do 2014 r. wykorzystywano pierwszą wersję metodologii – SHA1.0¹⁶, natomiast od 2015 r., zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) 2015/359 z 4 marca 2015 r.¹⁷, obowiązuje kolejna wersja SHA2011¹⁸, przygotowana wspólnie przez OECD, WHO i Eurostat. Zgodnie z SHA1.0 przedmiotem systemu rachunków zdrowia są wydatki ogółem na ochronę zdrowia, tj. wydatki bieżące powiększone o wydatki powiązane, w tym inwestycyjne. Tabela 2 przedstawia podstawowe wskaźniki finansowania ochrony zdrowia w 28 krajach będących w 2017 r. członkami UE, w latach 1995–2014, obliczone na bazie metodologii SHA1.0¹⁹.

W 1995 r. całkowite wydatki na ochronę zdrowia w analizowanych krajach wynosiły średnio 7% PKB, od 3% w Rumunii do 10% w Austrii i Francji. W Polsce kształtowały się na poziomie 5% PKB. Po blisko dwudziestu latach, w 2014 r. średnia wartość wzrosła o 2 punkty procentowe do 9% PKB, różnicując się regionalnie: od 6% w Estonii, Łotwie, Polsce i Rumunii, do 12% we Francji i Szwecji (tabela 2).

Udział publicznych wydatków na ochronę zdrowia w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia wynosił w 1995 r. średnio 76%, od 36% na Cyprze do 92% w Luksemburgu. W Polsce kształtował się na poziomie 73%. W 2014 r. średni wskaźnik spadł do poziomu 73%, przy czym wartość minimalna wzrosła do 45% (Cypr), a maksymalna spadła do 87% (Holandia). Analiza wskazuje więc na spadek średniego wskaźnika o 3 punkty procentowe, ale też na mniejsze zróżnicowanie regionalne i generalną tendencję podnoszenia poziomu finansowania publicznego ochrony zdrowia. W Polsce w 2014 r. wskaźnik wyniósł 71%, co oznacza spadek i dalsze plasowanie się poniżej średniej (tabela 2).

¹⁶ OECD, *A System of Health Accounts: Version 1.0*, OECD Publishing, 2000, <https://www.oecd.org/els/health-systems/1841456.pdf> [dostęp: 30 sierpnia 2017 r.].

¹⁷ Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/359 z 4 marca 2015 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania.

¹⁸ OECD, Eurostat, WHO, *A System of Health Accounts: 2011 Edition*, OECD Publishing, 2011, <http://www.who.int/health-accounts/methodology/en/> [dostęp: 20 sierpnia 2017 r.]; aktualizacja wersji SHA2011 z 2017 r.: OECD, Eurostat, WHO, *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, 2017, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en> [dostęp: 20 sierpnia 2017 r.].

¹⁹ Kompletnie informacje dotyczące wartości wskaźników finansowania ochrony zdrowia według metodologii SHA2011 były na dzień 31 sierpnia 2017 r. niedostępne, baza danych WHO jest w trakcie aktualizacji.

Wysokość wskaźnika udziału wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia jest niezwykle istotna z punktu widzenia sytuacji finansowej gospodarstw domowych i dostępu do świadczeń zdrowotnych²⁰. W 1995 r. wskaźnik ten wynosił średnio 20%, od 6% w Luksemburgu do 63% na Cyprze. W 2014 r. średni wskaźnik wzrósł do 21%, przy czym minimalny spadek do 5% (Holandia), a maksymalny spadek do 49% (Cypr). W Polsce w analizowanym okresie wskaźnik wprawdzie spadł z 27% do 23%, ale w dalszym ciągu wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych stanowią duży udział w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia (tabela 2).

Ostatni wskaźnik – całkowite wydatki na ochronę zdrowia *per capita* wynosiły w 1995 r. średnio 1145 dolarów US według parytetu siły nabywczej (dalej: \$PPP) – od 183 \$PPP w Rumunii do 2280 \$PPP w Niemczech. W 2014 r. wydatki wyniosły średnio 3108 \$PPP – od 940 \$PPP na Łotwie do 6812 \$PPP w Luksemburgu. Wzrost całkowitych wydatków na ochronę zdrowia *per capita* widoczny jest we wszystkich państwach, różna jest jedynie jego skala: od 66% w Grecji do 490% w Rumunii. W Polsce, mimo wzrostu na poziomie 268% – z 407 \$PPP do 1570 \$PPP – finansowanie kształtuje się znacznie poniżej wartości średnich (tabela 2).

Szczegółowe analizy wydatków na ochronę zdrowia w Polsce umożliwia Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) przygotowany za okres 2013–2014 według nowej metodologii SHA2011. Strukturę NRZ według SHA2011 prezentuje tabela 3.

Analiza wydatków bieżących na ochronę zdrowia w Polsce według schematów finansowania w 2014 r. wskazuje, że podstawowym schematem jest obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne – 62%, następnie wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych – 23%, sektor instytucji rządowych i samorządowych – 9%, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – 4%, schemat finansowania przez organizacje niekomercyjne – 1%, schemat finansowania przez przedsiębiorstwa – 1%. Z zestawienia wynika, że wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych stanowią prawie 80% wydatków prywatnych na ochronę zdrowia (tabela 4).

W tabeli 5 zaprezentowano strukturę wydatków bieżących na ochronę zdrowia według funkcji ochrony zdrowia w 2014 r.

- 56% – usługi lecznicze (HC.1) – finansowane są w większości ze środków publicznych – 81% (64% całkowitych wydatków publicz-

²⁰ Zob. WHO, *Tracking Universal Health Coverage. First Global Monitoring Report*, 2015, s. 40, http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/ [dostęp: 17 sierpnia 2017 r.].

Tabela 2. Wskaźniki finansowania ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej w latach 1995–2014*

1	2	3	4	5	6	7
Lp.	Wyszczególnienie	Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w % PKB	Udział publicznych wydatków na ochronę zdrowia w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia (w %)	Udział prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia (w %)	Udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia (w %)	Całkowite wydatki na ochronę zdrowia per capita w \$PPP
1.	Austria					
	1995	10	75	25	15	2 249
	2005	11	74	26	17	3 553
	2014	11	78	22	16	5 039
2.	Belgia					
	1995	8	77	23	20	1 714
	2005	9	77	23	18	2 985
	2014	11	78	22	18	4 392
3.	Bułgaria					
	1995	5	74	26	26	290
	2005	7	61	39	38	722
	2014	8	55	45	44	1 399
4.	Chorwacja					
	1995	7	86	14	14	549
	2005	7	86	14	13	1 104
	2014	8	82	18	11	1 652
5.	Cypr					
	1995	5	36	64	63	731
	2005	6	42	58	47	1 600
	2014	7	45	55	49	2 062
6.	Czechy					
	1995	7	91	9	9	898
	2005	7	87	13	11	1 480
	2014	7	85	15	14	2 146
7.	Dania					
	1995	8	83	17	16	1 875
	2005	10	84	16	14	3 248
	2014	11	85	15	13	4 782
8.	Estonia					
	1995	6	90	10	10	397
	2005	5	77	23	20	824
	2014	6	79	21	21	1 668

1	2	3	4	5	6	7
9.	Finlandia					
	1995	8	72	28	23	1 480
	2005	8	74	26	20	2 594
	2014	10	75	25	18	3 701
10.	Francja					
	1995	10	80	20	8	2 102
	2005	11	78	22	7	3 241
	2014	12	78	22	6	4 508
11.	Grecja					
	1995	8	52	48	43	1 267
	2005	9	60	40	35	2 359
	2014	8	62	38	35	2 098
12.	Hiszpania					
	1995	7	72	28	24	1 193
	2005	8	72	28	21	2 229
	2014	9	71	29	24	2 966
13.	Holandia					
	1995	7	71	29	10	1 800
	2005	10	69	31	8	3 584
	2014	11	87	13	5	5 202
14.	Irlandia					
	1995	6	73	27	15	1 193
	2005	7	76	24	16	2 974
	2014	8	66	34	18	3 801
15.	Litwa					
	1995	5	74	26	22	332
	2005	6	68	32	32	847
	2014	7	68	32	31	1 718
16.	Luksemburg					
	1995	6	92	6	6	2 189
	2005	8	85	15	12	5 475
	2014	7	84	16	11	6 812
17.	Łotwa					
	1995	6	66	34	34	221
	2005	6	57	43	41	594
	2014	6	63	37	35	940
18.	Malta					
	1995	6	68	32	28	898
	2005	9	68	32	29	1 994
	2014	10	69	31	29	3 072
19.	Niemcy					
	1995	9	81	19	10	2 280
	2005	11	76	24	14	3 384
	2014	11	77	23	13	5 182

1	2	3	4	5	6	7
20.	Polska					
	1995	5	73	27	27	407
	2005	6	69	31	26	856
	2014	6	71	29	23	1 570
21.	Portugalia					
	1995	7	63	37	24	1 017
	2005	10	70	30	22	2 204
	2014	10	65	35	27	2 690
22.	Rumunia					
	1995	3	75	25	25	183
	2005	5	80	19	18	522
	2014	6	80	20	19	1 079
23.	Słowacja					
	1995	6	89	11	11	505
	2005	7	74	26	23	1 143
	2014	8	73	27	23	2 179
24.	Słowenia					
	1995	7	78	22	11	972
	2005	8	73	27	12	1 998
	2014	9	72	28	12	2 698
25.	Szwecja					
	1995	8	87	13	13	1 745
	2005	9	81	19	16	2 969
	2014	12	84	16	14	5 219
26.	Węgry					
	1995	7	84	16	16	659
	2005	8	70	30	25	1 432
	2014	7	66	34	27	1 827
27.	Wielka Brytania					
	1995	7	84	15	11	1 350
	2005	8	81	19	9	2 746
	2014	9	83	17	10	3 377
28.	Włochy					
	1995	7	71	29	27	1 559
	2005	9	76	24	21	2 587
	2014	9	76	24	21	3 239

* Analizą objęto kraje członkowskie UE według stanu na 2017 r.

Źródło: na podstawie WHO, *Global Health Expenditure Database*, <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> [dostęp: 20 sierpnia 2017 r.].

Tabela 3. Struktura Narodowego Rachunku Zdrowia dla Polski według SHA2011

ICHA-HF	Schematy finansowania ochrony zdrowia	HF.1	Programy rządowe i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne
		HF.2	Dobrowolne opłaty za opiekę zdrowotną
		HF.3	Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych
		HF.4	Programy finansowania przez zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe
ICHA-HC	Funkcje ochrony zdrowia	HC.1	Usługi lecznicze
		HC.2	Usługi rehabilitacyjne
		HC.3	Długoterminowa opieka zdrowotna
		HC.4	Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej
		HC.5	Artykuły medyczne (w tym leki)
		HC.6	Profilaktyka i zdrowie publiczne
		HC.7	Zarządzanie i administracja finansowania ochrony zdrowia
		HC.R	Funkcje powiązane z ochroną zdrowia
ICHA-HP	Dostawcy usług w ochronie zdrowia	HP.1	Szpitala
		HP.2	Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej
		HP.3	Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
		HP.4	Świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia
		HP.5	Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych (w tym apteki)
		HP.6	Świadczeniodawcy profilaktycznych usług zdrowotnych
		HP.7	Podmioty koordynujące administrację i finansowanie ochrony zdrowia
		HP.8	Pozostałe jednostki w ramach sektorów gospodarki
		HP.9	Zagranica

Źródło: na podstawie GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, Warszawa 2017, s. 35–37.

Tabela 4. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce według schematów finansowania (HF)* w latach 2013–2014

Wyszczególnienie	2013		2014	
	w mln zł	w %	w mln zł	w %
Wydatki publiczne (HF.1):	75 874	71	77 208	71
• sektor instytucji rządowych i samorządowych	10 534	10	10 017	9
• obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne	65 340	61	67 191	62
Wydatki prywatne (HF.2 + HF.3):	30 996	29	31 529	29
• dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne	4 238	4	4 869	4
• schemat finansowania przez organizacje niekomercyjne	1 167	1	1 130	1
• schemat finansowania przez przedsiębiorstwa	614	1	680	1
• wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	24 978	23	24 850	23
Wydatki ogółem	106 870	100	108 737	100

* Klasyfikacja schematów finansowania (HF) zob. tabela 3.

Źródło: na podstawie GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, Warszawa 2017.

Tabela 5. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce według funkcji ochrony zdrowia (HC)* w 2014 r.

Wyszczególnienie	HC.1	HC.2	HC.3	HC.4	HC.5	HC.6	HC.7	HC.R
Wydatki publiczne (HF.1)								
w mln zł	49 460	2 907	7 143	4 105	8 833	2 095	2 441	225
w %	81	74	96	81	34	72	99	48
Wydatki prywatne (HF.2 + HF.3)								
w mln zł	11 385	1 014	270	976	16 814	814	17	240
w %	19	26	4	19	66	28	1	52
Wydatki ogółem								
w mln zł	60 845	3 921	7 413	5 080	25 647	2 908	2 458	465
w %	100	100	100	100	100	100	100	100

* Klasyfikacja schematów finansowania (HC) zob. tabela 3.

Źródło: jak pod tabelą 4.

nych na ochronę zdrowia), pozostałe 19% to środki prywatne (36% całkowitych wydatków prywatnych na ochronę zdrowia),

- 24% – artykuły medyczne, w tym leki (HC.5) – finansowane są w większości ze środków prywatnych – 66% (53% całkowitych wydatków prywatnych na ochronę zdrowia), 34% to środki publiczne (11% całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia),
- 7% – długoterminowa opieka zdrowotna (HC.3) – finansowana prawie w całości ze środków publicznych – 96% (9% całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia),
- 5% – pomocnicze usługi opieki zdrowotnej (HC.4) – finansowane są w większości ze środków publicznych – 81% (5% całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia), pozostałe 19% to środki prywatne (3% całkowitych wydatków prywatnych na ochronę zdrowia),
- 4% – usługi rehabilitacyjne (HC.2) – finansowane są w większości ze środków publicznych – 74% (4% całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia), pozostałe 26% to środki prywatne (3% całkowitych wydatków prywatnych na ochronę zdrowia),
- 3% – profilaktyka i zdrowie publiczne (HC.6) – finansowane w 72% ze środków publicznych (3% całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia), pozostałe 28% to środki prywatne (3% całkowitych wydatków prywatnych na ochronę zdrowia),
- 2% – zarządzanie i administracja finansowania ochrony zdrowia (HC.7) – finansowane prawie w całości ze środków publicznych – 99% (3% całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia).

Wskaźniki zdrowotne w Polsce na tle Unii Europejskiej

W badaniach dotyczących funkcjonowania sektora zdrowotnego i stanu zdrowia społeczeństwa wykorzystuje się bardzo wiele różnorodnych wskaźników²¹. Z punktu widzenia efektywności systemu ochrony zdrowia, wśród 101 krajowych wskaźników zrównoważonego rozwoju zdefiniowanych w polskiej statystyce publicznej, kluczowe znaczenie mają: wskaźnik oczekiwanego trwania życia osób w wieku 65 lat w zdrowiu oraz Europejski Konsumentki Indeks Zdrowia – EHCI (*Euro Health Consumer Index*)²².

Wskaźnik oczekiwanego trwania życia osób w wieku 65 lat w zdrowiu określa liczbę lat, które osoba w wieku 65 lat może jeszcze przeżyć w dobrym zdrowiu rozumianym jako brak ograniczeń w funkcjonowaniu lub brak kalectwa²³. Analizując wartość tego wskaźnika w Polsce w latach 2005–2015, odnotowuje się, niestety, trend spadkowy: w przypadku mężczyzn z poziomu 8,4 do 7,6, a kobiet – z poziomu 10,2 do 8,4 (tabela 7). Są to wartości poniżej średniego poziomu w UE, który wyniósł w 2015 r. dla obu płci 9,4; różnicują się one następująco: mężczyźni – od 4,1 na Słowacji i Łotwie do 15,7 w Szwecji, kobiety – od 3,8 na Słowacji do 16,8 w Szwecji²⁴. Wskaźnik oczekiwanego trwania życia osób w wieku 65 lat w zdrowiu nabiera szczególnego znaczenia w aspekcie zmian demograficznych. Udział osób powyżej 65. roku życia w całej populacji wzrósł w UE z poziomu 9,8% w 1960 r. do 18,9% w 2015 r.²⁵.

Tabela 7. Wskaźnik oczekiwanego trwania życia osób w wieku 65 lat w zdrowiu w Polsce w latach 2005–2015

Wyszczególnienie	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Mężczyźni	8,4	6,5	6,9	7,6	7,2	7,6
Kobiety	10,2	7,1	7,7	8,3	7,8	8,4

Źródło: na podstawie Bazy Wskaźników Zrównoważonego Rozwoju GUS, http://wskaznikizrp.stat.gov.pl/prezentacja.jsf?symbol_wsk=005001002003&poziom=kraj&jezyk=pl [dostęp: 17 sierpnia 2017 r.].

²¹ Zob. A. Kozierkiewicz, *Użyteczność mierników i wskaźników* [w:] *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, red. J. Hryniewicz, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011.

²² GUS, *Wskaźniki zrównoważonego rozwoju Polski 2015*, Katowice 2015, s. 54.

²³ *Ibidem*, s. 66.

²⁴ Baza Wskaźników Zrównoważonego Rozwoju GUS, http://wskaznikizrp.stat.gov.pl/prezentacja.jsf?symbol_wsk=005001002003&poziom=kraj&jezyk=pl [dostęp: 17 sierpnia 2017 r.].

²⁵ OECD, EU, *Health at a Glance*, *op. cit.*, s. 194.

Tabela 8. Wyniki EHCI za lata 2006–2016 (liczba zdobytych punktów)

Kraj	Model SOZ*	2006	2008	2012	2014	2015	2016
Austria	U	498	784	737	780	774	826
Belgia	U	533	661	783	820	836	860
Bulgaria	B	-	486	456	547	530	526
Chorwacja	U	-	464	655	640	707	703
Cypr	B	422	563	627	619	595	623
Czechy	U	403	640	694	714	760	780
Dania	B	473	820	822	836	793	827
Estonia	B	421	669	653	677	706	729
Finlandia	B	496	705	752	846	845	842
Francja	U	576	695	766	763	775	815
Grecja	B	434	599	617	561	577	593
Hiszpania	B	434	639	603	670	695	709
Holandia	U	572	839	872	898	916	927
Irlandia	B	359	643	714	644	685	689
Litwa	U	340	520	585	510	628	620
Luxemburg	U	546	758	791	814	832	851
Łotwa	B	365	449	491	593	567	589
Malta	B	463	532	609	582	663	666
Niemcy	U	571	740	704	812	828	849
Polska	U	409	511	577	511	523	564
Portugalia	B	435	507	589	722	691	763
Rumunia	B	-	488	489	453	527	497
Słowacja	U	369	556	675	665	653	678
Słowenia	B	466	582	638	668	710	740
Szwecja	B	566	743	775	761	786	786
Węgry	U	453	647	577	601	578	575
Wielka Brytania	B	436	650	721	-	736	761
Włochy	B	471	640	623	648	667	682

* Model SOZ – model systemu ochrony zdrowia, U – model ubezpieczeniowy; B – model budżetowy.

Źródło: Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index* za lata: 2006, 2008, 2012, 2014, 2015 i 2016, http://www.healthpowerhouse.com/en/category/euro-health-consumer-index/?post_type=publications [dostęp: 9 lipca 2017 r.].

Drugi z analizowanych wskaźników – Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia to w istocie ranking europejskich systemów ochrony zdrowia przygotowywany od 2005 r. przez Health Consumer Powerhouse. Ranking ECHI obejmuje najważniejsze z perspektywy pacjentów mierniki dostępności, jakości, skuteczności i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, pogrupowane w kategoriach: prawa pacjenta i dostęp do informacji, dostęp do

świadczeń zdrowotnych, zakres świadczeń zdrowotnych, wyniki leczenia, dostęp do leków i profilaktyki²⁶.

W tabeli 8 ujęto wyniki EHCI za lata 2006–2016 dla krajów UE, wyrażone w liczbie zdobytych punktów, ze wskazaniem modelu systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w danym państwie. W szesnastu krajach UE jest to model budżetowy, w pozostałych – ubezpieczeniowy.

Większość państw uczestniczących w ECHI z roku na rok poprawia swoje wyniki. Jak wykazała analiza, trudno jednoznacznie połączyć miejsce w ECHI z konkretnym modelem systemu ochrony zdrowia, wyraźna jest natomiast korelacja z poziomem wydatków na ochronę zdrowia. W 2016 r. pierwszą pozycję, tak jak w poprzednich latach, zajęła Holandia, z sumą punktów 927 na 1000 możliwych do uzyskania. W Holandii funkcjonuje ubezpieczeniowy model systemu ochrony zdrowia, a wydatki na ochronę zdrowia należą do najwyższych w UE, z wysokim udziałem finansowania publicznego (87%) i niskim udziałem wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia (5%). Całkowite wydatki na ochronę zdrowia *per capita* wynoszą 5202 \$PPP (tabela 2 i 8). Holandia jest jedynym państwem UE, które zdobyło powyżej 90% maksymalnej liczby punktów. Na ostatnim miejscu w ECHI 2016 uplasowała się Rumunia z 497 punktami, w której funkcjonuje budżetowy model systemu ochrony zdrowia, a wydatki na ochronę zdrowia są jedne z najniższych w UE i wynoszą 1079 \$PPP *per capita*. Udział finansowania publicznego kształtuje się wprawdzie na wysokim poziomie 80%, jednak wysoki jest również udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia – 19% (tabela 2 i 8). Rumunia jest jedynym państwem UE, które uzyskało poniżej 50% maksymalnej liczby punktów. W ECHI 2016 Polska otrzymała 564 punkty i zajęła 31 miejsce (na 35 krajów uczestniczących w rankingu). Jest to wynik lepszy niż w poprzednich latach, niemniej jednak bardzo słaby (tabela 8). Ekspertcy zwrócili w raporcie uwagę na brak faktycznego przełożenia reform systemu ochrony zdrowia przeprowadzanych w Polsce od wielu lat na dostęp do świadczeń zdrowotnych i sytuację zdrowotną społeczeństwa²⁷.

²⁶ Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index*, <http://www.healthpowerhouse.com/en/> [dostęp: 9 lipca 2017 r.].

²⁷ Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2016*, s. 19, http://www.healthpowerhouse.com/en/category/euro-health-consumer-index/?post_type=publications [dostęp: 9 lipca 2017 r.].

Podsumowanie

Sektor ochrony zdrowia jest złożonym systemem, którego nadrzędnym celem jest dostępność świadczeń zdrowotnych i w konsekwencji dobry stan zdrowia społeczeństwa. Wymaga to oczywiście, czego dowodzi również przeprowadzona analiza, odpowiednich środków finansowych. Miejsce ochrony zdrowia w nowej koncepcji zrównoważonego rozwoju wskazuje na wagę i globalny wymiar problemu nierówności w zdrowiu, których pierwotnym źródłem jest niedobór środków finansowych.

Z doświadczeń międzynarodowych wynika, że nie ma modelowych systemów zdrowotnych, sprawdzających się idealnie w każdych uwarunkowaniach społecznych i gospodarczych. Nie ma też prostej korelacji między poziomem wydatków na ochronę zdrowia a stanem zdrowia społeczeństwa²⁸. Choć, powołując się na A. Koziarkiewicza, wolno stwierdzić, że nie istnieje *złoty standard* wydatków na ochronę zdrowia – ani w ujęciu nominalnym, ani jako odsetek PKB²⁹, to analiza porównawcza doświadczeń europejskich wskazuje, że zależnie od całości PKB finansowanie w przedziale od 7% do 10% PKB może być wystarczające³⁰. Udział środków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia nie jest zjawiskiem z zasady negatywnym, jednak postuluje się, by kształtował się on na poziomie adekwatnym do zamożności społeczeństwa, nie ograniczając dostępu do świadczeń zdrowotnych³¹. Jak wykazały wyniki EHIS, brak środków finansowych powoduje, że część polskiego społeczeństwa rezygnuje ze świadczeń zdrowotnych. W 2014 r. co 13 osoba zrezygnowała z opieki lekarskiej, co 8 osoba – z opieki dentystrycznej, a co 12 osoba – z wykupienia leków przepisanych na receptę³². Według WHO system ochrony zdrowia zabezpiecza społeczeństwo przed ryzykiem finansowym związanym z leczeniem pod warunkiem, że bezpo-

²⁸ S. Golinowska, *Zmiany i reformy systemów ochrony zdrowia w krajach transformacji*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2006, t. IV, nr 1, s. 5.

²⁹ A. Koziarkiewicz, *Użyteczność mierników*, *op. cit.*, s. 33.

³⁰ WHO, *Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6*, 1999, s. 133, <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region> [dostęp: 20 sierpnia 2017 r.].

³¹ A. Koziarkiewicz, *Użyteczność mierników*, *op. cit.*, s. 34.

³² Europejskie ankietowe badanie zdrowia EHIS (*European Health Interview Survey*) realizowane jest cyklicznie, co 5 lat w krajach UE. EHIS 2014 obejmował cztery obszary tematyczne: stan zdrowia, opieka zdrowotna (korzystanie z opieki medycznej, stosowanie leków, profilaktyka), determinanty zdrowia, charakterystyka demograficzno-społeczna; GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, s. 140.

średnie wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia kształtują się na poziomie poniżej 15–20% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia³³. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przewiduje systemowych mechanizmów dofinansowania funduszu ochrony zdrowia przez państwo w sytuacji niewystarczających wpływów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne. Brak regulacji prawnych w tym zakresie, szczególnie w kontekście wysokiej wartości wskaźnika udziału wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia w Polsce (23%) oraz wyników cytowanego badania EHIS, nie wskazuje na realizację gwarancji równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, wynikającej z art. 68. Konstytucji RP.

Mimo wysokiego poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego w Unii Europejskiej, zapewnienie powszechnej opieki zdrowotnej, z dostępem do zaawansowanych technologii i nowoczesnych metod leczenia, jest wciąż problemem. Analiza wskaźników finansowania ochrony zdrowia i wskaźników zdrowotnych wskazuje na duże zróżnicowanie regionalne. Polska niestety plasuje się we wszystkich zestawieniach na odległych pozycjach. Trwająca od 20 lat transformacja polskiego systemu zdrowotnego bardzo wiele zmieniła na lepsze, jednak, jak podkreślono w raporcie ECHI z 2016 r., to wciąż za mało, zmiany następują zbyt wolno. W obliczu wyzwań demograficznych, w tym przede wszystkim starzenia się społeczeństwa, czekają nas kolejne reformy. Charakter systemu ochrony zdrowia, wybór między modelem ubezpieczeniowym a budżetowym, pozostaje tak naprawdę kwestią drugorzędną. Najważniejsze jest zapewnienie optymalnego poziomu finansowania ochrony zdrowia i właściwej organizacji systemu, tak by środki przeznaczane na ochronę zdrowia faktycznie służyły poprawie stanu zdrowia całego społeczeństwa.

Bibliografia

Bartley M., *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*, 2nd Edition, Polity Press, Cambridge 2016.

Baza Wskaźników Zrównoważonego Rozwoju GUS, <http://wskaznikizrp.stat.gov.pl>.

³³ WHO, *The World Health Report 2010 – Health systems financing: the path to universal coverage*, Geneva 2010, s. 42, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf [dostęp: 20 sierpnia 2017 r.]; OECD, *Measuring Financial Protection and Access to Services in The UHC Agenda*, 2014, s. 5, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Measuring-Financial-Protection-in-UHC.pdf> [dostęp: 20 sierpnia 2017 r.].

- Golinowska S., *Zmiany i reformy systemów ochrony zdrowia w krajach transformacji*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2006, t. IV, nr 1.
- GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016.
- GUS, *Wskaźniki zrównoważonego rozwoju Polski 2015*, Katowice 2015.
- GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, Warszawa 2017.
- Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index* za lata 2006, 2008, 2012, 2014, 2015, 2016, http://www.healthpowerhouse.com/en/category/euro-health-consumer-index/?post_type=publications.
- Kawiorska D., *Narodowe Rachunki Zdrowia*, Zakamycze, Kraków 2004.
- Kozierkiewicz A., *Użyteczność mierników i wskaźników [w:] Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, red. J. Hrynkiewicz, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011.
- Leowski J., Opolski J., *Ochrona zdrowia w Polsce u progu 21-go stulecia – scenariusz naprawy reformy ochrony zdrowia (artykuł dyskusyjny)*, „Antidotum. Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 2001, nr 9.
- McIntyre D., Kutzin J., *Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development*, WHO, Geneva 2016 (*Health Financing Guidance No. 1*), <http://apps.who.int/iris/handle/10665/204283>.
- Ministerstwo Rozwoju, *Agenda 2030 na rzecz zrównoważonego rozwoju – implementacja w Polsce*, 2017, http://www.mr.gov.pl/media/41336/1003_05_17_mr_broszura_onz_net.pdf.
- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 1998.
- OECD, *A System of Health Accounts: Version 1.0*, OECD Publishing, 2000, <https://www.oecd.org/els/health-systems/1841456.pdf>.
- OECD, EU, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/23056088>.
- OECD, Eurostat, WHO, *A System of Health Accounts: 2011 Edition*, OECD Publishing, 2011, <http://www.who.int/health-accounts/methodology/en/>.
- OECD, Eurostat, WHO, *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris 2017, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
- OECD, *Measuring Financial Protection and Access to Services in The UHC Agenda*, 2014, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Measuring-Financial-Protection-in-UHC.pdf>.
- United Nations, *Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators (E/CN.3/2017/2), Annex III Revised list of global Sustainable Development Goal indicators*, <https://unstats.un.org/sdgs/files/meetings/iaeg-sdgs-meeting-05/2017-2-IAEG-SDGs-E.pdf>.

- United Nations, *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, A/RES/70/1, 21 October 2015, <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>.
- WHO, *Global Health Expenditure Database*, <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
- WHO, *Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6*, 1999, <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>.
- WHO, *The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance*, Geneva 2000, <http://www.who.int/whr/2000/en/>.
- WHO, *The World Health Report 2010, Health systems financing: the path to universal coverage*, Geneva 2010, <http://www.who.int/whr/2010/en/>.
- WHO, *Tracking Universal Health Coverage. First Global Monitoring Report*, 2015, http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/.
- Włodarczyk C., Poździej S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Wojtyniak B., Marek M., Goryński P., *Charakterystyka projektu predefiniowanego dotyczącego ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, Program PL 13, Norweski Mechanizm Finansowy*, 2017; opracowanie w ramach Projektu Predefiniowanego w Programie PL13 współfinansowanego w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014, <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu>.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. nr 78, poz. 483, ze zm.
- Ustawa z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. nr 28, poz. 153, ze zm. (akt prawny uchylony).
- Ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. nr 45, poz. 391, ze zm. (akt prawny uchylony).
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. 2016, poz. 1793, ze zm.
- Uchwała nr 8 Rady Ministrów z 14 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia „Strategii na rzecz odpowiedzialnego rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)”, M.P. poz. 260.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wie-

skich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006, Dz.Urz. UE L 347/320 z 20 grudnia 2013 r.

Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/359 z 4 marca 2015 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania, Dz.Urz. UE L 62/6 z 6 marca 2015 r.

Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, Dz.U. nr 5, poz. 37.