

**Zespół do przygotowania raportu:
„Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”**

RAPORT

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce

Zielona Księga II

Wersja trzecia

Warszawa, 29 sierpnia 2008

Spis Treści

Wprowadzenie.....	7
Rozdział I	8
Koncepcja, zakres i źródła informacji w analizie stanu finansów ochrony zdrowia	8
1. Koncepcja analizy	8
2. Zakres analizy	9
3. Źródła informacji.....	11
Rozdział II.....	13
Przychody sektora zdrowotnego; podmioty finansujące i źródła.....	13
1. Przychody ze składek; środki NFZ	13
1.1 Analiza przychodów składkowych w latach 2000-2007.....	14
1.2 Struktura przychodów ze składek zbieranych przez ZUS.....	17
1.3 Przychody składkowe KRUS	18
1.4 Finansowanie składek	18
1.5 Prognoza przychodów składkowych.....	22
1.6 Wnioski	24
2. Finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa	25
2.1 Analiza wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia	26
2.2 Zadania ochrony zdrowia finansowane z budżetu państwa	26
2.3 Przewidywane wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia na lata 2008 – 2012.....	28
2.4 Wnioski	28
3. Udział jednostek samorządu terytorialnego (JST) w finansowaniu ochrony zdrowia.....	28
3.1 Analiza wydatków JST na ochronę zdrowia w latach 2001 – 2007.....	30
3.2 Wnioski	38
4. Finansowanie ochrony zdrowia z dochodów indywidualnych ludności	38
4.1 Szacunek i zmiany w wydatkach bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia.....	40
4.3 Uwagi i wnioski	47
5. Finansowanie ochrony zdrowia przez pracodawców.....	48
5.1. Finansowanie zadań z zakresu medycyny pracy wynikających z ustawy o służbie medycyny pracy	51
5.2. Finansowanie abonamentów profilaktyczno-leczniczych przez pracodawców.....	53
5.3 Ubezpieczenia pracownicze	54
5.4 Wnioski	54
6. Środki zagraniczne w ochronie zdrowia	56
Rozdział III.....	61
Koszty w sektorze ochrony zdrowia	61
1. Koszty wytwarzania usług w ochronie zdrowia.....	61

1.1 Źródła informacji i uwagi metodologiczne dotyczące wykorzystania danych	61
1.2 Założenia i metody szacunku kosztów	65
1.3 Szacunek kosztów według klasyfikacji podmiotowej w latach 2004 – 2007	68
1.4 Szacunek kosztów według rodzajowej klasyfikacji kosztów	75
1.5 Wnioski wynikające z oszacowania kosztów systemu ochrony zdrowia	79
1.6 Rekomendacje	84
2. Zatrudnienie i wynagrodzenia w ochronie zdrowia	84
2.1 Zmiany liczebności personelu medycznego	85
2.2 Czas i formy pracy personelu medycznego	92
2.3 Zarobki i wynagrodzenia w ochronie zdrowia	95
2.4 Koszty pracy w sektorze zdrowotnym	102
2.5 Wnioski	103
3. Koszty leków	103
3.1. Główne tendencje na polskim rynku farmaceutycznym w latach 2000-2007	104
3.2. Analiza rynku leków w jego różnych segmentach	105
3.2.1 Analiza otwartego rynku leków	107
3.3. Analiza sprzedaży leków na choroby przewlekłe oraz leków innowacyjnych	110
3.4. Sprzedaż leków na receptę z podziałem na główne grupy chorobowe	112
3.5. Refundacja leków	116
3.6. Perspektywy wzrostu stosowania leków w Polsce	118
3.7 Wydatki na leki w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej	120
3.8 Wnioski	121
3.9 Rekomendacje	123
4. Koszty utrzymania infrastruktury technicznej w ochronie zdrowia	123
4.1. Kategorie, informacje i metoda szacowania kosztów infrastruktury	123
4.2 Zasoby lecznictwa zamkniętego	124
4.2 Zasoby lecznictwa otwartego (ambulatoryjnego)	132
4.3. Całkowite koszty utrzymania infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia	137
4.4 Wnioski	138
Rozdział IV	140
Wydatki na zdrowie	140
1. Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce	140
1.1 Tendencja kształtowania się wydatków na zdrowie w latach 1999 – 2007	140
1.2 Analiza zmian struktury wydatków według funkcji	142
1.3 Wnioski	144
1.4 Rekomendacje	144
2. Analiza porównawcza	145
2.1 Wydatki całkowite na ochronę zdrowia	146
2.2 Wydatki publiczne na ochronę zdrowia	149
2.3 Wydatki prywatne na ochronę zdrowia	151
2.4 Dynamika wzrostu wydatków na ochronę zdrowia a zmiany PKB	154
2.5 Struktura wydatków na ochronę zdrowia	156
2.6 Wnioski	159

Rozdział V	160
Analiza równowagi (nierównowagi) w sektorze zdrowotnym	160
1. Zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej	160
1.1 Przyczyny zadłużania się	161
1.2 Poziom zobowiązań całkowitych i wymagalnych	162
1.3. Struktura zobowiązań całkowitych i wymagalnych	165
1.4 Zmiany poziomu zobowiązań w latach 2004-2007 – ocena restrukturyzacji finansowej	182
1.5 Wnioski	186
2. Kolejki oczekujących pacjentów	187
2.1 Problemy terminologiczne analiz dotyczących kolejek	188
2.2 Informacje o oczekiwaniu na świadczenia opieki zdrowotnej	191
2.2.1 Informacje gromadzone w Ministerstwie Zdrowia na temat kolejek	191
2.2.2 Listy oczekujących na podstawie wyników badania Instytutu Zdrowia Publicznego CMUJ	195
2.3 Wnioski wynikające z badań	197
Rozdział VI	199
Długookresowa projekcja przychodów i wydatków na ochronę zdrowia w Polsce	199
1.1 Zakres i źródła danych wykorzystanych w projekcji	199
1.2 Dodatkowe założenia prognozy	200
1.3 Prognoza demograficzna	201
1.4 Wyniki prognozy przychodów i wydatków zdrowotnych	203
Rozdział VII	212
Syntetyczny obraz sytuacji finansowej w sektorze zdrowotnym	212
1. Przychody	212
2. Koszty	215
3. Wydatki	217
4. Problemy równowagi	220
5. Wyzwania przyszłości	220
Wykaz źródeł:	227
ANNEX	230

Wykaz skrótów

BBGD – badania budżetów gospodarstw domowych
BMGD – badanie modułowe gospodarstw domowych
CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej
COFOG – Classification of the Functions of Government
CSIOZ – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
GUS – Główny Urząd Statystyczny
KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
ICHA – Międzynarodowa Klasyfikacja dla Rachunków Zdrowia
ICHA - HF – klasyfikacja źródeł finansowania w ICHA
ICHA – HP – klasyfikacja dostawców dóbr i usług w ICHA
ILO – International Labour Office
IMP – Instytut Medycyny Pracy
JST – jednostki samorządu terytorialnego
NDS – najwyższe dopuszczalne stężenie
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
OECD – Organization for Economic Co-operation and Development
OTC – leki w otwartej sprzedaży, nie na receptę
PIP – Państwowa Inspekcja Pracy
PIT – Personal Income Tax
PKB – Produkt Krajowy Brutto
PKBP – Produkt Krajowy Brutto w cenach bieżących
POZ – podstawowa opieka zdrowotna
PPP – purchasing power parity (wg siły nabywczej waluty danego kraju)
PUZ – Powszechne Ubezpieczenie Zdrowotne
PZH – Państwowy Zakład Higieny
SHA – System Rachunków Zdrowia
SPZOZ – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
UE – Unia Europejska
WOMP – wojewódzkie ośrodki medycyny pracy
ZOZ – zakład opieki zdrowotnej
ZOL – zakład opiekuńczo - leczniczy
ZOP – zakład opiekuńczo-pielęgnacyjny

Autorzy raportu

Grupa autorska składała się z następujących osób, wymienionych w kolejności zagadnień prezentowanych w raporcie:

1. Stanisława Golinowska – Koncepcja analizy (I), Wydatki na zdrowie (IV.1), Syntetyczny obraz sytuacji finansowej w sektorze zdrowotnym (VII)
2. Marzena Woźniak – Analiza przychodów ze składki zdrowotnej (II.1)
3. Jan Sobiech – Przychody sektora zdrowotnego pochodzące z budżetu państwa (II.2)
4. Krzysztof Surówka i Mateusz Winiarz – Udział jednostek samorządu terytorialnego (JST) w finansowaniu ochrony zdrowia (II.3)
5. Alina Baran – Finansowanie ochrony zdrowia z dochodów indywidualnych ludności (II.4) oraz Wydatki na zdrowie (IV.1)
6. Izabela Rydlewska – Finansowanie ochrony zdrowia przez pracodawców (II.5)
7. Katarzyna Kissimowa – Skarbek i Katarzyna Dubas – Koszty w ochronie zdrowia (III.1),
8. Anna Ruzik – Zatrudnienie i koszty wynagrodzeń w sektorze zdrowotnym (III.2)
9. Andrzej Cylwik z udziałem Barbary Warzybok – Rynek farmaceutyczny i koszty leków (III.3)
10. Witold Ponikło – Koszty utrzymania infrastruktury technicznej (III.4)
11. Agnieszka Sowa – Środki zagraniczne w ochronie zdrowia (II.6), Wydatki na zdrowie w innych krajach (IV.2)
12. Christoph Sowada i Jacek Bębenek – Zadłużenie jednostek opieki zdrowotnej (V.1)
13. Adam Koziarkiewicz – Obciążenie kolejkami oczekujących na świadczenia zdrowotne (V.2)
14. Ewa Kocot – Długookresowa prognoza przychodów i wydatków ubezpieczenia zdrowotnego (VI)

Całością prac kierowała i raport zredagowała Stanisława Golinowska z pomocą Agnieszki Sowy – sekretarza grupy ekspertów ZK II.

Wprowadzenie

Celem przygotowania raportu na temat finansowania ochrony zdrowia jest **uzyskanie kompleksowego obrazu sytuacji w zakresie podstawowych problemów finansowych związanych z zależnością między poziomem środków w systemie (istniejącym i możliwym do uzyskania) a zagregowanymi kosztami wytwarzania usług zdrowotnych oraz ponoszonymi wydatkami na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych.**

Minister Zdrowia po raz pierwszy zlecił przygotowanie tego rodzaju analizy finansowej w 2004 r.. Powstał wówczas raport 'Zielona Księga finansowania ochrony zdrowia w Polsce'. Wiedza na temat stanu finansów była niedostateczna i/lub fragmentaryczna, bo obejmująca tylko niektóre elementy finansowania. Wynikało to z licznych braków informacji finansowej, a szczególnie dotyczącej kształtowania się kosztów.

W 2007 r. zrodził się pomysł, aby ponownie wrócić do analizy. Całościowej wiedzy o stanie finansów w ochronie zdrowia nadal brakowało, mimo że zbiory informacji o wielu obszarach funkcjonowania sektora zdrowotnego uległy wzbogaceniu. W styczniu 2008 r. powołano więc zespół ekspertów, w minimalnie zmienionym składzie w stosunku do składu z 2004 r.. Zespół ten rozpoczął żmudną pracę zbierania informacji finansowej, szacowania wielu potrzebnych kategorii, dla których ciągle brakuje informacji sprawozdawczej oraz analizowania i bilansowania danych finansowych w zdefiniowanym zakresie. W wyniku przeprowadzonych prac powstał kolejny raport na temat finansowania ochrony zdrowia w Polsce, w skrócie nazwany Zieloną Księgą II. Raport obejmuje okres 2004 – 2007 z odniesieniami do analizowanego poprzednio, czyli do lat 2000 – 2003.

Przygotowany raport pełni przede wszystkim funkcje poznawcze. Lekarze powiedzieliby, że diagnozuje stan zdrowia (lub choroby) skomplikowanego organizmu, jakim jest sektor zdrowotny. Nie ma w nim więc cudownych recept na uzdrowienie systemu, chociaż wnioski analizy jednoznacznie wskazują, jakiego rodzaju dalsze tendencje są niebezpieczne, jakie tendencje dobrze byłoby skorygować, co zmierza w oczekiwanym kierunku, a wynikające z nich rekomendacje układają się w pakiet działań niezbędnych dla poprawy zarządzania sektorem. Ponadto dokonana ekstrapolacja symulowanych wielkości przychodów i wydatków sektora wydobywa tendencje, które już dzisiaj trzeba koniecznie wziąć pod uwagę, podejmując odpowiednie decyzje zarówno w zakresie źródeł finansowania, jak i alokacji środków.

Oddając raport w ręce szerokiej rzeszy zainteresowanych Czytelników, mamy nadzieję, że wywoła dyskusję nad podstawowymi tendencjami kształtowania się finansów sektora zdrowotnego w Polsce, przyczyniając się do uzyskania tak trudnej odpowiedzi na proste pytanie: jak i kiedy można zmienić jego podstawowe problemy finansowe: deficyt środków i ograniczone motywacje do wyższej efektywności działań? Jednocześnie mamy nadzieję, że przy okazji raportu nie będzie sporu o liczby i fakty (które już w istotnej mierze rozumiemy i znamy), lecz o możliwe (realne) i odpowiedzialne kierunki rozwiązań, wskazywane i podejmowane z pełną świadomością wielorakich konsekwencji: zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych.

Wszelkie niedoskonałości raportu bierzemy na karb naszej ciągle niedostatecznej wiedzy o procesach zachodzących w systemie ochrony zdrowia, a niekiedy może niewystarczającej koncentracji na wydobyciu sekwencji i zależności ukazujących zjawisk w czasie prowadzenia analiz, czasie jak zawsze bardzo ograniczonym. Uwagi przyjmujemy z pokorą, a sugestie i propozycje weźmiemy pod uwagę w publikowanej wersji raportu.

Wszystkim osobom, które pomagały w zebraniu informacji, zespół raportu Zielona Księga II składa serdeczne podziękowania nie tylko za pomoc w udostępnieniu danych, ale

także za liczne wyjaśnienia, których cierpliwie udzielano w trakcie wykonywanej przez nas pracy.

Rozdział I

Koncepcja, zakres i źródła informacji w analizie stanu finansów ochrony zdrowia

1. Koncepcja analizy

Kompleksowy obraz finansowania systemu ochrony zdrowia obejmuje trzy główne wymiary klasycznej analizy z obszaru finansów publicznych (Mossialos i inni 2002).

Po pierwsze - analizę źródeł i mechanizmów pozyskiwania środków na ochronę zdrowia oraz ocenę aktualnego i prognozowanego poziomu nakładów.

Po drugie – analizę kosztów produkcji świadczeń ochrony zdrowia, uwzględniającą ich rodzaje, zmiany struktury i dynamiki, a także poziom i metody finansowania świadczeń.

Po trzecie – analizę wydatków ponoszonych przez wszystkie podmioty na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych.

Ten trójdzielny schemat analizy nawiązuje do klasyfikacji stosowanej w tzw. rachunkach zdrowia (System of Health Accounts – SHA), zaproponowanej przez OECD do stosowania w statystykach krajowych w celu uzyskania porównywalności danych w analizach międzynarodowych (OECD 2000)¹. Klasyfikacja ta bazuje na trójwymiarowej, międzynarodowej klasyfikacji wydatków (International Classification for Health Accounts – ICHA), która umożliwia równoczesne zestawienie wydatków na ochronę zdrowia według: (1) źródeł finansowania/płatników, (2) dostawców (wytwórców) dóbr i usług oraz ich kosztów, (3) funkcji tychże usług i dóbr. W rachunkach zdrowia odpowiada się na pytania: kto płaci za usługi i dobra opieki zdrowotnej (płatnik/źródła finansowania), komu się płaci (wytwórcom) i jaką funkcję w strukturze systemu opieki zdrowotnej spełniają usługi i dobra, za które płacimy. Nawiązując do tego przyjęto, że analiza strumieni finansowych dokonana zostanie w następującym układzie:

- według źródeł i podmiotów finansowania (płatników),
- według wytwórców; podmiotów wytwarzających usługi zdrowotne i ponoszonych przez nich kosztów,
- według funkcji; rodzajów wydatków, jakie służą zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych.

Poniżej przedstawiono schemat obrazujący przepływ środków w sektorze zdrowotnym, nawiązujący zarówno do klasyfikacji WHO, jak i do koncepcji opisu stanu finansów postulowanej w WHO (Kutzin 2001). Schemat ten jednocześnie ukazuje rodzaje analiz, jakie zostały przeprowadzone w obecnym raporcie w celu oceny stanu finansów sektora zdrowotnego w Polsce.

Pierwszy blok schematu – to źródła finansowania i płatnicy. Schemat nie wydobywa zróżnicowanej wagi poszczególnych źródeł. W istocie rzeczy zawsze mamy do czynienia z

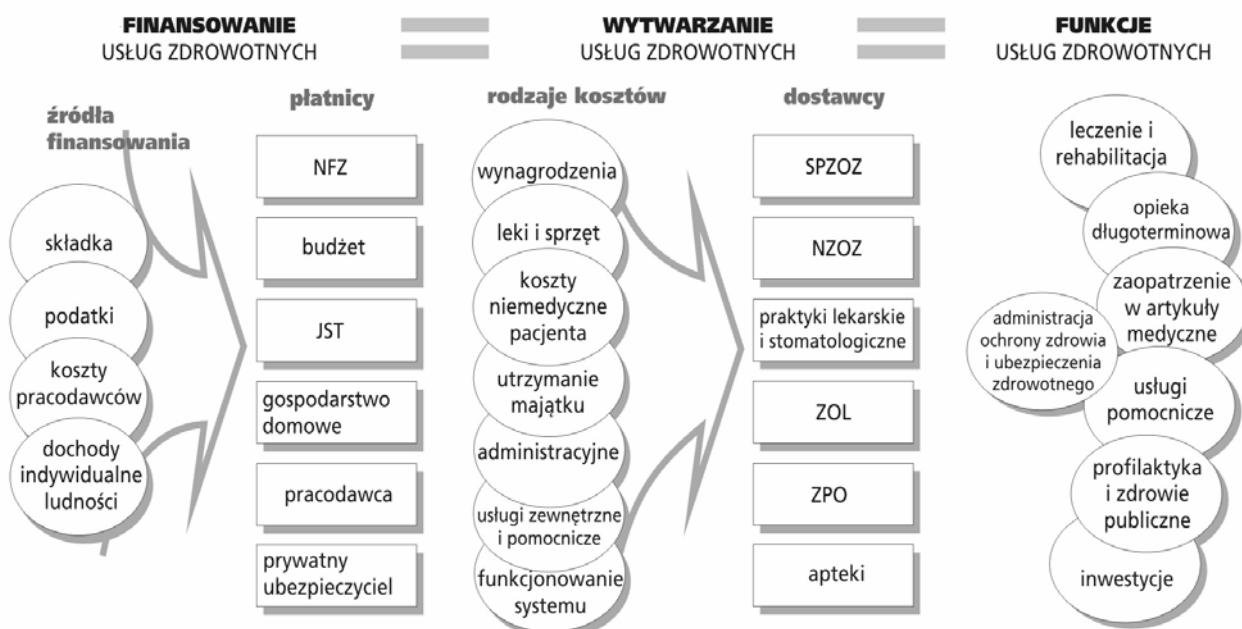
¹Polska, podobnie jak i inne kraje Unii Europejskiej od 2005 r. zobowiązana jest do przekazywania wyników rachunków zdrowia, za pomocą wspólnego kwestionariusza OECD, Eurostatu i WHO, na razie na podstawie umowy dżentelmeńskiej, ale odpowiednie rozporządzenie (formalnie wprowadzające takie zobowiązanie) jest już w końcowej fazie procesu legislacji w parlamencie UE. Oznacza to, że Eurostat i wymienione organizacje międzynarodowe, otrzymują równocześnie dokładnie te same informacje o wydatkach na ochronę zdrowia poszczególnych krajów, w tym z Polski.

jednym źródłem. Jest nim wartość wynagradzanej pracy ludzkiej, czyli tzw. dochód pierwotny, który podlegając redystrybucji, tworzy środki na realizację potrzeb społecznych, w tym także potrzeb zdrowotnych. Od momentu wprowadzenia ubezpieczenia zdrowotnego (1999) wśród źródeł finansowania dominuje, oczywiście, składka. W bloku płatników umieszczono na schemacie ubezpieczycieli prywatnych, dla których funkcjonowania nie ma jeszcze w Polsce odpowiednich regulacji.

Drugi blok analizy – to blok wytwarzania świadczeń. Mamy w nim z jednej strony rodzaje kosztów, wynikających z zastosowania różnych zasobów (tzw. czynników produkcji) i podejmowania różnych działań niezbędnych w procesie udzielania świadczeń. Z drugiej strony mamy różne podmioty, tzw. dostawców świadczeń, którzy mają swój odrębny status prawny i oficjalną nazwę.

Trzeci blok analizy – to analiza w przekroju funkcji, jakie w sektorze zdrowotnym są realizowane. Dominuje, oczywiście, leczenie i rehabilitowanie. Jednak zaopatrzenie w leki i różnego rodzaju usługi pomocnicze osiągają znaczną pozycję w strukturze wydatków.

Schemat 1. Wymiary analizy stanu finansów sektora zdrowotnego



2. Zakres analizy

Analizą objęto obszar nazwany sektorem zdrowotnym, który zdefiniowany został podobnie jak w raporcie Zielona Księga I. Jego rdzeniem jest działalność opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego uzupełniona o zdrowotną działalność opieki społecznej. Nie mieszczą się tu usługi związane z edukacją profesjonalistów medycznych, badania naukowe w dziedzinie medycyny oraz niektóre działania dotyczące bezpieczeństwa zdrowotnego; bezpieczeństwo żywności, wody pitnej, a także to, co nazywamy higieną. Jest to tzw. działalność wspomagająca sektor zdrowotny.

W sektorze zdrowotnym realizowane są trzy rodzaje podstawowych funkcji. Pierwsza i zasadnicza – to opieka zdrowotna. W opiece zdrowotnej mieszczą się usługi służby zdrowia adresowane do pacjentów - osób dotkniętych już schorzeniem. Jest to ta część sektora

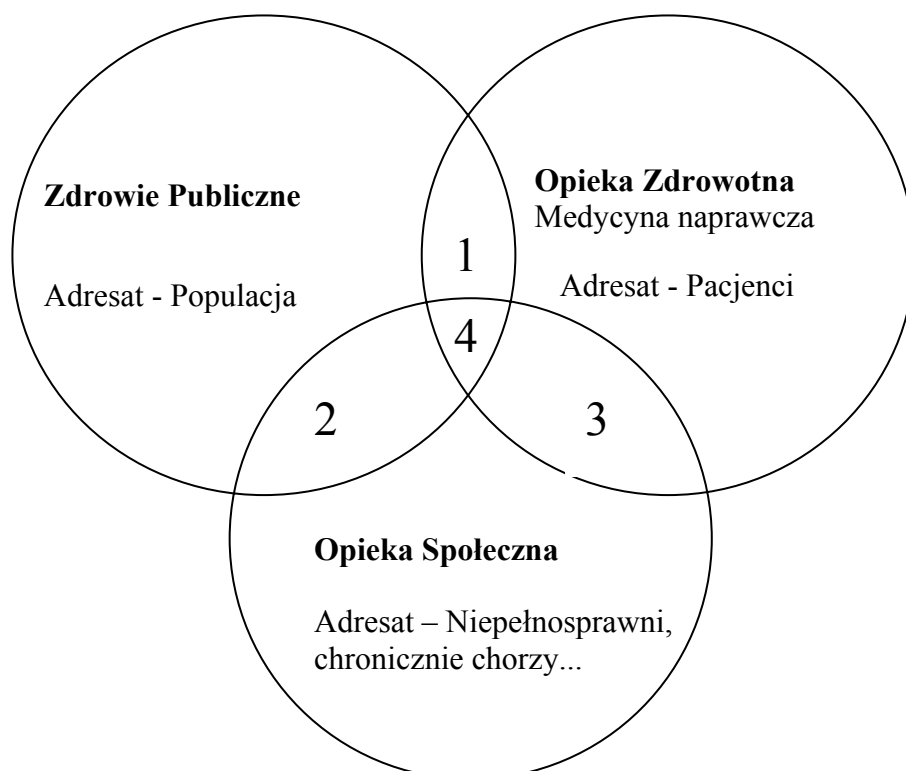
zdrowotnego, którą konwencjonalnie określa się mianem medycyny naprawczej. Druga funkcja związana jest ze zdrowiem publicznym. Zdrowie publiczne - to ta część działu ochrony zdrowia, której działania zaadresowane są do całej populacji w celu prewencji przed chorobami. Obejmuje promocję zdrowia, prewencję i profilaktykę, badania skriningowe oraz wszelkie działania do tego niezbędne. Trzecia część działań zdrowotnych - to działania opieki społecznej adresowane do osób wymagających jednocześnie zarówno świadczeń socjalnych, jak i zdrowotnych, tj. przede wszystkim osób niepełnosprawnych, chronicznie chorych oraz starszych.

Trzy wyodrębnione obszary sektora zdrowotnego: opieka zdrowotna, zdrowie publiczne oraz opieka społeczna nie są zakresowo jednakowe. Opieka zdrowotna jest zdecydowanie większa niż obszary pozostałe. W przyszłości jednak oba z nich zyskają na znaczeniu. W przypadku opieki społecznej dokona się to bezpośrednio w wyniku postępowania procesu starzenia się populacji, którego cechą będzie także wydłużenie życia w niesprawności. Wzrost znaczenia zdrowia publicznego będzie także wynikiem procesu starzenia się populacji – ale pośrednio. Dłuższe życie w lepszym zdrowiu – to cel i warunek pozwalający sprostaniu trudnym wyzwaniom przyszłości. To zdrowie publiczne będzie tworzyło drogowskazy i swymi działaniami sprzyjało osiągnięciu tego celu.

Wyodrębnione obszary mają swe części wspólne oznaczone na poniższym schemacie kolejnymi numerami.

1. Obszar wspólny opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego dotyczy działań z zakresu promocji zdrowia i prewencji wobec pacjentów
2. Obszar wspólny zdrowia publicznego i opieki społecznej dotyczy działań promocji zdrowia i prewencji wobec objętych ochroną socjalną
3. Obszar wspólny opieki zdrowotnej i opieki społecznej dotyczy pacjentów, którzy jednocześnie wymagają ochrony socjalnej
4. Obszar wspólny trzech zbiorów: opieki zdrowotnej, opieki społecznej i zdrowia publicznego dotyczy jednocześnie działań z zakresu zdrowia publicznego dla pacjentów oraz osób wymagających ochrony socjalnej.

Schemat 2. Obszary sektora zdrowotnego



3. Źródła informacji

Raport powstał na podstawie analizy istniejących informacji, w niewielkim zakresie wykorzystując badania własne, specjalnie przygotowane na potrzeby niniejszego raportu. Wykorzystane zostały oficjalne informacje podstawowych instytucji finansowych, statystycznych oraz zarządczych systemu ochrony zdrowia, a także wyniki dotychczas prowadzonych analiz w głównych ośrodkach badawczych w Polsce. Były to na ogół informacje już ustrukturyzowane (poagregowane), które poddano analizie wtórnej. W kilku przypadkach skorzystano z danych pierwotnych, udostępnionych bezpośrednio ze sprawozdań lub banków informacji jednostkowych.

Listę instytucji, z których pozyskano informacje zawiera poniższe zestawienie.

Instytucja*	Rodzaj danych
Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych CASE	Wyniki badań nad systemem funkcjonowania ochrony zdrowia, modele analiz i prognoz systemu, w tym wyniki projektu AHEAD realizowanego w ramach VI Programu Ramowego Komisji Europejskiej
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Dane o kosztach ponoszonych w systemie opieki zdrowotnej, dane o korzystaniu z opieki zdrowotnej
Główny Urząd Statystyczny	Narodowy Rachunek Zdrowia Dane sprawozdawcze, w tym: - dane ze sprawozdań F01, F02, MZ03 oraz wyniki badań reprezentatywnych, w tym: - dane z badania wynagrodzeń z 2006 r. - dane z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) z 2007 r. - dane z badania Ochrona Zdrowia w Gospodarstwach Domowych w 2006 r.
IMS Health	Wyniki badań dotyczących rynku farmaceutycznego i kosztów leków
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi	Dane o finansowaniu jednostek służby medycyny pracy szczebla wojewódzkiego
Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ w Krakowie	Wyniki badań na temat finansowania i kosztów placówek zdrowotnych oraz badania infrastruktury
Izba Obrachunkowa Jednostek Samorządu Terytorialnego	Poziom środków otrzymanych / przekazanych na pokrycie składek ubezpieczenia zdrowotnego przez jednostki samorządu terytorialnego
Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	Środki otrzymane / przekazane ze składek ubezpieczenia zdrowotnego
Ministerstwo Finansów	Sprawozdania z wykonania budżetu państwa, informacje o zadłużeniu placówek, informacje o wydatkach publicznych wg klasyfikacji COFOG
Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej	Dane i prognozy dotyczące kształtowania się sytuacji na rynku pracy

Ministerstwo Zdrowia	Informacje o zadłużeniu placówek, informacje o środkach zagranicznych w ochronie zdrowia w Polsce, badanie wynagrodzeń w ochronie zdrowia
Naczelna Izba Lekarska i Naczelna Izba Pielęgniarska	Liczba osób posiadających prawo do wykonywania zawodu
Narodowy Fundusz Zdrowia	Sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ Prognozowane przychody składkowe Liczba i wartość kontraktów zrealizowanych przez NFZ Dane jednostkowe o wydatkach na opiekę zdrowotną wg wieku
OECD	Wyniki badań porównawczych w zakresie publicznego i prywatnego finansowania ochrony zdrowia
Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Środki otrzymane / przekazane ze składek ubezpieczenia zdrowotnego

*instytucje podane są w porządku alfabetycznym

Do sporządzenia długookresowej projekcji przychodów i wydatków sektora zdrowotnego wykorzystany został aktuarialny model kształtowania wydatków na zdrowie zaproponowany przez Departament Zabezpieczenia Społecznego Międzynarodowej Organizacji Pracy w Genewie, zastosowany wcześniej w analizach projektu VI Programu Ramowego UE *Ageing, Health Status and Determinants of Health Expenditure (AHEAD)* (Golinowska, Kocot, Sowa 2007), częściowo także zastosowany w poprzednim raporcie.

Rozdział II

Przychody sektora zdrowotnego; podmioty finansujące i źródła

1. Przychody ze składek; środki NFZ

Składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne stanowią dominujący element przychodów ochrony zdrowia w Polsce. Szczegółowa analiza zmian w wielkości i strukturze środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne może być zatem kluczowa dla określenia skali finansów sektora zdrowotnego, będących podstawą decyzji alokacyjnych w nim podejmowanych. Poniżej przedstawiona jest analiza przychodów składkowych w Polsce w latach 2000-2007 ze zwróceniem szczególnej uwagi na problemy i potencjalne możliwości oddziaływania na wielkość pozyskiwanych przychodów składkowych.

Analiza wielkości przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne z uwzględnieniem źródeł ich finansowania jest oparta na danych statystycznych zawartych w sprawozdaniach finansowych kas chorych i Narodowego Funduszu Zdrowia, danych podatkowych jak również sprawozdań z wykonania budżetu państwa. Skala obciążenia dochodów indywidualnych ubezpieczonych składką na ubezpieczenie zdrowotne została oszacowana na podstawie wielkości całkowitych przychodów z ubezpieczenia zdrowotnego, poziomu składek odliczanych od podatku dochodowego od osób fizycznych (PIT) oraz wydatków budżetu państwa na składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Wielkość przychodów składkowych z ubezpieczenia zdrowotnego jest determinowana poziomem trzech głównych elementów:

- stopy składki,
- podstawy wymiaru naliczenia składki,
- liczby ubezpieczonych opłacających składkę.

Elementy te cechuje odmienny poziom elastyczności, a ich wielkość jest wypadkową oddziaływania wielu czynników systemowych oraz pozasystemowych. Najbardziej elastycznym elementem jest stopa składki, której poziom jest określany poprzez regulacje prawne. Ustalenie odpowiedniej stopy składki – takiej, która zapewni adekwatny do potrzeb i możliwości płatników poziom przychodów, powinno być oparte na rzetelnych analizach uwzględniających potencjalne wpływy ze wszystkich źródeł kształtujących wielkość przychodów z ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z zapisami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym stopa składki została określona na poziomie 7,5% podstawy wymiaru naliczenia składki, a następnie wzrastała stopniowo aż do poziomu 9% w 2007 r.. Pozostałe dwa elementy składki: wysokość podstawy naliczenia składki i liczba osób opłacających składkę wydają się być mało elastyczne i w większej mierze uzależnione od zmian ogólnogospodarczych kraju niż woli decydentów. Niemniej jednak w przeciągu całego okresu funkcjonowania systemu ubezpieczeniowego w Polsce wprowadzono wiele przepisów, które zmieniały wielkość podstawy naliczenia składki. Często zmiany te dotyczyły grup ubezpieczonych, których składka jest finansowana z budżetu państwa. Przykładem mogą być regulacje dotyczące podstawy naliczenia składki za osoby bezrobotne nie pobierające zasiłku, Regulacje te będą omówione w dalszej części opracowania. Należy mieć zatem świadomość, że istnieje wiele czynników kształtujących stronę przychodową systemu, a wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych nie uniezależniło w pełni finansowania ochrony

zdrowia od decyzji rządzących, których działania bezpośrednio bądź pośrednio nadal mogą kształtować poziom przychodów ochrony zdrowia.

1.1 Analiza przychodów składkowych w latach 2000-2007

Przedstawione poniżej dane obejmują całkowite przychody składkowe płatnika publicznego ujęte w podziale na dwie instytucje pośredniczące - Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), które gromadzą i ewidencjonują składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

Tabela 1. Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2000-2007 według danych KCH/NFZ w wartościach nominalnych i w wartościach realnych* (w mln PLN)

Wyszczególnienie	Ogółem		ZUS		KRUS	
	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000
2000	23 499,8	23 499,8	21 409,3	21 409,3	2 090,5	2 090,5
2001	26 348,1	24 740,0	23 869,1	22 412,3	2 479,0	2 327,7
2002	26 185,1	23 484,4	23 674,7	21 233,0	2 510,3	2 251,4
2003	28 767,3	25 278,8	26 201,0	23 023,7	2 566,3	2 255,1
2004	31 468,0	27 104,2	28 760,7	24 772,4	2 707,3	2 331,8
2005	34 004,1	28 550,9	31 263,0	26 249,4	2 741,1	2 301,5
2006	37 300,2	30 903,2	34 734,0	28 777,1	2 566,3	2 126,1
2007**	42 223,7	34 272,5	39 225,3	31 838,7	2 998,4	2 433,8

*zastosowano wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w dziale zdrowie

** przychody składkowe w roku 2007 nie obejmują przychodów ze składek z lat ubiegłych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów i sprawozdań NFZ
(<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=3248>)

Tabela 2. Dynamika realnych i nominalnych przychodów ze składek brutto w latach 2000-2007 (rok poprzedni = 100)

Wyszczególnienie	Ogółem		ZUS		KRUS	
	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2001	112,1	105,3	111,5	104,7	118,6	111,3
2002	99,4	94,9	99,2	94,7	101,3	96,7
2003	109,9	107,6	110,7	108,4	102,2	100,2
2004	109,4	107,2	109,8	107,6	105,5	103,4
2005	108,1	105,3	108,7	106,0	101,2	98,7
2006	109,7	108,2	111,1	109,6	93,6	92,4
2007	113,2	110,9	112,9	110,6	116,8	114,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów NFZ

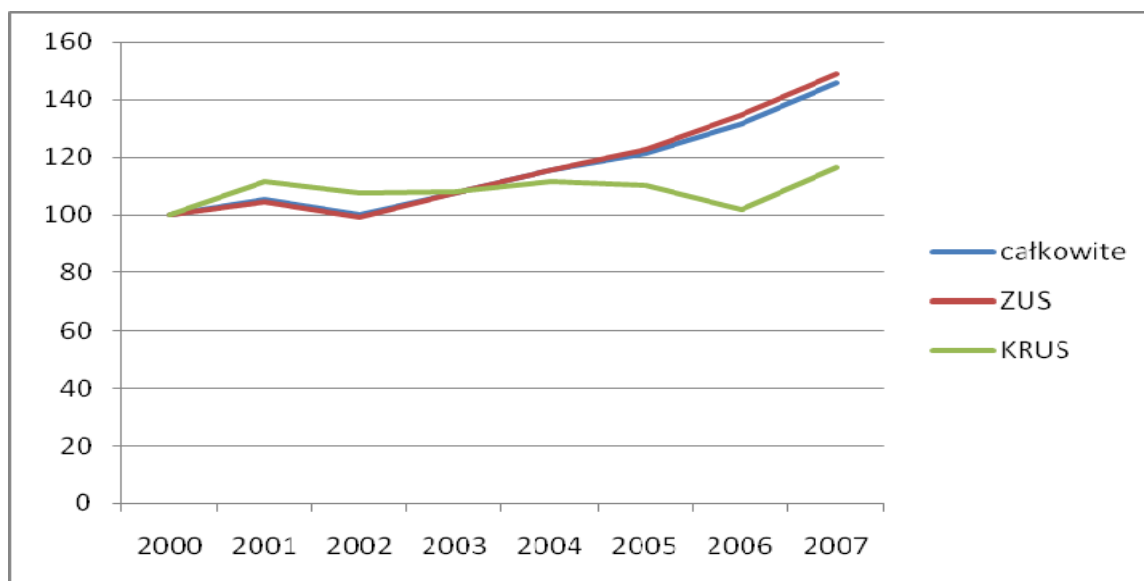
(<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=3248>)

Tabela 3. Dynamika realnych i nominalnych przychodów ze składek brutto w latach 2000-2007 (rok 2000 = 100)

Wyszczególnienie	Ogółem		ZUS		KRUS	
	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2001	112,1	105,3	111,5	104,7	118,6	111,3
2002	111,4	99,9	110,6	99,2	120,1	107,7
2003	122,4	107,6	122,4	107,5	122,8	107,9
2004	133,9	115,3	134,3	115,7	129,5	111,5
2005	144,7	121,5	146,0	122,6	131,1	110,1
2006	158,7	131,5	162,2	134,4	122,8	101,7
2007	179,7	145,8	183,2	148,7	143,4	116,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów i sprawozdań NFZ
(<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=3248>)

Wykres 1. Dynamika realnych przychodów składkowych z ZUS i KRUS w latach 2000-2007 (rok 2000=100)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów i sprawozdań NFZ
(<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=3248>)

Od momentu wprowadzenia systemu ubezpieczeniowego w Polsce nastąpił znaczny wzrost przychodów składkowych. W latach 2000-2007 ich wielkość wyrażona w cenach bieżących zwiększyła się niemal o 19 mld PLN (80%). Analizując wielkość przychodów składkowych należy jednak uwzględnić wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w dziale zdrowie (wskaźnik dla towarów i usług w dziale zdrowie jest zazwyczaj wyższy od wskaźnika ogólnego), który pozwoli na pokazanie realnej wartości środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Realne przychody składkowe w 2007 r. (wyrażone w cenach stałych z roku 2000) wynoszą bowiem ok. 34 mld PLN i są mniejsze o 8 mld PLN od kwoty przychodów nominalnych.

Najwyższa dynamika wzrostu nominalnej wartości przychodów składkowych miała miejsce w 2001 i w 2007 r. (w porównaniu z rokiem poprzednim przychody składkowe w cenach bieżących wzrosły kolejno o 12% i 13%). Patrząc jednak na przychody składkowe wyrażone w wartościach realnych można zauważyć, iż w 2001 r. wzrost przychodów składkowych nie był tak znaczny i wyniósł jedynie 5% (w tym roku bowiem wystąpił znaczny wzrost cen towarów i usług konsumpcyjnych w dziale zdrowie: 6,5%).

W strukturze przychodów składkowych dominują środki przekazywane przez ZUS, które stanowią około 91% całkowitych przychodów. W ostatnich 2 latach można zaobserwować nieznaczny wzrost udziału składek z ZUS (do 93%), co wynika ze znacznie wyższej dynamiki przychodów składkowych z ZUS w porównaniu z przychodami składkowymi z KRUS. Realna wartość przychodów składkowych z ZUS w latach 2000-2007 wzrosła o 48,7%, podczas gdy przychodów z KRUS o zaledwie 16,4%. Składki gromadzone przez KRUS nie miały w analizowanym okresie stabilnej tendencji wzrostowej. W kolejnych latach następowały wahania wielkości realnych przychodów składkowych KRUS. W roku 2006 spadek realnych przychodów składkowych wyniósł niemal 8% - 175 mln PLN, natomiast w roku 2007 nastąpił wzrost środków o 14,5%. (jak zostanie później przedstawione wahania te były wynikiem zmian wielkości dotacji z budżetu państwa do KRUS). Przychody składkowe z ZUS, zależne w największym stopniu od dochodów ludności, wykazywały w analizowanym okresie stabilną tendencję wzrostową.

Wykres 2. Dynamika wzrostu PKB i przychodów ze składek w latach 2000-2007 (rok poprzedni =100)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów i sprawozdań NFZ (<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=3248>)

Porównując roczne zmiany przychodów składkowych z dynamiką PKB (wartości wyrażone w cenach bieżących) widzimy, że w latach 2000 – 2007 mamy do czynienia z tendencją przewagi dynamiki wzrostu przychodów składkowych nad dynamiką wzrostu PKB, za wyjątkiem sytuacji z 2002 r., kiedy wzrost PKB był wyższy niż wzrost środków ze składek na ubezpieczenie zdrowotne (środki te w istocie wówczas uległy zmniejszeniu) oraz sytuacji z 2004 r., kiedy oba wskaźniki były na podobnym poziomie.

1.2 Struktura przychodów ze składek zbieranych przez ZUS

Przedstawione poniżej dane dotyczą składek należnych na ubezpieczenie zdrowotne dla wyodrębnionych grup ubezpieczonych.

Tabela 4. Składki należne na ubezpieczenie zdrowotne w 2007 r. w ZUS (w mln PLN)

Razem		39 414, 8	100,0%
Od pracowników		21 772,1	55,2%
Od osób prowadzących pozarolniczą działalność oraz osób z nimi pracujących		3 943, 9	10,0%
Od osób wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy agencyjnej		817, 5	2,1%
Od bezrobotnych i osób pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne		854,1	2,2%
w tym	Od bezrobotnych nie pobierających zasiłku	408, 2	1,0%
	Od osób pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne	335, 7	0,9%
Od osób pobierających emeryturę lub rentę		10 438, 0	26,5%
Od służb mundurowych		920,1	2,3%
Pozostałe		669, 2	1,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji ZUS

Największy udział w środkach wpływających do ZUS mają składki na ubezpieczenie zdrowotne pracowników. W 2007 r. środki te stanowiły ok. 55% wszystkich składek gromadzonych przez ZUS. Liczebność grupy pracowników najemnych oraz wielkość ich zarobków, będących podstawą naliczenia składki, odgrywa zatem decydującą rolę w osiągnięciu równowagi finansowej systemu. Wysoki udział w przychodach składkowych ZUS mają też składki odliczane od świadczeń emerytalnych i rentowych ZUS, ponad ¼. Składka zdrowotna emerytów i rencistów, podobnie jak dla większości ubezpieczonych wynosi 9% (od 2007 r.) podstawy wymiaru składki, z czego 1,25% nie jest odliczane od podatku dochodowego. Osoby prowadzące działalność gospodarczą poza rolnictwem płacą składkę od zadeklarowanej kwoty dochodu, nie niższej jednak niż 75% przeciętnego wynagrodzenia. Przychody ze składek tej grupy stanowią 10% całkowitych przychodów składkowych ZUS. Składki należne na ubezpieczenie zdrowotne dla osób bezrobotnych i osób pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne stanowią ok. 2,2 % wszystkich wpływów składkowych ZUS, z czego niemal 48% to składki na ubezpieczenie zdrowotne za osoby bezrobotne nie pobierające zasiłku dla bezrobotnych². Podstawą wymiaru składki za osoby bezrobotne nie pobierające zasiłku (pokrywanej z budżetu państwa) stanowiła kwota odpowiadająca 70% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego³.

² Według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w 2007 r. miesięczny średni udział zarejestrowanych bezrobotnych bez prawa do zasiłku wynosił 86,4% wszystkich zarejestrowanych.

³ We wcześniejszych latach następowały liczne zmiany w regulacjach dotyczących podstawy wymiaru składki za bezrobotnych. W 2002 r. podstawa ta została obniżona z kwoty zasiłku stałego z opieki społecznej do 40%

1.3 Przychody składkowe KRUS

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) pobiera składki na ubezpieczenie zdrowotne głównie rolników i ich domowników, którzy prowadzą działalność rolniczą na gruntach rolnych, osób pobierających emeryturę rolniczą lub rentę, a także rolników prowadzących działalność rolniczą w ramach działów specjalnych.

Tabela 5. Składki na ubezpieczenie zdrowotne w 2007 r. w KRUS (w mln PLN)

Razem	2 998,2	100,0%
Składki finansowane z budżetu	1 808,2	60,3%
Składki potrącone ze świadczeń i z zaliczek na podatek dochodowy (głównie od emerytur i rent)	1 172,5	39,1%
Wpływy od rolników w działach specjalnych	17,5	0,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji KRUS

W strukturze wpływów składkowych do KRUS dominują dotacje z budżetu państwa na pokrycie składek rolników i ich domowników. Środki te stanowią ponad 60% całkowitych składek wpływających do KRUS. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolników prowadzących działalność na gruntach rolnych jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie. Zmiany w cenie żyta są zatem istotnym elementem kształtującym wielkość dotacji budżetu państwa do składek, a tym samym - przychodów składkowych KRUS.

Niemal 40% wszystkich składek gromadzonych przez KRUS stanowią składki odliczane od rent i emerytur rolniczych. Zaledwie 0,6% stanowią wpływy od rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnej produkcji rolnej. Podstawą wymiaru składki jest tutaj dochód ustalony dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych, w kwocie nie niższej jednak niż minimalne wynagrodzenie (do 2008 r. nie niższej niż kwota świadczenia pielęgnacyjnego).

1.4 Finansowanie składek

Mimo że składka na ubezpieczenie zdrowotne pochodzi z obligatoryjnego opodatkowania (oskładkowania) ubezpieczonych, to nie w każdej sytuacji, nie dla wszystkich ubezpieczonych i w zmienny sposób ich dochody są źródłem pokrycia składek.

Dla ogromnej większości ubezpieczonych wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki (od 2007 r.). Jednak tylko 7,75% podstawy składki jest odliczane od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych (w tym także od podatku płaconego w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, karty podatkowej oraz zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych). Pozostała część nie jest natomiast odliczana od podatku dochodowego.

tego świadczenia. W latach 2005 - 2006 wynosiła ona kolejno 50% i 60% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego. Zmiany w podstawie naliczenia składki dla bezrobotnych bez prawa do zasiłku nie miały większego wpływu na całkowite przychody składkowe, natomiast były istotne dla wielkości wydatków budżetu państwa na dofinansowywanie ubezpieczeń .

Źródłem finansowania składek jest również budżet państwa. W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazane zostały grupy ubezpieczonych, których składka finansowana jest z budżetu państwa⁴.

Tabela 6. Wydatki budżetu państwa na składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w latach 1999 -2008* (w mln PLN)

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Rolnicy (KRUS)	1 213,7	1 191,3	1 449,8	1 487,7	1 467,3	1 586,5	1 612,8	1 380,6	1 808,1	2 363,0
Bezrobotni bez zasiłku (powiat)	83,2	494,5	1 128,8	342,5	334,0	394,9	393,5	432,4	403,3	862,3
Osoby pobierające zasiłki wychowawcze i osoby pobierające renty wojenne** (ZUS)	93,9	150,6	170,3	136,4	174,9	190,6	195,7	204,6	222,2	230,9
Świadczeniobiorcy pomocy społecznej*** (gminy)	–	93,2	115,1	95,2	78,8	48,3	53,7	57,4	61,2	77,6
Żołnierze ****	–	1,3	1,5	1,4	21,7	26,3	26,2	26,9	25,6	19,6
Pozostałe	418,8	13,0	13,3	14,2	17,0	18,2	21,8	19,9	21,2	22,0
Całkowite wydatki	1 809,7	1 943,8	2 878,9	2 077,4	2 093,7	2 264,8	2 303,8	2 121,9	2 541,7	3 575,4

* dane na rok 2008 dotyczą planowanych wydatków

** na podstawie ustawy o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych,

*** osoby pobierające niektóre świadczenia pomocy społecznej i świadczenia rodzinne

**** odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe oraz ćwiczenia wojskowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji MF

Największy udział w wydatkach budżetu państwa przeznaczonych na składki na ubezpieczenie zdrowotne mają dotacje do KRUS na pokrycie składek rolników i ich domowników. W latach 1999-2008 średni udział tych dotacji w całkowitych wydatkach KRUS wynosił 65%. W latach 1999-2007 dotacje wyrażone w wartościach nominalnych wzrosły o 48%. Do KRUS przekazywane są także środki na pokrycie składek rolników, którym przyznano emerytury lub renty na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych.

W formie dotacji celowych do powiatów na zadania z zakresu administracji rządowej budżet państwa finansuje także składki za bezrobotnych bez prawa do zasiłku. Średnio ok. 18% całkowitych wydatków budżetu państwa na składki w latach 1999-2007 przeznaczone

⁴ Składki te są kwalifikowane w ustawie budżetowej w działach 851 - ochrona zdrowia, dział 753 - ubezpieczenia społeczne, dział 852 - pomoc społeczna oraz dział 758 - rozliczenia różne.

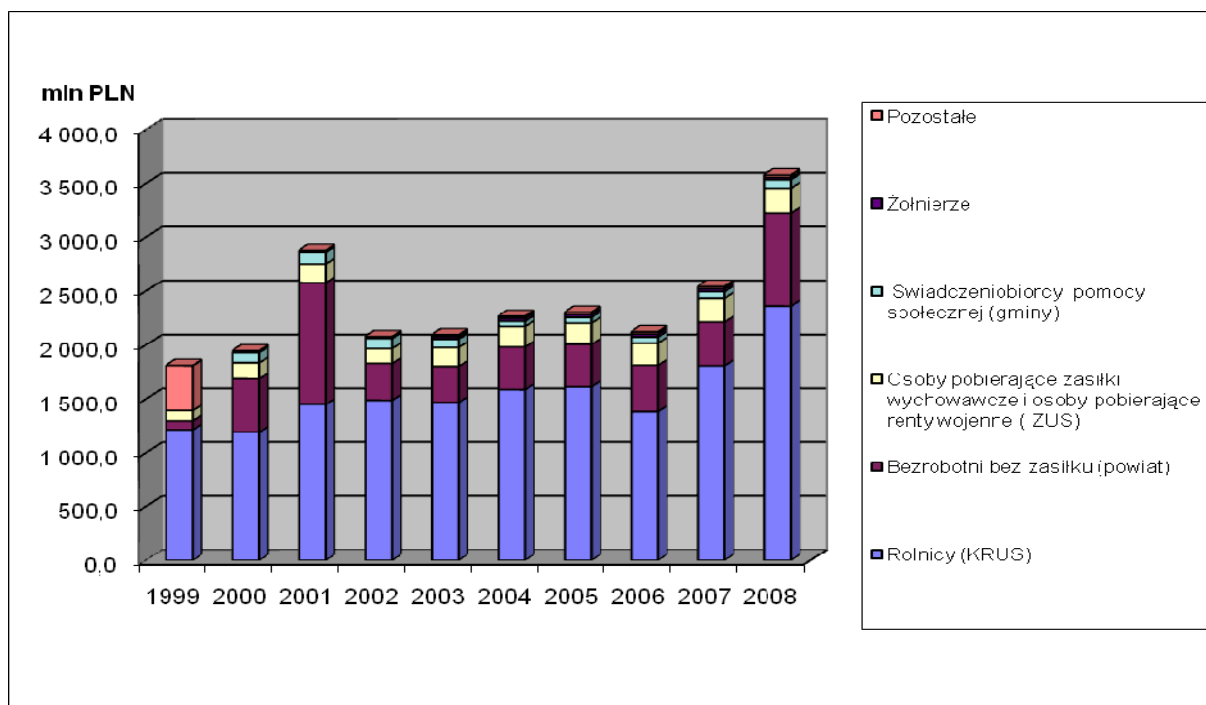
było na finansowanie składek dla tej grupy ubezpieczonych⁵. Na pokrycie składek na ubezpieczenie zdrowotne za osoby korzystające z urlopów wychowawczych, cywilne ofiary działań wojennych i za osoby pobierające świadczenia rentowe na podstawie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym inwalidów wojennych i wojskowych przeznacza się około 7,5% środków budżetowych. Środki te są przekazywane do ZUS.

Z budżetu państwa opłaca się składki także dla następujących grup: żołnierzy odbywający zasadniczą służbę wojskową, studentów i doktorantów nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, duchownych, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych.

Gminne jednostki samorządów terytorialnych jako dotacje na realizację zadań bieżących z zakresu administracji rządowej otrzymują środki z przeznaczeniem na opłacenie przez ośrodki pomocy społecznej składki na ubezpieczenie zdrowotne osób pobierających niektóre świadczenia z pomocy społecznej: zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy, gwarantowany zasiłek okresowy oraz rentę socjalną, a także osób pobierających niektóre świadczenia rodzinne: świadczenie pielęgnacyjne lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych. Ponadto gminy opłacają z otrzymanych środków budżetowych składki zdrowotne uchodźców objętych indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej oraz osób bezdomnych objętych indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej.

⁵ W 2001 r. wydano z budżetu państwa na składki dla bezrobotnych nadspodziewanie dużo - ok. 1 128 mln PLN, co wynikało przede wszystkim z przyznania dodatkowych środków na pokrycie zobowiązań jednostek samorządu terytorialnego z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za bezrobotnych z lat ubiegłych

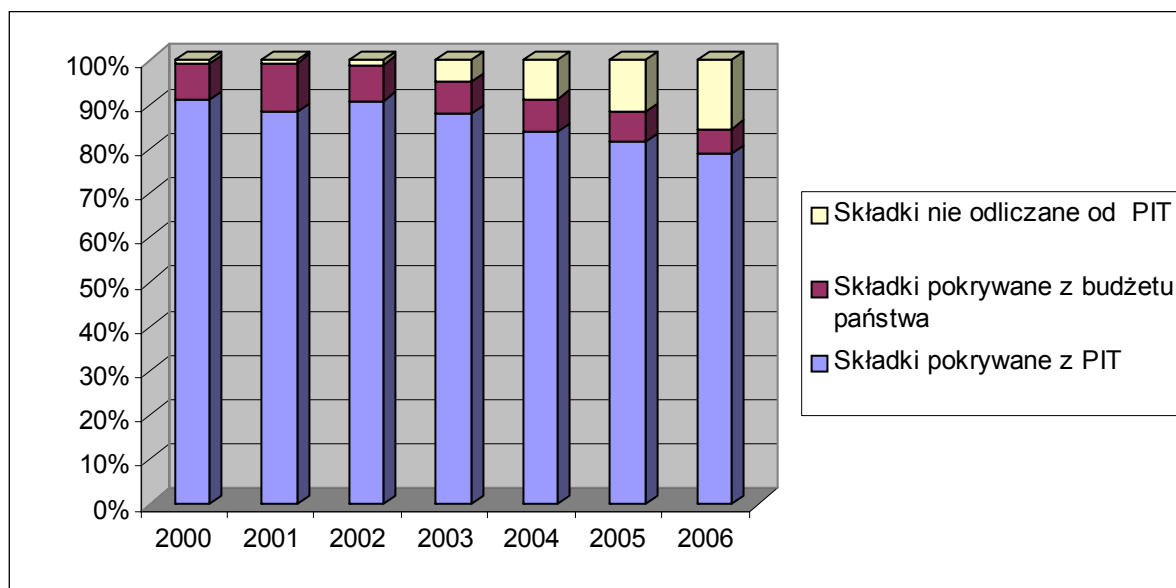
Wykres 3. Wydatki budżetu państwa na składki na ubezpieczenie zdrowotne w latach 1999-2008



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji z MF

W sumie wydatki budżetu państwa na składki na ubezpieczenie zdrowotne miały tendencję wzrostową. Jedynie w 2006 r. zanotowano spadek w stosunku do roku poprzedniego, który wynikał głównie ze spadku dotacji do KRUS.

Wykres 4. Struktura źródeł finansowania składek na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2000-2006



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów i sprawozdań NFZ oraz informacji uzyskanych z MF

Od 2003 r., kiedy stopa składki osiągnęła poziom 8%, systematycznie wzrasta udział finansowania składki bezpośrednio z dochodów ludności. W 2006 r. wysokość składek nie odliczanych od podatku dochodowego według przeprowadzonego szacunku wyniosła 15% całkowitych przychodów składkowych. Proporcjonalnie zmniejsza się zatem udział składek pokrywanych z PIT oraz budżetu państwa. W 2006 r. 80% kwoty środków pochodzących ze składek było odliczanych od PIT, a ok. 5% stanowiły składki finansowane z budżetu państwa.

1.5 Prognoza przychodów składkowych

Zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia w oparciu o dane statystyczne dostarczane przez ZUS i KRUS oraz odpowiednie ministerstwa zobowiązany jest każdego roku – w sposób kroczący - sporządzać prognozę wpływów składkowych na kolejne 3 lata. W zamieszczonej poniżej tabeli przedstawiamy takie prognostyczne dane NFZ z horyzontem do 2010 r.

Tabela 7. Prognoza przychodów składkowych na lata 2008-2010 (w mln PLN)

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2009 / 2008	2010 / 2009	2010 / 2008
Składka należna równa przypisowi (ujęcie memoriałowe)	46 796,4	49 872,5	53 259,6	106,57%	106,79%	113,81%
Składka należna z ZUS	43 007,7	46 590,0	50 095,3	108,33%	107,52%	116,48%
Składka należna z KRUS	3 788,6	3 282,5	3 164,2	86,64%	96,40%	83,52%
Przychody netto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne	45 852,8	48 851,9	52 163,0	106,54%	106,78%	113,76%
Przychody netto z ZUS	42 071,7	45 576,0	49 005,1	108,33%	107,52%	116,48%
Przychody netto z KRUS	3 781,0	3 275,9	3 157,9	86,64%	96,40%	83,52%
Przychody netto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne wg obowiązujących przepisów	43 987,0	46 691,0	49 905,9	106,15%	106,89%	113,46%
Dodatkowe środki wynikające ze zmian prawnych	1 866,0	2 160,9	2 257,0	-	-	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji NFZ

Według prognozy sporządzonej przez NFZ wysokość całkowitych przychodów składkowych w kolejnych latach będzie wzrastać osiągając w 2010 r. poziom netto 52 mld PLN. Zwiększenie wpływów ze składek będzie wynikiem stabilnego zwiększania się kwoty środków wpływających poprzez ZUS – w każdym roku o ok. 8%. Przewiduje się natomiast, iż przychody składkowe KRUS będą się zmniejszały (w ciągu lat 2008-2010 przychody netto zmniejszą się o 16,5%). Na prognozowany wzrost przychodów składkowych z ZUS złoży się przede wszystkim wzrost wielkości przychodów ze składek opłacanych przez pracowników, wynikający ze wzrostu przeciętnego zatrudnienia, jak i przeciętnego wynagrodzenia (w każdym roku o ok. 6%). Stabilnie też mają wzrastać przychody składkowe z emerytur i rent – ponad 6% rocznie, jako rezultat wzrostu podstawy wymiaru składki.

Natomiast prognozowany spadek przychodów KRUS począwszy od 2009 r. jest wynikiem przede wszystkim zakładanego spadku ceny żyta z 52 PLN do 36 PLN. W 2008 r. w wyniku wzrostu cen żyta z 38,6 PLN na 52 PLN prognozowane przychody brutto do KRUS wzrosły o 35% (a tym samym wydatki budżetu państwa na dotacje do składek dla rolników o 22%). Prognozuje się, że w 2010 r. sektor zdrowotny uzyska dodatkowo 2,3 mld PLN dzięki wprowadzeniu następujących zmian w przepisach prawnych:

- obniżenie składki na ubezpieczenie rentowe z 13% do 6%,
- zmiana podstawy wymiaru składki dla bezrobotnych nie pobierających zasiłku: z 80% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego na kwotę odpowiadającą wysokości zasiłku
- nałożenie obowiązku składowego na osoby mające status członka rodziny osoby bezrobotnej zwolnionej dotychczas z obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Tabela 8. Analiza wrażliwości przychodów ze składek na zmiany stopy składki oraz pod wpływem zmian wskaźników makroekonomicznych (w mln PLN)

Warianty zmian	2008	2009	2010	2009 / 2008	2010 / 2009	2010 / 2008
Przychody netto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w warunkach obecnych	45 852, 8	48 851, 9	52 163,0	106.54%	106.78%	113.76%
Przychody netto ze składek przy stopie składki równej 12% podstawy wymiaru w 2010r.	45 852, 8	48 851, 9	69 034, 5	106.54%	141.31%	150.56%
Dodatkowe środki w wyniku wzrostu stopy składki do 12%	-	-	16 871, 5 (32,3%)	-	-	-
Przychody netto ze składek przy wzroście stopy o 1% w każdym roku	45 852, 8	54 091, 2	63 410,6	117,97%	117,23%	138,30%
Dodatkowe środki w wyniku wzrostu stopy składki o 1% w każdym roku	-	5 239, 3 (10,7%)	11 247,6 (21,6%)	-	-	-
Przychody netto przy założeniu, że dynamika zmiany zatrudnienia i wynagrodzenia w kolejnych latach jest wyższa o 1% niż zakładają prognozy	46 321, 8	49 882, 9	53 857, 9	107.69%	107.97%	116.27%

Dodatkowe środki w wyniku wzrostu dynamiki zmiany zatrudnienia i wynagrodzenia w kolejnych latach o dodatkowo 1% w każdym roku	469,0 (1,0%)	1 031,0 (2,1%)	1 694,9 (3,2%)	-	-	-
Przychody netto przy założeniu, że dynamika zmiany wynagrodzenia w kolejnych latach jest wyższa o 10% niż zakładają prognozy	48 145,2	54 063,9	61 040,5	112.29%	112.90%	126.78%
Dodatkowe środki w wyniku wzrostu dynamiki zmiany wynagrodzenia o dodatkowo 10% w każdym roku	2 292,5 (5,0%)	5 212,0 (10,7%)	8 877,6 (17,0%)	-	-	-

Źródło: obliczenia własne na podstawie informacji NFZ

Analiza wrażliwości przychodów składkowych na zmianę stopy składki pokazuje, iż wprowadzenie już w 2010 r. stopy składki w wysokości 12% pozwoliłoby na uzyskanie przychodów netto w wysokości 69 mld PLN. Jest to kwota wyższa o 32% od kwoty prognozowanej przy obecnym poziomie składki - 9%. Gdyby podnosić stopę składki o 1 punkt procentowy rocznie (w roku 2009 – stopa składki 10%, a w roku 2010 - 11%), to uzyskano by w kolejnych latach przychody wyższe o ponad 5,2 mld PLN i 11,2 mld PLN.

Zakładając, że liczba zatrudnionych oraz przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w każdym kolejnym roku wzrastałoby dodatkowo o 1 punkt procentowy więcej niż zakładają to obecne prognozy, wtedy przychody netto w 2010 r. wynosiłyby 53 857 909 tys. PLN, a zatem byłyby wyższe od prognozowanych o 1,7 mld PLN.

Z porównania wyników tych dwóch analiz wrażliwości wynika, że stopa składki jest czynnikiem bardzo dynamicznie zmieniającym poziom przychodów z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wzrost stopy o dodatkowo 1 punkt procentowy w każdym roku (do poziomu 10% w 2009 r. i 11% w 2010 r.) pozwala na uzyskanie dodatkowych środków w wysokości odpowiadającej wzrostowi przychodów przy zwiększeniu dynamiki wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej o ponad 10%. Obecnie dynamika ta na lata 2008 - 2010 wynosi kolejno 106% i 107% w dwóch ostatnich latach. Przy dynamice na poziomie 116% w roku 2008 i 117 % w roku 2009 i 2010 otrzymalibyśmy średnią miesięczną podstawę wymiaru składki dla największej grupy ubezpieczonych – pracowników, na poziomie dla kolejnych lat: 2 441 PLN, 2 851 PLN i 3 329 PLN. Dla porównania w obecnych prognozach wynoszą one odpowiednio: 2 230 PLN, 2 382 PLN i 2 543 PLN, co pozwoliłoby uzyskać przychody składkowe w kolejnych latach w wysokości: 48 mld PLN, 54 mld PLN i 61 mld PLN.

1.6 Wnioski

Przychody składkowe z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w analizowanym okresie charakteryzowały się stabilną tendencją wzrostową. W latach 2004 - 2007 wielkość zgromadzonych środków ze składek przekroczyła poziom prognozowanych przez NFZ

przychodów składkowych na te lata⁶. W znacznej mierze przyczyniła się do tego korzystna sytuacja gospodarcza i wzrost przeciętnego wynagrodzenia ludności. Wyraźnie wzrosły środki gromadzone przez ZUS, które stanowią obecnie około 93% całkowitych przychodów składkowych. Składki zbierane przez KRUS, jako zależne od bardzo niestabilnych w ostatnich latach cen żyta, nie wykazały tak znacznego wzrostu.

Dynamika wzrostu składek w ostatnich 3 latach przekroczyła dynamikę wzrostu PKB, co wskazuje na zwiększony udział finansowania składek w całkowitych wydatkach wszystkich podmiotów gospodarczych w kraju. W ostatnich latach szczególnie widocznie zwiększył się udział gospodarstw domowych (które bezpośrednio zostały obciążone finansowaniem składek) w finansowaniu składek.

Prognozy przychodów NFZ na lata 2008 - 2010 wskazują, iż wielkość gromadzonych składek nadal będzie się zwiększała. Przyczyni się do tego przede wszystkim wzrost przeciętnego wynagrodzenia, ale także zmiany w regulacjach prawnych, które zwiększają podstawę wymiaru naliczenia składki dla większości ubezpieczonych. Prognozy sporządzano w oparciu o założenie braku wzrostu podstawy naliczenia składki rolników, co wpływa na spadek środków napływających do KRUS.

Analiza wrażliwości prognozy dowodzi, że największy wpływ na wielkość całkowitych przychodów składkowych ma zmiana stopy składki. Podnosząc stopę składki o 1 punkt procentowy w 2009 r., otrzymalibyśmy dodatkowo tyle samo środków, ile w wyniku wzrostu przeciętnego wynagrodzenia o 17%. Należy jednak mieć świadomość, iż przy zachowaniu obecnych regulacji dotyczących odliczenia składki od PIT, przy zwiększeniu stopy składki dodatkowo obciążamy dochody ubezpieczonych. Podjęcie decyzji, która miałaby na celu zwiększenie przychodów składkowych z ubezpieczenia zdrowotnego wymaga zatem rozważenia dodatkowo możliwości kształtowania pozostałych elementów składkowych, takich jak podstawa naliczenia składki (co wydaje się istotne w przypadku rolników), a także wielkości populacji partycypującej w opłacaniu składek.

2. Finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa

Informacje na temat finansowania ochrony zdrowia z budżetu państwa są powszechnie dostępne ze względu na zasadę jawności i przejrzystości budżetu. Na ich podstawie przedstawione zostały odpowiednie wielkości, dodatkowo jeszcze - dla potrzeb Zielonej Księgi - potwierdzone w Ministerstwie Finansów i Ministerstwie Zdrowia.

W prezentacji danych budżetowych przyjęto wyłącznie ujęcie kasowe. Zastosowano klasyfikację budżetową, obowiązującą w roku, którego dane te dotyczą.

Trudno jest o jednoznaczne wytyczenie zakresu przedmiotowego wydatków budżetowych na ochronę zdrowia. W najszerszym zakresie do wydatków budżetowych na ochronę zdrowia zalicza się wydatki na opiekę zdrowotną, zdrowie publiczne, administrowanie ochroną zdrowia i programy polityki zdrowotnej państwa oraz edukację (szkolnictwo medyczne). Ostatecznie przyjęto zakres wydatków działu 851 „Ochrona Zdrowia” według klasyfikacji budżetowej, bez wydatków na szkolnictwo medyczne a także – odrębnie ujęte - transfery z budżetu państwa do NFZ, w tym także dokonywane za pośrednictwem ZUS i KRUS.

⁶ Prognozy na lata 2004-2006 zostały zaprezentowane w raporcie *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce Zielona Księga* Ministerstwo Zdrowia Warszawa, 2004

2.1 Analiza wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia

Analizą objęto wydatki budżetu państwa ogółem oraz wydatki majątkowe (inwestycyjne). Uwzględnienie zmian form organizacyjno-prawnych wykonywania budżetu państwa, mogących mieć znaczenie dla rozmiarów prezentowanych wydatków okazało się niemożliwe.

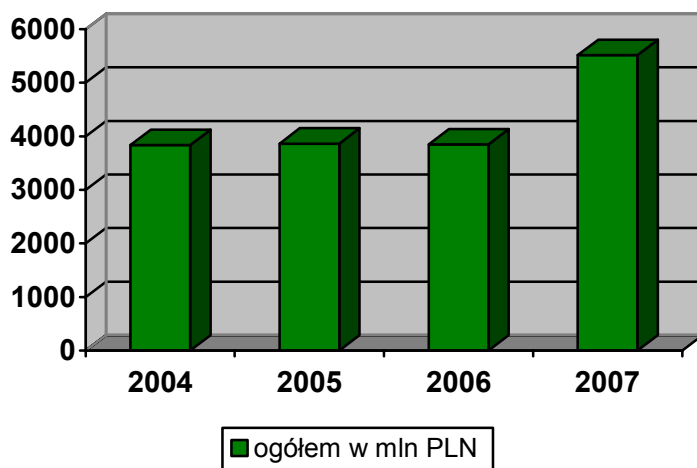
Tabela 9. Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia wg zakresu działu ochrona zdrowia (851) w latach 1999 -2007 (w mln PLN)

Wydatki / rok	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ogółem	6 312,6	4 300,0	4 600,8	3 594,1	3 714,5	3 834,6	3 863,9	3 847,8	5 515,7
W tym inwestycyjne	1 451,2	1 286,8	1 021,8	833,3	907,6	1 034,3	1 073,3	920,4	1 027,1
Wielkości skonsolidowane*	2 443,0	3 659,0	2 151,0	2 222,0	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Wielkości oszacowane w MZ	1 793,7	1 936,6	2 872,0	2 069,8	2 101,0	3 834,6	3 863,9	3 847,8	5 515,7

*Po uwzględnieniu transferów między budżetami JST a budżetem państwa i Kasami Chorych.

Źródło: dane MF wg klasyfikacji COFOG.

Wykres 5. Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia ogółem



Źródło: dane MF

Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia w latach 2004 - 2006 kształtowały się na ustabilizowanym poziomie. Znaczący wzrost tych wydatków w 2007 r. związany był z przejściem finansowania ratownictwa medycznego przez budżet państwa.

2.2 Zadania ochrony zdrowia finansowane z budżetu państwa

Wydatki budżetowe na ochronę zdrowia wyraźnie wzrosły w 2007 r. Należy zauważyć, że część wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia ma charakter transferowy.

Tabela 10. Koszty zadań finansowanych z budżetu państwa (w mln PLN)

Zadania finansowane z budżetu państwa	2004		2005		2006		2007	
	plan	wykonanie	plan	wykonanie	plan	wykonanie	plan	wykonanie

Programy zdrowotne	65,00	37,7	30,5	26,1	18,3	4,3	21,6	12,4	
Refundacja wydatków OW NFZ*	-	0,03	-	0,04	-	0,05	-	0,04	
Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej innym niż ubezpieczeni**	-	-	-	6,4	14,1	12,1	17,0	16,9	
Ratownictwo medyczne	-	-	-	-	-	-	1 147,5	1 146,6	
Świadczenia zdrowotne wysoko-specjalistyczne	0,485	0,447	0,395	0,364	0,384	0,358	0,397	0,388	
Dotacje na ubezpieczenie zdrowotne do KRUS	Dział 753***	-	1 564,5	-	1 590,6	-	1 357,7	-	1 640,9
	Dział 851****	-	22,0	-	22,3	-	22,9	-	23,4
	Razem	-	1 586,5	-	1 612,8	-	1 380,6	-	1 664,3
Dotacje na ubezpieczenie zdrowotne do ZUS, Dział 851 - Ochrona zdrowia	-	190,6	-	195,7	-	204,6	-	219,3	

* Refundacja wydatków poniesionych przez OW NFZ obejmujących koszty, o których mowa w art. 7a ust 1 pkt 3 ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz.U. z 2004 r. nr 3, poz. 20 z późn. zm.) w tys. PLN

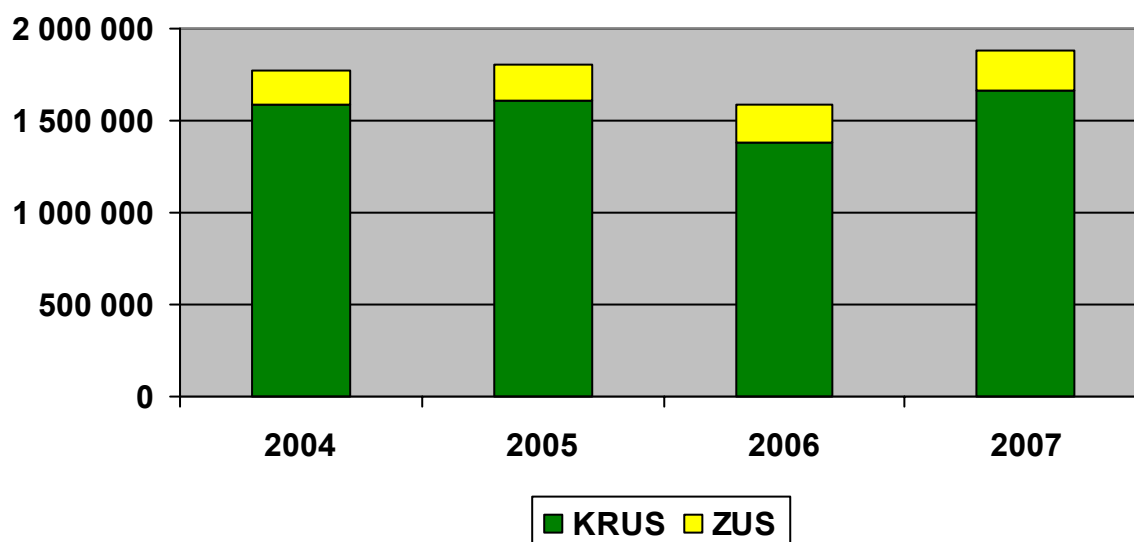
** Zgodnie z art. 97 ust 3 pkt 2A, 3 i 3B ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2004 poz. 210 z późn. zm.)

*** Dział 753 – Obowiązkowe ubezpieczenie społeczne

**** Dział 851 – Ochrona zdrowia

Źródło: dane MF, MZ oraz NFZ

Wykres 6. Wydatki budżetowe na ubezpieczenia zdrowotne w częściach 72 KRUS i 73 ZUS w latach 2004 -2007 w tys. PLN (wykonanie)



Źródło: dane MF

Struktura wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia w latach objętych analizą była do siebie zbliżona. Od 2004 r. widoczne są jedynie zmiany polegające na zmniejszaniu udziału wydatków na zdrowie publiczne i programy polityki zdrowotnej, a w 2007r. pojawiają się wydatki na ratownictwo medyczne. Na pozytywną ocenę zasługuje objęcie budżetem państwa finansowania ratownictwa medycznego. Na negatywną ocenę zasługuje względnie niski poziom wydatków budżetu państwa na zdrowie publiczne i zmniejszenie udziału wydatków budżetu państwa na programy polityki zdrowotnej. W całym okresie objętym analizą realizowano 14 takich programów o charakterze wieloletnim, przy czym w każdym roku pojawiły się trudności w pełnej realizacji wydatków przewidzianych do wykonania w realizowanych programach polityki zdrowotnej.

2.3 Przewidywane wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia na lata 2008 – 2012

W przewidywaniu wydatków budżetowych na lata 2008 - 2012 na ochronę zdrowia przyjęto założenie, iż wydatki te mają „względnie sztywny” charakter i w niewielkim stopniu są zależne od zmiennych decyzji politycznych, podejmowanych w ramach wyboru budżetowego. Obecne warunki tego wyboru uzasadniają przyjęcie istotnego wzrostu tych wydatków w 2009 roku.

Tabela 11. Przewidywane wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia w latach 2008- 2012 (w mln PLN)

	2008	2009	2010	2011	2012
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	6 436,60	9 185,68	9 828,63	10 388,31	11 011,59

Źródło: Szacunki własne

2.4 Wnioski

Wraz ze wzrostem finansowania ochrony zdrowia ze składki na ubezpieczenie zdrowotne następuje zmniejszenie finansowania ochrony zdrowia z budżetu państwa. W latach 2004-2007 zaznaczył się wzrost wydatków budżetu państwa o charakterze transferowym przeznaczanych z budżetu państwa na ochronę zdrowia za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia, a nawet za pośrednictwem KRUS i ZUS oraz następnie NFZ. Na uwagę zasługuje objęcie ratownictwa medycznego finansowaniem budżetowym z jednej strony oraz relatywne ograniczanie wydatków z budżetu państwa na zdrowie publiczne i programy polityki zdrowotnej z drugiej strony. Zwiększenie w najbliższych latach udziału finansowania ochrony zdrowia z budżetu państwa będzie trudne ze względu na cele polityki fiskalnej, w tym dążenie do ograniczania deficytu budżetowego.

3. Udział jednostek samorządu terytorialnego (JST) w finansowaniu ochrony zdrowia

Jednostki samorządu terytorialnego po 1 stycznia 1999 r. przejęły znaczną część odpowiedzialności za funkcjonowanie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym i regionalnym. Stały się organami założycielskimi dla większości przychodni ambulatoryjnych oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich. W wyniku powyższych zmian organizacyjnych administracja rządowa przerzuciła na samorząd terytorialny odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej na obszarze gminnym, powiatowym i wojewódzkim. Ta

decentralizacja kompetencji w zakresie organizowania opieki zdrowotnej na danym terenie, chociaż pozornie podnosi znaczenie władz samorządowych, w rzeczywistości oznacza przeniesienie problemów z władz rządowych na ponad 2 800 jednostek samorządu terytorialnego. Samorządy terytorialne zostały bowiem obarczone odpowiedzialnością za gospodarkę finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w przypadku, gdy zakłady te generują stratę, której nie są w stanie pokryć we własnym zakresie. Wówczas ujemny wynik finansowy SPZOZ pokrywany jest z budżetu tej jednostki samorządu terytorialnego, która zakład utworzyła. Równocześnie – odpowiednio – gmina, powiat lub województwo samorządowe określa formę dalszego finansowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przekształcając je w jednostki budżetowe lub zakłady budżetowe. Tym samym JST przejmują długi tych podmiotów i dalsze ich finansowanie.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, generowanie przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej straty nie może być podstawą do ich likwidacji, jeżeli dalsze istnienie uzasadnione jest celami i zadaniami, do których zostały one utworzone.

Ze względu na niekorzystne przepisy prawne regulujące wzajemne związki (a w szczególności powiązania finansowe) pomiędzy między JST (jako organami założycielskimi) a SPZOZ, w wyniku zgłaszanych propozycji rozwiązań, w tym również przez Autorów Raportu, w latach 2005 – 2006 trzykrotnie nowelizowana była ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Istotne dla finansowania zakładów nowelizacje weszły w życie 4 czerwca i 10 września 2006 roku. Zmiany te obejmowały odpowiednio wprowadzenie możliwości finansowania remontów⁷ oraz umożliwienie przekazywania dotacji przez „właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego”⁸.

Pomimo dokonanych zmian powiązania SPZOZ z JST należy ocenić krytycznie. Samorządy terytorialne mogą bowiem bezpośrednio ingerować w działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dopiero wtedy, gdy podmioty te są w stanie upadłości. Wspomaganie finansowe na etapie wcześniejszym, np. w przypadku znacznego wzrostu kosztów i zmniejszenia przychodów od płatnika, zagrożenia płynności itp., jest praktycznie niemożliwe. SPZOZ mogą otrzymywać dotacje budżetowe jedynie w przypadku klęsk żywiołowych, na inwestycje (które przecież tylko generują koszty bieżące), na pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji pracowników, na promocję zdrowia i programy zdrowotne, a także na realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom⁹.

Dlatego też samorządy terytorialne, będące organami założycielskimi SPZOZ, aby umożliwić funkcjonowanie tych instytucji, poręczają im spłatę kredytów, udzielają pożyczek, umarzają spłatę tych pożyczek, próbując w ten sposób także siebie uchronić przed problemami związanymi z przejmowaniem ich we własne struktury organizacyjne. Ponadto poprzez budżety samorządów terytorialnych jednostkom służby zdrowia przekazywane są dotacje celowe z budżetu państwa. Należałoby wobec tego z jednej strony ułatwić wspomaganie tych instytucji ze środków JST, ale równocześnie zwiększyć możliwość

⁷ Ustawa z dnia 14 maja 2004 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2006 Nr 75, poz. 518)

⁸ Ustawa z dnia 14 lipca 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 143, poz. 1032)

⁹ Por. znowelizowany art. 55 cyt. Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 nr 91 poz. 408z późn. zm.)

ingerencji władz samorządowych (jako organu założycielskiego) w ich gospodarkę finansową. Dotychczasowe możliwości oddziaływania władz samorządowych na ich funkcjonowanie sprowadzają się bowiem wyłącznie do udzielania, nie zawsze w sposób legalny, pomocy finansowej tym instytucjom.

3.1 Analiza wydatków JST na ochronę zdrowia w latach 2001 – 2007

Samorządy terytorialne w Polsce realizują zadania, które mają podstawowe znaczenie dla zaspokajania potrzeb publicznych. Strukturę wydatków budżetowych JST według działów klasyfikacji budżetowej w 2007 r. przedstawia Tabela 12.

Tabela 12. Struktura wydatków JST w 2007 r.

Rodzaj działalności	Gminy	Powiaty grodzkie	Powiaty	Województwa samorządowe
Oświata i wychowanie	38,5	31,3	33,3	6,0
Pomoc społeczna	19,1	12,3	19,4	6,0
Transport i łączność	8,4	21,3	12,8	38,1
Administracja	10,4	7,2	11,6	6,9
Gospodarka komunalna	7,3	6,0	0,	0,
Ochrona zdrowia	0,8	2,0	4,5	9,7
Kultura	3,0	3,6	0,	10,4
Pozostałe	12,3	16,3	18,4	22,9
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: dane Ministerstwa Finansów

Spośród wszystkich zadań realizowanych przez JST w Polsce wydatki na ochronę zdrowia mają znaczenie marginesowe. Kształtują się one na poziomie 0,8% - 2% wydatków ogółem w gminach oraz miastach na prawach powiatów, 4,5% w powiatach i około 10% w województwach samorządowych.

Tabela 13 przedstawia wielkość wydatków na ochronę zdrowia w poszczególnych JST w latach 2001 – 2007.

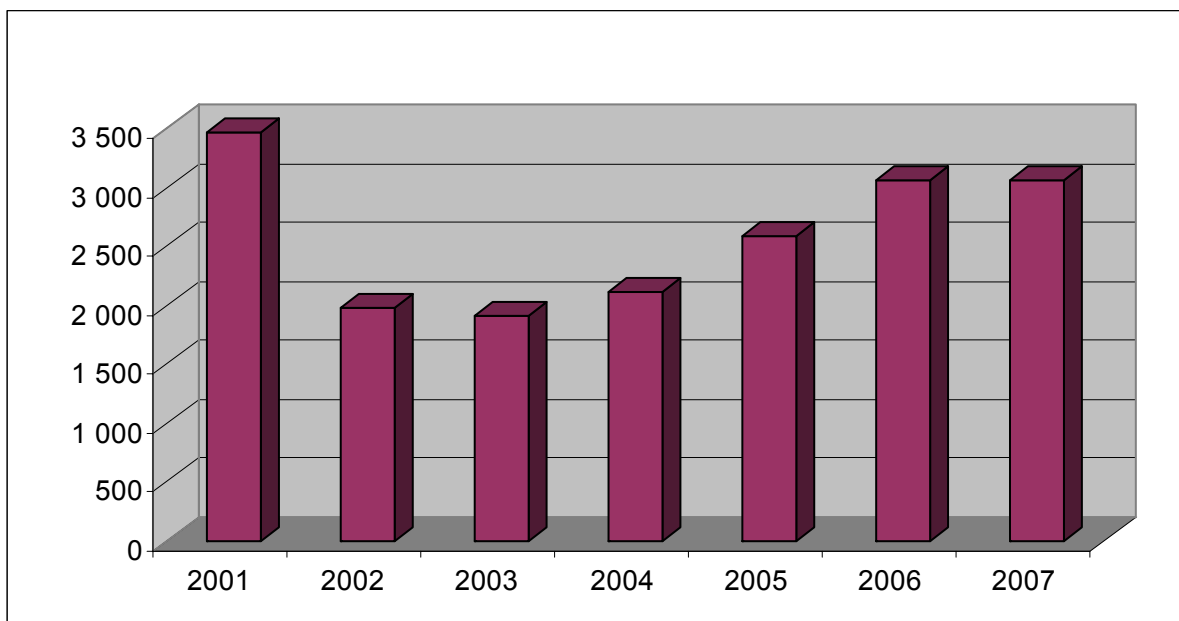
Tabela 13. Środki JST wydawane na ochronę zdrowia w poszczególnych JST w latach 2001 – 2007 (w mln PLN)

Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Gminy	328	360	344	374	408	443	450
Powiaty „grodzkie”	694	444	402	508	547	601	590
Powiaty	1663	634	609	605	640	804	720
Województwa	709	475	501	521	866	1035	1080
M.st. Warszawa	80	62	54	99	120	183	222
Ogółem	3474	1975	1910	2107	2581	3066	3062

Źródło: dane Regionalnych Izb Obrachunkowych

Z danych liczbowych zawartych w powyższej tabeli wynika, że w latach 2002 – 2007 wydatki JST w dziale 851- Ochrona zdrowia wzrosły o 55%, z kwoty 1,9 mld PLN do kwoty 3 mld PLN. Wysokie wydatki na ochronę zdrowia w 2001 roku wynikały z kumulacji środków otrzymanych przez JST z roku 2000. Zostało to zobrazowane na Wykresie 7.

Wykres 7. Wydatki JST na ochronę zdrowia w latach 2001 - 2007 w mln PLN



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RIO

W analizowanym okresie:

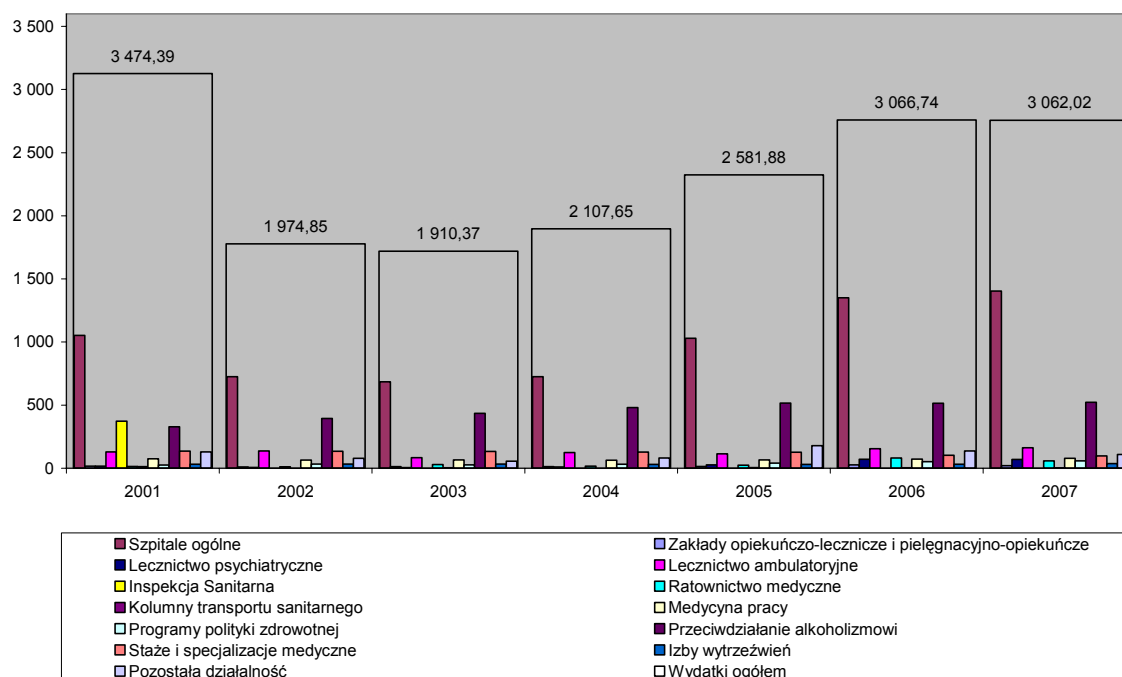
- 34% środków JST na finansowanie ochrony zdrowia wydatkowały województwa,
- 31% powiaty (włącznie z M. Stołecznym Warszawą),
- 16% gminy,
- 19% miasta na prawach powiatów.

Wydatki JST na zdrowie, tak jak w całej ochronie zdrowia, obejmują trzy obszary aktywności: opiekę zdrowotną, zdrowie publiczne oraz opiekę społeczną (patrz s. 10). Na szczeblu samorządów lokalnych istotne znaczenie mają wydatki ponoszone na opiekę społeczną.

Działania opieki społecznej dotyczą osób trwale wymagających zarówno świadczeń socjalnych, jak i zdrowotnych. W tym zakresie sektor publiczny wydatkuje środki przede wszystkim na rzecz osób niepełnosprawnych, pozostających bez pracy oraz chronicznie chorych (MZ 2004).

Realizując zadania własne i zlecone w zakresie ochrony zdrowia w każdym z tych trzech obszarów działalności jednostki samorządu terytorialnego dokonują wydatków w określonych podziałach klasyfikacji budżetowej. Kategoryzacja wydatków według rozdziałów klasyfikacji pozwala na określenie celów na jakie poszczególne kwoty są przeznaczane. Na Wykresie 8 przedstawione zostały najistotniejsze kategorie, na jakie JST przeznaczały środki w latach 2001 - 2007.

Wykres 8. Wydatki JST w latach 2001-2007 na ochronę zdrowia wg ważniejszych kategorii w mln PLN



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RIO

Udział poszczególnych poziomów organizacyjnych JST w finansowaniu powyższych obszarów aktywności jest różny, tym niemniej generalnie można stwierdzić, że o ile wydatkowanie środków na zdrowie publiczne i opiekę społeczną (związaną ze zdrowiem) jest zadaniem obligatoryjnym, o tyle finansowanie opieki zdrowotnej ma charakter fakultatywny, a wręcz występują przeszkody prawne w finansowaniu tego zadania.

Analizując **wydatki gmin na ochronę zdrowia** należy stwierdzić, że przeznaczają one na finansowanie potrzeb zdrowotnych i opieki społecznej około 1% swoich wydatków tj. rocznie około 400 mln PLN (w 2007 roku była to kwota 450 mln PLN). Podstawowym zadaniem gmin w dziedzinie ochrony zdrowia jest przeciwdziałanie alkoholizmowi i zwalczanie narkomanii (rozdziały 85154 i 85153). Na ten cel gminy wydatkowały w latach 2001 - 2007 około **70%** wszystkich środków na ochronę zdrowia. Jest to ich zadanie obligatoryjne (mieszczące się w zakresie zarówno zdrowia publicznego, jak i opieki społecznej), wynikające z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁰, na które otrzymują „znaczone” dochody w postaci opłat za zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych. Na zadania *stricte* związane z opieką zdrowotną, w analizowanym okresie, gminy przeznaczyły około **16%** środków pieniężnych, planowanych w dziale 851 „Ochrona zdrowia”. W roku 2007 były to kwoty:

- 47 mln PLN na lecznictwo ambulatoryjne (rozdz. 85121),
- 21 mln PLN na szpitale ogólne (rozdz. 85111),
- 1,5 mln PLN na ratownictwo medyczne,

¹⁰ Dz. U. z 2002 nr 147 poz. 1231 z późn. zm.

- 5 mln PLN na programy polityki zdrowotnej.

W okresie 2003 – 2007 obserwujemy systematyczny wzrost wydatków gmin na te zadania. Pomimo tego globalne kwoty wydatkowane z budżetów gmin na opiekę zdrowotną kształtują się na niskim poziomie. Tymczasem jest to najmocniejszy finansowo szczebel organizacyjny samorządu terytorialnego w Polsce i jego potencjalne możliwości w transferowaniu środków finansowych do sektora opieki zdrowotnej są znacznie większe.

Pozostałe zadania gmin w dziedzinie ochrony zdrowia obejmują utrzymanie zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, a także ratownictwo medyczne i finansowanie programów polityki zdrowotnej.

Wydatki miast na prawach powiatów na ochronę zdrowia w latach 2001 – 2007 stanowiły około 2% ich wydatków ogółem (w analizowanym okresie średnio 550 mln PLN). Ze względu na specyfikę tego poziomu organizacyjnego JST (są to duże miasta, które realizują także zadania powiatów), wydatki na ochronę zdrowia ujęte są w kilku rozdziałach budżetu, tzn. tych, w których ochrona zdrowia finansowana jest zarówno przez gminy, jak i przez powiaty. Miasta na prawach powiatów około **25%** swoich wydatków w dziale ochrona zdrowia przeznaczają na przeciwdziałanie alkoholizmowi. Natomiast **14%** wydatków stanowią środki przeznaczone na składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (rozdz. 85156). Są to zadania zlecone ustawowo powiatom, **finansowane z dotacji celowej z budżetu państwa**. Środki te powiaty i miasta na prawach powiatów przekazują poprzez ZUS do NFZ jako płatnik składek za osoby, które utraciły prawo do zasiłków dla bezrobotnych. Zmiana przepisów prawnych w tym zakresie od 2002 roku spowodowała, że wydatki na ten cel znacznie zostały ograniczone. Od 2002 roku składki na ubezpieczenie zdrowotne za osoby będące członkami rodzin osób ubezpieczonych nie są już opłacane z budżetu. Ponadto w 2001 roku wypłacone zostały przez powiaty na rzecz NFZ zobowiązania z roku 2000, co spowodowało stosunkowo duży udział (w porównaniu do lat 2002 i 2003) wydatków na ochronę zdrowia miast na prawach powiatów. Pozostałe wydatki miast na prawach powiatów wiążą się z finansowaniem opieki zdrowotnej. Są to wydatki w rozdziałach 85111 – „Szpitale ogólne”, 85121 – „Lecznictwo ambulatoryjne” oraz 85149 - „Programy polityki zdrowotnej”, związane na ogół z finansowaniem tych SPZOZ-ów, dla których miasta na prawach powiatów są organami założycielskimi. Miasta na prawach powiatów na ten cel przeznaczają około **43%** wydatków na ochronę zdrowia (w roku 2007 była to kwota 280 mln PLN).

Wydatki powiatów na ochronę zdrowia w latach 2001 – 2007 stanowiły około 5% ich wydatków ogółem. Około **45%** zadań realizowanych przez powiaty w dziale ochrona zdrowia stanowi finansowanie świadczeń w ramach rozdziału 85156 tj. składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Podobnie jak w przypadku miast na prawach powiatów, **są to zadania zlecone ustawowo powiatom, zaś środki finansowe na ten cel pochodzą z budżetu państwa**. W 2001 r. wydatki na ten cel były znacznie większe, co zostało spowodowane takimi samymi czynnikami jak w przypadku miast na prawach powiatów. Znaczna część zadań powiatów w dziale 851 (około **55%**) wiąże się z finansowaniem opieki zdrowotnej. Z budżetów powiatów finansowane są przede wszystkim szpitale, dla których powiaty są organem założycielskim. Na dofinansowanie szpitali w analizowanym okresie powiaty przekazywały rocznie około 350 mln PLN. Ponadto z budżetów powiatów dofinansowywane było ratownictwo medyczne i programy polityki zdrowotnej.

Województwa samorządowe przeznaczają w analizowanym okresie na ochronę zdrowia około 10% swoich wydatków ogółem. W latach 2002 – 2007 obserwujemy dynamiczny wzrost wydatków samorządów wojewódzkich na ochronę zdrowia, z 475 mln PLN do kwoty ponad 1 mld PLN. Środki te przeznaczane są przede wszystkim na finansowanie opieki zdrowotnej, a w szczególności na finansowanie SPZOZ, dla których samorząd województwa jest organem założycielskim. Na ten cel wydatkuje się rocznie około **65%** wszystkich środków przeznaczonych na ochronę zdrowia (w roku 2007 730 mln PLN, podczas, gdy w latach 2002 – 2004 były to kwoty rzędu 240 mln PLN 250 mln PLN). Województwa samorządowe realizują także inne zadania w dziedzinie ochrony zdrowia np. finansują leczenie psychiatryczne i zadania medycyny pracy – rozdziały 85120 i 85148 – (około **14%** wydatków na ochronę zdrowia), a także „Staże i specjalizacje medyczne” – rozdział 85157 – **9%** wydatków.

Szczegółową strukturę wydatków gmin, miast na prawach powiatów, powiatów, województw samorządowych oraz M. Stołecznego Warszawy w latach 2001 – 2007 przedstawia rozbudowana Tabela 14.

Tabela 14. Struktura wydatków na ochronę zdrowia z budżetów gmin, miast na prawach powiatów, powiatów, województw samorządowych oraz M. Stołecznego Warszawy w latach 2001 – 2007 (w mln PLN)

Polska	rok						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Wyszczególnienie							
Integracja z Unią Europejską	0,00	0,01					
Szpital ogólny	1 051,30	724,80	683,68	724,88	1 029,59	1 350,40	1 403,40
Szpital kliniczny	0,03	0,00	0,01	0,10	0,16	0,30	1,43
Sanatoria	1,78	0,73	0,42	0,45	1,47	0,57	1,40
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	15,90	9,37	12,90	12,09	14,92	26,08	20,84
Szpital uzdrowiskowy	0,16	0,14	0,26	0,11	0,22	0,61	1,38
Leczenie sanatoryjno-kliniczne	0,11	0,05	0,13	0,13	0,58	0,27	0,25
Lecznictwo psychiatryczne	15,75	6,14	4,52	9,57	26,47	71,52	69,01
Lecznictwo ambulatoryjne	130,04	136,54	82,97	124,80	113,82	155,05	162,13
Lecznictwo stomatologiczne	1,58	0,31	0,47	1,18	1,34	6,59	2,49
Inspekcja Sanitarna	371,50	0,03	0,02	0,05	0,00	0,67	0,00
Kasy chorych	0,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ratownictwo medyczne	14,64	11,76	27,60	16,09	24,08	80,70	58,85
Kolumny transportu sanitarnego	12,53	0,26	3,86	0,39	5,10	3,04	0,91
Publiczna służba krwi	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
Zespoły metodyczne opieki zdrowotnej	0,19	0,19	0,17	0,00	0,00	0,02	0,02
Medycyna pracy	73,34	64,19	66,15	62,74	66,58	72,12	79,11
Programy polityki zdrowotnej	25,84	33,66	26,55	32,15	40,63	51,88	58,42
Świadczenia wysokospecjalistyczne	0,00	0,00	0,19	0,45	0,20	0,17	0,29
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	0,58	0,52	0,47	1,09	0,79	0,88	0,82
Zwalczanie narkomanii	5,13	4,94	4,72	4,87	6,22	20,44	28,86
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	327,32	393,51	435,74	481,64	515,10	513,31	521,44
Składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	1 128,26	342,19	334,35	394,90	398,80	439,13	408,16

Staże i specjalizacje medyczne	135,24	133,41	133,07	127,81	126,03	102,89	97,29
Izby wytrzeźwień	31,79	32,44	33,03	29,87	30,34	32,06	36,95
Usuwanie skutków kłesk żywiolowych	1,89	0,24	3,56	1,12	0,41	0,12	0,00
Pozostała działalność	129,16	79,40	55,53	81,17	178,83	137,92	108,34
Gospodarstwa pomocnicze					0,16		0,22
Suma	3 474,39	1 974,85	1 910,37	2 107,65	2 581,88	3 066,74	3 062,02
Województwa	rok						
Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Integracja z Unią Europejską	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Szpitala ogólne	428,93	231,54	243,88	273,33	485,28	653,67	730,18
Sanatoria	0,51	0,50	0,34	0,40	1,47	0,37	1,21
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	0,79	0,36	0,14	0,62	0,51	4,54	1,11
Szpitala uzdrowiskowe	0,16	0,14	0,26	0,10	0,22	0,61	1,38
Lecznictwo psychiatryczne	15,38	5,92	4,52	9,57	26,46	71,48	68,97
Lecznictwo ambulatoryjne	4,98	3,99	10,07	8,05	16,60	29,28	27,41
Lecznictwo stomatologiczne	0,10	0,07	0,16	0,80	0,76	5,92	0,70
Inspekcja Sanitarna	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	0,00
Ratownictwo medyczne	6,24	6,36	8,72	5,51	15,68	38,97	23,78
Kolumny transportu sanitarnego	12,12	0,21	3,25	0,34	4,93	2,61	0,73
Zespoły metodyczne opieki zdrowotnej	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02
Medycyna pracy	73,28	64,13	66,09	62,74	66,46	72,08	79,07
Programy polityki zdrowotnej	0,86	0,73	1,07	1,53	2,55	3,38	3,83
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	0,09	0,06	0,02	0,63	0,03	0,03	0,03
Zwalczanie narkomanii	0,75	0,59	0,50	0,58	0,86	1,58	2,71
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	2,89	6,55	23,26	18,88	27,75	25,14	31,31
Składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	0,01	0,02	0,03	0,05	0,22	0,23	0,25
Staże i specjalizacje medyczne	135,24	133,41	133,07	127,81	126,03	102,89	97,29
Usuwanie skutków kłesk żywiolowych	0,52	0,00	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00
Pozostała działalność	26,59	19,51	0,09	9,77	90,40	20,71	9,66
Suma	709,44	474,09	496,01	520,69	866,21	1 034,17	1 079,62
Powiaty	rok						
Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Szpitala ogólne	480,21	351,18	314,54	263,13	301,42	383,18	340,41
Sanatoria	1,27	0,22	0,03	0,05	0,00	0,15	0,17
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	6,35	0,90	4,16	2,92	1,92	0,66	0,39
Leczenie sanatoryjno-kliniczne	0,00	0,00	0,04	0,04	0,00	0,00	0,00
Lecznictwo psychiatryczne	0,29	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03
Lecznictwo ambulatoryjne	9,57	5,08	6,37	3,52	3,47	4,51	7,95
Lecznictwo stomatologiczne	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inspekcja Sanitarna	236,61	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Ratownictwo medyczne	7,79	4,66	14,97	6,52	4,76	33,91	30,07
Kolumny transportu sanitarnego	0,26	0,01	0,54	0,00	0,03	0,18	0,01

Publiczna służba krwi	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Medycyna pracy	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,03	0,04
Programy polityki zdrowotnej	0,94	4,74	1,09	0,93	1,45	2,05	2,66
Świadczenia wysokospecjalistyczne	0,00	0,00	0,00	0,34	0,01	0,01	0,01
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	0,00	0,00	0,01	0,02	0,00	0,00	0,01
Zwalczanie narkomanii	0,10	0,12	0,09	0,07	0,10	0,15	0,10
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	0,23	0,27	0,51	0,66	1,01	1,23	1,69
Składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	895,28	262,83	253,43	303,02	301,77	336,25	314,80
Izby wytrzeźwień	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Usuwanie skutków kłesk żywnościowych	0,23	0,24	2,90	0,37	0,41	0,12	0,00
Pozostała działalność	23,33	4,10	9,49	23,90	24,33	42,07	21,06
Suma	1 662,51	634,41	608,17	605,50	640,71	804,52	719,41
Miasta na prawach powiatu	rok						
Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Szpital ogólny	114,10	108,33	106,26	147,07	189,46	233,17	228,93
Szpital kliniczny	0,00	0,00	0,00	0,10	0,16	0,30	1,30
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	5,79	5,19	5,90	5,37	8,97	13,90	8,45
Leczenie sanatoryjno-kliniczne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lecznictwo psychiatryczne	0,05	0,08	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00
Lecznictwo ambulatoryjne	61,06	79,05	34,01	68,23	38,61	29,82	26,35
Lecznictwo stomatologiczne	1,12	0,02	0,02	0,02	0,00	0,00	0,78
Inspekcja Sanitarna	125,69	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ratownictwo medyczne	0,35	0,44	2,55	3,27	2,64	6,33	2,94
Kolumny transportu sanitarnego	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00
Zespoły metodyczne opieki zdrowotnej	0,19	0,19	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00
Medycyna pracy	0,05	0,05	0,06	0,00	0,09	0,00	0,00
Programy polityki zdrowotnej	13,85	17,82	15,27	17,17	17,52	21,74	25,56
Świadczenia wysokospecjalistyczne	0,00	0,00	0,08	0,06	0,04	0,03	0,03
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	0,13	0,11	0,10	0,11	0,11	0,14	0,15
Zwalczanie narkomanii	1,82	1,92	1,83	1,85	2,23	6,56	9,01
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	82,64	109,44	120,97	149,28	156,26	154,28	152,59
Składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	212,83	73,21	73,17	76,01	85,12	88,79	81,82
Izby wytrzeźwień	25,62	25,03	25,35	21,69	21,73	22,81	25,40
Usuwanie skutków kłesk żywnościowych	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pozostała działalność	46,94	23,15	16,06	18,08	24,07	23,45	27,13
Suma	693,04	444,04	401,79	508,31	547,02	601,53	590,44
Gminy	rok						
Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Szpital ogólny	19,62	26,49	13,42	10,28	13,17	19,61	20,84
Szpital kliniczny	0,03	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Sanatoria	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,05	0,02

Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	2,94	2,75	2,08	2,12	2,17	1,89	1,88
Szpitala uzdrowiskowe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Leczenie sanatoryjno-kliniczne	0,10	0,05	0,09	0,09	0,58	0,27	0,25
Lecznictwo psychiatryczne	0,00	0,11	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01
Lecznictwo ambulatoryjne	40,52	32,81	31,20	34,97	39,57	49,33	47,43
Lecznictwo stomatologiczne	0,31	0,20	0,26	0,36	0,58	0,67	1,01
Inspekcja Sanitarna	0,01	0,00	0,01	0,04	0,00	0,00	0,00
Kasy chorych	0,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ratownictwo medyczne	0,26	0,31	1,33	0,75	0,95	1,23	1,45
Kolumny transportu sanitarnego	0,06	0,04	0,07	0,05	0,14	0,10	0,17
Publiczna służba krwi	0,03	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01
Zespoły metodyczne opieki zdrowotnej	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medycyna pracy	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Programy polityki zdrowotnej	2,86	3,89	3,98	4,45	5,38	5,51	5,30
Świadczenia wysokospecjalistyczne	0,00	0,00	0,11	0,05	0,15	0,13	0,25
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Zwalczanie narkomanii	0,39	0,38	0,55	0,51	0,60	9,47	14,22
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	230,59	261,06	265,31	287,32	302,08	302,44	304,59
Składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Izby wytrzeźwień	2,34	2,42	2,56	2,83	2,70	2,94	3,43
Usuwanie skutków klęsk żywiołowych	0,38	0,00	0,11	0,76	0,00	0,00	0,00
Pozostała działalność	27,88	29,45	23,48	29,06	39,50	49,17	48,99
Gospodarstwa pomocnicze	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	0,00	0,22
Suma	328,66	360,00	344,63	373,67	407,76	442,82	450,07
M.St. Warszawa	rok						
Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Integracja z Unią Europejską	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Szpitala ogólne	8,29	7,19	5,58	31,05	40,26	60,76	83,02
Szpitala kliniczne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	0,03	0,17	0,63	1,06	1,35	5,08	9,02
Lecznictwo psychiatryczne	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lecznictwo ambulatoryjne	13,91	15,60	1,32	10,04	15,20	42,11	52,99
Lecznictwo stomatologiczne	0,01	0,01	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00
Inspekcja Sanitarna	9,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ratownictwo medyczne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26	0,60
Programy polityki zdrowotnej	7,34	6,50	5,14	8,06	13,72	18,76	21,01
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	0,35	0,33	0,33	0,33	0,64	0,70	0,63
Zwalczanie narkomanii	2,07	1,94	1,75	1,86	2,44	2,67	2,82
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	10,98	16,19	25,70	25,50	27,99	30,21	31,25
Składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	20,13	6,14	7,72	15,82	11,69	13,86	11,29
Izby wytrzeźwień	3,83	4,97	5,11	5,35	5,91	6,31	8,13

Pozostała działalność	3,97	2,85	0,27	0,06	0,47	2,39	0,75
Suma	80,14	61,88	53,58	99,12	119,68	183,11	221,64
Związki komunalne	rok						
Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Szpitala ogólne	0,15	0,07	0,00	0,02	0,00	0,01	0,02
Lecznictwo ambulatoryjne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	0,00	0,00
Ratownictwo medyczne	0,00	0,00	0,04	0,04	0,05	0,00	0,00
Programy polityki zdrowotnej	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,45	0,06
Pozostała działalność	0,45	0,35	0,38	0,30	0,06	0,13	0,76
Suma	0,60	0,42	0,42	0,36	0,49	0,59	0,84

3.2 Wnioski

Jednostki samorządu terytorialnego, zgodnie z aktualnym stanem prawnym, w zasadzie mogą przekazywać środki samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej. Dotyczy to nie tylko JST będących organami założycielskimi danego SPZOZ-u, ale wszystkich zainteresowanych jego poprawnym funkcjonowaniem. Ustawa natomiast nie obliguje organów JST do wspierania finansowego ochrony zdrowia poza przypadkami wyraźnie wskazanymi. Takie podejście prawodawcy wpływa na ograniczanie wysokości kwot przeznaczanych na ochronę zdrowia przez JST.

Biorąc pod uwagę propozycje przekształcenia SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego (kapitałowe), należy zwrócić uwagę na to, że funkcjonowanie przedstawionego modelu przekazywania środków z budżetów samorządów do zakładów opieki zdrowotnej może skutecznie utrudnić zasilanie ochrony zdrowia przez samorzady terytorialne. W obecnym stanie prawnym JST miałyby jedynie możliwość zwiększania kapitału zakładowego spółek, co w konsekwencji dawałoby możliwość przeznaczania tych środków na finansowanie bieżącej działalności, a to nie prowadziłoby do oczekiwanej racjonalności w zakresie zarządzania finansami spółki. Z finansowego punktu widzenia spółka samorządowa byłaby w gruncie rzeczy spółką publiczną. W celu skoordynowania elementów systemowych oraz finansowych proponowanych zmian potrzebne są szczególne przepisy dotyczące finansowania spółek przez JST.

4. Finansowanie ochrony zdrowia z dochodów indywidualnych ludności

Ocena finansowania ochrony zdrowia z dochodów indywidualnych ludności, czyli wydatków bezpośrednich (*out-of-pocket payments*) gospodarstw domowych została sporządzona na podstawie reprezentacyjnych badań GUS, które należą do oficjalnych źródeł danych statystyki publicznej¹¹ o wydatkach ludności. Są to:

- badania budżetów gospodarstw domowych (BBGD), realizowane corocznie przez GUS od ponad 40 lat,
- badania modułowe gospodarstw domowych (BMGD), dotyczące ochrony zdrowia, zrealizowane przez GUS dotychczas pięciokrotnie: w 1995r. (za 1994r.), w 1998r. (za 1997r.), w 2000r. (za 1999r.), w 2003r. (za 2002/2003r.), w 2007 r. (za 2006), publikowane pod tytułem *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*.

¹¹ Program Badań Statystycznych Statystyki Publicznej na rok 2007, GUS, Warszawa i wcześniejsze.

Niezależnie od wymienionych wyżej badań, w Polsce prowadzone są jeszcze inne badania na temat warunków życia i ich jakości, które zawierają informacje o usługach społecznych i wydatkach ludności na wiele celów, w tym na ochronę zdrowia. Najbardziej popularnym badaniem tego rodzaju jest tzw. *Diagnoza Społeczna*. Wyniki kolejnych rund diagnozy zostały opublikowane w postaci raportów z lat: 2000, 2003, 2005, 2007¹². Zastosowanie w *Diagnozie Społecznej* innej klasyfikacji wydatków na ochronę zdrowia niż klasyfikacje stosowane w badaniach GUS oraz innych wskaźników wydatków uniemożliwiają zarówno bezpośrednie porównania z wynikami badań GUS, jak również wykorzystanie wyników *Diagnozy* do oszacowania na ich podstawie wydatków całej ludności Polski. Wyniki *Diagnozy Społecznej* posłużyły więc tutaj jedynie jako wartości kontrolne dla niektórych z wydatków (nieformalne opłaty, prezenty), a podstawę prezentowanych szacunków stanowią oficjalne statystyki, uzyskane z badań reprezentacyjnych realizowanych przez GUS, a mianowicie BBGD i BGD.

Uwagi metodologiczne

Badania budżetów gospodarstw domowych prowadzone są metodą reprezentacyjną, stanowiącą naukową podstawę do uogólnienia wyników uzyskanych z badanych gospodarstw domowych na całą populację gospodarstw domowych w Polsce. Każde z badanych w ciągu roku gospodarstw domowych prowadzi zapisy przychodów i rozchodów oraz wydatków na towary i usługi konsumpcyjne, w tym na zdrowie¹³. Klasyfikacja wydatków w BBGD jest oparta na międzynarodowej czteropozomowej klasyfikacji spożycia indywidualnego według celów (COICOP/HBS). Uogólnione wyniki badań upowszechnia się w postaci średnich miesięcznych wydatków przypadających na osobę w gospodarstwie domowym, podając równocześnie bezwzględne i względne błędy szacunku średnich. Uogólnione więc średnie miesięczne wydatki na zdrowie w przeliczeniu na osobę w gospodarstwie domowym wykorzystano do oszacowania wydatków ludności w skali kraju.

Badania modułowe gospodarstw domowych poświęcone problemom ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych, prowadzone także metodą reprezentacyjną, uwzględniają obok wydatków informacje dotyczące: stanu zdrowia, cech demograficznych i społecznych członków gospodarstw oraz ich sytuację ekonomiczną. Tylko wyniki trzech ostatnich z tych badań, czyli dotyczących lat 1999 r., 2002/2003 oraz 2006 r. były uogólnione na całą zbiorowość gospodarstw domowych w Polsce. W prezentowanym oszacowaniu szczególną uwagę zwraca się na ostatnie z tych badań, jako najbardziej aktualne, z nieco rozszerzonym zakresem przedmiotowym w porównaniu z poprzednimi badaniami. Celem tego badania, obok gromadzonych wcześniej cyklicznie informacji o częstości korzystania z opieki zdrowotnej (m.in. według sektorów: publiczny, prywatny, oraz źródeł finansowania/płatników), o wydatkach na ten cel w powiązaniu ze stanem zdrowia i cechami demograficznymi, społecznymi, ekonomicznymi członków gospodarstw domowych, było także zgromadzenie informacji statystycznych o osobach niesamodzielnych z przyczyn zdrowotnych, oraz danych o korzystaniu z dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych i ewentualnych zamiarach ich zakupu. Klasyfikacja wydatków na zdrowie w tym badaniu jest spójna z klasyfikacją stosowaną w badaniach budżetów gospodarstw domowych, ale jest ona bardziej szczegółowa,

¹² *Diagnoza Społeczna 2000, 2003, 2005, 2007* (Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej Rada Monitoringu Społecznego).

¹³ Od 1993r. w badaniu tym stosuje się metodę rotacji miesięcznej gospodarstw, co oznacza, że w ciągu roku podejmują badanie, w każdym miesiącu, inne gospodarstwa. W 2006 r. zbadano ponad 37 tys. gospodarstw domowych. Szczegółowy opis metody badania, włącznie ze schematem doboru próby znaleźć można w publikacji: *Budżety gospodarstw domowych*, wydawanej corocznie przez GUS w serii Informacje i opracowania statystyczne

odpowiadająca potrzebom metodologii i klasyfikacji wydatków na ochronę zdrowia w narodowych rachunkach zdrowia (ICHA).

4.1 Szacunek i zmiany w wydatkach bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia

W 2006 r. średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę w gospodarstwie domowym, oszacowane na podstawie wyników BBGD, wyniosły 36,6 PLN, natomiast średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę w gospodarstwie domowym oszacowane na podstawie BMGD wynosiły 41,0 PLN. Pierwsza z tych średnich, w odróżnieniu od drugiej, może nie zawierać tzw. opłat nieformalnych i dowodów wdzięczności itp., a także wydatków na leczenie osób spoza gospodarstwa domowego. Z kolei druga ze średnich może być przeszacowana z powodu tzw. błędów pamięci. Została ona bowiem ustalona na podstawie badania retrospektywnego, w którym pytano o wydatki z przeszłości w odróżnieniu od wydatków na bieżąco rejestrowanych w okresie całego roku w badaniach budżetów gospodarstw domowych. W tego typu badaniach respondenci wykazują skłonność do przeszacowania wydatków czy innych wielkości, właśnie z powodu błędów pamięci.

Z badania modułowego w 2006 r. (BMGD 2006) wynika, że opłaty nieformalne w zasadzie dotyczą usług świadczonych w stacjonarnej publicznej opiece zdrowotnej (GUS 2007), a wydatki gospodarstw na usługi stacjonarne stanowiły 3,1% ich średnich rocznych wydatków na zdrowie na osobę w gospodarstwie. Zatem opłaty nieformalne stanowią jedynie część różnicy pomiędzy porównywanymi średnimi z badania budżetów gospodarstw domowych i badania modułowego. Ich wartość ogółem oszacowana na podstawie badania modułowego wynosi od 211 do 334 mln¹⁴. Z tych powodów, jak również z powodu relatywnie częściej występującego odmawiania uczestnictwa gospodarstw o najwyższych dochodach w badaniu budżetów gospodarstw domowych¹⁵, pierwszą ze średnich (36,6 PLN) proponujemy traktować jako minimalną wysokość średnich miesięcznych wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na osobę.

Na podstawie wartości średnich miesięcznych wydatków na zdrowie na osobę w 2006 r. uzyskanych w badaniu budżetów gospodarstw domowych (BBGD) i liczby ludności Polski w 2006 r. równej 38 132 277 osób¹⁶, otrzymujemy oszacowanie sumy wydatków bezpośrednich ludności na ochronę zdrowia w Polsce w 2006 r. w wysokości 16 820 910 tys. PLN (Tabela 15), a przyjmując drugą ze średnich (BMGD) – otrzymujemy 18 737 950 tys. PLN (Tabela 16). Przedstawione oszacowania należy traktować ostrożnie, przytaczając je łącznie z prezentowanymi wcześniej uwagami metodologicznymi. Oznacza to m.in., że

¹⁴ W *Diagnozie Społecznej 2007* co prawda nie podaje się ogólnej sumy dotyczącej nieformalnych opłat w opiece zdrowotnej, ale stwierdza się że, „w świetle uzyskanych wyników, należy podobnie jak w latach poprzednich z ogromną ostrożnością interpretować różne medialnie nagłaśnianie informacje o rzekomo dużej skali szarej strefy w naszej służbie zdrowia i o rzekomo jakis ogromnych sumach, które ponoszą liczne grupy społeczne na opłaty nieformalne i prezenty dla pracowników służby zdrowia.”(str.102)

¹⁵ Jest to prawidłowość obserwowana także powszechnie w innych krajach, na co zwraca się uwagę w opracowaniach OECD dotyczących wyników badań gospodarstw domowych we wszystkich krajach. .

¹⁶ Uwaga: Przyjmując tutaj liczbę ludności Polski zakładamy, że osoby pozostające poza gospodarstwami domowymi (np. w gospodarstwach zbiorowych) charakteryzują się takim samym poziomem wydatków na zdrowie jak ludność w gospodarstwach domowych. Jest to oczywiście uproszczenie przyjęte z powodu braku informacji o wydatkach na zdrowie ludności pozostającej poza gospodarstwami domowymi..

pierwszą z tych sum (16 820 910 tys. PLN) należy traktować jako minimalną wysokość wydatków na ochronę zdrowia z dochodów osobistych ludności w 2006 r.

Tabela 15. Wydatki bezpośrednie ludności na ochronę zdrowia oszacowane na podstawie wyników BBGD w okresie 1999 – 2006

Rok	Wydatki na zdrowie przeciętne miesięcznie na osobę (PLN)		Dynamika w cenach stałych*, rok poprzedni = 100	Ludność (stan na 30 VI)	Suma wydatków nominalnych (w tys. PLN)	Suma wydatków nominalnych po uwzględnieniu wydatków na zdrowie w opiece społecznej (w tys. PLN)
	w cenach bieżących	w cenach stałych z 1999 r.				
1999	23,69	23,69	.	38 270**...	10 988 453	11 025 560
2000	26,50	23,96	101,1	38 255 945	12 165 391	12 202 116
2001	27,58	23,41	97,7	38 250 790	12 659 481	12 700 792
2002	28,32	22,97	98,1	38 232 301	12 992 865	13 034 156
2003	33,18	26,35	114,7	38 195 177	15 207 791	15 258 208
2004	35,07	27,31	113,7	38 180 249	16 067 776	16 118 174
2005	34,72	27,21	99,6	38 161 313	15 899 529	15 959 061
2006	36,57	28,30	104,0	38 132 277	16 733 968	16 820 910

*w cenach z 1999 r. (przeliczenia na podstawie wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych w dziale zdrowie (GUS 2007, s. 68, tab. 11))

** Po skorygowaniu wynikami NSP 2002 dostępna jest liczba ludności wyłącznie w tys. osób.

Uwaga: Przeciętne miesięczne wydatki na osobę z lat 1999 – 2002 nie są skorygowane wynikami NSP 2002.

Źródło: oszacowania własne na podstawie danych GUS: BBGD oraz statystyki cen i ludności

Bezpośrednie wydatki ludności wynoszące co najmniej 16,8 mld PLN w 2006 r. (wg badań BBGD), stanowiły ponad 27%, a wraz innymi wydatkami prywatnymi (organizacji *non-profit* oraz przedsiębiorstw) ponad 30% wydatków bieżących na ochronę zdrowia¹⁷. Przyjmując oszacowanie wydatków ludności na ochronę zdrowia w 2006 r. według badań modułowych w wysokości 18,7 mld PLN stwierdzamy, że stanowi ono 30,2%, a wraz z innymi wydatkami prywatnymi ponad 33,9% wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Oznacza to, że Polska należy obecnie do grupy krajów o relatywnie wysokim udziale wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia, wyższym niż średnio łącznie dla krajów OECD¹⁸. Zwracamy uwagę na fakt, że na początku lat 90. udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w Polsce stanowił ok. 9% ogółu wydatków na ochronę zdrowia¹⁹.

Tabela 16. Wydatki bezpośrednie ludności na ochronę zdrowia oszacowane na podstawie wyników badań modułowych (BMGD)

Rok	Przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie (PLN)		Dynamika nominalnie	Dynamika w cenach stałych*	Ludność (stan na 30 VI)	Suma wydatków nominalnych (w tys. PLN)
	w cenach bieżących	w cenach stałych z 1999 r.				
1999	30,89	30,89	100,0	100,0	38 270**	14 317 005
2003	38,80	30,82	125,6	99,8	38 195 177	17 783 674

¹⁷ Patrz rozdz.IV.

¹⁸ Patrz OECD 2007: Health at a Glance, s 95, wykres 5.5.3

¹⁹ OECD 2005: Health Data 2005,.

2006	40,95	31,74	105,5	103,0	38 132 277	18 737 795
------	-------	-------	-------	-------	------------	------------

* w cenach z 1999 r.

** jak w Tabeli 15.

Źródło: oszacowania własne na podstawie danych GUS: BBGD oraz statystyki cen i ludności

W latach 1999 – 2006 dynamika wydatków gospodarstw domowych na zdrowie w ujęciu realnym (w cenach stałych) w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie była zróżnicowana nie tylko pod względem wielkości przyrostów wydatków, ale też kierunków zmian (Tabela 16). W 2005 r. w gospodarstwach domowych wystąpił spadek wydatków w porównaniu z 2004 r. nawet w ujęciu nominalnym (Tabela 15). Okresowe spadki wydatków w niektórych grupach społecznych gospodarstw domowych omawia się bardziej szczegółowo w następnym podrozdziale.

4.2. Zróżnicowanie wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia

Poziom wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na osobę znacznie różni się w poszczególnych grupach gospodarstw, wyróżnionych według podstawowego źródła utrzymania i oczywiście różni się także pomiędzy tymi grupami. Najwyższe są średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia przypadające na osobę w grupie gospodarstw domowych emerytów i rencistów. W 2006 r. wynosiły one 64,88 PLN i były prawie dwukrotnie wyższe niż przeciętnie w całej populacji gospodarstw domowych (Tabela 17). Najniższe wydatki miały gospodarstwa osób utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych, w których wynosiły one średnio na osobę miesięcznie 18,99 PLN.

W gospodarstwach emerytów i rencistów w 2006 r. wydatki na zdrowie stanowiły 8,1% wydatków na towary i usługi konsumpcyjne, wobec 4,9% łącznie we wszystkich typach gospodarstw domowych.

Analizując poziom i zróżnicowanie wydatków ludności na ochronę zdrowia w każdej z sześciu wyróżnionych grup społecznych gospodarstw, uporządkowanych według dochodu rozporządzalnego (Tabele 17, 18, 19, 20) obserwuje się wyraźny związek między poziomem wydatków na ochronę zdrowia a poziomem dochodu rozporządzalnego na osobę w gospodarstwie domowym. W każdej z tych grup wraz ze wzrostem poziomu dochodu rozporządzalnego²⁰ (na osobę w gospodarstwie) rośnie poziom wydatków na zdrowie. Średnie wydatki na zdrowie w piątej grupie kwintylowej dochodów są w 2006 r. wielokrotnie wyższe niż w pierwszej; od ponad czterokrotnie wyższych w gospodarstwach pracujących na własny rachunek do ponad sześciokrotnie wyższych w gospodarstwach emerytów i rencistów. Relatywnie najmniejsze zróżnicowanie wydatków na zdrowie w zależności od dochodu występuje w gospodarstwach rolników. Wśród rolników w piątej grupie kwintylowej dochodów (najwyższej) średnie wydatki na osobę na zdrowie są tylko o 55,5% wyższe niż w pierwszej (Tabela 17).

Przyrosty średnich miesięcznych wydatków na osobę przeznaczonych na zdrowie według grup kwintylowych były w poszczególnych latach istotnie zróżnicowane. Okresowo występowały nawet spadki wydatków, na przykład w latach 2003 i 2004 w

²⁰ Dochód rozporządzalny przeznaczony jest na wydatki i przyrost oszczędności i obejmuje on: dochód z pracy najemnej, z indywidualnego gospodarstwa rolnego (działki), z pracy na własny rachunek poza rolnictwem indywidualnym, z wykonywania wolnego zawodu, z tytułu własności, z wynajmu budynków i budowli nie związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą, świadczenia z ubezpieczenia społecznego, inne świadczenia socjalne i pozostały dochód.

pierwszej grupie kwintylowej dochodów gospodarstw utrzymujących się z niezarobkowych źródeł (Tabele 19, 20), czy w 2005 r. w grupie emerytów i rencistów (Tabela 18).

Tabela 17. Przeciętne miesięczne wydatki gospodarstw domowych (na osobę) na towary i usługi konsumpcyjne, w tym na zdrowie, według źródła utrzymania i grup kwintylowych dochodu rozporządzalnego gospodarstw domowych w 2006 r.

Wyszczególnienie		Ogółem	Grupy kwintylowe wg dochodu rozporządzalnego				
			pierwsza	druga	trzecia	czwarta	piąta
a) wydatki ogółem							
b) wydatki na zdrowie							
c) w tym artykuły farmaceutyczne							
Gospodarstwa domowe ogółem							
	a)	744,81	353,25	484,01	639,15	848,91	1401,64
	b)	36,57	12,02	19,09	30,36	47,44	74,08
	c)	23,35	8,11	12,77	20,85	32,30	42,79
	Udział c w b	0,64	0,67	0,67	0,69	0,68	0,58
Gospodarstwa domowe pracowników							
	a)	732,02	341,09	473,96	610,33	813,91	1425,16
	b)	26,67	9,88	15,12	20,78	31,07	56,66
	c)	14,20	6,14	9,19	12,18	16,93	26,64
	Udział c w b	0,53	0,62	0,61	0,59	0,54	0,47
Gospodarstwa domowe rolników							
	a)	573,76	468,08	412,03	515,56	612,97	873,55
	b)	20,45	18,84	14,41	19,04	21,04	29,29
	c)	13,00	12,12	9,63	13,44	13,55	16,43
	Udział c w b	0,64	0,64	0,67	0,71	0,64	0,56
Gospodarstwa domowe pracujących							
na własny rachunek							
	a)	955,26	437,65	637,69	799,83	1109,68	1842,66
	b)	33,39	15,67	19,39	23,76	41,83	68,32
	c)	15,62	7,88	11,49	11,57	17,92	30,03
	Udział c w b	0,47	0,50	0,59	0,49	0,43	0,44
Gospodarstwa domowe emerytów							
i rencistów							
	a)	800,36	374,94	570,08	753,41	934,15	1373,21
	b)	64,88	18,89	41,21	61,94	83,71	119,05
	c)	48,49	14,73	32,18	48,81	65,12	81,83
	Udział c w b	0,75	0,78	0,78	0,79	0,78	0,69
Gospodarstwa domowe utrzymujących							
się z niezarobkowych źródeł							
	a)	539,62	289,38	317,41	407,57	587,99	1137,93
	b)	18,99	7,40	8,57	16,77	22,88	40,93
	c)	12,66	4,93	6,63	12,58	15,53	24,52
	Udział c w b	0,67	0,67	0,77	0,75	0,68	0,60

Źródło: GUS 2007: Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2006 r.

Tabela 18. Przeciętne miesięczne wydatki gospodarstw domowych (na osobę) na towary i usługi konsumpcyjne, w tym na zdrowie, według źródła utrzymania i grup kwintylowych dochodu rozporządzalnego gospodarstw domowych w 2005 r.

Wyszczególnienie		Ogółem	Grupy kwintylowe wg dochodu rozporządzalnego				
			pierwsza	druga	trzecia	czwarta	piąta
a) wydatki ogółem							
b) wydatki na zdrowie							
c) w tym na leki							
Gospodarstwa domowe ogółem							
	a)	690,30	325,03	438,74	584,76	785,76	1319,53
	b)	34,72	11,20	17,15	27,89	44,63	72,89
	c)	22,64	7,66	11,50	19,27	30,63	44,22
Gospodarstwa domowe pracowników							
	a)	684,41	317,72	439,74	565,61	757,30	1347,33
	b)	24,83	8,77	14,51	19,98	27,62	53,51
	c)	13,59	5,84	8,78	12,02	15,55	25,84
Gospodarstwa domowe rolników							
	a)	533,91	451,37	379,42	447,75	568,59	844,17
	b)	19,52	17,57	13,99	15,56	22,32	28,80
	c)	11,98	10,94	9,88	10,02	14,28	14,98
Gospodarstwa domowe pracujących na własny rachunek							
	a)	869,80	390,42	543,02	720,74	985,49	1756,11
	b)	29,71	10,98	18,63	26,54	35,74	58,20
	c)	14,08	5,79	11,11	12,67	17,42	23,94
Gospodarstwa domowe emerytów i rencistów							
	a)	746,05	344,64	522,06	696,06	878,94	1293,48
	b)	62,49	18,29	36,45	57,52	83,33	117,36
	c)	47,15	13,97	28,13	44,93	65,28	83,77
Gospodarstwa domowe utrzymujących się z niezarobkowych źródeł							
	a)	491,91	257,92	295,24	370,31	539,79	1029,44
	b)	18,24	6,97	8,35	11,52	23,01	42,90
	c)	11,84	4,10	6,36	7,60	16,76	25,21

Źródło: GUS 2006: Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2005 r.

Tabela 19. Przeciętne miesięczne wydatki gospodarstw domowych (na osobę) na towary i usługi konsumpcyjne, w tym na zdrowie, według źródła utrzymania i grup kwintylowych dochodu rozporządzalnego gospodarstw domowych w 2004 r.

Wyszczególnienie		Ogółem	Grupy kwintylowe wg dochodu rozporządzalnego				
			pierwsza	druga	trzecia	czwarta	piąta
a) wydatki ogółem							
b) wydatki na zdrowie							
c) w tym na leki							
Gospodarstwa domowe ogółem							
	a)	694,70	312,28	428,91	579,87	770,40	1317,81
	b)	35,07	10,34	16,54	27,80	43,29	73,22
	c)	22,64	6,70	11,08	18,94	29,80	44,17
Gospodarstwa domowe pracowników							

	a)	717,90	308,69	449,99	588,63	776,22	1419,47
	b)	26,11	8,39	13,98	21,23	28,56	56,40
	c)	13,84	5,46	8,31	12,36	15,73	26,46
Gospodarstwa domowe pracowników							
użytkujących gospodarstwo rolne	a)	515,46	325,48	377,11	465,99	574,65	834,16
	b)	18,15	10,19	11,53	17,43	21,48	30,13
	c)	11,44	5,83	7,88	11,07	13,75	18,66
Gospodarstwa domowe rolników							
	a)	507,33	465,30	322,13	430,36	536,93	781,75
	b)	20,78	17,72	10,46	18,55	22,44	34,75
	c)	12,96	9,90	6,99	11,55	14,45	21,92
Gospodarstwa domowe pracujących							
na własny rachunek	a)	854,74	361,06	523,13	713,91	943,08	1713,61
	b)	29,49	10,62	17,03	25,30	33,32	60,52
	c)	13,66	5,16	9,91	12,19	17,79	23,02
Gospodarstwa domowe emerytów							
i rencistów	a)	761,44	349,20	521,97	677,68	855,87	1288,12
	b)	62,51	18,79	36,99	53,94	77,20	113,77
	c)	46,54	14,43	28,81	41,39	59,25	80,51
Gospodarstwa domowe utrzymujących							
się z niezarobkowych źródeł	a)	498,12	257,76	287,02	382,16	519,44	964,16
	b)	17,40	5,85	8,72	13,18	19,84	36,13
	c)	10,79	3,47	5,57	7,95	14,32	20,84

Źródło: GUS 2005: Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2004 r.

Tabela 20. Przeciętne miesięczne wydatki gospodarstw domowych (na osobę) na towary i usługi konsumpcyjne, w tym na zdrowie, według źródła utrzymania i grup kwintylowych dochodu rozporządzalnego gospodarstw domowych w 2003 r.²¹

Wyszczególnienie		Ogółem	Grupy kwintylowe wg dochodu rozporządzalnego				
			pierwsza	druga	trzecia	czwarta	piąta
a) wydatki ogółem							
b) wydatki na zdrowie							
c) w tym leki							
Gospodarstwa domowe ogółem							
	a)	648,74	297,38	410,09	544,25	717,79	1215,23
	b)	33,18	9,80	16,05	26,52	43,03	66,65
	c)	22,06	6,66	11,00	18,75	29,74	41,77
Gospodarstwa domowe							
pracowników	a)	679,38	304,51	433,56	566,37	733,36	1317,46
	b)	24,07	7,95	13,48	20,20	27,56	49,48
	c)	13,39	5,26	8,04	12,34	15,13	25,36
Gospodarstwa domowe pracowników							
użytkujących gospodarstwo rolne	a)	471,88	284,41	357,94	431,94	525,47	755,27
	b)	18,48	9,15	15,00	16,40	21,68	29,98

²¹ Uwaga: Wartości wydatków przedstawione w tej tablicy różnią się od zamieszczonych w pierwszej Zielonej Księdze (2004 r.) z powodu odpowiednich przeliczeń (uwzględniających korektę liczby ludności) dokonanych po opracowaniu wyników NSP 2002.

	c)	11,29	5,93	9,46	10,87	13,35	16,76
Gospodarstwa domowe rolników							
	a)	449,93	393,02	319,03	369,28	496,18	668,49
	b)	18,91	15,84	11,31	17,85	21,17	28,20
	c)	12,56	10,70	6,80	11,93	15,10	18,12
Gospodarstwa domowe pracujących na własny rachunek							
	a)	809,26	359,08	512,88	692,99	874,52	1573,66
	b)	27,28	9,27	16,49	24,35	29,97	55,11
	c)	13,59	4,80	9,44	12,45	14,04	26,66
Gospodarstwa domowe emerytów i rencistów							
	a)	701,29	330,59	478,22	626,25	789,71	1176,72
	b)	58,89	18,31	34,67	50,53	74,07	105,76
	c)	44,34	14,38	27,33	40,10	56,30	75,75
Gospodarstwa domowe utrzymujących się z niezarobkowych źródeł							
	a)	466,52	304,38	268,55	333,97	459,10	898,74
	b)	15,72	6,30	6,50	11,58	18,66	32,77
	c)	10,46	4,10	5,11	8,37	12,77	20,33

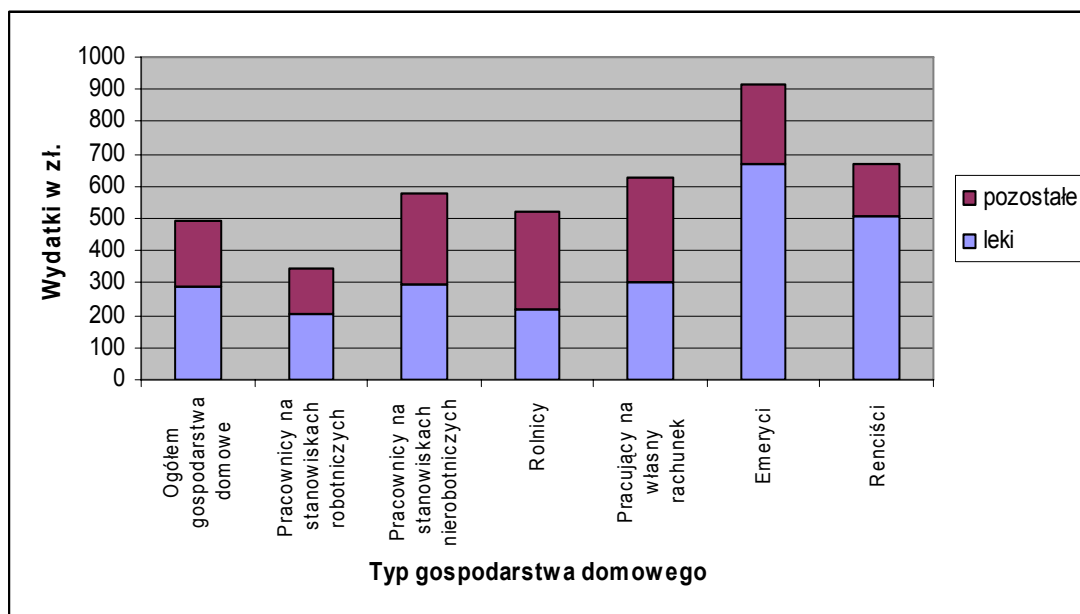
Źródło: GUS 2004: Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2003 r.

W 2006 r. łącznie we wszystkich sześciu analizowanych typach gospodarstw domowych średnio 64% wydatków na zdrowie stanowiły wydatki na artykuły farmaceutyczne wobec 66% w 2003 r. i 52% w 1998 r.. Udział wydatków na leki w wydatkach na zdrowie był najmniejszy w gospodarstwach pracujących na własny rachunek i wynosił 47% (wobec 50% w 2003 r. i 38% w 1998 r.), a największy w gospodarstwach emerytów i rencistów (75%) (wobec 75% w 2003 r. i 60% w 1998 r.). Oczywiście, we wszystkich typach gospodarstw domowych najniższy jest udział wydatków na leki w najwyższej grupie dochodowej gospodarstw (58%), natomiast w pozostałych grupach dochodowych jest on wyższy i nieznacznie zróżnicowany: dla wszystkich grup gospodarstw łącznie od 67% do 69% (Tabela 17). Podkreślić tutaj jednak należy, że wydatki na leki w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów w najwyższej grupie dochodowej stanowiły w 2006 r. 69% ogółu wydatków na zdrowie, w niższych grupach dochodowych gospodarstw emerytów i rencistów od 78% do 79%.

W 2006 r. emeryci i renciści wydawali na leki średnio ponad cztery razy więcej niż na usługi medyczne i medycyny niekonwencjonalnej, podczas gdy jeszcze w 1998 r. wydawali tylko dwa razy więcej. Obok wydatków na leki, także wydatki na usługi medyczne (poza szpitalnymi) są najwyższe w gospodarstwach emerytów, o 24% wyższe niż ogółem we wszystkich typach gospodarstw domowych.

Wysoki udział wydatków na leki w wydatkach gospodarstw domowych na zdrowie potwierdzają wyniki badań modułowych. Choć dla wszystkich typów gospodarstw domowych łącznie w 2006 r. odsetek wydatków na leki był tutaj nieco niższy (58%) niż w badaniach BBGD (Wykres 9), to w grupie gospodarstw rencistów (76%) i emerytów (73%) uzyskano bardzo zbliżone wyniki do tych z badań budżetów gospodarstw domowych.

Wykres 9. Średnie roczne wydatki na osobę w gospodarstwie domowym na ochronę zdrowia (w tym na leki) w poszczególnych grupach społecznych gospodarstw w 2006 r.



Źródło: GUS 2007

4.3 Uwagi i wnioski

W latach 1999 – 2006 dynamika wydatków gospodarstw domowych na zdrowie (w cenach stałych) w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie była istotnie zróżnicowana nie tylko pod względem wielkości przyrostów wydatków, ale też kierunków zmian. Okresowo w niektórych grupach gospodarstw domowych, zwłaszcza w gospodarstwach o niższych dochodach, wydatki na zdrowie w przeliczeniu na osobę nawet zmniejszyły się, co wymaga szczegółowej analizy przyczyn tego zjawiska. Uzasadnia to potrzebę prowadzenia ciągłego monitorowania wydatków na zdrowie w zależności od sytuacji materialnej gospodarstw domowych i stanu zdrowia członków gospodarstw. Ten sygnał może bowiem świadczyć o występowaniu zaniedbań zdrowia (zaniechania konsultacji czy innych badań medycznych) w trudnej sytuacji materialnej gospodarstwa.

Bardzo znaczny wpływ na dynamikę wydatków gospodarstw na zdrowie miały wydatki na artykuły farmaceutyczne, których udział w wydatkach gospodarstw domowych na zdrowie w 2006 r. wynosił średnio 64%. Tylko w gospodarstwach pracujących na własny rachunek ich udział jest nieco niższy niż 50%, a w gospodarstwach emerytów i rencistów osiągnął już 75%. Wiąże się to z relatywnie niskim w Polsce udziałem wydatków publicznych (38%) w wydatkach na farmaceutyki ogółem, dwukrotnie niższym niż w Czechach (76%), czy w Słowacji (74%), Luksemburgu (84%)²². Wśród krajów OECD tylko w Meksyku i Stanach Zjednoczonych udział wydatków publicznych w wydatkach na farmaceutyki jest niższy niż w Polsce.

Poziom wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia jest silnie

²² Patrz: OECD 2007, ss .95, wykres 5.5.2

zróznicowany zarówno w zależności od typu gospodarstwa według głównego źródła utrzymania, jak i dochodów. Najwięcej w przeliczeniu na osobę na zdrowie wydają gospodarstwa emerytów (co najmniej 64,88 PLN miesięcznie na osobę w 2006 r.), najmniej – gospodarstwa utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych (co najmniej 18,99 PLN miesięcznie na osobę w 2006 r.). Podstawową grupę stanowią wydatki na leki, wynoszące od 47% w gospodarstwach pracujących na własny rachunek do 75% w gospodarstwach emerytów i rencistów.

Wydatki na zdrowie są także bardzo silnie zróżnicowane wewnątrz poszczególnych grup społecznych gospodarstw domowych w zależności od poziomu rozporządzalnego dochodu gospodarstwa domowego. Istotne różnice w wydatkach gospodarstw występują pomiędzy piątym kwintylem (najwyższym) dochodów, a czwartym, przy relatywnie znacznie mniejszym zróżnicowaniu wydatków pomiędzy kolejnymi niższymi kwintylami. Relatywnie najmniejsze zróżnicowanie wydatków na zdrowie w zależności od dochodu występuje w grupie gospodarstw domowych rolników, a największe w grupie emerytów i rencistów (ponad sześciokrotnie wyższe wydatki na osobę w grupie gospodarstw o najwyższych dochodach niż w gospodarstwach o dochodach najniższych).

Dalsze występowanie wysokiego tempa wzrostu wydatków na zdrowie z dochodów indywidualnych (z budżetów gospodarstw domowych) jest obecnie mało prawdopodobne, zwłaszcza w czterech pierwszych grupach kwintylowych dochodów ludności. Do takiego wniosku upoważniają zaobserwowane w ostatnich latach zmiany i okresowe spadki średnich miesięcznych wydatków ludności na zdrowie, na przykład w 2005 r. w gospodarstwach domowych pracowników, rolników, emerytów i rencistów, czy wcześniej - w gospodarstwach najniższych grup dochodowych pracowników oraz rolników. W 2006 r. relatywnie często gospodarstwa domowe wskazywały też brak pieniędzy jako przyczynę nie korzystania z usług opieki zdrowotnej, czy wykupienia leków pomimo istnienia takiej potrzeby²³. Tylko ok. 1/3 ogółu gospodarstw domowych nie miała finansowych ograniczeń w zakupie leków. W 45% ogółu gospodarstw domowych, a w grupie emerytów i rencistów w 53%, zakup leków był dużym obciążeniem.

Obserwowane obciążenia wydatkami na leki, w szczególności w biedniejszych i starszych gospodarstwach domowych, stanowią poważny argument w ustalaniu zakresu współpłacenia za leki i ewentualnie współpłacenia także za usługi opieki zdrowotnej.

5. Finansowanie ochrony zdrowia przez pracodawców.

Wprowadzenie - zakres przedmiotowy finansowania ochrony zdrowia pracujących przez pracodawców (finansowanie obowiązkowe i dobrowolne)

Zgodnie z Ustawą o służbie medycyny pracy z dnia 27 czerwca 1997 r.²⁴ wraz ze zmianami, jednostkami organizacyjnymi realizującymi zadania z zakresu służby medycyny pracy, finansowane częściowo przez pracodawców są jednostki podstawowe służby medycyny pracy oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

²³ 23% kobiet i 17% mężczyzn nie korzystało z porad lekarskich z powodu braku pieniędzy pomimo występowania takiej potrzeby (12,7%). W przypadku usług stomatologicznych główną przyczyną nie korzystania z usług mimo istnienia takiej potrzeby (11,9%) był brak pieniędzy (34,9%). Patrz: GUS 2007 Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 r., s. 147, 151 (tablice 43 i 45).

²⁴ Dz.U. 1997 Nr 96 poz.593 wraz ze zmianami; tekst ujednolicony z 31.08.2007 (www.sejm.gov.pl)

Do pierwszej grupy jednostek zalicza się:

- ❖ Zakłady opieki zdrowotnej tworzone i utrzymywane w celu sprawowania opieki profilaktycznej nad pracującymi
- ❖ Jednostki organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej wydzielone w celu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi
- ❖ Lekarzy wykonujących indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub wykonujących zawód w formie grupowej praktyki lekarskiej.

Zadania służby medycyny pracy realizują także jednostki badawczo – rozwojowe i jednostki organizacyjne uczelni medycznych, prowadzące działalność w dziedzinie medycyny pracy.

Pracodawca – to jednostka organizacyjna posiadająca lub nieposiadająca osobowości prawnej (także osoba fizyczna), jeżeli zatrudnia pracowników, lub będący odpowiednikiem pracodawcy podmiot stosunku służbowego

Zadania służby medycyny pracy realizowane są w odniesieniu do:

- ❖ Pracowników
- ❖ Osób w stosunku służbowym
- ❖ Osób wykonujących pracę nakładczą (umowa)
- ❖ Kandydatów do szkół ponadpodstawowych, ponadgimnazjalnych, wyższych, uczniów tych szkół, studentów w trakcie praktycznej nauki zawodu
- ❖ Uczestników studiów doktoranckich
- ❖ Osób wykonujących pracę w czasie kary pozbawienia wolności w zakładach karnych, aresztach śledczych, wykonujących pracę w ramach kary ograniczenia wolności.

Obowiązek obejmowania opieką profilaktyczną stosownych grup obejmuje pracodawców, szkoły, szkoły wyższe, jednostki prowadzące studia doktoranckie, podmioty zatrudniające w odniesieniu do ostatniej z wymienionych grup osób.

Pracodawcy w myśl cytowanej ustawy ponoszą następujące koszty:

- ❖ koszty badań wstępnych, okresowych, kontrolnych oraz opieki profilaktycznej niezbędnej ze względu na warunki pracy, na zasadach określonych w Kodeksie Pracy (art. 229). Dotyczą one osób przyjmowanych do pracy, pracowników młodocianych przenoszonych na inne stanowiska pracy, pracowników przechodzących na stanowiska, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe. Ponadto przeprowadza się badania okresowe oraz kontrolne po ponad 30-dniowym okresie absencji chorobowej. Osoby pracujące w trudnych warunkach (np. narażone na działanie substancji i czynników rakotwórczych) powinny przejść badanie także po zaprzestaniu tej pracy, a nawet po rozwiązaniu umowy (jeżeli zgłoszą wniosek w tej sprawie). To wszystko odbywa się na koszt pracodawcy (art. 229 § 6 Kodeksu Pracy).

Pracodawcę obciążają również koszty profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, niezbędnej ze względu na warunki pracy. Szczegóły znajdują się w rozporządzeniu Ministra zdrowia i opieki społecznej z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki

zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz.U. nr 69, poz. 332 z późn. zm.). Z rozporządzenia wynika, że lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne może poszerzyć ich zakres o dodatkowe specjalistyczne badania konsultacyjne oraz badania dodatkowe.

- ❖ koszty wybranych przez siebie świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktyki należącej do zadań służby medycyny pracy (art.6 ust.1)
- ❖ koszty organizowania i udzielania pierwszej pomocy medycznej w nagłych wypadkach w miejscu pracy, monitorowania stanu zdrowia pracowników zaliczanych do grup szczególnego ryzyka (np. kobiet ciężarnych), koszty szczepień.
- ❖ działania inwestycyjne związane z bezpieczeństwem i higieną pracy; obowiązki pracodawców w tym zakresie wynikają z Kodeksu pracy działu X oraz przepisów wykonawczych. Sprawującymi nadzór nad tymi działaniami pracodawców są wojewodowie i ministrowie. W 2006 r.²⁵ (najnowsze dane) w zakładach sektora publicznego działania inwestycyjne ukierunkowane na BHP i eliminowanie zagrożeń zawodowych i uciążliwości podejmowane były sporadycznie. Inwestycje o charakterze modernizacyjnym i rozwojowym ograniczane były do niezbędnego minimum (konieczność zapewnienia rentowności i płynności finansowej stawiana była na pierwszym miejscu). Skupiano się na doraźnych remontach, modernizacjach i zmianach organizacyjnych poprawiających warunki pracy. Powodowało to jedynie ograniczenia zagrożeń a nie ich eliminowanie. Działania te obejmowały głównie usprawnianie wentylacji, systemy alarmowe, instalowanie osłon stref zagrożenia, przedsięwzięcia antywypadkowe (oświetlenie, osłony). Zakłady pracy realizowały obowiązek oceniania i dokumentowania ryzyka zawodowego oraz informowania pracowników. Przeprowadzane były także szczepienia ochronne przeciw grypie. Pracownicy zatrudnieni w warunkach szczególnie uciążliwych mieli zapewnione na koszt zakładu pracy posiłki i napoje. Zgodnie z przepisami prowadzone były szkolenia w dziedzinie BHP. Zakłady pracy nieodpłatnie dostarczały także środki ochrony indywidualnej pracownikom, na poziomie minimalnym w związku z ich sytuacją finansową. Także obsada służb BHP była na minimalnym poziomie. Z kolei w sektorze prywatnym przestrzeganie przepisów związanych ze zdrowiem i bezpieczeństwem pracujących było na mniej zadowalającym poziomie, a argumenty przemawiające za takim stanem to niechęć inwestowania w tę sferę z uwagi na zbyt małe korzyści materialne z tego tytułu (pracodawcy wolą płacić kary niż inwestować!).
- ❖ koszty świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach tzw. korporacyjnych abonamentów profilaktyczno - leczniczych. Pracodawcy zakupują dla swoich pracowników obligatoryjne świadczenia profilaktyczne oraz inne świadczenia o charakterze diagnostyczno – leczniczym wykraczające ponad obowiązki pracodawców wobec pracujących. Przedmiotem abonamentu medycznego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych uprawnionym pacjentom, ale od umowy między świadczeniodawcą i świadczeniobiorcą zależy zakres świadczeń, z którym powiązana jest opłata za abonament. Świadczeniodawcy oferują zwykle kilka rodzajów abonamentów, różniących się zakresem świadczeń i opłatą. Opłata za abonament jest kwotą, którą

²⁵ Ocena stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w 2006 r. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Warszawa, czerwiec 2007 r.

zobowiązany jest płacić pracodawca podmiotowi świadczeniodawcy na ustalonych warunkach. Od 1 stycznia 2007 r. pracodawca może zaliczyć do kosztów uzyskania przychodów wszystkie wydatki poniesione na ochronę zdrowia pracowników. Dotyczy to także wydatków związanych z zakupem abonamentów medycznych nie tylko w części dotyczącej obligatoryjnych badań profilaktycznych pracowników wynikających z Kodeksu pracy.

❖ koszty pracowniczych grupowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Uzupełniając powyższe stwierdzenia należy dodać informacje dotyczące finansowania opieki zdrowotnej w ramach medycyny pracy adresowane do innych grup niż pracownicy najemni.

- Jednostki służby medycyny pracy obejmują opieką osoby prowadzące działalność gospodarczą i osoby współpracujące, rolników indywidualnych, byłych pracowników oraz osoby wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy na ich wniosek. Grupy te finansują profilaktyczną opiekę zdrowotną ze **środków własnych**.

- **Samorząd województwa** finansuje następujące zadania służby medycyny pracy:

- zadania wymienione w ustawie w art. 6 ust. 1 pkt 2 d,e, pkt 3,4; art. 20a tekstu ujednoliconego ustawy pkt 1 lit.b)
- zadania wymienione w art. 6 ust. 3 (kandydaci do szkół, uczniowie, studenci – ocena możliwości wykonywania pracy lub nauki w danych warunkach środowiska pracy oraz zadań wymienionych w ust.1 pkt 3-8)
- działalność WOMP w zakresie art. 17 pkt 1-8, 11,12 ustawy o służbie medycyny pracy
- profilaktykę wynikającą z programów profilaktycznych i promocji zdrowia ustalonych przez samorząd województwa
- okresowe badania lekarskie wynikające z Kodeksu pracy gdy podmiot zatrudniający uległ likwidacji

- Z **budżetu państwa** w części właściwej dla ministra zdrowia mogą być finansowane programy zapobiegawcze zagrożeń zdrowia wynikających z niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobu wykonywania pracy.

5.1. Finansowanie zadań z zakresu medycyny pracy wynikających z ustawy o służbie medycyny pracy.

Punktem wyjścia oszacowania wydatków pracodawców na badania profilaktyczne była analiza działalności orzeczniczej lekarzy medycyny pracy na podstawie danych statystycznych.²⁶

Tabela 21. Działalność orzecznicza lekarzy medycyny pracy (liczba wydanych orzeczeń)

Kod	Województwo	2004	2005	2006
02	dolnośląskie	252 737	332 017	367 575
04	kujawsko-pomorskie	210 979	218 733	238 109
06	lubelskie	160 778	153 054	160 302
08	lubuskie	97 611	98 313	119 462
10	łódzkie	242 547	232 982	241 937

²⁶ Opracowanie danych statystycznych dotyczących zasobów i działalności służby medycyny pracy w Polsce na podstawie rocznych sprawozdań MZ-35 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy i rocznych sprawozdań MZ-35A lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne pracujących za lata 2004, 2005, 2006. Autorzy: J. Kopias, M. Wojda. Instytut Medycyny Pracy, Łódź.

12	małopolskie	347 389	327 343	339 814
14	mazowieckie	368 227	345 991	357 114
16	opolskie	87 411	81 245	95 163
18	podkarpackie	189 783	186 193	214 032
20	podlaskie	111 553	113 995	125 308
22	pomorskie	316 526	320 160	366 164
24	śląskie	569 937	597 451	649 152
26	świętokrzyskie	104 016	105 342	127 350
28	warmińsko- mazurskie	136 515	131 119	141 519
30	wielkopolskie	300 851	303 765	380 026
32	zachodniopomorskie	149 820	148 235	154 267
	Polska	3 646 680	3 695 938	4 077 294

Źródło: MZ-35 Roczne sprawozdania z działalności wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy za 2006 r.

Ze względu na konieczność wyeliminowania podwójnego liczenia kosztów badań profilaktycznych liczba orzeczeń wydanych przez lekarzy podzielona została na orzeczenia wydane przez lekarzy w SPZOZ (z wyłączeniem WOMP), w WOMPach oraz podmiotach sektora niepublicznego (NZOZ-y, gabinety prywatne).

Koszt działalności profilaktycznej prowadzonej przez WOMP-y a opłacanej przez pracodawców, w tym koszt badań profilaktycznych został oszacowany na podstawie danych o strukturze przychodów WOMP (od 2006 r. dane wypełniane są w zmienionych sprawozdaniach MZ35) oraz sprawozdań MZ-03, które gromadzone są w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Udział przychodów pochodzących od zakładów pracy w przychodach ogółem WOMP stanowił od 2% do ponad 65%, przy czym jedna z jednostek nie uzyskała środków finansowych od zakładów pracy. Spośród jednostek zawierających umowy z zakładami pracy, 10 z nich uzyskiwało przychody z zakładów pracy na poziomie od 2% do 10% przychodów ogółem. W 3 jednostkach przychody stanowiły od 15% do blisko 19%, w 2 jednostkach stanowiły one powyżej 20%, w 4 jednostkach – od 43% do 65% przychodów ogółem.

Spośród 20 WOMP składających sprawozdania MZ35, 4 z nich nie podlegają obowiązkowi sprawozdawczemu w zakresie MZ03 z uwagi na to, że nie są samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Dla pozostałych jednostek łączne przychody od zakładów pracy oszacowane zostały na poziomie 13,587 mln PLN. Biorąc pod uwagę, że jedna z jednostek nie złożyła sprawozdania o przychodach, podaną kwotę można doszacować i przyjąć przychody WOMP od zakładów pracy na poziomie 14 mln PLN²⁷.

Drugim elementem szacunku są badania profilaktyczne wykonywane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej będące jednostkami podstawowymi służby medycyny pracy.

²⁷ Dane opracowano w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (przez Panią D. Czechowską)

Tabela 22. Działalność orzecznicza lekarzy medycyny pracy wg typów jednostek

Grupy podmiotów	Liczba badań profilaktycznych 2004 r.*	Liczba badań profilaktycznych 2005 r.*	Liczba badań profilaktycznych 2006 r.	%
WOMP	207 860	210 668	231 744	5,7
Publiczne zakłady opieki zdrowotnej	590 762	598 742	660 831	16,2
Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej	1 907 213	1 932 976	2 132 054	52,3
Praktyki indywidualne	940 845	953 552	1 052 665	25,8
Razem	3 646 680	3 695 938	4 077 294	

* dane oszacowane

Źródło: MZ-35 Roczne sprawozdania z działalności wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy za 2006 r.

Tabela 23. Koszty działalności orzeczniczej lekarzy medycyny pracy poniesione przez pracodawców (w mln PLN)

Grupy podmiotów	Koszty pracodawców w 2004 r.*	Koszty pracodawców w 2005 r.*	Koszty pracodawców w 2006 r.
WOMP	Koszty zostały uwzględnione w przychodach ze sprzedaży netto od pracodawców		
Publiczne zakłady opieki zdrowotnej	35, 445	35, 924	39, 649
Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej	33, 376	33, 880	37, 310
Praktyki indywidualne	65, 859	66, 748	73, 686
Razem	134, 681	136, 553	150, 646

Źródło: Obliczenia własne na podstawie badań własnych i wywiadów w wybranych jednostkach podstawowych

W celu uniknięcia podwójnego liczenia części środków finansowych pracodawców, koszt badań profilaktycznych wykonywanych przez jednostki opieki zdrowotnej sektora niepublicznego został częściowo ujęty w wartości finansowej abonamentów profilaktyczno – leczniczych, częściowo zaś został ujęty w tabeli (koszt został oszacowany dla 25% badań profilaktycznych). Dotyczy on badań profilaktycznych wykonanych poza umowami abonamentowymi z pracodawcami.

Jak wynika z bardzo wstępnych szacunków CSIOZ wykonanych w oparciu o sprawozdania MZ03, kwota środków finansowych przeznaczonych przez pracodawców na ochronę zdrowia sprawowaną przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej w 2007r. kształtuje się na poziomie 300 mln PLN²⁸.

5. 2. Finansowanie abonamentów profilaktyczno-leczniczych przez pracodawców

Według wykonanych oszacowań²⁹ na podstawie dostępnych danych dla 2006 r. można wnioskować, że około 10 największych firm medycznych posiada blisko 50% udział w rynku pod względem wielkości przychodów ze świadczeń zdrowotnych. Pozostałe 50% udziału w rynku należy do ponad 100 pozostałych firm medycznych oferujących abonamenty korporacyjne i indywidualne.

²⁸ podana kwota wymaga weryfikacji po zakończeniu obliczeń przez CSIOZ.

²⁹ szacunki Deloitte Business Consulting S.A.

Według danych szacunkowych pochodzących z Deloitte Business Consulting S.A. wartość abonamentów korporacyjnych wzrosła z 500 mln PLN w 2004 r. do ponad 1 mld PLN w 2007 r. Opierając się na zgromadzonych danych z kilkunastu firm medycznych, jednostkowa wartość abonamentu profilaktyczno – leczniczego kształtuje się od ok. 30 PLN do ponad 1000 PLN miesięcznie³⁰. Minimalna szacowana na podstawie danych udostępnionych przez firmy medyczne liczba osób korzystających z abonamentów korporacyjnych wynosi 810 000 (dane pochodzą z około 10 firm medycznych)^{31 32}.

Przyjmując za podstawę liczbę klientów korporacyjnych oraz średnią wartość abonamentu korporacyjnego, zróżnicowaną dla poszczególnych firm medycznych oszacowano poziom finansowania abonamentów profilaktyczno-leczniczych dla firm, które wypełniają około 50% rynku. Z oszacowania wynika, że wartość abonamentów profilaktyczno – leczniczych wynosi około 630 mln PLN.

Biorąc pod uwagę fakt, że na rynku działa ponad 100 firm medycznych abonamentowych wypełniających drugą połowę rynku można postawić tezę, że wartość zakupionych przez pracodawców abonamentów mogła sięgnąć minimum 1 mld PLN w 2007 r.. Przychody firm medycznych z tytułu sprzedaży abonamentów profilaktyczno-leczniczych rosną średniorocznie o 20- 30%. Stąd wynika oszacowanie dla lat poprzednich: 2004 r. – 510 mln PLN, 2005 r. – 640 mln PLN, 2006 r. – 800 mln PLN, 2007 r.- 1 mld PLN.

5.3 Ubezpieczenia pracownicze

Część firm medycznych deklaruje, że przychody pochodzące od ubezpieczycieli stanowią ok. 1% przychodów tych firm. Szacując wartość przychodów z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych odniesiono podany odsetek do wartości przychodów uzyskiwanych z tytułu sprzedaży abonamentów profilaktyczno - leczniczych. Należy jednak przyjąć, że wielkość ta jest wielkością niedoszacowaną.

5.4 Wnioski

Oszacowane kwoty środków finansowych, które pracodawcy przeznaczyci na zakup świadczeń zdrowotnych oraz inne działania związane z ochroną zdrowia pracujących przedstawiono w poniższym zestawieniu.

Tabela 24. Finansowanie ochrony zdrowia przez pracodawców (w mln PLN)

Wydatki pracodawców	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Świadczenia zdrowotne sektora publicznego (WOMP + SPZOZ-y)	248		47	49	53	300*
Świadczenia zdrowotne sektora niepublicznego			33	33	37	bd
Abonamenty korporacyjne			510	640	800	1 000
Ubezpieczenia pracownicze			b.d.	b.d.	8	10
Inwestycje			b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Razem	545	612**	590	722	898	1 310

*) kwota przed ostateczną weryfikacją po zakończeniu obliczeń w CSIOZ; od 2007 r. gromadzone dane pozwalają na wyodrębnienie w SPZOZ wszystkich przychodów pochodzących od pracodawców

³⁰ Jarmusz E., Kujoth R.: Złota karta zdrowia. Menedżer Zdrowia nr 8, 2006

³¹ www.medicover.com/pl/pl/ONas

³² www.enel.pl/dlaprasy/enelwliczbach.asp

***) kwota wydatków pracodawców obliczona została w oparciu o inną niż wymieniona w tabeli klasyfikację świadczeń zdrowotnych
Źródło: Obliczenia własne

Biorąc pod uwagę liczbę pracujących w gospodarce narodowej oraz oszacowane kwoty środków finansowych przeznaczanych przez pracodawców na ochronę zdrowia w poszczególnych latach począwszy od 2002 r. można stwierdzić, że kwoty te w przeliczeniu na 1 pracującego nominalnie stale rosną. W 2004 r. wystąpił niewielki spadek, ale wydaje się, że był on spowodowany raczej niedoszacowaniem danych o wydatkach pracodawców z uwagi na braki informacyjne, głównie dotyczące kwot przeznaczanych na abonamenty profilaktyczno - lecznicze. Wyraźny wzrost kwoty wydatków w przeliczeniu na 1 pracującego w 2007 r. można przypisać skutkom urealniania danych statystycznych o samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, albowiem od 2007 r. sprawozdawczość statystyczna umożliwia gromadzenie danych o przychodach według ich źródeł pochodzenia, w tym o przychodach od pracodawców. Do 2006 r. włącznie wielkości były szacowane.

Tabela 25. Wydatki pracodawców na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 pracującego w gospodarce narodowej (w PLN) w latach 2002-2007

Wskaźniki	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Wydatki pracodawców na 1 pracującego	42,6	48,4	46,5	56,1	68,0	99,1
Dynamika całkowitych wydatków pracodawców*	100	112,3	96,5	122,3	124,4	145,7

*) rok poprzedni = 100

Źródło: Oszacowania własne

Jeśli dla 2007 r. sporządzi się szacunek uwzględniający liczbę pracujących bez podmiotów zatrudniających poniżej 9 osób, rolników indywidualnych, fundacji, stowarzyszeń, partii, związków zawodowych itp. to kwota wydatków pracodawców urasta do około 160 PLN. Biorąc pod uwagę, że korzystanie z prywatnej ochrony zdrowia deklaruje około 10% ludności, kwoty jednostkowe mogą być jeszcze wyższe. Miesięcznie średnio kształtują się na poziomie 135 PLN, co nie jest wielkością odbiegającą od cen abonamentów profilaktyczno - leczniczych.

Tabela 26. Realne wydatki pracodawców na ochronę zdrowia w latach 2002-2006 (w PLN)*

	2002	2003	2004	2005	2006	2007**
Wydatki pracodawców na ochronę zdrowia	491,0	536,8	509,3	607,4	744,8	-
Dynamika całkowitych wydatków pracodawców (% w stosunku do roku poprzedniego)	100	109,3	94,9	119,2	122,6	-

*) w cenach stałych z 2000 r.

***) dane o wskaźnikach cen towarów i usług konsumpcyjnych obejmują okres do 2006 r.

Źródło: GUS 2007

Przedstawione w Tabeli 26 kwoty ogólne związane z finansowaniem ochrony zdrowia przez pracodawców w poszczególnych latach należy traktować jako wielkości stanowiące

dolną granicę partycypacji pracodawców. W dalszym ciągu istnieją ograniczenia w szacowaniu kwot związanych z inwestycjami finansowanymi przez pracodawców, kosztami ponoszonymi w związku z zatrudnianiem lekarzy zakładowych, kosztami fakultatywnej działalności profilaktycznej, np. zakupem szczepionek czy innymi programami obejmującymi pracowników oraz partycypacją pracodawców w opłacaniu zdrowotnych ubezpieczeń pracowniczych. Do brakujących zagregowanych danych należy także włączyć kwoty związane z kosztami pracodawców ponoszonymi w związku z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych, nierefundowanymi w ramach pomocy publicznej, ulg i zwolnień.

6. Środki zagraniczne w ochronie zdrowia

W wielu krajach rozwijających się ochrona zdrowia jest w istotnej mierze finansowana ze środków pomocy zagranicznej. Polska jako kraj będący już na średnim poziomie rozwoju, z takiej pomocy w sposób bezpośredni nie korzysta. To raczej od Polski oczekuje się pomocy skierowanej do biedniejszych regionów świata. Polska natomiast, podobnie jak i inne nowe kraje członkowskie Unii Europejskiej, korzysta ze wsparcia finansowego pochodzącego z funduszy strukturalnych wspólnoty.

Opieka zdrowotna w okresie przedakcesyjnym nie stanowiła istotnego przedmiotu finansowania unijnego w Polsce. Jedynym programem realizowanym ze środków Unii Europejskiej przed 2004 r. (2000 – 2003) był program Phare³³. Wszystkie projekty realizowane w ramach programu Phare zostały zakończone. Całkowita wartość tego programu w opiece zdrowotnej wynosiła 39 mln Euro (uwzględniając współfinansowanie projektów przez stronę polską), przy czym przeciętnie we wszystkich projektach zabsorbowano przeciętnie ok. 83% środków z UE. W okresie przedakcesyjnym sektor zdrowotny finansowany był w szerszym zakresie przez Bank Światowy w ramach tzw. pomocy technicznej związanej z reformą systemu ochrony zdrowia.

Sytuacja niewiele zmieniła się od momentu akcesji. Środki dla sektora zdrowotnego pochodzące z funduszy UE nadal w małym stopniu dotyczą bezpośrednio opieki zdrowotnej. Większość tych środków jest przeznaczana na programy inwestycyjne i projekty szkoleniowe. Do sektora zdrowotnego trafiają efekty tych projektów w postaci odpowiedniej jakości ‘czynników produkcji’: przeszkolonych pracowników, czy zwiększonego dostępu do nowoczesnego sprzętu medycznego.

Zidentyfikowanie wszystkich środków pochodzących z funduszy unijnych na podstawie wnioskowanych projektów i programów ochrony zdrowia nie jest zadaniem prostym. Trudność w identyfikacji wielkości tych środków sprawia, że są one zarządzane przez różne agendy rządowe, między którymi nie ma wystarczającej komunikacji i brakuje zbiorczej sprawozdawczości: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, a w przypadku programów realizowanych przed 2004 r. Przedstawicielstwo Komisji Europejskiej.

Poniżej zestawiono programy przyjęte do finansowania ze środków UE, które były adresowane bezpośrednio do instytucji sektora zdrowotnego. W zestawieniu nie zostały natomiast uwzględnione środki, które mogły trafić do instytucji opieki zdrowotnej w ramach programów pomocowych realizowanych w całej gospodarce. Niemożliwe okazało się również oszacowanie całkowitej wartości projektów realizowanych w sektorze zdrowotnym,

³³ Działania realizowane w ramach tego programu były niezwykle szerokie: od programów zwalczania narkomanii, przez nadzór produktów leczniczych, do kontroli jakości żywności. Równie szeroka jest lista instytucji wdrażających poszczególne projekty realizowane w ramach programu: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Główny Inspektorat Sanitarny, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Narodowy Fundusz Zdrowia (w 2003 r.), inne.

gdyż część projektów rozliczana była / jest w Euro, a część w złotych, a zasady przeliczania walut i wysokość kursu są różne, zależnie od projektu i czasu jego realizacji. Stąd wartość projektów podawana jest oddzielnie dla projektów rozliczanych w Euro i projektów rozliczanych w polskich złotych.

W latach 2004 – 2006, tuż po akcesji, realizowane były następujące programy skierowane do sektora zdrowotnego:

- Transition Facility (TF),
- Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego (ZPORR),
- Sektorowy Program Operacyjny Wzrost Konkurencyjności Przedsiębiorstw (SPO WKP),
- Sektorowy Program Operacyjny Rozwój Zasobów Ludzkich (SPO RZL).

Ogółem, wartość tych projektów obejmuje 231 mln Euro i 8 mln PLN, przy czym największym z realizowanych programów jest ZPORR (203 mln Euro).

Tabela 27. Wartość programów Phare, TF i ZPORR w ochronie zdrowia w Polsce, w mln Euro

Nazwa programu	Rok	Instytucje	Tytułem	Całkowita wartość projektu, w tym:		Wykorzystane środki, w tym:		Udział wykorzystanych środków w środkach ogółem (%)*
				Wartość dotacji UE	Współfinansowanie	Wykorzystane środki UE	Wykorzystane środki własne	
Phare	2000-2003	Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Inspektorat Sanitarny, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych i Wyrobów Medycznych, Główny Inspektorat Sanitarny, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego. Kasy Chorych/NFZ, MZ, inne	zwalczanie narkomanii, nadzór rynku produktów leczniczych, bezpieczeństwo i kontrola żywności, ocena wpływu środowiska na zdrowie, inne	30,2	8,9	24,2	8,1	82,66
Transition Facility	2004-2006	Państwowa Inspekcja Sanitarna, Główny Inspektorat Farmaceutyczny, NFZ, Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, MSWiA, MZ,	nadzór nad bezpieczeństwem żywności, rozwój instytucjonalny laboratorium transplantologii, epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi, szkolenia z zakresu monitorowania jakości wody,	22,8	4,9	12,5	2,2	52,70**

		Institut Medycyny Pracy w Łodzi, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Institut Hematologii i Transfuzjologii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, inne	przeciwdziałanie narkomanii, inne					
ZPORR	2004-2006	ZOZ, NZOZ JST, stowarzyszenia i organizacje JST, organizacje pozarządowe, regionalne centra krwiodawstwa	zakup środków transportu sanitarnego, i sprzętu diagnostycznego	152,7	50,9	b.d.	b.d.	88-93
RAZEM				205,7	64,7	36,7	10,3	

*do grudnia 2007 r.

** program jest w trakcie realizacji

Źródło: sprawozdania MZ

Wszystkie programy są realizowane na zasadzie współfinansowania, przy czym wielkość współfinansowania jest proporcjonalna do wartości programu. W ramach tzw. programów operacyjnych na szczególną uwagę zasługuje program ZPORR, w którym środki były kierowane na inwestycje infrastrukturalne na poziomie regionów oraz na poziomie lokalnym (w tym przede wszystkim na zakup środków transportu sanitarnego i sprzętu diagnostycznego), a beneficjentami programu były jednostki samorządu terytorialnego, zakłady opieki zdrowotnej oraz organizacje pozarządowe.

Tabela 28. Wartość programu ZPORR w ochronie zdrowia, w mln Euro

Działania	Rok	Instytucje	Tytułem	Wartość dotacji UE	Współfinansowanie	Całkowita wartość projektu	Udział wykorzystanych środków w środkach ogółem (%)*
Działanie 1.3.2 Regionalna Infrastruktura Ochrony Zdrowia	2004-2006	ZOZ, JST, organizacje pozarządowe, regionalne centra krwiodawstwa	Zakup środków transportu sanitarnego, i sprzętu diagnostycznego	97,4	32,5	129,8	88,1

Działanie 3.5.2 Lokalna Infrastruktura Ochrony Zdrowia	2004- 2006	ZOZ, NZOZ JST, stowarzyszenia i organizacje JST, organizacje pozarządowe	j.w.	55,3	18,4	73,7	93,1
RAZEM				152,7	50,9	203,6	

*do grudnia 2007 r., wg raportu MZ

Źródło: sprawozdania MZ

Z kolei w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego, obok inwestycji, znaczące środki finansowe przeznaczone były na podnoszenie kwalifikacji personelu i zarządzanie jakością.

Tabela 29. Wartość programu SPO WKPO oraz SPO RZL w ochronie zdrowia, w mln PLN

Działania	Rok	Instytucje	Tytułem	Wartość dotacji UE	Współ-finansowanie	Całkowita wartość projektu	Udział wykorzystanych środków w środkach ogółem (%)*
Działanie 2.1.	2004-2006	NZOZ	Zarządzanie jakością (ISO), informatyzacja	1,3	0,5	1,8	86,2
Działanie 2.2.1 Dotacje na innowacyjne inwestycje	2004-2006	ZOZ	Utworzenie Centrum Rehabilitacji i Diagnostyki, zarządzanie	3,1	1,3	4,4	b.d
Działanie 2.3	2004-2006	ZOZ	Szkolenie w zakresie skryningu raka piersi i raka szyjki macicy	1,5	0,6	2,1	b.d
RAZEM				5,9	2,4	8,3	

*do grudnia 2007 r., wg raportu MZ

Źródło: sprawozdania MZ

Nie wszystkie programy realizowane w latach 2004 – 2006 zostały zakończone. Na przykład środki z ostatniej transzy programu Transition Facility (2006 r.) nie zostały jeszcze wydatkowane, a ostateczny termin podpisania kontraktów z wykonawcami zadań przypada na grudzień 2008 r.. Wszystkie nie zakończone programy znajdują się natomiast w finalnej fazie realizacji. W następnym okresie (w latach 2007 – 2011) trafiają do kraju nowe programy,

realizowane w ramach priorytetu *Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem* finansowane ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Programu Gospodarczego (MF EOG) i Norweskiego Mechanizmu Finansowego (NMF). Realizacja większości projektów z tych programów rozpoczęła się w 2007 r. Ostateczny termin zakończenia programów i wydatkowania środków przypada na koniec kwietnia 2011 r.. Łącznie, z tych dwóch programów trafi do kraju 16 mln Euro.

Tabela 30. Wartość programów MF EOG oraz NMF, w mln Euro

Nazwa projektu	Rok	Instytucje	Tytułem	Całkowita wartość projektu	Wykorzystane środki UE	Udział wykorzystanych środków w środkach ogółem (%)*
EOG, Norweski Mechanizm Finansowy	2007-2011	JST, ZOZ, organizacje pozarządowe	obiekty sportowo - rekreacyjne dla dzieci, informatyzacja, zdrowie publiczne	16,3	b.d.	b.d.

*do grudnia 2007 r.

Źródło: sprawozdania MZ

Środki te wydatkowane są na projekty realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, zakłady opieki zdrowotnej i organizacje pozarządowe (m.in. Caritas), a obejmują szerokie spectrum problemów, w tym: rozwój usług edukacyjnych i rehabilitacyjnych, poprawę jakości usług medycznych, program wczesnego wykrywania raka piersi oraz wad rozwojowych u płodów i noworodków.

W sumie wartość środków, jakie w latach 2003 – 2011 zawarte są w programach kierowanych do sektora zdrowotnego i przewidzianych do finansowania z różnych źródeł zagranicznych wynosi 286 mln Euro i 8 mln PLN. Przy czym kwota ta nie obejmuje środków, które trafiły i mogą trafić do sektora z programów adresowanych do całej gospodarki. Zdecydowana większość z tych środków trafiła do sektora po akcesji w 2004 r. Należy jednak być ostrożnym z interpretacją podanej kwoty, jako że odpowiada ona całkowitej wartości projektów, a nie jest równoważna ostatecznej kwocie jaka została w sektorze wydatkowana. Stopień realizacji projektów (w sensie finansowym) nie zawsze jest znany, a tam, gdzie w sprawozdaniach jest podawany waha się w przypadku programów zakończonych od 80 do 95%.

Jako że środki ze źródeł zagranicznych wydatkowane są przede wszystkim na projekty inwestycyjne, szkoleniowe, projekty z zakresu zarządzania jakością oraz zdrowia publicznego, to nie zasilają w sposób bezpośredni opieki zdrowotnej, lecz te obszary, które są 'powiązane z ochroną zdrowia', tworząc warunki dla jej funkcjonowania. Jednocześnie te sfery sektora zdrowotnego pozostają niedofinansowane ze źródeł krajowych.

Rozdział III

Koszty w sektorze ochrony zdrowia

1. Koszty wytwarzania usług w ochronie zdrowia

Wprowadzenie

Prezentowany rozdział poświęcony jest analizie kosztów w sektorze zdrowotnym. Jest to analiza ukazująca zagregowane koszty wytwarzania usług zdrowotnych. Nie zastępuje w żadnej mierze analizy kosztów jednostkowych. Ponadto wykonana analiza ma charakter przede wszystkim analizy kosztów ekonomicznych, a nie tylko finansowych (księgowych). Celem analizy było bowiem uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące kosztów celowych działań. Po pierwsze - ile kosztuje funkcjonowanie sektora w konkretnych warunkach cenowych i systemowych oraz jak te koszty zmieniają się w czasie. Po drugie - ile kosztuje zaangażowanie głównych czynników 'produkcji' usług zdrowotnych: pracy, materiałów (głównie leków), zaangażowanego majątku oraz innych usług, zwanych usługami obcymi. Po trzecie wreszcie – ile kosztuje funkcjonowanie głównych grup podmiotów, wytwarzających usługi z uwzględnieniem podziału na jednostki publiczne i prywatne. Takie pytania postawiono już przed autorami pierwszego raportu na temat sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, czyli Zielonej Księgi I, a teraz powtórzono je w odniesieniu do nowego okresu.

Praca wykonana w 2004 r. w ogromnej mierze polegała na szacowaniu potrzebnych w analizie wielkości. W 2008 r. informacja o kosztach nadal nie jest systematycznie zbierana, a sprawozdania płatników oraz świadczeniodawców w tym zakresie są niekompletne, chociaż zdarzały się pewne pozytywne niespodzianki, polegające na wprowadzaniu przez GUS nowych rodzajów sprawozdawczości (np. dotyczącej tak zwanych jednostek „mikro”). Tym niemniej także na potrzeby opracowania Zielonej Księgi II wykonano szereg szacunków, szczególnie dotyczących wysokości kosztów w sektorze niepublicznym. Struktura analizy i prezentacji danych została przedstawiona w układzie podmiotowym oraz rodzajowym, podobnie jak to zrobiono w poprzednim raporcie - w Zielonej Księdze I.

1.1 Źródła informacji i uwagi metodologiczne dotyczące wykorzystania danych

Analiza kosztów wymagała w pierwszym rzędzie ich identyfikacji w podstawowych dokumentach sprawozdawczych placówek zdrowotnych oraz płatników. Identyfikacją objęto następujące koszty:

- (1) koszty świadczeniodawców: publicznych i niepublicznych,
- (2) koszty leków, środków ortopedycznych i środków pomocniczych (poza kosztami leków ponoszonymi przez świadczeniodawców),
- (3) koszty funkcjonowania systemu, uwzględniające: koszty usług płatnika, koszty koordynacji i obsługi systemu, koszty informacji i zaplecza analitycznego, koszty instytutów centralnych,
- (4) koszty z zakresu zdrowia publicznego.

Przy szacowaniu kosztów wykorzystano różne źródła informacji, głównie sprawozdania jednostek opieki zdrowotnej:

- a) sprawozdania przekazywane do GUS:

- F-02 – roczne sprawozdania za lata 2004-2006 jednostek sporządzających sprawozdania bilansowe F-02, prowadzących księgi rachunkowe³⁴,
 - wyniki badań kosztów jednostek zatrudniających poniżej 10 osób, tak zwanych jednostek „mikro”³⁵,
- b) pozyskane z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia sprawozdania MZ-03, opracowywane przez Samodzielne Zakłady Opieki Zdrowotnej (za lata 2004 – 2007) w układzie podobnym do przedstawionego dla GUS, lecz bardziej szczegółowym. Dane finansowe uzyskano, a następnie przeanalizowano również w układzie według organów założycielskich SPZOZ,
- c) pochodzące z wykonania budżetu państwa,
- d) inne informacje i badania GUS,
- e) plany i sprawozdania Ministerstwa Zdrowia, NFZ oraz Ministerstwa Finansów,
- f) wyniki indywidualnych badań oraz konsultacji osób uczestniczących w sporządzeniu raportu.

Źródła i zakres posiadanych danych determinują także poziom agregacji poszczególnych grup i rodzajów kosztów. Metody szacowania kosztów różnią się w zależności od posiadanych źródeł informacji. Dokładny opis metod szacunku kosztów zawarty jest w poszczególnych podrozdziałach. Przy szacowaniu kosztów jednostek publicznych uwzględniono jedynie te, które złożyły odpowiednie sprawozdania finansowe (Tabela 31).

Koszty świadczeniodawców analizowano w pięciu grupach:

(1) Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), w tym:

a) SPZOZ samorządowe – z organem założycielskim:

- gminna jednostka samorządu terytorialnego,
- powiatowa jednostka samorządu terytorialnego,
- wojewódzka jednostka samorządu terytorialnego,
- gmina miejska na prawach powiatu.

b) SPZOZ sektora rządowego (razem 70 jednostek, w 2007 r. 71) według organu założycielskiego, w tym:

- Minister Zdrowia - 27 podmiotów, w tym: 21 Regionalnych Centrów Krwiodawstwa, oraz 6 (w 2007 r. 7) SPZOZ,

³⁴ Sprawozdania takie opracowywane są przez jednostki zatrudniające powyżej 9 osób, zorganizowane w formie spółek, spółdzielni oraz przez osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą. Dane obejmują grupę PKD 85.1 „Działalność w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego” w różnych układach: dla Polski ogółem oraz według województw (z wyszczególnieniem poszczególnych klas PKD – 8511 „Szpitalnictwo”, 8512 „Praktyka lekarska”, 8513 „Praktyka stomatologiczna”, 8514 „Pozostała działalność związana z ochroną zdrowia ludzkiego”). Dane finansowe ogółem zostały przedstawione również dla grup według rozmiaru sumy bilansowej.

³⁵ Dane te pozyskiwane są na podstawie reprezentatywnego badania mikro-przedsiębiorstw realizowanego na sprawozdaniu SP-3 tj. „Sprawozdanie o działalności gospodarczej przedsiębiorstw”. Na formularzu SP-3 zbierane są informacje za okres całego roku. Liczba mikroprzedsiębiorstw stanowiących operat do losowania próby w badaniu z 2005 r. wynosiła 3084,7 tys. W celu zapewnienia reprezentatywności w losowaniu próby stosuje się schemat losowania warstwowego. Warstwami są zbiorowości wg województw oraz wg rodzajów działalności. Próba wylosowana do badania działalności prowadzonej w 2005 r. wynosiła 109,5 tys. jednostek, z czego 80,7 tys. jednostek posiadało status prawny osób fizycznych. Wyniki badań prezentowane są w publikacjach GUS - *Działalność przedsiębiorstw niefinansowych*.

- SPZOZ kliniczne - 43 jednostki, których organami założycielskimi są publiczne uczelnie medyczne albo publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

c) Do zestawień MZ-03 udostępnionych przez CSI nie włączono SPZOZ, które pozostają w gestii resortów MON, MS, MSWiA. Koszty tych jednostek wraz z kosztami ewentualnych innych świadczeniodawców, którzy nie złożyli sprawozdania oszacowano na poziomie 10% kosztów ogółem. Tą kwotę dodano do kosztów SPZOZ ogółem i następnie określono koszty rodzajowe na podstawie struktury kosztów wszystkich SPZOZ w danym roku.

(2) Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ) z liczbą zatrudnionych powyżej 9 osób.

Źródłem informacji o kosztach NZOZ było zestawienie z rocznego sprawozdania F-02 za lata 2004-2006. Koszty tych jednostek w 2007 r. zostały oszacowane na podstawie prognozy z wykorzystaniem trendu z lat ubiegłych. Do oceny struktury kosztów szczegółowych w niektórych grupach kosztów (przykładowo „usługi obce tych jednostek”) wykorzystano dane z zestawienia sprawozdania MZ-03 małych SPZOZ (z sumą bilansową do 1000 tys. PLN), które w 2006 roku zbilansowały swoje koszty przychodami oraz informacje o poziomie osiąganego przez NZOZ zysku w poszczególnych latach. Takie podejście wydaje się uzasadnione, jako że jednostki o sumie bilansowej mniejszej niż 1mln PLN stanowiły w tych latach główną grupę (w 2004 r. 71%, w 2005 r. 69%, w 2006 r. 64%) – a więc mogą być uznane za grupę reprezentatywną i można dla potrzeb prowadzonej analizy wykorzystać dane o ich strukturze kosztów.

(3) Niepubliczne jednostki małe zatrudniające do 9 osób (w ujęciu GUS – jednostki mikro)

Koszty jednostek mikro oszacowano na podstawie danych zawartych w publikacjach pod tytułem Działalność przedsiębiorstw niefinansowych GUS za lata 2004-2006 (GUS, 2006, 2007, 2008). Koszty na 2007 r. zostały oszacowane na podstawie trendu z lat ubiegłych. Do oszacowania struktury kosztów w poszczególnych grupach, w których brakowało dezagregacji według układu przyjętego w analizie, zastosowano podejście podobne jak opisano dla NZOZ.

(4) Jednostki badawczo-rozwojowe

Zestawienie MZ-03 nie obejmowało sprawozdań finansowych jednostek naukowo-badawczych (16 instytutów), które nie są SPZOZ-ami. Zbiorcze sprawozdania finansowe (w tym o przychodach i kosztach) otrzymano bezpośrednio z Departamentu Budżetu i Finansów Ministerstwa Zdrowia. W związku z tym, iż sprawozdanie: „Rachunek Zysków i Strat” było szczegółowe (zawierało niezbędne dane do oszacowania kosztów w przedstawianym w danym raporcie układzie) tylko dla 2007 r., należało koszty dla lat 2004-2006 oszacować zakładając ten sam udział kosztów w danej podgrupie kosztów co w roku 2007.

(5) Inne jednostki

Do oszacowania kosztów tzw. innych jednostek wykorzystano dane ze sprawozdań finansowych (bilansu i rachunku zysków i strat jednostek budżetowych razem) jednostek budżetowych oraz oddzielnie dla grupy Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych.

Tabela 31. Liczba jednostek sprawozdających w latach 2004-2007

Grupa analizowanych jednostek	2004	2005	2006	2007	Źródło danych (udostępnione przez)
Liczba SPZOZ samorządowych	1492	1385	1521	1258* (83% roku poprzedniego)	MZ-03 (CSIOZ) doszacowanie dla 17% jednostek w roku 2007
Liczba SPZOZ sektora rządowego (100% jednostek)	70	70	70	71	MZ-03
NZOZ z liczbą zatrudnionych ≥ 10 osób	874	980	990	b.d.	F-02 (GUS) 2007 rok oszacowany
Jednostki niepubliczne zatrudniające <10 osób (wartości wyliczone, na podstawie przychodów ogółem i uzyskiwanych średnich przychodów)	93 896	104 169	87 550		SP-3 (Publikacje GUS za lata 2004-2006)
Jednostki badawczo - rozwojowe i jednostki budżetowe	16 instytutów oraz kilkadziesiąt jednostek budżetowych				

* Koszty dla części SPZOZ (tzw. samorządowych), które jeszcze nie wysłały swoje sprawozdania (około 17% tej grupy SPZOZ) zostały oszacowane na podstawie trendu z poprzednich trzech lat.

Fakt, że nie wszystkie jednostki publiczne złożyły odpowiednie sprawozdania oznacza, że koszty w ujęciu rodzajowym mogą być zaniżone. Z informacji uzyskanej w Centrum Systemów Informacyjnych wynika, iż kompletność danych jest wysoka. Jednostki sektora rządowego złożyły sprawozdania w komplecie (100%). Sprawozdania złożyły również wszystkie duże zakłady publiczne, w szczególności szpitale, a zatem niedoszacowanie wynikające z niedostatecznej liczby sprawozdań nie jest zbyt duże. W odniesieniu do jednostek samorządowych, których sprawozdań za 2007 r. brakuje, wykonano szacunek (prognozę) kosztów z zastosowaniem trendu z lat poprzednich.

Tabela 32. Liczba analizowanych jednostek publicznych w latach 1999-2007

Sprawozdania	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
MZ-03						1578	1471	1607	1345
F-01/z	1682	1828	1705						
F-02				1550	1521				
Liczba SPZOZ figurujących w rejestrach wojewodów i MZ		2147*	2180**	1797					1667♦

* Stan na 31.12.2000 zgodnie z rejestrami wojewodów

** Liczba SPZOZ z rejestrów wojewodów oraz rejestru Ministra Zdrowia (jednostki nadzorowane przez MZ, MON, MSWiA, uczelnie medyczne, KRUS i ABW)

♦ wg CSIOZ

1.2 Założenia i metody szacunku kosztów

Przedstawiając metodę szacowania kosztów, można wskazać na kolejne wyodrębnione kroki postępowania.

Krok pierwszy polegał na identyfikacji i agregacji kosztów SPZOZ na podstawie sprawozdania MZ-03 za lata 2004-2007. Dla nieznaczącej części jednostek samorządowych koszty ich działalności za 2007 r. oszacowane zostały na podstawie trendu.

Krok drugi polegał na oszacowaniu kosztów świadczeniodawców publicznych nie będących SPZOZ. Dotyczy to kosztów funkcjonowania 16 instytutów (jednostek badawczo-rozwojowych - JBR). W odróżnieniu od Zielonej Księgi I, w której koszty jednostek badawczo-rozwojowych zostały w całości zakwalifikowane do kosztów funkcjonowania zaplecza analitycznego i informacyjnego systemu ochrony zdrowia, w obecnej wersji Zielonej Księgi część kosztów tych jednostek uznano za koszty świadczenia usług medycznych. Źródłem informacji kosztowej jest zbiorcze (dla wszystkich 16 instytutów nadzorowanych przez Ministra Zdrowia) zestawienie opracowane na podstawie sprawozdania MZ-03 (dane bardziej zagregowane niż w oryginalnym formularzu otrzymano z Departamentu Budżetu i Finansów Ministerstwa Zdrowia). Koszty działalności operacyjnej w układzie rodzajowym zostały oszacowane dla lat 2004-2006 na podstawie udziału tych kosztów w grupie w 2007 roku, bowiem tylko dla tego roku udostępniono dane w odpowiednim układzie. Ponieważ nie dysponujemy danymi na temat udziału kosztów leczenia pacjentów w całkowitych kosztach działalności JBR założono, że stanowią one 70% kosztów całkowitych, a prowadzona działalność naukowa to 30% całkowitych kosztów JBR. Do przyjęcia takiego założenia upoważnia przeprowadzona wstępna analiza działalności JBR. Należałoby jednak w przyszłości przeprowadzić ocenę proporcji kosztów związanych z leczeniem i prowadzonymi badaniami.

Krok trzeci polegał na oszacowaniu kosztów jednostek niepublicznych. Szacowanie rozpoczęto od analizy dostępnych danych pochodzących ze sprawozdań. W odróżnieniu od postępowania przyjętego w Zielonej Księdze I, w której przyjęto założenie, iż jednostki niepubliczne bilansują swoje koszty przychodami, czyli że nie mają strat, co oznacza iż suma kosztów równa jest sumie przychodów uzyskanych z NFZ, w tej wersji wykorzystano informacje o udziale kosztów w przychodach ogółem jednostek sektora niepublicznego wyliczone na podstawie zestawienia sprawozdań F-02 za lata 2004-2006, opracowanego przez GUS. Z publikacji GUS o jednostkach zatrudniających poniżej 10 pracowników za lata 2004-2006 (GUS 2006, 2007, 2008) wynikało, że poziom zysku stanowił 30% ich przychodów ogółem, a koszty wynagrodzeń – tylko 10% kosztów ogółem. Zysk, stanowiący przychód właścicieli, jest tak naprawdę kosztem ich pracy³⁶. Dlatego przy szacowaniu kosztów jednostek mikro znaczną część zysku rachunkowego dodano do kosztów

³⁶ W przypadku przychodni prywatnych (jednostek o liczbie pracujących do 9 osób) zysk wykazywany w sprawozdaniach finansowych ma charakter zysku rachunkowego, a nie ekonomicznego. Koszty ekonomiczne takich jednostek są znacznie wyższe od kosztów wykazywanych w rachunkowości, gdyż obejmują one także wynagrodzenie właścicieli takich jednostek, pracujących w niej lekarzy lub pielęgniarek. W sprawozdaniach rachunkowych wynagrodzenie pracy lekarza-właściciela traktowane jest jako zysk. Z ekonomicznego punktu widzenia jest to natomiast koszt. Dlatego założyliśmy, iż około 83% zysku rachunkowego (tj. 25 punktów procentowych z przeciętnie wykazywanej w poszczególnych latach stopy zysku na poziomie 30%) stanowi wynagrodzenie pracujących w jednostkach właścicieli, a tym samym stanowi koszt pracy. Natomiast około 17% zysku rachunkowego (tj. 5 punktów procentowych z przeciętnie wykazywanej stopy zysku na poziomie 30%) stanowi rzeczywistą nadwyżkę, z reguły przeznaczaną na działania inwestycyjne.

wynagrodzeń. Pozostałą część uznano za zysk przeznaczony na inwestycje; założono iż 5% przychodów ogółem przeznaczanych jest na inwestycje. Koszty dla 2007 r. policzono na podstawie ekstrapolacji trendu z lat ubiegłych.

Następnie oszacowano rozmiar rynku sektora prywatnego wykorzystując następującą formułę szacunku:

$$R_{sp} = (W_{nfz} - P_{SPZOZ-nfz}) + (W_{prac} - P_{SPZOZ-prac}) + W_{gd-sp}$$

Zakładając następnie że:

$$R_{sp} = P_{jno}$$

Gdzie:

- R_{sp} – rynek zdrowotny sektora prywatnego
- P_{jno} – oszacowane przychody jednostek niepublicznych ogółem
- W_{nfz} – wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne
- $P_{SPZOZ-nfz}$ – przychody SPZOZ ze sprzedaży świadczeń NFZ
- W_{prac} – wydatki pracodawców na zdrowie
- $P_{SPZOZ-prac}$ – przychody SPZOZ ze sprzedaży produktów pracodawcom
- W_{gd-sp} – wydatki gospodarstw domowych na zdrowie w sektorze prywatnym
- P_{jnd} – przychody jednostek niepublicznych dużych
- P_{jnm} – przychody jednostek niepublicznych mikro

Różnicę: $P_{jno} - [(P_{jnd} + P_{jnm})]$ podzielono następnie między dwoma grupami jednostek niepublicznych proporcjonalnie do udziału ich przychodów w przychodach ogółem (obliczono z dostępnych sprawozdań).

Ostatecznie koszty jednostek niepublicznych dużych policzono z wykorzystaniem informacji z dostępnej sprawozdawczości o poziomie zysku (udział w przychodach ogółem). W odniesieniu do jednostek mikro – oszacowano je zgodnie z opisanym powyżej sposobem postępowania, uwzględniając założony udział kosztów wynagrodzeń właścicieli w zysku tych jednostek.

Przy szacowaniu kwoty wydatków gospodarstw domowych na świadczenia medyczne realizowane w sektorze prywatnym w latach 2004 i 2005 założono ten sam co w 2006 r. udział w wydatkach w obu sektorach. Do obliczenia rozmiaru wydatków gospodarstw domowych (bez leków oraz sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych) na ochronę zdrowia w 2006 r. wykorzystano wyniki modułowego badania wydatków gospodarstw domowych (patrz Rozdz. II, p. 4).

Na koniec rachunku kosztów ponoszonych w sektorze niepublicznym uwzględniono koszty świadczeniodawców niepublicznych finansowanych ze środków publicznych, pochodzące ze sprawozdawczości NFZ.

W kroku czwartym oddzielnie oszacowano koszty refundacji leków, zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środków pomocniczych (finansowanych ze środków publicznych), koszty dopłat gospodarstw domowych do leków, dopłat do zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze, koszty leków OTC oraz innych środków farmaceutycznych. Wykorzystano przy tym wyniki przedstawione w poniżej zamieszczonym

rozdziale dotyczącym kosztów leków. Koszty świadczeniodawców oszacowano na podstawie źródeł i metod opisanych powyżej.

W kroku piątym zidentyfikowano i oszacowano koszty funkcjonowania systemu. Uwzględniono przy tym następujące pozycje:

- Koszty usług płatnika i poboru składki. Zaliczono do nich (na podstawie sprawozdań finansowych NFZ oraz sprawozdań z realizacji budżetu państwa):
 - koszty administracyjne NFZ,
 - amortyzację środków trwałych NFZ,
 - pozostałe koszty operacyjne NFZ,
 - koszty finansowe NFZ,
 - kwotę odpisu dla ZUS oraz KRUS z tytułu poboru i ewidencjonowania składek (bezpośrednio potrącane od składek w wysokości 0,2% wartości przychodów ze składek).
- Koszty koordynacji i obsługi systemu oraz koszty zdrowia publicznego, w ramach których uwzględniono: koszty Inspekcji Sanitarnej, koszty Inspekcji Farmaceutycznej, koszty publicznej służby krwi (poza kosztami 21 regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, które zostały uwzględnione w kosztach SPZOZ), koszty medycyny pracy, koszty staży i specjalizacji medycznych oraz koszty realizacji programów: Zapobieganie i zwalczanie AIDS, Zwalczanie narkomanii, Przeciwdziałanie alkoholizmowi. Ponadto wliczono do tej grupy koszty funkcjonowania Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych i pozostałą działalność.
- Inne koszty, obejmujące koszty informacji i zaplecza analitycznego, które zidentyfikowano i oszacowano na podstawie:
 - zbiorczego bilansu jednostek budżetowych (za lata 2004 i 2005) oraz zbiorczego sprawozdania o przychodach i kosztach jednostek budżetowych za rok 2006. Ponieważ nie dysponujemy informacjami o przychodach i kosztach w latach 2004 i 2005, koszty jednostek budżetowych oszacowano na podstawie Rachunku Zysków i Strat tych jednostek razem za 2006 rok i bilansu za odpowiedni rok. Założono przy tym, iż poziom straty (wyliczony jako procent straty netto od przychodów ogółem danego roku) był taki sam jak w roku 2006. Koszty jednostek budżetowych w 2007 roku oszacowano z wykorzystaniem prognozy na podstawie trendu zmian kosztów jednostek budżetowych w okresie 2004-2006.
 - zbiorczego zestawienia przychodów i kosztów 16 jednostek badawczo-rozwojowych - uwzględniono 30% ich kosztów.

W celu identyfikacji tzw. „Innych kosztów” szacunkiem objęto koszty następujących podmiotów:

- Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego,
- 18 jednostek budżetowych: Bank Tkanek Oka, Biuro ds. Substancji i Preparatów Chemicznych, Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, Biuro Organizacji Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Biuro Praw Pacjenta, Biuro Rozliczeń Międzynarodowych, Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych, Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT”, Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej, Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i

Położnych, Ośrodek Diagnostyczno-Badawczy Chorób Przenoszonych Drogą Płciową, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia,

- Instytuty: 16 instytutów, między innymi Instytut Żywności i Żywienia, Instytut Matki i Dziecka, Instytut Onkologii oraz inne.

Analiza kosztów systemu ochrony zdrowia uwzględnia dwa rodzaje szacunków opartych na dwóch rodzajach klasyfikacji kosztów. Szacunek pierwszy obejmuje klasyfikację podmiotową - według rodzajów placówek. Szacunek drugi obejmuje klasyfikację rodzajową kosztów - według przeznaczenia.

Wszystkie analizy kosztów zaprezentowano dla dwóch okresów – na lata 2004 – 2007 oraz w celu przeprowadzenia obserwacji dynamiki kosztów w okresie 1999 – 2007.

1.3 Szacunek kosztów według klasyfikacji podmiotowej w latach 2004 – 2007

Wzrost kosztów w okresie 2004 – 2007 w ujęciu nominalnym wynosił 25,0% (wskaźnik wzrostu kosztów w systemie ogółem w tym okresie – 125,0) co w ujęciu realnym oznacza 17,8% wzrostu (inflacja w sektorze ochrony zdrowia w tym okresie była na poziomie około 6%).

Tabela 33. Wyniki szacunku kosztów według klasyfikacji podmiotowej w latach 2004-2007

	Rodzaje kosztów	2004	2005	2006	2007
Koszty świadczeniodawców	Koszty SPZOZ wraz z kosztami zużytych przez świadczeniodawców leków (w tys. PLN)	22 325 275	23 028 960	25 384 321	27 561 947
	Koszty świadczeniodawców publicznych <u>nie będących</u> SPZOZ (część kosztów jednostek badawczo-rozwojowych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia) (w tys. PLN)	934 297	996 211	1 026 010	1 279 017
	Koszty świadczeniodawców niepublicznych wraz z kosztami zużytych w nich leków (w tys. PLN)	12 615 606	13 724 414	14 693 091	15 237 186
	w tym: Koszty świadczeniodawców niepublicznych finansowanych ze środków publicznych (w tys. PLN)	7 683 352	8 827 913	9 135 796	11 231 778
Leki, sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	Ogółem leki, sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze (bez kosztów leków świadczeniodawców) (w tys. PLN)	17 112 175	18 505 136	19 304 610	20 948 223
	w tym: refundowane przez NFZ (w tys. PLN)	6 504 814	6 775 306	7 191 057	7 267 670
Koszty funkcjonowania systemu	Koszty funkcjonowania płatnika (w tys. PLN)	440 602	441 163	667 560	1 062 175
	Koszty poboru składki (w tys. PLN)	59 554	62 861	71 767	76 003

Koszty funkcjonowania zaplecza informacyjnego, analitycznego i część kosztów jednostek badawczo-rozwojowych (w tys. PLN)	893 686	976 877	1 190 355	1 681 039
Koszty realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i koordynacji systemu (w tys. PLN)	1 932 707	2 180 031	2 502 448	2 565 631
Koszty ogółem (w tys. PLN)	56 313 902	59 915 654	64 840 161	70 411 221

Źródło: Opracowanie własne

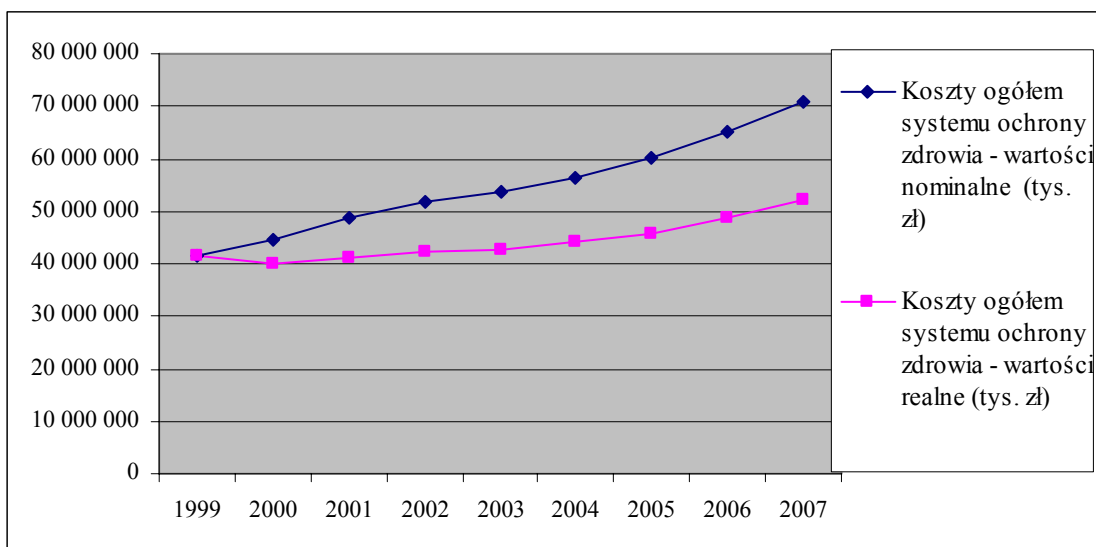
Wzrost kosztów w całym okresie po wprowadzeniu reformy systemu finansowania ochrony zdrowia, czyli w latach 1999 – 2007 wynosił ponad 69% (Tabela 34) w ujęciu nominalnym (cenach bieżących), co w ujęciu realnym (w cenach stałych) oznacza wzrost o 24%. Wskaźnik wzrostu kosztów w 2007 r. w porównaniu do 1999 r. w cenach stałych z 1999 roku wynosił 124. Koszty systemu ochrony zdrowia ogółem wzrastały w okresie 1999 - 2007 (wskaźnik 169,1) z lekkim przewyższeniem wskaźnika inflacji składowej w tym okresie (wskaźnik 136,3).

Tabela 34. Wyniki szacunku kosztów według klasyfikacji podmiotowej.

	Rodzaje kosztów	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Koszty świadczeniodawców	Koszty SPZOZ wraz z kosztami zużytych w nich leków (w tys. PLN)	19 836 510	19 742 100	20 264 800	21 575 000	21 497 800	22 325 275	23 028 960	25 384 321	27 561 947
	Koszty świadczeniodawców publicznych <u>nie będących</u> SPZOZ (część kosztów jednostek badawczo-rozwojowych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia)	całą kwotę uwzględniono w pozycji: Koszty funkcjonowania systemu	całą kwotę uwzględniono w pozycji: Koszty funkcjonowania systemu	całą kwotę uwzględniono w pozycji: Koszty funkcjonowania systemu	całą kwotę uwzględniono w pozycji: Koszty funkcjonowania systemu	całą kwotę uwzględniono w pozycji: Koszty funkcjonowania systemu	934 297	996 211	1 026 010	1 279 017
	Koszty świadczeniodawców niepublicznych wraz z kosztami zużytych w nich leków (w tys. PLN)	5 398 057	6 765 343	8 563 740	9 844 888	10 486 794	12 615 606	13 724 414	14 693 091	15 237 186
	w tym: Koszty świadczeniodawców niepublicznych finansowanych ze środków publicznych (w tys. PLN)	1 610 747	3 060 806	4 582 649	5 549 833	5 921 249	7 683 352	8 827 913	9 135 796	11 231 778
Leki, sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	Ogółem leki, sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze (bez kosztów leków świadczeniodawców) (w tys. PLN)	12 423 000	14 645 000	16 106 000	17 161 000	18 330 000	17 112 175	18 505 136	19 304 610	20 948 223
	W tym refundowane przez NFZ (w tys. PLN)	3 700 279	4 747 043	5 481 480	5 805 809	6 715 801	6 504 814	6 775 306	7 191 057	7 267 670
Koszty funkcjonowania systemu	Koszt funkcjonowania płatnika (tys. PLN)	876 709	400 215	730 162	971 805	554 763	440 602	441 163	667 560	1 062 175
	Koszty poboru składki (tys. PLN)	123 290	133 682	151 273	82 000	96 000	59 554	62 861	71 767	76 003
	Koszty funkcjonowania zaplecza informacyjnego, analitycznego i część kosztów jednostek badawczo-rozwojowe (tys. PLN)	1 567 907	1 374 131	1 570 318	1 245 078	1 378 692	893 686	976 877	1 190 355	1 681 039
	Koszty realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i koordynacji systemu (tys. PLN)	1 435 516	1 341 529	1 213 707	1 089 777	1 256 031	1 932 707	2 180 031	2 502 448	2 565 631
	Koszty ogółem systemu ochrony zdrowia (tys. PLN)	41 660 989	44 402 000	48 600 001	51 969 548	53 600 080	56 313 902	59 915 654	64 840 161	70 411 221

Źródło: Opracowanie własne

Wykres 10. Koszty systemu ogółem w wartościach realnych i nominalnych



Źródło: Opracowanie własne

Koszty ogółem systemu ochrony zdrowia (Wykres 10) wzrastały z roku na rok zaczynając od 1999 roku (w ujęciu realnym koszty systemu pozostawały na podobnym poziomie w latach 1999 - 2004). Znaczny wzrost zaobserwowano w roku 2005- 2007, głównie spowodowany wzrostem kosztów świadczeniodawców. Jednym z czynników tego wzrostu niewątpliwie jest wejście w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co skutkowało wzrostem kosztów wynagrodzeń oraz innych kosztów.

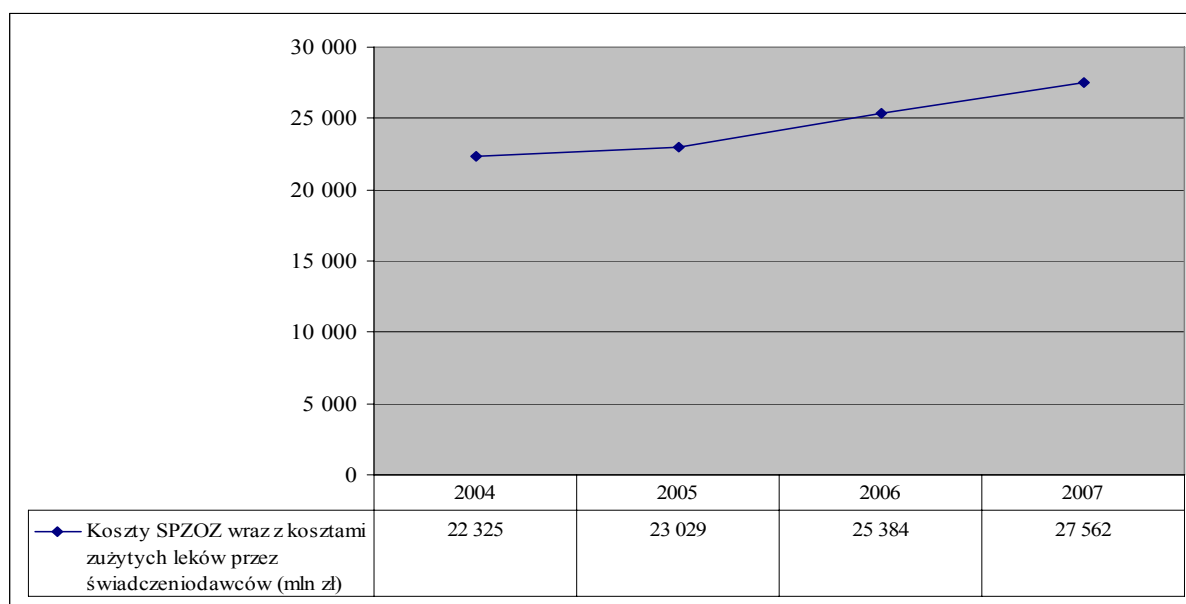
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej w kontekście wpływu na koszty

Zgodnie z art. 4 ustawy, zadłużone zakłady opieki zdrowotnej mogły uczestniczyć w procesie restrukturyzacji finansowej, który obejmował zobowiązania (znane, powstałe w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2004 r.) publicznoprawne i cywilnoprawne, w tym dotyczące roszezeń pracowniczych z tytułu tzw. „ustawy 203”.³⁷

Wzrost kosztów wynagrodzeń po części można wytłumaczyć tzw. „ustawą 203” - gdy zaczęła obowiązywać (*Z dniem 1 stycznia 2001 roku zaczęła obowiązywać tzw. „ustawa 203” (Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej; Dz.U. z 2001 r. Nr 5, poz. 45)*). SPZOZy po prostu nie miały środków na wypłatę podwyżek, zaciągały kredyty albo rosły im zobowiązania wobec pracowników z tego tytułu, które musiały być spłacone, bo taki wyrok wydał NSA i TK. Wyżej wspomniana ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji w dużej mierze miała na celu pomoc w uregulowaniu tych zobowiązań. Wszystko to - zaciąganie kredytów, kumulowanie zobowiązań i pisanie planów restrukturyzacyjnych pociągało za sobą dodatkowe koszty.

³⁷ Celem uzyskania środków na restrukturyzację finansową, zakład mógł zaciągnąć pożyczkę z budżetu państwa, emitować obligacje oraz zaciągać kredyty bankowe. Zdecydowanie największy udział miały tu pożyczki Skarbu Państwa udzielane przez Bank Gospodarstwa Krajowego. Udzielenie pożyczki wymagało jednak spełnienia szeregu kryteriów, w tym m.in. posiadania pozytywnie zaopiniowanego programu restrukturyzacyjnego i przeznaczenia uzyskanych środków w pierwszej kolejności na regulację zobowiązań wobec pracowników z tytułu „ustawy 203”.

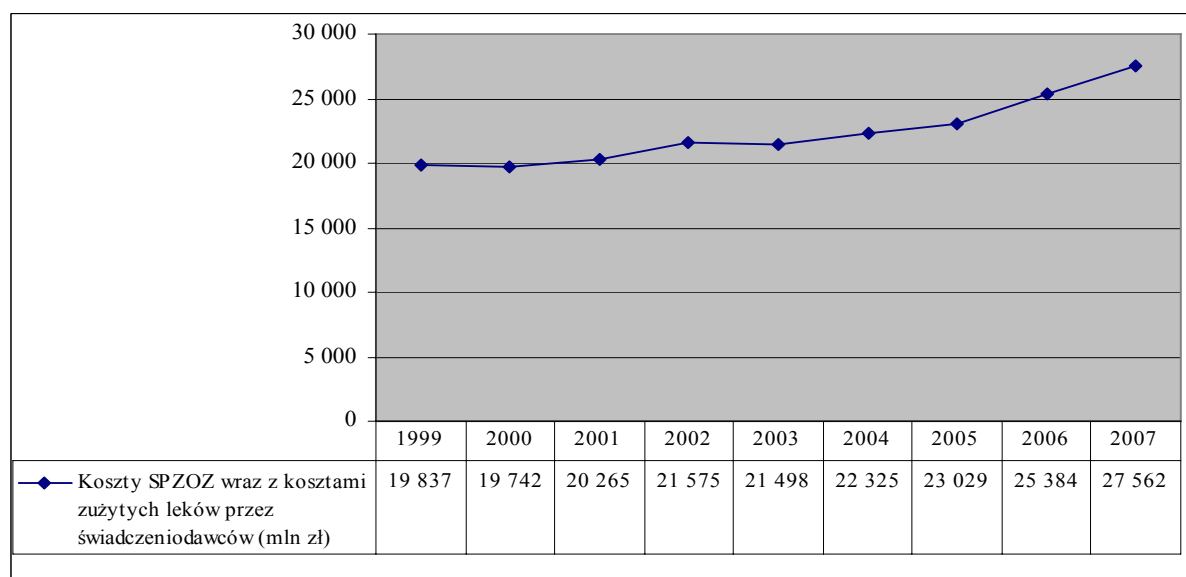
Wykres 11. Koszty SPZOZ wraz z kosztami zużytych leków w latach 2004-2007.



Źródło: Opracowanie własne

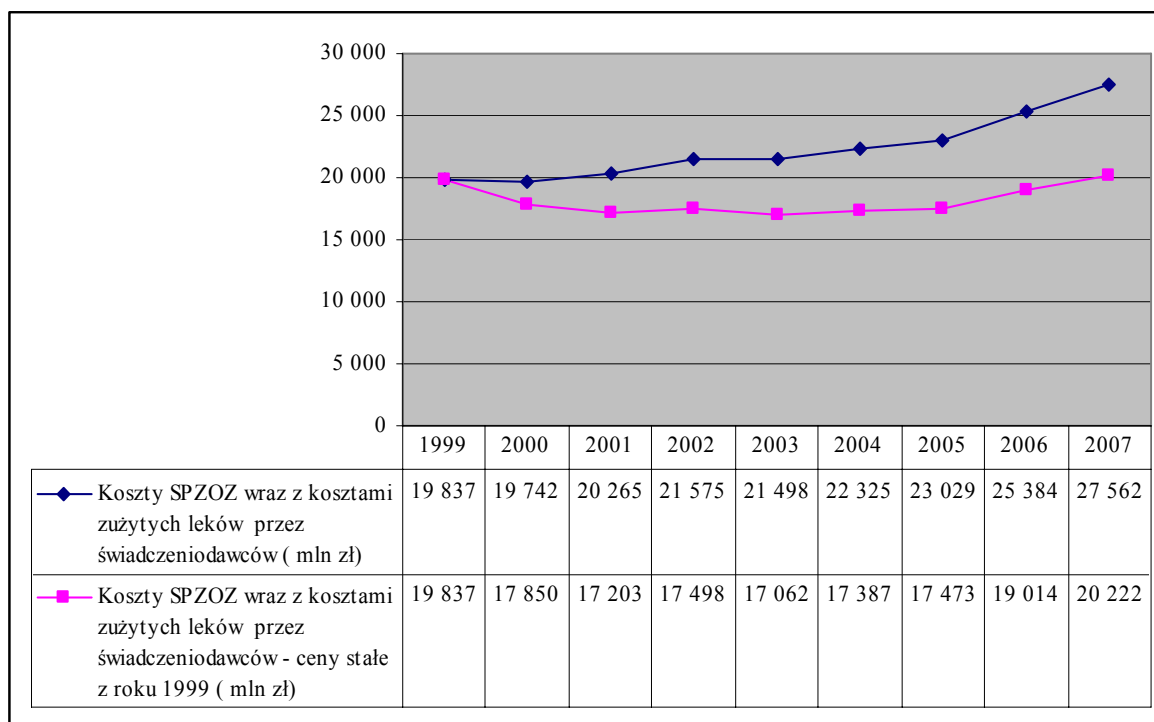
Według Wykresu 13 koszty SPZOZ w ujęciu realnym spadły w latach 2000 - 2006 poniżej poziomu 1999 roku. Może to tłumaczyć nasilenie protestów pracowników ochrony zdrowia w sektorze publicznym w ostatnich kilku latach oraz ogólne niezadowolenie pacjentów z dostępności do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dwie bowiem największe grupy kosztów stanowią wynagrodzenia personelu i zużywane w placówkach leki. Dopiero w roku 2007 koszty SPZOZ w ujęciu realnym przekroczyły poziom z roku 1999.

Wykres 12. Koszty SPZOZ wraz z kosztami zużytych leków w latach 1999-2007



Źródło: Opracowanie własne

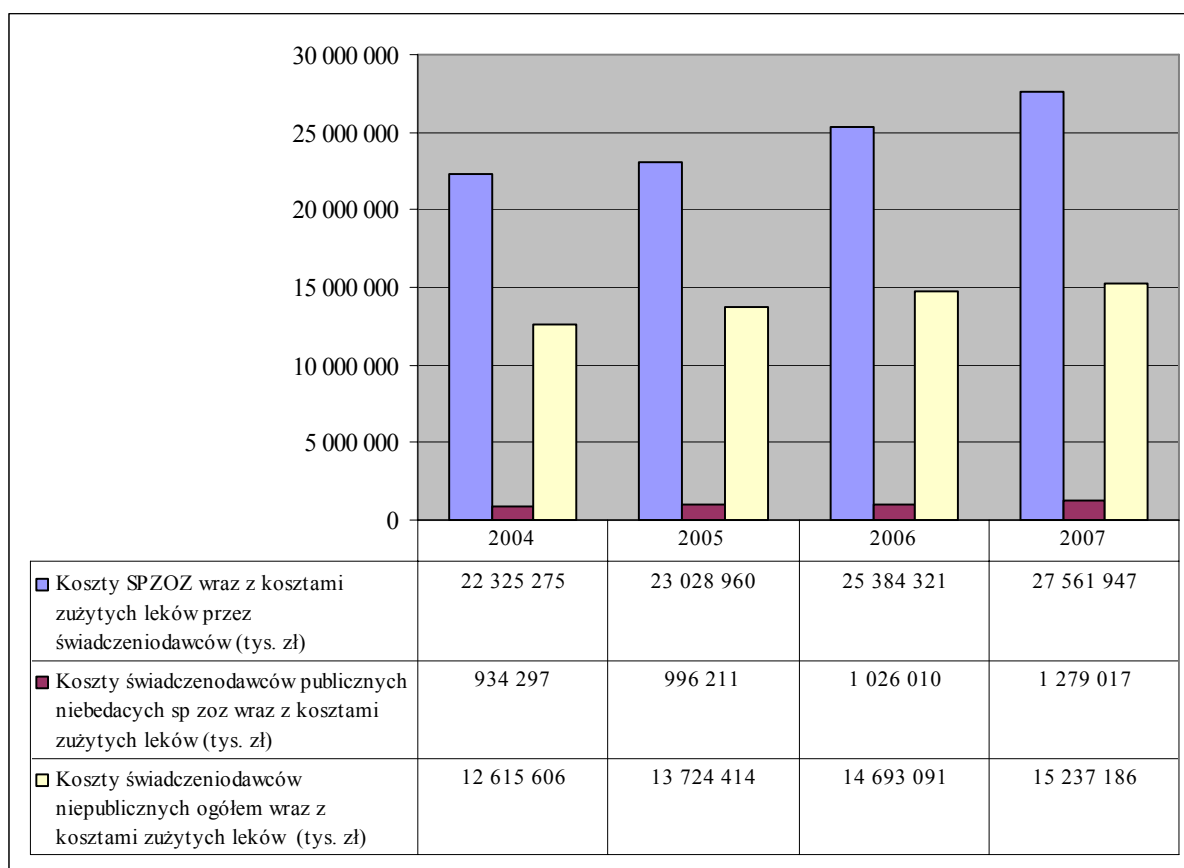
Wykres 13. Koszty SPZOZ wraz z kosztami zużytych leków w latach 1999-2007 w cenach bieżących i stałych (mln PLN).



Źródło: Opracowanie własne

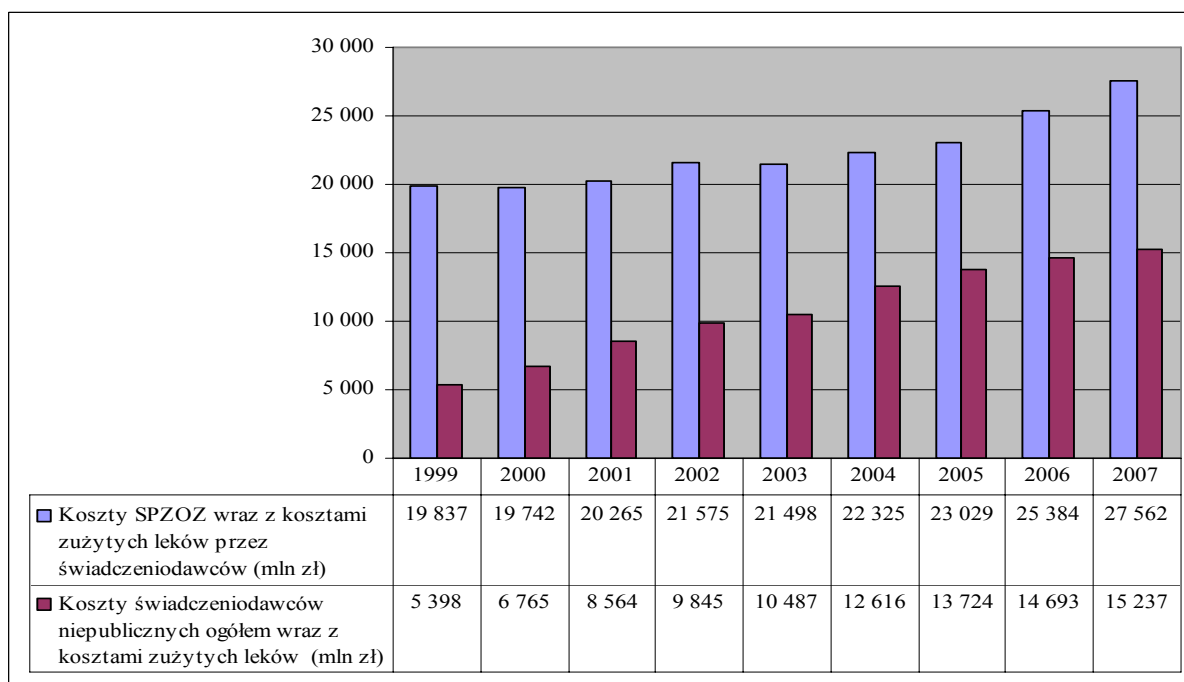
Koszty trzech grup świadczeniodawców (Wykres 14) stanowiły około 64% całkowitych kosztów systemu. Udział kosztów działalności podmiotów niepublicznych w całkowitych kosztach świadczeniodawców pozostawał na wysokim poziomie, z lekką tendencją wzrostową. W okresie 2004 - 2007 kształtował się on na poziomie 36-37% kosztów świadczeniodawców ogółem. Przeprowadzając jednak analizę podobną do tej z poprzedniego raportu (Zielonej Księgi I) – bez uwzględnienia trzeciej grupy świadczeniodawców (jednostek badawczo-rozwojowych) obserwujemy znaczący wzrost kosztów jednostek sektora prywatnego (Wykres 15). Zauważono również znaczący wzrost udziału tych świadczeniodawców finansowanych ze środków publicznych z 6,4% do 26,2% kosztów świadczeniodawców (Wykres 16).

Wykres 14. Koszty świadczeniodawców w latach 2004 - 2007



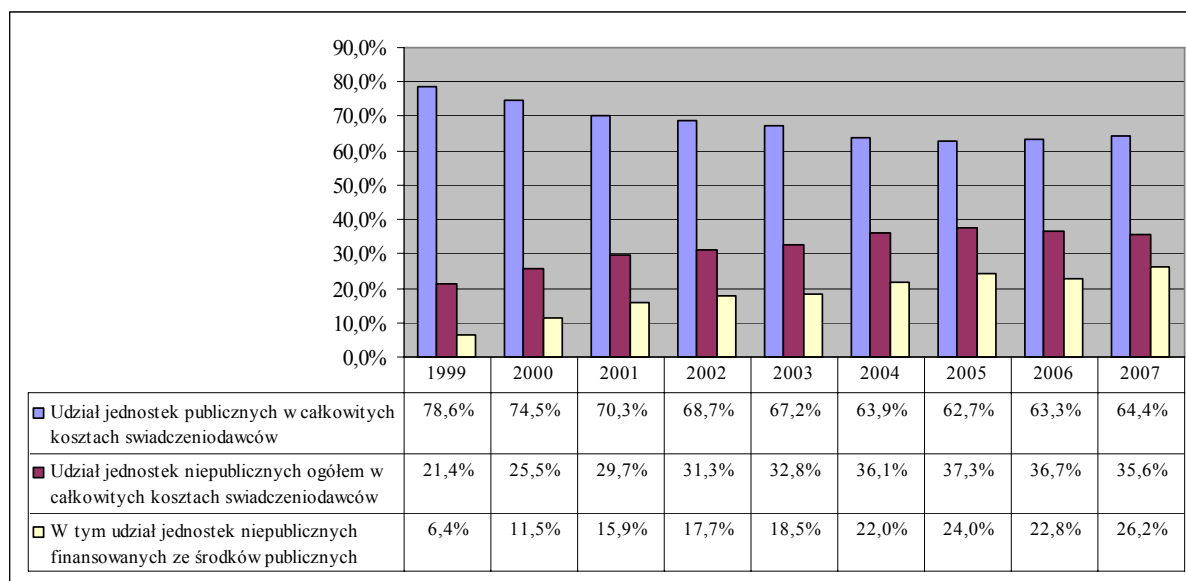
Źródło: Opracowanie własne

Wykres 15. Koszty świadczeniodawców w latach 1999 – 2007 (bez grupy jednostek badawczo-rozwojowych) w mln PLN



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 16. Struktura udziałów jednostek opieki zdrowotnej w latach 1999-2007 (w warunkach analizy dla Zielonej Księgi II, bez jednostek badawczo-rozwojowych)



Źródło: Opracowanie własne

1.4 Szacunek kosztów według rodzajowej klasyfikacji kosztów

Szacunek kosztów według klasyfikacji rodzajowej odpowiada ujęciu przedmiotowemu. Przyjęto przy tym taki podział kosztów, aby wydobyć zeń podejście bardziej ekonomiczne niż księgowe. Chodziło bowiem o uzyskanie informacji wydobywającej cel ponoszenia kosztów ('na co').

Wstępnie koszty podzielone zostały na trzy duże grupy:

- „Koszty medyczne” obejmujące działalność placówek świadczących usługi medyczne wraz z kosztami leków i innych środków medycznych, ortopedycznych i pomocniczych,
- Koszty funkcjonowania systemu zdrowotnego, obejmujące koszty funkcjonowania płatnika, koszty poboru składki oraz koszty funkcjonowania zaplecza informacyjnego, analitycznego i naukowego, jednakże ze względu na zakres posiadanych danych jedynie w części finansowanej z budżetu państwa,
- Koszty realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Koszty medyczne zostały następnie podzielone zgodnie z głębszym kryterium rodzajowym na:

- Koszty wynagrodzeń, obejmujące całość kosztów związanych z bezpośrednim wykorzystaniem czynnika ludzkiego przy produkcji świadczeń medycznych. Koszty te obejmują zatem wynagrodzenia personelu medycznego (tzw. biały personel) zatrudnionego w placówkach opieki zdrowotnej na podstawie umów o pracę oraz umów cywilno-prawnych, następnie tzw. koszty pozapłacowe związane z powyższym zatrudnieniem oraz część dochodów pracujących w opiece zdrowotnej na własny rachunek (np. w przychodniach indywidualnych i grupowych), odpowiadającą wykorzystaniu czynnika ludzkiego.

- Koszty leków, obejmujące wszystkie leki zakupione przez pacjentów w: aptekach otwartych, innych dostępnych ogólnie miejscach (sklepy, stacje benzynowe) oraz leków zużytych przez świadczeniodawców (nawet jeśli nie uregulowane zostały jeszcze wszystkie należności wobec dostawców), niezależnie od ostatecznego źródła finansowania (środki prywatne, budżet, refundacja przez NFZ).
- Koszty „materiałów medycznych” i energii niezależnie od ostatecznego źródła finansowania (środki prywatne, budżet, refundacja przez NFZ) wykorzystanych w sektorze ambulatoryjnym i stacjonarnym. Koszty te obejmują sprzęt jednorazowego użytku, drobny sprzęt chirurgiczny, odczynniki chemiczne i materiały diagnostyczne. W tej grupie kosztów zawarta jest również ta część kosztów zużytej energii elektrycznej, która związana jest bezpośrednio z realizacją świadczeń medycznych.
- Koszty sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych niezależnie od ostatecznego źródła finansowania (środki prywatne, budżet, refundacja przez NFZ).
- Koszty utrzymania infrastruktury technicznej, obejmujące koszty amortyzacji budynków, budowli, obiektów inżynierskich, urządzeń technicznych, środków transportu oraz wyposażenia w urządzenia medyczne, a także koszty serwisowania urządzeń technicznych, środków transportu oraz wyposażenia w urządzenia medyczne.
- Koszty pozamedyczne pobytu pacjenta w placówkach opieki zdrowotnej obejmujące między innymi koszty żywienia, zużycie energii elektrycznej niezależne od liczby wykonanych świadczeń, zużycie energii cieplnej, koszty usług pralniczych, sprzątnięcia, wywozu nieczystości, wody itp. niezależnie od podmiotu usługi te wykonującego (wraz z outsourcingiem) i zużycie pozostałych materiałów.
- Koszty administracyjne placówek opieki zdrowotnej (koszty zarządu) i obsługi technicznej (pracownicy techniczni, np. elektrycy, mechanicy, kierowcy, ochrona), oraz koszty podróży służbowych.
- Koszty usług obcych w zakresie transportu (w szczególności transportu medycznego) oraz remontów (w tym część kosztów serwisu).
- Naliczone podatki i opłaty.
- Koszty finansowe świadczeniodawców, w tym koszty odsetek od zaciągniętych kredytów.
- Inne koszty świadczeniodawców, obejmujące pozostałe koszty rodzajowe i te koszty które nie zostały wymienione w kosztach rodzajowych i finansowych; w tym koszty ubezpieczeń (poza składkami na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne), odpisane należności, odpisane zapasy leków, strata ze zbycia środków stałych.

W ramach kosztów zdrowia publicznego ujęto jedynie te zadania z zakresu zdrowia publicznego, które są finansowane przez budżet państwa i budżety samorządów terytorialnych:

- Zapobieganie i zwalczanie AIDS
- Zwalczanie narkomanii
- Przeciwdziałanie alkoholizmowi
- Staże i specjalizacje medyczne
- Agencja rezerw artykułów sanitarnych
- Inspekcja sanitarna; działalność Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych
- Inspekcja farmaceutyczna,
- Publiczna służba krwi
- Medycyna pracy

Do kosztów sektora ochrony zdrowia zaliczono koszty zaplecza analityczno-informacyjnego i części badawczej instytutów centralnych (JBR), niezależnie od źródła ich finansowania. Są to:

- Wojewódzkie centra zdrowia publicznego
- Jednostki budżetowe, np. Bank Tkanek, Biuro Praw Pacjenta, Biuro Rozliczeń Międzynarodowych, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Centrum Systemów Organizacyjnych w Ochronie Zdrowia.
- Instytuty (zgodnie z przyjętym wcześniej założeniem, alokowano do tej grupy kosztów 30% kosztów JBR): Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut Matki i Dziecka, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr Jerzego Nofera, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Instytut Reumatologii, Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła, Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka", Centrum Zdrowia Matki Polki, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Narodowy Instytut Leków.

W sporządzonym rachunku kosztów programy polityki zdrowotnej, występujące w wydatkach budżetu państwa, są uwzględnione w kosztach rodzajowych zakładów opieki zdrowotnej.

Tabela 35. Zestawienie zbiorcze kosztów według klasyfikacji rodzajowej w mld PLN

Grupa kosztów	Rodzaje kosztów	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Koszty przypisane świadczeniom zdrowotnym	Koszty wynagrodzeń personelu medycznego (w mld PLN)	13,317	13,101	13,997	15,035	15,189	16,021	16,778	18,825	21,049	
	Leki	13,117	15,709	17,380	18,552	19,675	18,033	19,416	20,265	21,811	
	Materiały medyczne i energia elektryczna zużyta przy świadczeniu usług	1,173	1,411	1,558	1,731	1,751	2,433	2,680	2,898	2,992	
	Sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	1,123	1,145	1,106	1,261	1,330	1,894	2,216	2,428	2,648	
	Utrzymanie infrastruktury amortyzacja	0,961	1,139	1,230	1,374	1,404	1,718	1,788	1,931	2,088	
	Niemedyczny koszt pobytu pacjenta	4,521	4,850	5,139	5,613	5,717	7,132	7,597	8,208	8,468	
	Administracja placówek opieki zdrowotnej i obsługa techniczna	1,567	1,521	1,619	1,733	1,749	1,598	1,638	1,839	2,075	
	Usługi obce w zakresie:										
	Razem	0,851	1,011	1,096	1,222	1,243	0,766	0,832	0,894	0,888	
	remontów	0,314	0,372	0,401	0,446	0,453	0,423	0,468	0,507	0,508	
	transportu	0,537	0,639	0,695	0,776	0,790	0,344	0,364	0,387	0,379	
	Podatki i opłaty	0,231	0,278	0,343	0,426	0,365	0,510	0,527	0,542	0,526	
	Koszty finansowe	0,084	0,204	0,407	0,412	0,451	0,831	0,872	0,750	0,695	
Inne koszty placówek	0,712	0,782	1,060	1,231	1,442	2,051	1,912	1,828	1,787		
Koszty funkcjonowania systemu	Funkcjonowanie płatnika	0,877	0,400	0,730	0,972	0,555	0,441	0,441	0,668	1,062	
	Koszty poboru składki	0,123	0,134	0,151	0,082	0,096	0,060	0,063	0,072	0,076	
	Zaplecze analityczno-informacyjne i część badawcza instytutów centralnych	1,568	1,374	1,570	1,245	1,379	0,894	0,977	1,190	1,681	
Zdrowie publiczne i koordynacja systemu		1,436	1,342	1,214	1,090	1,256	1,933	2,180	2,502	2,566	
Suma		41,661	44,402	48,600	51,976	53,600	56,314	59,916	64,840	70,411	

Źródło: Opracowanie własne

Problemem sporządzonego oszacowania kosztów są liczne niedoszacowania. Poniżej podane zostały zidentyfikowane pozycje niedoszacowania kosztów, dla których nie znaleziono w sprawozdawczości podstaw informacyjnych.

- Nie uwzględniono kosztów inwestycji rozwojowych. Wydatki inwestycyjne finansowane z innych środków niż naliczona amortyzacja, np. z dotacji samorządów, budżetu państwa, czy kredytów nie zostały tu uwzględnione ze względu na zupełnie niewystarczające podstawy informacyjne, a przy bilansowaniu strumieni pieniężnych w całym systemie powinny być uwzględnione.
- Niedoszacowana jest także amortyzacja. Podejście bilansowe nie uwzględnia bowiem faktycznej sytuacji majątkowej placówek, które niejednokrotnie użytkują 'księgowo' umorzony sprzęt (patrz p. 3 w tej części Zielonej Księgi). Z ekonomicznego punktu widzenia bardziej odpowiednim wydaje się zastosowanie podejścia amortyzacji odtworzeniowej.
- Przy szacowaniu kosztów SPZOZ wzięto pod uwagę tylko te zakłady, które złożyły odpowiednie sprawozdania finansowe.
- Główna pozycja niedoszacowania może dotyczyć kosztu zdrowia publicznego. W oszacowanie tej pozycji wyliczony został wprawdzie pełny koszt Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych (WSSE) za poszczególne lata na podstawie sprawozdania o przychodach i kosztach (RZiS) za 2006 rok dla WSSE ogółem i poziomie straty (zakładając ten sam poziom straty w innych latach, co i w 2006) r., jednak oszacowany przychód stacji był znacznie niższy niż przedstawiony rozmiar wykonanych wydatków bieżących budżetu Ministra Zdrowia w tej pozycji. Przykładowo: oszacowany poziom przychodów WSSE w 2004 r. wynosi 210 665 tys. PLN, a według sprawozdania z realizacji budżetu Ministra Zdrowia kwota wydatków wynosi 589 208 tys. PLN. W niniejszych analizach pozostawiono jednak wyliczoną wartość przychodów i wyliczony koszt WSSE, który dla 2004 roku wynosił 753 144 tys. PLN. Podobną sytuację obserwujemy w 2006 r. - kwota przychodów ogółem WSSE wynosiła 235 361 tys. PLN, a według sprawozdania z realizacji budżetu MZ kwota wydatków bieżących była znacznie wyższa – 637 110 tys. PLN.

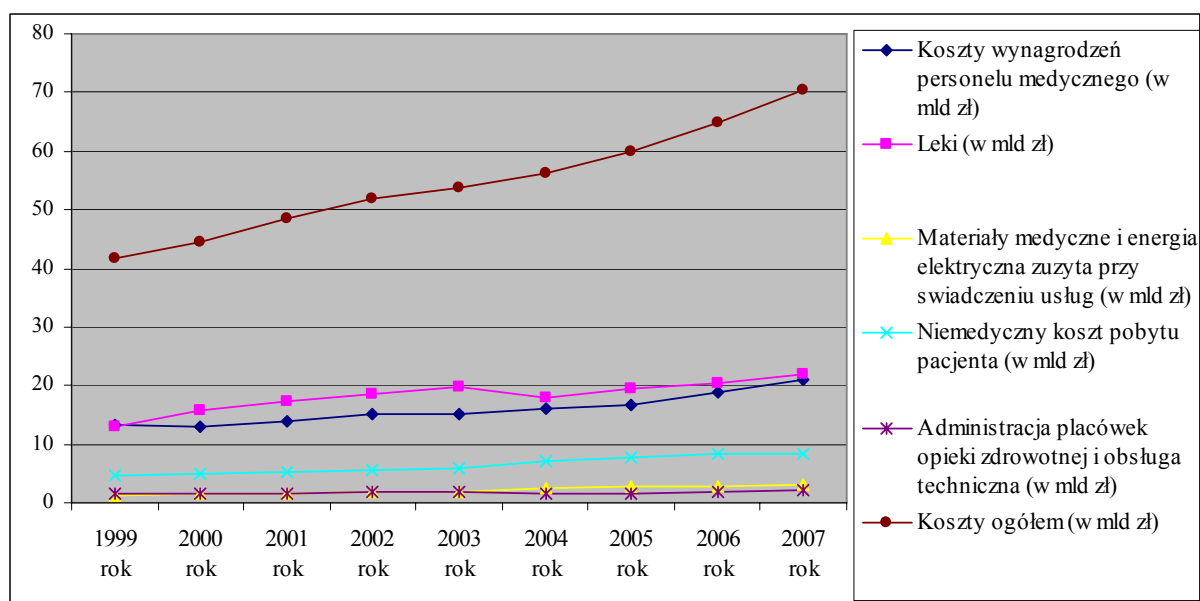
1.5 Wnioski wynikające z oszacowania kosztów systemu ochrony zdrowia

Oszacowane koszty świadczenia usług zdrowotnych, zużywanych produktów medycznych (w tym leków) oraz koszty utrzymania systemu przekroczyły w 2007 r. 70,4 mld PLN. Zagregowane koszty mają tendencję rosnącą, w tempie lekko przewyższającym wzrost cen. W latach 2006 - 2007, w których odnotowano największy wzrost kosztów (odpowiednio o 8,2%, oraz 8,6%) był on wyższy od indeksu wzrostu cen usług zdrowotnych (odpowiednio 101,3 oraz 102,1).

Wysokim tempem wzrostu charakteryzowały się koszty wynagrodzeń (w roku 2006 – o 12,2%) oraz leków (w 2007 r. o prawie 8%). Inne pozycje kosztów także cechował silny wzrost, w tym przede wszystkim koszt materiałów medycznych, energii elektrycznej wykorzystanej przy świadczeniu usług, koszt sprzętu ortopedycznego, usług obcych, utrzymania infrastruktury (wraz z amortyzacją), niemedyczny koszt pobytu pacjenta w szpitalu oraz bardzo wyraźnie koszty różnych opłat finansowych i podatków. Koszty finansowe wzrosły w okresie 1999 - 2007 o prawie 728%, lecz w ostatnich 4 latach zaobserwowano znaczący ich spadek. W porównaniu do roku 2004, w 2007 spadły o 16%. Świadczy to o poprawie sytuacji finansowej jednostek opieki zdrowotnej skutkującej niższym zadłużeniem i zmniejszeniem kosztów jego obsługi.

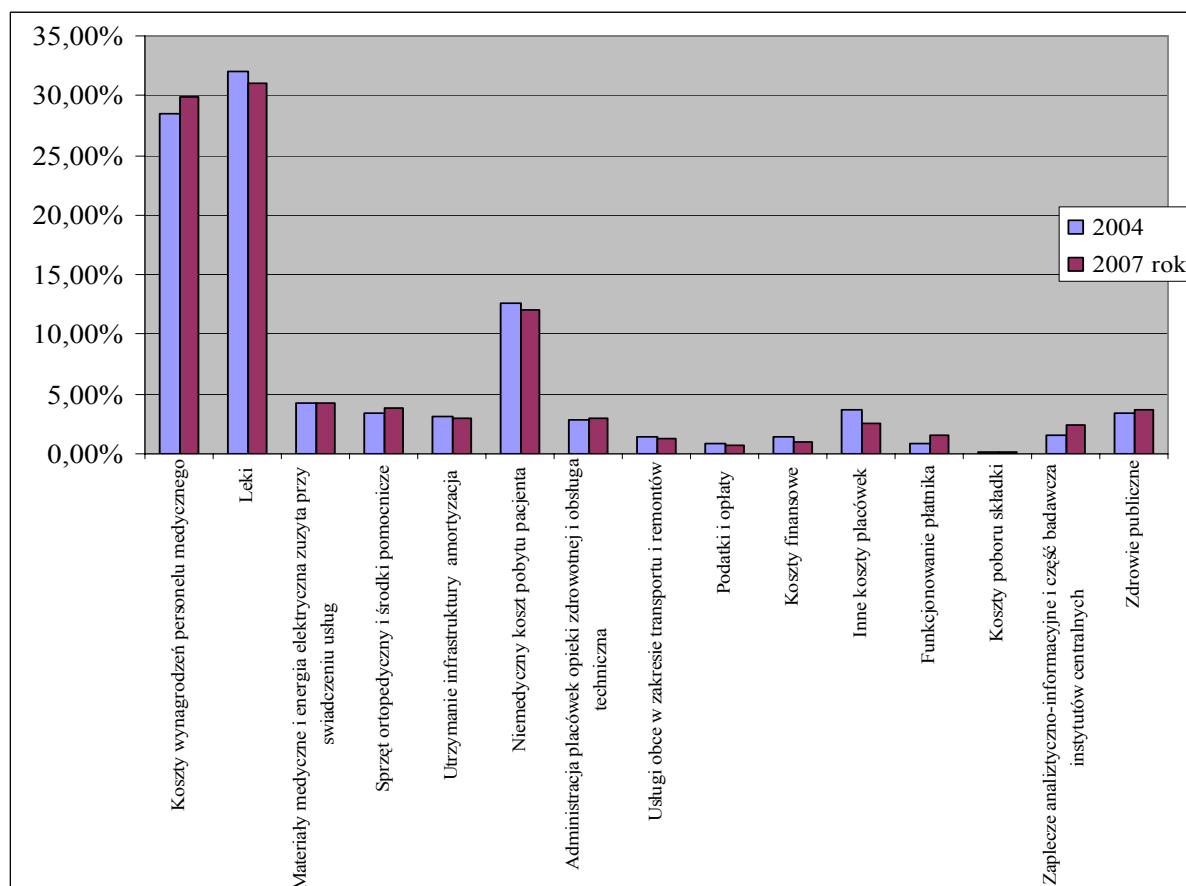
Największy udział w kosztach miały wynagrodzenia personelu medycznego oraz leki. W sumie te dwa rodzaje kosztów generują prawie 2/3 kosztów całkowitych. O ile jednak według szacunków na 1999 r. największą pozycję kosztów stanowiły wynagrodzenia personelu medycznego, to od 2000 r. aż do 2006 dominowały zasadniczo leki (Wykres 17). W roku 2007 wartości tych dwóch pozycji kosztowych wyrównują się z lekką przewagą leków. Udział leków w kosztach całkowitych z 2007 r. sięga 31%, lecz spadł o 1 punkt procentowy w porównaniu do roku 2005 i prawie 6 punktów procentowych w porównaniu do roku 2003. Obserwujemy więc pozytywny trend w tej części kosztów. Rok 2004 zasługuje w tym miejscu na specjalną uwagę. Zaobserwowano w nim znaczące zmniejszenie kosztów leków w systemie (dynamika w porównaniu do roku 2003 wynosiła 91,7 – co oznaczałoby spadek kosztów leków o 8,3%). Może to wynikać z różnej metody gromadzenia i szacowania danych dotyczących rynku otwartego leków w dwóch okresach analizy – w latach 1999 - 2003 korzystano głównie z danych Kamsoftu sp. z o.o., a w obecnym okresie – głównie z danych IMS. Gdyby po głębszej analizie jednak okazało się, że różnice te nie powinny skutkować tak dużą rozbieżnością, należałoby przeprowadzić korektę (w dół) kwoty za 2003 rok - obniżając koszty leków ogółem o kwotę kosztów leków zużywanych przez świadczeniodawców. Mogło bowiem dojść do zdublowania tych kosztów. Spowodowałyby to obniżenie kosztów leków i odpowiednio kosztów systemu w 2003 roku o 2 mld PLN.

Wykres 17. Kształtowanie się poziomu kosztów ochrony zdrowia w latach 1999 – 2004 (mld PLN)



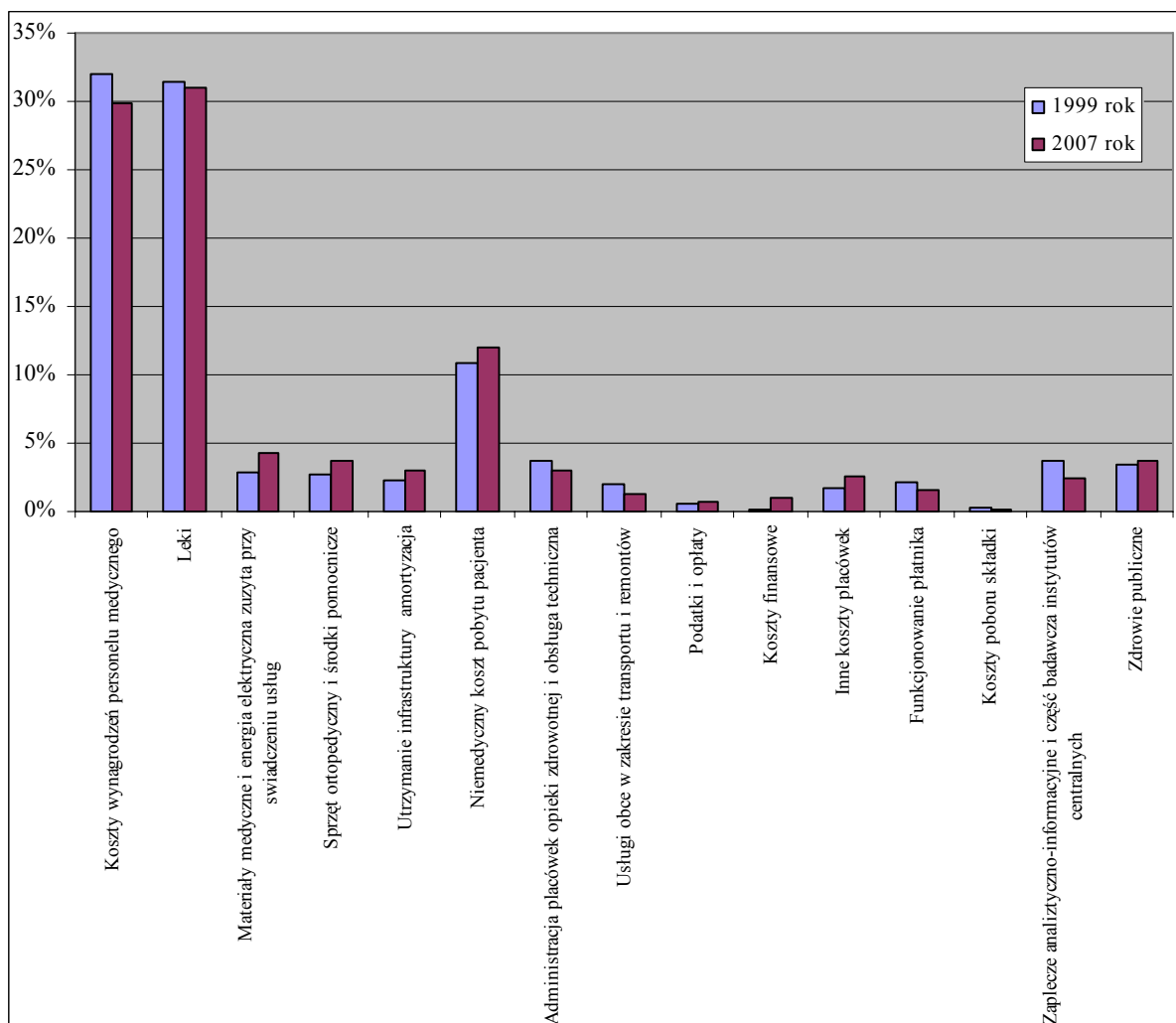
Źródło: Opracowanie własne

Wykres 18. Struktura kosztów w ochronie zdrowia w latach 2004 i 2007



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 19. Struktura kosztów w ochronie zdrowia w latach 1999 i 2007



Źródło: Opracowanie własne

Tabela 36. Wzrost kosztów, rok bazowy = 100.

Grupa kosztów	Rodzaje kosztów	2000/1999	2001/2000	2002/2001	2003/2002	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006	2007/1999
Koszty przypisane świadczeniom zdrowotnym	Koszty wynagrodzeń personelu medycznego (w mld PLN)	98,4	106,8	107,4	101,0	105,5	104,7	112,2	111,8	158,1
	Leki	119,8	110,6	106,7	106,1	91,7	107,7	104,4	107,6	166,3
	Materiały medyczne i energia elektryczna zużyta przy świadczeniu usług	120,3	110,4	111,1	101,1	139,0	110,2	108,1	103,2	255,1
	Sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	102,0	96,6	114,0	105,5	142,4	117,0	109,6	109,1	235,8
	Utrzymanie infrastruktury amortyzacja	118,6	108,0	111,7	102,2	122,4	104,1	108,0	108,1	217,2
	Niemedyczny koszt pobytu pacjenta	107,3	106,0	109,2	101,9	124,8	106,5	108,0	103,2	187,3
	Administracja placówek opieki zdrowotnej i obsługa techniczna	97,1	106,4	107,0	100,9	91,4	102,5	112,3	112,9	132,4
	Usługi obce w zakresie transportu i remontów	118,8	108,4	111,5	101,7	61,6	108,6	107,5	99,3	104,3
	Podatki i opłaty	120,3	123,4	124,2	85,7	139,8	103,3	102,9	96,9	227,6
	Koszty finansowe	242,9	199,5	101,2	109,5	184,2	104,9	86,0	92,7	828,0
Inne koszty placówek	109,8	135,5	116,2	117,1	142,2	93,2	95,6	97,8	251,0	
Koszty funkcjonowania systemu	Funkcjonowanie płatnika	45,6	182,5	133,1	57,1	79,4	100,1	151,3	159,1	121,1
	Koszty poboru składki	109,3	112,4	54,0	117,2	62,4	105,6	114,2	105,9	61,8
	Zaplecze analityczno-informacyjne i część badawcza instytutów centralnych	87,6	114,3	79,3	110,8	64,8	109,3	121,9	141,2	107,2
Zdrowie publiczne i koordynacja systemu		93,5	90,5	89,8	115,2	153,9	112,8	114,8	102,5	178,7
Suma		106,6	109,5	106,9	103,1	105,1	106,4	108,2	108,6	169,0

Źródło: Opracowanie własne

1.6 Rekomendacje

Rachunek kosztów, niezbędny instrument efektywnego zarządzania, tak w skali makro, jak i mikroekonomicznej, wymaga odpowiednio przygotowanej informacji statystycznej. Dotyczy to głównie stosowania w sprawozdawczości rodzajowej klasyfikacji kosztów. Obecne gromadzenie sprawozdań finansowych jest rozproszone, co utrudnia prowadzenie bieżącej oceny sytuacji finansowej z perspektywy całego systemu. Dodatkowym problemem jest niejednorodny zestaw informacji o kosztach zawarty w sprawozdaniach finansowych gromadzonych przez różne instytucje. Obecne sprawozdania gromadzone przez GUS (F02) nie pozwalają na dokładną identyfikację kosztów w ujęciu rodzajowym. Wciąż mankamentem sprawozdawczości finansowej jest brak możliwości jej powiązania z udzielanymi świadczeniami. Konieczne jest zatem podjęcie prac nad przygotowaniem dodatkowej klasyfikacji w stosunku do obowiązujących przepisów o rachunkowości, przeprowadzenie kompleksowego badania poziomu i struktury kosztów u poszczególnych świadczeniodawców według klasyfikacji rodzajowej, zaprezentowanej w Zielonej Księdze oraz w układzie mierników działalności świadczeniodawców, a w końcu - wprowadzenie takiej klasyfikacji jako obowiązującego standardu sprawozdawczości. Przeprowadzenie badania kosztów zgodnie z klasyfikacją rodzajową jest pilne także ze względu na potrzebę implementacji nowoczesnych mechanizmów finansowania świadczeniodawców wprowadzanych w Polsce (Jednorodnych Grup Pacjentów).

Informacje statystyczne dotyczące kosztów ochrony zdrowia są nie tylko gromadzone i klasyfikowane nieadekwatnie do potrzeb alokacji i zarządzania w systemie ochrony zdrowia, ale także rozproszone w różnych instytucjach i niepełne. Konieczne jest, aby były zbierane w jednej instytucji i przetwarzane adekwatnie do potrzeb zarządzania.

2. Zatrudnienie i wynagrodzenia w ochronie zdrowia

Wprowadzenie

W tej części prezentowanego raportu Zielona Księga II przedstawiona została analiza, ukazująca zmiany w liczbie pracujących oraz wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Okres analizy obejmuje lata 1998-2007, przy czym dostępność niektórych danych ograniczona jest do sytuacji na koniec roku 2006. Bardziej szczegółowe omówienie dotyczy okresu od 2004 r., uzupełniającego w stosunku do analiz przedstawionych w Zielonej Księdze I.

Wykorzystano różnorodne źródła informacji statystycznej na temat zatrudnienia oraz wynagrodzeń w ochronie zdrowia, przede wszystkim:

- Biuletyny Informacyjne Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ),
- dane Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) oraz Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL),
- wyniki badań i informacje zawarte w opracowaniach Głównego Urzędu Statystycznego dla poszczególnych dostępnych lat:
 - wyniki październikowych badań wynagrodzeń (PBW), przeprowadzanych co dwa lata (ostatnie w 2006 r.)

- wyniki cokwartalnego badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL),
- dane zawarte w publikacji *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia*,
- dane zawarte w publikacji *Działalność przedsiębiorstw niefinansowych*.
- Internetowe Badanie Wynagrodzeń 2007,
- informacje Ministerstwa Zdrowia o wynagrodzeniach w polskich szpitalach na podstawie badań przeprowadzanych na przełomie lat 2007/2008.

Październikowe badanie wynagrodzeń GUS z lat 2004 i 2006 (oraz dla porównania także z lat 1998, 2001 i 2002) było głównym źródłem informacji jeśli chodzi o wynagrodzenia w jednostkach zatrudniających ponad 9 osób. PBW przeprowadzane są na próbach wielkości ok. 600–700 tysięcy osób i obejmują osoby pełnozatrudnione, które przepracowały pełen miesiąc kalendarzowy w formie umowy o pracę w przeliczeniu na cały etat. Rejestrowane są wynagrodzenia brutto ogółem, zawierające premie, płace za nadgodziny, nagrody. Po uogólnieniu, wyniki są reprezentatywne dla populacji pełnozatrudnionych w firmach powyżej 9 pracujących (co oznacza przykładowo, że niedostatecznie reprezentowane mogą być obszary wiejskie i małe miejscowości).

Ponieważ PBW nie jest reprezentatywne dla całej populacji pracujących, do oszacowania kosztów wynagrodzeń w jednostkach zatrudniających do 9 osób wykorzystano dodatkowo informacje z opracowań GUS *Działalność przedsiębiorstw niefinansowych*.

2.1 Zmiany liczebności personelu medycznego

Do personelu medycznego zaliczono osoby wykonujące zawody, które występują w badaniach statystycznych oraz regulacjach prawnych jako zawody medyczne. Są to: lekarze, lekarze dentyści (stomatolodzy), pielęgniarki, położne, farmaceuci i analitycy medyczni. Oprócz tego do zawodów medycznych zaliczani są ratownicy medyczni oraz fizjoterapeuci i rehabilitanci pracujący w ochronie zdrowia.

Personel medyczny wykonuje swoją pracę w ramach zatrudnienia na podstawie różnych form umów o pracę, albo jako osoby samozatrudnione, w szczególności w ramach praktyk indywidualnych lub grupowych. Dodatkowo w branży tej częste jest podejmowanie zatrudnienia u kilku pracodawców.

Formy kontraktu i zatrudnienia pracowników medycznych w ochronie zdrowia

Umowa o pracę – dominująca forma zatrudnienia w placówkach ochrony zdrowia, wiąże się z podleganiem regulacjom dotyczącym maksymalnego czasu pracy i uprawnień pracowniczych, wynikających z Kodeksu Pracy. W przypadku umów o pracę zawody medyczne posiadają odrębne regulacje prawne dotyczące wymiaru czasu pracy, dyżurów medycznych (oraz długości odpoczynku po nich) i godzin nadliczbowych. Regulacje w tym zakresie zostały zastrzeżone 1 stycznia 2008 r., kiedy weszła w życie nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wdrażająca postanowienia unijnej dyrektywy o czasie pracy.

Umowy cywilno-prawne najczęściej w formie umów-zleceń, zastępują umowy o pracę w całości albo w części dotyczącej świadczenia pracy w ramach dyżurów medycznych.

Samozatrudnienie – osoby prowadzące działalność gospodarczą, które podpisują umowy o świadczenie usług medycznych z zakładem opieki zdrowotnej.

Wszystko to razem powoduje trudności w dokładnym określeniu liczby osób faktycznie pracujących w ochronie zdrowia i liczby godzin ich pracy. Dlatego oszacowanie liczby pracujących w ochronie zdrowia zostało przeprowadzone na kilka sposobów. Najpierw przedstawiono ogólną liczbę osób z prawem wykonywania zawodu, następnie zaprezentowano dane o osobach zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia oraz wykonujących prace w ramach praktyk lekarskich i pielęgniarских (dane Nipie, NIL i CSIOZ) oraz porównano je z danymi o liczbie zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia na podstawie informacji z badania aktywności ekonomicznej ludności GUS. Dodatkowo – na podstawie indywidualnych danych BAEL z lat 2004 - 2007 pokazano przeciętną liczbę godzin pracy lekarzy i pielęgniarzek oraz oszacowano liczbę i odsetek osób pracujących u więcej niż jednego pracodawcy.

Osoby z prawem wykonywania zawodu

Potencjalne maksymalne zasoby siły roboczej określone są przez liczbę osób z prawem wykonywania zawodu medycznego. Pokazuje to jednak wyższe niż rzeczywiste zasoby możliwe do wykorzystania, ponieważ dane te obejmują między innymi osoby, które wyjechały za granicę, zmieniły miejsce zamieszkania w Polsce (i zgłosiły się do innej okręgowej izby lekarskiej czy pielęgniarzkiej) albo odeszły z zawodu, utrzymując formalnie prawo jego wykonywania.

Tabela 37. Personel medyczny w ochronie zdrowia – osoby z prawem wykonywania zawodu w latach 2002-2006

Wyszczególnienie	Liczba (stan 31 XII)				
	lekarze	dentyści	pielęgniarki	położne	farmaceuci
Lata					
2002	130 495	34 409	260 714	32 566	23 063
2003	122 429	32 655	265 200	32 276	24 044
2004	125 053	33 957	268 818	32 504	23 676
2005	126 576	34 379	273 810	32 832	24 499
2006	129 391	34 973	275 188	33 069	22 442
	Wg województw w 2006 r.				
Dolnośląskie	10 313	3 018	22 108	2 226	1 775
Kujawsko-pomorskie	5 669	1 252	13 277	1 777	1 044
Lubelskie	7 505	1 966	16 064	2 041	1 831
Lubuskie	2 396	730	6 420	827	514
Łódzkie	10 074	2 776	23 257	3 040	2 037
Małopolskie	10 988	2 947	27 179	3 514	2 195
Mazowieckie	23 111	6 284	36 023	3 701	2 821
Opolskie	2 393	681	7 251	677	486
Podkarpackie	4 880	1 476	15 197	2 170	1 085
Podlaskie	4 600	1 225	8 476	1 159	628
Pomorskie	7 825	2 301	14 754	1 602	1 423
Śląskie	16 386	3 837	35 739	3 947	2 554
Świętokrzyskie	3 430	918	9 132	1 099	683

Warmińsko-mazurskie	4 248	915	8 818	1 059	624
Wielkopolskie	9 987	2 871	20 959	2 854	2 030
Zachodniopomorskie	5 586	1 776	10 534	1 376	712

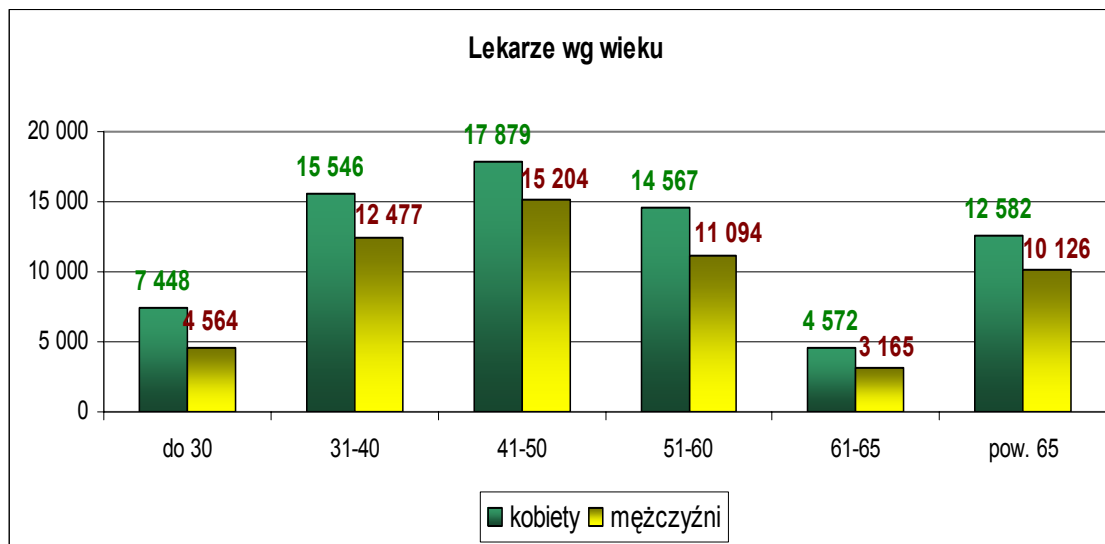
Źródło: GUS 2007

Z powyższej Tabeli widać, że liczba lekarzy oraz pielęgniarek z prawem wykonywania zawodu wzrosła w latach 2003 - 2006, zaś liczba farmaceutów fluktuowała z roku na rok.

Wśród specjalności lekarskich, najczęściej zarejestrowanych jest specjalistów chorób wewnętrznych (15 tys.), następnie medycyny rodzinnej (9,2 tys.), pediatrii (7,3 tys.), położnictwa i ginekologii (6,3 tys.), chirurgii ogólnej (6 tys.), anestezjologii i intensywnej terapii (4,4 tys.) oraz okulistyki (3,1 tys.). Pamiętać przy tym należy o możliwości posiadania kilku specjalizacji przez jednego lekarza. Zjawisko podwójnej specjalizacji lekarzy według informacji z NIL dotyczy prawie 600 osób.

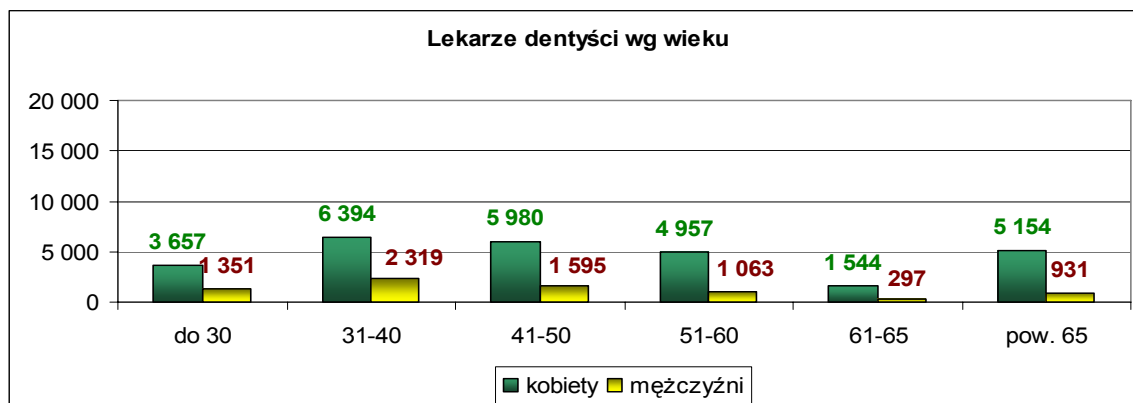
Zarówno wiek, jak i płeć mają wpływ na rzeczywistą aktywność w zawodzie (między innymi ze względu na prawo do emerytury w określonym wieku, różnym dla kobiet i mężczyzn). Dla przybliżenia potencjalnych zasobów siły roboczej należałoby zatem przedstawić dane w podziale względem tych charakterystyk (Wykresy 20-23 poniżej, dla pielęgniarek i położnych bez podziału na płeć, ponieważ znaczącą większość w tej grupie stanowią kobiety).

Wykres 20. Lekarze z prawem wykonywania zawodu wg wieku



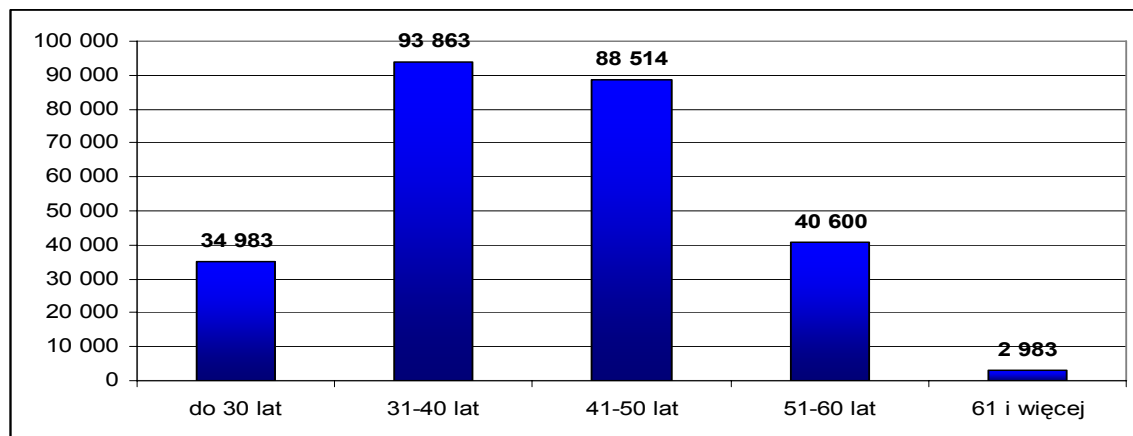
Źródło: CSIOZ na podstawie NIL

Wykres 21. Lekarze dentyści z prawem wykonywania zawodu wg wieku



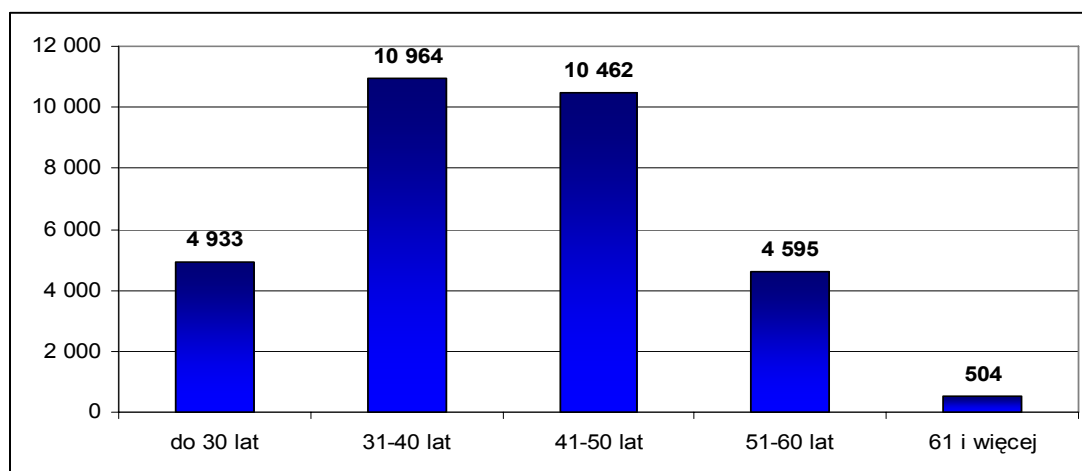
Źródło: CSIOZ na podstawie NIL

Wykres 22. Pielęgniarki z prawem wykonywania zawodu wg wieku (1 sierpnia 2007)



Źródło: NIPiP

Wykres 23. Położne z prawem wykonywania zawodu wg wieku (1 sierpnia 2007)



Źródło: NIPiP

Jak widać, mimo że w Polsce liczba osób z prawem wykonywania zawodu medycznego w ostatnich pięciu latach nie zmieniła się, a dla niektórych grup nawet wzrosła, jednocześnie wiele osób jest już w wieku emerytalnym lub bliskim emerytalnego. Istnieją różnice regionalne. Przykładowo stosunkowo najmłodsza struktura wg wieku pielęgniarek występuje w województwach opolskim i małopolskim, gdzie 20% osób z prawem wykonywania tego zawodu ma najwyżej 30 lat, zaś najstarsze potencjalne zasoby pielęgniarek są w województwie świętokrzyskim, gdzie 21% ma powyżej 50 lat, również położne z prawem wykonywania zawodu są tam przeciętnie starsze – 22% w wieku ponad 50 lat.

Do osób niepracujących w Polsce z powodu osiągnięcia uprawnień emerytalnych należałoby dodać tych, którzy wyjechali w celach zarobkowych zagranicę i tych, którzy nie pracują w zawodzie medycznym. Następny podrozdział pokazuje, ile osób w rzeczywistości jest zatrudnionych w ochronie zdrowia.

Pracujący personel medyczny

Jak wspomniano, spośród osób z prawem wykonywania zawodu niektórzy pracują w ramach zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, inni w ramach umów kontraktowych, umów zlecenia i jako samozatrudniający się, w szczególności prowadzący grupowe i indywidualne praktyki lekarskie i pielęgniarские.

GUS³⁸ podaje, że w 2006 r. w różnych formach zatrudnienia pracowało 312 tysięcy pracowników medycznych: lekarzy, lekarzy dentyistów, farmaceutów, pielęgniarek i położnych, o 2 288 osób więcej niż w 2005 r.. Wśród nich przeważająca część była zatrudniona jako pracownicy medyczni w zakładach opieki zdrowotnej (Tabela 38).

Tabela 38. Pracownicy medyczni zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej (bez resortowych MON, MSWiA, MS) w latach 2002-2006

Wyszczególnienie	Liczba (stan 31 XII)						
	lekarze	dentyści	pielęgniarki	położne	farmaceuci	fizjoterapeuci /rehabilitanci	analitycy medyczni
Lata							
2002	88 070	10 775	185 892	21 743	3 654	4 132	2 857
2003	87 617	10 737	181 291	21 129	3 472	3 603	2 997
2004	83 372	10 081	177 501	21 090	2 366	3 425	2 963
2005	76 046	11 881	178 790	20 832	1 860	3 159	2 804
2006	77 479	12 187	178 781	20 919	1 714	3 053	3 080
Wg województw							
dolnośląskie	5 706	918	1 775	14 057	1 388	1 452	222
kujawsko-pom.	3 810	598	1 044	9 173	1 203	1 132	173
lubelskie	4 483	733	1 831	11 310	1 347	740	86
lubuskie	1 731	418	514	4 640	626	397	61
łódzkie	6 118	1 068	2 037	11 843	1 515	1 050	194
małopolskie	7 227	1 259	2 195	15 404	1 778	1 670	364

³⁸ GUS (2007), *Podstawowe dane z ochrony zdrowia w 2006 r.*, bez personelu medycznego w Domach Pomocy Społecznej; pracujących, dla których głównym miejscem pracy jest praktyka lekarska, pielęgniariska lub położnej, personelu pracującego w MON i MSWiA; osób, dla których głównym miejscem pracy jest Narodowy Fundusz Zdrowia, wyższa uczelnia lub jednostka administracji państwowej lub samorządowej.

mazowieckie	11 811	1 374	2 821	24 068	2 517	2 123	452
opolskie	1 688	319	486	4 425	442	402	71
podkarpackie	3 851	904	1 085	10 405	1 465	1 303	144
podlaskie	2 662	450	628	5 781	786	408	151
pomorskie	4 302	602	1 423	9 307	1 066	848	103
śląskie	10 257	1 452	2 554	25 117	2 561	2 367	485
świętokrzyskie	2 597	348	683	6 438	706	614	80
warmińsko-mazurskie	2 314	346	624	5 927	776	470	106
wielkopolskie	5 582	649	2 030	13 850	1 853	1 034	283
zachodniopomorskie	3 340	749	712	7 036	890	894	105

Źródło: GUS (2007) Podstawowe dane z ochrony zdrowia w 2006 r., CSIOZ

Według przedstawionych danych w 2006 roku w placówkach służby zdrowia pracowało 77 479 lekarzy (60% spośród zarejestrowanych osób z prawem wykonywania zawodu), 12 181 lekarzy stomatologów (35%), 179 269 pielęgniarek (65%) oraz 20 919 położnych (63%). Daje to razem blisko 290 tysięcy obsadzonych etatów w ochronie zdrowia w tych głównych grupach personelu medycznego.

Jak widać, liczba osób faktycznie pracujących w ochronie zdrowia spada w ostatnich latach, czyli odwrotnie niż pokazywana poprzednio liczba osób z prawem wykonywania zawodu. Tabela 39 pokazuje, że spadek ten dotyczy także wskaźnika względnego, czyli liczby pracującego personelu medycznego przypadającego na 10 tysięcy mieszkańców.

Tabela 39. Zatrudniony personel medyczny na 10 tys. mieszkańców

Wyszczególnienie	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Lekarze	23,3	22,6	22,0	22,8	29,0	22,9	22,4	19,9	20,3
Stomatolodzy	4,5	3,4	3,0	3,2	2,8	2,8	3,6	3,4	3,2
Pielęgniarki	55,1	51,0	49,1	48,6	48,6	47,5	47,4	46,9	47,0
Położne	6,3	5,9	5,7	5,7	5,7	5,5	5,7	5,5	5,5

Źródło: CZIOS

Należy zwrócić uwagę na zróżnicowanie dostępności personelu w różnych województwach. Różnice między województwami z minimalną i maksymalną liczbą różnych grup personelu medycznego na 10 tysięcy ludności są ponad dwukrotne dla stomatologów i ratowników medycznych, zaś ponad trzykrotne dla analityków medycznych i magistrów rehabilitacji.

Tabela 40. Personel w placówkach służby zdrowia - wskaźnik na 10 tys. ludności w 2006 r

Wyszczególnienie	<i>średnio</i>	<i>max</i>	<i>min</i>
Lekarze	20,3	Łódzkie 23,8	Opolskie/ Warmińsko-mazurskie 16,2
Stomatolodzy	3,2	Zachodniopomorskie 4,4	Wielkopolskie 1,9
Pielęgniarki	47,0	Śląskie 53,8	Wielkopolskie 41,1
Położne	5,5	Podkarpackie 7,0	Opolskie 4,2
Analitycy medyczni	0,8	Podlaskie 1,3	Lubelskie 0,4
Ratownicy medyczni	1,4	Zachodniopomorskie 2,5	Łódzkie/Śląskie/ Świętokrzyskie 1,0

Mgr rehabilitacji	0,8	Małopolskie 1,2	Podlaskie 0,3
-------------------	-----	--------------------	------------------

Źródło: CSIOZ

Jak pokazują dane Eurostatu w porównaniu z innymi krajami europejskimi Polska wypada szczególnie źle, jeśli chodzi o pielęgniarki w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców, najlepiej, jeśli chodzi o położne, dość wysoko jeśli chodzi o farmaceutów i znów gorzej w przypadku lekarzy i fizjoterapeutów oraz innego personelu medycznego.

Tabela 41. Personel medyczny w krajach Europy w 2005 r. (lub najnowszy rok, dla którego dostępne były dane)

Kraje	lekarze	dentyści	farmaceuci	pielęgniarki	położne	fizjoterapeuci
Belgia	40,0	8,3	11,1	62,7	5,2	24,2
Bułgaria	36,5	8,4	1,7	40,5	4,5	0,6
Czechy	35,6	6,74	5,7	80,4	4,1	6,9
Dania	30,8	8,39	2,1	142,8	2,4	14,3
Niemcy	34,1	7,58	5,6	97,5	2,1	9,8
Estonia	31,9	8,94	6,3	62,6	3,2	-
Irlandia	-	-	-	-	-	4,8
Hiszpania	36,5	-	-	-	-	0,4
Francja	-	-	-	51,2	1,2	10,2
Włochy	-	-	-	49,7	2,1	11,1
Cypr	25,8	9,5	2,1	-	-	0,6
Łotwa	29,2	6,8	5,9	-	-	1,2
Litwa	-	-	-	59,1	2,0	8,3
Luksemburg	32,8	7,5	8,1	56,4	3,2	9,7
Węgry	27,8	4,5	7,5	93,8	1,3	2,1
Malta	-	-	12,2	71,5	1,5	6,5
Holandia	19,2	-	1,7	50,9	5,5	22,2
Austria	34,7	5,1	6,1	36,5	-	-
Polska	21,4	3,2	5,8	-	-	4,3
Portugalia	26,8	0,4	-	74,7	0,3	1,1
Rumunia	21,7	4,7	4,3	-	-	-
Słowenia	23,0	6,0	4,2	-	-	4,8
Słowacja	30,4	4,4	5,9	-	7,18	3,6
Finlandia	24,5	8,7	16,1	95,5	5,2	22,5
Szwecja	34,8	8,2	7,3	-	3,36	11,9
Wlk. Brytania	23,6	4,7	6,5	-	-	4,1
Chorwacja	23,9	6,8	5,2	-	6,83	4,3
Macedonia	-	-	-	138,3	6,81	1,2
Turcja	13,9	2,5	3,4	246,4	4,96	0,1
Islandia	36,8	9,6	-	-	-	14,0
Norwegia	36,3	8,4	-	83,9	3,641	19,6
Szwajcaria	19,8	4,4	2,3	-	-	-

Źródło: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/>, data dostępu: 23.06.2008

Jeśli chodzi o praktyki lekarskie, jak wspomiano już w Zielonej Księdze I, powszechnym zjawiskiem jest łączenie zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej z

działalnością indywidualną w formie praktyki lekarskiej. Praktyki stanowiące podstawowe miejsce pracy lekarzy stanowią niewielką część, prawdopodobnie częściej dla dentystów niż lekarzy innych specjalności. Dodatkowo, w przypadku praktyk grupowych nie jest znana liczba lekarzy pracujących w ramach danej praktyki.

GUS (2007) podaje, że w 2006 r. zwiększyła się liczba indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich, realizujących świadczenia zdrowotne ambulatoryjnej opieki w ramach środków publicznych.

Tabela 42. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001– 2006

Liczba praktyk/rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Praktyki lekarskie	3 596	3 767	4 237	4 343	3 848	3 810
Praktyki stomatologiczne	2 812	3 229	3 603	3 627	3 735	4 352

Źródło: GUS 2007, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia

Innym źródłem informacji o liczbie osób pracujących w ochronie zdrowia i ich charakterystykach (oraz cechach ich pracy) jest badanie aktywności ekonomicznej ludności, przeprowadzane kwartalnie przez GUS. Oszacowania BAEL podają następujące liczby dotyczące zatrudnienia w sektorze ochrony zdrowia i opieki społecznej w latach 2004-2007:

Tabela 43. Osoby pracujące w gospodarce ogółem i w dziale ochrona zdrowia i opieka społeczna w latach 2004-2007 (w tys.)

Osoby pracujące/Rok	2004	2007
pracujący w gospodarce	13 795	15 333
pracujący w ochronie zdrowia i opiece społecznej	824	871
- specjaliści w ochronie zdrowia	162	b.d.*
- średni personel w ochronie zdrowia	78	b.d.*

*Dane BAEL dostępne dla 2007 r. pozwalały jedynie na wyodrębnienie szerszych grup zawodowych.

Źródło: obliczenia własne na podst. BAEL GUS

Z danych BAEL wynika, że liczba osób, które określiły się w badaniu jako pracujące w ochronie zdrowia w 2004 r. wynosiła około 240 tysięcy osób, czyli mniej niż wynika z danych podawanych na podstawie poprzednio podawanych zestawień liczby pracujących. Różnice mogą wynikać z różnych przyczyn. Po pierwsze pewne osoby mogły podawać kod innego zawodu wykonywanego niż 22 i 32 według *Międzynarodowej Klasyfikacji Zawodów ISCO-1988*. Po drugie badane osoby często pracowały w kilku miejscach pracy (co dokładniej omawia kolejny podrozdział), mogły zatem być liczone kilkakrotnie w statystykach opartych na danych od pracodawców.

2.2 Czas i formy pracy personelu medycznego

Różnica między wielkością zatrudnienia według liczby etatów i liczby pracujących w określonych zawodach częściowo może być wyjaśniona wieloetatowością. Do pokazania czasu i liczby miejsc pracy wykorzystano indywidualne dane reprezentatywnego dla Polski badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL) z lat 2004 i 2007.

Tabela 44. Posiadający pracę dodatkową w gospodarce ogółem oraz w dziale ochrona zdrowia i opieka społeczna w latach 2004-2007

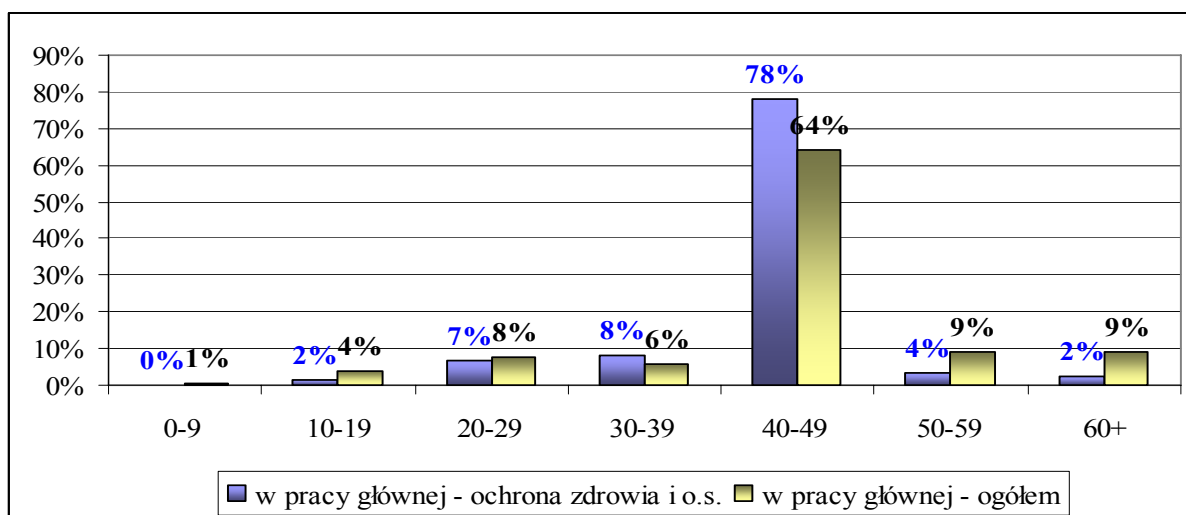
Rok	2004	2007
dodatkowa praca ogółem (tys.)	1 064	1 154
dodatkowa praca ochrona zdrowia (tys.)	118	110
udział dodatkowa praca ogółem	7,7%	7,5%
udział dodatkowa praca ochrona zdrowia	14,3%	12,6%

Źródło: obliczenia własne na podst. BAEL GUS

Jak widać, pracownicy ochrony zdrowia i opieki społecznej częściej niż średnio w całej gospodarce mają dodatkową pracę, choć między 2004 a 2007 rokiem widać spadek odsetka takich pracowników z 14,3 do 12,6 procent.

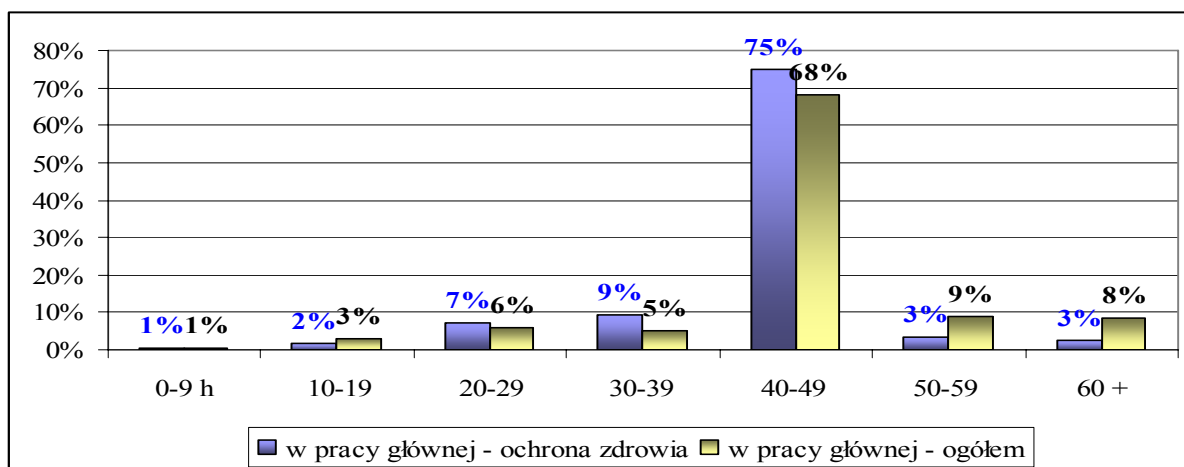
Analizując tygodniową liczbę godzin pracy w pierwszym miejscu pracy widać także, że takie osoby częściej pracują na pełen etat, za to mniej często powyżej 50 godzin w tygodniu.

Wykres 24. Liczba godzin pracy w tygodniu w 2004 r.



Źródło: obliczenia własne na podst. BAEL GUS

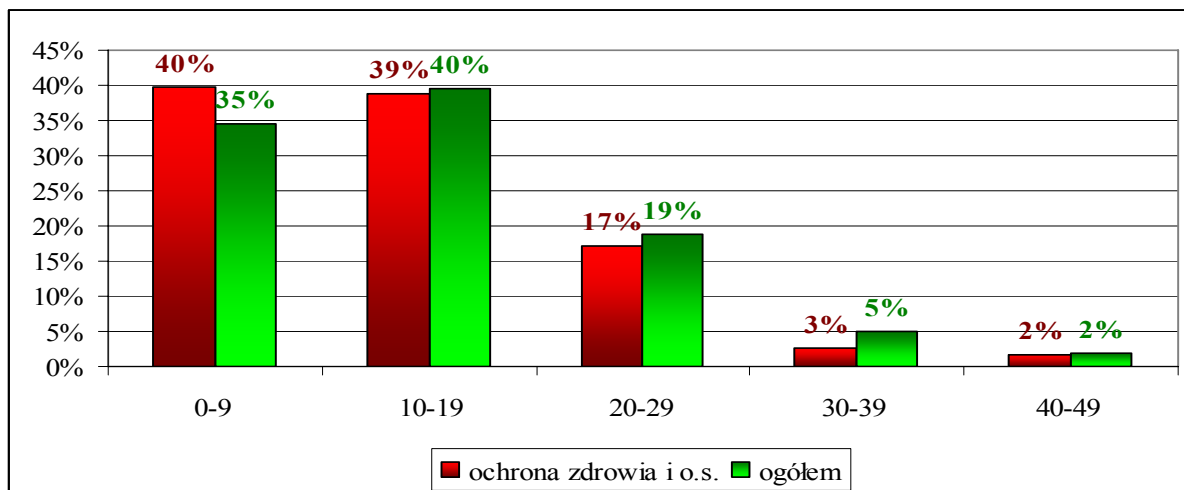
Wykres 25. Liczba godzin pracy w tygodniu w 2007 r.



Źródło: obliczenia własne na podst. BAEL GUS

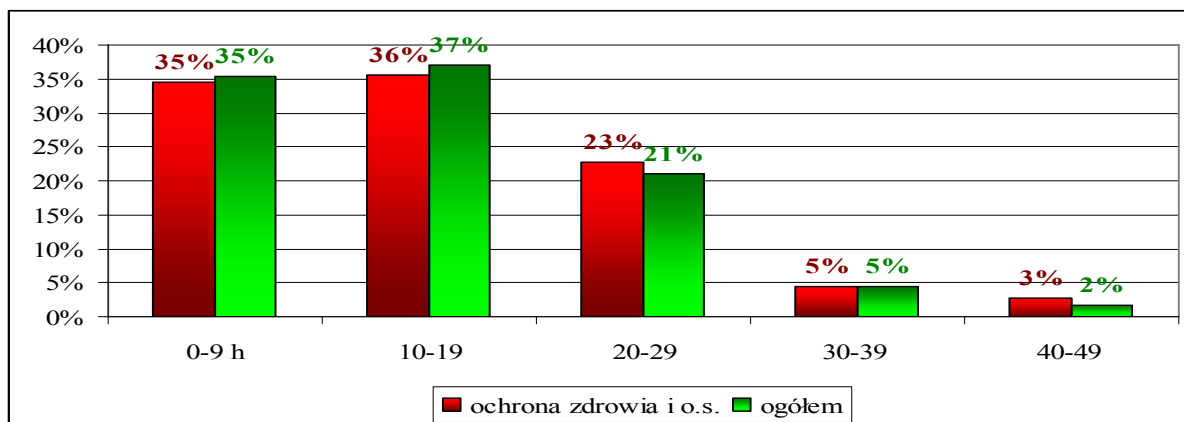
Z kolei w pracy dodatkowej liczba godzin tam przepracowanych dla ochrony zdrowia i opieki społecznej nie różni się istotnie od średniej dla wszystkich posiadających dodatkowe zatrudnienie. Należy jednak pamiętać, że większy odsetek pracujących w tym sektorze takie zatrudnienie podejmuje.

Wykres 26. Liczba godzin pracy w pracy dodatkowej (tylko dla osób mających pracę dodatkową) w tygodniu w 2004 r.



Źródło: obliczenia własne na podst. BAEL GUS

Wykres 27. Liczba godzin pracy w pracy dodatkowej (tylko dla osób mających pracę dodatkową) w tygodniu w 2007 r.



Źródło: obliczenia własne na podst. BAEL GUS

W ochronie zdrowia w pracy dodatkowej nie pracuje się ani częściej ani dłużej niż przeciętnie w gospodarce. Jednak ci, którzy podejmują pracę dodatkową, pracują częściej w skali 20-29 godzin tygodniowo, czyli dość dużo, jeśli wziąć pod uwagę, że pierwsze miejsce pracy jest zwykle miejscem pracy w pełnym wymiarze czasu.

2.3 Zarobki i wynagrodzenia w ochronie zdrowia

Po 2004 r. na wynagrodzenia w ochronie zdrowia wpływ miały m.in. odroczone roszczenia uprawnień z tytułu tzw. „ustawy 203” w kolejnych latach, związane z wypłatą podwyżek³⁹ oraz w ostatnim roku realizacja ustawy z 22 lipca 2006 r. roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz.U. Nr 149 poz. 1076 z późn. zm.).

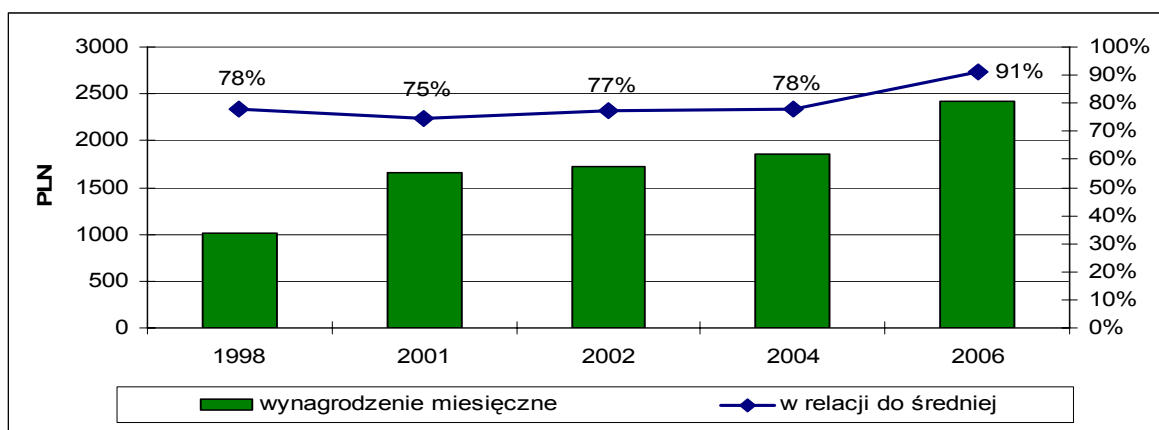
Dostępne informacje o wynagrodzeniach pozwalają pokazać przeciętne wynagrodzenie etatowe oraz oszacować udział kosztów wynagrodzeń w kosztach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Z powodów związanych z różnym czasem pracy, wieloma miejscami pracy i różnymi formami umów o pracę i kontraktów, informacja o wynagrodzeniach nie pokrywa się z informacją o zarobkach – czyli sumie wynagrodzeń za pracę z różnych źródeł – poszczególnych grup personelu w ochronie zdrowia.

³⁹ Według tzw. ustawy 203, w 2001 roku płace pracowników służby zdrowia miały wzrosnąć o 203 zł brutto, a w następnym roku - o 170 PLN W ustawie nie ustalono jednak, kto miał przekazać szpitalom i przychodniom pieniądze na ten cel. Część placówek wypłaciła pracownikom podwyżki, ale działające wówczas Kasy Chorych odmówiły zwrotu poniesionych kosztów.

Przeciętne wynagrodzenia w latach 2004-2006

Wraz z polepszającą się po 2003 r. sytuacją na rynku pracy wynagrodzenia za pracę w całej gospodarce w ostatnich latach rosły realnie i nominalnie. PBW z kolejnych lat pozwalają pokazać, jak zmieniały się przeciętne wynagrodzenia brutto osób zatrudnionych miesięcznie i na godzinę pracy. Wykres 28 pokazuje te zmiany dla działu ochrona zdrowia i opieka społeczna w porównaniu do przeciętnej we wszystkich badanych firmach (powyżej 9 zatrudnionych).

Wykres 28. Przeciętne wynagrodzenie brutto w dziale: ochrona zdrowia i opieka społeczna oraz w relacji do przeciętnej w gospodarce



Źródło: GUS: PBW, odpowiednie lata

Można zauważyć, że przeciętne wynagrodzenie w omawianym sektorze oscylowało na poziomie nie przekraczającym 80% przeciętnej w całej gospodarce aż do ostatniego badania w 2006 r., kiedy można było zauważyć wzrost relatywnych wynagrodzeń. Tabela poniżej dodatkowo prezentuje zarobki na godzinę pracy i populację, której dotyczą zestawienia w dwóch ostatnich badaniach.

Tabela 45. Zarobki brutto w jednostkach działu ochrona zdrowia i opieka społeczna zatrudniających powyżej 9 osób w latach 2004 i 2006

Rok	Liczba pracowników po uogólnieniu wyników w tys.	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto		Przeciętne godzinowe wynagrodzenie brutto	
		w PLN	w relacji do średniej w badanych firmach (%)	w PLN	w relacji do średniej w badanych firmach (%)
2004	543,8	1 850,3	78,1	11,35	78,8
2006	594,1	2 417,9	91,1	14,18	91,2
<i>Dynamika nominalnie 2006/2004</i>	--	130%	--	125%	--

Źródło: GUS 2007, *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2006 r.*, Warszawa; GUS 2005, *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2004 r.*, Warszawa

Dla mniejszych jednostek wykorzystano informacje zbierane przez GUS na temat działalności przedsiębiorstw niefinansowych. W mniejszych firmach po pierwsze wynagrodzenia są niższe, po drugie - nie było zauważalnego istotnego wzrostu wynagrodzeń w ochronie zdrowia i opiece społecznej w relacji do średniej między 2004 a 2005 rokiem.

Tabela 46. Zarobki w jednostkach działu ochrona zdrowia i opieka społeczna zatrudniających do 9 osób w latach 2004-2006

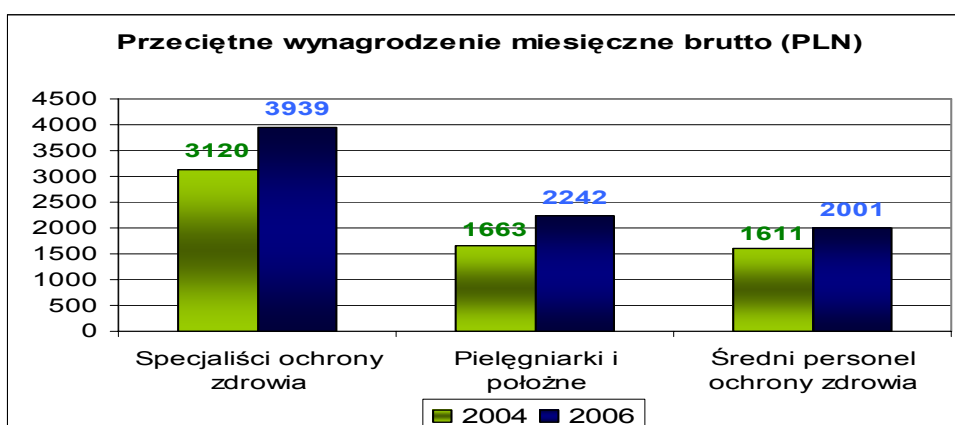
Rok	Liczba pracowników	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto	
	w tys.	w PLN	w relacji do średniej w badanych firmach (%)
2004	95,5	1 412	77
2005	105,9	1 451	76
2006	99,9	1 645	76
Dynamika nominalnie 2006/2004	--	117%	--

Źródło: GUS, Działalność przedsiębiorstw niefinansowych w 2004, 2005, 2006

Powyższe wstępne dane pokazują, że płace nominalne w ochronie zdrowia w ostatnich latach wzrosły, poprawiła się też ich relacja do przeciętnych wynagrodzeń, zaś wzrost był większy w większych firmach (powyżej 9 zatrudnionych).

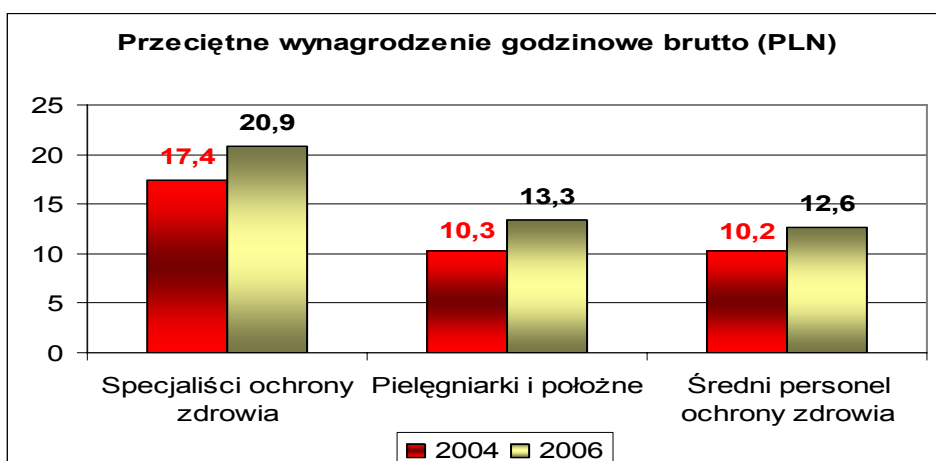
Wyniki analiz w podziale na różne grupy zawodowe personelu ochrony zdrowia zaprezentowane zostały na kolejnych wykresach. Dane te obrazują sytuację w większych firmach i oparte zostały na wynikach dwóch ostatnich PBW.

Wykres 29. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto (w PLN)



Źródło: GUS, PBW 2004 i 2006

Wykres 30. Przeciętne godzinowe wynagrodzenie brutto (w PLN)



Źródło: GUS, PBW 2004 i 2006

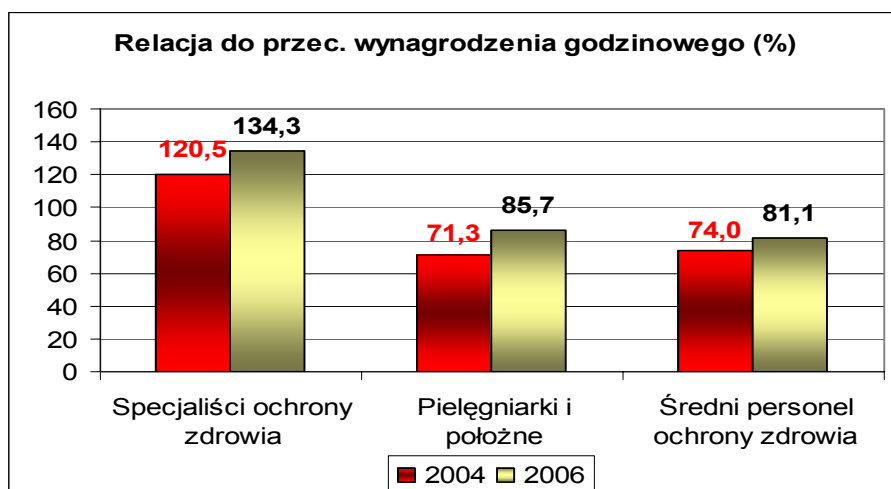
Między 2004 a 2006 rokiem relatywnie najbardziej wzrosły wynagrodzenia brutto pielęgniarek i położnych; o 35% wynagrodzenie miesięczne i o 30% godzinowe. Wynagrodzenia specjalistów ochrony zdrowia przy przeliczeniu na cały etat są najwyższe wśród wszystkich trzech rozpatrywanych grup zawodowych i między 2004 a 2006 r. w zakładach zatrudniających powyżej 9 osób wzrosły o 26% (o 20% wg wskaźnika zarobków godzinowych).

Wykres 31. Relacja przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w ochronie zdrowia do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce



Źródło: GUS, PBW 2004 i 2006

Wykres 32. Relacja przeciętnego godzinowego wynagrodzenia w ochronie zdrowia do przeciętnego godzinowego wynagrodzenia w gospodarce



Źródło: GUS, PBW 2004 i 2006

Relacja wynagrodzeń za godzinę pracy była w badanych latach niższa niż wynagrodzeń miesięcznych dla specjalistów, porównywalna dla pielęgniarek i położnych, zaś wyższa niż wynagrodzeń miesięcznych dla średniego personelu ochrony zdrowia.

Wynagrodzenia po 2006 r.

Dla okresu po 2006 r. nie ma jednolitych danych na temat wynagrodzeń, które byłyby bezpośrednio porównywalne z zaprezentowanymi powyżej. Jednak ponieważ w tym okresie w ochronie zdrowia miały miejsce protesty oraz negocjacje w sprawie podwyższenia wynagrodzeń personelu medycznego, ważne jest pokazanie ich odczuwalnych skutków w konkretnych przypadkach i konkretnych miejscach.

Wykorzystano do tego dwa źródła danych. Pierwszym jest Internetowe Badanie Wynagrodzeń, które pokazuje strukturę i wzrost wynagrodzeń w dziale ochrona zdrowia (wg deklaracji respondentów) między 2006 a 2007 rokiem. Należy jednak podkreślić, że ponieważ badanie to bazuje w na dobrowolnie wypełnianych ankietach internetowych, jego wyniki powinny być traktowane bardziej jako sondaż i mogą nie być reprezentatywne.

Tabela 47. Rozkład zarobków netto w ochronie zdrowia w 2007 r.

Wielkość próby	10% zarabia poniżej	25% zarabia poniżej	mediana	25% zarabia powyżej	10% zarabia powyżej	Zmiana 2007/2006
2 232	1 300	1 600	2 100	3 200	5 500	23,3%

Źródło: Internetowe Badanie Wynagrodzeń (2007)

Raport z badania sugeruje wzrost nominalnych zarobków w ochronie zdrowia przeciętnie o 23% między 2006 a 2007 rokiem.

Drugie źródło danych – badania Ministerstwa Zdrowia – pozwoliło na przedstawienie poziomu przeciętnych miesięcznych wynagrodzeń osób pracujących w SPZOZ dla różnych grup zawodowych i przy różnych rodzajach kontraktów.

W czerwcu 2007 r. objęto badaniem jednostki zatrudniające personel medyczny łącznie na 315 089,9 etatów we wszystkich województwach. Przeciętne wynagrodzenie na etat w podziale na siedem grup zawodowych prezentuje Tabela poniżej.

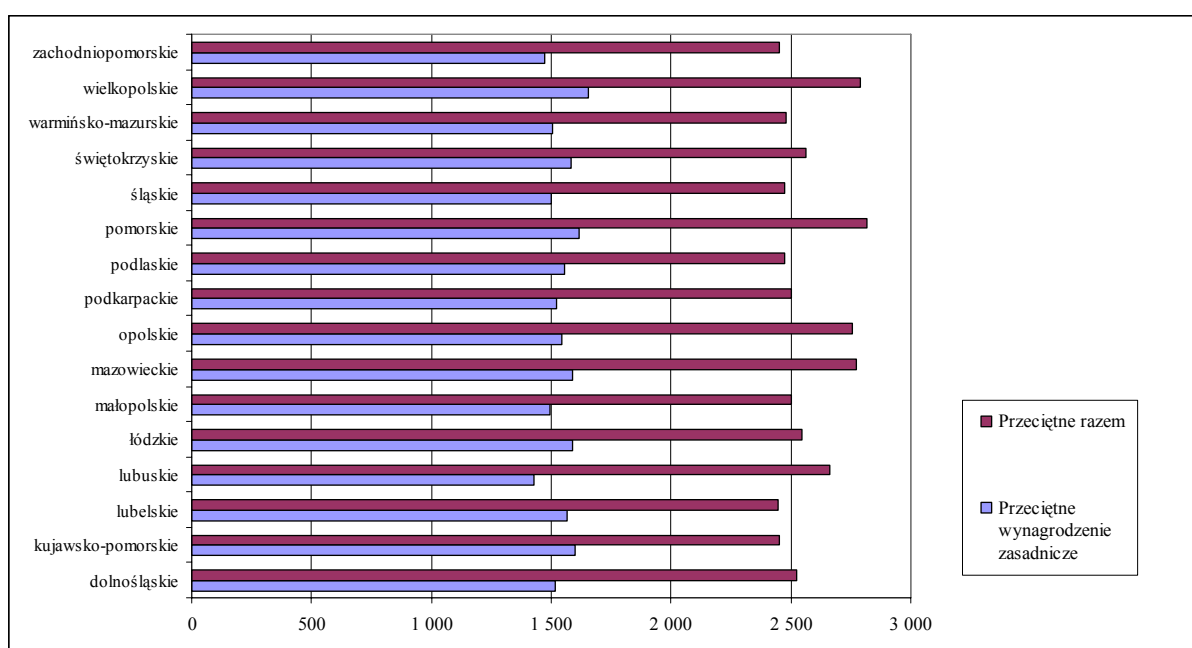
Tabela 48. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej na podstawie umów o pracę wg wybranych grup zawodowych - czerwiec 2007 r.

Wyszczególnienie	Przeciętne wynagrodzenie zasadnicze	Przeciętne wynagrodzenie z dyżurami i pozostałymi składnikami wynagrodzenia
Lekarze specjaliści	2 505,24	5 405,42
Lekarze bez specjalizacji	1 815,27	3 330,22
Specjalistki pielęgniarki i położne	1 703,09	2 681,31
Starsze pielęgniarki i położne	1 479,94	2 374,01
Pielęgniarki i położne	1 374,48	2 123,49
Inny wyższy personel medyczny	1 893,36	2 983,35
Inny średni personel medyczny	1 380,51	2 044,05
Pozostały personel dział. podstawowej	1 218,80	1 799,75

Źródło: MZ

Zróznicowanie wynagrodzeń zasadniczych w województwach nie jest duże (Wykres 33), choć różni się w grupach zawodowych. Przykładowo, średnio najwięcej zarabiający lekarze specjaliści w województwie z najwyższymi zarobkami w tej grupie (warmińsko-mazurskim) mają wynagrodzenia zasadnicze o 30% wyższe niż w województwie o najniższych wynagrodzeniach (łódzkim). Dla pielęgniarek i położnych ze specjalizacją różnica ta wynosi 35% (najlepiej wynagradzane w województwie opolskim, najniżej w zachodniopomorskim).

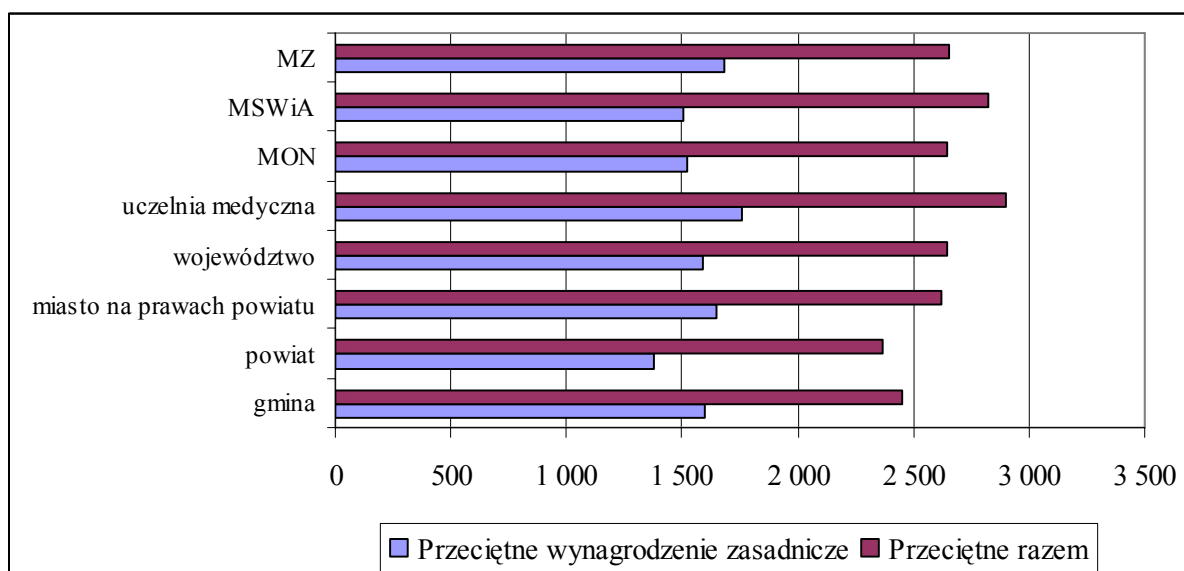
Wykres 33. Wynagrodzenia personelu medycznego w SP ZOZ na podstawie umowy o pracę wg województw, czerwiec 2007



Źródło: MZ

Wynagrodzenia analizowano także według typów organu sprawującego nadzór na podstawie informacji z 1637 przebadanych jednostek. Wykres poniżej prezentuje przeciętne i całkowite wynagrodzenia dla wszystkich rodzajów zawodów medycznych.

Wykres 34. Wynagrodzenia personelu medycznego w SP ZOZ na podstawie umowy o pracę wg organu nadzorującego, czerwiec 2007



Źródło: MZ

Badania przeprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia na temat wynagrodzeń brutto w grudniu 2007 i w styczniu 2008 roku pozwalają na bardzo wstępną ocenę skutków wejścia w życie (od 1 stycznia 2008 r.) nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, dzięki której do polskiego prawa wdrożone zostały postanowienia unijnej dyrektywy o czasie pracy, a także skutki zmian legislacyjnych z ostatnich lat. Podkreślić tu należy, że ponieważ analizowano zmiany między dwoma kolejnymi miesiącami w roku, wpływ na wyniki mogą mieć również czynniki sezonowe związane z czasem pracy w miesiącu (więcej dni świątecznych w grudniu, czas ferii w niektórych województwach, co wpływa na liczbę dyżurów i przepracowanych godzin).

Tabele poniżej pokazują relatywne zmiany wynagrodzeń brutto różnych rodzajów pracowników medycznych między grudniem a styczniem na podstawie danych zebranych dla 458 szpitali (436 publicznych i 22 niepubliczne).

Tabela 49. Zmiany średnich wynagrodzeń brutto lekarzy w szpitalach publicznych i niepublicznych z tytułu umów o pracę między XII 2007 r. a I 2008 r.

	Wynagrodzenie zasadnicze	Wynagrodzenie łączne
Ordynator, zastępca ordynatora	119%	117%
Lekarz z II stopniem specjalizacji	124%	119%
Lekarz z I stopniem specjalizacji	125%	117%
Lekarz bez specjalizacji	101%	100%

Źródło: MZ

Tabela 50. Zmiany średnich wynagrodzeń brutto pielęgniarek i położnych w szpitalach publicznych i niepublicznych z tytułu umów o pracę między XII 2007 r. a I 2008 r.

	Wynagrodzenie zasadnicze	Wynagrodzenie łączne
Specjalistki pielęgniarki i położne	113%	103%
Starsze pielęgniarki i położne	107%	110%
Pozostałe pielęgniarki i położne	107%	101%

Źródło: MZ

Wyższe maksymalne wynagrodzenia w przypadku umów o pracę występują w szpitalach publicznych, w szpitalach niepublicznych (z których otrzymano informacje) rozkład wynagrodzeń jest mniej zróżnicowany. Podobnie wyższe wynagrodzenie w ramach umów cywilnoprawnych można było zaobserwować w szpitalach niepublicznych.

Przy analizie umów cywilnoprawnych nie uwzględniono wynagrodzeń dyrektorów i ich zastępców oraz lekarzy rezydentów i stażystów. Informacja zawiera tylko dane dla osób, dla których można było obliczyć stawkę godzinową i liczbę godzin przepracowanych w miesiącu. W rezultacie otrzymano następujące informacje o zmianach wynagrodzeń godzinowych między grudniem 2007 r. a styczniem 2008 r. w trzech rodzajach umów cywilno-prawnych lekarzy w badanych szpitalach:

- zatrudnienie w zakładach opieki zdrowotnej wyłącznie na podstawie umowy cywilnoprawnej przy pracy odpowiadającej normalnym godzinom pracy na etacie jak i zabezpieczającej opiekę nad pacjentami w trakcie trwania dyżurów – wzrost stawki za godzinę pracy od 10% do 42%,
- zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, zaś dyżury w oparciu o umowę cywilnoprawną – od 4 do 42% wzrostu stawki godzinowej w umowie cywilnoprawnej,
- zatrudnienie w oparciu o umowę cywilnoprawną do opieki wyłącznie w trakcie trwania dyżurów w nocy i w weekendy – wzrost stawek od 0 do 33%.

2.4 Koszty pracy w sektorze zdrowotnym

Wielkości wydatków na wynagrodzenia w ochronie zdrowia, w szczególności wynagrodzenia personelu medycznego, są trudne do precyzyjnego ustalenia. Przyczyną tego zjawiska jest różnorodność form zatrudnienia osób świadczących pracę w ochronie zdrowia.

Rachunki zysków i strat za lata 2004-2006 dla grupy PKD 851 "Działalność w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego" pokazują, że wynagrodzenia w relacji do kosztów działalności operacyjnej wynosiły 35,5% w 2004 r., 34,2% w 2005 r. oraz 34,4% w roku 2006. W Zielonej Księdze I przeciętny roczny udział kosztów wynagrodzeń dla lat 1999-2003 ustalono na 32,9%, czyli w ostatnich latach udział ten nieznacznie zwiększył się.

Prawdopodobnie – w związku z zachodzącymi w ostatnich latach zmianami na rynku pracy w sektorze ochrona zdrowia – należy oczekiwać dalszego wzrostu tego udziału. W przypadku personelu medycznego wdrażanie przepisów realizujących unijną dyrektywę o czasie pracy może spowodować dalszy wzrost kosztów zatrudnienia przy istniejącym niedoborze kadr medycznych.

2.5 Wnioski

Mimo że liczba osób z prawem wykonywania zawodu medycznego w ostatnich pięciu latach nie zmieniła się, a dla niektórych grup nawet wzrosła, to istnieje zagrożenie utrzymania tego trendu; wiele osób jest już w wieku emerytalnym lub bliskim emerytalnego, część osób wyemigrowała albo odeszła z zawodu. Spowodowało to, że w latach 1998-2006 liczba pracowników ochrony zdrowia na 10 000 mieszkańców spadała, w szczególności w grupie pielęgniarek, co daje Polsce niekorzystną pozycję w porównaniu z wieloma krajami Unii Europejskiej.

Wstępne dane pokazują, że płace nominalne w ochronie zdrowia w ostatnich latach wzrosły na skutek zmian legislacyjnych i niedoboru kadry medycznej w niektórych specjalnościach lub regionach. Poprawiła się też relacja wynagrodzeń w ochronie zdrowia do przeciętnych wynagrodzeń w gospodarce. Wzrost wynagrodzeń był większy w większych firmach (powyżej 9 zatrudnionych).

Udział wynagrodzeń w kosztach sektora zwiększył się w latach 2004-2006 w porównaniu z poprzednimi latami i prawdopodobnie można oczekiwać dalszego wzrostu tego udziału. Ze względu na różnorodność form zatrudnienia pracowników medycznych konieczne jest przeprowadzanie w miarę możliwości regularnych pogłębionych badań wynagrodzeń w tym sektorze, pozwalające na dokładniejsze oszacowanie trendów.

3. Koszty leków

Wprowadzenie

Analiza przedstawiona w prezentowanym rozdziale obejmuje nie tylko zagadnienie kosztów leków w sektorze zdrowotnym, lecz szerzej – analizę polskiego rynku farmaceutycznego z odniesieniami porównawczymi do sytuacji w nowych krajach unijnych. Rozważania koncentrują się na okresie 2004 - 2007, uwzględniając porównania z okresem analizowanym w Zielonej Księdze I, czyli 2000 - 2003. Porównania te są przybliżone, ponieważ obecnie podstawowym źródłem informacji o przedstawionych przemianach są dane IMS Health⁴⁰. W poprzednim raporcie posługiwano się głównie danymi otrzymanymi od firmy Kamsoft Sp. z o.o., które nie są porównywalne z informacjami rynkowymi zbieranymi przez IMS Health. Różnice polegają nie tylko na innych cenach leków: dane Kamsoft podawane są w cenach detalicznych (zawierających VAT i marżę hurtową oraz detaliczną), natomiast dane IMS są publikowane w cenach producenta⁴¹. Bardziej istotną różnicą jest sposób zbierania danych: Kamsoft zbiera informacje w sieci aptek, natomiast IMS opiera się na informacjach z hurtowni farmaceutycznych. W rezultacie porównywanie danych dotyczących polskiego rynku farmaceutycznego pochodzących z dwóch różnych źródeł wymaga dokonania szacunków polegających na powiększeniu wartości sprzedaży podawanych przez IMS o około 30-33% (szacowana średnia wielkość marż oraz VAT), co

⁴⁰ Autorzy Zielonej Księgi II dziękują Zarządowi IMS Health Polska za bezpłatne udostępnienie danych.

⁴¹ Wszystkie dane wartościowe zostały podane w cenach producenta. Ceny producenta nie obejmują podatku VAT, marży hurtowej i marży detalicznej. Całkowita wartość rynku polskiego i poszczególnych grup leków była w latach 2004-2007 ok. 30-33% wyższa.

jednak może nie zapewniać pełnej porównywalności z powodu opisanych powyżej odmiennych sposobów ich zbierania⁴².

W porównaniu do rozważań zawartych w Zielonej Księdze I znacznie rozszerzono prezentację dotyczącą przewidywanego wzrostu stosowania leków w Polsce. Przedstawiono odpowiednie fragmenty prognoz demograficznych wskazujących na przyspieszenie procesu starzenia się społeczeństwa polskiego, a w rezultacie na nieunikniony wzrost popytu na procedury medyczne, w tym na leki. Zwrócono uwagę na potrzebę przeprowadzenia odpowiednich badań empirycznych w celu właściwego przygotowania krajowego systemu ochrony zdrowia do sprawnego rozwiązania tego trudnego i kosztownego problemu.

3.1. Główne tendencje na polskim rynku farmaceutycznym w latach 2000-2007

Całkowita wartość sprzedaży leków w cenach detalicznych w latach 2000 – 2007 miała tendencje rosnącą, ale o zmiennej dynamice. W latach 2004- 2006 tempo spadało, ale w 2007 r. już ponownie zwiększyło się. Zarówno sprzedaż leków dla szpitali, jak i znacznie wyższa sprzedaż apteczna charakteryzowała się znacznymi wahaniami przyrostu. Poniższa Tabela obrazuje zmiany w analizowanym okresie.

Tabela 51. Podstawowe wielkości rynku farmaceutycznego w latach 2000 – 2007; wartość w mld PLN w cenach detalicznych oraz dynamika wzrostu

Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Całkowita wartość sprzedaży leków mld PLN	11,01	12,74	14,46	16,05	17,22	18,50	19,28	20,88
<i>Dynamika</i>								
<i>nominalnie r/r*</i>	-	115,8	113,5	110,9	107,3	107,4	104,2	108,3
<i>realnie**</i>	100,0	107,6	115,4	125,1	131,1	136,5	140,5	148,9
Sprzedaż dla szpitali	bd.	1,20	1,27	1,36	1,54	1,70	1,85	1,98
<i>Dynamika</i>								
<i>nominalnie r/r*</i>	-	-	105,8	107,1	113,2	110,4	108,8	107,0
Refundacja	4,50	5,18	5,46	6,35	5,89	6,18	6,60	6,68
<i>Dynamika</i>								
<i>nominalnie r/r*</i>	-	115,0	105,4	116,3	-107,2	104,9	107,8	100,4
<i>realnie**</i>	100,0	107,1	106,6	121,1	109,8	111,6	117,6	116,6
Całkowite wydatki ludności na zakup leków	-	6,36	7,73	8,34	9,79	10,62	10,83	12,22
<i>Dynamika</i>								
<i>nominalnie r/r*</i>	-	-	121,5	107,9	117,4	108,5	102,0	112,8
<i>realnie***</i>	-	100,0	114,8	120,9	138,8	145,9	146,8	162,3

* - rok poprzedni = 100 (kalkulacja w wartościach nominalnych)

** - rok 2000 = 100 (kalkulacja w cenach stałych z 2000 roku)

*** - rok 2001=100 (kalkulacja w cenach stałych z 2001 roku)

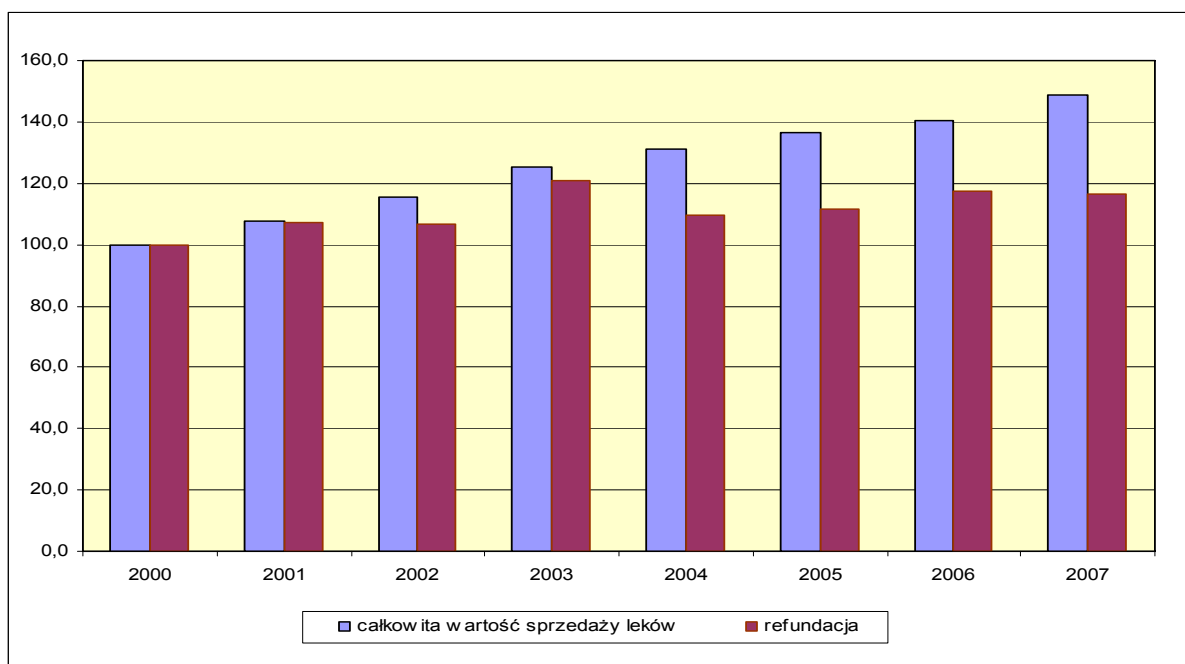
Wyjaśnienia: od 2004 r. dane przeszacowano w celu uzyskania porównywalności cen.

Źródło: obliczenia własne na podstawie: Kamssoft, IMS Health, NFZ, GUS oraz raporty CASE - Doradcy

⁴² Przykładowo: dane ilościowe Kamssoftu i IMS (sprzedaż krajowa w tys. opakowań) w latach 2003-2004 różnią się o ok. 180 mln opakowań (wg Kamssoftu sprzedaż była wyższa ilościowo i wartościowo).

Gwoli jasności podajemy, że całkowite wydatki ludności na zakup leków to różnica między całkowitą wartością sprzedaży na rynku polskim, a wartością refundacji i wartością sprzedaży na rynku szpitalnym.

Wykres 35. Wzrost całkowitej wartości sprzedaży leków oraz refundacji w cenach stałych z 2000 r. (2000=100)



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych podanych w poprzedniej tabeli

Wnioski wynikające z powyższych porównań są jednoznaczne.

- Nadal mamy do czynienia z wysoką dynamiką wzrostu wartości sprzedaży i konsumpcji leków w Polsce. Całkowita wartość sprzedaży leków wzrosła w latach 2000-2007 o ok. 90% nominalnie i 50% realnie (w cenach stałych z 2000 roku⁴³).
- Za dynamiką wartości sprzedaży nie nadążał wzrost środków na refundację leków. Wartość refundacji w ujęciu realnym zwiększyła się w latach 2000-2007 zaledwie o kilkanaście procent (a nominalnie o 48,4%).
- W konsekwencji niższego wzrostu refundacji w analizowanym okresie zwiększały się całkowite wydatki ludności na leki. Ich dynamika była najwyższa: w latach 2001-2007 zwiększyły się o ok. 92% nominalnie oraz ok. 62 % realnie.

3.2. Analiza rynku leków w jego różnych segmentach

Pierwszym standardowym podziałem krajowego rynku leków jest wyodrębnienie rynku **otwartego**, czyli **aptecznego** oraz **zamkniętego**, czyli **szpitalnego**. Porównanie otwartej i zamkniętej części rynku leków wskazuje na ilościowy spadek sprzedaży w szpitalach (na rynku aptecznym wystąpiła stabilizacja) oraz wzrost sprzedaży w ujęciu wartościowym występujący zarówno w lecznictwie otwartym jak i zamkniętym. Tendencja

⁴³ Jako deflatora użyto wskaźnika wzrostu przeciętnych cen leków, który w okresie 2000 – 2007 był wyższy niż przeciętny wskaźnik towarów i usług konsumpcyjnych - CPI

obserwowana na rynku szpitalnym (spadek ilości i wzrost wartości) doprowadziła do znacznego wzrostu cen 1 opakowania leku szpitalnego, co przedstawiono w poniższej Tabeli.

Tabela 52. Przeciętna cena 1 opakowania leków w PLN dla szpitali (ceny producenta), w latach 2004-2007

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Cena leków na rynku szpitalnym, w PLN przeciętnie	16,43	19,46	21,93	24,61	20,61
Dynamika rok poprzedni =100 (%)	-	118,4	112,7	112,2	149,8

Źródło: Dane IMS Health

Obserwowany wzrost przeciętnej ceny 1 opakowania w lecznictwie zamkniętym wskazuje na zmiany zachodzące w strukturze leków szpitalnych, których cena przekroczyła znacznie przeciętną cenę leków na receptę (w 2004 r. obie ceny były zbliżone – różnica ok. 7%) i podąża w kierunku przeciętnej ceny leków oryginalnych (Tabela 61). W roku 2004 różnica między przeciętną ceną leku oryginalnego a szpitalnego wynosiła ok. 13 PLN, a w roku 2007 już tylko ok. 2,5 PLN. Świadczy to o wzroście stosowania leków oryginalnych w leczeniu szpitalnym w Polsce.

Tabela 53. Sprzedaż krajowa leków na rynku otwartym – aptecznym i zamkniętym – szpitalnym (w cenach producenta), struktura sprzedaży oraz dynamika sprzedaży w %, w latach 2004-2007, ilościowo i wartościowo

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Krajowa sprzedaż leków ilościowo	1 212 442,36	1 239 034,33	1 230 063,31	1 286 837,43	
Apteki - rynek otwarty	1 118 576,05	1 151 252,54	1 145 588,04	1 206 011,63	-
<i>Dynamika*</i>		292	49	527	782
Udział %	92,26	92,92	93,13	93,72	
Szpitalne - rynek zamknięty	93 866,31	87 781,78	84 475,27	80 825,79	-
<i>Dynamika</i>		93,5	96,2	96,7	86,1
Udział %	7,74	7,1	6,8	6,3	

Wyjaśnienia: *wskaźnik dynamiki w ujęciu nominalnym; rok poprzedni =100

Źródło: Dane IMS Health

Tabela 54. Krajowa sprzedaż leków wartościowo – w mln PLN na rynku otwartym (aptecznym) i zamkniętym (szpitalnym); struktura oraz dynamika sprzedaży w latach 2004-2007

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Krajowa sprzedaż leków wartościowo	13 248,	14 238,3	14 834, 7	16 066, 0	-
Apteki – rynek otwarty – mln PLN	11 706,3	12 530,4	12 982, 3	14 076, 7	
<i>Dynamika</i>	-	107,0	103,6	108,4	120,25
Udział %	88,4	88,0	87,5	87,6	
Szpitalne – rynek zamknięty mln PLN	1 542,3	1 707, 9	1 852, 5	1 989, 3	
<i>Dynamika</i>	-	110,7	108,5	107,4	128,98
Udział %	11,64	12,00	12,49	12,38	

3.2.1 Analiza otwartego rynku leków

Kolejnym podziałem jest wyodrębnienie z rynku otwartego: **leków sprzedawanych na receptę (leki Rx) i leków sprzedawanych bez recepty (leki OTC)**. Jeszcze w roku 2004 (Tabela 55) ilość leków Rx i OTC była zbliżona (różnica o niecałe 30 tys. opakowań) – jednakże w kolejnych latach systematycznie rosła ilościowo tylko sprzedaż leków na receptę (wzrost w badanym okresie ok. 14,3%), natomiast dynamika leków sprzedawanych bez recepty była zmienna i ostatecznie w ciągu czterech lat sprzedaż wzrosła tylko o ok. 1%.

W ujęciu wartościowych (Tabela 56) można zaobserwować wzrost sprzedaży obu grup leków – bardziej dynamiczny był wzrost dotyczący leków Rx. Uzupełnieniem powyższych spostrzeżeń jest porównanie dynamiki cen leków Rx i OTC (Tabela 55). Wynika z niego jednoznacznie, że dynamika cen leków sprzedawanych bez recepty była w latach 2004-2007 wyższa o ponad 8 p.p. Świadczy to jednoznacznie o:

- wysokiej skuteczności reklamy leków OTC w Polsce,
- niskiej konkurencji (mimo bogatej oferty) na rynku leków OTC.

Tabela 55. Sprzedaż leków na rynku aptecznym w latach 2004-2007, ilościowo, w tys. sztuk

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Rynek apteczny	1 118 576,05	1 151 252,54	1 145 588,04	1 206 011,63	-
Dynamika r/r (%)	-	2,92	-0,49	5,27	7,82
Rynek apteczny leków na receptę	572 741,62	600 096,79	617 832,06	654 775,88	-
Udział (%)	51,20	52,13	53,93	54,29	52,89
Dynamika r/r (%)	-	4,78	2,96	5,98	14,32
Rynek apteczny leków bez recepty	545 834,43	551 155,75	527 755,98	551 235,75	-
Udział (%)	48,80	47,87	46,07	45,71	47,11
Dynamika r/r (%)	-	0,97	-4,25	4,45	0,99

Źródło: Dane IMS Health

Tabela 56. Sprzedaż leków na rynku aptecznym (w cenach producenta) w latach 2004-2007, wartościowo w mln PLN

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2004-2007 udział %
Rynek apteczny	11 706,3	12 530,4	12 982,3	14 076,7	-
Dynamika r/r (%)	-	7,04	3,61	8,43	20,25
Rynek apteczny leków na receptę	8 901,9	9 635,7	10 076,0	10 826,1	-
Udział (%)	76,04	76,90	77,61	76,91	76,87
Dynamika r/r (%)	8,24	4,57	7,44	21,62	8,24
Rynek apteczny leków bez recepty	2 804,4	2 894,7	2 906,3	3 250,6	-
Udział (%)	23,96	23,10	22,39	23,09	23,13
Dynamika r/r (%)	-	3,22	0,40	11,85	15,91

Źródło: Dane IMS Health

Tabela 57. Przeciętna cena 1 opakowania leków rynku aptecznego (w cenach producenta) w podziale na leki na receptę (Rx) i bez recepty (OTC), w latach 2004-2007

Wyszczególnienie	Cena w poszczególnych latach (w PLN)				Cena przeciętna w okresie
	2004	2005	2006	2007	
Rynek apteczny:					2004-2007
Leki na receptę	15,54	16,06	16,31	16,53	16,11
Dynamika r/r (%)	-	3,31	1,57	1,38	6,38
Leki bez recepty	5,14	5,25	5,51	5,90	5,45
Dynamika r/r (%)	-	2,22	4,85	7,08	14,78

Źródło: Dane IMS Health

Standardowo analizuje się też sprzedaż w podziale na **leki krajowe i importowane** (Tabele 58 - 60). W poprzednich latach leki krajowe dominowały ilościowo, natomiast leki z importu przeważały wartościowo. W badanym okresie nastąpiła częściowa zmiana historycznych trendów, ponieważ leki importowane wykazały wysoką (ok. 31,6% w badanym okresie) dynamikę wzrostu sprzedaży ilościowej, a ich ilościowy udział w rynku polskim wzrósł z ok. 44,5% do 47,8%. Struktura sprzedaży leków w ujęciu wartościowym pozostała bez zmian (ok. 70% udział leków z importu), ale dynamika cen leków produkowanych w kraju była wyższa. Obserwowane powyżej tendencje miały wpływ na kształtowanie się cen leków krajowych i importowanych (Tabela 58).

Tabela 58. Przeciętna cena 1 opakowania leków (w cenach producenta) w latach 2004-2007, w podziale na leki krajowe i importowane

Wyszczególnienie	Cena w poszczególnych latach (w PLN)				Cena przeciętna w okresie
	2004	2005	2006	2007	
Rynek apteczny:					2004-2007
Leki importowane	24,48	24,15	23,49	22,84	23,74
Dynamika r/r (%)	-	-1,36	-2,72	-2,76	-6,69
Leki krajowe	8,38	8,95	9,49	9,91	9,18
Dynamika r/r (%)	-	6,86	5,94	4,51	18,31

Źródło: Dane IMS Health

W badanym okresie spadały przeciętne ceny leków importowanych – łączny spadek wyniósł ok. 6,7%. W tym samym czasie ceny leków produkowanych w kraju wzrosły o ok. 18,3%. Obserwowany proces można określić jako efekt dopasowywania się importerów do rosnącej konkurencji na rynku polskim⁴⁴. Z kolei wzrost cen leków wytwarzanych w kraju można wiązać ze zmianami w strukturze produkcji – przechodzenie do produkcji leków bardziej skomplikowanych chemicznie i z tego powodu droższych. Nie można także wykluczyć wpływu polityki cenowej

⁴⁴ Z powodu silnego umacniania się złotówki wobec USD, Euro, GBP i franka szwajcarskiego obserwowany spadek cen leków importowanych nie powodował występowania strat u producentów zagranicznych, sprzedających swoje produkty bezpośrednio lub za pośrednictwem własnych filii lub oddziałów w Polsce.

Tabela 59. Sprzedaż leków na receptę z podziałem na leki krajowe i importowane, w latach 2004-2007, ilościowo; w tys. sztuk

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Leki importowane	254 811,54	280 556,14	300 991,81	335 279,25	-
Udział (%)	44,49	46,75	48,72	51,21	47,79
Dynamika r/r (%)	-	10,10	7,28	11,39	31,58
Leki krajowe	317 930,08	319 540,65	316 840,25	319 496,63	-
Udział (%)	55,51	53,25	51,28	48,79	52,21
Dynamika r/r (%)	-	0,51	-0,85	0,84	0,49

Źródło: Dane IMS Health

Tabela 60. Sprzedaż leków na receptę (w cenach producenta), z podziałem na leki krajowe i importowane, w latach 2004-2007, wartościowo; w mln PLN

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Leki importowane	6 237,8	6 774,5	7 070,3	7 658,6	-
Udział (%)	70,07	70,31	70,17	70,74	70,32
Dynamika r/r (%)	-	8,60	4,37	8,32	22,78
Leki krajowe	2 664,0	2 861,2	3 005,7	3 167,5	-
Udział (%)	29,93	29,69	29,83	29,26	29,68
Dynamika r/r (%)	-	7,40	5,05	5,38	18,90

Źródło: Dane IMS Health

Stawiając sobie także pytanie o innowacyjność leków, istotnym podziałem jest analiza sprzedaży leków generycznych i leków oryginalnych. W tym przypadku doszło także do zmiany tendencji historycznej, czyli do wzrostu wartościowego udziału leków generycznych. W badanym okresie wystąpił niewielki ilościowy wzrost udziału leków oryginalnych o 1 p.p., natomiast wartościowo ich udział spadł o 4 p.p. Te obserwacje potwierdza analiza dynamiki sprzedaży. Była ona nieznacznie wyższa dla leków oryginalnych w ujęciu ilościowym, ale wartościowo wyraźnie szybciej rosła sprzedaż leków generycznych. Wpływ powyższych zmian odzwierciedlił się w kształtowaniu cen leków oryginalnych i generycznych (Tabela 61). **W badanym okresie spadały przeciętne ceny leków oryginalnych (łącznie o 7,77%). W tym samym czasie ceny leków generycznych wzrosły o 15,58%, chociaż obserwowany trend wzrostowy był wygasający.**

Tabela 61. Przeciętna cena 1 opakowania leków na receptę (ceny producenta), w podziale na leki generyczne i oryginalne, w latach 2004-2007

Wyszczególnienie	w poszczególnych latach (w PLN)				Cena przeciętna w okresie 2004-2007
	2004	2005	2006	2007	
Rynek apteczny	11,41	12,24	12,76	13,19	12,40
Leki generyczne	11,41	12,24	12,76	13,19	12,40
Dynamika r/r (%)	-	7,26	4,26	3,36	15,58
Leki oryginalne	29,37	28,60	27,95	27,08	28,25
Dynamika r/r (%)	-	-2,61	-2,27	-3,10	-7,77

Źródło: Dane IMS Health

Obserwowany trend cenowy potwierdza obserwacje poczynione na podstawie danych z Tabeli 58. Leki importowane to przeważnie leki oryginalne. Uściślając, obserwowany w

latach 2004-2007 spadkowy trend cenowy dotyczył przede wszystkim leków oryginalnych z importu.

Tabela 62. Sprzedaż leków na receptę z podziałem na leki oryginalne i generyczne, w latach 2004-2007, ilościowo; w tys. sztuk

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Leki Generyczne	440 891,09	459 985,94	473 416,40	497 028,29	-
Udział (%)	76,98	76,65	76,63	75,91	76,54
Dynamika r/r (%)	-	4,33	2,92	4,99	12,73
Leki Oryginalne	131 850,53	140 110,85	144 415,66	157 747,60	-
Udział (%)	23,02	23,35	23,37	24,09	23,46
Dynamika r/r (%)	-	6,26	3,07	9,23	19,64

Źródło: Dane IMS Health

Tabela 63. Sprzedaż leków na receptę (w cenach producenta), z podziałem na leki oryginalne i generyczne, w latach 2004-2007, wartościowo; w mln PLN

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Leki Generyczne	5 029,9	5 628,7	6 039,8	6 553,8	-
Udział (%)	56,50	58,41	59,94	60,54	58,85
Dynamika r/r (%)	-	11,90	7,30	8,51	30,30
Leki Oryginalne	3 872,0	4 007,0	4 036,2	4 272,3	-
Udział (%)	43,50	41,59	40,06	39,46	41,15
Dynamika r/r (%)	-	3,49	0,73	5,85	10,34

Źródło: Dane IMS Health

3.3. Analiza sprzedaży leków na choroby przewlekłe oraz leków innowacyjnych

Wyodrębnienie leków na choroby przewlekłe oraz leków innowacyjnych jest kolejnym etapem analizy zmian zachodzących na polskim rynku farmaceutycznym. Sprzedaż leków na choroby przewlekłe wzrastała w badanym okresie zarówno ilościowo, jak i wartościowo, a dynamika tych wzrostów była prawie jednakowa (26,9% ilościowo i 26,3% wartościowo). Jednakże już w podziale na leki importowane i leki krajowe zarysowały się duże różnice i w strukturze i w dynamice sprzedaży (Tabele 64 - 66). Importowane leki na choroby przewlekłe charakteryzowały się wysoką dynamiką sprzedaży ilościowej oraz systematycznym ilościowym wzrostem udziału procentowego. Dominowały one w strukturze sprzedaży (wartościowo ponad 70%), ale powoli zmniejszały swoją przewagę. Natomiast leki krajowe na choroby przewlekłe charakteryzowały się wysoką dynamiką sprzedaży wartościowej (prawie 37% w badanym okresie). Niezbędnym uzupełnieniem powyższych spostrzeżeń jest analiza cen. Z danych zawartych w Tabeli 64 wynika, że:

- ceny importowanych leków na choroby przewlekłe były znacznie wyższe, co świadczy o ich innowacyjnym charakterze,
- ceny leków krajowych wzrastały (łącznie o ok. 20%),
- ceny leków importowanych spadały corocznie (łącznie o ok. 14,5%).

Tabela 64. Przeciętna cena 1 opakowania leków na choroby przewlekłe (ceny producenta), w podziale na leki importowane i krajowe, w latach 2004-2007

Rynek apteczny/lata	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Leki importowane	33,66	32,11	30,32	28,76	31,21
Dynamika r/r (%)	-	-4,59	-5,58	-5,15	-14,55

Leki krajowe	9,70	10,55	11,48	11,66	10,85
Dynamika r/r (%)	-	8,76	8,83	1,59	20,24

Źródło: Dane IMS Health

Tabela 65. Sprzedaż leków na receptę na choroby przewlekłe , w latach 2004-2007, ilościowo

Rynek apteczny leków na receptę	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Wartość	218 023,38	238 588,24	255 592,46	276 641,42	-
Dynamika r/r (%)	-	9,43	7,13	8,24	26,89
Leki importowane	96 755,28	111 054,45	123 181,33	138 643,95	-
Udziały (%)	44,38	46,55	48,19	50,12	47,31
Dynamika r/r (%)	-	14,78	10,92	12,55	43,29
Leki krajowe	121 268,10	127 533,79	132 411,14	137 997,48	-
Udziały (%)	55,62	53,45	51,81	49,88	52,69
Dynamika r/r (%)	-	5,17	3,82	4,22	13,80

* szacowana ilość leków na choroby przewlekłe ustalona wg definicji przypisania chorób wg IMS Poland

Źródło: Dane IMS Health

Tabela 66. Sprzedaż leków na receptę na choroby przewlekłe (w cenach producenta), w latach 2004-2007, wartościowo

Rynek Apteczny leków na receptę	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Wartość w mln PLN	4 432,6	4 911,4	5 255,1	5 596,6	-
Dynamika r/r (%)	-	10,80	7,00	6,50	26,26
Leki importowane	3 256,5	3 566,2	3 735,0	3 987,3	-
Udziały (%)	73,47	72,61	71,08	71,25	72,10
Dynamika r/r (%)	-	9,51	4,73	6,75	22,44
Leki krajowe	1 176,1	1 345,2	1 520,0	1 609,3	-
Udziały (%)	26,53	27,39	28,92	28,75	27,90
Dynamika r/r (%)	-	14,37	13,00	5,87	36,83

* szacowana ilość leków na choroby przewlekłe ustalona wg definicji przypisania chorób wg IMS Poland

Źródło: Dane IMS Health

Leki innowacyjne stanowią mniejszość na polskim rynku aptecznym. Ich udział w sprzedaży leków Rx w roku 2007 wynosił: 22,35% ilościowo i 37,0% wartościowo. Praktycznie, prawie wszystkie leki innowacyjne są produkowane za granicą (ok. 99%). Ich dynamika rosła w badanym okresie zarówno ilościowo (ok. 23%) jak i wartościowo (ok. 11,5%). Zróznicowanie dynamiki świadczy o spadkowej tendencji cen leków innowacyjnych (Tabela 67), która w latach 2004-2007 wyniosła łącznie -9,45%.

Tabela 67. Przeciętna cena 1 opakowania leków na receptę (ceny producenta) w podziale na leki importowane, w tym innowacyjne oraz krajowe, w latach 2004-2007

L.p.	Rynek apteczny	2004	2005	2006	2007	2004-2007
1	Leki importowane, w tym:	24,48	24,15	23,49	22,84	23,74
	Dynamika r/r (%)	-	-1,36	-2,72	-2,76	-6,69
2	Leki innowacyjne	30,22	29,20	28,35	27,37	28,79
	Dynamika r/r (%)	-	-3,36	-2,90	-3,49	-9,45
3	Leki krajowe	8,38	8,95	9,49	9,91	9,18
	Dynamika r/r (%)	-	6,86	5,94	4,51	18,31

Źródło: Dane IMS Health

Obserwowana w badanym okresie spadkowa tendencja cen leków importowanych dotyczyła większości kategorii leków sprzedawanych na receptę (oryginalne, innowacyjne i na choroby przewlekłe).

Tabela 68. Sprzedaż leków (Rx) innowacyjnych z importu (w cenach producenta) w latach 2004-2007, ilościowo i wartościowo

Wyszczególnienie	Ilość w tysiącach sztuk				W okresie 2004-2007
	2004	2005	2006	2007	
Rynek apteczny leków na receptę					
Leki importowane	118 858,57	127 494,45	132 859,59	146 373,07	-
Dynamika r/r (%)	-	7,27	4,21	10,17	23,15
	Wartość w mln PLN				
Leki importowane	3 591,9	3 723,2	3 767,2	4 005,5	-
Dynamika r/r (%)	-	3,66	1,18	6,33	11,52

Źródło: Dane IMS Health

3.4. Sprzedaż leków na receptę z podziałem na główne grupy chorobowe⁴⁵

Uwzględnienie podziału leków na główne grupy chorobowe umożliwia ustalenie ilości i wartości, a następnie struktury i dynamiki sprzedaży w powiązaniu z podstawową przyczyną, czyli określoną chorobą leczoną za pomocą leków (Tabela 69 i 70). Analiza zebranych danych przedstawia zmiany koncentracji sprzedaży leków (struktura, udziały %) oraz wzrost lub spadek sprzedaży. Zgodnie z ogólnym trendem wzrostu sprzedaży leków w Polsce, również w tej analizie, prawie nie notujemy spadków – wystąpiły one tylko w sprzedaży ilościowej i dotyczyły grup: P0 - parazytologia oraz D0- dermatologia.

Jednakże zarówno dynamika, jak i struktura sprzedaży z podziałem na główne grupy chorobowe są zróżnicowane, przykładowo:

⁴⁵ Określenie „grupy ATC” oraz „grupy chorobowe” będą używane zamiennie.

- pod względem ilościowym wyróżnia się grupa C0 – choroby układu krążenia, która ma największy udział ilościowy (29,05%) oraz wysoką dynamikę (21,96%); ponadto zwraca uwagę bardzo wysoka dynamika w grupach: T0 – testy diagnostyczne (58,30%) oraz B0 – leki krwiotwórcze i krwiozastępcze (26,77%),

- grupa C0 wyróżnia się także pod względem wartościowym, ponieważ ma najwyższy udział (21,66%) oraz wysoką dynamikę (27,97%); ponadto w kilku innych grupach chorobowych można zaobserwować ponadprzeciętną dynamikę sprzedaży wartościowej, a mianowicie:

- B0 – leki krwiotwórcze i krwiozastępcze 48,09%
- T0 – testy diagnostyczne 38,42%
- R0 – układ oddechowy 28,11%

Jak widać, pierwsze dwie grupy chorobowe są te same, tylko w odmiernej kolejności. Niestety, brakuje danych w celu ustalenia korelacji między wzrostem sprzedaży leków, a wzrostem zachorowań na określone grupy chorób – jednakże istotność leczenia farmakologicznego chorób układu krążenia nie ulega wątpliwości.

Tabela 69. Wielkość i struktura sprzedaży leków na receptę na rynku aptecznym, wg gł. grup chorobowych, w latach 2004-2007, ilościowo

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	Przeciętny udział 2004-2007 (%)
Rynek Apteczny leków na receptę (ilość sztuk w tys.)	572 741,62	600 096,79	617 832,06	654 775,88	-
W tym udział w procentach:					
A0 układ pokarmowy	12,76	12,57	12,86	12,85	12,76
B0 leki krwiotwórcze i krwiozastępcze	1,76	1,86	1,90	1,95	1,87
C0 choroby układu krążenia	27,96	28,72	29,70	29,83	29,05
D0 dermatologia	3,87	3,59	3,50	3,34	3,58
G0 układ ginekologiczno/urologiczny i hormony płciowe	5,81	5,81	5,86	5,92	5,85
H0 hormony	1,71	1,67	1,65	1,65	1,67
J0 leki przeciwwzakaźne	8,62	8,97	8,26	8,48	8,58
K0 płyny szpitalne	0,45	0,44	0,46	0,44	0,45
L0 onkologia i immunosupresja	0,40	0,39	0,38	0,39	0,39
M0 układ mięśniowo szkieletowy	6,75	6,74	6,98	6,94	6,85
N0 układ nerwowy	16,51	15,78	15,25	14,60	15,54
P0 parazytologia	0,31	0,28	0,26	0,25	0,27
R0 układ oddechowy	7,76	7,93	7,59	7,95	7,81
S0 leki oczne i uszne	3,42	3,20	3,17	3,12	3,23
T0 testy diagnostyczne	0,82	0,95	1,05	1,13	0,99
V0 inne	1,08	1,11	1,13	1,16	1,12

Źródło: Dane IMS Health

Tabela 70. Wielkość i struktura sprzedaży leków na receptę na rynku aptecznym (w cenach producenta), wg gł. grup chorobowych, w latach 2004-2007, wartościowo

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	Przeciętny udział 2004-2007 (%)
Rynek Apteczny leków na receptę	8 901,9	9 635,7	10 076,0	10 826,1	-
W tym udział w procentach:					
A0 układ pokarmowy	13,54	13,79	13,99	13,83	13,79
B0 leki krwiotwórcze i krwiozastępcze	2,93	3,28	3,56	3,57	3,34
C0 choroby układu krążenia	21,14	21,06	22,19	22,24	21,66
D0 dermatologia	2,43	2,34	2,33	2,34	2,36
G0 układ ginekologiczno/urologiczny i hormony płciowe	7,86	7,73	7,62	7,66	7,72
H0 hormony	1,12	1,09	1,05	1,01	1,07
J0 leki przeciwzakaźne	9,37	9,56	8,71	9,07	9,18
K0 płyny szpitalne	0,12	0,11	0,11	0,11	0,11
L0 onkologia i immunosupresja	4,01	3,83	3,69	3,51	3,76
M0 układ mięśniowo szkieletowy	5,39	5,08	4,97	4,74	5,05
N0 układ nerwowy	15,59	15,04	15,03	14,55	15,05
P0 parazytologia	0,12	0,11	0,10	0,12	0,11
R0 układ oddechowy	10,28	10,63	10,31	10,83	10,51
S0 leki oczne i uszne	2,25	2,13	2,15	2,30	2,21
T0 testy diagnostyczne	2,28	2,60	2,65	2,60	2,53
V0 inne	1,57	1,62	1,55	1,52	1,56

Źródło: Dane IMS Health

Prawie identyczny podział na główne grupy chorobowe jest stosowany w sprawozdaniach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) dotyczących leków refundowanych (Tabela 71). Nawet ogólna analiza porównawcza umożliwiła szybkie ustalenie istotnych różnic między powyższą strukturą oraz dynamiką sprzedaży wartościowej leków Rx, a odpowiednią strukturą i dynamiką refundacji leków w ujęciu wartościowym⁴⁶. Co prawda nadal grupa C0 –układ sercowo-naczyniowy ma relatywnie wysoki udział w refundacji (16,37%), ale jest wyprzedzana przez grupy: N0 – naczelnny układ nerwowy (17,95%) i A0 – przewód pokarmowy (16,70%). Natomiast pod względem dynamiki refundacji w latach 2004-2007 wyróżniają się grupy: B0 – krew i układ krwiotwórczy (45,66%), G0 – układ moczowo-płciowy i hormony płciowe (35,97%) oraz R0 – układ oddechowy (30,85%). Należy zwrócić uwagę na spadki wartości refundacji występujące w badanym okresie w grupach: P0 – leki przeciw pasożytnicze, D0 – dermatologia oraz M0 – układ mięśniowo-szkieletowy. W przypadku grup P0 i D0 może to mieć związek z opisanym wcześniej spadkiem sprzedaży ilościowej leków Rx przeznaczonych na zwalczanie tych rodzajów chorób.

⁴⁶ W sprawozdaniach NFZ dotyczących refundacji nie ma danych ilościowych.

Podsumowując, można stwierdzić, że zmiany struktury i dynamiki refundacji leków są większe i bardziej zróżnicowane niż całkowitej sprzedaży leków Rx w odpowiednich grupach chorobowych. Refundacja leków w niektórych przypadkach nie podąża za trendami sprzedaży leków na receptę. Przykładowo, pozycja grupy N0- centralny układ nerwowy oraz A0 – układ pokarmowy są wyraźnie silniejsze w układzie refundacyjnym. Jednakże różnice dotyczące udziałów procentowych poszczególnych grup w sprzedaży wartościowej leków Rx ogółem oraz w refundacji leków nie są na tyle duże, aby można było mówić o dyskryminowaniu którejkolwiek grupy leków przy ustaleniu refundacji. Prawdopodobnie zaobserwowane różnice odzwierciedlają priorytety polityki refundacyjnej.

Tabela 71. Wydatki NFZ z tytułu refundacji w poszczególnych grupach ATC (w mln PLN) i struktura (w %) w latach 2004-2007, wartościowo

Grupy ATC *	2004	2005	2006	2007	Przeciętny udział 2004-2007 (%)
RAZEM	5 483,8	5 726,4	6 149,1	6 157,9	-
W tym udział w procentach:					
A0 Przewód pokarmowy i metabolizm	16,31	16,52	17,10	16,855	16,70
B0 Krew i układ krwiotwórczy	4,20	4,96	5,26	5,454	4,97
C0 Układ sercowo-naczyniowy	17,73	15,52	16,28	15,941	16,37
D0 Dermatologia	0,92	0,83	0,78	0,764	0,82
G0 Układ moczopłciowy i hormony płciowe	3,57	4,59	4,74	4,320	4,30
H0 Endokrynologia - hormony, bez hormonów płciowych	1,48	1,42	1,36	1,336	1,40
J0 Leki przeciwzakaźne	8,39	8,31	7,55	7,982	8,06
L0 Leki onkologiczne i immunomodulacyjne	7,28	7,24	7,00	6,819	7,08
M0 Układ mięśniowo-szkieletowy	4,98	4,64	4,48	4,335	4,61
N0 Centralny układ nerwowy	18,53	18,05	17,86	17,383	17,95
P0 Leki przeciw pasożytnicze, owadobójcze i repelenty	0,11	0,10	0,09	0,084	0,10
R0 Układ oddechowy	13,31	14,64	14,59	15,506	14,51
S0 Narządy zmysłów	1,51	1,44	1,28	1,542	1,44
V0 Różne	1,68	1,74	1,65	1,678	1,69

* W podziale stosowanym przez NFZ nie występują następujące gł. grupy leków: K0 – płyny szpitalne oraz T0- testy diagnostyczne

Źródło: NFZ

3.5. Refundacja leków

Refundacja jest najbardziej istotnym czynnikiem polityki lekowej prowadzonej przez administrację państwową. Praktycznie, tylko leki objęte refundacją są powszechnie dostępne pacjentom. Wydatki na refundację wzrastają od lat, ale tempo tego wzrostu było wygasające (Tabela 72).

Tabela 72. Wydatki na refundację w mln PLN oraz dynamika w %, w latach 2000-2007

Lata	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Wartość refundacji leków (mln PLN)	4 506,6	5 182,9	5 463,1	6 355,7	5 892,0	6 181,3	6 660,4	6 690,0
Dynamika refundacji leków r/r (%)	-	15,01	5,41	16,34	-7,23	4,91	7,75	0,44

Okresy	2000-2007	2000-2003	2004-2007
Dynamika refundacji (%)	48,45	41,03	13,54

Źródło: NFZ

Porównując dynamikę refundacji i tempo sprzedaży wartościowej leków na receptę należy stwierdzić, że w badanym okresie (2004 - 2007) wzrost wartości sprzedaży leków na receptę był szybszy (21,62%, Tabela 56) niż odpowiednia dynamika refundacji (Tabela powyżej).

W okresie 2006 - 2007 nastąpiła stagnacja wydatków refundacyjnych na leki – dotyczyła ona także refundacji realizowanej w ramach programów terapeutycznych i chemioterapii (Tabela 73).

Tabela 73. Zestawienie refundacji leków w ramach programów terapeutycznych i chemioterapii w latach 2004-2007 (w mln PLN)

Rok	Kwota refundacji	Dynamika refundacji r/r (w %)
2004	b.d.	-
2005	699,1	b.d.
2006	820,2	17,32
2007	843,2	2,80

Źródło: NFZ, obliczenia własne

Przejawem administracyjnej polityki lekowej jest także preferowanie określonych form refundacji (Tabela 74).

W badanym okresie 2004 - 2007 początkowo prawie połowa a następnie ponad połowa wydatków refundacyjnych dotyczyła leków o cenie zryczałtowanej. Natomiast malała wartość refundacji przeznaczonej na leki wydawane bezpłatnie.

Tabela 74. Zestawienie refundacji leków wg rodzaju odpłatności w latach 2004-2007

Rodzaj odpłatności	Kwota refundacji (w mln PLN)			
	2004	2005	2006	2007
RYCZAŁT	2 902,4	3 167,8	3 562,2	3 610,5
BEZPŁATNIE	926,2	823,1	810,3	764,2
50 %	1 023,2	1 047,7	983,3	1 056,2
30 %	1 044,2	1 142,7	1 304,7	1 259,1
Suma	5 896,0	6 181,3	6 660,4	6 690,0
Rodzaj odpłatności	Struktura refundacji (%)			
	2004	2005	2006	2007
RYCZAŁT	49,23	51,25	53,48	53,97
BEZPŁATNIE	15,71	13,32	12,17	11,42
50 %	17,35	16,95	14,76	15,79
30 %	17,71	18,49	19,59	18,82
Suma	100,00	100,00	100,00	100,00

Źródło: NFZ

Kolejnym elementem analizy wydatków refundacyjnych jest charakterystyka ich przeznaczenia. W badanym okresie dominowała refundacja leków na choroby przewlekłe, zwiększyła się także liczba chorób uznawanych za przewlekłe.

Tabela 75. Zestawienie refundacji leków wg przeznaczenia (w mln PLN), struktura i dynamika (w %), w latach 2004-2006

Refundacja	2004	2005	2006
Leki z listy podstawowej i uzupełniającej	2 427	2 565	2 799
Udział (%)	41,25	41,67	42,20
Dynamika r/r (%)	-	5,69	9,12
Leki z listy chorób przewlekłych	2 932	3 189	3 462
Udział (%)	49,83	51,81	52,19
Dynamika r/r (%)	-	8,77	8,56
Leki dla inwalidów wojennych	486	379	349
Udział (%)	8,26	6,16	5,26
Dynamika r/r (%)	-	-22,02	-7,92
Leki dla inwalidów wojskowych	39	22	23
Udział (%)	-	-43,59	4,55
Dynamika r/r (%)	0,66	0,36	0,35
Suma refundacji	5 884	6 155	6 633

Źródło: Raport NFZ za 2006r., Warszawa 2007

Na zakończenie należy jeszcze porównać wartość refundacji ze sprzedażą leków w celu ustalenia udziału wydatków publicznych lub prywatnych w pokryciu kosztów stosowania leków w Polsce (Tabela 76).

Tabela 76. Porównanie wartości sprzedaży leków z refundacją (w mln PLN), w latach 2004-2007

Lata	Sprzedaż krajowa	Sprzedaż apteczna	Sprzedaż leków na receptę	Refundacja leków
2004	13 248,5	11 706,3	8 901,9	5 896,0
2005	14 238,3	12 530,4	9 635,7	6 181,3
2006	14 834,8	12 982,3	10 076,0	6 660,4
2007	16 066,0	14 076,7	10 826,1	6 690,0
Udział refundacji w sprzedaży leków (w %)				
2004	44,50	50,37	66,23	X
2005	43,41	49,33	64,15	
2006	44,90	51,30	66,10	
2007	41,64	47,52	61,79	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IMS Health oraz NFZ

Dane zawarte w tabeli powyżej pokazują jednoznacznie, że w badanym okresie refundacja leków pokrywała coraz mniejszą część sprzedaży leków na rynku polskim. Przyczyny występowania takiej tendencji nie zostały zbadane⁴⁷. Nie ma dostatecznego uzasadnienia dla relatywnego spadku refundacji. Powinna ona wzrastać przynajmniej w takim samym tempie jak sprzedaż leków Rx w ujęciu wartościowym.

3.6. Perspektywy wzrostu stosowania leków w Polsce

Obserwowany wzrost wartościowej sprzedaży leków i stabilizacja refundacji - to tendencja, która najprawdopodobniej będzie kontynuowana w latach 2008-2009. Później sytuacja może ulec zasadniczej zmianie, ponieważ tempo procesu starzenia się społeczeństwa polskiego ulegnie gwałtownemu przyspieszeniu. Kolejne roczniki z największej liczbie populacji urodzonej w latach 1949 – 1956 (wyż demograficzny z lat 1947-1956) będą kończyły 60 lat. W konsekwencji liczebność osób w wieku 60 lat i więcej będzie systematycznie wzrastać.

Tabela 77. Liczebność (w mln) i udział osób w wieku 60 lat i więcej w całej populacji krajowej (w %).

Lata	Liczebność populacji w wieku 60 lat i więcej	Udział osób w wieku 60 lat i więcej w całej populacji krajowej (w %)
2008	7 086 625	18,53
2010	7 533 230	19,69
2012	8 030 864	21,00
2014	8 528 811	22,34
2016	9 040 022	23,75
2018	9 515 608	25,10
2020	9 880 643	26,21

Źródło: GUS 2005

Prognozy demograficzne GUS wskazują, że grupa osób w wieku 60 lat i więcej powiększać się będzie systematycznie aż do 2020 r., łącznie o ok. 1,8 mln osób (8 punktów procentowych w strukturze populacji krajowej). Taka istotna zmiana struktury populacji krajowej będzie wywierać wpływ na efektywny popyt na leki.

⁴⁷ W NFZ nie udzielono wyjaśnień dotyczących tego zjawiska.

Według badań budżetów gospodarstw domowych oraz modułowych badań gospodarstw domowych GUS⁴⁸ już w 2006 r. w grupie emerytów i rencistów wydatki na ochronę zdrowia przypadające na osobę w gospodarstwie domowym były najwyższe (ok. 65 PLN) i przekraczały prawie o połowę odpowiednie przeciętne wydatki całej badanej populacji. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że wśród tych wydatków, wydatki na leki stanowiły największą ich część: 76% wśród rencistów i 73% wśród emerytów „to w konsekwencji należy oczekiwać poważnej skali ograniczenia dostępu do leków, jeśli nie ulegną zmianie zasady odpłatności”. O nieuniknionym wzroście popytu na leki, spowodowanym starzeniem się społeczeństwa polskiego, świadczą także wyniki innych specjalistycznych badań GUS dotyczących stanu zdrowia ludności Polaków (Tabela 78). Jak widać w grupie 50 lat i więcej skokowo wzrasta odsetek osób, które zażywają leki. W grupie 60 lat i więcej różnica w porównaniu do średniej wynosi już prawie 30 punktów procentowych. Tak więc, prognozowany przyrost liczebności tej części populacji musi spowodować istotny wzrost rzeczywistego popytu na leki.

Tabela 78. Ludność według zażywania leków w odsetkach w 2004 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Osoby, które w ciągu ostatnich 2 tygodni		
		zażywały leki	w tym	nie zażywały leków
			tylko przepisane	
w odsetkach				
Ogółem	100,00	54,2	32,3	45,3
Miasta	100,00	57,7	34,0	41,8
Wieś	100,00	48,5	29,6	51,0
Subpopulacja				
dzieci (0-14 lat)	100,00	39,6	26,1	59,1
dorośli (15 lat i więcej)	100,00	57,1	33,6	42,5
Wiek				
0-4 lata	100,00	46,1	34,1	50,7
5-9 lat	100,00	40,7	27,0	58,8
10-14 lat	100,00	34,1	19,7	65,3
15-19 lat	100,00	32,3	15,5	67,2
20-29 lat	100,00	39,0	17,2	60,4
30-39 lat	100,00	44,6	21,4	55,0
40-49 lat	100,00	53,5	30,7	46,3
50-59 lat	100,00	72,3	45,2	27,5
60-69 lat	100,00	82,7	55,2	17,1
70 lat i więcej	100,00	90,3	65,0	9,4

Źródło: GUS 2006

Analiza powyższych danych wprawdzie nie odpowiada na pytanie, jaka będzie wielkość i wartość oczekiwanego wzrostu sprzedaży leków, sygnalizuje jednak problem, który będzie wymagać przeprowadzenia odpowiednich oszacowań. Natomiast prowadzi ona

⁴⁸ patrz Rozdz. II p.4 oraz szersze opracowanie GUS na ten temat (Baran 2008).

do oczywistego wniosku, że istnieje pilna potrzeba weryfikacji sposobu finansowania leków przepisanych lub zleconych przez lekarzy. To oznacza konieczność wzrostu refundacji leków odpowiednio do wzrostu potrzeb zdrowotnych populacji emerytów i rencistów, uwzględniającego ponadto częstsze stosowanie leków innowacyjnych w stosunku do tendencji dotychczasowej, kiedy ich udział został *de facto* zablokowany. Aby zmienić politykę w tej dziedzinie potrzebne jest oszacowanie skali wzrostu potrzeb w celu zaplanowania właściwych środków na wzrost refundacji leków i innych świadczeń medycznych w latach 2010 – 2020.

3.7 Wydatki na leki w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej

Na podstawie niepełnych (brak danych z 11 krajów) informacji Eurostatu dotyczących wydatków krajowych na opiekę zdrowotną, można spróbować porównać sytuację Polski i wybranych krajów unijnych.

Porównując całość wydatków na ochronę zdrowia przypadającą na 1 mieszkańca zwraca uwagę ich relatywnie niski poziom krajowy – Polska z wydatkami całkowitymi rzędu 300-317 euro/rocznie⁴⁹ wyprzedza tylko Litwę (ok. 290 euro), Bułgarię (ok.170-187 euro) i Rumunię (ok.120-140 euro). Pozostałe kraje ujęte w statystyce Eurostat wyprzedzają nas zdecydowanie, przykładowo: Cypr legitymował się wydatkami rzędu 918-950 euro na 1 mieszkańca, wszystkie kraje tzw. „starej Unii” oraz Słowenia miały odpowiednio wydatki powyżej jednego tysiąca euro, a kraje najbogatsze nawet powyżej 2,5 tysiąca euro. Jednakże w przypadku porównywania całkowitych kosztów leków na 1 mieszkańca, Polska z wydatkami ok. 95-98 euro przewyższa lub osiąga podobny poziom (np. Litwa – ok. 99 euro) co kraje „nowej Unii” a dystans do krajów „starej Unii” staje się prawie o połowę krótszy (najbogatsze kraje jak: Niemcy i Francja wydawały na leki na 1 mieszkańca ok. 400-485 euro). Jest to nadal 4-5 krotnie mniej, ale w przypadku porównywania wszystkich wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i najbogatszych krajach UE było to aż dziewięciokrotnie mniej.

Kolejne porównanie wyjaśnia, jaka była struktura źródeł finansowania kosztów terapii lekowej. Według danych Eurostat w latach 2003 - 2004 w Polsce przeznaczono na leki 31-31,6% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia, ale aż 18,8-19,7% całkowitych nakładów, czyli większość środków finansowych wydawanych na leki, pochodziła z sektora prywatnego. W roku 2003 jedynie w Bułgarii udział sektora prywatnego w finansowaniu wydatków na leki był jeszcze wyższy niż w Polsce. W pozostałych krajach przeważało finansowanie leków ze środków państwowych oraz z ubezpieczeń społecznych. W Polsce, z powodu bardzo słabego stanu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, wydatki sektora prywatnego na leczenie są pokrywane prawie wyłącznie ze środków gospodarstw domowych. W przypadku kosztów leków finansowanych przez sektor prywatny udział gospodarstw domowych był bardzo wysoki i sięgał ponad 97% kosztów leków.

Podsumowując, można stwierdzić, że w krajach tzw. „nowej Unii” występuje problem finansowania kosztów leków. Przy znacznie niższych niż w krajach UE-15 (w przeliczeniu na 1 mieszkańca) nakładach na ochronę zdrowia wydatki na leki mają relatywnie wysoki udział, chociaż ich poziom jest nadal niezadowalający. Wydatki na leki w nowych państwach członkowskich, w tym w Polsce, przekraczały możliwości ich finansowania ze środków państwowych oraz z ubezpieczeń społecznych. W roku 2004 zaobserwowano w tych krajach nawet wzrost udziału sektora prywatnego w finansowaniu kosztów leków. Przedstawiając ten

⁴⁹ Porównanie nie uwzględnia różnic w sile nabywczej w poszczególnych krajach, w „nowej Unii” jest ona około 2 razy większa niż w EU-15.

udział jako procent całkowitych nakładów na ochronę zdrowia w 2004 roku otrzymujemy następujące wyniki (Tabela 79):

Tabela 79. Udział wydatków sektora prywatnego na leki w całkowitych krajowych nakładach na ochronę zdrowia w krajach „nowej Unii” w 2004r. (w %).

L.p.	Kraj	Udział (w %)
1	Bułgaria	27,02
2	Litwa	22,06
3	Rumunia	20,16
4	Polska	19,68
5	Cypr	16,94
6	Estonia	13,78
7	Słowenia	8,35
8	Czechy	6,08

Źródło: Eurostat

Tak więc jedynie w Słowenii i Republice Czeskiej wydatki sektora prywatnego na leki stanowią poniżej 10% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia, co stanowi regułę w krajach UE-15. Tylko w tych dwóch krajach „nowej Unii” finansowanie kosztów leków ze środków państwowych i ubezpieczeń społecznych było wyższe niż z sektora prywatnego. Oznacza to, że wysoki udział środków prywatnych w pokrywaniu kosztów leków był problemem występującym w większości krajów, które stały się członkami UE w 2004 r.

Brak danych z kolejnych lat uniemożliwia, niestety, kontynuowanie analizy. Jednakże można postawić hipotezę, że problem finansowania kosztów leków w nowych unijnych krajach członkowskich ma swoje źródło w zdecydowanie niższych, niż w państwach UE-15, całkowitych nakładach na opiekę zdrowotną (w przeliczeniu na 1 mieszkańca). Nakłady te, chociaż rosną stale, nie wystarczają na pokrycie całkowitych realnych kosztów i część z nich ponoszą bezpośrednio gospodarstwa domowe. W Polsce ten wymuszony współdziałanie sektora prywatnego w finansowaniu ochrony zdrowia koncentruje się na pokrywaniu kosztów leków, co sugeruje ich niewystarczającą refundację.

3.8 Wnioski

Analiza głównych tendencji występujących w latach 2004 - 2007 w sprzedaży (ilościowo i wartościowo) leków, kształtowania się refundacji (wartościowo) oraz cen pozwala na sformułowanie następujących wniosków .

- W ujęciu ilościowym zwraca uwagę wzrost sprzedaży leków innowacyjnych i co idzie za tym w parze, także zwiększenie sprzedaży leków oryginalnych. Ilościowo nastąpił spadek sprzedaży leków na rynku szpitalnym oraz stagnacja w sprzedaży krajowych leków Rx oraz leków bez recepty. W roku 2007, po raz pierwszy od początku transformacji, ilościowa sprzedaż importowanych leków Rx była większa niż krajowych.
- W ujęciu wartościowym najszybciej rosła sprzedaż leków generycznych i szpitalnych, a relatywnie wolniej leków oryginalnych i innowacyjnych.

Tabela 80. Dynamika procesów na polskim rynku leków w latach 2004-2007 (w %).

L.p.	Proces	Dynamika w okresie 2004-2007 ilościowo	Dynamika w okresie 2004-2007 wartościowo
1.	Sprzedaż na rynku zamkniętym – szpitalnym	-13,89	28,98
2.	Sprzedaż na rynku otwartym – aptecznym	7,82	20,25
2.1	Sprzedaż leków bez recepty (OTC)	0,99	15,91
2.2	Sprzedaż leków na receptę (Rx)	14,32	21,62
3.	Zmiany dotyczące leków Rx	----	----
3.1	Sprzedaż leków krajowych	0,49	18,90
3.2	Sprzedaż leków importowanych	31,58	22,78
3.3	Sprzedaż leków generycznych	12,73	30,30
3.4	Sprzedaż leków oryginalnych	19,64	10,34
3.5	Sprzedaż leków innowacyjnych	23,15	11,52
4.	Refundacja leków ogółem	bd.*	13,47
4.1	Refundacja leków (ryczałt)	bd.	24,40
4.2	Refundacja leków (bezpłatna)	bd.	-17,49
4.3	Refundacja leków (50%)	bd.	3,23
4.4	Refundacja leków (30%)	bd.	20,58

* Sprawozdania NFZ dotyczące refundacji leków nie zawierają danych ilościowych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IMS Health i NFZ

- Najszybciej rosły ceny leków szpitalnych i krajowych leków na receptę oraz leków OTC.
- W badanym okresie wystąpiły spadki poziomu cen leków innowacyjnych, oryginalnych i importowanych.
- Obserwowane tendencje zmian sprzedaży oraz cen leków były inne niż w latach 90..

Tabela 81. Dynamika cen według rodzajów sprzedaży leków, w latach 2004-2007 (w %).

L.p.	Zmiany cen dotyczące:	Dynamika w okresie 2004-2007
1.	Sprzedaży leków ogółem	14,26
1.1	Szpitalnej sprzedaży leków	49,79
1.2	Aptecznej sprzedaży leków	11,53
2.1	Sprzedaży leków bez recepty (OTC)	14,78
2.2	Sprzedaży leków na receptę (Rx)	6,38
3.	Leki Rx	----
3.1	Zmiany cen leków krajowych	18,31
3.2	Zmiany cen leków importowanych	-6,69
3.3	Zmiany cen leków generycznych	15,58
3.4	Zmiany cen leków oryginalnych	-7,77
3.5	Zmiany cen leków innowacyjnych	-9,45

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IMS Health i NFZ

- Refundacja leków w badanym okresie wzrastała niewystarczająco – jej dynamika była wolniejsza od wzrostu sprzedaży leków na receptę. W rezultacie nastąpił spadek udziału refundacji w sprzedaży leków na receptę z 66,23% w 2004 roku do 61,79% w roku 2007 (por. Tabela 76).
- O wysokim udziale sektora prywatnego w finansowaniu wydatków na leki oraz w całkowitych wydatkach krajowych na ochronę zdrowia świadczą także porównania międzynarodowe w ramach UE. Wg danych Eurostatu w Polsce powyższe udziały

sektora prywatnego są wysokie – porównywalne z sytuacją takich krajów jak Rumunia i Litwa. Wśród krajów EU 10 jedynie Republika Czeska i Słowenia mają niski udział sektora prywatnego – porównywalny do sytuacji w krajach „starej Unii”

3.9 Rekomendacje

Zarówno porównania międzynarodowe jak i analizy krajowego rynku farmaceutycznego wskazują na niewystarczający wzrost refundacji leków. Jeżeli pominiemy zakupy leków bez recepty oraz leki szpitalne, to tylko w celu stabilizacji udziału sektora prywatnego w krajowych wydatkach na leki należałoby zwiększać wartość refundacji leków w takim samym tempie jaki osiąga wzrost sprzedaży leków na receptę. W innym przypadku, a taki obserwowaliśmy w badanym okresie, niewystarczający wzrost wartości refundacji powoduje powiększanie wysokości wydatków gospodarstw domowych na leki.

W latach 2008-2020 nastąpi wzrost liczby populacji w wieku 60 lat i więcej o ok. 1,8 mln osób, co spowoduje istotne zwiększenie popytu na leki i procedury medyczne. Rozmiary tego specyficznego dodatkowego popytu należy jak najszybciej zbadać (empirycznie i statystycznie) oraz uwzględnić w przygotowaniu systemu ochrony zdrowia pod względem kadrowym, finansowym i technicznym. Zmiany demograficzne stają się bardzo poważnym wyzwaniem dla krajowego systemu ochrony zdrowia.

4. Koszty utrzymania infrastruktury technicznej w ochronie zdrowia

Wprowadzenie

Istotnym elementem kosztów funkcjonowania jednostek, w których udziela się świadczeń medycznych są koszty użytkowania (eksploatacji) i utrzymania określonej infrastruktury technicznej. Infrastruktura ta jest z jednej strony typowa dla każdej nieruchomości, ale z drugiej – specjalistyczna, związana z nowoczesnymi technologiami medycznymi. Informacje o tych kosztach nie są przedmiotem systematycznej sprawozdawczości. Nie jest też zewidencjonowany oraz opisany stan posiadania tejże infrastruktury w sektorze zdrowotnym. Dokonując szacunku tych kosztów, należało więc najpierw dokonać oceny stanu posiadania, czyli oszacować majątek i przypisać mu założone koszty użytkowania. Dane wyjściowe, dotyczące majątku zostały zebrane i przeanalizowane w pierwszym raporcie Zielona Księga I (z 2004 r.). Traktowane są one jako odniesienie do niniejszego raportu.

4.1. Kategorie, informacje i metoda szacowania kosztów infrastruktury

Zasoby majątkowe sektora zdrowotnego oszacowano odrębnie dla lecznictwa zamkniętego i otwartego (ambulatoryjnego). W każdym z tych rodzajów lecznictwa dokonano wyodrębnienia grup majątkowych według podziału na dalsze grupy:

- **budynki, budowle i obiekty inżynierskie (grupa 1- 2 według klasyfikacji środków trwałych GUS).** W skład tej grupy majątkowej wchodzi wszelkie obiekty budowlane stanowiące zasoby systemu ochrony zdrowia. Zatem w tej grupie znajdują się zarówno budynki, w których prowadzony jest proces diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, jak i budynki stanowiące zaplecze (techniczne) dla świadczenia usług medycznych (np. magazyny, hydroformie, kotłownie itp.),

- **urządzenia techniczne i środki transportu (grupa 3-7) oraz wyposażenie - urządzenia medyczne (grupa 8⁵⁰).** W tych grupach majątkowych mieszczą się takie środki trwałe jak windy, zbiorniki na ciekły tlen, komputery, środki transportu – karetki pogotowia, helikoptery i samoloty do transportu sanitarnego, a także aparatura medyczna, która w świetle przepisów kwalifikowana jest jako środek trwały.

4.2 Zasoby lecznictwa zamkniętego

Oszacowania wartości majątku lecznictwa zamkniętego dokonano w oparciu o dane opisujące wartość brutto (wartość początkowa) majątku (zgodnie z przedstawionymi powyżej grupami środków trwałych):

- dane zawarte w opracowaniu „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w roku 2006”;
- dane zawarte w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia 2007⁵¹, opisującym dane z roku 2006;
- dane zebrane z ankiety adresowanej do 16 różnego typu szpitali jednego z województw – analiza własna – dane z dnia 31 grudnia 2007.

W oparciu o źródła wskazane powyżej, zgodnie z zastosowanym tam podziałem placówek lecznictwa zamkniętego, zasoby krajowe prezentują się jak w poniższej Tabeli.

Tabela 82. Liczba szpitali i łóżek w szpitalach

Typ szpitala	Liczba szpitali	Liczba łóżek
Szpitale ogólne i specjalistyczne	742	176 673
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej	173	27 918
Sanatoria rehabilitacyjne i placówki lecznictwa uzdrowiskowego	229	31 631
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja	432	18 209
Domy pomocy społecznej	1255	99 130

Źródło: GUS i CSIOZ

W badaniu własnym, którego celem było określenie wartości środków trwałych „przypisanych” do 1 łóżka szpitalnego danego typu, opisano instytucje lecznictwa zamkniętego w następujący sposób :

- *szpitale ogólne i specjalistyczne (oprócz opieki psychiatrycznej)* - w tej grupie szpitali znajdują się szpitale powiatowe, wojewódzkie oraz specjalistyczne, łącznie ze szpitalami klinicznymi i szpitalami niepublicznymi oraz resortowymi. W przypadku, gdy w strukturze szpitala znajduje się oddział psychiatryczny, opiekuńczo-leczniczy lub rehabilitacyjny, łóżka z tych oddziałów wchodzi do ogólnej puli łóżek,
- *zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej* - jednoprofilowy szpital specjalistyczny;
- *sanatoria rehabilitacyjne i placówki lecznictwa uzdrowiskowego;*
- *zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja;*
- *domy pomocy społecznej.*

Dla celów obliczeniowych przyjęto, że koszt 1 łóżka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym równy jest kosztowi 1 łóżka w domu pomocy społecznej.

⁵⁰ W Zielonej Księdze I, grupa 3-7 i grupa 8 były oceniane oddzielnie.

⁵¹ http://www.csioz.gov.pl/pliki/biuletyn_2007/BIULETYN_2007

Tabela 83. Wartość majątku trwałego „na 1 łóżko” danego typu

Typ szpitala	Wartość brutto majątku trwałego „na łóżko” [PLN/łożko]	Poziom umorzenia księgowego majątku* [%]
Szpitale ogólne i specjalistyczne	167 756	58,74
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej	69 730	75,54
Sanatoria rehabilitacyjne i placówki lecznictwa uzdrowiskowego	132 674	60,35
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja	11 835	85,25
Domy pomocy społecznej	11 835	85,25

* wartość uśredniona

Źródło: wyniki badania własnego

Tabela 84. Oszacowana wartość brutto majątku lecznictwa stacjonarnego w kraju* (w mln PLN)

Typ szpitala	Wartość brutto majątku trwałego
Szpitale ogólne i specjalistyczne	29 637,9
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej	1 946,7
Sanatoria rehabilitacyjne i placówki lecznictwa uzdrowiskowego	4 196,6
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja	215,5
Domy pomocy społecznej	1 173,2
RAZEM:	37 170,1

*Uzyskana jako iloczyn wskaźników wykazanych w Tabeli 48 i liczby łóżek danego typu (Tabela 47)

Źródło: szacunki własne

Uzyskana wartość brutto majątku trwałego instytucji lecznictwa stacjonarnego w wysokości **37 170 054 443 PLN** w roku 2007⁵² koresponduje z wartością brutto majątku trwałego instytucji lecznictwa stacjonarnego oszacowaną w Zielonej Księdze I na kwotę **33 252 728 641 PLN** w roku 2002.

Zatem:

- w ciągu 5 lat (2002 – 2007), wartość brutto majątku trwałego instytucji lecznictwa stacjonarnego zwiększyła się o około 4 mld PLN, co oznacza statystyczny przyrost wartości o około 800 mln PLN każdego roku;
- relacja pomiędzy wartością brutto majątku trwałego instytucji lecznictwa stacjonarnego w roku 2002 i w roku 2007 równa jest współczynnikowi **1,12** (wartość 2007/wartość 2002).

⁵² Dane zebrane w badaniu własnym oddają stan na dzień 31 grudnia 2007. Liczba placówek w skali kraju bazuje na danych z roku 2006.

Weryfikacja poprawności oszacowania zasobów majątku trwałego lecznictwa stacjonarnego

Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia podaje, że na koniec roku 2006, aktywa trwałe SPZOZ w całej Polsce wynosiły **12 447 653 059 PLN**

Tabela 85. Wartość netto majątku oszacowanego według wskazanej powyżej metody

Typ szpitala	Wartość brutto majątku trwałego (w mln PLN)	Poziom umorzenia księgowego majątku* (%)	Wartość netto majątku trwałego (w mln PLN)
Szpitala ogólne i specjalistyczne	29 637,9	58,74	12 228,6
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej	1 946,7	75,54	476,2
Sanatoria rehabilitacyjne i placówki lecznictwa uzdrowiskowego	4 196,6	60,35	1 664,0
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja	215,5	85,25	31,8
Domy pomocy społecznej	1 173,2	85,25	173,1
RAZEM:	37 170,1	xxx	14 573,6

Źródło: szacunki własne

Wartość netto majątku trwałego wyliczona z oszacowanej wartości majątku brutto, różna jest od wartości wskazanej w Biuletynie o mniej niż 2 mld PLN, czyli o około 13,8%. Można zatem przyjąć, że:

- oszacowanie zostało wykonane poprawnie;
- średni poziom umorzenia księgowego majątku trwałego instytucji lecznictwa stacjonarnego w Polsce wynosi **62,16%**.

Koszt utrzymania infrastruktury technicznej instytucji lecznictwa stacjonarnego

Obliczenia kosztów utrzymania infrastruktury technicznej dokonano poprzez wprowadzenie założeń odnośnie stawek amortyzacji (rozumianych jako amortyzacja faktyczna) i odpowiednich kosztów związanych z utrzymaniem zasobów w sprawności technicznej (serwisowanie).

Podstawowym warunkiem (i założeniem) poprawności oszacowania wykonanego wskazaną powyżej metodą, jest reprezentatywność majątku ankietowanych szpitali. Reprezentatywność ta została zweryfikowana powyżej.

Oszacowania kosztów utrzymania dokonano rozbijając ten koszt na dwa składniki:

- koszt amortyzacji;
- koszt serwisowania (utrzymania zasobów w sprawności technicznej).

Dla celów obliczeniowych przyjęto następujące założenia:

- koszt amortyzacji budynków równy jest 2,5% wartości brutto rocznie. Koszt utrzymania budynków w dobrym stanie technicznym może być w całości pokrywany z odpisu amortyzacyjnego, zatem dla majątku trwałego z grupy 1-2 koszt amortyzacji

jest tożsamy z kosztem serwisowania. Żaden z budynków nie ma wartości księgowej równej zero, zatem odpis amortyzacyjny odnosi się do wszystkich budynków.

- koszt amortyzacji dla majątku trwałego z grupy 3 -7- 8 wynosi 12,5% wartości brutto rocznie⁵³. Dla celów obliczeniowych przyjęto, że tylko 60% aparatury medycznej i wyposażenia technicznego instytucji lecznictwa stacjonarnego ma wartość księgową, a więc instytucje ochrony zdrowia dokonują dla nich odpisu amortyzacyjnego.
- koszt serwisowania wynosi:
 - wariant 1 - 4% wartości brutto rocznie;
 - wariant 2 – 8% wartości brutto rocznie.

Tabela 86. Szacunek wartości brutto budynków oraz urządzeń technicznych i medycznych z uwzględnieniem typu instytucji

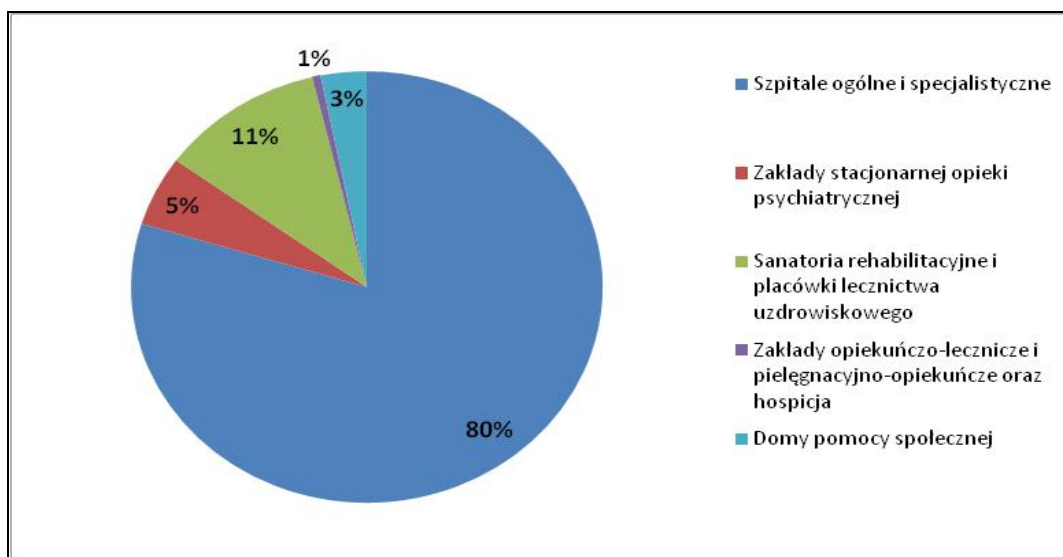
Typ szpitala	Wartość <u>brutto</u> majątku trwałego ogółem (w mln PLN)	Procent wartości urządzeń technicznych i medycznych ⁵⁴ (%)	Wartość <u>brutto</u> budynków (w mln PLN)	Wartość <u>brutto</u> urządzeń technicznych i medycznych (w mln PLN)
Szpitale ogólne i specjalistyczne	29 637,9	46,64	15 814,8	13 823,1
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej	1 946,7	12,69	1 699,7	247,0
Sanatoria rehabilitacyjne i placówki lecznictwa uzdrowisk.	4 196,6	19,33	3 385,4	811 205,7
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja	215,5	12,69	188,2	27,3
Domy pomocy społecznej	1 173,2	7,64	1 083,6	89,6
RAZEM:	37 170,1	40,35	22 171,7	14 998,4

Źródło: szacunki własne

⁵³ Oznacza to utratę wartości księgowej po 8 latach eksploatacji. Taki „czas życia” wyposażenia technicznego wydaje się bardziej oddający realia niż współczynnik rocznej amortyzacji na poziomie 20%

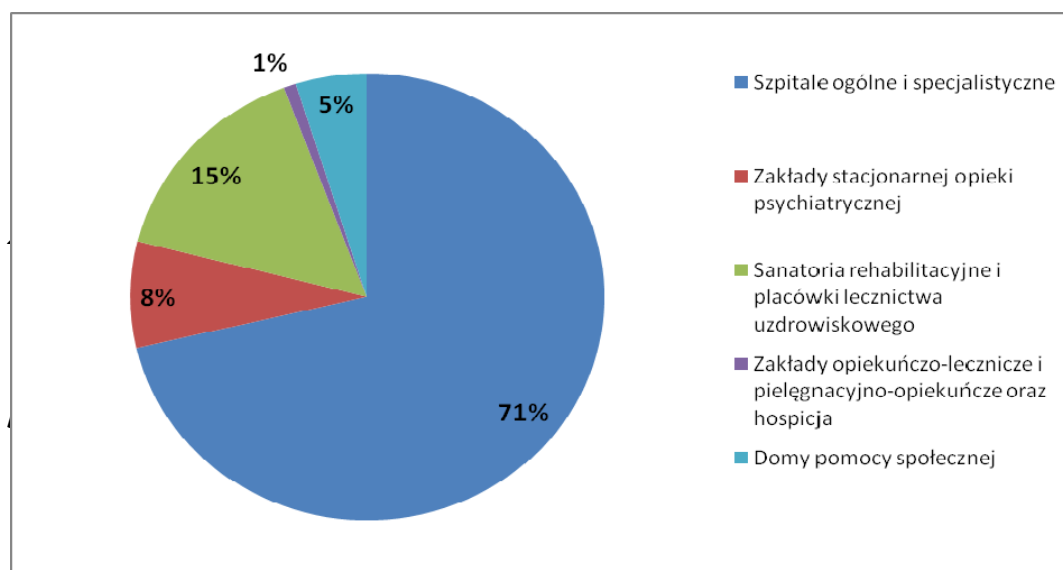
⁵⁴ Wartość średnia.

Wykres 36. Udział procentowy różnego typu placówek lecznictwa stacjonarnego w całkowitej wartości środków trwałych brutto



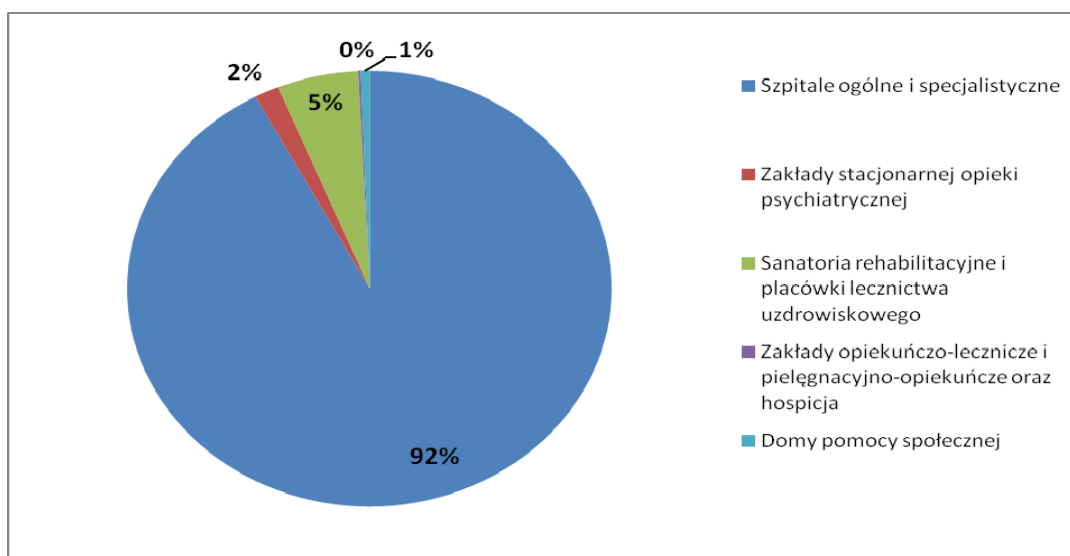
Źródło: szacunki własne

Wykres 37. Udział procentowy placówek lecznictwa stacjonarnego w całkowitej wartości brutto



Źródło: szacunki własne

Wykres 38. Udział procentowy różnego typu placówek lecznictwa stacjonarnego w całkowitej wartości brutto urządzeń technicznych i medycznych



Źródło: szacunki własne

W oparciu o wyliczone powyżej wartości brutto majątku placówek lecznictwa stacjonarnego, zestawiono koszty utrzymania infrastruktury tego segmentu ochrony zdrowia dla wariantu 1 – Tabela 87 (koszt serwisu urządzeń na poziomie 4% wartości brutto rocznie), a w Tabeli 88 koszty dla wariantu 2 (koszt serwisu urządzeń na poziomie 8% wartości brutto rocznie).

Tabela 87. WARIANT 1 – koszt serwisu na poziomie 4% wartości brutto rocznie

Typ szpitala	Wartość budynków brutto (w mln PLN)	Wartość wyposażenia brutto (w mln PLN)	Wartość wyposażenia netto (w mln PLN)	Koszt amortyzacja budynków (w mln PLN)	Koszt amortyzacji wyposażenia (w mln PLN)	Koszt serwisu wyposażenia (w mln PLN)	Koszt eksploatacji rocznej ogółem (w mln PLN)
Szpital ogólny i specjalistyczny	15 814,8	13 823,1	8 293,9	395,4	1 036,7	552,9	1 985,0
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej	1 699,7	247,0	148,2	42,5	18,5	9,9	70,9
Sanatoria rehabilitacyjne i placówki leczenia uzdrowiskowego	3 385,4	811,2	486,7	84,6	60,8	32,4	177,9
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja	188,2	27,3	16,4	4,7	2,1	1,1	7,8
Domy pomocy społecznej	1 083,6	89,6	53,8	27,1	6,7	3,6	37,4
RAZEM:	22 171,7	14 998,4	8 999,0	554,3	1 124,9	599,9	2 279,1

Źródło: szacunki własne

Tabela 88. WARIANT 2 – koszt serwisu na poziomie 8% wartości brutto rocznie

Typ szpitala	Wartość budynków brutto (w mln PLN)	Wartość wyposażenia brutto (w mln PLN)	Wartość wyposażenia netto (w mln PLN)	Koszt amortyzacja budynków (w mln PLN)	Koszt amortyzacji wyposażenia (w mln PLN)	Koszt serwisu wyposażenia (w mln PLN)	Koszt eksploatacji rocznej ogółem (w mln PLN)
Szpital ogólny i specjalistyczny	15 814,8	13 823,1	8 293,9	395,4	1 036,7	663,5	2 095,6
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej	1 699,7	247,0	148,2	42,5	18,5	11,9	72,9
Sanatoria rehabilitacyjne i placówki leczenia uzdrowiskowego	3 385,4	811,2	486,7	84,6	60,8	38,9	184,4
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja	188,2	27,3	16,4	4,7	2,1	1,3	8,1
Domy pomocy społecznej	1 083,6	89,6	53,8	27,1	6,7	4,3	38,1
RAZEM:	22 171,7	14 998,4	8 999,0	554,3	1 124,9	719,9	2 399,1

Źródło: szacunki własne

Podsumowując wartości zestawione w Tabeli 87 i Tabeli 88 można przyjąć, że **roczny koszt eksploatacji zasobów lecznictwa stacjonarnego winien wynosić około 2,4 mld PLN rocznie.**

Warto zwrócić uwagę, że:

- w wariantcie 1, koszt serwisowania stanowi około 26% kosztów eksploatacji infrastruktury;
- w wariantcie 2, koszt serwisowania stanowi około 30% kosztów eksploatacji infrastruktury.

Zatem koszt serwisowania aparatury medycznej i wyposażenia technicznego ma znaczący udział w całkowitym koszcie utrzymania infrastruktury technicznej.

4.2 Zasoby lecznictwa otwartego (ambulatoryjnego)

Bazując na danych zawartych w publikacji GUS „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w roku 2006”, w Tabeli 89 zestawiono liczbę placówek lecznictwa otwartego w poszczególnych grupach⁵⁵. Zestawienie obejmuje placówki publiczne i niepubliczne.

Tabela 89. Liczba placówek lecznictwa otwartego

<i>Rodzaj instytucji</i>	<i>Liczba placówek</i>	<i>Uwagi</i>
Zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej ⁵⁶	13 473	-
Praktyki lekarskie (ogólne i stomatologiczne)	8 162	-
Stacje krwiodawstwa	209	Centra i oddziały
Zespół ratownictwa wyjazdowego medycznego	976	-
Żłobki i oddziały żłobkowe	496	-
Apteki ogólnodostępne i punkty apteczne	10 341	-

Źródło: GUS 2007

Dla każdej z instytucji wskazanych w Tabeli, dokonano oszacowania wartości uśrednionego majątku.

Należy wskazać, że pomimo zawężenia pola zakresu usług medycznych, instytucje lecznictwa ambulatoryjnego prezentują znaczne rozbieżności w zakresie możliwości diagnostycznych i leczniczych, a tym samym wartości majątku. Oszacowanie zasobów lecznictwa otwartego jest trudniejsze niż zasobów lecznictwa zamkniętego, z racji szerokiego spektrum instytucji ochrony zdrowia kwalifikujących się do tej kategorii.

Z tego też powodu, oszacowanie majątku we wskazanych powyżej grupach bazuje na pewnych założeniach i uśrednieniach. Podstawowym źródłem danych jest publikacja GUS „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w roku 2006” oraz:

- standardy zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej

⁵⁵ W porównaniu do Zielonej Księgi I, brak jest danych opisujących pracownie diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Przyjęto, że ta kategoria zakładów opieki zdrowotnej włączona została do kategorii zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

⁵⁶ Przychodnie, przychodnie specjalistyczne, przyszpitalne, przychodnie wchodzące w skład zespołu zakładów opieki zdrowotnej i inne bez względu na organ założycielski.

specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej z uwzględnieniem zmian z dnia 15 lutego 2008.

- wiedza ekspercka.

Metodyka oszacowywania kosztów utrzymania zasobów lecznictwa otwartego w oparciu o wartość majątku pozostaje taka sama jak w przypadku lecznictwa zamkniętego.

Dla oszacowania zasobów w poszczególnych kategoriach placówek lecznictwa otwartego przyjęto następujące założenia:

- 1 m² powierzchni (placówki lecznictwa otwartego) ma średnio wartość 2 500 PLN⁵⁷,
- koszt utrzymania tej powierzchni jest równy zarówno w przypadku gdy placówka jest właścicielem powierzchni, jak i w przypadku dzierżawy (wynajmu),
- do każdego typu placówki lecznictwa otwartego przypisano średnią powierzchnię, której wielkość umożliwia świadczenie usług medycznych i zapewnia spełnienie wymogów sanitarnych, komunikacyjnych i innych (np. związanych z komfortem pacjenta),
- wartość urządzeń technicznych uśredniono dla każdego z typów placówek, przyjmując dodatkowo, że każda z nich ma zlikwidowane bariery architektoniczne,
- wartość aparatury medycznej uśredniono dla każdego z typów placówek, przyjmując wartość urządzeń zgodnie ze średnimi cenami występującymi na rynku.

Tabela 90. Szacunek wartości majątku trwałego instytucji lecznictwa otwartego

Rodzaj instytucji	Liczba placówek	Grupa majątku wg GUS	Wartość majątku w instytucji brutto (w tys. PLN)	Wartość majątku w kraju brutto (w mln PLN)
Zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	13 473	1 - 2	800,0	10 778,4
		3 - 7 - 8	550,0	7 410,2
Praktyki lekarskie (ogólne i stomatolog.)	8 162	1 - 2	150,0	1 224,3
		3 - 7 - 8	40,0	326,5
Stacje krwiodawstwa	209	1 - 2	600,0	125,4
		3 - 7 - 8	1 000,0	209,0
Zespół ratownictwa wyjazdowego oraz LPR*	976	1 - 2	1 100,0	1 073,6
		3 - 7 - 8	3 000,0	2 928,0
Żłobki i oddziały żłobkowe	496	1 - 2	1 000,0	496,0
		3 - 7 - 8	50,0	24,8
Apteki ogólnodostępne i punkty apteczne	10 341	1 - 2	360,0	3 722,8
		3 - 7 - 8	55,0	568,8
RAZEM:		1 - 2		17 420,5
		3 - 7 - 8		11 467,2
OGÓLEM:				28 887,6

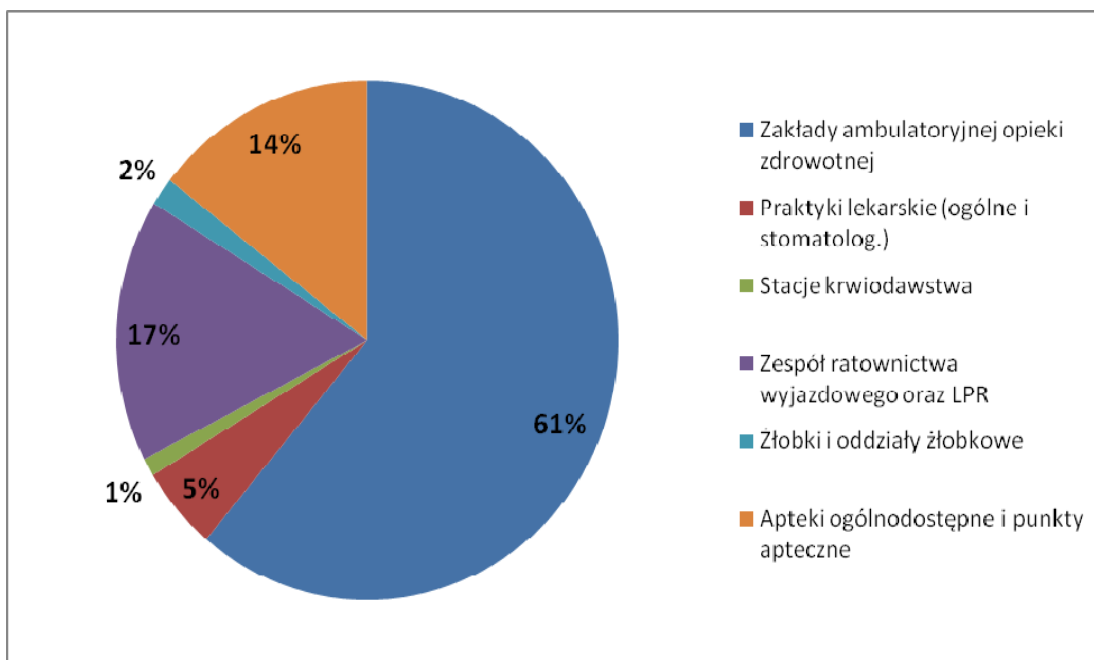
* Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

Źródło: szacunki własne

Udział procentowy w wartości brutto majątku trwałego instytucji lecznictwa ambulatoryjnego w zależności od rodzaju instytucji, przedstawiono na Wykresie 39.

⁵⁷ W Zielonej Księdze I przyjęto również 2 500 zł/m²

Wykres 39. Udział procentowy różnego typu placówek lecznictwa ambulatoryjnego w całkowitej wartości środków trwałych brutto



Zródło: szacunki własne

Uzyskana wartość brutto majątku trwałego instytucji lecznictwa ambulatoryjnego w wysokości **28 887 645 000 PLN** w roku 2006 jest znacząco wyższa od wartości brutto majątku trwałego instytucji lecznictwa ambulatoryjnego oszacowanej w Zielonej Księdze I na kwotę **22 102 756 986 PLN** w roku 2002.

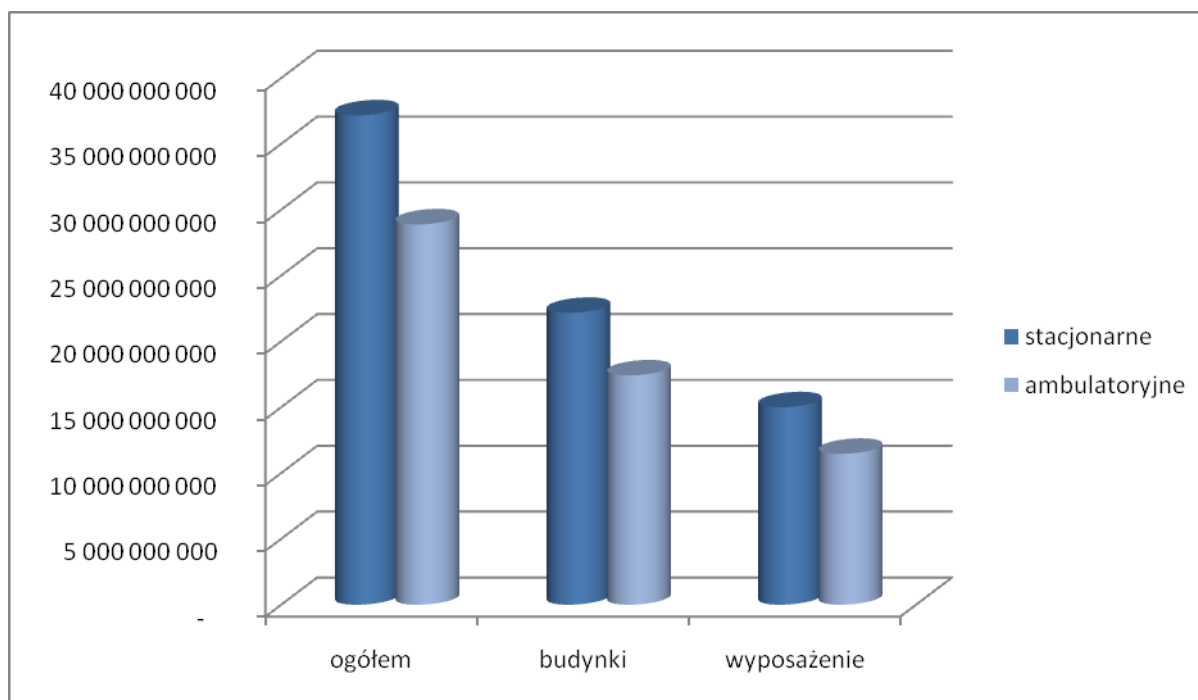
Zatem:

- w ciągu 5 lat (2002 – 2007), wartość brutto majątku trwałego instytucji lecznictwa ambulatoryjnego zwiększyła się o około 6,8 mld PLN, co oznacza statystyczny przyrost wartości o około 1,1 mld PLN każdego roku. Za ten przyrost odpowiada przede wszystkim znaczący wzrost liczby zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Liczba tych instytucji wzrosła z 5 657 w roku 2002, do 13 473 w roku 2006, co oznacza przyrost o 238%. Jeszcze w roku 2005 liczba zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wynosiła 12 273 instytucje.
- relacja pomiędzy wartością brutto majątku trwałego instytucji lecznictwa stacjonarnego w roku 2002 i w roku 2006 równa jest współczynnikowi **1,31** (wartość 2006/wartość 2002).

Wartość brutto zasobów lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego

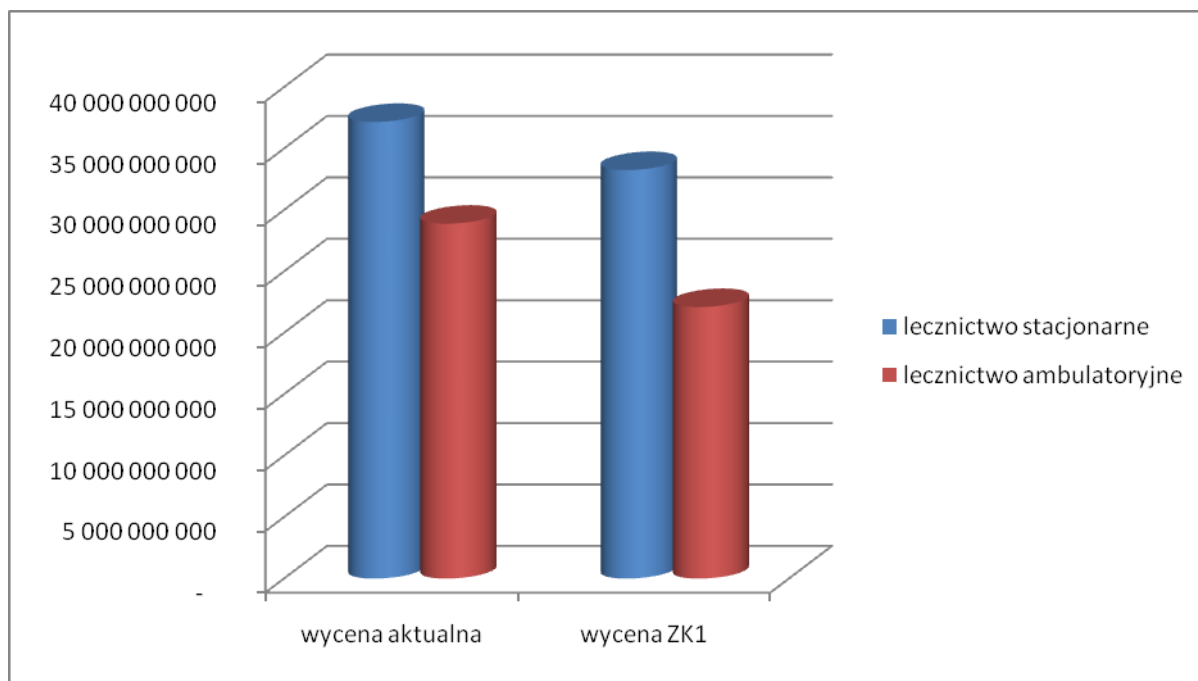
Na Wykresie 40 przedstawiono relacje pomiędzy wartościami majątku brutto ogółem, a wartościami brutto budynków i wyposażenia dla lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego.

Wykres 40. Wartość brutto majątku lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego



Źródło: szacunki własne

Wykres 41. Wartość brutto majątku lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego – oszacowanie bieżące i w Zielonej Księdze I



Źródło: szacunki własne

Oszacowanie kosztu utrzymania zasobów lecznictwa ambulatoryjnego

Oszacowanie kosztu utrzymania dokonano wariantowo, rozbijając ten koszt na dwa składniki:

- koszt amortyzacji;
 - amortyzacja budynków;
 - amortyzacja sprzętu technicznego i medycznego;
- koszt serwisowania (utrzymania zasobów w sprawności technicznej).

W każdym z wariantów, koszty serwisowania liczone są jako:

- równe 0 (zero) dla majątku w grupie 1-2 (przyjęto, że koszt utrzymania budynków w dobrym stanie technicznym może być w całości pokrywany z odpisu amortyzacyjnego);
- 4% wartości brutto majątku w grupie 3-7-8.

Oszacowanie kosztów utrzymania infrastruktury technicznej lecznictwa ambulatoryjnego wykonano w dwóch wariantach:

Wariant 1. - Przyjęto, że:

- amortyzacja budynków wynosi 2,5% wartości brutto - wszystkie budynki eksploatowane przez instytucje lecznictwa ambulatoryjnego mają wartość księgową;
- amortyzacja sprzętu technicznego i medycznego wynosi 12,5% wartości brutto⁵⁸,
- 60% aparatury medycznej i sprzętu technicznego ma wartość księgową.

***Komentarz:** Powyższe założenia opierają się na realiach. Wskaźnik amortyzacji bazuje na efektywnym czasie eksploatacji aparatury i urządzeń, a przyjęty poziom umorzenia zapewnia jedynie utrzymanie obecnego stanu technicznego majątku.*

Zatem w tym wariantcie, roczny koszt utrzymania infrastruktury wynosi:

- amortyzacja budynków: $17\,420\,460\,000\text{ PLN} * 2,5\% = 435\,511\,500\text{ PLN}$
- amortyzacja sprzętu technicznego i medycznego: $11\,467\,185\,000\text{ PLN} * 60\% * 12,5\% = 860\,038\,875\text{ PLN}$
- koszt serwisu sprzętu technicznego i medycznego: $11\,467\,185\,000\text{ PLN} * 4\% = 627\,099\,600\text{ PLN}$

Całkowity koszt: **1 754 237 775 PLN**

Wariant 2. - Przyjęto, że:

- amortyzacja budynków wynosi 2,5% wartości brutto - wszystkie budynki eksploatowane przez instytucje lecznictwa ambulatoryjnego mają wartość księgową;
- amortyzacja sprzętu technicznego i medycznego wynosi 20% wartości brutto⁵⁹;

⁵⁸ Amortyzacja na poziomie 12,5% jest amortyzacją faktyczną dla aparatury medycznej i średnią amortyzacją dla urządzeń technicznych. Wynika to ze średniego czasu efektywnej eksploatacji urządzeń technicznych i medycznych.

⁵⁹ Amortyzacja na poziomie 20% jest amortyzacją księgową dla aparatury medycznej i średnią amortyzacją dla urządzeń technicznych

- 50% aparatury medycznej i sprzętu technicznego ma wartość księgową.

***Komentarz:** Założenia przyjęte do tego wariantu wydają się oddawać sytuację „modelową”. Praktyczna realizacja tego modelu zapewnia umiarkowany postęp technologiczny (odpowiednio szybka wymiana sprzętu zamortyzowanego na nowy), przy utrzymaniu obowiązującego poziomu odpisu amortyzacyjnego.*

Zatem w tym wariantcie, roczny koszt utrzymania infrastruktury wynosi:

- amortyzacja budynków: 17 420 460 000 PLN * 2,5% = 435 511 500 PLN
- amortyzacja sprzętu technicznego i medycznego: 11 467 185 000 PLN * 50% * 20% = 1 146 718 500 PLN
- koszt serwisu sprzętu technicznego i medycznego: 11 467 185 000 PLN * 4% = 458 687 400 PLN

Całkowity koszt: **2 040 917 400 PLN**

4.3. Całkowite koszty utrzymania infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia

W zależności od kombinacji przyjętych wariantów, całkowity koszt utrzymania infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia wynosi:

- **4 033 342 348 PLN** (kwota minimalna) jako suma kosztów utrzymania infrastruktury technicznej lecznictwa stacjonarnego (wariant 1) i ambulatoryjnego (wariant 1), w tym:
 - **amortyzacja: 2 974 720 187 PLN (74%);**
 - **serwis: 1 058 622 160 PLN (26%);**
- **4 440 008 924 PLN** (kwota maksymalna) jako suma kosztów utrzymania infrastruktury technicznej lecznictwa stacjonarnego (wariant 2) i ambulatoryjnego (wariant 2), w tym:
 - **amortyzacja: 3 261 399 812 PLN (73%);**
 - **serwis: 1 178 609 112 PLN (27%);**

***Komentarz:** Koszty utrzymania infrastruktury technicznej zmieniły się w stosunku do oszacowań zawartych w Zielonej Księdze I odpowiednio:*

- koszt minimalny w Zielonej Księdze I oszacowano na poziomie 4 889 280 000 PLN, aktualnie oszacowany koszt wynosi **4 033 342 348 PLN**,
 - koszt minimalny amortyzacji w Zielonej Księdze I szacowano na poziomie 2 793 076 000 PLN, aktualnie oszacowany koszt wynosi **2 974 720 187 PLN**
 - koszt minimalny serwisu w Zielonej Księdze I szacowano na poziomie 1 532 529 000 PLN, aktualnie oszacowany koszt wynosi **1 058 622 160 PLN**
- koszt maksymalny w Zielonej Księdze I oszacowano na poziomie 5 058 383 000 PLN, aktualnie oszacowany koszt wynosi **4 440 008 924 PLN**,
 - koszt maksymalny amortyzacji w Zielonej Księdze I szacowano na poziomie 3 525 855 000 PLN, aktualnie oszacowany koszt wynosi **3 261 399 812 PLN**
 - koszt minimalny serwisu w Zielonej Księdze I szacowano na poziomie 1 532 529 000 PLN, aktualnie oszacowany koszt wynosi **1 178 609 112 PLN**

Na szczególną uwagę zasługuje oszacowany koszt serwisowania sprzętu technicznego i medycznego. W obydwu rozpatrywanych wariantach, serwis stanowi 26 – 27% kosztów utrzymania infrastruktury, zatem koszt serwisowania jest istotnym składnikiem kosztu ogólnego.

4.4 Wnioski

Analizy wykonane w niniejszym opracowaniu pokrywają się z wynikami przedstawionymi w Zielonej Księdze I i jednoznacznie wskazują, że:

- Obecny stan techniczny infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce jest niezadowolający. Poziom umorzenia majątku trwałego tego sektora wynosi około 62%. Warszawskie Centrum Postępu Techniczno – Organizacyjnego Budownictwa (Tora WACETOB) ocenia, że budynek, którego wartość jest umorzona w 40% kwalifikuje się do rozległego remontu kapitalnego. Zatem system ochrony zdrowia w Polsce dysponuje zarówno zdekapitalizowanymi budynkami, jak i zdekapitalizowanym sprzętem technicznym i medycznym.
- Sytuację pogarsza powszechna, wieloletnia praktyka wykorzystywania odpisów amortyzacyjnych na inne cele niż odtwarzanie majątku, a w praktyce na pokrycie straty finansowej instytucji ochrony zdrowia. Oznacza to ograniczenie wydatków na modernizację i remonty budynków oraz odtwarzanie zasobów sprzętu technicznego i medycznego.
- Oszacowany w raporcie koszt serwisowania sprzętu technicznego i medycznego bazuje na niskich wskaźnikach kosztu serwisu w relacji do wartości brutto⁶⁰. Mimo to, nominalny koszt serwisowania stanowi 26 – 27% kosztów utrzymania infrastruktury technicznej, co w liczbach bezwzględnych przekłada się na kwotę około 1,3 mld złotych rocznie. Należy podnieść wątpliwość, czy wskazana kwota jest faktycznie wydatkowana przy obecnym poziomie finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.
- Kwestią otwartą pozostaje racjonalność ponoszenia wydatków na odtwarzania majątku trwałego instytucji, które wykazują wysoki poziom umorzenia majątku trwałego. Wydatki – oszacowane w raporcie⁶¹ - na poziomie 5 mld PLN rocznie w skali kraju powinny skutkować odczuwalnym ustabilizowaniem się i stopniową poprawą stanu infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia lub przynajmniej nie pogarszaniem się tego stanu.
- Bardzo poważnym problemem jest wdrożenie do realizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Rozporządzenie to narzuca określone standardy, które mają być wdrożone do dnia:

⁶⁰ Koszt serwisu na poziomie 4% wartości brutto należy uznać jako minimalny. W USA, poziom ten szacowany jest na 12%, a w przypadku niektórych aparatów medycznych nawet na 20%.

⁶¹ Zbliżona kwota wydatków została oszacowana w Zielonej Księdze I.

- 31 grudnia 2012 r. – w przypadku, gdy w pomieszczeniach tych prowadzona będzie działalność zakładu opieki zdrowotnej zamkniętej;
- 31 grudnia 2012 r. – w przypadku innego zakładu opieki zdrowotnej niż określony powyżej (pierwotnie termin ten był określony na dzień 31 grudnia 2008 – termin znowelizowany aktualizacją Rozporządzenia z dnia 15 lutego 2008) .

Oszacowania kosztów dostosowania budynków szpitalnych w większości przypadków zbliżone są do wartości netto majątku trwałego szpitala⁶². Bazując na szacunkowych danych z niniejszego raportu, można przyjąć, że wydatki na dostosowanie instytucji leczenia stacjonarnego wynoszą około 14 mld PLN. Kwota ta winna być wydana w znaczącej części - poza bieżącymi wydatkami odtworzeniowymi - w latach 2009 – 2012.

- Należy podkreślić duże problemy z dostępem do danych związanych z zagadnieniem kosztu utrzymania infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia. Dotyczy to nie tylko danych ze szczebla centralnego, ale także lokalnego.

⁶² W przypadku szpitali zbudowanych w drugiej połowie lat 80 ubiegłego wieku i później, koszty te są szacowane na około 40% wartości netto środków trwałych.

Rozdział IV

Wydatki na zdrowie

1. Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce

Wprowadzenie

Przedmiotem trzeciego wymiaru analizy finansów w ochronie zdrowia są wydatki ponoszone bezpośrednio na realizację funkcji zdrowotnych. Analizę tego podejścia ułatwiają całościowe tzw. skonsolidowane rachunki finansów publicznych oraz specjalne rachunki odnoszące się tylko do sektora zdrowotnego. Skonsolidowane rachunki prowadzone są na podstawie metodologii zaproponowanej przez Międzynarodowy Fundusz Walutowy i opisaną w podręczniku tej organizacji (IMF 1986). Rachunki specjalne, zaadresowane tylko do sektora zdrowotnego, zaproponowano w OECD, przyczyniając się do stworzenia systemu tzw. narodowych rachunków zdrowia. Polska jako członek tej organizacji przyjęła na siebie obowiązek systematycznego zbierania informacji oraz zestawiania i obliczania wydatków na zdrowie w przekroju źródeł finansowania, dostawców usług oraz realizowanych funkcji. Dzięki temu statystyka publiczna wzbogaciła się o solidne analizy wydatków na zdrowie, umożliwiając rozpoznanie istotnego wymiaru sytuacji finansowej w sektorze zdrowotnym oraz o wiarygodne porównania z innymi krajami. Standaryzacja kategorii wydatków oraz ujednolicony sposób opisywania obszaru i struktury ochrony zdrowia dla każdego z porównywanych krajów pozwalają w pełni porównywać wyniki rachunków zdrowia prowadzonych w tych krajach.

Już kilkakrotnie opracowano narodowy rachunek zdrowia dla Polski (MZ w 1999 r. oraz GUS w latach 2002, 2006), co może stanowić podstawę pogłębionej analizy wydatków na ochronę zdrowia w czasie. W obecnej wersji Zielonej Księgi wykorzystane zostały szeregi informacji pochodzące z lat: 1999, 2004, 2005 i 2006, dotyczące wydatków głównie w przekroju realizowanych funkcji.

1.1 Tendencja kształtowania się wydatków na zdrowie w latach 1999 – 2007

Obszar ochrony zdrowia w narodowym rachunku zdrowia definiuje się na podstawie funkcjonalnego wymiaru międzynarodowej klasyfikacji wydatków (ICHA). Obejmują one wszystkie wydatki niezależnie od źródeł finansowania, a więc wydatki na opiekę zdrowotną świadczoną także w innych sektorach i finansowane przez inne fundusze publiczne, np. z funduszu ubezpieczeń społecznych. Takie wydatki znajdujemy np. w systemie pomocy i opieki społecznej (opieka zdrowotna i pielęgnacyjna nad chorymi w domach opieki dla przewlekle chorych, czy w domach dla osób starszych, etc.), czy w systemie ubezpieczenia społecznego (np. wydatki ZUS i KRUS na opiekę zdrowotną w ramach tzw. rehabilitacji przedrentowej). Tym samym w rachunku zdrowia wykracza się zarówno poza dział „ochrona zdrowia” w klasyfikacji budżetowej, jak również poza grupę: „Działalność w zakresie zdrowia ludzkiego” w sekcji N „Ochrona zdrowia i pomoc społeczna”, w polskiej klasyfikacji podmiotów gospodarki narodowej według rodzajów działalności (PKD), opartej na europejskiej klasyfikacji działalności (NACE).

W rachunku zdrowia poza wydatkami na ochronę zdrowia odrębnie zestawia się wydatki działalności nazywanej ‘działalnością związaną ze zdrowiem’. Dotyczy to kształcenia i szkolenia profesjonalistów medycznych, badań naukowych i działalności rozwojowej, kontroli żywności, higieny i wody pitnej, zdrowia środowiskowego,

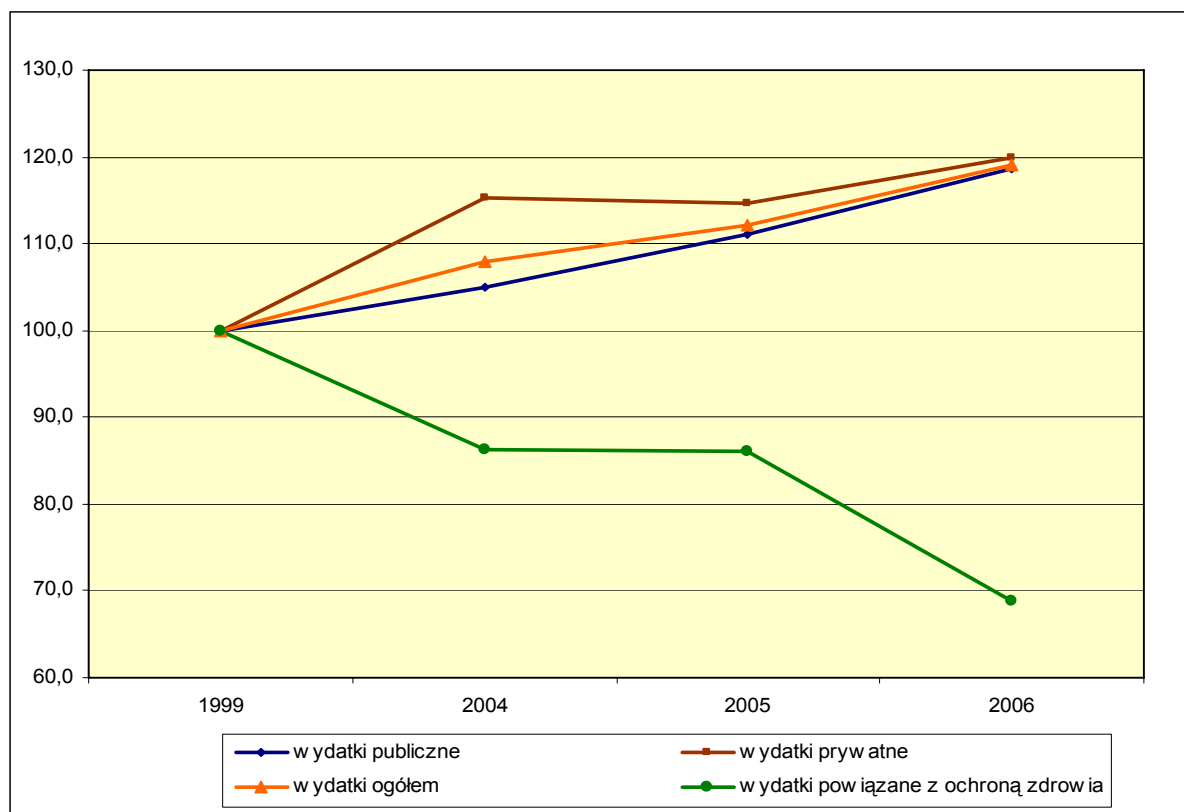
administracji i dostarczania świadczeń socjalnych w naturze dla osób chorych i niepełnosprawnych, administracji i dostarczania świadczeń pieniężnych związanych z ochroną zdrowia. Gdyby tę działalność uwzględnić w rachunku zdrowia, to wydatki na ochronę zdrowia razem z nimi wynosiłyby 9-10 % PKB w latach 2005 – 2006. Wydatki te mają jednak dramatycznie spadkową tendencję, co jest widoczne na wykresie zamieszczonym poniżej, ukazując je w cenach stałych.

Tabela 91. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1999, 2004, 2005, 2006

Wyszczególnienie	1999		2004		2005		2006	
	mln PLN	% PKB	mln PLN	%PKB	mln PLN	%PKB	mln PLN	%PKB
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	41 366,3	6,21	57 357,6	6,2	61 099,3	6,21	65 730,5	6,20
• Wydatki publiczne	29 439,6	4,42	39 691,8	4,29	43 081,7	4,38	46 641,5	4,40
• Wydatki prywatne	11 926,3	1,79	17 663,20	1,91	18 015,10	1,83	19 088,9	1,80
➤ Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	11 020,9	1,65	16 122,8	1,74	15 959,10	1,62	16 820,9	1,59
Wydatki na ochronę zdrowia i powiązane z ochroną zdrowia razem	74 870,0	11,24	94 482, 2	10,22	99 065,3	10,07	96 541,5	9,11

Źródło: GUS 1999 - 2006

Wykres 42. Wydatki całkowite, publiczne, prywatne na ochronę zdrowia i powiązane z ochroną zdrowia w cenach stałych (1999=100)



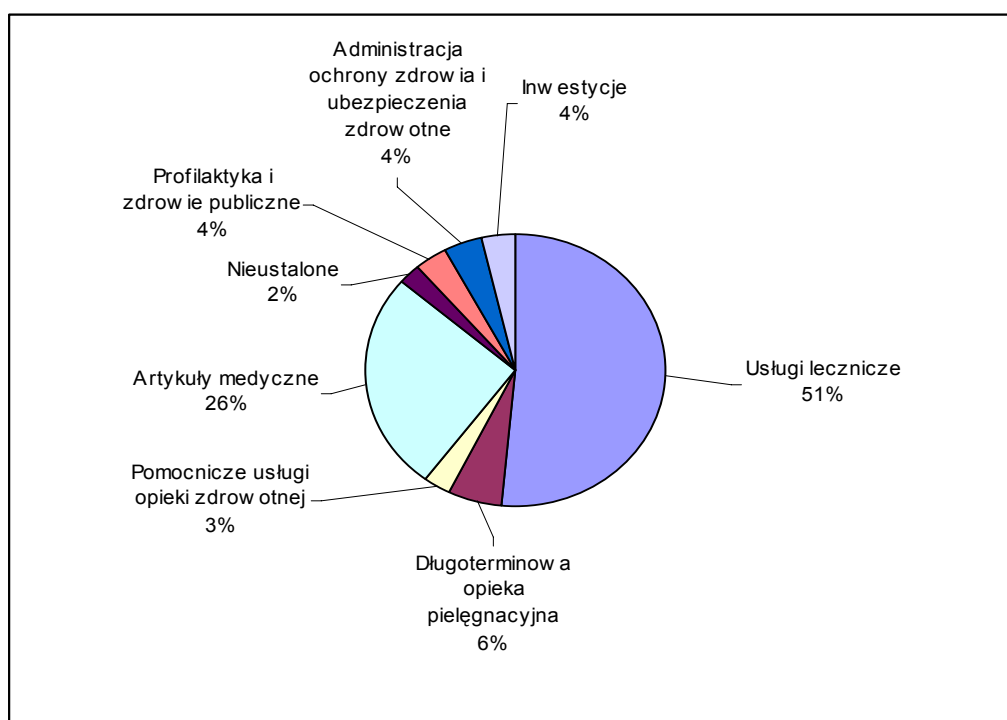
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS – NRZ, obliczenia w cenach stałych z 1999 r.

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w analizowanym okresie (1999 – 2006) rosną w tym samym tempie, co produkt krajowy brutto. To oznacza, że ich udział w PKB ustabilizował się i wynosi przez prawie całą dekadę 6,2%. Podobnie stabilne są wydatki publiczne. Natomiast wydatki prywatne charakteryzują się pewnymi wahaniami. Do 2004 r. ich dynamika w cenach stałych była wyższa niż wydatków publicznych, następnie tempo się radykalnie zmniejszyło, a od 2006 r. rosną w tempie około 5 % rocznie, mniejszym jednak niż wydatki publiczne, które rosną w tempie ponad 7% rocznie.

1.2 Analiza zmian struktury wydatków według funkcji

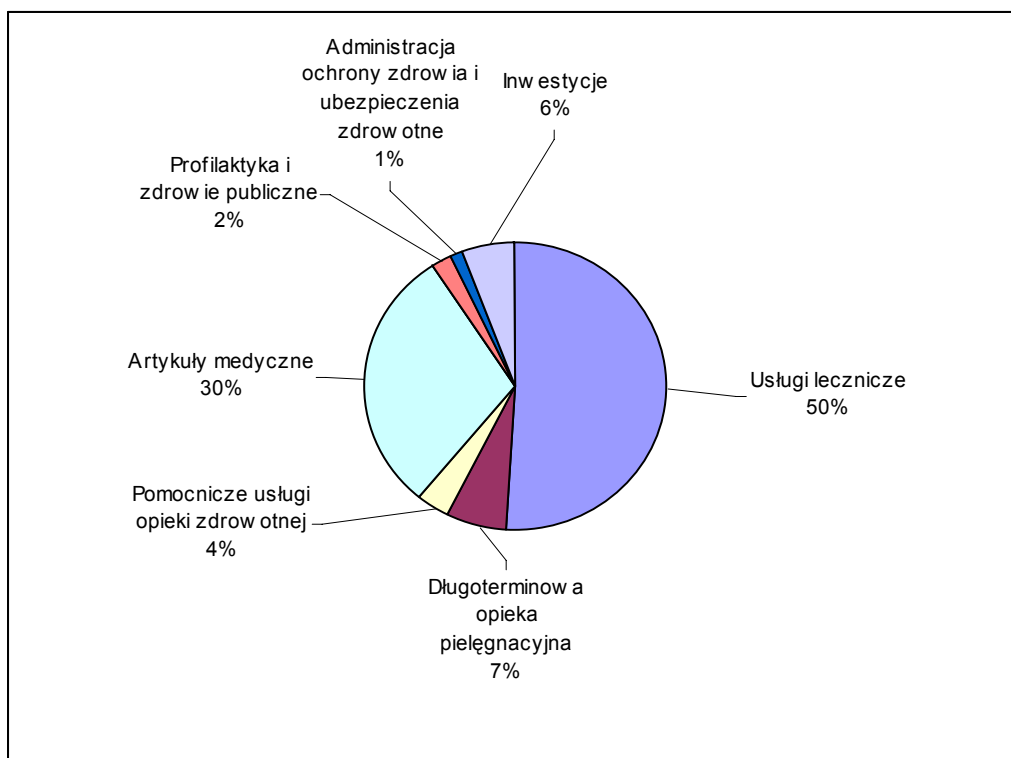
Analiza struktury wydatków według funkcji pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jaki rodzaj wydatków absorbuje najwięcej środków finansowych. Czy usługi lecznicze nie są przypadkiem ‘spychane’ przez inny rodzaj działalności finansowanej ze środków przeznaczanych na ochronę zdrowia?

Wykres 43. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w 1999 r. wg funkcji dóbr i usług opieki zdrowotnej



Źródło: GUS 1999

Wykres 44. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w 2006 r. wg funkcji dóbr i usług opieki zdrowotnej



Źródło: GUS 2006

Na powyższych wykresach mamy obraz struktury wydatków w ujęciu funkcjonalnym w dwóch punktach czasowych: w 1999 r. oraz w 2006 r. Różnice, jakie między tymi latami są zauważalne, nie są przypadkowe. Zarysowywały się już w latach pośrednich (GUS 2004 i 2005). Można więc mówić o pewnej tendencji. Oto jej główne składniki:

- Największy odsetek wydatków na ochronę zdrowia przeznaczonych na usługi lecznicze (wraz z rehabilitacją) systematycznie malał: z 51,3% w 1999r. do 49,7% w 2005 r. i 50,7% w 2006 r.
- Udział artykułów medycznych, w tym głównie leków istotnie rósł do 2003 r. (32,4%), a następnie zaczął się zmniejszać: w 2005 r. wyniósł 30,6%, a w 2006 r. 29,8%.
- Wzrosły wydatki przeznaczone na długoterminową opiekę zdrowotną: w 2006 r. ich udział zwiększył się do 6,5%, a w poprzednich latach wynosił 4,9 % (w 2003 i 2005 r.)
- Zmalał odsetek wydatków przeznaczonych na profilaktykę i zdrowie publiczne: w 2005 i 2006 r. 2,3%, wobec 3,6% w 1999 r.
- Odsetek wydatków na tzw. pomocnicze usługi był raczej stabilny: w ostatnich kilku latach wynosił 3,7%

- Zmalał odsetek wydatków na instytucje administracyjne ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych. Ma to prawdopodobnie związek z likwidacją kas chorych i centralizacją funkcji płatnika.
- Nieznaczne wahania obserwuje się w wydatkach na inwestycje: 5,6% w 2006 r., 5,9% w 2005 r..

1.3 Wnioski

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w Polsce rosną w tempie wzrostu gospodarczego, co oznacza, że ich udział w PKB jest stabilny, wynosząc od wielu lat 6,2%. Podobnie stabilne są proporcje między wydatkami publicznymi i prywatnymi. *Nota bene* udział wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia, który obecnie wynosi około 31% jest wyższy niż średnio w krajach OECD (patrz następny punkt tego rozdziału).

W 2006 r. w wydatkach na szpitale 97,8% stanowiły środki publiczne, a 2,2% – prywatne. W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (bez stomatologii) odpowiednie proporcje środków przedstawiały się następująco: 65,3% i 34,7%, a w przypadku stomatologii: 16,2% i 83,8%⁶³, zaś w wydatkach na leki i artykuły medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych: 39,4% i 60,6%.

Zasadnicze zmiany w strukturze wydatków na zdrowie dotyczą zmniejszania się wydatków na usługi lecznicze i zdrowia publicznego na rzecz opieki długoterminowej oraz inwestycji. Utrzymuje się wysoki udział wydatków na leki, na poziomie około 30%, mimo że w okresie 2004- 2006 mieliśmy już do czynienia z nieznaczna tendencja do jego zmniejszania się.

Niepokój budzi drastyczny spadek wydatków nie zaliczanych do sektora zdrowotnego, nazywanych ‘wydatkami związanymi z ochroną zdrowia’. Są to wydatki na edukację medyczną, naukowe badania medyczne oraz higienę i bezpieczeństwo zdrowotne warunków życia (bezpieczeństwo żywności, miejsca pracy i zamieszkania). Tym bardziej jest to niepokojące, że zasoby pracy w sektorze zdrowotnym są coraz bardziej ograniczone, a potrzeby zdrowotne rosną. Na tej podstawie można powiedzieć, że łatanie dziur w sektorze zdrowotnym dokonuje się poprzez zaniechanie inwestycji w przyszłość ochrony zdrowia oraz lekceważenie zdrowia środowiskowego.

1.4 Rekomendacje

Prowadzenie rachunków zdrowia, pozwalających na wielostronny ogląd sytuacji finansowej sektora zdrowotnego, wymaga przykładania większego znaczenia do gromadzenia odpowiednich danych. Ponadto potrzeba bilansowania danych o wydatkach na ochronę zdrowia z perspektywy kilku wymiarów: źródeł finansowania, płatników ochrony zdrowia i dostawców artykułów i usług opieki zdrowotnej, gromadzonych już rutynowo przez GUS, wymaga od GUS kontynuacji prac, które zostały podjęte w tej dziedzinie. Przy czym chodzi także o podjęcie wysiłków opracowania klasyfikacji danych od dostawców według funkcji, co umożliwi bardziej szczegółowe prezentacje wydatków na ochronę zdrowia oraz prowadzenie równocześnie analiz według strumieni środków finansowych publicznych, prywatnych i sektorów działalności (publiczny, prywatny), czy podmiotów opieki zdrowotnej.

⁶³ Narodowy Rachunek Zdrowia za 2006 r., GUS, Notatka informacyjna, Konferencja prasowa 24 czerwca 2008 r.

Weryfikacji i uszczegółowienia wymagają klasyfikacje wydatków na opiekę zdrowotną w „sektorze” pomocy społecznej⁶⁴.

Ponadto istnieje potrzeba poprawy źródeł informacji o wydatkach prywatnych na ochronę zdrowia, zwłaszcza o wydatkach przedsiębiorstw na ten cel. W przeprowadzonych dotychczas rachunkach zdrowia wydatki przedsiębiorstw zostały ustalone wyłącznie na podstawie szacunków eksperckich. Brakuje kompletnej informacji finansowych o działalności służby medycyny pracy. W ramach statystyki publicznej nie gromadzi się rutynowo informacji o wydatkach na opiekę zdrowotną z instytucji *quasi* ubezpieczeniowych. Firmy tego rodzaju nie podlegają nadzorowi ubezpieczeniowemu i obowiązkom statystycznym podmiotów prowadzących działalność ubezpieczeniową. Informacje o wydatkach przedsiębiorstw na ochronę zdrowia powinny być gromadzone (poprzez ich wyodrębnienie) w badaniach kosztów pracy przedsiębiorstw, realizowanych przez GUS.

2. Analiza porównawcza

Analiza porównawcza wydatków na ochronę zdrowia została sporządzona w oparciu o metodologię wykorzystywaną w narodowym rachunku zdrowia. Obszar ochrony zdrowia (sektora zdrowotnego)⁶⁵ w rachunkach zdrowia, tak jak w rozdz. I wskazano, jest definiowany na podstawie funkcjonalnego wymiaru międzynarodowej klasyfikacji wydatków. Jej standardowy charakter i odpowiedni opis struktur obszaru opieki zdrowotnej dla każdego z porównywanych krajów pozwala zidentyfikować i porównywać wyniki rachunków prowadzonych w poszczególnych krajach, co w konsekwencji umożliwi międzynarodowe porównania wydatków na ochronę zdrowia.

Uwagi metodologiczne

Trendy finansowania ochrony zdrowia w wybranych krajach europejskich OECD przedstawione są w oparciu o dane pochodzące z bazy danych *OECD Health Data 2007* (edycja październikowa). Baza ta prezentuje podstawowe wskaźniki funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w krajach OECD wykorzystując metodologię Narodowego Rachunku Zdrowia. Prowadzona w raporcie analiza danych OECD ukazuje zmiany wielkości finansowania ochrony zdrowia we wszystkich krajach OECD w latach 1999 – 2005. Następnie analiza koncentruje się na trendach zmian poziomu i strukturze rodzajowej wydatków w kilku krajach europejskich, w tym są to zarówno kraje Europy Zachodniej, jak i kraje Europy Środkowo – Wschodniej. Specyficznym krajem, uwzględnionym w analizie jest Grecja, w której szczególnie rozwinięty jest sektor prywatny ochrony zdrowia. Jest to – obok Stanów Zjednoczonych – kraj o najwyższych wydatkach prywatnych na ochronę zdrowia. Poziom wydatków prywatnych w Grecji stale się zwiększa, co jest tendencją nietypową dla krajów o rozwiniętym sektorze prywatnym i mniejszym sektorze publicznym⁶⁶. W porównaniu z pierwszym raportem - Zielona Księga I - lista krajów objętych szczegółową analizą została poszerzona o Słowację. Uwzględnienie Słowacji jest istotne nie tylko ze względu na fakt bliskiego sąsiedztwa, ale również podobnego poziomu wydatków na ochronę zdrowia w przeszłości i dynamicznych zmian poziomu i struktury finansowania w ostatnim okresie.

⁶⁴ Holandia prowadzi rachunki zdrowia o większym stopniu szczegółowości niż rekomenduje OECD, Patrz: Van Mosseveld C., Smidt J. M., 2005.

⁶⁵ Pojęcia ochrona zdrowia i sektor zdrowotny są tutaj stosowane zamiennie.

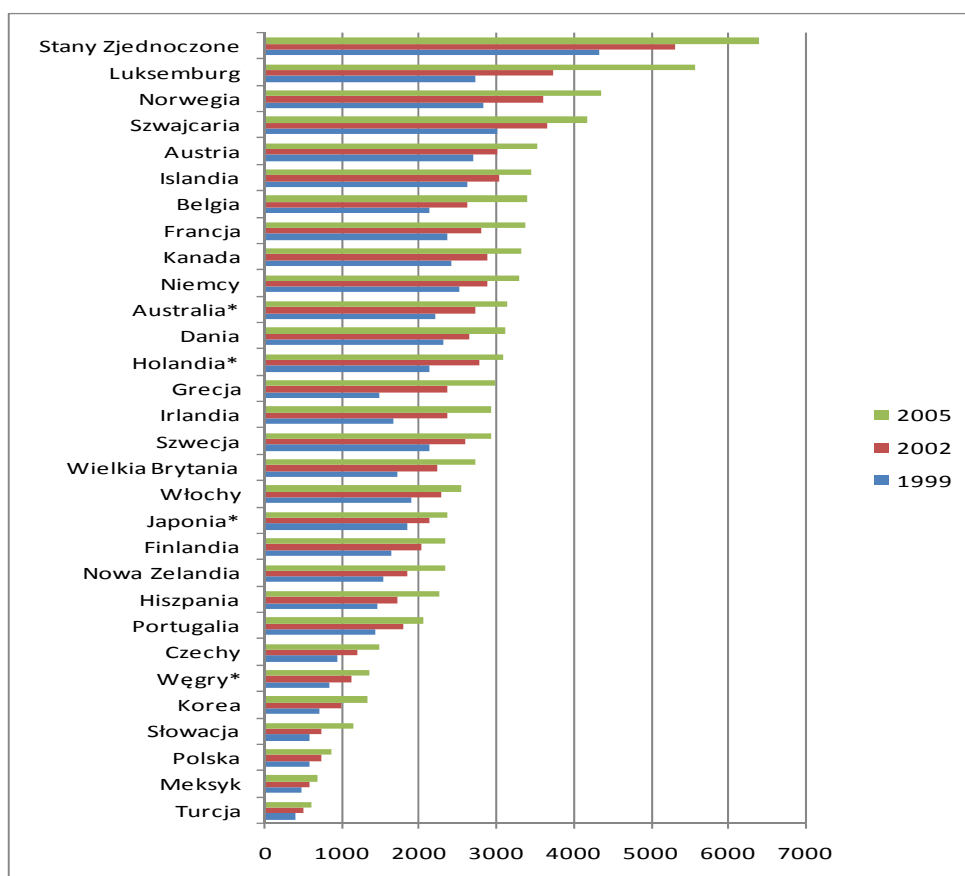
⁶⁶ W innych krajach o wysokim poziomie wydatków prywatnych (np. w Stanach Zjednoczonych) i niskim poziomie wydatków publicznych obserwujemy w ostatnich latach tendencje do zwiększania poziomu wydatków publicznych.

2.1 Wydatki całkowite na ochronę zdrowia

W 2005 r. poziom wydatków całkowitych na ochronę zdrowia był silnie zróżnicowany, od 585 USD PPP *per capita*⁶⁷ w Turcji do kwoty blisko jedenastokrotnie wyższej w Stanach Zjednoczonych (6401 USD PPP *per capita*). W latach 1999 – 2005 we wszystkich krajach OECD wydatki całkowite wzrosły przeciętnie o 53%⁶⁸ (Wykres 45). Najsilniej wydatki na ochronę zdrowia wzrastały w Luksemburgu (łącznie w latach 1999 – 2005 o 104%), Grecji (103%) i Słowacji (97%). Wprawdzie poziom wydatków na ochronę zdrowia w Słowacji wzrósł znacząco – z 577 USD PPP w 1999 r. do 1137 USD PPP w 2005 r., ale kraj ten wciąż lokuje się nisko w hierarchii wydatków w porównaniu z innymi krajami OECD. Najmniej w latach 1999 - 2005 wzrosły wydatki całkowite na ochronę zdrowia w Niemczech (30%). Mimo tego, kraj ten lokuje się wysoko w hierarchii ogólnej wydatków, a w 2005 r. wydatki całkowite *per capita* na ochronę zdrowia wynosiły w Niemczech 3287 USD PPP.

W Polsce łączna dynamika wydatków *per capita* na ochronę zdrowia wyniosła w latach 1999 – 2005 53,2%, a więc była nieznacznie wyższa niż średnia wzrostu wydatków całkowitych dla wszystkich krajów OECD. Jednak poziom wydatków całkowitych na ochronę zdrowia w Polsce pozostaje bardzo niski – zaledwie 867 USD PPP *per capita* w 2005 r. Oznacza to, że **Polska jest jednym z trzech krajów OECD, w których wydaje się najmniej na ochronę zdrowia.**

Wykres 45. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia 1999 - 2005, USD PPP per capita



Źródło: OECD 2007

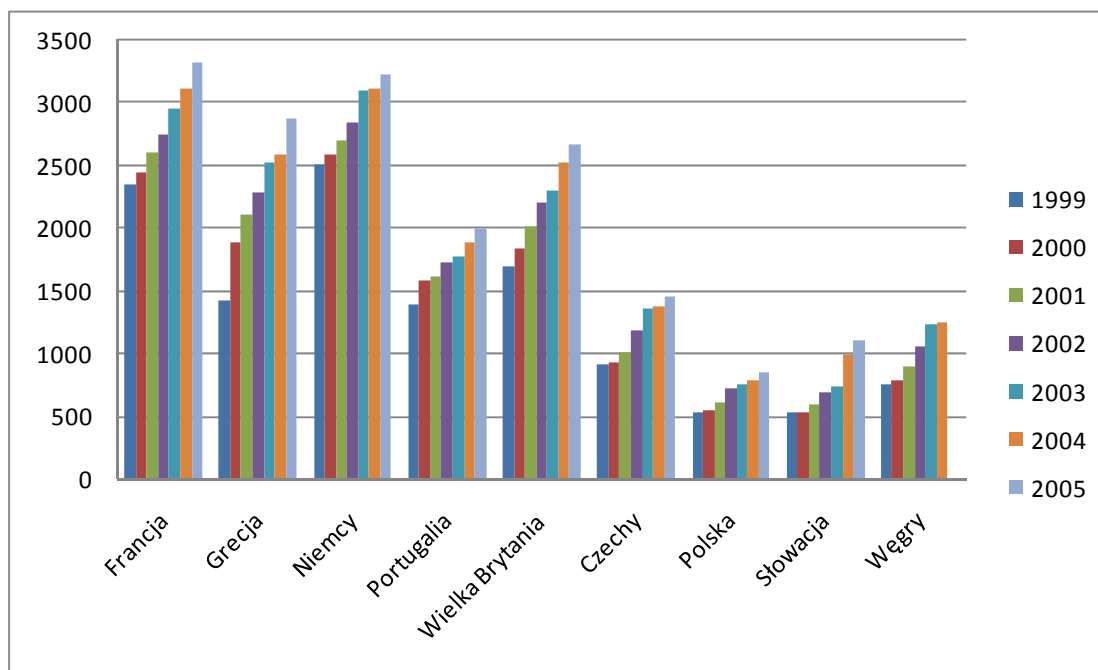
*Dane za 2004 r.

⁶⁷ Wszystkie kwoty wydatków podawane są w jednostce porównywalnej odpowiadającej parytetowi siły nabywczej pieniądza (USD PPP).

⁶⁸ W przypadku Australii, Holandii, Japonii i Węgier dane obejmują lata 1999 – 2004.

Wśród krajów europejskich poddanych bardziej szczegółowej analizie są zarówno kraje, w których zaobserwowano największą, jak i najmniejszą dynamikę wzrostu wydatków całkowitych w ostatnim okresie. We wszystkich krajach obserwujemy stały wzrost wydatków w kolejnych latach, również po skorygowaniu poziomu wydatków o inflację⁶⁹ (Wykres 46).

Wykres 46. Wydatki całkowite na ochronę zdrowia w wybranych krajach OECD w latach 1999 - 2005, ceny realne⁷⁰, per capita



Źródło: OECD 2007

Tabela 92. Dynamika wzrostu wydatków całkowitych per capita na ochronę zdrowia, lata 1999 – 2005 (1999 r. = 100)

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Francja	105,47	112,34	118,53	127,69	135,33	143,09
Grecja	132,83	148,36	161,03	178,20	181,81	203,06
Niemcy	104,61	109,37	114,61	124,26	125,85	130,18
Portugalia	113,95	118,16	125,03	128,61	135,69	143,13
Wielka Brytania	108,52	118,74	130,06	135,90	149,44	159,02
Czechy	104,30	113,32	128,79	145,33	151,77	158,86
Polska	104,24	114,31	129,68	133,21	143,82	153,18
Słowacja	103,12	111,26	124,09	138,30	183,88	197,05
Węgry	104,64	119,29	136,14	157,63	163,25	b.d.

Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD 2007

Zamożniejsze kraje Europy Zachodniej wydają na ochronę zdrowia ok. 2500 – 3300 USD PPP per capita. Natomiast w krajach Europy Środkowo – Wschodniej wydatki na 1

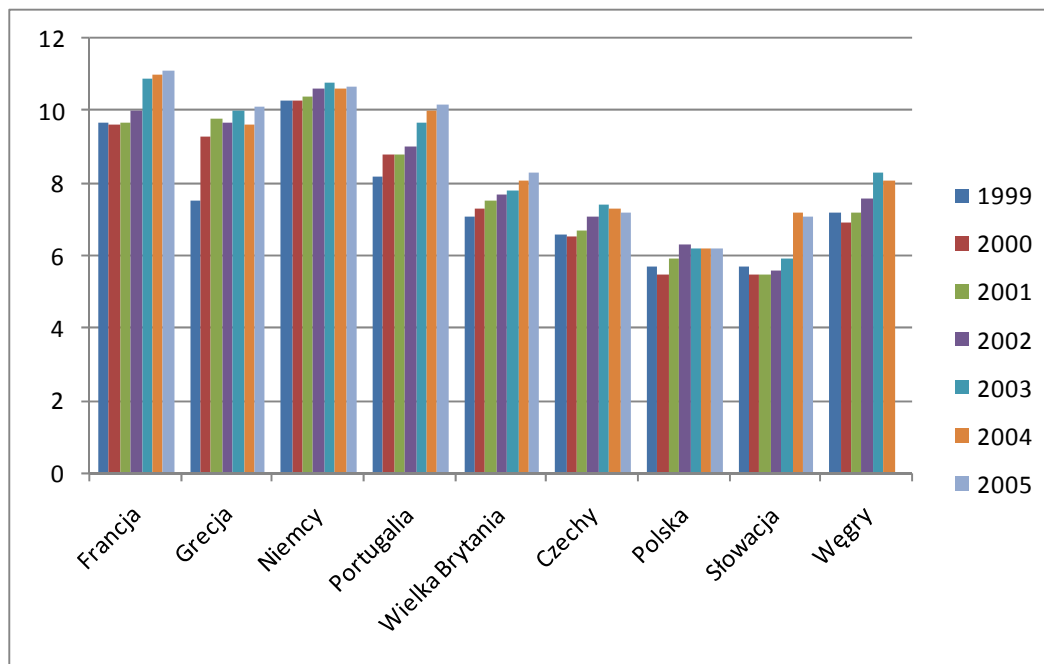
⁶⁹ Do oszacowania wydatków realnych wykorzystano wskaźnik Consumer Price Index (CPI).

⁷⁰ Na wykresach prezentowane są wydatki w cenach stałych, natomiast w tekście podawane są wielkości i dynamiki w cenach bieżących.

mieszkańca są znacznie niższe, kształtując się na poziomie 800 – 1500 USD PPP. Najwyższy poziom wydatków całkowitych *per capita* w 2005 r. występował we Francji. Przeciętna, roczna dynamika wzrostu wydatków we Francji wynosiła 6,1%, o 2 punkty procentowe więcej niż w Niemczech. Spośród krajów OECD właśnie w Niemczech obserwuje się najniższą dynamikę wzrostu wydatków (przeciętnie rocznie 4,1% wzrostu). W krajach Europy Zachodniej przeciętna dynamika wzrostu wydatków całkowitych waha się od 4 do 8% rocznie. Jedynie w Grecji dynamika wzrostu wydatków była wyższa, sięgając średnio około 12% rocznie, co związane jest z wysoką dynamiką wzrostu wydatków prywatnych. W krajach Europy Środkowo - Wschodniej, charakteryzujących się niższym poziomem wydatków, dynamika wydatków całkowitych jest wyższa; od 7 do 12%.

Najniższy poziom wydatków całkowitych w 2005 r. miał miejsce w Polsce (867 USD PPP). Wśród krajów Europy Środkowo – Wschodniej w Polsce najniższa jest również przeciętna roczna dynamika wzrostu wydatków na ochronę zdrowia. Oznacza to, że **pod względem wielkości wydatków całkowitych na ochronę zdrowia Polska pozostaje w tyle nie tylko za krajami Europy Zachodniej, ale również za sąsiadami z regionu, w których zarówno poziom wydatków, jak i dynamika ich wzrostu są wyższe**. Przykładem opisywanego zjawiska jest Słowacja, w której jeszcze w 2003 r. na ochronę zdrowia *per capita* wydawano 798 USD PPP, co stanowiło zaledwie o 44 USD PPP więcej niż w tym czasie w Polsce. Po okresie szybkiego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia na Słowacji w latach 2004 – 2005 dystans ten zwiększył się pięciokrotnie, do 270 USD PPP.

Wykres 47. Udział wydatków całkowitych na ochronę zdrowia w PKB w latach 1999 - 2005



Źródło: OECD 2007

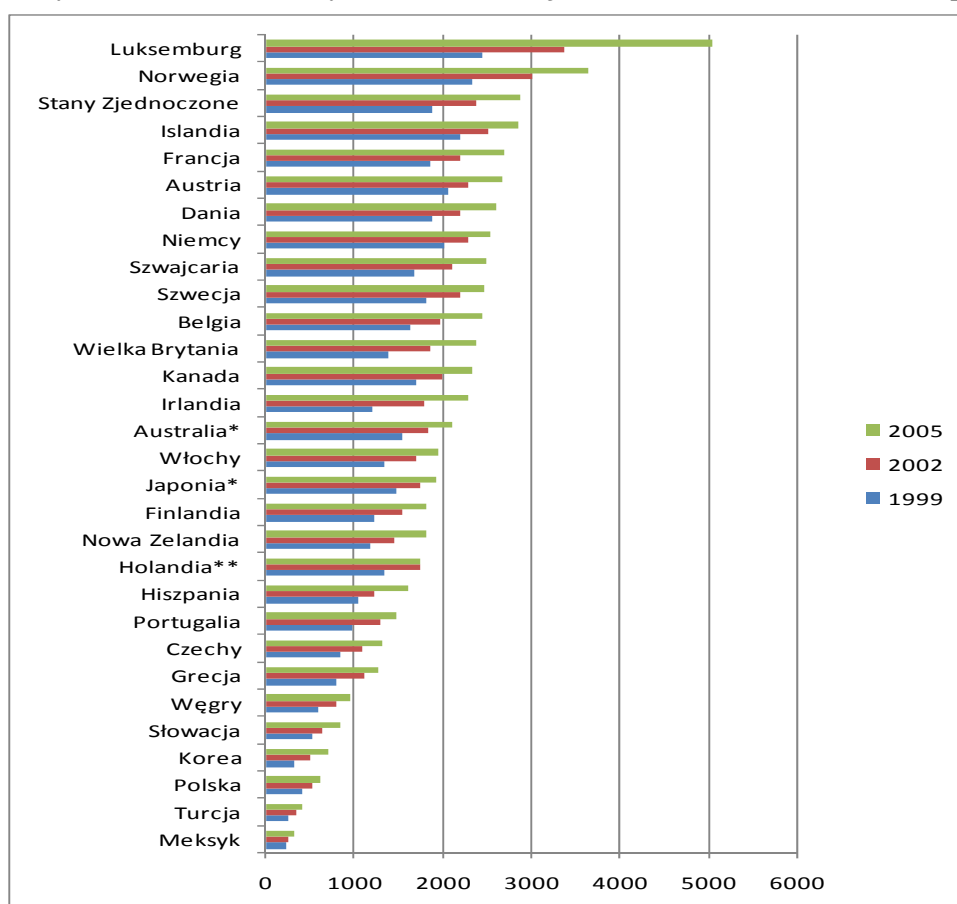
Również w relacji do PKB najwyższe wydatki całkowite na opiekę zdrowotną ponoszone są we Francji i w Niemczech (odpowiednio 11,1% PKB i 10,7% PKB). Przeciętnie, w krajach Europy Zachodniej na opiekę zdrowotną wydaje się ok. 9-10% PKB. W krajach Europy Środkowo – Wschodniej wydatki relatywne, w odniesieniu do PKB, są niższe, jednak dystans do krajów Europy Zachodniej stopniowo się zmniejsza. Na Węgrzech, w Czechach, a od 2004 r. i na Słowacji wydatki całkowite na ochronę zdrowia stanowią około

7-8% PKB, a więc zbliżają się np. do poziomu wydatków brytyjskich. W Polsce z perspektywy relacji do PKB, wydatki na zdrowie były najniższe wśród badanych krajów stanowiąc w 2005 r. zaledwie 6,2% PKB.

2.2 Wydatki publiczne na ochronę zdrowia

Ranking państw OECD według poziomu wydatków publicznych na ochronę zdrowia odbiega nieco od układu według wielkości wydatków całkowitych. Najmniej środków publicznych na ochronę zdrowia przeznaczają się w Meksyku (307 USD PPP *per capita* w 2005 r.), a najwięcej w Luksemburgu (5043 USD PPP *per capita* w 2005 r.). Polska ponownie jest jednym z trzech krajów, w których wydatki publiczne na ochronę zdrowia przypadające na 1 mieszkańca są najniższe (605 USD PPP w 2005 r.).

Wykres 48. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia 1999 - 2005, USD PPP *per capita*



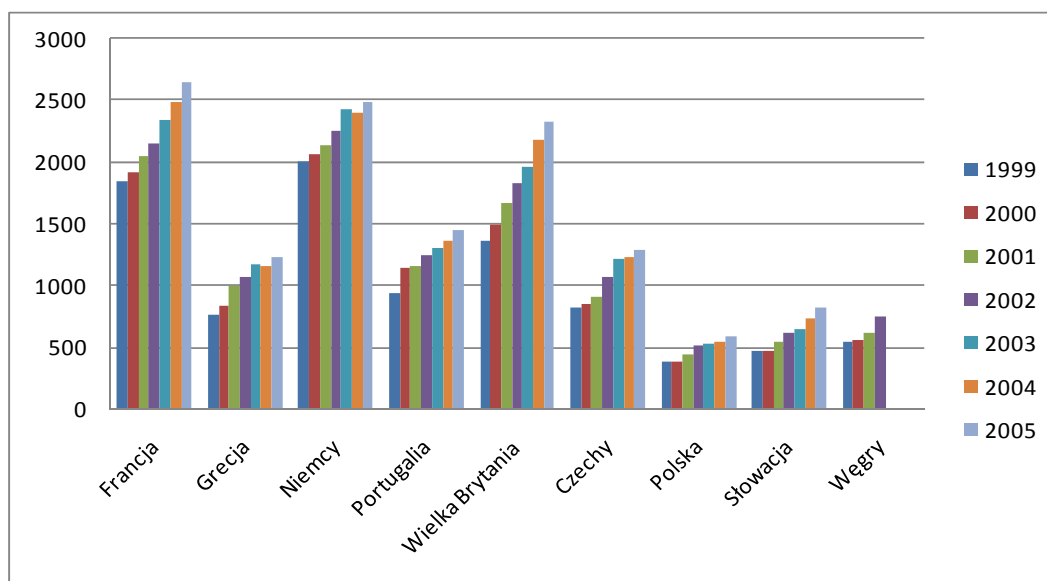
*Dane za 2004 r.

**Dane za 2002 r.

Źródło: OECD 2007

Wydatki publiczne krajów OECD w latach 1999 – 2005 wzrosły przeciętnie o 53%. Skala wzrostu była różna. Podwoiły się w Korei Południowej (114,1%) i Luksemburgu (106,0%), gdzie już w 1999 r. publiczne wydatki na ochronę zdrowia były najwyższe spośród wszystkich krajów OECD. Bardzo wysoki wzrost wydatków publicznych miał również miejsce w Irlandii (90,2%). Natomiast najslabiej wzrastały wydatki publiczne w Niemczech (26%) i w Austrii (30%). W Polsce wydatki publiczne na ochronę zdrowia w tym okresie wzrosły o 50%, a więc o 3 punkty procentowe poniżej średniej dla wszystkich krajów OECD.

Wykres 49. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w wybranych krajach OECD w latach 1999 - 2005, ceny realne, *per capita*



Źródło: OECD 2007

Tabela 93. Dynamika wzrostu wydatków publicznych *per capita* na ochronę zdrowia, lata 1999 - 2005 (1999 r. = 100)

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Francja	105,41	112,28	118,88	129,27	137,12	145,72
Grecja	109,95	131,63	141,71	154,85	151,78	162,88
Niemcy	104,43	108,71	113,79	122,55	121,30	125,78
Portugalia	122,30	125,00	133,61	139,32	144,61	153,11
Wielka Brytania	108,83	122,16	134,47	144,32	159,96	171,69
Czechy	104,16	112,47	128,86	144,30	149,52	155,58
Polska	102,74	115,67	129,85	131,09	138,81	149,50
Słowacja	102,90	111,02	123,40	136,36	151,26	163,64
Węgry	102,19	113,66	132,04	b.d.	b.d.	b.d.

Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD 2007

W wybranych krajach europejskich najwyższy poziom wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2005 r. występował we Francji, w Niemczech i Wielkiej Brytanii (około 2200 – 2500 USD PPP *per capita* w 2005 r.). Spośród krajów Europy Środkowo - Wschodniej korzystnie wyróżniają się Czechy, w których poziom wydatków publicznych (1310 USD PPP *per capita*) zbliżony jest do występującego w Portugalii (1476 USD PPP *per capita*) i Grecji (1190 USD PPP *per capita*).

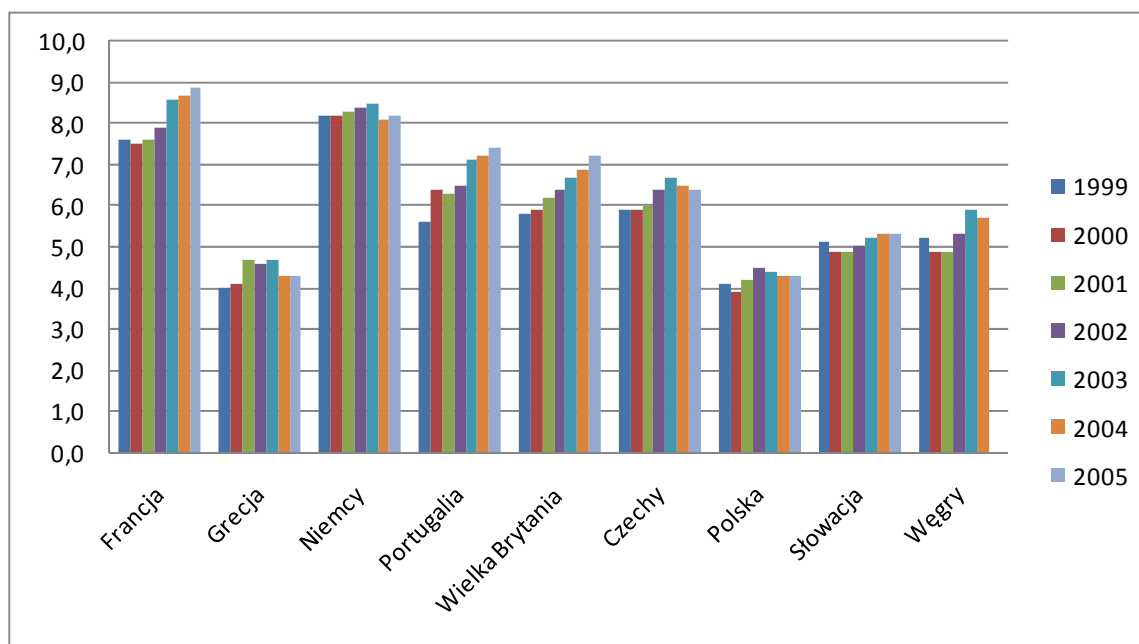
W Polsce poziom wydatków publicznych jest najniższy spośród analizowanych krajów (601 USD PPP *per capita* w 2005 r.). Natomiast średnia roczna dynamika wzrostu wydatków publicznych w latach 1999 - 2005 kształtowała się na poziomie 7% i była zbliżona do dynamiki wzrostu wydatków publicznych w innych krajach europejskich. W badanym okresie najniższą dynamiką wzrostu charakteryzowały się wydatki publiczne na opiekę

zdrowotną w Niemczech (3,9%), natomiast najszybciej rosły wydatki publiczne w Wielkiej Brytanii (9,4%), Grecji (8,6%) i Słowacji (8,6%)⁷¹.

W relacji do PKB wydatki publiczne na ochronę zdrowia w krajach UE-15 stanowią ok. 7-9% PKB (za wyjątkiem Grecji, w której dominują wydatki prywatne). W krajach Europy Środkowo – Wschodniej udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia jest niższy, stanowiąc ok. 4-6% PKB (w Czechach poziom wydatków w 2005 r. był najwyższy i stanowił 6,4% PKB). **Spośród wybranych krajów, w Polsce poziom wydatków publicznych był w 2005 r. najniższy, a w latach 2004 – 2005 ustabilizował się na poziomie 4,3% PKB.**

Trendy kształtowania się wydatków w latach 1999 – 2005 nie są jednolite. We Francji, Wielkiej Brytanii i Portugalii obserwuje się zdecydowaną tendencję wzrostu wydatków publicznych w relacji do PKB. Natomiast w pozostałych krajach mają miejsce okresowe fluktuacje wydatków. W Grecji, Niemczech, Czechach i w Polsce po okresie wzrostu wydatków publicznych w relacji do PKB nastąpiła stabilizacja na nieco niższym poziomie wydatków (Wykres 50).

Wykres 50. Udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB w latach 1999 - 2005



Źródło: OECD 2007

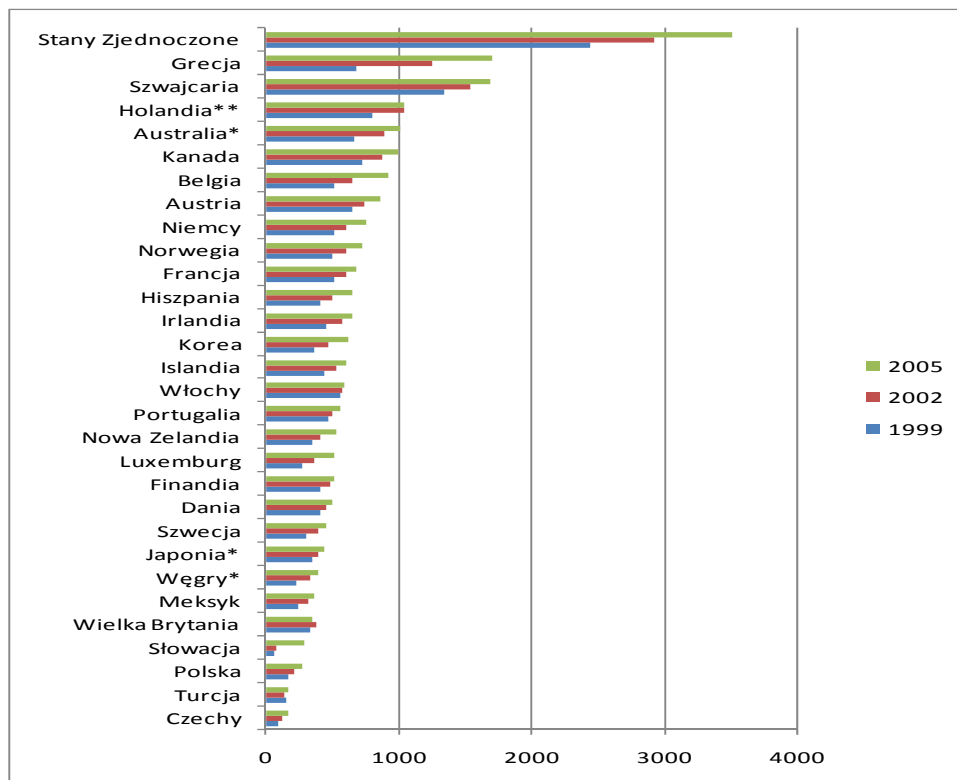
2.3 Wydatki prywatne na ochronę zdrowia

Poziom wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w krajach Europy Zachodniej jest znacznie zróżnicowany zależnie od wielkości sektora usług prywatnych i prywatnych ubezpieczeń w danym kraju. W 2005 r. najwyższe wydatki prywatne ponoszone były w Stanach Zjednoczonych (3517 USD PPP per capita w 2005 r.), Grecji (1703 USD PPP *per capita*) i Szwajcarii (1684 USD PPP *per capita*). Polska natomiast ponownie jest jednym z

⁷¹ Wprawdzie w latach 1999 – 2002 wysokie średnie roczne tempo wzrostu wydatków publicznych na opiekę zdrowotną odnotowano również na Węgrzech (9,9%), jednak kraj ten jest pominięty w prezentowanej analizie ze względu na brak danych za lata 2003 – 2005.

trzech krajów, w których wydatki te były najniższe (265 USD PPP *per capita* w 2005 r.) (Wykres 51). Wzrost wydatków prywatnych w latach 1999 – 2005 był bardzo silnie zróżnicowany – od kilku do kilkuset procent w ciągu 6 lat. Natomiast przeciętnie, we wszystkich krajach OECD wydatki prywatne na ochronę zdrowia zwiększyły się o 58,5%.

Wykres 51. Prywatne wydatki na ochronę zdrowia 1999 - 2005, USD PPP *per capita*



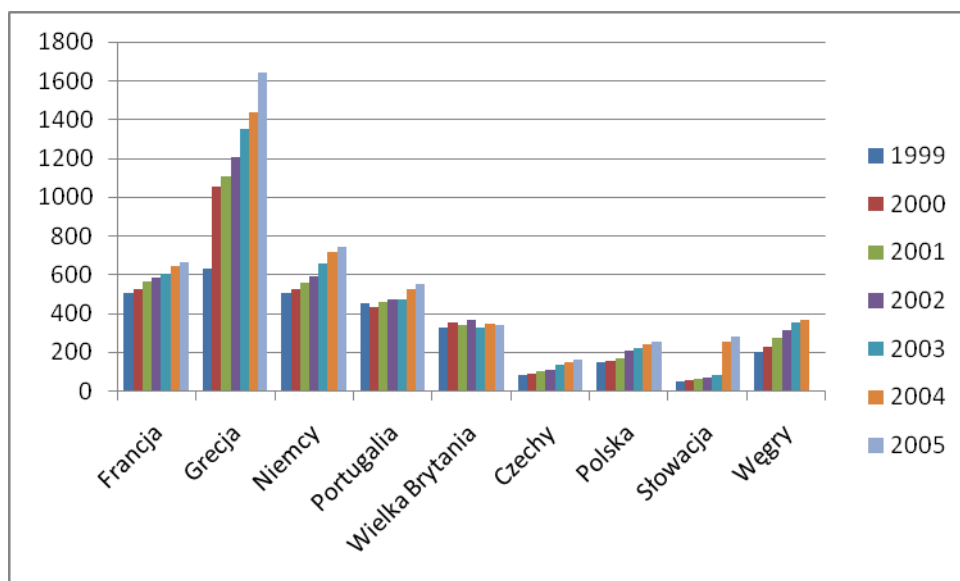
*Dane za 2004 r.

**Dane za 2002 r.

Źródło: OECD 2007

Wśród krajów Europy Zachodniej najniższe wydatki prywatne na ochronę zdrowia w 2005 r. były w Wielkiej Brytanii (351 USD PPP *per capita*). Również przeciętna roczna dynamika wzrostu wydatków prywatnych na ochronę zdrowia jest tam najniższa – wynosi ona 1,2% (łącznie, w latach 1999 – 2005 wydatki prywatne wzrosły zaledwie o 6%). Najwyższe wydatki prywatne na ochronę zdrowia miały miejsce w Grecji – w 2005 r. wyniosły one 1703 USD PPP *per capita*, co oznacza, że w porównaniu z 1999 r. wydatki prywatne w tym kraju wzrosły o 163% (Wykres 52). Natomiast najwyższą łączną dynamikę wzrostu wydatków prywatnych odnotowano na Słowacji, gdzie zwiększyły się blisko 4-krotnie. Największy skok poziomu wydatków nastąpił w 2004 r. (z 93 USD PPP *per capita* w 2003 r. do 278 USD PPP *per capita* w 2004 r.) i związany był z wprowadzeniem powszechnego współpłacenia za usługi medyczne. Mimo tego Słowacja, obok Polski, jest wciąż jednym z krajów, w których wydatki prywatne na ochronę zdrowia są najniższe wśród krajów OECD.

Wykres 52. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia w wybranych krajach OECD w latach 1999 - 2005, ceny realne, per capita



Źródło: OECD 2007

Tabela 94. Dynamika wzrostu wydatków prywatnych per capita na ochronę zdrowia, lata 1999 – 2005 (1999 r. = 100)

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Francja	105,69	112,55	117,25	121,76	128,82	133,33
Grecja	167,75	176,70	193,36	216,36	228,24	262,81
Niemcy	105,30	111,98	117,88	131,24	143,81	149,31
Portugalia	96,33	103,67	106,91	106,05	116,85	122,03
Wielka Brytania	107,23	104,22	111,75	100,90	105,72	106,02
Polska	108,59	111,66	130,06	138,65	156,44	162,58
Czechy	105,62	121,35	128,09	155,06	171,91	188,76
Słowacja	105,00	115,00	130,00	155,00	463,33	485,00
Węgry	111,06	134,07	146,90	163,72	174,34	b.d.

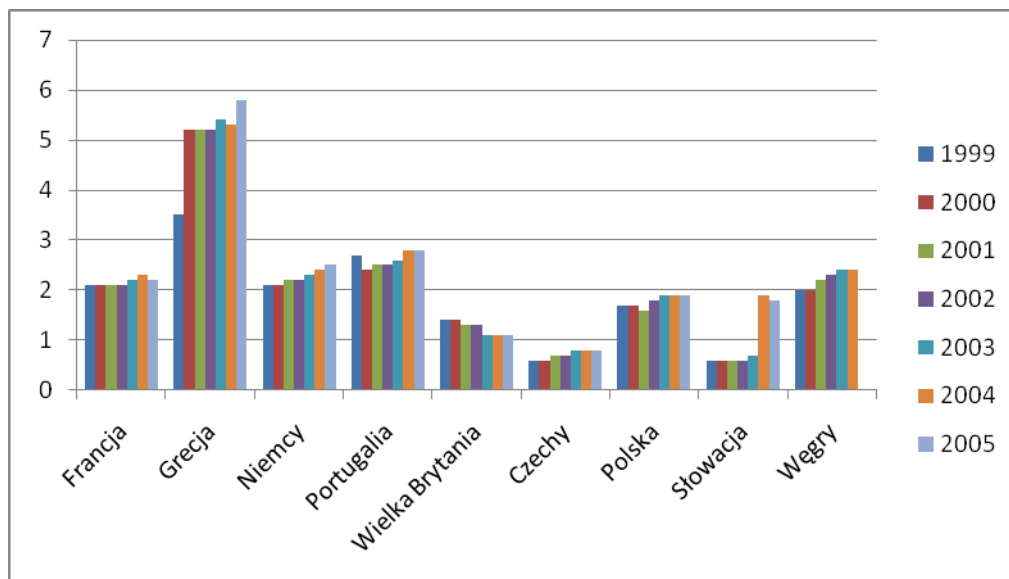
Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD 2007

W Polsce wydatki prywatne na ochronę zdrowia wynosiły w 2005 r. 265 USD PPP na 1 mieszkańca i były na poziomie zbliżonym do wydatków na Słowacji. Jednak warto odnotować, że przeciętna roczna dynamika wzrostu wydatków prywatnych w Polsce była w latach 1999 – 2005 niższa niż w innych krajach regionu. Wydatki prywatne wzrastały w Polsce w tym okresie przeciętnie o 8,5% rocznie, podczas gdy w Czechach zwiększały się przeciętnie o 11,3% rocznie, a na Słowacji znacznie szybciej. Należy spodziewać się, że tempo wydatków prywatnych w Czechach jeszcze wzrośnie w związku z wprowadzeniem od stycznia 2008 r. współpłacenia.

Udział wydatków prywatnych w krajach Europy Zachodniej w relacji do PKB kształtuje się przeciętnie na poziomie ok. 2% PKB. W Wielkiej Brytanii – gdzie wydatki prywatne są najniższe - udział ten w latach 2003 – 2005 ustabilizował się na poziomie 1,1% PKB. W krajach Europy Środkowo – Wschodniej udział wydatków prywatnych w PKB jest zróżnicowany – od poniżej 1% w Czechach do blisko 2% w Polsce i na Słowacji. Najwyższy udział wydatków prywatnych w PKB występował w 2004 r. na Węgrzech i wyniósł 2,4%

PKB. W Polsce od 2003 r. udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia ustabilizował się na poziomie 1,9% PKB (Wykres 53).

Wykres 53. Udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w PKB w latach 1999 - 2005



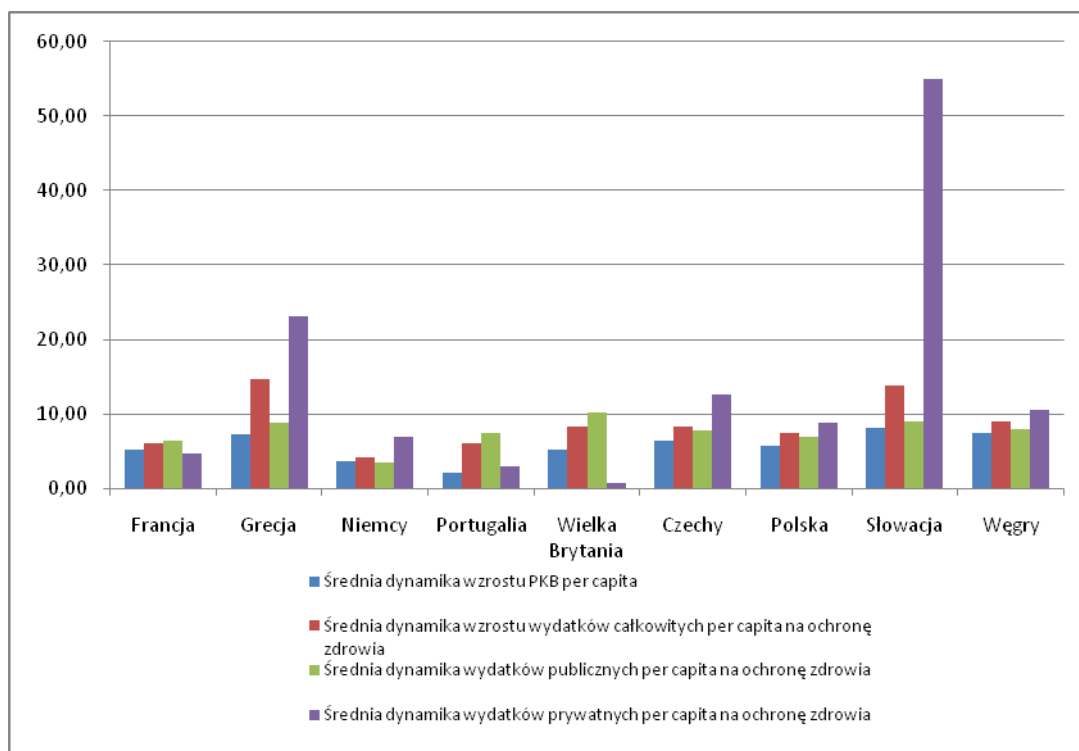
Źródło: OECD 2007

2.4 Dynamika wzrostu wydatków na ochronę zdrowia a zmiany PKB

Przeciętna dynamika wzrostu wydatków całkowitych na ochronę zdrowia w wybranych krajach OECD jest bardzo zróżnicowana i waha się od 4,5% rocznie w Niemczech do 12,3% na Słowacji, przy czym znacznie silniej zróżnicowana jest dynamika wydatków prywatnych niż dynamika wydatków publicznych (Wykres 54). Obserwujemy również, że w krajach Europy Środkowo – Wschodniej przeciętna roczna dynamika wzrostu wydatków prywatnych jest wyższa niż przeciętna roczna dynamika wzrostu wydatków publicznych. W krajach Europy Zachodniej relacje te nie są jednolite i zależą od struktury instytucjonalnej sektora zdrowotnego oraz priorytetów w rozwoju systemów.

We wszystkich analizowanych krajach tempo wzrostu wydatków całkowitych oraz publicznych na ochronę zdrowia jest w latach 1999 – 2005 wyższe niż przeciętna dynamika wzrostu PKB (za wyjątkiem Niemiec), co wskazuje na coraz znaczący udział sektora ochrony zdrowia w gospodarce. W Niemczech wydatki publiczne na ochronę zdrowia wzrastały w latach 1999 – 2005 w tym samym tempie co PKB, co jest – przynajmniej częściowo - wynikiem polityki kontroli kosztów w ochronie zdrowia. Znacznie szybciej (o 4-5 punktów procentowych) niż PKB wzrastają wydatki publiczne *per capita* na ochronę zdrowia w Portugalii i Wielkiej Brytanii. Natomiast w pozostałych krajach różnice w tempie wzrostu oscylują wokół 1 punkta procentowego. W Polsce średnie tempo wzrostu wydatków publicznych *per capita* na ochronę zdrowia jest wyższe od przeciętnego wzrostu PKB *per capita* o 1,1 punkta procentowego, co oznacza, że elastyczność dochodowa wydatków na zdrowie jest wyższa niż 1, a potrzeby zdrowotne rosną szybciej niż poziom dobrobytu.

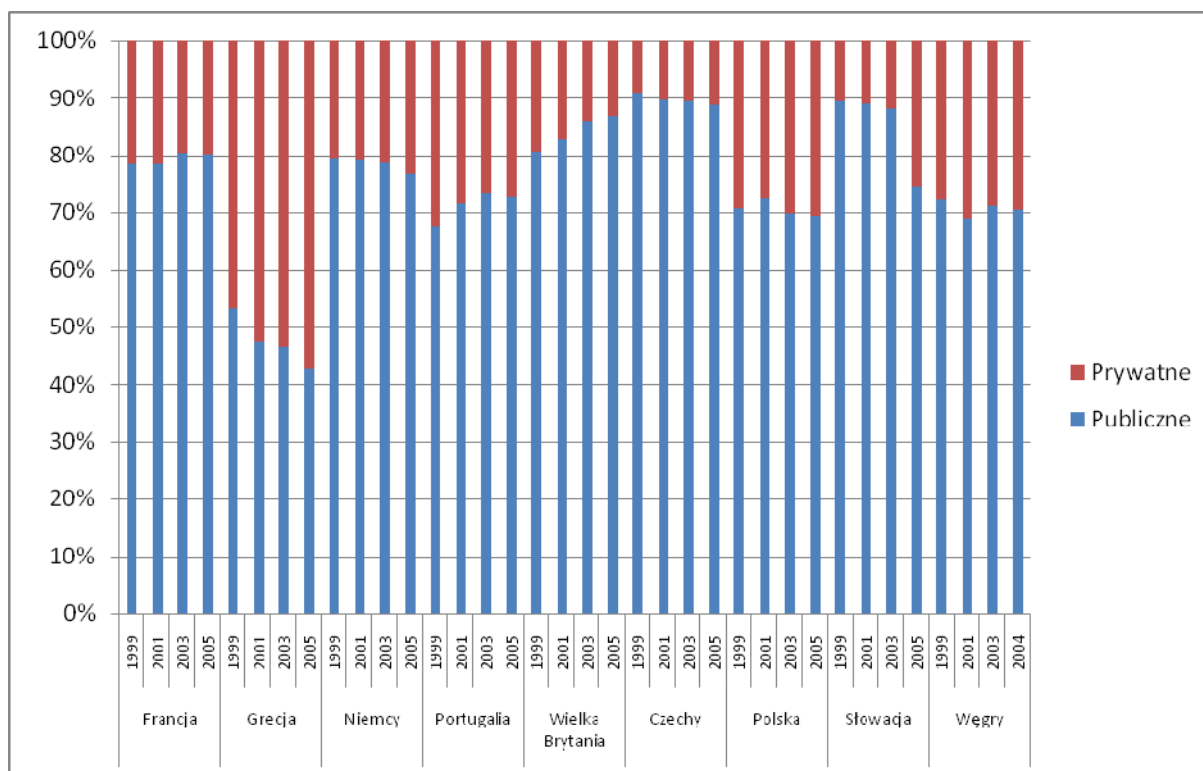
Wykres 54. Dynamika wzrostu wydatków na ochronę zdrowia *per capita* i dynamika wzrostu PKB *per capita*, 1999 – 2005



Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD 2007

Dynamika wzrostu wydatków prywatnych na ochronę zdrowia jest bardziej zróżnicowana niż dynamika wzrostu wydatków publicznych. Przeciętna dynamika wzrostu wydatków prywatnych na ochronę zdrowia *per capita* jest wyższa w nowych krajach Unii Europejskiej niż w krajach Europy Zachodniej. W tych krajach jest ona również wyższa niż dynamika wzrostu wydatków publicznych. Można więc przypuszczać, że w krajach o niższym poziomie dobrobytu i słabszym systemie ochrony zdrowia w okresie transformacji, potrzeby zdrowotne, które nie mogą być zrealizowane w publicznej służbie zdrowia (opłacanej ze środków publicznych), są częściej realizowane w systemie usług prywatnych, a sektor ten wciąż dynamicznie się rozwija. W prezentowanych krajach Europy Środkowo-Wschodniej udział wydatków prywatnych zbliża się do ok. 30% i na tym poziomie stabilizuje (Polska, Węgry, a od 2004 r. Słowacja).

Wykres 55. Udział wydatków publicznych i prywatnych w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia 1999 - 2005



Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD 2007

2.5 Struktura wydatków na ochronę zdrowia

W strukturze wydatków bieżących na ochronę zdrowia (łącznie publicznych i prywatnych) najistotniejszymi pozycjami są wydatki na usługi szpitalne, opiekę ambulatoryjną oraz środki farmaceutyczne i inne konsumpcyjne dobra medyczne. Wydatki na usługi szpitalne stanowią w wielu krajach największą pozycję wśród wydatków bieżących, chociaż ich udział w ogóle wydatków bieżących jest silnie zróżnicowany pomiędzy krajami – od 28% (Słowacja) do 45% (Czechy). Natomiast we wszystkich krajach wydatki na szpitale są ponoszone w większości ze środków publicznych (przeciętnie ok. 94% wydatków na szpitale ponoszone jest ze środków publicznych). W Polsce w 2005 r. wydatki na usługi szpitalne stanowiły 28,7% ogółu wydatków bieżących w ochronie zdrowia, a udział ten nie ulegał znacznym wahaniom w ciągu ostatnich kilku lat, oscylując wokół 29-30% ogółu wydatków bieżących (Tabela 95) i stanowiąc zarazem jedną z niższych pozycji w porównaniu z innymi krajami.

Tabela 95. Udział wydatków na szpitale w wydatkach bieżących ogółem, 1999 – 2005

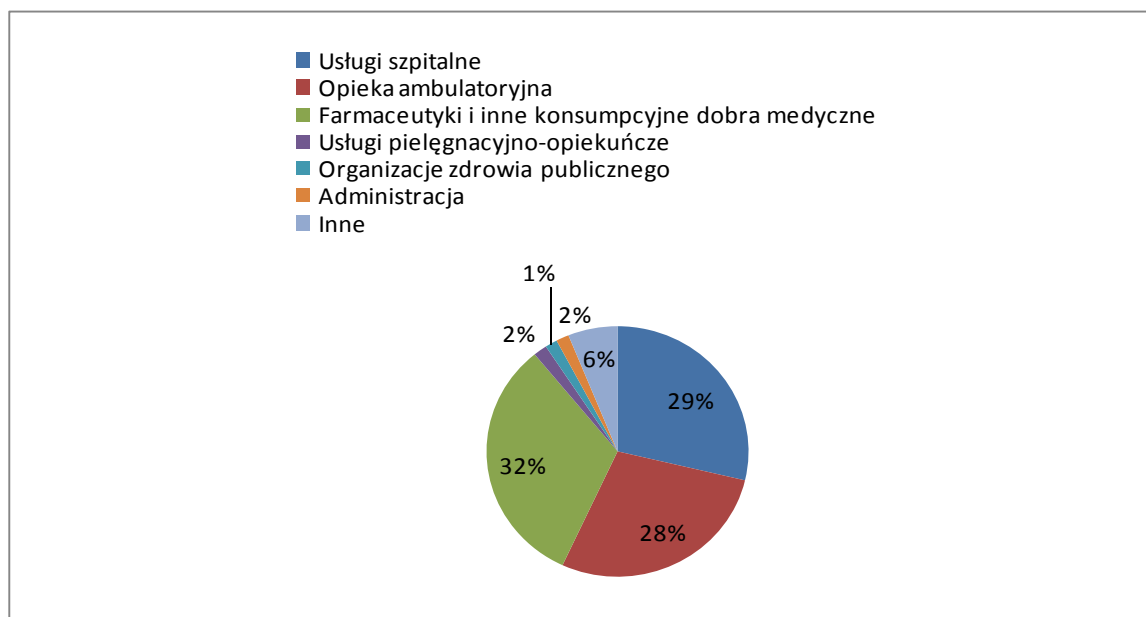
Kraj	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Francja	40,5	39,7	39,1	39	34,3	34,3	34,4
Grecja	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Niemcy	31,5	31,3	30,6	30,2	29,7	30,2	30,1
Portugalia	b.d.	37,9	35,9	36,6	37,5	36,7	37,9
Wielka Brytania	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Czechy	b.d.	50,6	51	51,3	45,9	45,6	45,4

Polska	b.d.	b.d.	b.d.	28,1	28,6	30,6	28,7
Słowacja	30,6	26,1	28,5	34,5	31,8	26,5	28,2
Węgry	36,8	36,3	34,7	35,9	b.d.	b.d.	b.d.

Źródło: OECD 2007

W strukturze wydatków bieżących istotny udział mają wydatki na usługi opieki ambulatoryjnej (w tym POZ). W większości krajów wydatki te stanowią drugą – po wydatkach szpitalnych – pozycję w strukturze wydatków bieżących, stanowiąc w 2005 r. przeciętnie 27% wydatków bieżących (Wykresy 56-58).

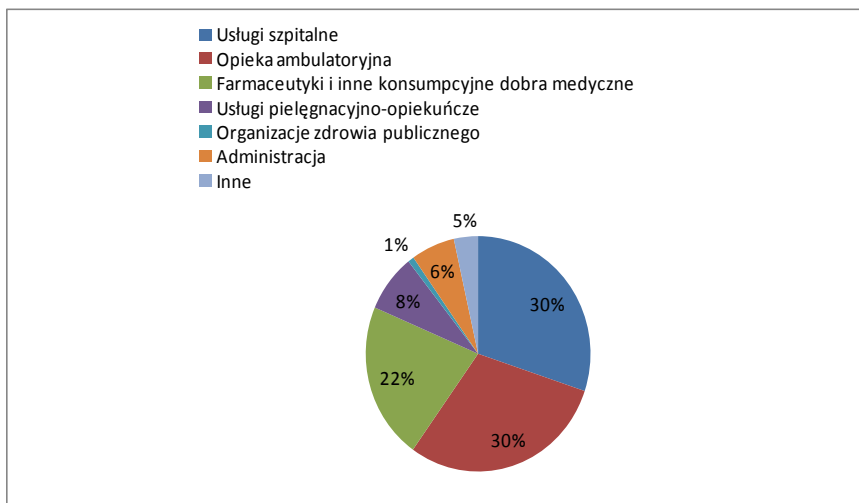
Wykres 56. Struktura wydatków bieżących na ochronę zdrowia (bez wydatków inwestycyjnych), Polska 2005 r.



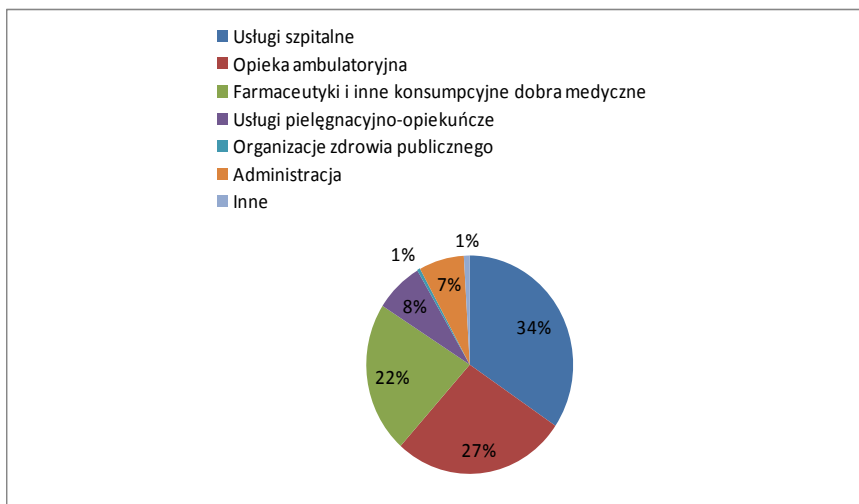
Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD 2007

W Polsce, wydatki ponoszone na usługi ambulatoryjne stanowią trzecią pozycję w budżecie wydatków bieżących, po wydatkach na środki farmaceutyczne i szpitale (Wykres 56). Podobna struktura wydatków występuje na Słowacji. Należy jednak przypuszczać, że w przyszłości, wraz ze zwiększaniem się poziomu wydatków na opiekę zdrowotną ogółem, podobnie jak w krajach Europy Zachodniej, proporcje między wydatkami na środki farmaceutyczne, a wydatkami na usługi medyczne (szpitale i opiekę ambulatoryjną) mogą się zmienić na korzyść udziału wydatków na szpitale i opiekę ambulatoryjną (Wykresy 57, 58). Wysoki udział wydatków na środki farmaceutyczne w wydatkach bieżących ogółem w Polsce nie oznacza jednak, że wydatki te w przeliczeniu na 1 mieszkańca są wyższe niż w innych krajach. W 2005 r. wydatki *per capita* dla dostawców środków farmaceutycznych wynosiły w Polsce 243 USD PPP, podczas gdy we Francji i w Niemczech były ponad 2-krotnie wyższe (odpowiednio 554 USD PPP i 498 USD PPP).

Warto zauważyć, że wydatki na rzecz farmaceutyki w Polsce są ponoszone głównie ze środków prywatnych (62,1% wydatków na środki farmaceutyczne ogółem), podczas gdy w innych krajach Unii Europejskiej są one w większym stopniu pokrywane ze środków publicznych (np. 75,5% w Czechach, 68,9% we Francji, 73,3% w Niemczech).

Wykres 57. Struktura wydatków bieżących na ochronę zdrowia, Niemcy 2005 r.

Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD 2007

Wykres 58. Struktura wydatków bieżących na ochronę zdrowia, Francja 2005 r.

Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD 2007

Istotną różnicą między Polską a krajami Europy Zachodniej jest również poziom wydatków ponoszonych na usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze. W Polsce wydatki te są marginesowe (ich udział w sumie wydatków bieżących wynosi ok. 2%), podczas gdy w krajach Unii Europejskiej, które wcześniej weszły w proces starzenia się społeczeństwa, a zarazem przeszły zmiany kulturowe i społeczne prowadzące do przesunięcia opieki nad osobami starszymi z domu i grona rodzinnego do instytucji opiekuńczych, udział wydatków na te potrzeby sięga 8% ogółu wydatków bieżących. Można oczekiwać, że w przyszłości również w Polsce potrzeby opieki i pielęgnacji osób starszych będą realizowane w większym stopniu ze wsparciem instytucjonalnym i wówczas skala wydatków na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze wyraźnie się zwiększy.

2.6 Wnioski

Analiza porównawcza poziomu wydatków na ochronę zdrowia i oceny systemów opieki zdrowotnej pokazuje dużą rozpiętość pomiędzy starymi a nowymi krajami Unii Europejskiej. Różnice te dotyczą zarówno poziomu wydatków, jak i sprawności funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej. Przy czym, należy podkreślić, że Polska jest jednym z krajów zarówno o najniższym poziomie wydatków *per capita* na ochronę zdrowia, jak i najgorzej wypadających w rankingach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej wśród krajów rozszerzonej Unii Europejskiej. Spośród europejskich krajów OECD Polskę charakteryzuje najniższy poziom całkowitych wydatków na ochronę zdrowia zarówno w wartościach nominalnych *per capita*, jak i w relacji do PKB.

Natomiast dynamika wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1999 – 2005 jest zbliżona do innych krajów regionu. Dynamika wzrostu wydatków – zarówno publicznych, jak i prywatnych – jest również wyższa niż wzrost PKB *per capita*, co oznacza, że potrzeby zdrowotne rosną w większym stopniu niż dobrobyt. Wciąż jednak dużą rolę w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych odgrywa sektor prywatny. Jest to cecha charakterystyczna dla nowych krajów Unii Europejskiej, w których obserwuje się wyższą dynamikę wzrostu wydatków prywatnych na ochronę zdrowia niż wydatków publicznych.

Wreszcie, należy podkreślić, że mimo wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną w latach 1999 – 2005 zbliżonego do przeciętnego wzrostu wydatków w krajach OECD, Polska pod względem poziomu tych wydatków oraz oceny funkcjonowania systemu zdrowotnego pozostaje w tyle za innymi krajami z tego obszaru geograficznego i polityczno-ekonomicznego.

Rozdział V

Analiza równowagi (nierównowagi) w sektorze zdrowotnym

1. Zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w szczególności jednostek szpitalnych, stanowi ciągle jedną z najistotniejszych pozycji bilansujących finanse systemu ochrony zdrowia w Polsce. Korzystanie z kapitału obcego samo w sobie nie jest rzeczą naganną, wręcz przeciwnie, umiejętne zeń korzystanie może przyczynić się do poprawy rentowności jednostek. Problem pojawia się, gdy jednostki nie są w stanie regulować zobowiązań terminowo, wpadając w pułapkę zadłużenia.

Wyjaśnienia dotyczące stosowanych pojęć

Zadłużenie: Suma wszystkich zobowiązań jednostki opieki zdrowotnej niezależnie od terminu ich wymagalności, tytułu zobowiązania i charakterystyki wierzyciela.

Ministerstwo Zdrowia pod hasłem zadłużenie SPZOZ agreguje jedynie sumę zobowiązań wymagalnych, rozumianych jako wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione, ani umorzone. Wówczas wierzyciel ma prawo naliczać odsetki karne od tych zobowiązań.

Ministerstwo Finansów pod hasłem zadłużenie SPZOZ analizuje sumę zobowiązań wymagalnych, wartości uzyskanych kredytów i pożyczek, wyemitowanych obligacji oraz przyjętych depozytów.

Celem opracowania jest ilościowa analiza procesu zadłużania się samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej (tzw. SPZOZ) w latach 1999 – 2007. Analiza ta pozwala na ukazanie:

- tendencji,
- skali z odniesieniami do:
 - geograficznego rozkładu zadłużenia,
 - struktury wg rodzaju zobowiązania (w stosunku do kogo i z jakiego powodu),
 - struktury wg organów założycielskich,
 - koncentracji zadłużenia,

Każdy z elementów analizy umożliwia ocenę zjawiska zadłużania się z innej perspektywy.

W analizie wykorzystano dane o zobowiązaniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zbierane przez Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych, MON, MSWiA oraz bezpośrednio od jednostek nadzorowanych przez Ministra Zdrowia. Ponadto, wykorzystane zostały dane ze sprawozdań MZ-03 o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sprawozdania Rb-Z. Wykorzystane źródła informacji dają pełny obraz sytuacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej do roku 2006. Natomiast na chwilę obecną brakuje jeszcze szczegółowych danych dotyczących poziomu przychodów poszczególnych SPZOZ-ów w roku 2007.

1.1 Przyczyny zadłużania się

W warunkach działania mechanizmu rynkowego fakt niespłacenia należnych zobowiązań równoznaczny jest w zasadzie z upadłością dłużnika. Samodzielne zakłady opieki zdrowotnej w Polsce jako podmioty publiczne, inaczej niż jednostki prywatne, nie podlegają jednak regułom rynku. Jednocześnie ich szeroko określona samodzielność z ograniczoną odpowiedzialnością za konsekwencje tej samodzielności sprzyjają zachowaniom prowadzącym do zadłużania się w sposób w zasadzie niekontrolowany. Proces zadłużania się SPZOZ-ów, w szczególności szpitali publicznych, także proces gromadzenia zobowiązań wymagalnych, był i jest politycznie tolerowany, ponieważ co kilka lat podejmowane są decyzje oddłużające bez zmiany mechanizmów prowadzących do tego procesu. Od początku lat 90-tych ubiegłego wieku przeprowadzono kilka takich akcji. W latach 1994-1995 z dotacji budżetowej spłacono długi w wysokości ok. 1 mld PLN, w roku 1997 umorzono zobowiązania publiczno-prawne, a w roku 1998 przed wprowadzeniem systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych skarb państwa przejął długi publicznych jednostek opieki zdrowotnej na kwotę 8,4 mld PLN. Kolejna akcja, kontynuowana po dziś dzień, rozpoczęła się w roku 2005.

Istotnym czynnikiem zadłużania się, chociaż nie jedynym⁷², jest tzw. bilansowe niedofinansowanie sektora zdrowotnego. Na szpitale przerzucono bowiem w dużej części skutki niezbilansowania przychodów systemu z kosztami świadczenia usług medycznych, chroniąc przed zadłużeniem największego płatnika, tj. NFZ. Ponadto brak odpowiedniego nadzoru właścicielskiego sprawia, że SPZOZ-y w wielu przypadkach bez negatywnych konsekwencji mogą generować straty (i zadłużenie) wynikające ze złego zarządzania jednostkami.

Zobowiązania wymagalne a zobowiązania całkowite

Najbardziej widocznym efektem nadmiernego zadłużenia jest pojawienie się zobowiązań wymagalnych (przeterminowanych), rozumianych jako wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione, ani umorzone. Wówczas wierzyciel ma prawo naliczać odsetki karne od tych zobowiązań. W sytuacji, w której zostanie zawarta ugoda pomiędzy dłużnikiem a wierzycielem i zobowiązanie uprzednio wymagalne zostanie zrestrukturyzowane (tj. wierzyciel wyznaczy nowy harmonogram spłat), zobowiązanie przestaje być wymagalne.

Zobowiązania wymagalne nie stanowią jednak jedynego problemu związanego z zadłużeniem publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Konieczne jest także prześledzenie rozwoju zobowiązań całkowitych, obejmujących obok zobowiązań wymagalnych także zobowiązania niewymagalne. Dominujące w większości dokumentów rządowych ograniczenie do analizy zobowiązań wymagalnych (nazywanych nieprecyzyjnie zadłużeniem) pomija istotne zagrożenie możliwego braku regulacji takich zobowiązań i przekształcenia ich w zobowiązania wymagalne. Szczególnie pouczające w tym względzie są doświadczenia z ostatniej wielkiej akcji oddłużenia publicznych szpitali przeprowadzonej od połowy roku 2005 pod hasłem „restrukturyzacji finansowej” na mocy ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostaną opisane w końcowej części niniejszego opracowania. Wymieniona restrukturyzacja w dużej części polegała na tzw. „rolowaniu długu”, tj. transformacji zobowiązań wymagalnych w

⁷² Szerszą analizę problemu zadłużania się szpitali przedstawiono w raporcie dla WHO: Golinowska, Sowada, Woźniak 2007

jeszcze niewymagalne. Takie rozwiązanie można i należy ocenić pozytywnie, jednak tylko pod warunkiem, iż zakłady w przyszłości będą w stanie terminowo uregulować zrestrukturyzowane zobowiązania. Na chwilę obecną trudno jest ocenić, czy ten warunek zostanie w przyszłości spełniony.

Rolowanie długu: regulacja zobowiązań wymagalnych ze środków pochodzących z zaciągnięcia nowych zobowiązań, z reguły pożyczek i kredytów. Zamiana zobowiązań wymagalnych na niewymagalne

Przeprowadzona szczegółowa analiza obejmuje zarówno zobowiązania całkowite, jak i wymagalne. Uwaga zostanie także zwrócona na rozwój tej części zobowiązań całkowitych, które nazywane są zadłużeniem przez Ministerstwo Finansów, a która obok zobowiązań wymagalnych obejmuje wartość uzyskanych kredytów i pożyczek, wyemitowanych obligacji i przyjętych depozytów. Porównanie liczb odnoszących się do zobowiązań wymagalnych z jednej strony oraz kredytów i pożyczek z drugiej strony pozwala zidentyfikować skale wspomnianego już „rolowania długu”.

1.2 Poziom zobowiązań całkowitych i wymagalnych

Wprowadzenie reformy zdrowotnej w 1999 r. poprzedzone zostało przejściem przez skarb państwa długu publicznych placówek opieki zdrowotnej w wysokości ponad 8,4 mld PLN. Od 1999 r. publiczne zakłady opieki zdrowotnej ponownie zaczęły gromadzić długi, z których część szybko nie mogła zostać spłacona w przewidywanych terminach. Już w 2000 r. SPZOZ-y wykazywały ponad 1,5 mld PLN zobowiązań wymagalnych. W połowie 2005 r. poziom tych zobowiązań przekroczył 6,2 mld PLN, co oznaczało, że prawie 65% całkowitych zobowiązań w kwocie 9,65 mld PLN stanowiły zobowiązania nie spłacone w terminie (Tabela 96 i Wykres 59). Proces narastania zobowiązań wymagalnych trwał do połowy 2005 r., zobowiązań całkowitych do końca roku 2006. Na koniec 2006 r. swoje maksimum osiągnęło też zadłużenie obliczane wg zasad przyjętych przez Ministerstwo Finansów (suma zobowiązań wymagalnych, uzyskanych kredytów, pożyczek, wyemitowanych papierów wartościowych i przyjętych depozytów).

Odwrócenie trendu jest wynikiem przeprowadzenia restrukturyzacji finansowej na mocy ustawy z 15 kwietnia 2005 r. Czy jest jednak efektem trwałym?

Tabela 96. Zobowiązania całkowite i wymagalne SPZOZ-ów w latach 2000-2007 (w mln PLN)

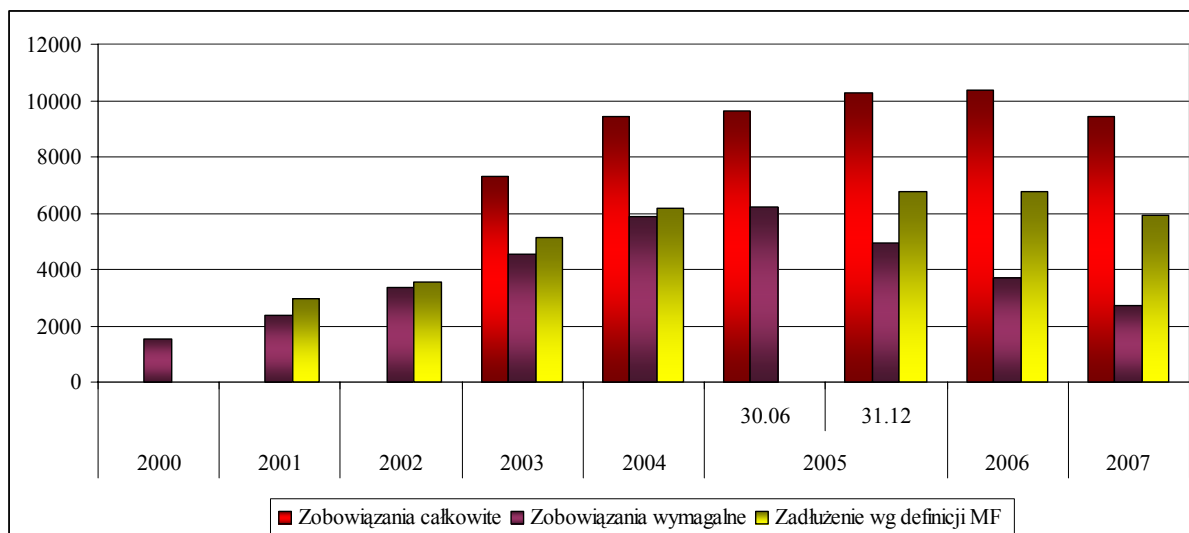
Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003	2004	2005		2006	2007
						30.06	31.12		
Zobowiązania całkowite	-	-	-	7327,7	9450,1	9646,2	10273,6	10348,7	9408,6
Dynamika (%) – poprzedni rok = 100	-	-	-	-	128,96	102,08	106,50	100,73	90,92
Zobowiązania wymagalne	1520,5	2361,5	3348,0	4543,7	5872,3	6239,6	4933,6	3723,6	2733,5
Dynamika (%) – poprzedni rok = 100	-	155,31	141,77	135,71	129,24	106,25	79,07	75,47	73,41
Udział zobowiązań	-	-	-	62,01	62,14	64,68	48,02	35,98	29,05

wymagalnych w całkowitych w %									
Zobowiązania niewymagalne	-	-	-	2784,0	3577,8	3406,6	5340,0	6625,1	6675,1
Dynamika (%) – poprzedni rok = 100	-	-	-	-	128,5	95,2	156,8	124,1	100,8
Udział zobowiązań niewymagalnych w całkowitych w %				37,99	37,86	35,32	51,98	64,02	70,95
Zadłużenie wg definicji MF		2940,7	3546,6	5138,9	6169,0		6742,6	6780,4	5920,4

* wraz z przyjętymi depozytami

Źródło: Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga, Warszawa 2004, dane o zobowiązaniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zbierane przez Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych, MON, MSWiA oraz bezpośrednio od jednostek nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, sprawozdania MZ-03 o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sprawozdania Rb-Z.

Wykres 59. Zobowiązania całkowite i wymagalne SPZOZ-ów w latach 2000-2007 (w mln PLN)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z tabeli 96

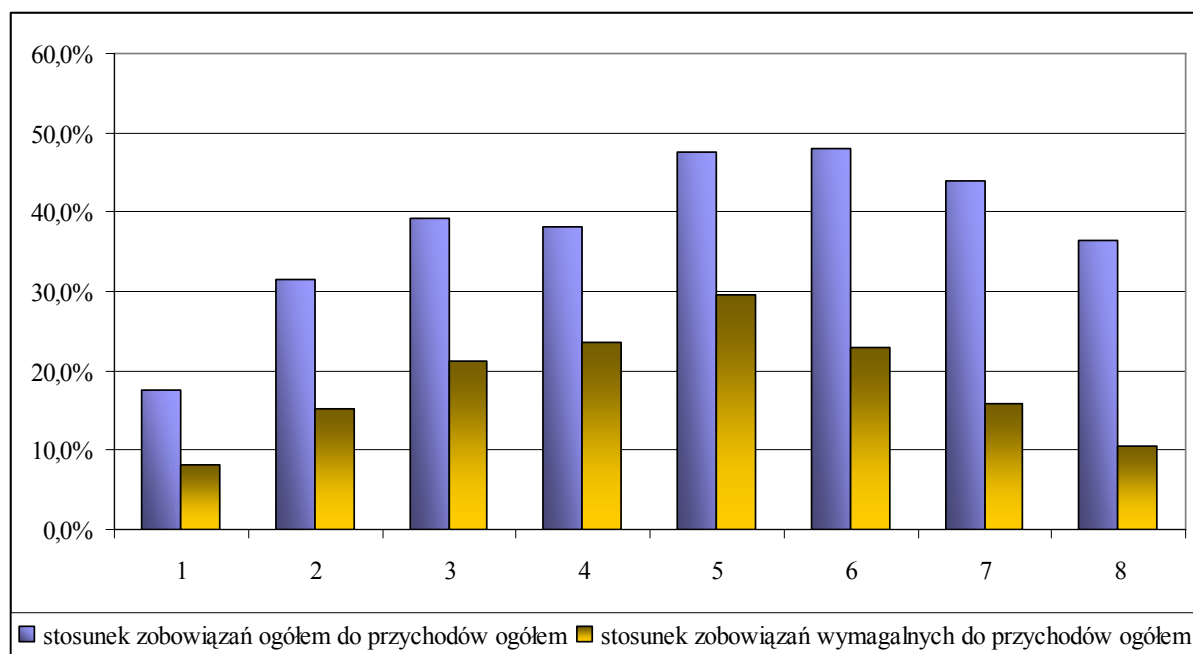
Proces narastania ostrości problemu zobowiązań SPZOZ-ów ilustruje także Tabela 97 i Wykres 60, w których to odniesiono wielkości zobowiązań całkowitych oraz wymagalnych do wysokości przychodów. Wprawdzie ze względu na fakt, iż dane dotyczące zadłużenia z jednej strony i przychodów z drugiej strony raportowane zostały przez różne liczby SPZOZ-ów, informacje zawarte w poniższej tabeli i na wykresie 60 pokazują w sposób wiarygodny tendencję zaostrzania się problemu zadłużenia do roku 2005. Zainicjowana w roku 2005 akcja restrukturyzacji finansowej przyniosła natomiast pewną poprawę sytuacji finansowej SPZOZ-ów. Na poprawę tę wskazuje przede wszystkim malejący głównie ze względu na rosnące przychody SPZOZ-ów (w niewielkim stopniu ze względu na malejące zobowiązania) stosunek zobowiązań całkowitych do przychodów z prawie 48% w roku 2005 do 36,5% na koniec roku 2007 oraz malejący stosunek zobowiązań wymagalnych do przychodów z prawie 30% w roku 2004 do 10,6% na koniec roku 2007

Tabela 97. Zobowiązania całkowite i wymagalne SPZOZ-ów oraz ich przychody w latach 2000-2007 (w mln PLN)

Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Przychody całkowite SPZOZ (w mln PLN)	18 593,7	18 601,3	19 624,5	19 234,0	19 909,3	21 449,0	23 559,9	25 771,5
Liczba jednostek które złożyły sprawozdania	1 828	1 705	b.d.	b.d.	1 576	1 468	1 605	1621 (w tym 364 j. - dane szacunkowe)
Zobowiązania ogółem SPZOZ (w mln PLN)	3 265,0	5 863,5	7 680,2	7 327,7	9 450,1	10 273,6	10 348,7	9 408,6
Zobowiązania wymagalne SPZOZ (w mln PLN)	1 520,5	2 844,1	4 177,7	4 543,7	5 872,3	4 933,6	3 723,6	2 733,5
Liczba jednostek, które przekazały ankiety	1630	1797	1797	b.d.	1749	1732	1679	1650

Źródło: Przychody całkowite SPZOZ za lata 2000 - 2003 - dane GUS, Przychody całkowite SPZOZ za lata 2004 - 2007 - dane ze sprawozdań MZ-03 (dane nie obejmują SPZOZ nadzorowanych przez MSWiA oraz MON), Zobowiązania ogółem i wymagalne SPZOZ - dane ankietowe MZ

Wykres 60. Stosunek zobowiązań całkowitych i wymagalnych SPZOZ-ów do ich przychodów w latach 2000-2007 w mln PLN



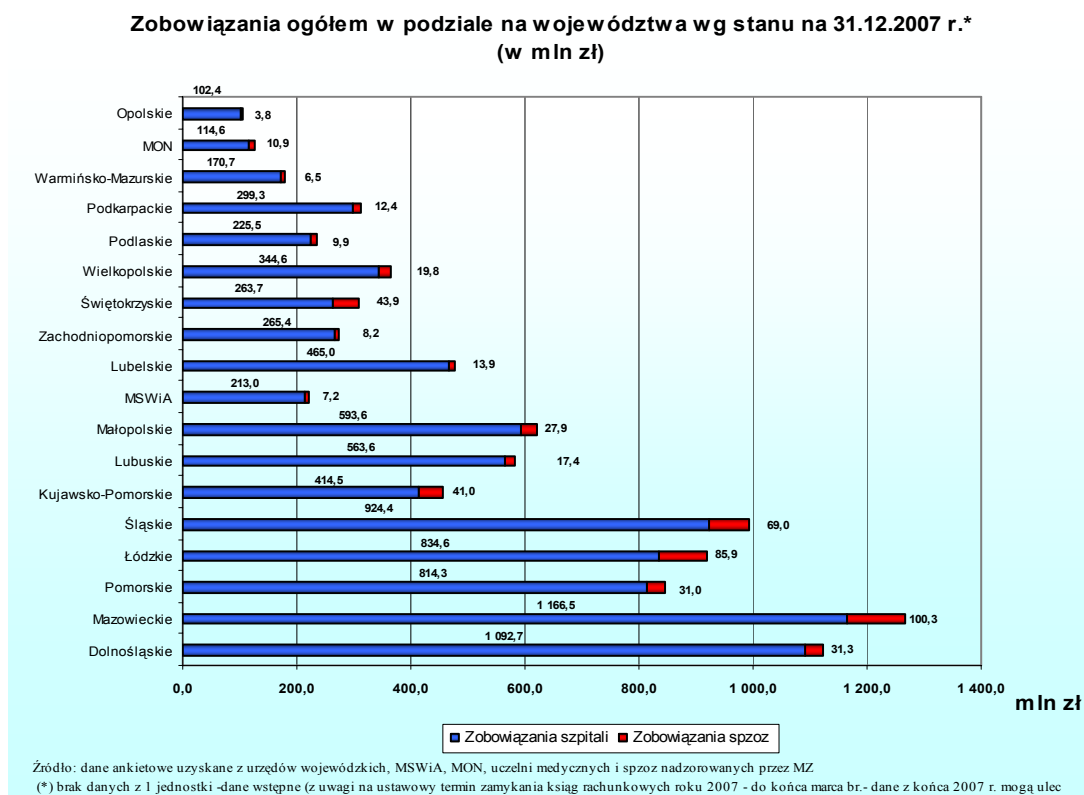
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z tabeli 97

1.3. Struktura zobowiązań całkowitych i wymagalnych

Geograficzny rozkład problemu zadłużenia

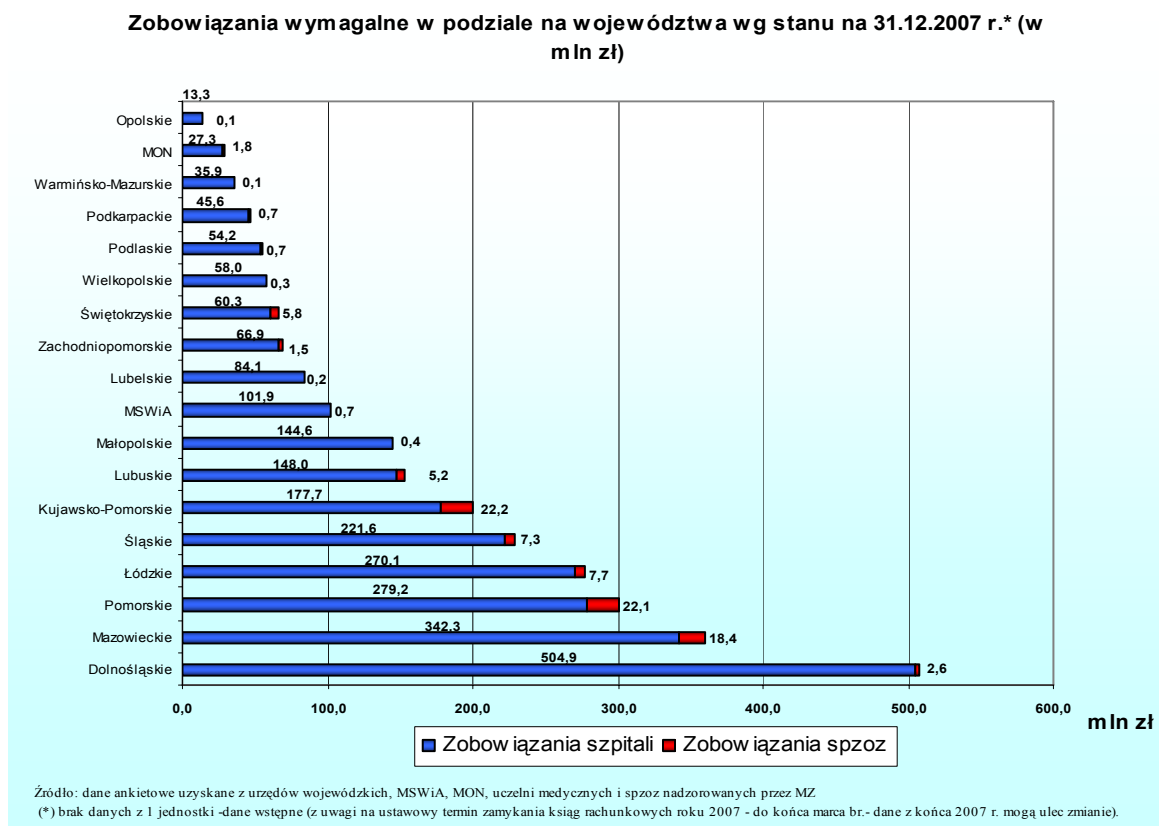
Zarówno zobowiązania całkowite jak i wymagalne wykazują nierównomierne rozłożenie geograficzne. Ich dokładny rozkład w podziale na publiczne szpitale oraz SPZOZ-y nie posiadające statusu szpitali pokazują Wykresy 61 i 62 oraz Tabela 98.

Wykres 61. Zobowiązania ogółem w podziale na województwa na 31.12.2007 r. (w mln PLN)



Źródło: Dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ

Wykres 62. Zobowiązania wymagalne w podziale na województwa na 31.12.2007 r. (w mln PLN)



Źródło: Dane ankietywane uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ

Największa część zobowiązań wymagalnych przypada na szpitale i SPZOZ-y nie będące szpitalami zlokalizowane na terenie województwa dolnośląskiego (18,6% wszystkich zobowiązań wymagalnych). Następne w rankingu jest województwo mazowieckie z 13% i pomorskie z 11%. Pod względem udziału w zobowiązaniach całkowitych na pierwszym miejscu znajdują się placówki z województwa mazowieckiego (13,5%), następnie dolnośląskiego (12%) i śląskiego (10,6%).

Ze względu na bardzo duże zróżnicowanie w wielkości województw oraz liczby SPZOZ-ów i szpitali w poszczególnych województwach porównanie absolutnych kwot zobowiązań w województwach powinno zostać uzupełnione porównaniem wskaźników zobowiązań w przeliczeniu na liczbę mieszkańców regionu. Wykresy 63 i 64 pokazują zmiany i poziom zobowiązań publicznych szpitali w przeliczeniu na mieszkańca województwa (po wyłączeniu szpitali MSWiA oraz MON). W latach 2004 - 2007 doszło do sporych zmian w tym względzie. Nadal jednak cztery województwa wyróżniają się negatywnie:

- dolnośląskie, które mimo redukcji zobowiązań wymagalnych o połowę w okresie od połowy 2005 r. nadal przoduje pod względem zobowiązań wymagalnych na mieszkańca w kwocie 175 PLN, zaś w zobowiązaniach całkowitych na mieszkańca zajmuje z kwotą 379 PLN drugie miejsce (na dzień 31 grudnia 2004 odpowiednio 354 i 444 PLN),

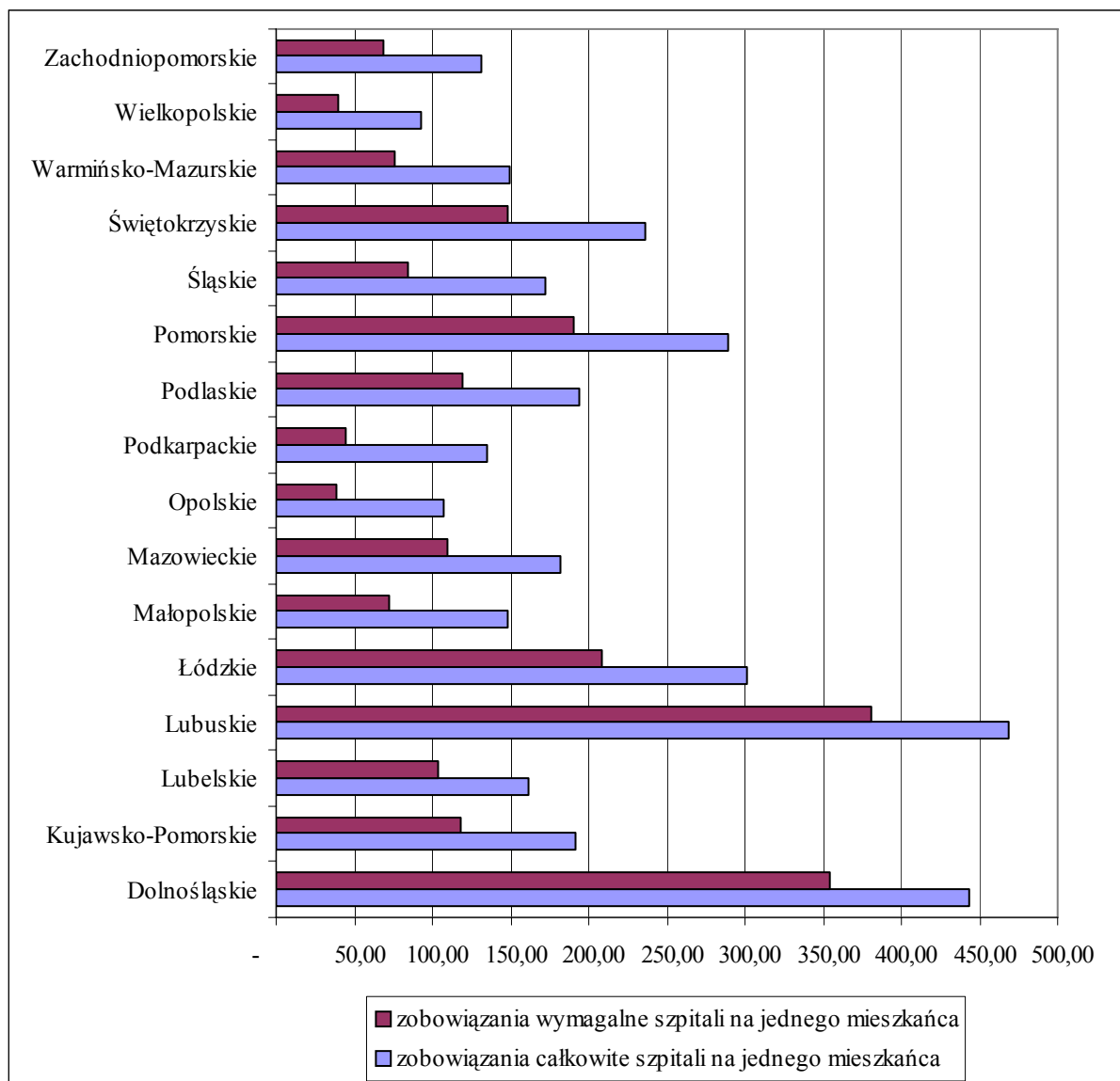
- województwo lubuskie, którego szpitale wykazują najwyższe zobowiązania całkowite na mieszkańca w kwocie 480 PLN (w roku 2004 odpowiednio 469 PLN, z czego 381 to zobowiązania wymagalne),
- województwo pomorskie zajmujące drugie miejsce pod względem zobowiązań wymagalnych na mieszkańca (127 PLN) i trzecie pod względem zobowiązań całkowitych (369 PLN) (w 2004 r. odpowiednio 190,6 i 289 PLN),
- województwo łódzkie – zobowiązania całkowite na mieszkańca wynoszą 325 PLN, wymagalne 105 PLN (na 31 grudnia 2004 r. odpowiednio 301 i 208 PLN).

Tabela 98. Zobowiązania całkowite i wymagalne SPZOZ-ów w latach 2000-2007 w podziale na województwa

Wyszczególnienie	Zobowiązania całkowite					Zobowiązania wymagalne					Udział w zobowiązaniach wymagalnych					Udział w zobowiązaniach całkowitych			
	2000	2004	2005	2006	2007	2000	2004	2005	2006	2007	2000	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Razem	3265,0	9450,1	10273,6	10348,7	9408,6	1520,5	5872,3	4933,6	3723,6	2733,5	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Dolnośląskie	471,6	1421,5	1488,7	1381,4	1124,0	300,0	1128,6	1031,8	777,8	507,5	19,73	19,22	20,91	20,89	18,57	15,04	14,49	13,35	11,95
Kujawsko-Pomorskie	178,4	427,7	464,0	517,9	455,4	75,1	258,6	191,4	227,6	199,9	4,94	4,40	3,88	6,11	7,31	4,53	4,52	5,00	4,84
Lubelskie	189,7	532,1	531,7	562,4	478,9	71,5	337,1	243,5	125,2	84,3	4,70	5,74	4,94	3,36	3,08	5,63	5,18	5,43	5,09
Lubuskie	107,5	535,8	599,0	649,9	580,9	58,5	439,0	424,1	365,8	153,2	3,85	7,48	8,60	9,82	5,60	5,67	5,83	6,28	6,17
Łódzkie	205,4	877,4	978,8	1001,8	920,5	106,7	612,8	504,1	370,6	277,8	7,02	10,44	10,22	9,95	10,16	9,28	9,53	9,68	9,78
Małopolskie	214,2	606,6	673,3	669,5	621,5	102,0	279,2	192,0	138,1	145,0	6,71	4,75	3,89	3,71	5,30	6,42	6,55	6,47	6,61
Mazowieckie	637,7	1037,4	1217,0	1204,2	1266,8	298,8	624,2	575,7	372,0	360,7	19,65	10,63	11,67	9,99	13,19	10,98	11,85	11,64	13,46
Opolskie	96,7	169,2	165,8	120,6	106,2	25,9	87,5	52,6	17,9	13,4	1,70	1,49	1,07	0,48	0,49	1,79	1,61	1,17	1,13
Podkarpackie	171,5	301,3	340,7	340,2	311,7	42,8	101,2	66,5	73,7	46,3	2,81	1,72	1,35	1,98	1,69	3,19	3,32	3,29	3,31
Podlaskie	123,0	269,3	279,5	256,5	235,3	56,2	156,2	95,4	59,0	54,9	3,70	2,66	1,93	1,58	2,01	2,85	2,72	2,48	2,50
Pomorskie	157,9	688,2	836,7	955,2	845,2	74,1	461,0	463,8	338,7	301,3	4,87	7,85	9,40	9,10	11,02	7,28	8,14	9,23	8,98
Śląskie	187,6	947,0	993,7	1056,1	993,4	41,4	466,4	378,7	329,2	228,9	2,72	7,94	7,68	8,84	8,37	10,02	9,67	10,21	10,56
Świętokrzyskie	106,4	366,8	374,9	337,4	307,6	34,3	238,4	209,7	111,8	66,1	2,26	4,06	4,25	3,00	2,42	3,88	3,65	3,26	3,27
Warmińsko-Mazurskie	125,2	226,0	220,6	194,6	177,3	68,6	115,6	56,3	45,2	36,0	4,51	1,97	1,14	1,21	1,32	2,39	2,15	1,88	1,88
Wielkopolskie	137,7	333,6	376,4	391,1	364,4	71,1	137,5	102,6	93,0	58,3	4,68	2,34	2,08	2,50	2,13	3,53	3,66	3,78	3,87
Zachodniopomorskie	152,5	302,8	318,1	323,6	273,6	90,6	178,9	159,2	121,5	68,4	5,69	3,05	3,23	3,26	2,50	3,20	3,10	3,13	2,91
MON i MSWiA	b.d.	407,3	414,6	386,4	345,7	b.d.	250,1	186,1	156,4	131,6	b.d.	4,26	3,77	4,2	4,82	4,31	4,04	3,73	3,67

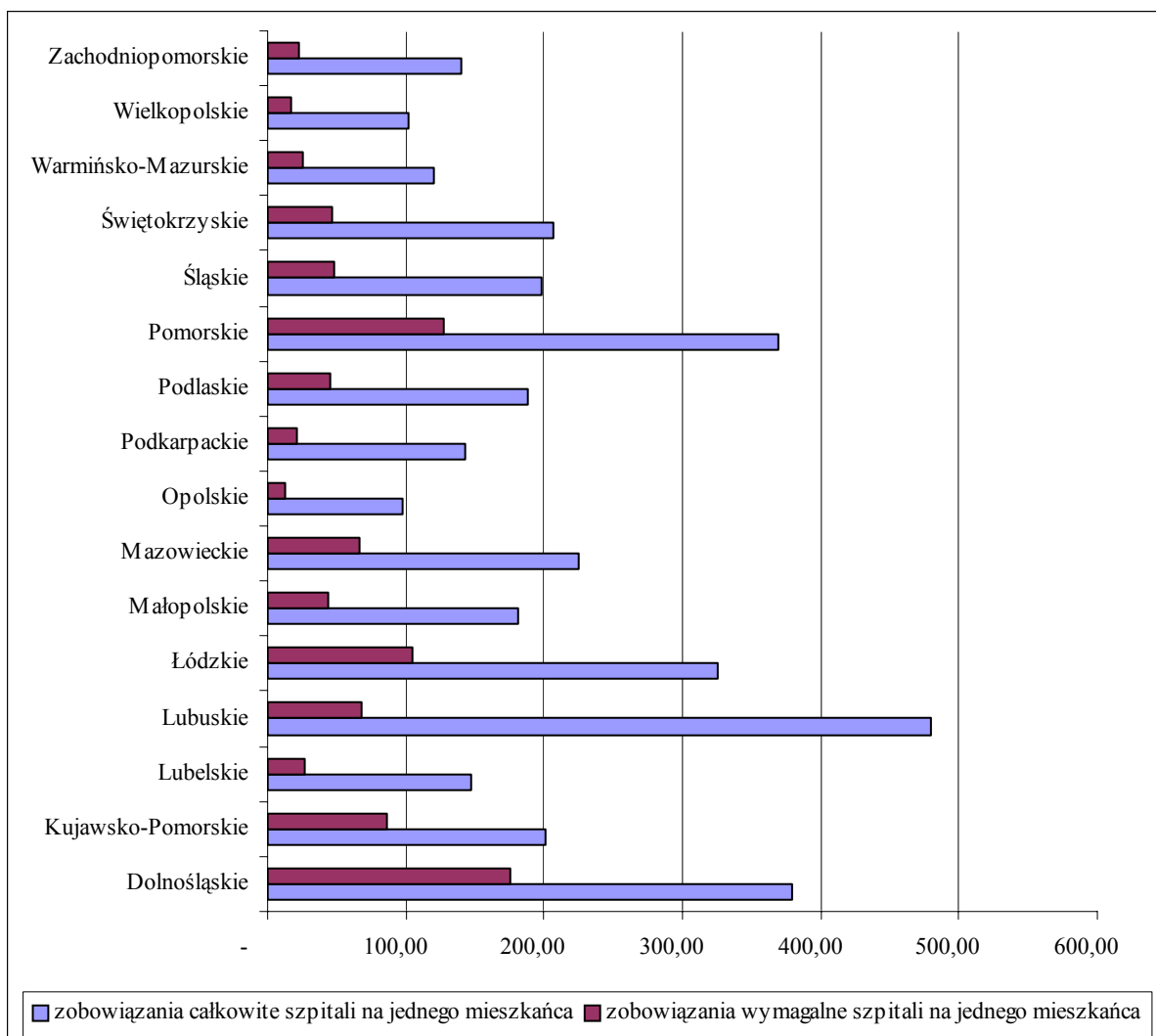
Źródło: Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga, Warszawa 2004, dane o zobowiązaniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zbierane przez Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych, MON, MSWiA oraz bezpośrednio od jednostek nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, sprawozdania MZ-03 o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Wykres 63. Zobowiązania całkowite i wymagalne szpitali publicznych w przeliczeniu na mieszkańca województwa na 31.12.2004 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Tabeli 94 i danych GUS o liczbie mieszkańców w przekroju województw

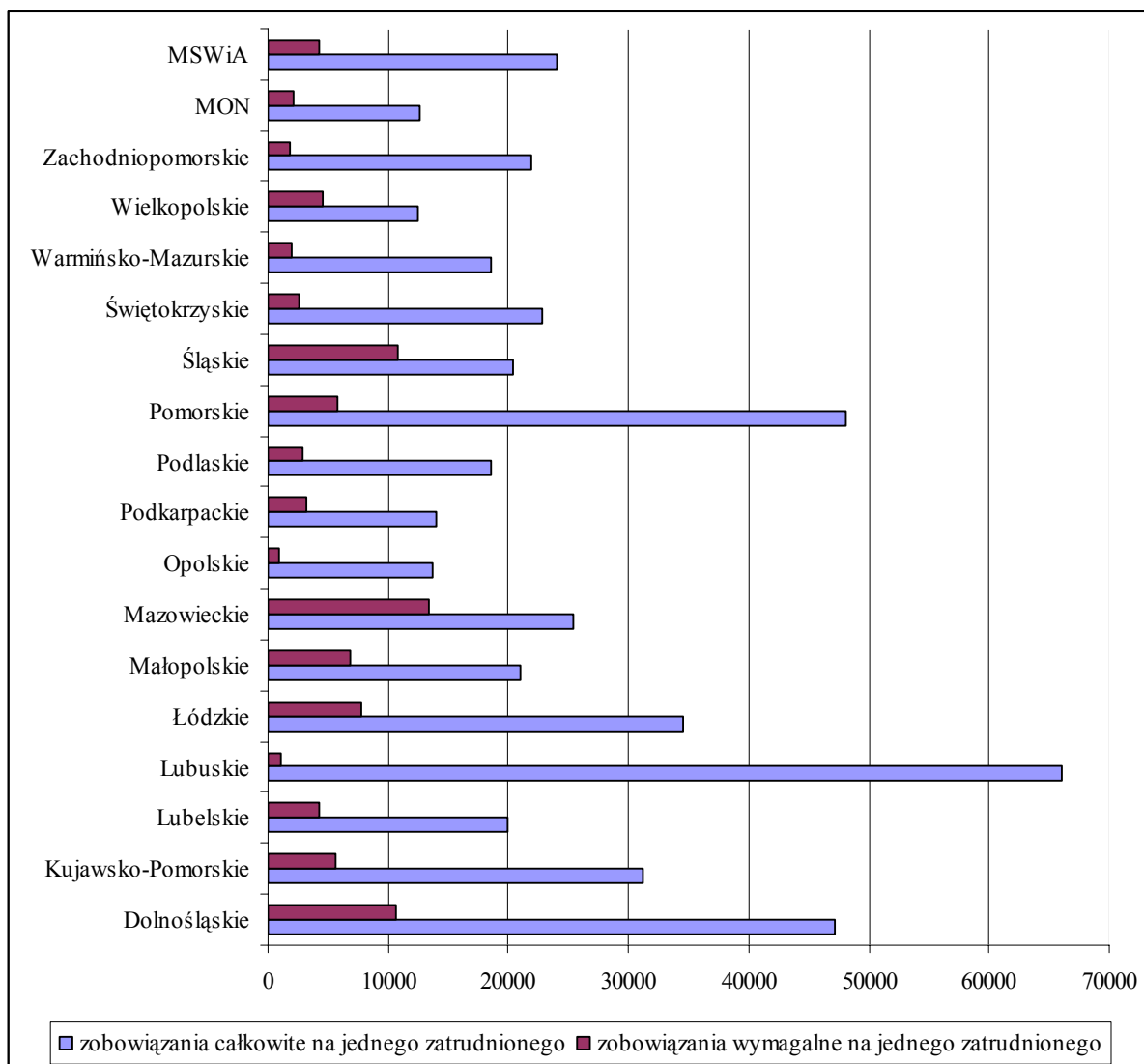
Wykres 64. Zobowiązania całkowite i wymagalne szpitali publicznych w przeliczeniu na mieszkańca województwa na 31.12.2007 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Tabeli 94 i danych GUS o liczbie mieszkańców w przekroju województw

Różnice w podziale regionalnym zobowiązań możemy dostrzec odnosząc poziom zobowiązań całkowitych i wymagalnych do liczby zatrudnionych pracowników w szpitalach publicznych (Wykres 65). Na jednego zatrudnionego pracownika publicznych szpitali w województwie lubuskim przypada ponad 66 tys. PLN zobowiązań całkowitych. Natomiast w odniesieniu do zobowiązań wymagalnych na pierwszym miejscu znajdują się szpitale publiczne na terenie województwa mazowieckiego (poza szpitalami MON i MSWiA), które wygenerowały 13,5 tys. PLN długu na jednego zatrudnionego. Poziom zadłużenia w przeliczeniu na zatrudnionego daje także pewien obraz prowadzonej polityki zatrudnienia. Im jest ona łagodniejsza, im większy jest zatem poziom zatrudnienia tym tendencyjnie mniejsze jest zadłużenie na pracownika.

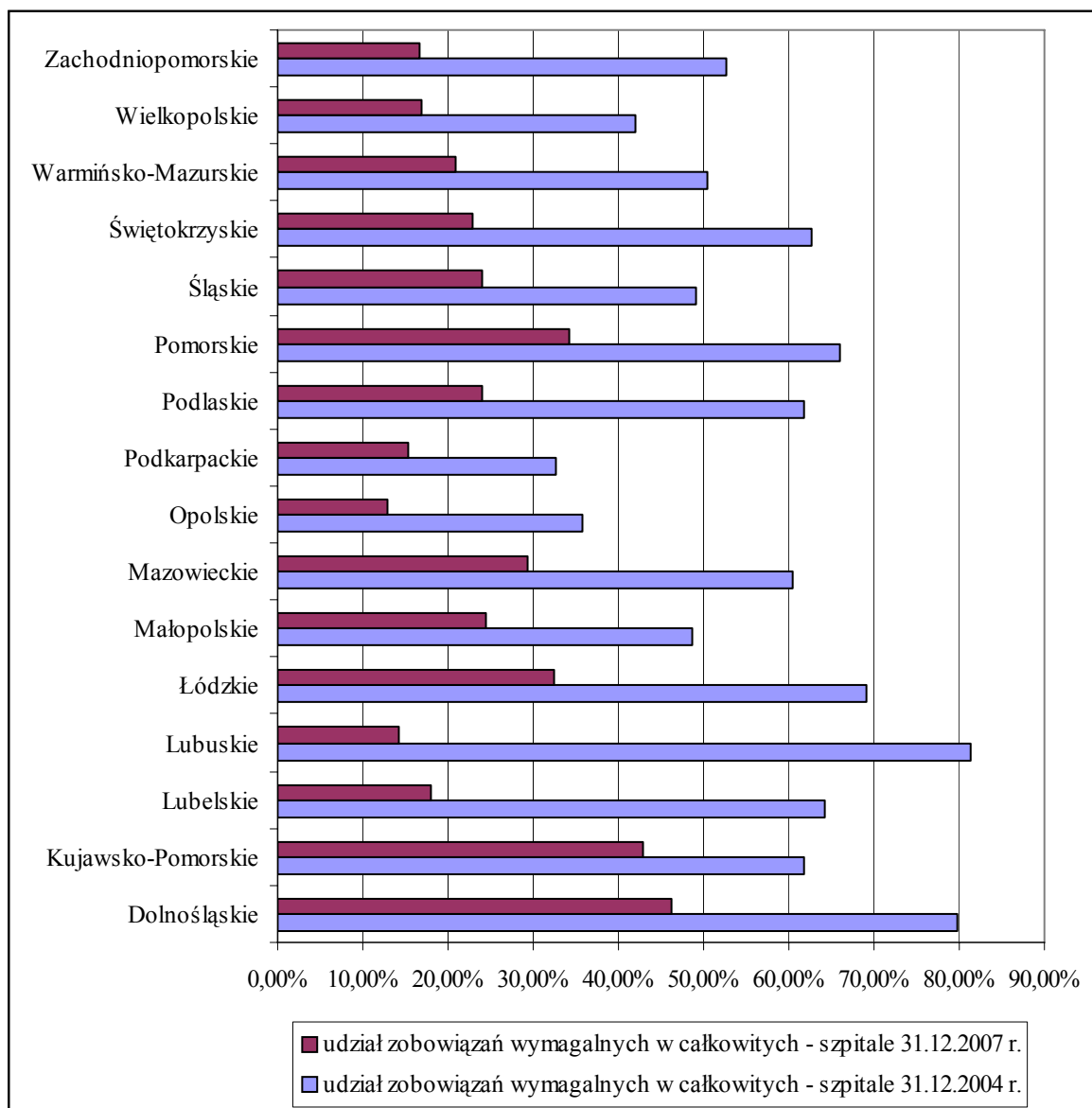
Wykres 65. Zobowiązania całkowite i wymagalne szpitali publicznych w przeliczeniu na jednego zatrudnionego na 31.12.2007 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Tabeli 94 i danych GUS o liczbie zatrudnionych w szpitalach w przekroju województw

Nierównomierność rozkładu zobowiązań widoczna jest ponadto przy porównaniu udziałów zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach całkowitych w poszczególnych województwach. Udział ten najwyższy jest w województwie dolnośląskim, gdzie wynosi 47% i kujawsko-pomorskim - 43%, podczas gdy w opolskim wynosi „jedynie” 13%. Wykres 66 pokazuje także efekt restrukturyzacji finansowej. Udziały zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach całkowitych drastycznie spadły od 2004 r., najbardziej w województwie lubuskim z 81% do 14%. Zobowiązania wymagalne nadal stanowią jednak poważną część zobowiązań całkowitych. Jeśli ponad 40% zobowiązań nie jest spłacana w terminie (mimo przeprowadzonej restrukturyzacji) efekt podjętej po raz kolejny w roku 2005 restrukturyzacji finansowej nie może budzić uznania.

Wykres 66. Udział zobowiązań wymagalnych szpitali w zobowiązaniach całkowitych wg województw



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Tabeli 94

Rodzaj (struktura przedmiotowa) zobowiązań

Począwszy od czerwca 2005 r. doszło do znaczących zmian w strukturze przedmiotowej zobowiązań SPZOZ-ów, zarówno wymagalnych jak i całkowitych (Tabela 99). Bardzo wyraźnie zmalał udział zobowiązań publiczno-prawnych w zobowiązaniach wymagalnych z 43,21 % na dzień 31 grudnia 2005 r. do 27,93% na dzień 31 grudnia 2007 r. (spadek z 2,1 mld PLN do 763 mln PLN), głównie za sprawą umorzenia tego typu zobowiązań. Zmalał także udział zobowiązań wobec pracowników z 20,89% wszystkich zobowiązań wymagalnych na dzień 31.12.2003 r. do 3,83% na dzień 31 grudnia 2007 r. (spadek z 949 mln do 105 mln PLN), w tym zobowiązań z tytułu ustawy 203 z 20,89% do 0,16%. Proces zmniejszania się udziału zobowiązań wymagalnych wobec pracowników

rozpoczął się jednak jeszcze przed rozpoczęciem akcji restrukturyzacji na mocy ustawy z 15 kwietnia 2005 r.

W tym samym okresie wzrósł udział zobowiązań cywilno-prawnych, znacznie rzadziej umarzanych, chociaż poziom także tych zobowiązań ze względu na przeprowadzoną restrukturyzację uległ obniżeniu. Największą pozycję zobowiązań wymagalnych (30,68%, 838,5 mln PLN na dzień 31 grudnia 2007 r.) stanowią zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych.

Tabela 99. Wysokość zobowiązań wg tytułu zobowiązania

Wyszczególnienie	31.12.2003		31.12.2004		31.12.2005		31.12.2006 (**)		30.06.2007 (**)		31.12.2007(***)		
	mln PLN	udział	mln PLN	udział	mln PLN	udział	mln PLN	udział	mln PLN	udział	mln PLN	udział	
Suma zobowiązań wymagalnych (w mln zł)	4 543,7	100,00	5 872,2	100,00	4 933,6	100,00	3 723,6	100,00	3 621,0	100,00	2 733,5	100,00	
publiczno-prawne	1 307,3	28,77	1 987,2	33,84	2 131,9	43,21	1 548,8	41,59	1 394,9	38,52	763,5	27,93	
cywilnoprawne, w tym	3 236,4	71,23	3 885,0	66,16	2 801,7	56,79	2 174,8	58,41	2 226,0	61,48	1 970,0	72,07	
z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych	878,2	19,33	1 178,0	20,06	945,3	19,16	838,0	22,51	909,4	25,11	838,5	30,68	
z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej	185,1	4,07	230,7	3,93	213,8	4,33	201,7	5,42	210,3	5,81	179,6	6,57	
z tytułu zużycia energii, gazu, wody (*)	-		331,7	5,65	269,1	5,45	178,4	4,79	181,2	5,01	142,1	5,20	
z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i innych) (*)	-		527,2	8,98	403,5	8,18	340,4	9,14	362,4	10,01	309,4	11,32	
wobec pracowników	949,2	20,89	966,7	16,46	385,2	7,81	160,2	4,30	141,9	3,92	104,7	3,83	
z tego	z tytułu tzw. "ustawy 203" (*)	949,2	20,89	637,6	10,86	156,3	3,17	27,4	0,74	12,2	0,34	4,4	0,16
	inne		329,1	5,60	228,8	4,64	132,9	3,57	129,7	3,58	100,3	3,67	
pozostałe zobowiązania	1 223,9	26,94	650,6	11,08	584,9	11,86	456,1	12,25	420,9	11,62	395,7	14,48	

(*) brak wyszczególnienia w danych na dzień 31.12.2003

(**) brak danych z 1 jednostki

(***) brak danych z 1 jednostki - dane wstępne (z uwagi na ustawowy termin zamykania ksiąg rachunkowych roku 2007 - do końca marca br. - dane z końca 2007 r. mogą ulec zmianie).

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ

Warto zauważyć, że aż 60% całkowitych zobowiązań z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych stanowią zobowiązania wymagalne (Tabela 100). SPZOZ-y wyraźnie „preferują” opóźnianie spłaty długów wobec dostawców leków, ale także dostawców sprzętu i aparatury medycznej (prawie 50% zobowiązań całkowitych z tego tytułu stanowią zobowiązania wymagalne) oraz dostawców energii, gazu i wody (odpowiednio 62,7%).

Tabela 100. Struktura zobowiązań wymagalnych i całkowitych wg tytułu zobowiązania – stan na 31.12.2007*

Wyszczególnienie	Ogółem	w tym wymagalne	Udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem (%)	Struktura zobowiązań ogółem (%)	Struktura zobowiązań wymagalnych (%)
Suma zobowiązań	9 408,6	2 733,5	29,05	100,00	100,00
Zobowiązania publiczno-prawne	2 613,3	763,5	29,22	27,78	27,93
Zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych	1 393,3	838,5	60,18	14,81	30,68
Zobowiązania z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej	361,5	179,6	49,68	3,84	6,57
Zobowiązania z tytułu zużycia energii, gazu, wody	226,5	142,1	62,73	2,41	5,20
Zobowiązania z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i innych)	707,9	309,4	43,70	7,52	11,32
Zobowiązania wobec pracowników z tytułu "ustawy 203"	7,9	4,4	55,26	0,08	0,16
Zobowiązania wobec pracowników - inne	715,6	100,3	14,02	7,61	3,67
Pozostałe zobowiązania	3 382,6	395,7	11,70	35,95	14,48

(*) brak danych z 1 jednostki - dane wstępne (z uwagi na ustawowy termin zamykania ksiąg rachunkowych roku 2007 - do końca marca br. - dane z końca 2007 r. mogą ulec zmianie).

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ

Rozkład zobowiązań wg organów założycielskich

Problem zobowiązań w różnym stopniu dotyka jednostki podległe różnym organom założycielskim, na co wskazują Tabela 101 oraz Wykresy 67 i 68.

Tabela 101. Zobowiązania całkowite i wymagalne wg organu założycielskiego SPZOZ

Organ sprawujący nadzór	Zobowiązania ogółem w mln PLN				Zobowiązania wymagalne w mln PLN			
	IV kw. 2004	IV kw. 2005	IV kw. 2006 *	IV kw. 2007**	IV kw. 2004	IV kw. 2005	IV kw. 2006 *	IV kw. 2007 **
Województwo	3658,49	4166,85	4065,03	3695,58	2238,43	2009,92	1335,22	908,75
Powiat	3156,06	3215,58	3246,46	2871,16	2089,71	1565,06	1121,41	783,68

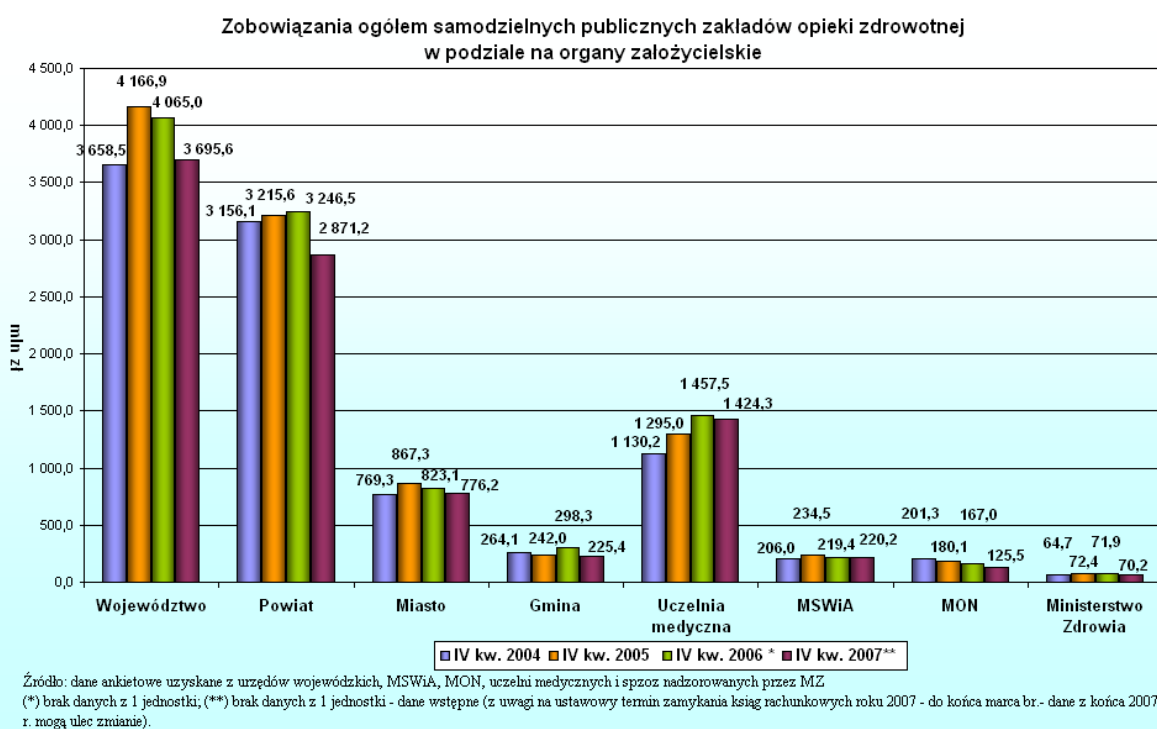
Miasto	769,25	867,25	823,06	776,19	479,49	365,98	222,79	145,81
Gmina	264,09	241,99	298,27	225,39	144,98	118,54	109,62	64,10
Uczelnia medyczna	1130,18	1294,96	1457,53	1424,34	645,78	661,19	754,86	679,82
MSWiA	206,03	234,46	219,39	220,21	130,73	118,74	101,43	102,57
MON	201,27	180,13	166,98	125,50	119,32	67,40	54,99	29,06
Ministerstwo Zdrowia	64,71	72,39	71,93	70,23	23,83	26,76	23,24	19,67
Razem	9450,09	10273,62	10348,66	9408,59	5872,27	4933,60	3723,56	2733,46

(*) brak danych z 1 jednostki

(**) brak danych z 1 jednostki - dane wstępne (z uwagi na ustawy termin zamykania ksiąg rachunkowych roku 2007 - do końca marca br. - dane z końca 2007 r. mogą ulec zmianie).

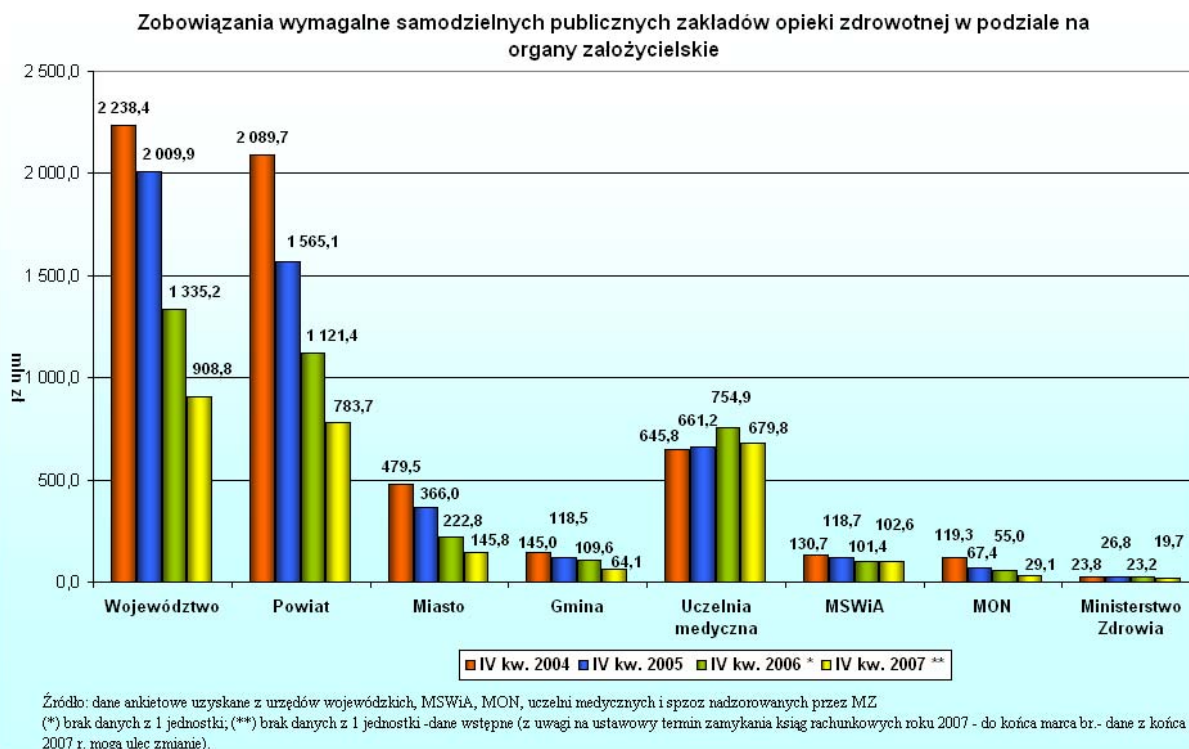
Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ

Wykres 67. Zobowiązania ogółem SPZOZ-ów w podziale na organy założycielskie



Źródło: Dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ

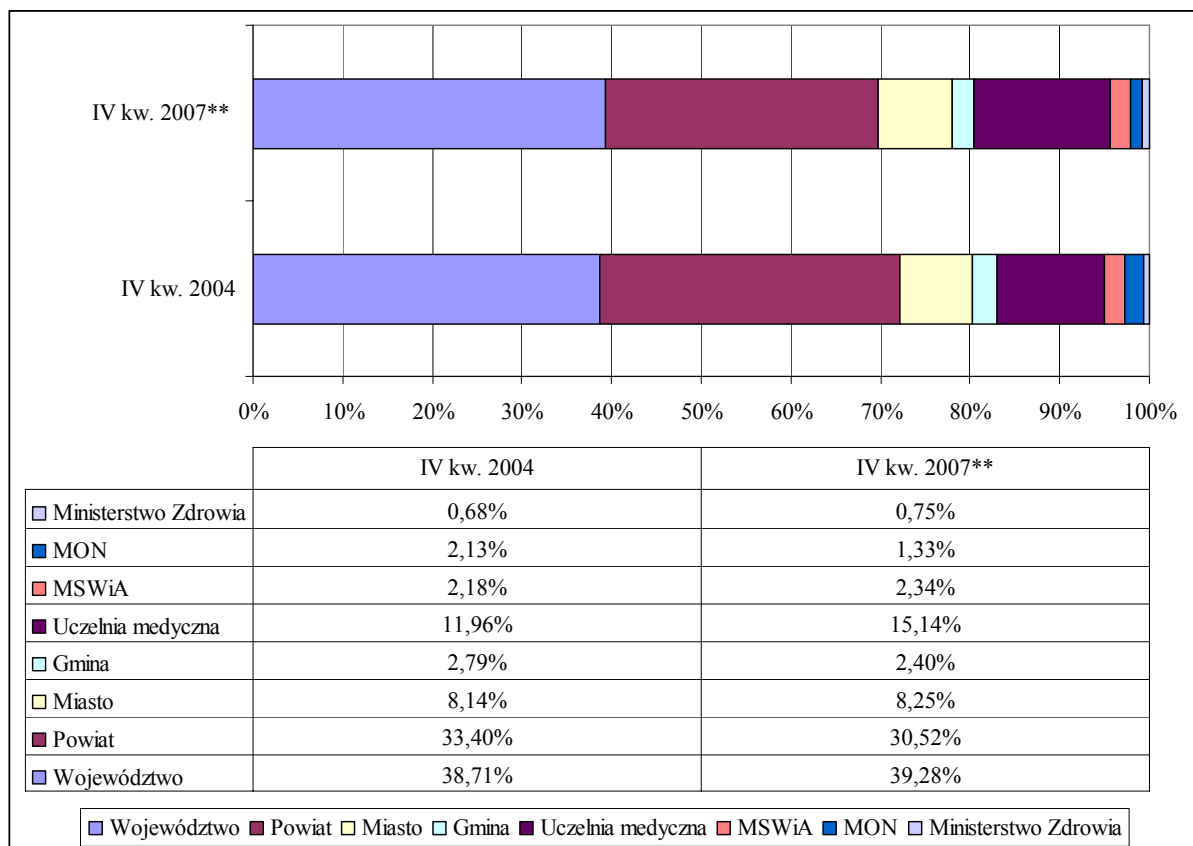
Wykres 68. Zobowiązania wymagalne SPZOZ-ów w podziale na organy założycielskie



Źródło: Dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ

Najwięcej zobowiązań całkowitych i wymagalnych wykazują jednostki podległe samorządom wojewódzkim i powiatowym, co wynika z faktu, iż to właśnie te szczeble samorządu terytorialnego stanowią organy założycielskie dla większości szpitali w Polsce. Udziały poszczególnych SPZOZ-ów pogrupowanych wg organów założycielskich w zobowiązaniach uległy jednak bardzo znaczącym zmianom w ostatnich czterech latach (Wykresy 69 i 70). Szczególnie widoczny jest wzrost udziału zobowiązań szpitali uczelni medycznych z 11,9% do 15,14% w zakresie zobowiązań całkowitych i z 11% do 24,87% przy zobowiązaniach wymagalnych. Szpitale uczelni medycznych są też jedyną grupą, której zobowiązania wymagalne nie zmalały lecz wzrosły w latach 2004-2007. Podjęte działania w zakresie restrukturyzacji finansowej nie dały zatem jednoznacznie pozytywnego efektu w przypadku szpitali uniwersyteckich.

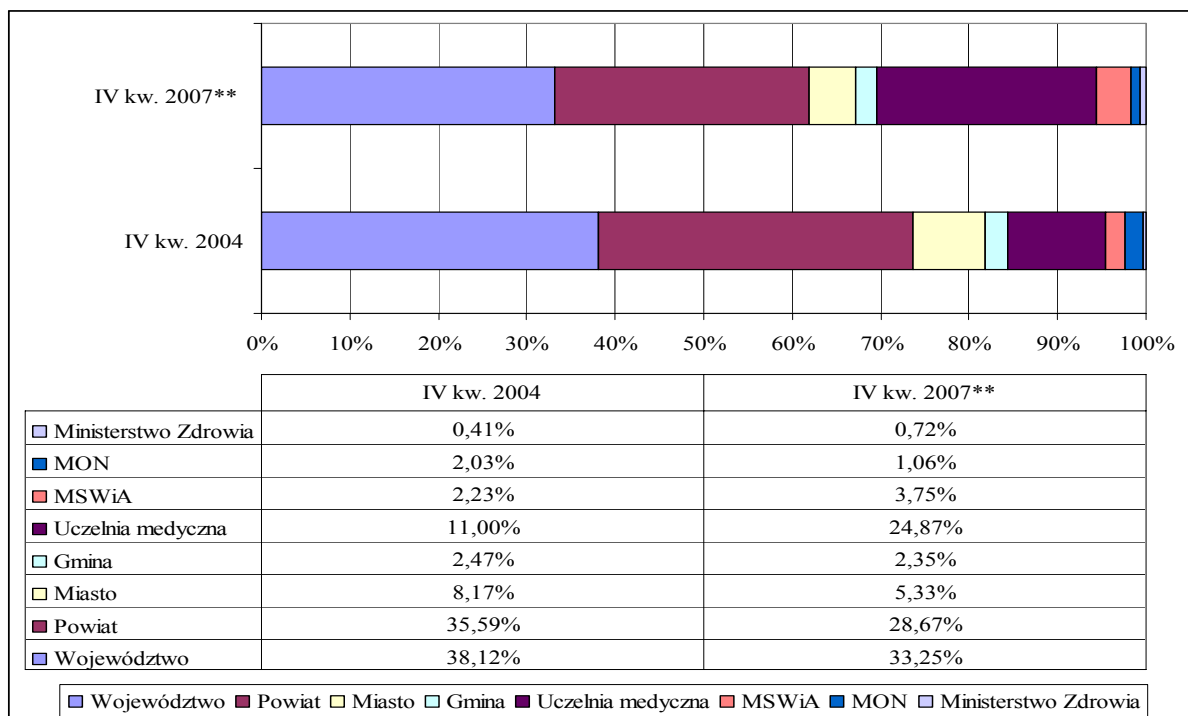
Wykres 69. Udział w zobowiązaniach całkowitych wg organu założycielskiego



(**) brak danych z 1 jednostki - dane wstępne (z uwagi na ustawowy termin zamykania ksiąg rachunkowych roku 2007 - do końca marca br.- dane z końca 2007 r. mogą ulec zmianie).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ankietowych uzyskanych z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ

Wykres 70. Udział w zobowiązaniach wymagalnych wg organu założycielskiego



(**) brak danych z 1 jednostki - dane wstępne (z uwagi na ustawowy termin zamykania ksiąg rachunkowych roku 2007 - do końca marca br.- dane z końca 2007 r. mogą ulec zmianie).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ankietowych uzyskanych z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ

Jak bardzo zadłużone są szpitale uczelni medycznych pokazuje także porównanie ich zobowiązań z udziałem w liczbie łóżek szpitalnych. W roku 2002 (ostatni, z którego GUS opublikował odpowiednie dane) szpitale samorządu wojewódzkiego dysponowały 38,37% łóżek w szpitalach publicznych. Ich udział w zobowiązaniach całkowitych jest zbliżony do udziału w liczbie łóżek, natomiast w zobowiązaniach wymagalnych nieco niższy. Szpitale samorządu powiatowego dysponowały odpowiednio 45,71% łóżek w szpitalach publicznych. Udziały w zobowiązaniach są tu wyraźnie niższe. Natomiast 43 szpitale kliniczne, dla których organami tworzącymi jest 12 uczelni medycznych dysponowały 10,87% łóżek w szpitalach publicznych. Udziały w zobowiązaniach są wyraźnie wyższe, w przypadku zobowiązań wymagalnych aż 2,5 razy (24,87%). Wszystkie dane wskazują na to, że szpitale uczelni medycznych mają obecnie największe problemy ze spłatą zobowiązań, jednak również w przypadku szpitali klinicznych sytuacja finansowa jest zróżnicowana, gdyż tylko 7 szpitali generuje ponad 81% zobowiązań wymagalnych wszystkich szpitali klinicznych (ponad 500 mln PLN), natomiast 11 szpitali w ogóle nie wykazuje zobowiązań wymagalnych.

Koncentracja zobowiązań

Koncentracja zobowiązań wymagalnych widoczna jest też w perspektywie samych zakładów. Z danych na dzień 31.12.2007 r. wynika, iż 111 SPZOZ-ów (około 6,7% wszystkich SPZOZ-ów) koncentruje 80% zobowiązań wymagalnych sektora, 29 SPZOZ-ów natomiast 50% zobowiązań wymagalnych. Jednocześnie należy zauważyć, że przychody ww. 29 zakładów, stanowią około 10% przychodów jakie osiągają wszystkie SPZOZ-y w kraju,

analogicznie 111 najbardziej zadłużonych SPZOZ-ów realizuje około 26% wszystkich przychodów SPZOZ-ów.

Dlatego też ograniczenie się do przedstawienia koncentracji zobowiązań wymagalnych na podstawie liczb opisujących poziom absolutnego zadłużenia może prowadzić do błędnych wniosków. Można by bowiem wnioskować, że problem zobowiązań wymagalnych to problem kilku albo kilkudziesięciu jednostek oraz, że oddłużając (lub likwidując) 29 najbardziej zadłużonych SPZOZ-ów (jedynie 1,75% SPZOZ-ów) doprowadzi się do rozwiązania dużej części problemu. Tak jednak nie jest. Absolutna wysokość zobowiązań wymagalnych i całkowitych szpitala nie daje wystarczająco precyzyjnego obrazu skali problemu zadłużenia. Nawet wysokie zadłużenie nie świadczy jeszcze o złej sytuacji finansowej, jeśli towarzyszy mu duży budżet szpitala umożliwiający wygenerowanie środków na regulację zobowiązań. Natomiast nawet niewielkie (relatywnie) kwoty zobowiązań mogą oznaczać finansową katastrofę w małych szpitalach o niewielkim budżecie. Konieczne jest zatem odniesienie wysokości zadłużenia wymagalnego i całkowitego do wielkości budżetów SPZOZ-ów.⁷³ Ze względu na brak danych szczegółowych dotyczących przychodów SPZOZ-ów w 2007 r. poniższe odniesienie w stosunku do 2007 r. może być traktowane jedynie jako pewne przybliżenie rzeczywistej sytuacji. Dla roku 2007 zobowiązania zarówno całkowite jak i wymagalne porównywane zostały z przychodami SPZOZ-ów z 2006 r.. Można zatem przypuszczać, że rzeczywista sytuacja w 2007 r. kształtowała się nieco lepiej, niż wynika to z danych zawartych tabelach 7 i 8 ze względu na nieco wyższe przychody sektora szpitali w roku 2007 w porównaniu z rokiem 2006.

Tabela 102 przedstawia koncentrację całkowitych zobowiązań zakładów w zależności od relacji tych zobowiązań do osiągniętych przychodów. Widać, że zdecydowana większość zobowiązań wygenerowana jest przez zakłady, których sytuację można określić jako trudną lub bardzo trudną. W 2007 r. ponad 30% zobowiązań ogółem pochodzi z zakładów, gdzie roczny budżet nie wystarczyłby na ich spłatę, nie biorąc pod uwagę bieżących kosztów funkcjonowania, czyli roczne przychody przy zerowych kosztach funkcjonowania nie wystarczą na zaspokojenie wierzycieli. Kolejna jedna trzecia zobowiązań ogółem generowana jest przez zakłady, gdzie zobowiązania w relacji do przychodów pochodzą z przedziału 50%-100%. W sumie 207 jednostek, gdzie zobowiązania przekraczają półroczne przychody generuje 64% zobowiązań ogółem. Analogicznie sytuacja wygląda w przypadku zobowiązań wymagalnych, gdzie ww. 207 jednostek o najwyższych wskaźnikach zobowiązań całkowitych w stosunku do przychodów generuje 78% zobowiązań wymagalnych w skali kraju. Problem nadmiernego zadłużenia dotyka zatem znacznie więcej jednostek niż sugeruje proste spojrzenie na kwoty absolutne zadłużenia SPZOZ-ów.

Tabela 102. Zobowiązania ogółem SPZOZ-ów w relacji do wielkości przychodów SPZOZ-ów

Stosunek zobowiązań ogółem do wysokości rocznych przychodów	2004			2007 (*)		
	Liczba SPZOZ	Zobowiązania ogółem (w mln PLN)	Zobowiązania wymagalne (w mln PLN)	Liczba SPZOZ	Zobowiązania ogółem (w mln PLN)	Zobowiązania wymagalne (w mln PLN)
0-10%	679	159	5	698	228	6

⁷³ Odniesienie poziomu zobowiązań do przychodów jest w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej bardziej miarodajne niż odniesienie do poziomu aktywów lub wartości majątku, jako że specyfika tego typu zakładów w zasadzie uniemożliwia regulację zobowiązań ze składników majątkowych.

11-20%	327	702	79	366	930	65
21-30%	162	809	256	131	803	166
31-40%	94	831	323	76	852	195
41-50%	77	1 127	597	39	415	116
51-100%	142	2 460	1 516	120	2 915	884
Powyżej 100%	95	2 645	2 231	87	2 700	1 092
RAZEM	1 576	8 732	5 007	1 517	8 843	2 524

(*) Ze względu na brak opracowanych danych o przychodach SPZOZ za 2007 r. w kolumnach dotyczących 2007 r. przedstawione zostały dane o zobowiązaniach wg stanu na koniec 2007 r. w odniesieniu do przychodów za 2006 r. W powyższej tabeli sumy zobowiązań nie odpowiadają danym prezentowanym w innych punktach niniejszej analizy, co wynika z faktu, iż nie wszystkie jednostki, które przekazały dane o zobowiązaniach przekazały sprawozdanie o przychodach, dlatego też nie mogły być wzięte pod uwagę w powyższej kalkulacji.
Źródło: sprawozdania MZ-03 o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2004 i 2006 r. oraz wstępne dane ankietowe MZ o zobowiązaniach SPZOZ wg stanu na 31.12.2007 r.

W tabeli 103 przedstawiono dane dotyczące stosunku zobowiązań wymagalnych do wysokości rocznych przychodów.

Tabela 103. Zobowiązania wymagalne w relacji do wielkości przychodów SPZOZ-ów

Stosunek zobowiązań wymagalnych do wysokości rocznych przychodów	2004			2007 (*)		
	Liczba SPZOZ	Zobowiązania ogółem (w mln PLN)	Zobowiązania wymagalne (w mln PLN)	Liczba SPZOZ	Zobowiązania ogółem (w mln PLN)	Zobowiązania wymagalne (w mln PLN)
0-10%	1139	1 745	244	1 321	3 799	339
11-20%	139	979	405	94	1 427	390
21-30%	75	1 281	680	42	1 301	475
31-40%	50	866	518	19	456	184
41-50%	30	485	327	3	333	69
51-100%	81	1 626	1 232	18	850	511
Powyżej 100%	62	1 751	1 600	20	678	556
RAZEM	1 576	8 732	5 007	1 517	8 843	2 524

(*) Ze względu na brak opracowanych danych o przychodach SPZOZ za 2007 r. w kolumnach dotyczących 2007 r. przedstawione zostały dane o zobowiązaniach wg stanu na koniec 2007 r. w odniesieniu do przychodów za 2006 r.

Źródło: sprawozdania MZ-03 o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2004 i 2006 r. oraz wstępne dane ankietowe MZ o zobowiązaniach SPZOZ wg stanu na 31.12.2007 r.

Występowanie zobowiązań wymagalnych generalnie należy ocenić negatywnie. Niespłacanie zobowiązań w uzgodnionych terminach naraża kontrahentów na straty i w normalnych warunkach rynkowych mogłoby stanowić podstawę do złożenia wniosku o upadłość dłużnika. Jednakże niewielkie przekroczenia terminów spłaty, a tym samym zobowiązania wymagalne, pojawiają się także na innych rynkach i same w sobie nie stanowią jeszcze dowodu na niewypłacalność dłużnika. W większości SPZOZ-ów (87%) zobowiązania wymagalne, jeśli występowały w 2007 r., nie przekraczały 10% przychodów z 2006 r.. Zobowiązania wymagalne tych jednostek stanowią jednak tylko 13,4% zobowiązań wymagalnych wszystkich SPZOZ-ów. W 2004 r. zobowiązania wymagalne 72% jednostek,

których zobowiązania wymagalne nie przekraczały 10% rocznych przychodów, stanowiły 4,8% wszystkich zobowiązań wymagalnych SPZOZ-ów.

Za sytuację krytyczną należy natomiast uznać sytuację, w której niespłacone na czas zobowiązania przekraczają 30% rocznych przychodów. Taki poziom zobowiązań wymagalnych wykazało w 2007 r. aż 60 jednostek (w 2004 r. 223 jednostki). Zobowiązania wymagalne tych SPZOZ-ów w kwocie 2,3 mld PLN stanowiły prawie 92% wszystkich zobowiązań wymagalnych (w 2004 r. odpowiednio 3,7 mld PLN i 73,4%). Z porównania danych z lat 2004 i 2007 jednoznacznie wynika, iż przy spadku poziomu zobowiązań wymagalnych nastąpiła ich dalsza koncentracja na coraz mniejszej, ale ciągle jeszcze znacznej liczbie jednostek. Aż 38 jednostek wykazało w 2007 r. zobowiązania wymagalne przekraczające połowę ich rocznych przychodów. Nie mają one żadnych szans na uregulowanie swoich zaległości płatniczych bez nadzwyczajnej pomocy z zewnątrz.

Powyższe wnioski dotyczące dominującej koncentracji wartości zobowiązań wśród zakładów o najtrudniejszej sytuacji finansowej potwierdza dokonana analiza wskaźnikowa. W celu zobrazowania sytuacji wybrano 4 wskaźniki: relację zobowiązań wymagalnych do przychodów, zobowiązań ogółem do przychodów, zobowiązań i rezerw do aktywów oraz wskaźnik płynności bieżącej. W związku z brakiem pełnych danych ze sprawozdań MZ-03 za 2007 r. w odniesieniu do aktywów i przychodów, wykorzystano dane ze sprawozdań za 2006 r., natomiast odniesieniu o zobowiązania dane za 2007 r..

Średnia wartość wskaźnika zobowiązań wymagalnych do przychodów w 2007 r. wyniosła 11,5%, przy czym ponad 180 zakładów spośród ponad 1500 osiągnęło wyższą wartość generując 4,8 mld PLN zobowiązań ogółem (55% zobowiązań wszystkich zakładów) oraz 2,1 mld PLN zobowiązań wymagalnych (85% całego zadłużenia wymagalnego).

W przypadku relacji zobowiązań ogółem do przychodów ogółem, średnia wartość wskaźnika dla SPZOZ wyniosła 40,2%. 250 jednostek odnotowało wyższą od średniej wartość, generując 6,1 mld PLN zobowiązań ogółem (69% całości) oraz 2,1 mld PLN zobowiązań wymagalnych (85% całości zadłużenia wymagalnego).

Średnia wartość wskaźnika zadłużenia aktywów dla SPZOZ-ów wynosi 58,8%, natomiast w analizie finansowej przedsiębiorstw, za bezpieczną wartość uznaje się granicę 60%. Powyżej średniej wartości znalazło się aż 380 zakładów, których zobowiązania ogółem wyniosły powyżej 6,4 mld PLN (73%), a zobowiązania wymagalne 2,2 mld PLN (87%). Jednocześnie powyżej wartości wskaźnika 60% odnotowano 372 zakłady, przy czym wskaźnik zadłużenia powyżej 80% wystąpił aż w 275 zakładach o kwocie zobowiązań ogółem 5,2 mld PLN (59%) i zobowiązaniach wymagalnych 1,9 mld PLN (74% wszystkich wymagalnych).

Średnia płynność bieżąca dla SPZOZ-ów wynosi 0,68, podczas gdy za bezpieczny poziom uważa się poziom powyżej 1, a za optymalny poziom w zakresie 1,5 – 1,8. Wartość niższa od średniej wystąpiła w 331 zakładach, które generują 6,5 mld PLN zobowiązań ogółem (73%) i 2,3 mld PLN zobowiązań wymagalnych (91%). Natomiast bezpiecznego poziomu nie osiągnęło 501 zakładów, które generują 7,6 mld PLN zobowiązań ogółem (86%) i blisko 2,5 mld PLN zobowiązań wymagalnych (97%).

1.4 Zmiany poziomu zobowiązań w latach 2004-2007 – ocena restrukturyzacji finansowej

Proces restrukturyzacji finansowej objął zgodnie z art. 4 ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej znane na dzień 31 grudnia 2004 r. i powstałe w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2004 r. zobowiązania publicznoprawne, cywilnoprawne oraz indywidualne roszczenia pracownicze wynikające z „ustawy 203”. W sumie restrukturyzacji podlegały zobowiązania w kwocie 4,1 mld PLN. 447 zakładów zawarło w ramach restrukturyzacji finansowej ugody cywilno-prawne obejmujące zobowiązania na sumę 2 mld PLN, 351 zakładów wykazało zobowiązania publicznoprawne podlegające umorzeniu lub spłacie na kwotę 1,3 mld PLN, 432 zakłady uregulowały zobowiązania wobec pracowników wynikające z „ustawy 203” na kwotę 764 mln PLN. Ponieważ restrukturyzacja objęła jedynie zobowiązania powstałe do końca 2004 r. można przyjąć, iż wszystkie miały charakter zobowiązań wymagalnych. Z porównania spadku zobowiązań wymagalnych zakładów objętych restrukturyzacją o 3,3 mld PLN w okresie lipiec 2005 – grudzień 2007 r. z kwotą 4,1 mld PLN zobowiązań zrestrukturyzowanych wynika, iż w tym samym czasie pojawiły się nowe zobowiązania wymagalne w kwocie 800 mln PLN (patrz także Tabele 104 - 105).

Sukces restrukturyzacji finansowej mierzony spadkiem poziomu zobowiązań wymagalnych o 57% od połowy 2005 r. do końca 2007 r. i zobowiązań całkowitych o 10% w przeciągu 2007 r. pomniejsza jednak nie tylko fakt pojawienia się nowych zobowiązań wymagalnych. Innym budzącym niepokój zjawiskiem jest wzrost zobowiązań niewymagalnych o prawie 96% w okresie lipiec 2005 - grudzień 2007 r.. W części wzrost ten jest skutkiem rolowania długu, tj. transformacji zobowiązań wymagalnych w niewymagalne, w części powstaniem całkiem nowych zobowiązań.

Z informacji Ministerstwa Zdrowia o przebiegu procesu restrukturyzacji finansowej wynika, iż w ramach tej restrukturyzacji zakłady otrzymały bezpośrednią lub pośrednią pomoc publiczną (i wymuszoną pomoc prywatną) w postaci:

- dotacji w kwocie 200 mln PLN,
- umorzenia zobowiązań publiczno-prawnych na kwotę 466 mln PLN,
- umorzenia zobowiązań cywilno-prawnych w ramach ugód restrukturyzacyjnych na kwotę 180 mln PLN,
- przejęcia części zobowiązań przez organy założycielskie na kwotę 166 mln PLN,
- umorzenia części pożyczki skarbu państwa uzyskanej na restrukturyzację finansową w kwocie 904 mln PLN (do końca stycznia 2008 r.).

Ponieważ dotacje mogły uzyskać jedynie zakłady nie wykazujące zobowiązań wymagalnych, można stwierdzić, iż w sumie zakłady podlegające restrukturyzacji finansowej „pozbyły się” w ten sposób zobowiązań na sumę 1744 mln PLN.⁷⁴ Oznacza to, że prawie połowa całkowitego spadku zobowiązań wymagalnych jest efektem oddłużenia w postaci umorzenia lub przejęcia przez inne instytucje długów zakładów. Mimo zmasowanej pomocy, głównie publicznej w kwocie 1744 mln PLN zobowiązania całkowite SPZOZ-ów spadły w 2007 roku jedynie o 865 mln PLN. Gdyby zatem nie umorzenie długu zobowiązania całkowite wzrosłyby co najmniej o 10%, tj. o 1,1 mld PLN. Kolejna akcja umorzenia długów

⁷⁴ Prognozuje się ponadto dalsze umorzenie pożyczki skarbu państwa na kwotę 557 mln PLN.

przyniosła zatem pewną ulgę zakładom obniżając poziom zobowiązań całkowitych, nie rozwiązała jednak jak widać problemu zadłużenia SPZOZ-ów.

Drugą połowę spadku zobowiązań wymagalnych możemy opisać jako efekt „zrolowania długu”, tj. zamiany zobowiązań wymagalnych na niewymagalne, głównie na kredyty i pożyczki. Efekt rolowania długu bardzo wyraźnie da się zaobserwować na danych uzyskanych z Ministerstwa Finansów (opartych na sprawozdaniach Rb-Z) dotyczących zadłużenia SPZOZ-ów rządowych i samorządowych (Tabela 104 i Wykres 71).⁷⁵ Dane Ministerstwa Finansów dotyczące zobowiązań wymagalnych różnią się nieco od danych Ministerstwa Zdrowia – różnice jednak nie są duże (największa w roku 2007 około 100 mln PLN). Ministerstwo Zdrowia podaje dane przekazywane za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych, MON oraz MSWiA.

Tabela 104. Zobowiązania wg tytułów dłużnych SPZOZ-ów wg Ministerstwa Finansów w latach 2001-2007 (IV kwartał) (w mln PLN)

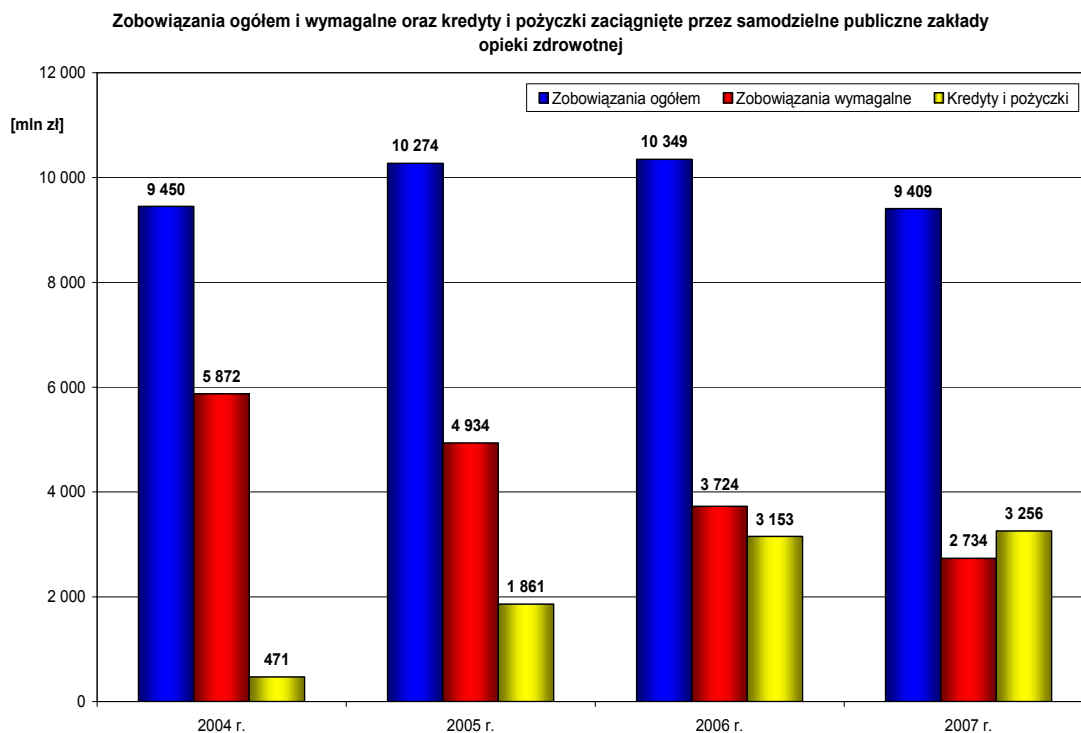
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Zobowiązania ogółem	2940,7	3546,6	5138,9	6169,0	6742,6	6780,4	5920,4
Papiery wartościowe	1,0	17,5	7,0	12,1	3,7	27,3	36,8
Kredyty i pożyczki w tym długoterminowe	194,1	279,7	397,6	470,8 355,8	1860,9 1613,7	3153,4 2968,8	3256,2 2998,7
Przyjęte depozyty				1,7	2,6	0,3	0,0
Zobowiązania wymagalne w tym: zob. wymagalne z tytułu dostaw towarów i usług	2745,5*	3249,3*	4734,3*	5684,4	4875,4	3599,4	2627,4
	2038,4	2084,4	2480,7	2839,4	2311,7	1913,7	1664,8

* wraz z przyjętymi depozytami

Źródło: Sprawozdania Rb-Z zebrane przez MF oraz GUS

⁷⁵ Przypominamy, że Ministerstwo Finansów analizując zadłużenie SPZOZ-ów bierze pod uwagę sumę zobowiązań wymagalnych, kredytów, pożyczek, wartości wyemitowanych papierów wartościowych i przyjętych depozytów, nie uwzględnia natomiast innych zobowiązań niewymagalnych, np. niewymagalnych zobowiązań wobec dostawców leków czy sprzętu medycznego.

Wykres 71. Zobowiązania SPZOZ-ów wg tytułów dłużnych w latach 2004-2007



Źródło: Dane o kredytach i pożyczkach pochodzą z sprawozdań Rb-Z zebranych przez Ministerstwo Finansów na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 10 grudnia 2001 roku w sprawie rodzajów i zasad sporządzania sprawozdań w zakresie państwowego długu publicznego oraz poręczeń i gwarancji jednostek sektora finansów publicznych (Dz. U. Nr 148, poz. 1653) oraz przez Główny Urząd Statystyczny na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 26 czerwca 2006 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych (Dz. U. Nr 113, poz. 770), natomiast dane o zobowiązaniach ogółem i wymagalnych pochodzą z ankiety Ministerstwa Zdrowia przekazywanych za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych, MON i MSWiA

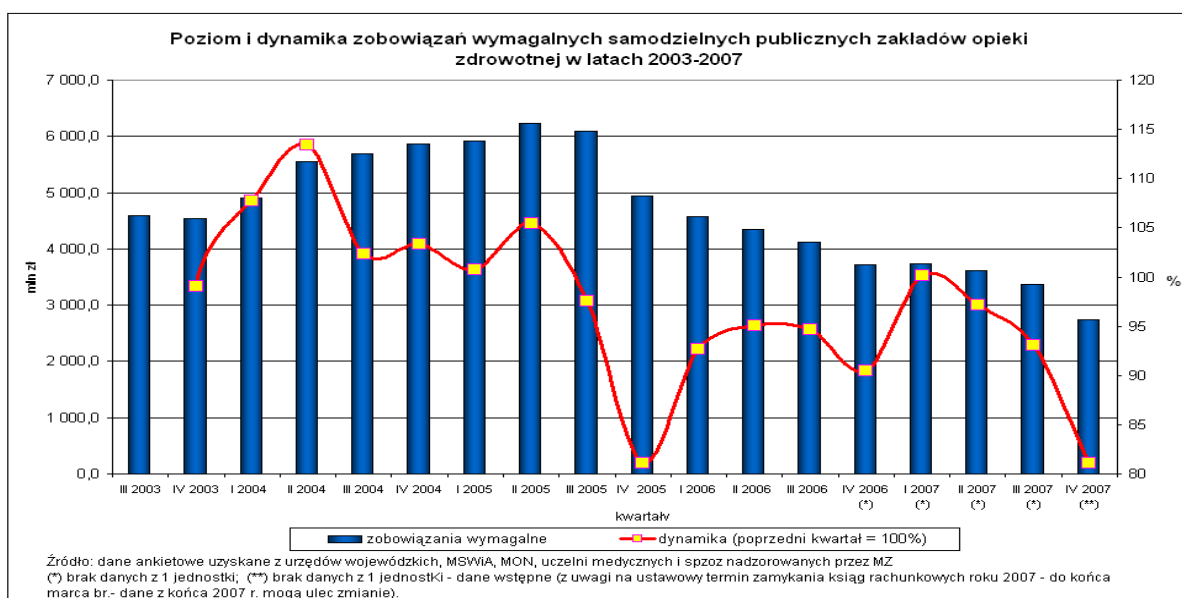
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z tabeli 100

Dane Ministerstwa Finansów uwidaczniają bardzo szybki wzrost zadłużenia SPZOZ-ów w postaci kredytów i pożyczek w latach 2005 (wzrost o prawie 300%) i 2006 (dalszy wzrost o 70%), tj. w okresie realizacji ocenianej restrukturyzacji finansowej. Wzrostowi zadłużenia w formie kredytów i pożyczek (głównie długoterminowych) towarzyszy spadek zobowiązań wymagalnych, jednak szczególnie w 2005 r. w znacznie mniejszym zakresie (pozostałe zadłużenie spadło o 800 mln PLN, podczas gdy kredyty i pożyczki wzrosły prawie o 1,4 mld PLN. W 2007 r. kredyty i pożyczki wzrosły już tylko o 100 mln PLN, podczas gdy pozostałe zobowiązania spadły o prawie 1 mld PLN. Różnica ta jest wynikiem umorzenia pierwszej części pożyczki Skarbu Państwa udzielonej restrukturyzującym się finansowo jednostkom. Natomiast zobowiązania niewymagalne nie stanowiące pożyczek i kredytów od 2005 r. utrzymują się na poziomie około 3,5 mld PLN.

Na ograniczoną skuteczność akcji restrukturyzacji finansowej wskazują także dane odnoszące się do liczby SPZOZ-ów nie wykazujących zobowiązań wymagalnych. Na dzień 31.12.2001 takich SPZOZ-ów było 790 (44% wszystkich SPZOZ-ów), 30 czerwca 2003 r. 640 (35,6%), 30 czerwca 2005 r. 787 (45,3%), 31 grudnia 2006 r. 856 (51%), 31 grudnia 2007 r. 917 (55,6%). Przedstawione dane pokazują, że liczba SPZOZ-ów bez zobowiązań wymagalnych zaczęła rosnąć jeszcze przed uruchomieniem procesu restrukturyzacji finansowej. Z drugiej strony liczba SPZOZ-ów nie wykazujących zobowiązań wymagalnych wzrosła od czerwca 2005 roku jedynie o 130, a przecież wydano 565 postanowień o wszczęciu procesu restrukturyzacyjnego i (do 25.02.2008) aż 510 decyzji o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego. Decyzja taka w zasadzie świadczyć powinna o

zakończeniu restrukturyzacji z wynikiem pozytywnym. Objęcie procesem restrukturyzacji finansowej nie gwarantuje zatem rozwiązania problemów finansowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Niewątpliwie plusem akcji restrukturyzacji finansowej było natomiast osłabienie, a następnie zmiana kierunku dynamiki narastania zobowiązań wymagalnych w badanym okresie czasu (Wykres 72).

Wykres 72. Poziom i dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003-2007



Jednocześnie analizując efekty działań restrukturyzacyjnych poszczególnych jednostek należy stwierdzić, że zakłady w różnym stopniu potrafiły wykorzystać wsparcie finansowe jakie umożliwiały im ustawa, co pokazuje poniższa Tabela.

Tabela 105. Efekty działań restrukturyzacyjnych - porównanie stanu zobowiązań na 31.12.2007 r. i 30.06.2005 r.

Organ restrukturyzacyjny	Liczba jednostek					Wartość zobowiązań					
	Biorących udział w restrukturyzacji	Zobowiązania ogółem		Zobowiązania wymagalne		Zobowiązania ogółem (mln PLN)			Zobowiązania wymagalne (mln PLN)		
		Spadek	Wzrost	Spadek	Wzrost	Spadek	Wzrost	Razem	Spadek	Wzrost	Razem
Minister Zdrowia	56	37	19	48	8	-221	301	80	-330	108	-222
Wojewoda (*)	490	287	203	425	65	-1 192	1 034	-158	-3 107	155	-2 952
RAZEM	546	324	222	473	73	-1 413	1 335	-78	-3 437	263	-3 174

(*) W restrukturyzacji wzięło udział 509 jednostek, w tym 19 jednostek nie uwzględniono w tabeli ze względu na wykreślenie z rejestru zakładów opieki zdrowotnej (wg stanu na dzień 31.12.2007 r.) - stan zobowiązań tych 19 SPZOZ na dzień 30.06.2005 r. ogółem 182 mln PLN, wymagalnych 158 mln PLN

Źródło: dane ankietowe MZ przekazywane przez jednostki za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych, MSWiA, MON i bezpośrednio od jednostek

W przypadku ponad 320 zakładów nastąpił spadek wartości zobowiązań ogółem, jednocześnie ponad 220 jednostek odnotowało ich wzrost. W odniesieniu do zobowiązań wymagalnych, pomimo że ustawa dawała skuteczne narzędzia do obniżenia ich poziomu, to aż 73 zakłady nie wykorzystały tego i wygenerowały dodatkowe zobowiązania wymagalne.

Kolejne okresy sprawozdawcze będą pokazywać, w jakim stopniu kierownicy zakładów potrafili wykorzystać wsparcie finansowe do przeprowadzenia zmian w funkcjonowaniu zakładów w kierunku zwiększenia ich efektywności finansowej i czy spadkowa tendencja zobowiązań wymagalnych zostanie utrzymana w przyszłości.

1.5 Wnioski

Nierównowaga finansowa w systemie ochrony zdrowia znajduje swoje odbicie między innymi w procesach zadłużania się jednostek opieki zdrowotnej. Korzystanie z kapitału obcego, a tym samym wykazywanie zobowiązań, nie jest samo w sobie zjawiskiem negatywnym, umiejętnie zeń korzystanie może wręcz dowodzić wysokich kwalifikacji menadżerskich i poprawiać rentowność zakładów. Problemem trapiącym polski system ochrony zdrowia jest natomiast regularne, mimo podejmowanych akcji oddłużeniowych, pojawianie się zobowiązań wymagalnych, świadczących o braku zdolności zadłużających się jednostek do terminowej regulacji zobowiązań.

Problem zobowiązań wymagalnych, utożsamianych w dokumentach Ministerstwa Zdrowia z zadłużeniem, w różnym stopniu dotyka różne jednostki i regiony kraju. Dokładna analiza problemu wskazuje na jego skomplikowaną naturę determinowaną przez czynniki strukturalne, instytucjonalne oraz te związane z jakością zarządzania na poziomie mikro. Koncentracja zobowiązań wymagalnych, ale również zobowiązań całkowitych, mierzona wysokością zobowiązań na jednego mieszkańca w województwach dolnośląskim i lubuskim ciągle jeszcze jest efektem zastanej po poprzednim systemie społeczno-politycznym struktury szpitali, chociaż uzasadnione jest również pytanie o brak zdolności decydentów politycznych do przeprowadzenia skutecznej restrukturyzacji w ostatnich 18 latach. Większa ostrość problemu zobowiązań wymagalnych w szpitalach, dla których organem założycielskim są uczelnie medyczne wynika nie tylko z faktu, iż w szpitalach klinicznych leczone są najcięższe, a tym samym najbardziej kosztowne przypadki, lecz także z wyjątkowo skomplikowanych stosunków panujących w szpitalach klinicznych i bardzo słabej pozycji organów założycielskich i dyrektorów szpitali uniwersyteckich wobec dyrektorów poszczególnych klinik. Jak duże znaczenie ma jakość zarządzania także w tych jednostkach dowodzi fakt, że 11 szpitali klinicznych nie wykazuje zobowiązań wymagalnych.

Koncentracja większości zobowiązań wymagalnych na dość nielicznej grupie SPZOZ-ów nie ułatwia ostatecznego i łatwego rozwiązania problemu. Najbardziej zadłużone szpitale są jednocześnie z reguły największymi szpitalami. Ich likwidacja nie wchodzi w rachubę, natomiast świadomość zarządzających takimi szpitalami oraz lekarzy tam pracujących co do niemożliwości likwidacji szpitala nie motywuje do podjęcia wysiłków na rzecz ograniczenia zadłużenia i efektywnego gospodarowania zasobami. Do powstawania i utrzymywania się zobowiązań wymagalnych przyczyniają się również dostawcy leków, sprzętu medycznego i innych usług. Większość zobowiązań wymagalnych stanowią zobowiązania cywilno-prawne wobec dostawców. Dostawcy najwidoczniej nie są w wystarczającym stopniu zdeterminowani do egzekwowania swoich wierzytelności, co ułatwia SPZOZ-om gromadzenie zobowiązań z uzasadnioną nadzieją, że w momencie mocnego zaostrzenia się problemu zadłużenia państwo po raz kolejny przejmie ich regulację.

W ostatnich kilkunastu latach państwo wielokrotnie podejmowało próby rozwiązania problemu zobowiązań wymagalnych. Żadna z nich nie przyniosła trwałego efektu. Także wyniki najnowszej akcji realizowanej na mocy ustawy z 15 kwietnia 2005 r. nie napawają optymizmem. Wprawdzie udało się zredukować poziom zobowiązań wymagalnych o 3,5 mld

PLN, jednocześnie jednak pojawiły się nowe zobowiązania tego typu w wysokości 600 mln PLN. Redukcję zobowiązań wymagalnych w połowie osiągnięto poprzez oddłużenie (umorzenie zobowiązań, przejęcie zobowiązań przez organy założycielskie, spłatę zobowiązań z następnie umorzonej pożyczki skarbu państwa). Drugą połowę redukcji uzyskano dzięki „zrolowaniu długu”, tj. zmiany charakteru zobowiązań z wymagalnych na zobowiązania kredytowe. Działanie takie może być ocenione pozytywnie pod warunkiem, iż szpitale zaciągające kredyty na spłatę krótkookresowych przeterminowanych zobowiązań będą w przyszłości zdolne spłacić swoje nowe długookresowe zobowiązania. Sama zmiana okresu wymagalności zobowiązań takiej gwarancji jednak nie daje.

O ograniczonej skuteczności najnowszej akcji redukcji zobowiązań wymagalnych świadczą także informacje o tym, iż większość jednostek korzystających z możliwości restrukturyzacji finansowej oferowanych przez ustawę z 15 kwietnia 2005 r. nie była w stanie całkowicie zlikwidować swoich zobowiązań wymagalnych. Należy jednak zauważyć, że ustawa spełniła swoje podstawowe zadanie, tzn. umożliwiła jednostkom zaspokojenie indywidualnych roszczeń pracowniczych z tytułu, tzw. „ustawy 203”.

2. Kolejki oczekujących pacjentów

Wprowadzenie

Kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych stanowią wyraz nierównowagi między zgłoszonymi potrzebami zdrowotnymi, a możliwościami ich natychmiastowego zaspokojenia. Występowanie kolejek w sektorze zdrowotnym jest zjawiskiem często występującym, także w innych krajach. Poniższa Tabela ilustruje ten fakt.

Tabela 106. Odsetek pacjentów oczekujących powyżej 12 tygodni* na zabieg chirurgiczny

Kraje	% oczekujących pacjentów
Kraje, w których problem list oczekujących nie jest przedmiotem zainteresowania społecznego	
Niemcy	19,4
Szwajcaria	16,1
Kraje, w których problem list oczekujących jest przedmiotem zainteresowania społecznego	
Włochy	36,3
Holandia	15,2
Norwegia	28,0
Portugalia	58,1
Hiszpania	18,5
Wielka Brytania	41,7

* obejmuje czas pomiędzy kwalifikacją a procedurą chirurgiczną

Źródło: OECD 2003

Przyczyny występowania kolejek są wielorakie. Z jednej strony jest to wyraz racjonowania świadczeń. Zarządzanie kolejkami pozwala bowiem na kontrolowanie zasadności – z medycznego punktu widzenia – udzielania świadczeń i zmniejszania tendencji do ich nadużywania. Powszechne współpłacenie jako instrument alternatywny ma tu zastosowanie ograniczone, ponieważ nie włącza kryterium medycznego.

Z drugiej strony występowanie kolejek może być wyrazem niedofinansowania systemu. Świadczeniodawcy uzyskują środki tylko na określoną liczbę procedur i/albo nie mają zasobów: kadr, materiałów, sprzętu i pomieszczeń, aby móc udzielać ich więcej.

Kolejki mogą być też wyrazem nieefektywności działania; złej organizacji pracy, słabego dostosowywania się do zgłaszanych potrzeb zdrowotnych, nieumiejętności restrukturyzacyjnych, itp.

W konkretnej rzeczywistości możemy mieć do czynienia z występowaniem wszystkich przyczyn jednocześnie. W krajach z dobrze zarządzanym sektorem zdrowotnym mamy kolejki wynikające bardziej z potrzeby racjonowania świadczeń, a w krajach biedniejszych i zarządzanych gorzej – bardziej z powodów niskiego poziomu finansowania oraz niższej efektywności działania.

Niezależnie od przyczyny występowania kolejek, konieczna jest rejestracja sytuacji oczekiwania na świadczenia medyczne. Pozwala to zarówno na wprowadzenie uzasadnionego zarządzania kolejką, jak i likwidowanie przyczyn ich powstawania, jeśli są wyrazem nieefektywności.

W Polsce problem występowania kolejek długo nie był zdiagnozowany. Dopiero na tle analizy zjawisk korupcyjnych powstała presja na uporządkowanie zagadnienia⁷⁶. Po kontrolach NIK w tej sprawie doczekano się tego, że najbardziej niesprawiedliwe rozwiązania np. systemowe uprzywilejowywanie lekarzy i rodzin lekarskich, co miało powszechnie miejsce pod koniec lat 90., zanikły lub zostały zastąpione innymi rozwiązaniami.

Przedmiotem analizy tego rozdziału są pierwsze raporty powstałe w Ministerstwie Zdrowia oraz wyniki badania zrealizowanego w Instytucie Zdrowia Publicznego UJCM (2007), które z jednej strony ukazują zjawisko występowania kolejek, a z drugiej – pokazują trudności w prowadzeniu rejestracji oraz jej wykorzystywaniem.

2.1 Problemy terminologiczne analiz dotyczących kolejek

W ochronie zdrowia często używa się pojęcia *potrzeby zdrowotne (health needs)*. W literaturze przedmiotu pojęcie to oznacza⁷⁷ rodzaj i ilość dóbr i usług, które *powinny zostać* dostarczone określonej populacji. Wielkości *potrzeb zdrowotnych* definiowane są przez profesjonalistów (a nie w rezultacie ewidencji zachowań potencjalnych użytkowników) na podstawie ich wiedzy o stanie zdrowia i decyzji, co do okoliczności i sytuacji klinicznych, w których określone świadczenie (dobro) powinno zostać dostarczone. Potrzeby zdrowotne mogą być przez użytkowników uświadomione oraz nieuświadomione. Typową sytuacją nieuświadomionych potrzeb zdrowotnych są potrzeby w zakresie profilaktyki (np. szczepień, badań profilaktycznych), co wynika w tym przypadku zwykle z braku wiedzy co do potencjalnych zagrożeń „nieskorzystania” z tego typu świadczeń.

Nieuświadomione potrzeby mogą zostać uświadomione poprzez edukację zdrowotną oraz porady profesjonalisty (typowo: lekarza), który identyfikuje określoną potrzebę u danej osoby i ją o tym informuje. Potrzeby te mogą zostać także uświadomione danej osobie w toku jej ogólnej edukacji, czego rezultatem jest na przykład to, że:

- ogólna edukacja, głównie kobiet, jest znanym i powszechnie stosowanym narzędziem poprawy stanu zdrowia populacji krajów rozwijających się,

⁷⁶ Uwzględnienie w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późniejszymi zmianami), a następnie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 114, poz. 780)

⁷⁷ Glossary of health care terms (<http://www.uic.edu/sph/cade/abcmco/basics/gloss.html#ne>)

- poziom ogólnej edukacji wpływa na wyrażane przez populację zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne.

Zapotrzebowanie na dobra i usługi zdrowotne, jest zatem drugim z pojęć, które w przeciwieństwie do potrzeb, oznacza wyrażaną przez potencjalnych użytkowników (pacjentów) chęć i poczucie konieczności nabycia (uzyskania) określonego dobra i usługi.

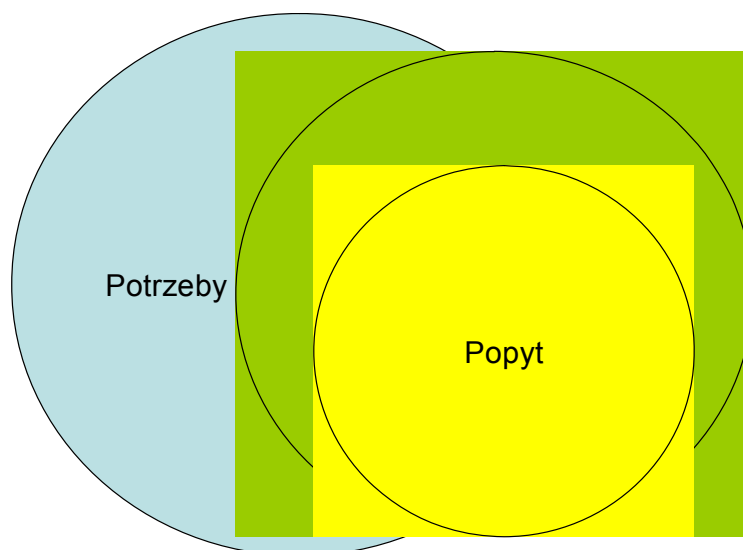
Potrzeby, w szczególności wraz ze wzrostem możliwości technicznych medycyny, stale rosną, ponieważ pojawia się wiele technologii medycznych, które mogą być uznane za pożyteczne w zachowaniu i poprawie zdrowia poszczególnych osób i ich zbiorowości. O ich istnieniu często wiedzą wyłącznie specjaliści i ich zdanie jest kluczowe dla określenia czy i w jakiej ilości dana technologia (świadczenie), jest użyteczne i powinno być dostarczane użytkownikom. Stąd, wielkość potrzeb w wielu przypadkach przekracza zgłaszane przez populację zapotrzebowanie. Tak jest w znanym w Polsce przypadku przesiewowych badań diagnostycznych w kierunku raka szyjki macicy czy raka sutka. Programy zdrowotne w tych dziedzinach zapewniają pełne pokrycie kosztów badań dla określonych populacji, lecz jak pokazuje praktyka, osoby potencjalnie mogące skorzystać z tych badań nie czynią tego. Jest to zatem przykład rozmiłowania się tzw. potrzeb zdrowotnych z subiektywnym zapotrzebowaniem na usługi zdrowotne.

Z drugiej strony ci sami profesjonaliści uznają niektóre ze świadczeń (technologie) za zbędne, niekonieczne czy wręcz szkodliwe, a mimo to występuje na nie zapotrzebowanie. Stąd pojawia się na rysunku obszar „zapotrzebowania” niepokrywającego się z zakresem potrzeb zdrowotnych. Typowym przykładem jest tzw. medycyna alternatywna, odrzucana przez większość profesjonalistów medycznych, a także np. część nadużywanych świadczeń, takich jak kolejne wizyty u lekarzy-specjalistów (np. w celu „upewnienia się”), czy selektywne cesarskie cięcia.

W rezultacie niepokrywania się potrzeb zdrowotnych z zapotrzebowaniem stosowane są różne mechanizmy racjonowania wydatków w publicznych systemach ochrony zdrowia. W krajach wysokorozwiniętych eliminuje się z zakresu finansowania te świadczenia, które zdaniem ekspertów nie wnoszą wystarczająco dużych korzyści zdrowotnych i to pomimo zapotrzebowania, jakie na te świadczenia zgłaszają pacjenci. W celu wskazywania m.in. tego typu świadczeń powołana została w Polsce Agencja Oceny Technologii Medycznych.

Zapotrzebowanie często jest utożsamiane z popytem, kategorią ekonomiczną związaną z siłą nabywczą konsumenta. Popyt, przy danej sile nabywczej konsumenta zależy w szczególności od ceny (kosztu poniesionego przez konsumenta) i jedynie przy cenie „zerowej” (i braku innych barier) można uznać, że wielkość popytu jest tożsama z zapotrzebowaniem. W pozostałych przypadkach zapotrzebowanie będzie przekraczało wielkość popytu, ponieważ część zapotrzebowania nie zostanie zaspokojona z powodu bariery w postaci ceny lub innych barier (*hurdles*) typowo w ochronie zdrowia występujących. Relacje wszystkich trzech pojęć przedstawione zostały graficznie na rysunku poniżej.

Schemat 3. Relacja między zakresem oraz ilością potrzeb zdrowotnych, zapotrzebowaniem a popytem na usługi i dobra ochrony zdrowia



Pojęcie ceny, czy kosztu poniesionego przez konsumenta należy przy tym szerzej skomentować. Zwykle pod tym pojęciem rozumie się wartości monetarne, środki wnoszone przez użytkownika bezpośrednio w czasie, przed lub po udzieleniu świadczenia (lub nabyciu dobra). Zwykle do tego pojęcia nie zalicza się kwot, jakie wnosi użytkownik do systemu ubezpieczeniowego, dzięki któremu uzyskuje dostęp do bezpłatnych lub częściowo przez ten system finansowanych świadczeń. Cena (koszt poniesiony przez konsumenta) jest zatem jedną z możliwych barier (*hurdles*) (Wörz, Foubister, Busse, Mossialos et al. 2006), jakie wpływają na popyt (Thomas 2003). Prócz ceny zaliczyć do nich należy:

- bariery administracyjne, a w szczególności: potrzeba uzyskania skierowania, potrzeba uzyskania wstępnej zgody płatnika, potrzeba uzyskania drugiej, potwierdzającej opinii, konieczność odczekania w kolejce (ew. na liście oczekujących),
- bariery geograficzne, takie jak: duża odległość do przebycia w celu uzyskania świadczenia, trudny i/lub drogi transport, bariery kulturowe, językowe i inne.

Część z wymienionych barier stanowią naturalne bariery dostępu do świadczeń, które systemy ochrony zdrowia starają się zmniejszać, np. w imię równości dostępu do świadczeń. Inne z wymienionych barier (głównie administracyjne) są wykorzystywane dla racjonowania dostępu do świadczeń w szczególności, gdy ze względów socjalnych rezygnuje się z racjonowania tego dostępu w mechanizmie finansowym (współpłacenie).

Potrzeby zdrowotne normatywne – określona przez ekspertów ilość usług/dóbr koniecznych do dostarczenia określonej populacji, w określonym czasie, biorąc pod uwagę jej stan zdrowia oraz wyznaczony przez ekspertów sposób postępowania.⁷⁸ Wyznaczone wartości abstrahują od zgłaszanego przez członków populacji zapotrzebowania.

⁷⁸ Hooper J, Longworth P, HDA Health needs assessment workbook (2002), NICE, www.nice.org.uk

Potrzeby zdrowotne wyrażane (zapotrzebowanie) – wyrażana przez członków populacji chęć skorzystania (konsumpcji) usług/dóbr, w określonym czasie, przy uwzględnieniu osobistych preferencji (w tym świadomości) i założeniu zerowego kosztu ich uzyskania.

Wielkość popytu – ilość usług/dóbr, które, jeśli zostają udostępnione na rynku, znajdują odbiorców, biorąc pod uwagę zapotrzebowanie oraz bariery (finansowe i administracyjne, geograficzne) dostępu.

2.2 Informacje o oczekiwaniu na świadczenia opieki zdrowotnej

2.2.1 Informacje gromadzone w Ministerstwie Zdrowia na temat kolejek

Jednym z dokumentów Ministerstwa Zdrowia, poświęconych czasowi oczekiwania jest *Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2005 r.*

Analiza list oczekujących w raporcie MZ została przygotowana na podstawie danych dotyczących przewidywanego, a nie rzeczywistego czasu oczekiwania. Jednocześnie stwierdzono, że przewidywany czas oczekiwania jest zwykle dłuższy od czasu rzeczywistego, gdyż pacjenci oczekujący na planowe świadczenie opieki zdrowotnej często zapisują się na więcej niż jedną listę oczekujących. Na skutek tego na listach oczekujących znajduje się wielu pacjentów, którzy faktycznie nie czekają już na świadczenie.

Oczekiwanie na procedury wysokospecjalistyczne

W raporcie MZ stwierdza się, że procedury wysokospecjalistyczne, udzielane są na podstawie skierowania, po dokonaniu ostatecznej kwalifikacji pacjenta i ustaleniu kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie kryteriów medycznych. W wypadku ograniczonych możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca prowadził listę osób oczekujących na udzielenie określonego świadczenia, z tym, że osoby oczekujące na przeszczepy były wpisywane na krajowe listy osób oczekujących. W wypadku świadczeń wysokospecjalistycznych czas oczekiwania należy zatem analizować odrębnie w odniesieniu do świadczeń transplantologicznych i świadczeń pozostałych. *Nota bene* w wypadku przeszczepów czas oczekiwania nie jest miarodajnym wskaźnikiem, gdyż długi okres oczekiwania wynika nie tyle z braku możliwości wykonania danego świadczenia (brak możliwości organizacyjnych w szpitalach, brak środków), co z braku dawcy i narządu do przeszczepu. Miara czasu oczekiwania informuje tutaj głównie o stopniu dostępu (łatwości) do uzyskania narządu.

W 2005 r. większość szpitali nie prowadziła list oczekujących, gdyż wszystkie zabiegi mogły być wykonywane na bieżąco. W poniższej Tabeli, prezentującej średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia wysokospecjalistyczne (inne niż przeszczepowe), przedstawiono dane dotyczące wyłącznie tych pacjentów, którym w 2005 r. udzielono świadczeń.

Tabela 107. Średni czas oczekiwania (w dniach) na świadczenia wysokospecjalistyczne.

Świadczenie wysokospecjalistyczne	Średni czas oczekiwania
Operacje wad wrodzonych serca u niemowląt	14
Immunoablacja w leczeniu aplazji szpiku	130
Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym	40
Radioterapia przy zastosowaniu specjalnej techniki naświetlania: stereotaktyczna konformalna, niekoplanarna	26
Brachyterapia ze stereotaksją mózgową	17
Diagnostyczne cewnikowanie serca, biopsja mięśnia sercowego u dzieci do lat 18	65
Kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających	75

Źródło: MZ 2005

Oceniając dostępność do świadczeń wysokospecjalistycznych, raport MZ zwraca uwagę na dwie zasadnicze kwestie. Po pierwsze w 2005 r. nastąpił wzrost środków finansowych przeznaczonych na świadczenia wysokospecjalistyczne w porównaniu z 2004 r. Wpłynęło to pozytywnie na dostępność pacjentów do świadczeń wysokospecjalistycznych. Inną kwestią związaną z realizacją świadczeń wysokospecjalistycznych i ich dostępnością jest efektywność wykorzystania kadr medycznych i technicznego potencjału jednostek świadczących usługi.

Mimo poprawy sytuacji w 2005 r. w porównaniu z sytuacją z roku poprzedniego nadal najwięcej osób oczekiwało na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w poradniach specjalistycznych: okulistycznych, kardiologicznych i endokrynologicznych. Jedne z najdłuższych kolejek występowały w poradniach ginekologiczno-położniczych oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej. Najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w omawianym rodzaju występował w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach: hematologicznej, chorób naczyń oraz endokrynologicznej obejmującej również leczenie osteoporozy. W odniesieniu do poradni hematologicznej czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia kształtował się od około 45 dni do około 215 dni. Uzyskanie świadczenia w poradni chorób naczyń wymagało oczekiwania od około 51 dni do około 210 dni. Natomiast na przyjęcie w poradni endokrynologicznej oczekiwano od około 73 dni do 197dni.

W tym miejscu warto wskazać, że problemy z długim czasem oczekiwania na uzyskanie świadczenia dotyczą całego kraju w sposób zróżnicowany. W 2005 r. najdłuższy czas oczekiwania na uzyskanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych występował w województwach: wielkopolskim, podlaskim, pomorskim, opolskim i kujawsko-pomorskim. Ponadto są województwa, w których najdłuższe czasy oczekiwania na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej dotyczą zupełnie innych poradni niż przeciętnie. Przykładowo na terenie województwa pomorskiego najdłuższy czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia dotyczy poradni gastroenterologicznej dla dzieci (około 214 dni), a na terenie województwa łódzkiego poradni leczenia padaczki (około 162 dni).

Raport MZ wskazuje, że nie zawsze poradnie, które wykazują na swoich listach największą liczbę oczekujących wykazują jednocześnie najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie w nich świadczeń. Przykładowo, w województwie dolnośląskim do poradni ginekologiczno-położniczej oczekiwało 14 996 osób, jednocześnie jednak czas oczekiwania na jej usługi wynosił tylko 10 dni.

W wypadku leczenia szpitalnego najdłuższy przewidywany czas oczekiwania odnotowano na świadczenia w oddziałach: urazowo-ortopedycznych, okulistycznych i reumatologicznych, co związane jest przede wszystkim z oczekiwaniem na endoprotezoplastykę. Nieco mniej pacjentów zarejestrowano na listach oddziałów okulistycznych, reumatologicznych i kardiologicznych oraz otolaryngologicznych. Najdłuższy średni czas oczekiwania, prawie 1 rok, dotyczył oddziałów urazowo-ortopedycznych. W niektórych województwach ponad 300 dni oczekiwano na przyjęcie do oddziałów reumatologicznych, a na przyjęcie do oddziałów okulistycznych i urologicznych – średnio ponad 230 dni. Należy zwrócić uwagę, że liczba osób oczekujących oraz czasy oczekiwania wykazują znaczne różnice u poszczególnych świadczeniodawców, jak również na terenie poszczególnych województw. Najdłuższy czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia w ramach leczenia szpitalnego w 2005 r. stwierdzono w województwach: podlaskim, wielkopolskim, dolnośląskim, śląskim oraz lubelskim.

Oczekiwanie na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień

W poniższej Tabeli zaprezentowano dane dotyczące oczekiwania na porady psychiatryczne. Liczba osób oczekujących w poszczególnych województwach jest nader zróżnicowana. W niektórych województwach wartości są skrajnie różne, a przez to miary te nie budzą zaufania. Przy wartościach 0 najczęściej powodem jest brak raportowania, przy wartościach bardzo wysokich często okazuje się, że listy oczekujących nie są weryfikowane i dane nie podlegają uaktualnieniu. Dlatego wszystkie poniżej prezentowane dane należy traktować z dużą ostrożnością.

Tabela 108. Rejestr oczekujących na udzielenie świadczeń opieki psychiatrycznej – liczba osób oczekujących.

Oddział wojewódzki NFZ	Poradnia zdrowia psychicznego	Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	Poradnia psychologiczna	Oddział/ośrodek terapii uzależnień od alkoholu	Poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu
dolnośląskie	8531	1836	787	0	266
kujawsko-pomorskie	1536	125	328	0	48
lubelskie	1611	91	511	163	35
lubuskie	452	26	0	0	10
łódzkie	1522	57	159	53	61
małopolskie	793	26	57	528	0
mazowieckie	2057	738	216	496	89
opolskie	0	0	0	162	105
podkarpackie	2642	4	57	2	113
podlaskie	165	64	0	0	0
pomorskie	449	110	0	0	52
śląskie	200	0	1	69	73
świętokrzyskie	189	61	0	0	0
warmińsko-	1476	132	112	228	19

mazurskie					
wielkopolskie	4101	520	189	60	383
zachodniopomorskie	1576	172	137	0	38
RAZEM	27300	3962	2554	1761	1292

Źródło: NFZ 2005

Najdłuższy okres oczekiwania, wynoszący ponad 6 miesięcy dotyczył oddziału leczenia uzależnień. Ponad dwa miesiące trwało średnie oczekiwanie na podjęcie leczenia stacjonarnego w oddziale terapii uzależnienia od alkoholu i oddziale terapii uzależnienia od narkotyków i substancji psychoaktywnych.

W odniesieniu do poradni najdłuższy czas oczekiwania, około 1 miesiąca, dotyczył poradni psychosomatycznej. Czas oczekiwania na poradę w pozostałych poradniach był krótszy – w poradniach leczenia uzależnień wynosił średnio kilka dni.

Tabela 109. Średni czas oczekiwania na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w dniach

Kod komórki	Nazwa komórki	Średni czas oczekiwania
4740	Oddział leczenia uzależnień	194
4746	Oddział terapii uzależnień od narkotyków, substancji psychoaktywnych	77
4744	Oddział terapii uzależnienia od alkoholu	74
1710	Poradnia psychosomatyczna	30
1703	Poradnia zdrowia psychicznego dla młodzieży	20
1701	Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	18
1704	Poradnia psychogeriatryczna	16
4700	Oddział psychiatryczny	14
1700	Poradnia zdrowia psychicznego	13
1746	Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	10
1706	Poradnia leczenia nerwic	6
4701	Oddział psychiatryczny dla dzieci	5
4748	Oddział detoksykacji (narkotyki i inne substancje psychoaktywne)	4
1744	Poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu	3
1740	Poradnia leczenia uzależnień	2

Źródło: NFZ 2005

Oczekiwanie na opiekę długoterminową

Według raportów przekazanych przez świadczeniodawców, najwięcej osób oczekiwało na przyjęcie do zakładów opiekuńczo-leczniczych. Ponad dwukrotnie mniej zarejestrowano jako oczekujących do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i objęcia długoterminową opieką domową. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego wynosił około 2,5 miesiąca, a na

objęcie długoterminową opieką domową poniżej 1 miesiąca. Problem stanowiło domowe leczenie tlenem, na które oczekiwało ponad 500 osób, przy czym średni czas oczekiwania wynosił 8 miesięcy.

Tabela 110. Średni czas oczekiwania na opiekę długoterminową (w dniach).

Kod komórki	Nazwa komórki	Średni czas oczekiwania
2150	Zespół domowego leczenia tlenem	245
5170	Zakład opiekuńczo-leczniczy	74
5160	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	69
1180	Poradnia paliatywna	27
2140	Zespół długoterminowej opieki domowej	2

Źródło: NFZ 2005

Tabela 111. Liczba oczekujących na świadczenia opieki długoterminowej według województw.

Oddziały wojewódzkie NFZ	Poradnia paliatywna	Zakład opiekuńczo-leczniczy	Zespół domowego leczenia tlenem	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	Zespół długoterminowej opieki domowej
dolnośląskie	21	25	413	55	0
kujawsko-Pomorskie	0	109	0	36	6
lubelskie	0	65	42	34	89
lubuskie	0	7	0	b.d.	0
łódzkie	17	27	0	b.d.	18
małopolskie	0	67	b.d.	b.d.	7
mazowieckie	0	172	10	65	122
opolskie	0	b.d.	0	b.d.	b.d.
podkarpackie	0	23	0	5	b.d.
podlaskie	0	8	0	12	8
pomorskie	0	10	10	b.d.	2
śląskie	0	12	33	b.d.	30
świętokrzyskie	0	136	0	0	b.d.
warmińsko-Mazurskie	101	6	1	b.d.	1
wielkopolskie	400	5	0	0	0
zachodnio-pomorskie	0	b.d.	0	64	8
RAZEM	539	672	509	271	291

Źródło: NFZ 2005

2.2.2 Listy oczekujących na podstawie wyników badania Instytutu Zdrowia Publicznego UJ CM

Badaniem stanu rejestracji oczekujących na świadczenia⁷⁹ objęto sześć oddziałów wojewódzkich NFZ: dolnośląski, mazowiecki, podkarpacki, podlaski, śląski i wielkopolski oraz pięć delegatur oddziałów: dolnośląskiego, mazowieckiego, podlaskiego, śląskiego i wielkopolskiego, odpowiednio w: Wałbrzychu, Płocku, Suwałkach, Częstochowie i Pile oraz trzydziestu sześciu świadczeniodawców zobowiązanych do prowadzenia list oczekujących. Ogółem zbadano 47 jednostek.

W tabeli poniżej zawarto wyniki badania, które dotyczyło czasu oczekiwania na wybrane świadczenia. Tą część badania przeprowadzono w 6 oddziałach wojewódzkich NFZ.

Tabela 112. Najdłuższy czas oczekiwania do wybranych poradni specjalistycznych wg informacji pochodzących z oddziałów NFZ (w dniach)

Oddziały wojewódzkie NFZ	Poradnia Chirurgiczna	Poradnia Laryngologiczna	Poradnia Kardiologiczna	Poradnia Okulistyczna	Rehabilitacja
dolnośląski	629	239	238	278	3508
mazowiecki	71	657	895	733	1386
podkarpacki	50	27	136	122	668
podlaski	3	50	119	193	723
śląski	114	129	214	211	1968
wielkopolski	78	125	211	180	304
Delegatura śląskiego oddziału w Częstochowie	38	0	227	265	1968
Delegatura wielkopolskiego oddziału w Pile	14	30	Kilka miesięcy	90	

Źródło: badania własne

Obserwacje, jakie poczyniono na podstawie tych badań były następujące:

- w części oddziałów wojewódzkich nie można było uzyskać odpowiedzi na pytanie dotyczące czasu oczekiwania oraz liczby oczekujących; odsyłano badaczy na strony internetowe Centrali, gdzie dane takie są prezentowane. Oznacza to, że samo monitorowanie czasu oczekiwania nie jest w oddziale wykonywane lub dane nie są na tyle wiarygodne by oddział brał je poważnie pod uwagę w swoich działaniach,
- uzyskane dane wskazują, że rozpiętość w czasie oczekiwania i w placówkach na terenie województwa jest ogromna, z reguły od 0 (nie ma oczekiwania) do kilkuset a nawet kilku tysięcy dni. Pytania o przyczyny takich różnic dały następujące odpowiedzi:

- popularność i renoma ośrodka,
- różnice w sposobach definiowania „czasu oczekiwania” oraz osób oczekujących,
- proste błędy w wpisywaniu danych,
- próby manipulacji danymi.

⁷⁹ Raport zamówiony przez Fundację Fundusz Współpracy Jednostkę Finansująco-Kontraktującą, 8020/JFK/PPT-DI/2006-TF2004/016-829.05.02.04, zrealizowany przez Instytut Zdrowia Publicznego UJCM, Kraków 2007.

2.3 Wnioski wynikające z badań

Podsumowując wyniki analiz na początku trzeba podnieść problem niskiej wiarygodności danych. Przyczyny tego stanu rzeczy tkwią zarówno w słabości regulacji dotyczących zbierania informacji o oczekujących, ich rejestrowania i wykorzystywania tej informacji w procesie dostarczania świadczeń. Słabości przepisów wynikają także z trudności metodologicznych. Pojęcia stosowane w systemie list oczekujących bywają niejednoznaczne i są zasadniczo różnie interpretowane. Ponadto dotychczasowy proces wprowadzania list oczekujących nie był wsparty odpowiednim wysiłkiem szkoleniowo-informacyjnym.

Zainteresowanie danymi z list oczekujących wśród pacjentów jest niewielkie, co objawia się niską liczbą kontaktów telefonicznych osób starających się znaleźć placówkę opieki zdrowotnej wykazującą krótszy czas oczekiwania. Z kolei brak zainteresowania tego rodzaju zmniejsza dodatkowo zainteresowanie przekazywaniem wiarygodnych danych. W ten sposób powstaje sprzężenie zwrotne dodatnie, prowadzące do pogarszania jakości danych.

Pacjenci często zapisują się na listy oczekujących w wielu miejscach jednocześnie, blokując dostęp i sztucznie wydłużając kolejki. Długie oczekiwanie na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczególnie na tanie świadczenia np. ambulatoryjne, powoduje, że pacjenci często nie pojawiają się w ustalonym terminie. Taka sytuacja powoduje, że czas zarezerwowany na wykonanie danego świadczenia jest marnowany, ponieważ z reguły niemożliwe jest powiadomienie innego pacjenta o możliwości wcześniejszego przyjęcia. Ponadto pacjenci, wbrew prezentowanym w mediach ocenom pochodzącym z badań opinii publicznej, niezwykle rzadko podejmują starania o dochodzenie swoich praw do wcześniejszego przyjęcia. Rzadko obserwuje się skargi pacjentów kierowane do właściwych instytucji w kraju, a jeszcze rzadziej wykorzystywane są przez nich przepisy prawa Unii Europejskiej. Pacjenci częściej starają się radzić sobie samodzielnie przez zapisywanie się na listy oczekujących u wielu świadczeniodawców.

Większość pacjentów nie dopełnia obowiązku powiadamiania świadczeniodawcy o rezygnacji z usługi, a zakłady opieki zdrowotnej, szczególnie publiczne, nie podejmują wysiłku, aby uzyskać potwierdzenie skorzystania ze świadczenia przez pacjenta przed zbliżającym się terminem przyjęcia do placówki.

W związku z niską jakością danych dotyczących czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, listy oczekujących pełnią niewielką rolę w tzw. społecznej kontroli nad systemem ochrony zdrowia. W sytuacji, gdy gromadzenie danych dotyczących czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej nie uzyskuje właściwego priorytetu, a ich jakość jest niska, możliwości wykorzystywania systemu list oczekujących do wykrywania i zwalczania korupcji są bardzo ograniczone.

Niska jakość danych dotyczących list oczekujących wynika w istotnej mierze z trudności gradacji świadczeń według stopnia niezbędności.

W przeciwieństwie do okresów wcześniejszych, istnieje obecnie powszechna świadomość konieczności sprawiedliwego dostępu do świadczeń, nawet jeśli nie jest to realizowane w poszczególnych placówkach. Ta świadomość powoduje zapewne, że placówki przedstawiają informację w taki sposób, jak według nich powinna ona wyglądać. Nie jest to zawsze, jak można się domyślać, obraz faktyczny, ale czuje się pewną presję, jaką odczuwają placówki i ich pracownicy, by dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych uczynić sprawiedliwym i pozbawionym elementów korupcji. Jednocześnie przedstawiciele placówek tłumaczą odstępstwa od właściwej praktyki koniecznością, najczęściej wynikającą

ze stanu chorych („dobro chorego”) lub powodów ekonomicznych i organizacyjnych („nie jest możliwe, żeby zadzwonić do wszystkich czekających”).

Podjęmowane są próby posługiwania się danymi o czasie oczekiwania zarówno na poziomie płatnika, jak i placówek. W wypadku płatnika listy oczekujących czasem służyły do określania wielkości kontraktu, lub jego aneksów. W wypadku placówek natomiast, wskazywano na próby wykorzystania list oczekujących do planowania pracy w ramach placówki (rzadziej) lub wpłynięcia na płatnika w sprawie zwiększenia kontraktu (częściej). Jednocześnie w większości przypadków wskazywano, że wprowadzenie systemu list oczekujących, samo z siebie, nie wpłynęło na skrócenie czasu oczekiwania.

Z prowadzonych badań wynika obserwacja, że pacjenci nie korzystają z informacji o systemie. Nie znają swoich praw, nie są świadomi sposobu działania list oczekujących, nie ufają również instytucjom, w szczególności płatnikowi i nie korzystają z możliwości, jakie im oferują komórki zajmujące się prawami pacjentów. Z drugiej strony należy zaznaczyć, że zarówno świadczeniodawcy, jak i płatnik nie poczuwają się do obowiązku szerokiego informowania i prowadzenia pacjenta. W szczególności widoczne jest to po stronie świadczeniodawców, w tym przede wszystkim publicznych, których nastawienie do pacjenta nie uległo zasadniczej zmianie od wielu lat. Wyjaśnieniem takiego podejścia może być stwierdzenie, że „szpital nic nie zyskuje na poprawieniu dostępu, bo i tak ma ‘nadwykonania’”, czy też „nie szkodzi, że 50% pacjentów nie pojawia się na zarezerwowany termin”, bo „wtedy lekarze przynajmniej mogą wcześniej pójść do domu”.

Instytucje gromadzące dane o czasie oczekiwania przeżywały kilkakrotne załamania systemu gromadzenia danych. Czasem przyczyny tego załamania były niezależne od tych instytucji (zmiana regulacji prawnych), czasem częściowo zależne (sabotaż firmy, która nie otrzymała wynagrodzenia), kiedy indziej w pełni zależne (zaniechano gromadzenia danych, bo było to *uciążliwe i niepotrzebne*). Generalnie listy oczekujących były dość niskim priorytetem dla wszystkich badanych instytucji, rzadko wykorzystywano ich istnienie do zarządzania, a tym rzadziej do kontroli i ewentualnego zwalczania zjawisk korupcyjnych. Wydaje się, że użytkownicy nie dostrzegali możliwości list oczekujących lub też, przytłoczeni codziennymi problemami, nie mieli pomysłu jak system ten wykorzystać do poprawy działalności własnych instytucji. Często trzeba przyznać, że taka postawa spowodowana była narzuconymi uwarunkowaniami prawnymi, które słabo przystosowane do praktyki i niezyciowe, zniechęcały i powodowały bierność, w szczególności w postaci formalnego „zaliczenia tematu”, bez wpływu na rzeczywistość.

Rozdział VI

Długookresowa projekcja przychodów i wydatków na ochronę zdrowia w Polsce.

Wprowadzenie

Przedstawiona projekcja przychodów i wydatków na ochronę zdrowia sporządzona została na podstawie modelu skonstruowanego przez ekspertów Departamentu Zabezpieczenia Społecznego Międzynarodowej Organizacji Pracy. Wykorzystana część zdrowotna modelu stanowi element modelu aktuarialnego budżetu socjalnego, stosowanego w krajach współpracujących z Międzynarodową Organizacją Pracy do prognozowania przychodów i wydatków publicznych systemów zabezpieczenia społecznego. Część ta może być wykorzystywana jako integralna składowa modelu budżetu socjalnego, jej konstrukcja pozwala jednak również na zastosowanie jej jako odrębnej, niezależnej całości. Ogólny opis modelu przedstawiony został w raporcie Zielona Księga I (MZ 2004), a szczegółową metodologię znaleźć można w opracowaniu Międzynarodowej Organizacji Pracy (Cichon i inni 1999).

1.1 Zakres i źródła danych wykorzystanych w projekcji

Za rok bazowy prognozy długookresowej wybrany został rok 2007, a prognoza obejmuje okres do roku 2050. Wybór tak długiej perspektywy prognozy wynika z tego, że jest to okres, w którym wyraźnie uwidacznia się wpływ na wydatki zdrowotne zmian demograficznych.

Sporządzenie projekcji wymagało wprowadzenia założeń dotyczących przewidywanej wartości wielu zmiennych w całym okresie prognozy. Wykorzystane zostały tu prognozy wskaźników opracowane dla potrzeb projektu AHEAD (*Ageing, Health Status and Determinants of Health Expenditure*), finansowanego przez VI. Program Ramowy⁸⁰. Opierają się one na oficjalnych prognozach krajowych oraz opiniach ekspertów i badaniach międzynarodowych. Jedyne wprowadzone zmiany dotyczą prognozy stopy bezrobocia (od czasu sporządzania prognoz wykorzystanych w projekcie wskaźnik ten zmniejsza się w tempie szybszym niż przewidywano) oraz prognozowanego na 2050 r. współczynnika dzietności (nastąpiło w tym czasie uaktualnienie wykorzystanej w projekcie prognozy ONZ).

Źródła pozostałych wykorzystanych danych przedstawione zostały w poniższym Zestawieniu.

Zestawienie 1. Źródła danych i założeń wykorzystanych w modelu

Rodzaj informacji	Źródło
Demografia	
wielkość populacji według płci i wieku	GUS, Tablice statystyczne z demografii za lata 2005 i 2006, http://www.stat.gov.pl/demografia/index.html
współczynnik dzietności	GUS, Sytuacja demograficzna w Polsce, notatka informacyjna, październik 2007, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_sytuacja

⁸⁰ Golinowska S., Kocot E., Sowa A. (2007), Development of Scenarios for Health Expenditure in the Accession Economies. Country Report: Poland, AHEAD, WP IX, <http://www.enepri.org/files/members/OngoingProjects/AHEAD/feb2007/presentations/Poland-WPIX.doc>

	<i>demograficzna w polsce 2007.pdf</i>
oczekiwana długość życia	GUS, Tablice trwania życia 1990-2006, http://www.stat.gov.pl/gus/45_894_PLK_HTML.htm
Rynek pracy	
wskaźnik zatrudnienia w roku bazowym	GUS, Aktywność ekonomiczna ludności Polski, IV kwartał 2007 (GUS 2008)
struktura rynku pracy według statusu zatrudnienia	GUS, Rocznik statystyczny pracy 2006 (GUS 2007a)
stopa bezrobocia w roku bazowym	GUS, Aktywność ekonomiczna ludności Polski, III kwartał 2007 (GUS 2008)
liczba osób pobierających emerytury i renty w roku bazowym	Mały Rocznik Statystyczny Polski 2007 (GUS 2007)
Ekonomia	
wielkość Produktu Krajowego Brutto w roku bazowym	Informacja GUS w sprawie zaktualizowanego szacunku PKB za 2007 rok, http://www.stat.gov.pl/gus/45_2952_PLK_HTML.htm
wysokość przeciętnego wynagrodzenia w roku bazowym	GUS, Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w złotych w latach 1950-2007, http://www.stat.gov.pl/gus/45_1630_PLK_PRINT.htm
Powszechne ubezpieczenie zdrowotne	
całkowite wydatki ubezpieczeniowe w roku bazowym	Łączne sprawozdanie finansowe NFZ za okres 01.01.2007-31.12.2007, http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=3248
liczba i struktura ubezpieczonych	Sprawozdanie z działalności NFZ za rok 2006 (NFZ 2007)
wydatki ubezpieczeniowe na osobę w podziale na płeć i wiek	niepublikowane dane NFZ za rok 2004

Z uwagi na brak aktualnych kompletnych danych dotyczących wydatków ubezpieczeniowych na osobę w podziale na wiek i płeć założono, że struktura tych wydatków nie zmieniła się od roku 2004. Uwzględniono natomiast zmianę w wysokości wydatków.

1.2 Dodatkowe założenia prognozy

W wykorzystywanym modelu konieczne jest przyjęcie założenia dotyczącego tempa rocznego wzrostu wydatków w opiece zdrowotnej. Przyjęto, że roczny wzrost wydatków zdrowotnych na osobę jest równy wzrostowi PKB na osobę, co oznacza wartość elastyczności dochodowej równą jeden. Szczegółowe badania dotyczące wartości elastyczności dochodowej dla Polski nie były niestety prowadzone, poza jednym oszacowaniem sporządzonym przez ekspertów OECD, wskazującym na wartość elastyczności 0,96 (dla okresu 1992-2002) (European Commission 2006). Założenie o jednostkowej wartości elastyczności opiera się więc raczej na badaniach prowadzonych w innych krajach, a wykazujących wyniki oscylujące najczęściej koło jedynki.

W całym okresie prognozy założona została niezmiennosc warunków systemowych, co implikuje między innymi założenie o stałym poziomie składki na ubezpieczenie zdrowotne (9%).

Dodatkowych założeń wymagało sporządzenie prognozy wydatków budżetowych na ochronę zdrowia. Poziom tych wydatków determinowany jest przez decyzje o charakterze politycznym, w efekcie trudno go przewidzieć. Założono, że wydatki budżetowe stanowiąc będą w całym okresie prognozy ten sam co w roku bazowym procent wydatków ubezpieczeniowych.

Przychodowa strona prognozy bazuje na założeniach dotyczących rozwoju rynku pracy w badanym okresie. W każdym roku prognozy osoby pracujące zostały podzielone na grupy pod względem statusu zatrudnienia, zgodnie ze strukturą rynku pracy. Osobną grupę stanowią również osoby bezrobotne, emeryci i renciści, a także osoby ubezpieczone dobrowolnie. W zależności od rozwiązań legislacyjnych, oszacowana została wysokość kwoty wpływającej do ubezpieczenia zdrowotnego od (lub w imieniu) danej grupy w każdym roku.

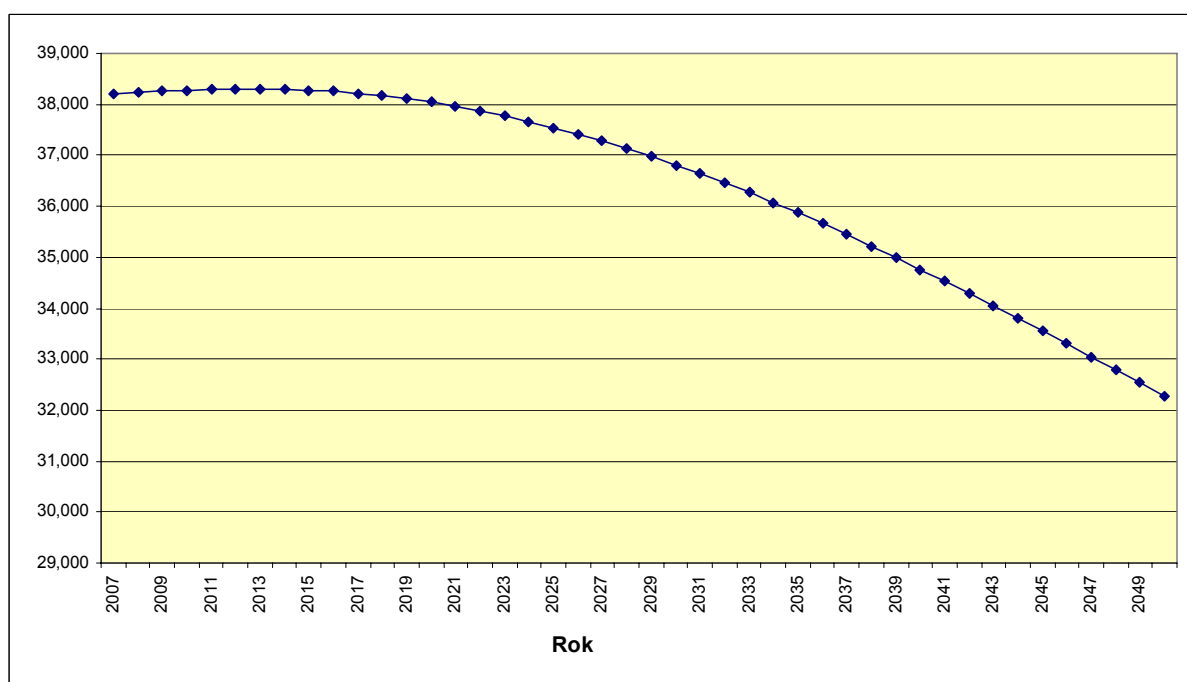
W modelu nie zostały uwzględnione ewentualne zmiany stanu zdrowia populacji, znajdujące swoje odzwierciedlenie w wartościach zapadalności i chorobowości. Jedynym wykorzystanym wskaźnikiem związanym ze stanem zdrowia populacji jest oczekiwana długość życia.

1.3 Prognoza demograficzna

Prognoza demograficzna stanowi jeden z najistotniejszych elementów projekcji, bowiem wielkość i struktura populacji w dużej mierze determinuje wysokość wydatków zdrowotnych. Projekcja populacyjna sporządzona została na bazie modułu demograficznego, stanowiącego integralną część wykorzystanego modelu.

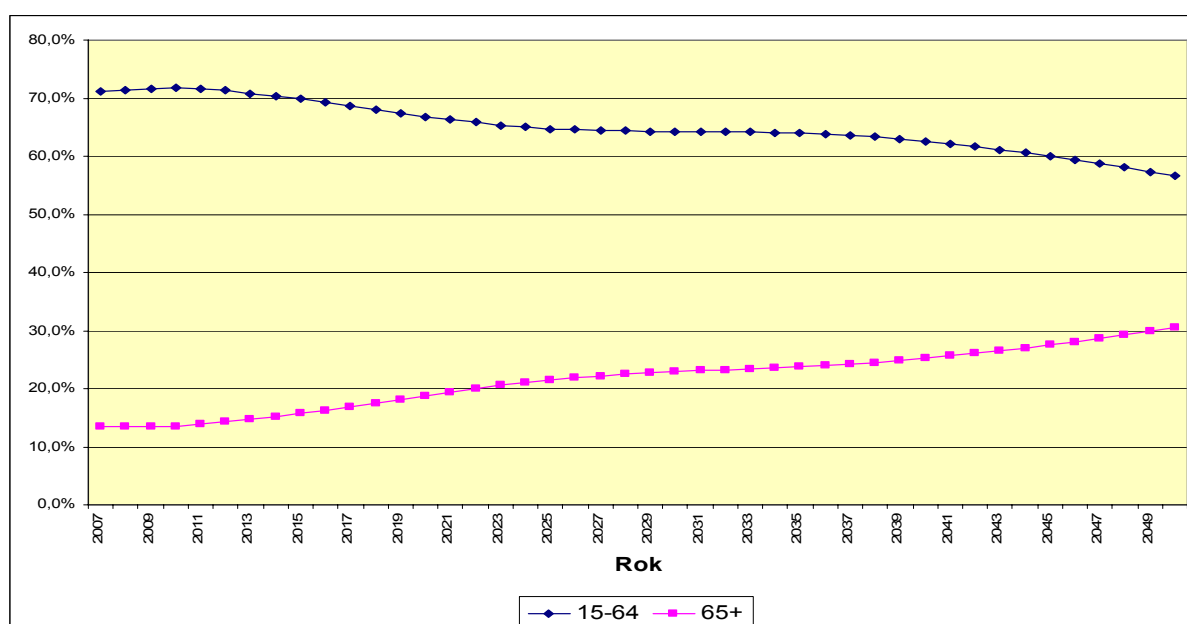
Dla potrzeb projekcji konieczne było przyjęcie założenia dotyczącego tempa wzrostu długości przeciętnego dalszego trwania życia przy urodzeniu (szybkie, średnie lub wolne). Wykorzystane zostało założenie o średnim tempie wzrostu, ponieważ pozwala ono na przyjęcie założeń dotyczących zmian oczekiwanej długości życia bliskich prognozie ONZ⁸¹. Wykres 73 przedstawia zmiany w wielkości populacji przewidywane do roku 2050.

⁸¹ UN World Population Prospects: The 2006 Revision Population database, <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1>

Wykres 73. Prognozowana wielkość populacji Polski do roku 2050 (w mln PLN)

Źródło: obliczenia własne z wykorzystaniem modułu populacyjnego modelu ILO

Zgodnie z prognozą wielkość populacji polskiej w roku 2050 w niewielkim stopniu przekroczy 32 miliony, co oznacza ponad 15 procentowy spadek w porównaniu do roku 2007. W kontekście wydatków zdrowotnych poza zmianami wielkości populacji bardzo istotne są zmiany jej struktury (Wykres 74).

Wykres 74. Udział w populacji osób powyżej 64 roku życia oraz osób w przedziale wiekowym 15-64

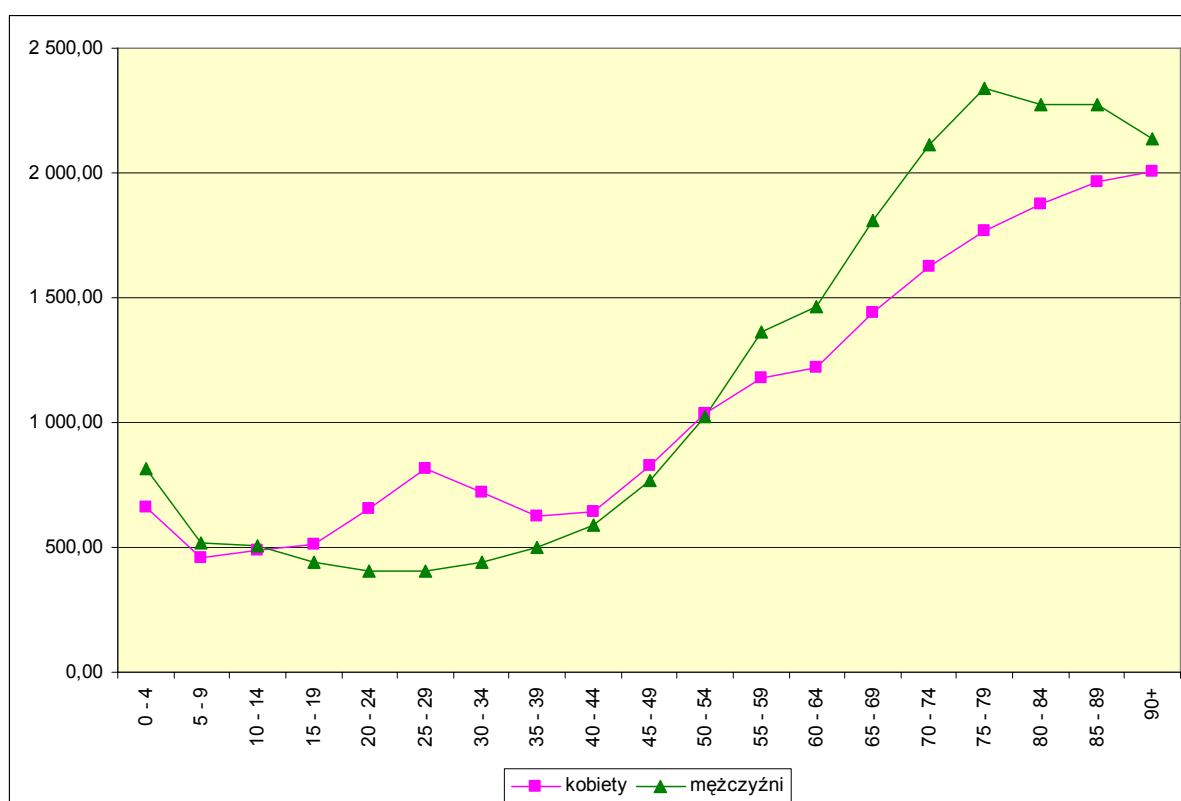
Źródło: obliczenia własne z wykorzystaniem modułu populacyjnego modelu ILO

Jak widać następują istotne zmiany w udziale osób starszych w społeczeństwie (wzrost z 13,4 % w 2006 roku do 30,6% w roku 2050), co powoduje m.in. zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Udział osób w wieku produkcyjnym, wynoszący obecnie ponad 70%, stanowić będzie mniej niż 60%.

1.4 Wyniki prognozy przychodów i wydatków zdrowotnych

Wykres 75 przedstawia wydatki ubezpieczeniowe na ochronę zdrowia (bez wydatków na refundację leków) oszacowane dla roku bazowego, w przeliczeniu na osobę, w zależności od płci i wieku.

Wykres 75. Oszacowane wydatki na osobę według płci i wieku osoby ubezpieczonej (bez refundacji leków) w 2007 roku (w PLN)



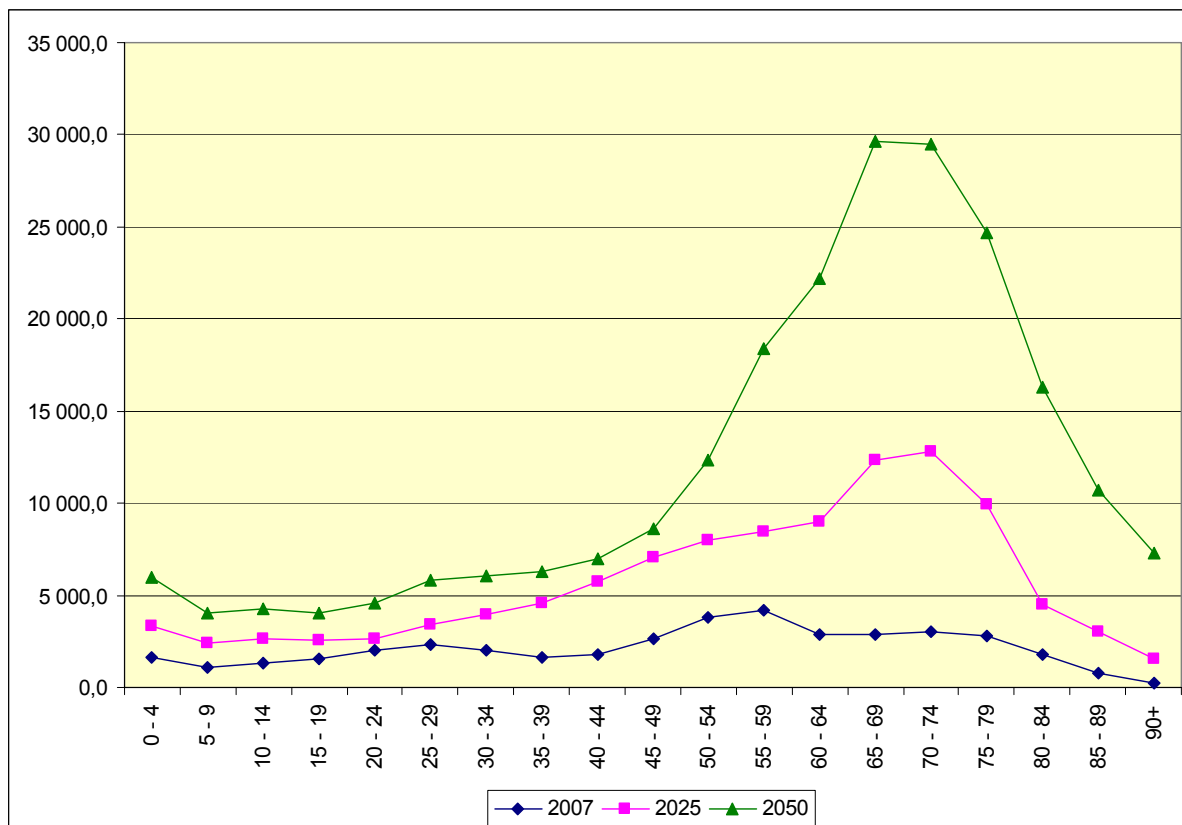
Źródło: na podstawie niepublikowanych danych NFZ oraz sprawozdania finansowego NFZ za okres 1.01.2007-31.12.2007 (NFZ 2008)

Krzywa wydatków przyjmuje charakterystyczny kształt litery „J”. Po większej wartości wydatków na osobę w pierwszych pięciu latach życia następuje w przypadku mężczyzn okres względnej stabilizacji wydatków na niskim poziomie, dla kobiet zaburzony zwiększonymi wydatkami zdrowotnymi związanymi z okresem rozrodczym. Powyżej 45 roku życia wydatki per capita wzrastają zdecydowanie dla obu płci, co związane jest ze wzrastającymi potrzebami zdrowotnymi. W przypadku mężczyzn można zaobserwować ponowny, aczkolwiek niewielki spadek wydatków w najstarszych grupach wiekowych, spowodowany prawdopodobnie ograniczeniem kosztownych procedur oraz częściowym

przekształceniem świadczeń leczniczych w świadczenia opiekuńcze (często obciążające rodziny, a nie publiczny system ochrony zdrowia).

Ten typowy rozkład wydatków na osobę w połączeniu z procesami demograficznymi powoduje istotne zmiany w strukturze wydatków całkowitych na przestrzeni okresu prognozy (Wykres 76).

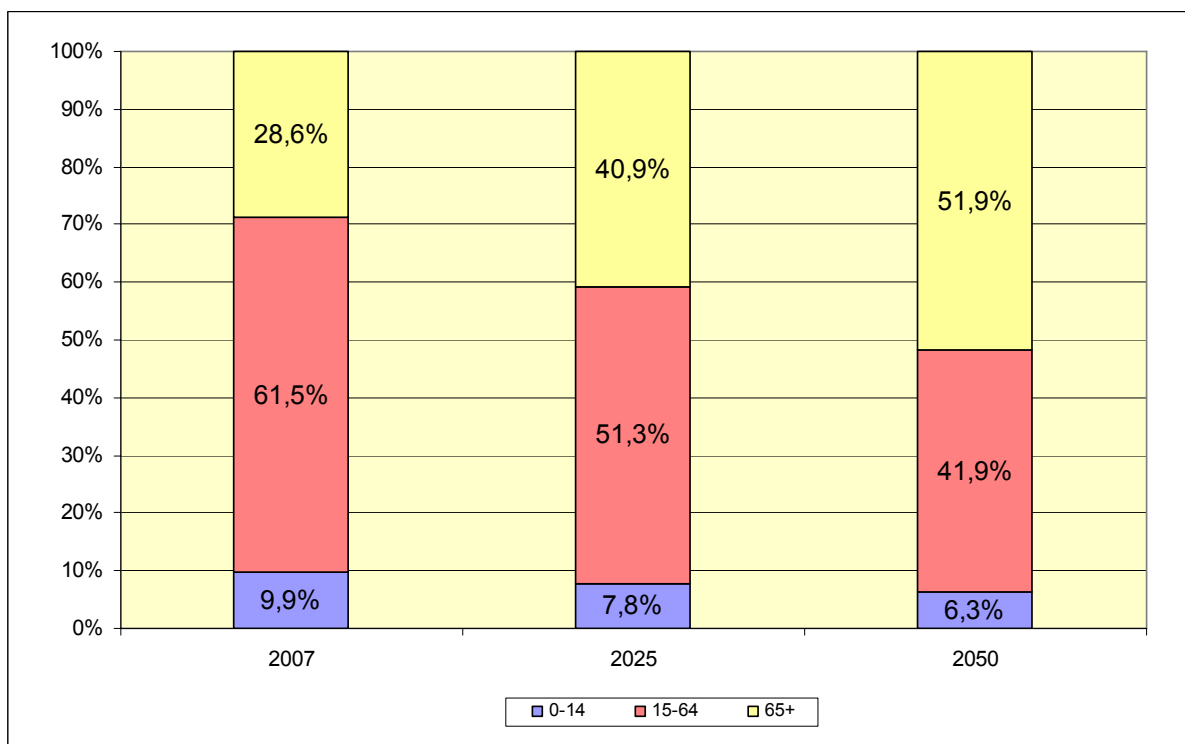
Wykres 76. Całkowite wydatki ubezpieczeniowe w zależności od grupy wiekowej (w mld PLN)



Źródło: projekcje własne

W związku z tym, że w okresie prognozy wzrasta znacznie liczba osób w starszych grupach wiekowych, a są to grupy o wysokich wydatkach przypadających na osobę, widać wyraźnie, że zmiany w wydatkach całkowitych na przestrzeni prognozy w tych właśnie przedziałach wiekowych są najznaczniejsze. W grupach wiekowych pomiędzy 65., a 74. rokiem życia wzrost wydatków pomiędzy rokiem 2007, a 2050 jest w przybliżeniu dziesięciokrotny, podczas gdy w grupach do 59. roku życia najwyżej pięciokrotny. Największy wzrost procentowy obserwuje się w grupach najstarszych, jednak z uwagi na niewielką liczebność tych grup nie ma to aż tak istotnego znaczenia w wydatkach zagregowanych.

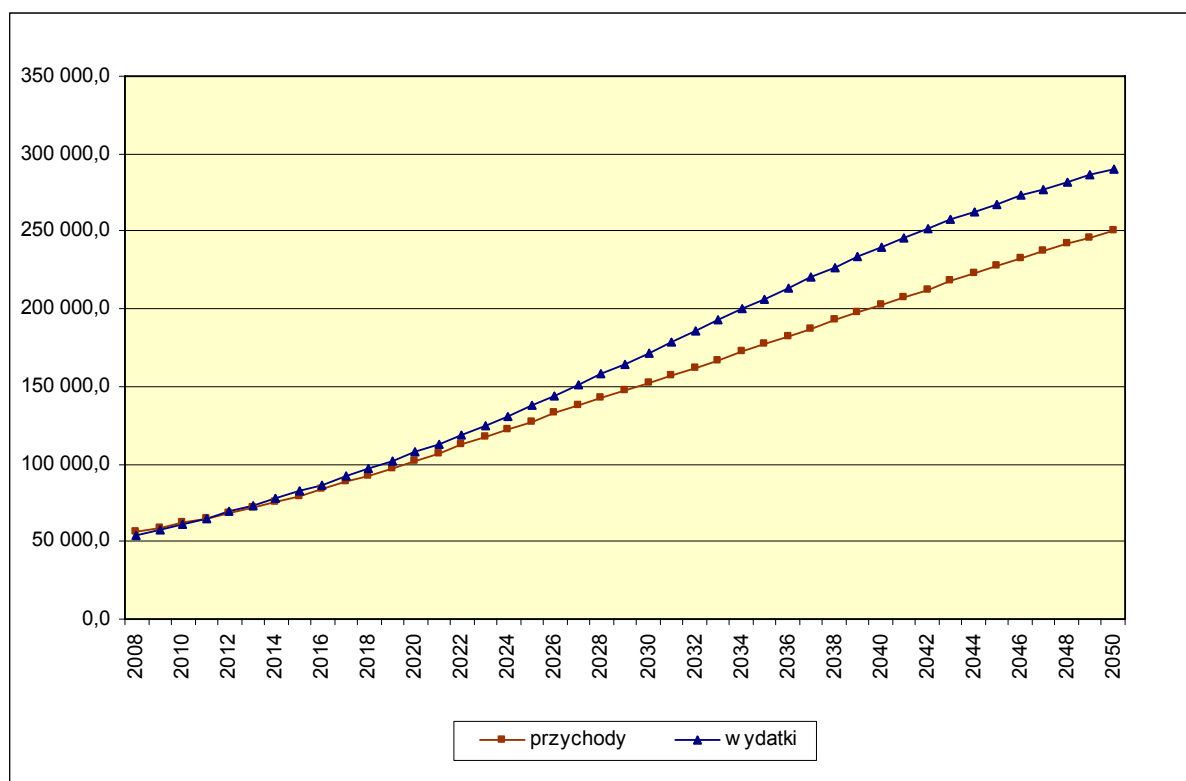
Wykres 77. Struktura wydatków ubezpieczeniowych na świadczenia zdrowotne w zależności od wieku w latach 2007, 2025 i 2050



Źródło: projekcje własne

Zdecydowanym zmianom w okresie prognozy podlega struktura wydatków całkowitych na świadczenia zdrowotne ze względu na wiek korzystających z opieki. Widać wyraźnie coraz większe obciążenie systemu ubezpieczeniowego opieką zdrowotną dla osób starszych, po 65. roku życia (Wykres 77). W 2050 roku wydatki na opiekę nad osobami starszymi stanowią już ponad połowę wydatków całkowitych (51,9%).

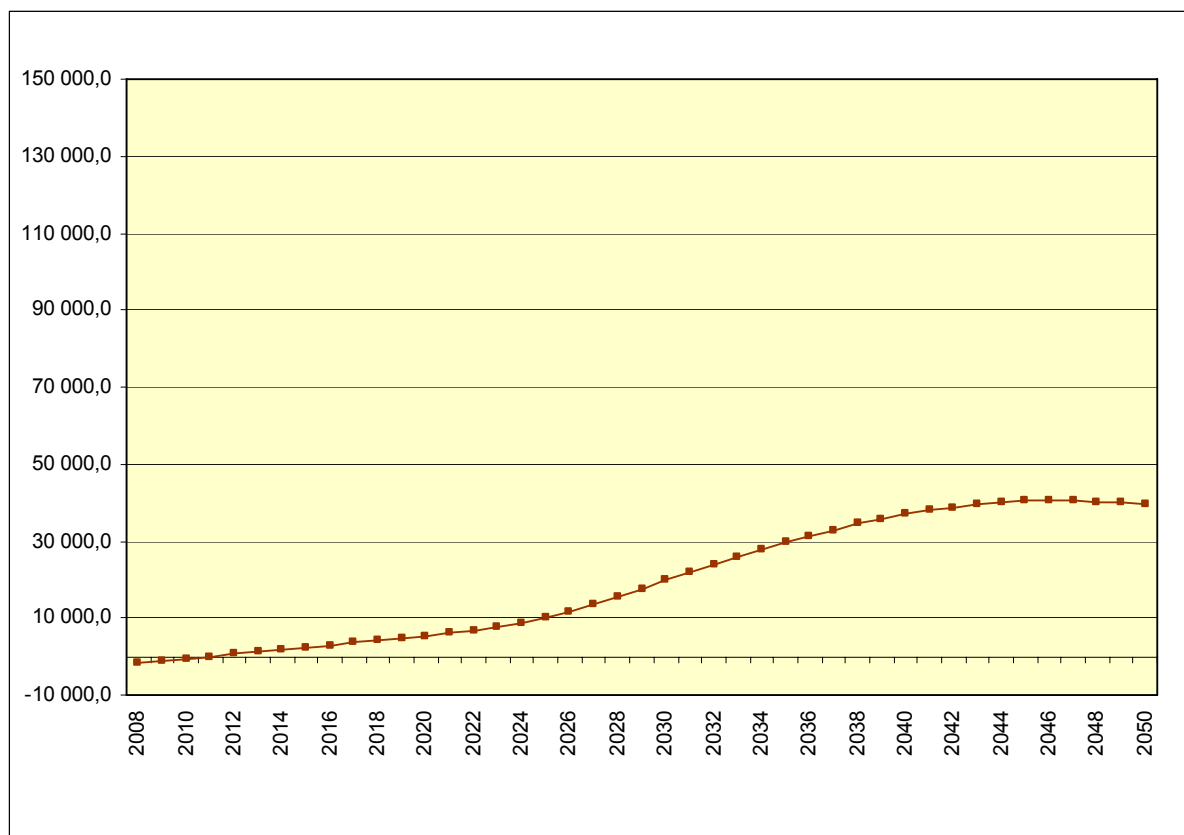
Wykres 78. Prognoza całkowitych publicznych przychodów i wydatków zdrowotnych (w mln PLN)



Źródło: projekcje własne

Wykres 78 pokazuje prognozowaną wysokość przychodów i wydatków zdrowotnych wyrażoną w milionach PLN. Zarówno przychody, jak i wydatki stale rosną, jednak wzrost wydatków, szczególnie w drugim okresie prognozy jest szybszy. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że pomimo założonej zwiększającej się stopy zatrudnienia liczba osób pracujących (a więc tych, którzy mają największy wpływ na wysokość przychodów ze składki ubezpieczeniowej) będzie maleć, a stale rosnący PKB oraz zwiększający się odsetek osób starszych w populacji nie pozwolą na istotne spowolnienie tempa wzrostu wydatków. Zmniejszająca się stopa wzrostu PKB oraz malejąca całkowita wielkość populacji spowodują jedynie coraz mniejsze tempo wzrostu wydatków w końcowym okresie prognozy. W efekcie rozbieżność pomiędzy wysokością przychodów, a wydatków będzie coraz większa. Widać to wyraźnie na Wykresie 79 pokazującym prognozowaną wysokość deficytu. Początkowo jest on wartością ujemną, z uwagi na wykazywany obecnie przez NFZ dodatni wynik finansowy. Jednak już od 2012 roku wzrost przychodów nie pozwala na pokrycie wszystkich wydatków i deficyt osiąga wartości dodatnie, rosnąc stopniowo, jedynie pod koniec okresu prognozy osiągając względnie stabilną wartość.

Wykres 79. Prognoza deficytu (różnica pomiędzy wydatkami, a przychodami) (w mln PLN)



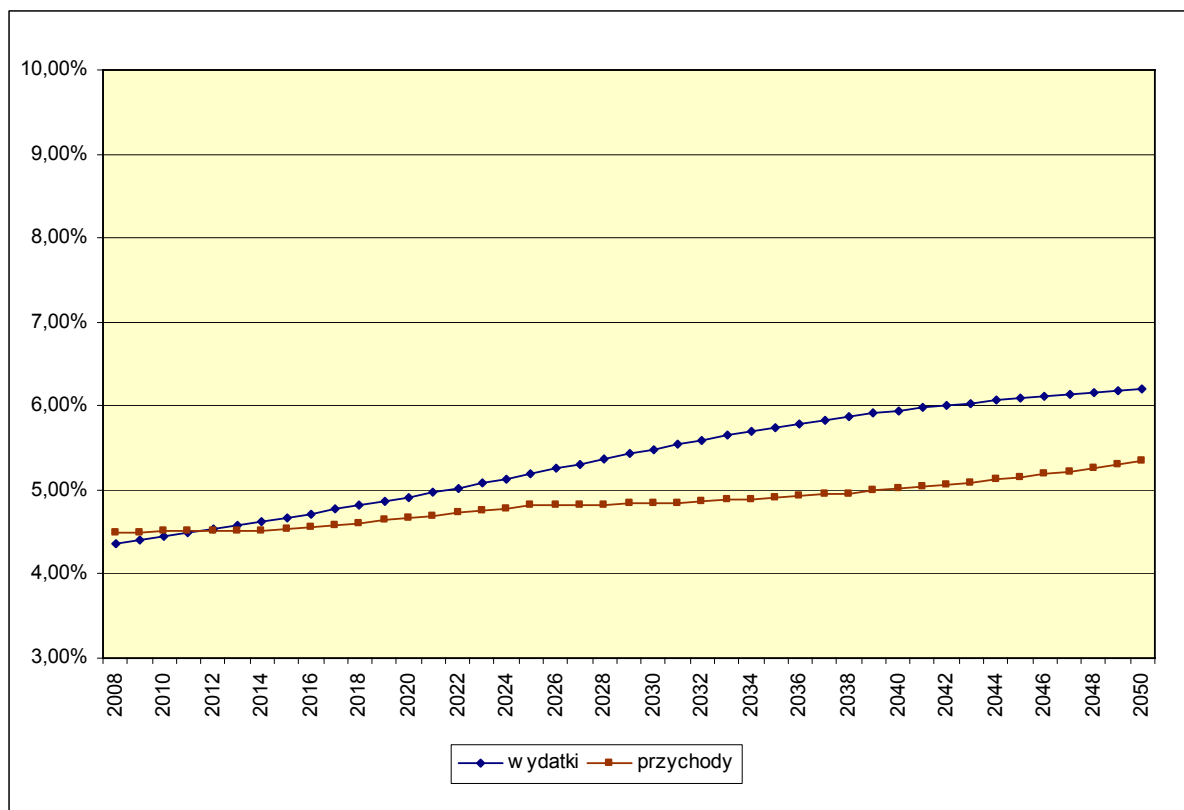
Źródło: projekcje własne

Mimo że przychody wyrażone w wartościach monetarnych stale rosną, wyrażone w relacji do PKB nie zachowują tej tendencji przez cały okres prognozy (Wykres 80). Do roku 2016 przychody wyrażone jako % PKB stabilizują się prawie na tym samym poziomie (około 3,75% PKB). Następnie do końca okresu prognozy rosną, ale tempo wzrostu nie jest duże. Nieco szybszy wzrost następuje dopiero po 2040 roku. Pierwszy etap, względnej stabilizacji przychodów w relacji do PKB charakteryzuje się względnie stałym wzrostem płac i ciągle rosnącą (choć coraz wolniej) liczbą pracujących. Jednak wzrost PKB jest w tym okresie na tyle wysoki, że w relacji do wielkości produktu krajowego przychody nie rosną.

W późniejszym okresie prognozy liczba osób zatrudnionych stabilizuje się, a potem zaczyna spadać, jednak rosnąca przewaga wzrostu produktywności nad wzrostem PKB powoduje wzrost przychodów w relacji do produktu krajowego.

W ostatnim etapie (po około 2040 roku) przyrosty PKB są wciąż niższe niż przyrosty produktywności, a tempo wzrostu stopy zatrudnienia nieco szybsze, co powoduje trochę większy wzrost przychodów liczonych jako procent PKB

Wykres 80. Prognoza całkowitych publicznych przychodów i wydatków zdrowotnych (% PKB)



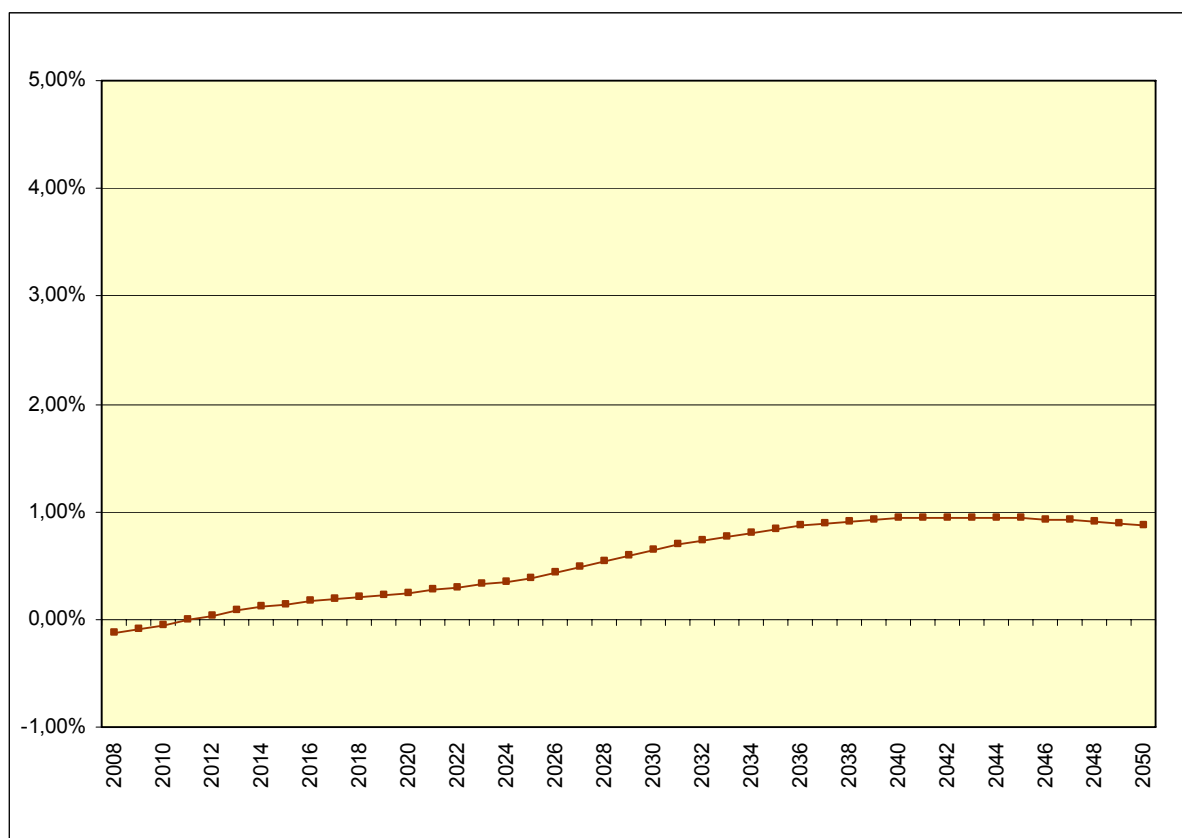
Źródło: projekcje własne

Wydatki ubezpieczeniowe rosną przez cały okres prognozy, jednak w niejednorodnym tempie. Z uwagi na ogólne założenie dotyczące elastyczności dochodowej ich wzrost uzależniony jest w dużej mierze od prognozowanego wzrostu PKB. Duże znaczenie ma tu również czynnik demograficzny – wydatki zmieniają się w zależności zarówno od zmian w wielkości, jak i strukturze populacji. Przedstawienie wysokości wydatków zdrowotnych w relacji do PKB w dużym stopniu eliminuje wpływ na nie wzrostu produktu krajowego. Nie eliminuje tego wpływu całkowicie, ponieważ wydatki przedstawiane są jako odsetek całkowitej wielkości PKB, a do określenia wzrostu wydatków zdrowotnych wykorzystywana jest wartość produktu przypadająca na osobę. W związku z malejącą wielkością populacji w Polsce wartości te na przestrzeni okresu prognozy wykazują istotne różnice.

W pierwszych trzydziestu latach prognozy zmiany demograficzne powodują wyraźnie duże tempo wzrostu wydatków. Odpowiedzialna jest za to głównie zmiana struktury populacji – starzenie się społeczeństwa polegające na coraz większym udziale osób starszych, generujących wyższe wydatki zdrowotne niż osoby młodsze. Później obserwowany jest coraz większy wpływ drugiej istotnej zmiany demograficznej – zmniejszanie się ogólnej wielkości populacji. To właśnie powoduje, że pomimo dalej postępującego procesu starzenia, wzrost wydatków, aczkolwiek nadal znaczny, charakteryzuje się nieco mniejszym tempem.

Odpowiednio do zmian przychodów i wydatków oraz ich wzajemnych relacji zmienia się wielkość prognozowanego deficytu

Wykres 81. Prognoza deficytu finansowego (różnica pomiędzy wydatkami a przychodami) (% PKB)



Źródło: projekcje własne

Deficyt nie przekracza w okresie prognozy 1% PKB, ale na poziomie bliskim tej wartości pozostaje już od roku 2040. Tabela 113 przedstawia zestawienie otrzymanych wyników prognozy przychodów, wydatków oraz deficytu.

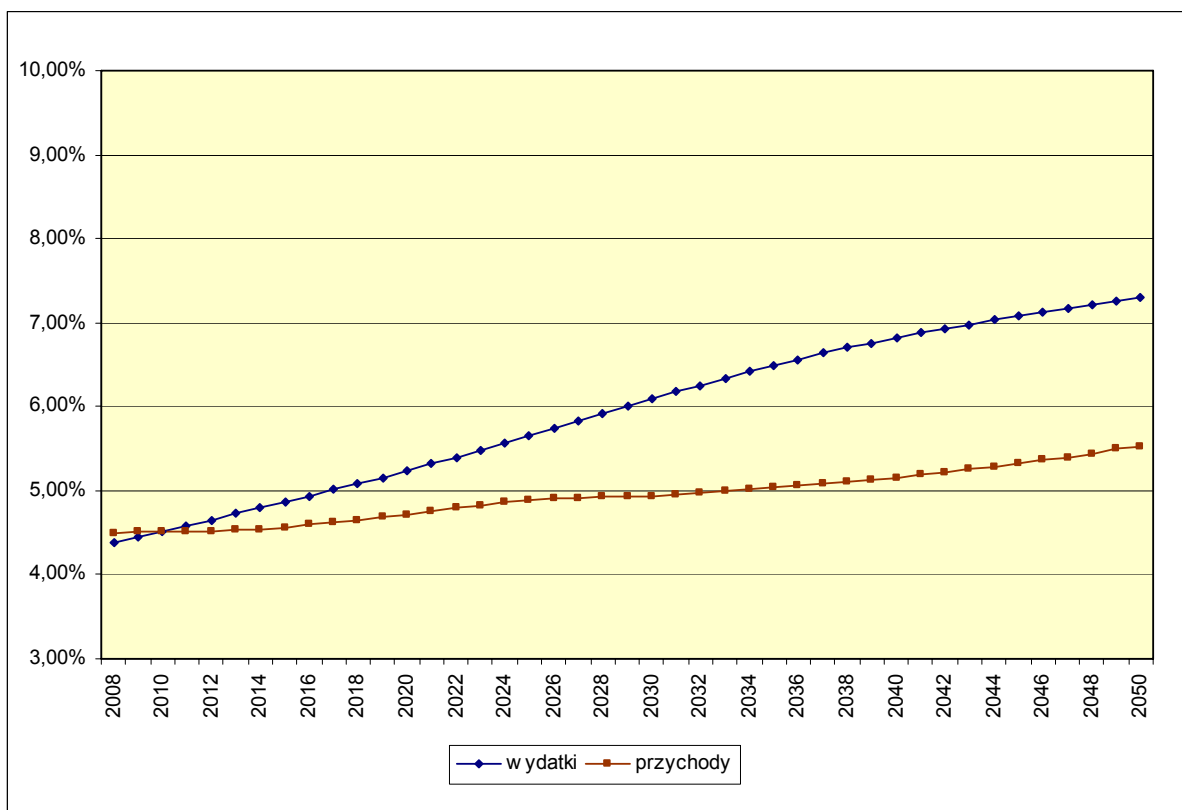
Tabela 113. Zestawienie wyników prognozy

Wyszczególnienie	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Przychody (mld.PLN)	55,0	60,9	78,0	100	124,9	148,3	173,0	197,8	222,1	244,8
Przychody (%PKB)	4,49	4,51	4,53	4,67	4,81	4,84	4,91	5,01	5,16	5,35
Wydatki (mld.PLN)	54,4	60,2	80,5	105,3	134,9	168,2	202,6	234,9	262,4	284,3
Wydatki (%PKB)	4,36	4,45	4,68	4,92	5,20	5,49	5,75	5,95	6,09	6,21
Deficyt (mld.PLN)	-1,6	-0,7	2,5	5,3	10,0	19,9	29,6	37,0	40,4	39,5
Deficyt (% PKB)	-0,13	-0,06	0,14	0,25	0,39	0,65	0,84	0,94	0,94	0,86
Deficyt (% wydatków)	-2,92	-1,24	3,10	5,06	7,42	11,84	14,6	15,76	15,38	13,90

Źródło: obliczenia własne

W Polsce w ostatnich latach wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia znacznie przewyższał wzrost PKB, sądzić więc można, że elastyczność dochodowa w następnych latach również będzie wyższa od założonej na poziomie jedności. Przyjmując wartość elastyczności dochodowej 1,1 w całym okresie prognozy otrzymujemy wyniki zaprezentowane na Wykresie 82.

Wykres 82. Prognoza całkowitych publicznych przychodów i wydatków zdrowotnych (% PKB) przy założeniu wyższej elastyczności dochodowej



Źródło: projekcje własne

Zwiększenie założonej elastyczności dochodowej wpływa głównie na wysokość prognozowanych wydatków, aczkolwiek w niewielkim stopniu zmienia również wartości przychodów. Wynika to z konstrukcji modelu, w którym prognozowane przychody systemu pochodzące z budżetu stanowią niezmienny w okresie prognozy odsetek wydatków ubezpieczeniowych. Wydatki w końcowym roku prognozy osiągają 7,3% PKB, czyli o przeszło 1 punkt procentowy więcej niż we wcześniejszej prognozie. Deficyt wzrasta wtedy do 1,76% PKB, co stanowi ponad 24% całkowitych wydatków.

1.5 Wnioski

Podstawowym wnioskiem wynikającym z przedstawionej projekcji jest informacja, że w ciągu następnych dekad rozbieżność pomiędzy wysokością przychodów i wydatków w ochronie zdrowia rośnie. Pogłębianie się deficytu finansowego spowodowane jest wpływem szeregu czynników zarówno demograficznych, jak i gospodarczych. Społeczeństwo polskie

jest populacją starzejącą się, co powoduje zarówno wzrost wydatków zdrowotnych przypadających na osobę, jak i niekorzystne zjawiska na rynku pracy, wpływające negatywnie na tempo wzrostu przychodów ze składek ubezpieczenia zdrowotnego. W efekcie wzrost przychodów nie zabezpiecza pokrycia bardziej dynamicznie rosnących wydatków. Dopiero pod koniec okresu prognozy deficyt finansowy pozostaje na względnie stałym poziomie, co wynika głównie z założenia mniejszego tempa wzrostu PKB i malejącej całkowitej wielkości populacji polskiej.

Możliwości wpływu na stronę wydatkową są bardzo ograniczone, przede wszystkim z uwagi na istotny wpływ czynników demograficznych. Trudno założyć również zaostrzenie w następnych latach racjonowania świadczeń zdrowotnych w celu ograniczania wydatków. Pewne pozytywne efekty osiągnąć można działaniami skierowanymi na wzrost efektywności i poprawę sytuacji zdrowotnej populacji.

Bardzo istotne wydają się więc działania skierowane na stronę przychodową, a wśród nich zwiększanie wymiaru składki ubezpieczenia zdrowotnego oraz spójny program aktywizacji zawodowej populacji, szczególnie w starszych przedziałach wiekowych. Biorąc jednak pod uwagę założony już w projekcji bardzo dynamiczny rozwój rynku pracy, te drugie działania bez zwiększenia składki nie zabezpieczą w pełni pokrycia rozbieżności między wydatkami, a przychodami, a raczej są konieczne, aby nie doprowadzić do katastrofalnego poziomu deficytu.

Rozdział VII

Syntetyczny obraz sytuacji finansowej w sektorze zdrowotnym

Wprowadzenie

Analiza sytuacji finansowej sektora zdrowotnego przeprowadzona odrębnie w każdej z trzech stron przepływu strumieni finansowych: (1) dopływu środków, (2) zagregowanych kosztów tworzenia świadczeń zdrowotnych oraz (3) kierunków wydatków w układzie funkcjonalnym, umożliwi wielowymiarowe zdiagnozowanie sytuacji oraz przewidywania dotyczące przyszłych wielkości finansowych. W ostatnim rozdziale raportu prezentujemy wyniki przeprowadzonych analiz oraz przewidywań w sposób syntetyczny, a jednocześnie pozwalający na sformułowanie wniosków i rekomendacji.

1. Przychody

Środki sektora zdrowotnego pochodzą z kilku źródeł: ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, z podatków ogólnych dystrybuowanych zarówno przez budżet centralny, jak i budżety jednostek samorządu terytorialnego (JST), z dochodów indywidualnych ludności oraz ze środków zakładów pracy. W ostatnim okresie wzrasta udział środków pochodzących z zagranicy, głównie w wyniku absorpcji środków z funduszy strukturalnych UE. Jako środki głównie inwestycyjne oraz związane z doskonaleniem kapitału ludzkiego nie są one widoczne ani w analizach przychodów sektora zdrowotnego, ani kosztów i wydatków. Mają wpływ głównie na tzw. wydatki powiązane z ochroną zdrowia (patrz Rozdz. IV. p.1).

Składka jest dominującym źródłem środków na ubezpieczenie zdrowotne. Udział przychodów pochodzących ze składki jest rosnący. Przekroczył 60% w całości przychodów przeznaczanych na ochronę zdrowia. Wpływ na to miał między innymi program podnoszenia stopy składki o ćwierć punktu procentowego, realizowany w latach 2002 - 2007. Jeśli stopa składki zdrowotnej w 2000 r. wynosiła 7%, to w 2007 wzrosła do 9 %. Jednocześnie należy zauważyć, że dynamiczny wzrost gospodarczy w kraju, wyraźnie odczuwalny już w 2004 r., przyniósł dodatkowy wzrost przychodów ze składki. Począwszy od tego roku dynamika wzrostu przychodów była wyraźnie wyższa (patrz Tabela poniżej).

Program podnoszenia stopy składki nie obejmował podatku od dochodów indywidualnych ludności (PIT), lecz całkowite dochody do opodatkowania, mimo że składka zdrowotna przyjęta w momencie wprowadzania systemu ubezpieczenia zdrowotnego w 1999 r. nałożona została na podatek dochodowy, a nie bezpośrednio na wynagrodzenia, tak jak to ma miejsce w przypadku innych składek ubezpieczenia społecznego. W rezultacie zwiększona stopa składki finansowana jest z dochodów indywidualnych ludności.

Drugi znaczący element przychodów sektora zdrowotnego stanowią dochody ludności przeznaczane na ochronę zdrowia. Obserwacja tego, ile środków przeznacza ludność na cele zdrowotne, możliwa dzięki badaniom budżetów domowych oraz dodatkowo – dzięki modułowym badaniom gospodarstw domowych prowadzonym przez GUS, wskazuje na utrwalenie się stałego wskaźnika udziału. Oznacza to, że gospodarstwa domowe nie zwiększają swego popytu na usługi zdrowotne szybciej niż rosną ich dochody, a tym samym w szybszym tempie niż wynosi tempo wzrostu gospodarczego. Elastyczność dochodowa ich wydatków na zdrowie nie przekracza wskaźnika 1,0.

Od pewnego czasu widoczny jest wzrost środków przeznaczonych na cele zdrowotne przez pracodawców. Oni finansują głównie obowiązkowe badania profilaktyczne i rzadziej programy zdrowotne dla swych pracowników oraz wykupują dla nich tzw. abonament,

stanowiący rodzaj zakładowego ubezpieczenia zdrowotnego. Ten sposób finansowania usług zdrowotnych – to rodzaj żywiłowego rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, dla których nie przygotowano jeszcze regulacji umożliwiającej ich oficjalne wprowadzenie.

Środki pochodzące z budżetu państwa oraz budżetów jednostek terytorialnych nie stanowią trwale uregulowanego strumienia przychodów sektora zdrowotnego. Ich kształtowanie się podlega zmiennym regulacjom dotyczącym decyzji alokacyjnych władz centralnych oraz samorządu terytorialnego. Przyjmuje się, że z budżetu centralnego finansuje się bardziej potrzeby całej populacji, a nie indywidualne usługi lecznicze, a więc krajowe programy zdrowotne, procedury wysokospecjalistyczne, ratownictwo medyczne, krajowe programy inwestycyjne, itd....

W przypadku JST kierunki przeznaczania środków są tylko częściowo podobne do tych, jakie występują w budżecie centralnym. Jednostki samorządu terytorialnego będąc organami założycielskimi dla większości publicznych placówek zdrowotnych w kraju, odpowiadają za ich inwestycje, od pewnego czasu także remonty kapitalne, finansują działania restrukturyzacyjne, udzielają poręczeń a nawet pożyczek. Mimo ogromu zadań i odpowiedzialności, środki, jakie przeznaczają JST na swe SPZOZ są relatywnie bardzo małe. Programy zdrowotne realizowane przez JST stanowią wąski margines ich działalności w zakresie ochrony zdrowia.

Tabela 114. Kształtowanie się podstawowych elementów przychodów, mld PLN

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Przychody razem mld PLN		44,0	48,2	48,9	51,5	54,1	57,1	62,0	69,1
Dynamika <i>Nominalnie*</i>		100	110	101	105	105	106	109	111
<i>Realnie**</i>			103	100	103	106	109	117	127
Składkowe mld PLN		23,5	26,3	26,2	28,8	31,5	34,0	37,3	42,2
Dynamika <i>nominalnie</i>		100	112	100	110	109	108	110	113
<i>realnie</i>			105	100	108	115	121	132	146
Udział %		53,4	54,6	53,6	55,9	58,2	59,5	60,2	61,1
Budżetowe mld PLN	6,3	4,3	4,6	3,5	3,7	3,8	3,8	3,8	5,5
Dynamika <i>nominalnie</i>			107	76	106	103	100	100	145
<i>realnie</i>		100	100	73	76	76	74	73	104
Udział %		9,8	9,5	7,2	7,2	7,0	6,7	6,1	8,0
JST mld PLN	2,0	2,7	3,5	2,0	1,9	2,1	2,6	3,1	3,1
Dynamika <i>nominalnie</i>			130	57	95	111	124	119	100
<i>realnie</i>		100	122	66	62	67	81	95	93
Udział %		6,1	7,3	4,1	3,7	3,9	4,6	5,0	4,5
Gospodarstw domowych mld PLN	11,1	12,2	12,7	13,0	15,3	16,1	16,0	16,8	17,0

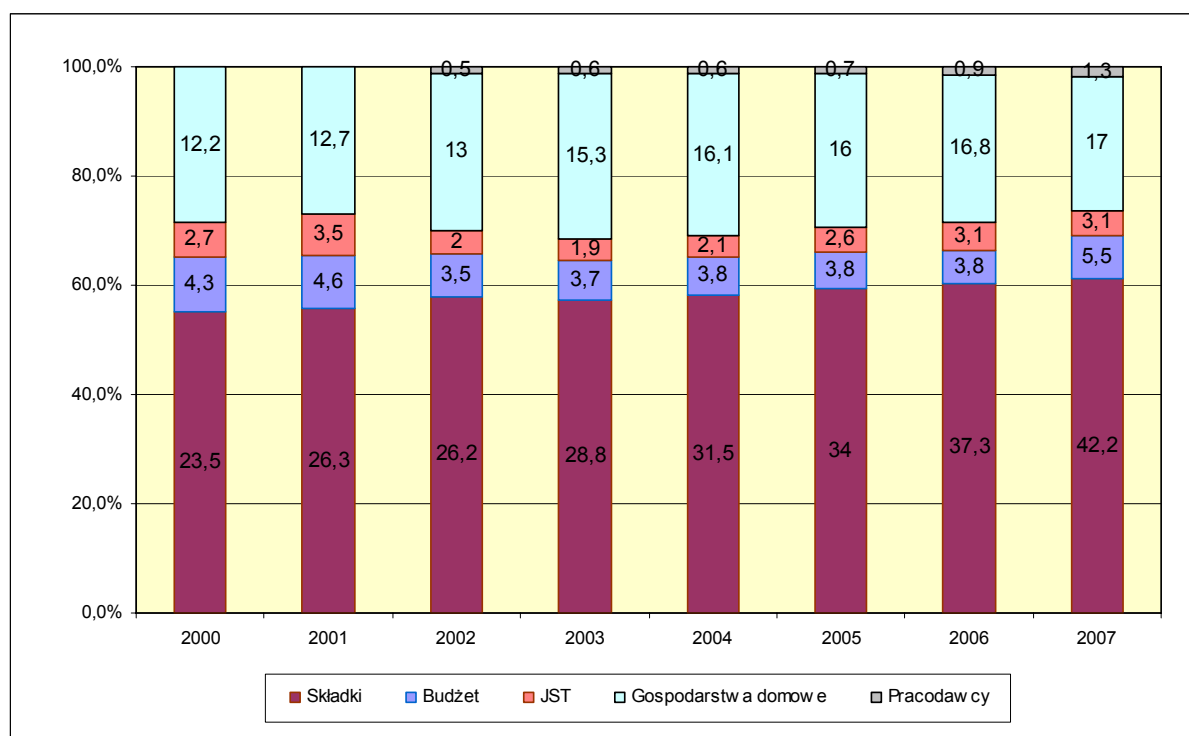
Dynamika nominalnie			104	102	118	105	99	105	101
realnie		100	98	96	110	114	110	114	113
Udział %		27,7	26,3	26,6	29,7	29,8	28,0	27,1	24,6
Pracodawców mld PLN				0,5	0,6**	0,6	0,7	0,9	1,3
Dynamika nominalnie				100	120	100	117	129	144
realnie									
Udział %				1,0	1,2	1,1	1,2	1,5	1,9
Z zagranicy									

Wyjaśnienia: *nominalnie – w cenach bieżących, rok poprzedni =100, **realnie w cenach stałych z 2000r, rok 2000 =100

Źródło: zestawienie własne na podstawie prowadzonych analiz cząstkowych

Całościowy obraz zmian w kształtowaniu się przychodów sektora zdrowotnego w analizowanym okresie ukazuje poniższy wykres. Wynika z niego, że w Polsce fiskalnie efektywne są głównie dwa źródła przychodów: składka zdrowotna i dochody indywidualne ludności. *Nota bene* część składki obciąża już dochody ludności w sposób bezpośredni. Dochody pochodzące z redystrybucji podatkowej: budżetu centralnego oraz JST mają ograniczone znaczenie. Szczególnie niskie finansowanie sektora przez JST wymaga zastanowienia i rozważenia szerszych możliwości wzrostu środków samorządów terytorialnych przeznaczanych na zdrowie w związku z propozycjami zwiększenia ich odpowiedzialności za funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej.

Wykres 83. Przychody sektora zdrowotnego w latach 1999- 2007 mld PLN



Źródło: zestawienie własne na podstawie analiz cząstkowych przedstawionych w kolejnych rozdziałach raportu

2. Koszty

Rachunek kosztów odzwierciedla strumienie finansowe, pokrywające użytkowanie wszystkich zasobów, służących wytwarzaniu świadczeń zdrowotnych. Jest to rachunek kosztów zagregowanych, uwzględniający dwa podziały: podmiotowy, czyli według grup podmiotów oraz rodzajowy, czyli według rodzajów użytkowanych zasobów. W poniżej przedstawionej tabeli ukazano tylko najważniejsze elementy rachunku kosztów. W ujęciu podmiotowym – koszty powstające w głównej jednostce produkcji świadczeń zdrowotnych, czyli w SPZOZ. W ujęciu przedmiotowym - koszty wynagrodzeń, leków, użytkowania majątku i tzw. koszty pozamedyczne. Szczegółowy obraz kształtowania się kosztów przedstawiono w Rozdz. III, p. 1.

Koszty wytwarzania usług zdrowotnych i funkcjonowania instytucji sektora zdrowotnego wzrosły w analizowanym okresie, czyli w latach 1999 - 2007 o 24 % w ujęciu realnym. Przy czym w okresie 1999- 2003, przedstawionym szczegółowo w pierwszym raporcie na temat sytuacji finansowej sektora zdrowotnego (Zielona Księga I), poziom kosztów był stabilny; w zasadzie koszty nie rosły. Dopiero w 2004 r. widoczne jest silniejsze drgnięcie, zdecydowanie wysokie w 2006 r.

Główna jednostka generowania kosztów, czyli SPZOZ, nie absorbuje nawet połowy wszystkich kosztów. Ponadto w analizowanym okresie o 7 punktów procentowych spadł ich udział w całości kosztów. Jest to z jednej strony wynik zmniejszania się udziału jednostek publicznych w sektorze i wzrostu jednostek niepublicznych, ale także wynik poprawy efektywności ekonomicznej funkcjonowania zakładów. Potwierdza to sondażowe badanie na ten temat, opisane w Rozdz. III, p. 5.

Tabela 115. Kształtowanie się kosztów wytwarzania usług i funkcjonowania sektora zdrowotnego

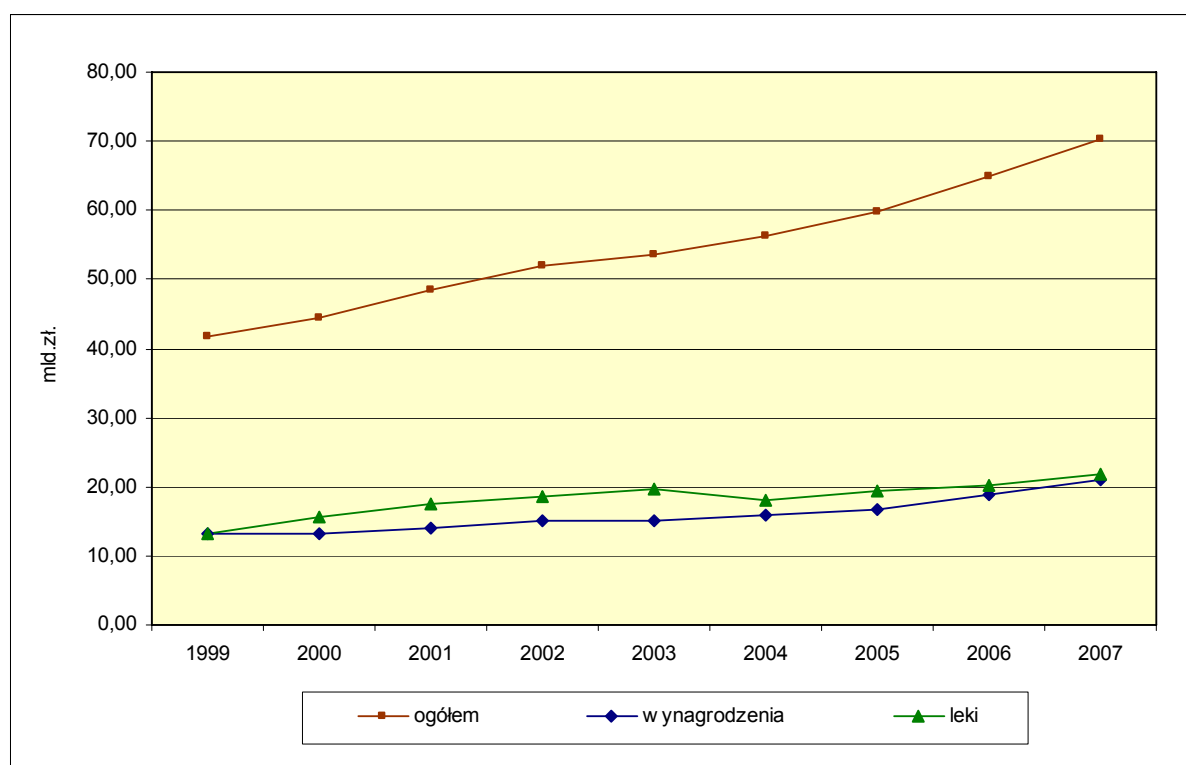
Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ogółem - mld PLN	41,7	44,4	48,6	52	53,6	56,3	59,9	64,8	70,4
Dynamika – <i>nominalnie*</i>		106	109	107	103	105	106	108	109
<i>realnie**</i>	100	96	99	101	102	105	109	116	124
SPZOZ mld PLN	19,8	19,7	20,3	21,6	21,5	22,3	23,0	25,4	27,6
Dynamika - <i>nominalnie</i>		99	103	106	100	104	103	110	109
<i>realnie</i>	100	90	87	88	86	88	88	96	102
Udział	47,5%	44,4%	41,8%	41,5%	40,1%	39,6%	38,4%	39,2%	39,2%
Wynagrodzenia mld PLN	13,3	13,1	14	15	15,2	16	16,8	18,8	21
Dynamika - <i>nominalnie</i>		98	107	107	101	105	105	112	112
<i>realnie</i>	100	89	89	91	91	94	96	106	116
Udział	31,9%	29,5%	28,8%	28,8%	28,4%	28,4%	28,0%	29,0%	29,8%
Leki mld PLN	13,1	15,7	17,4	18,6	19,7	18	19,4	20,3	21,8
Dynamika - <i>nominalnie</i>		120	111	107	106	91	108	105	107
<i>realnie</i>	100	108	113	115	119	107	112	116	122
Udział	31,4%	35,4%	35,8%	35,8%	36,8%	32,0%	32,4%	31,3%	31,0%
Utrzymanie majątku mld PLN	0,96	1,14	1,23	1,37	1,40	1,72	1,79	1,93	2,09

Dynamika - <i>nominalnie</i>		118	108	112	102	122	104	108	108
<i>realnie</i>	100	101	109	116	116	139	141	150	159
Udział	2,3%	2,6%	2,5%	2,6%	2,6%	3,1%	3,0%	3,0%	3,0%
Koszty pozamedyczne mld PLN	4,52	4,85	5,14	5,61	5,72	7,13	7,60	8,21	8,47
Dynamika - <i>nominalnie</i>		107	106	109	102	125	106	108	103
<i>realnie</i>	100	97	96	101	100	123	127	136	137
Udział	10,8%	10,9%	10,6%	10,8%	10,7%	12,7%	12,7%	12,7%	12,0%

Wyjaśnienia: *nominalnie – w cenach bieżących, rok poprzedni = 100; ** realnie – w cenach stałych 1999 r., rok 1999 = 100

Źródło: zestawienie własne na podstawie analiz cząstkowych przedstawionych w kolejnych rozdziałach raportu

Wykres 84. Kształtowanie się kosztów ogółem, leków i wynagrodzeń nominalnie w latach 1999-2007



Źródło: na podstawie wykonanej analizy

Największy udział w kosztach mają dwa elementy: wynagrodzenia personelu medycznego oraz leki, generując prawie 2/3 kosztów całkowitych. Jeżeli w pierwszym roku analizy (1999 r.) udział wynagrodzeń i leków był zbliżony, to w następnych latach przewagę miały koszty leków (patrz Tabela 115). Najwyższy wskaźnik udziału leków zaobserwowano w 2003 r. – ponad 36 %. Następnie udział kosztów leków zmniejszyła się, osiągając obecnie wskaźnik 31%. Udział wynagrodzeń, w przeciwieństwie do leków, obniżał się. W wyrażeniu realnym zagregowany poziom wynagrodzeń nie wzrastał aż do 2006 r.. W 2007 r. wynagrodzenia były wyższe tylko o 16% w porównaniu z bazowym rokiem analizy, czyli 1999.

Rosnącą tendencją charakteryzują się koszty utrzymania majątku oraz tzw. koszty pozamedyczne. Przeprowadzone analizy (patrz Rozdz. III, p.4) ukazują znaczny stopień dekapitalizacji majątku w sektorze zdrowotnym, co częściowo wyjaśnia wzrost kosztów eksploatacji starego majątku. Jednocześnie coraz częściej zakłady użytkują nowy sprzęt medyczny, którego amortyzacja znajduje odzwierciedlenie w kosztach. Nie mamy jednak informacji o efektywności wykorzystywania tego sprzętu.

Wzrost wartości (o ponad 37% w ujęciu realnym) i udziału kosztów pozamedycznych wymagał szerszej analizy. Z analiz wykonanych na potrzeby poprzedniego raportu (Zielona Księga I) wynikały wnioski wskazujące, że w tej dziedzinie mają miejsca działania, których efektywność ekonomiczna oraz korzystny wpływ na efekt zdrowotny pacjentów nie jest potwierdzony. Dotyczy to między innymi efektów wprowadzania rozwiązań typu *outsourcing* w warunkach do tego nieuzasadnionych. Także obecnie nie znajdujemy potwierdzenia, że korzystanie z tzw. usług obcych opiera się na dostatecznie racjonalnych przesłankach podejmowanych wyborów.

3. Wydatki

Rachunek wydatków odpowiada na pytanie, jak kształtują się strumienie finansowe w strukturze odpowiadającej funkcjom spełnianym przez sektor zdrowotny. Funkcje te klasyfikuje się jako: lecznicze, rehabilitacyjne, opieki długoterminowej, pomocnicze, administracyjne itp. W ujęciu funkcjonalnym możemy także wyodrębnić wydatki kapitałowe (funkcja inwestycyjna), których wcześniejsze ujęcia nie mogły wykazać.

Zanim rachunek wydatków w ujęciu funkcjonalnym zostanie przedstawiony, prezentujemy tabelę, w której ukazujemy wydatki w podziale na publiczne i prywatne z wyodrębnionymi wydatkami kapitałowymi. Jak ukazują to dane poniższej tabeli, w analizowanym okresie dynamika wydatków prywatnych była wyższa niż publicznych bieżących, a szczególnie wysoką dynamiką charakteryzowały się wydatki inwestycyjne. W ujęciu realnym wydatki te w latach 1999 – 2006 wzrosły o 85 %. W konsekwencji ich udział w całości wydatków zwiększył się o 2 punkty procentowe: z 3,6% do 5,6%.

Tabela 116. Wydatki na zdrowie w ujęciu NRZ

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ogółem - mld PLN								
	41,3	43,0	47,9	51,2	52,6	57,4	61,1	65,8
Dynamika – <i>nominalnie</i>		104	111	107	103	109	106	108
<i>Realnie</i>			100	101	101	108	112	119
Wydatki prywatne								
mld PLN	11,9	13,7	13,7	14,6	15,5	17,7	18,0	19,1
Dynamika - <i>nominalnie</i>		111	104	106	107	114	102	106
<i>realnie</i>		100	98	99	104	116	115	120
Udział	28,8%	30,6%	28,6%	28,4%	29,6%	30,8%	29,5%	29,0%
Wydatki gospodarstw domowych								
mld PLN	11,0	12,2	12,7	13,0	13,9	16,1	16,0	16,8
Dynamika - <i>nominalnie</i>		111	104	103	107	116	99	105
<i>realnie</i>		100	98	96	100	114	110	114
Udział	26,6%	28,3%	26,4%	25,4%	26,4%	28,0%	26,2%	25,5%
Wydatki publiczne bieżące								
mld PLN	27,9	28,2	32,4	34,7	34,9	37,1	39,5	43,0
Dynamika - <i>nominalnie</i>		101	115	107	100	106	106	109
<i>realnie</i>		92	99	101	99	104	107	115

Udział	100 67,6%	65,7%	67,7%	67,7%	66,3%	64,6%	64,6%	65,3%
Wydatki kapitałowe mld PLN								
	1,5	1,6	1,8	2,0	2,2	2,6	3,6	3,7
Dynamika - <i>nominalnie</i>		107	110	111	112	119	138	103
<i>realnie</i>	100	97	100	106	116	135	182	185
Udział	3,6%	3,7%	3,7%	3,8%	4,2%	4,5%	5,9%	5,6%

Źródło: Obliczenia i szacunki własne na podstawie danych NRZ

Analizując funkcje realizowane w sektorze zdrowotnym, zauważamy, że udział wydatków na usługi lecznicze i rehabilitacyjne miał w analizowanym okresie tendencję malejącą. Natomiast wzrastał udział wydatków na opiekę długoterminową. Ta tendencja odzwierciedla konsekwencje dynamicznego procesu starzenia się populacji i należy się spodziewać, że wydatki na opiekę wobec osób starszych będą wzrastały szybciej niż wszystkie inne wydatki sektora zdrowotnego.

Mimo że począwszy od 2004 r. wydatki na ochronę zdrowia wyraźnie wzrosły, to udział wydatków na usługi zdrowia publicznego w tym samym okresie zmalał. Jeśli skojarzymy tę tendencję z dramatycznie spadkową tendencją dotyczącą wydatków na tzw. usługi 'związane z ochroną zdrowia' (patrz Rozdz. IV p. 1), obejmujące inne elementy zdrowia publicznego (np. kształcenie i szkolenie w ochronie zdrowia, badania i rozwój, kontrolę żywności, higieny i wody pitnej, zdrowie w środowisku, administrację i dostarczanie świadczeń socjalnych w naturze dla osób chorych i niepełnosprawnych oraz administrację i dostarczanie świadczeń pieniężnych związanych z ochroną zdrowia), to możemy stwierdzić, że w mamy w Polsce do czynienia z lekceważeniem funkcji profilaktycznych i prewencyjnych w systemie ochrony zdrowia wbrew dowodom na racjonalność działań w zakresie zdrowia publicznego oraz wbrew postulatam WHO i Komisji Europejskiej.

Analiza wydatków wg funkcji, pozwala na wyodrębnienie wydatków o charakterze administracyjnym. Należy zauważyć, że wydatki te po likwidacji kas chorych i utworzeniu NFZ, zdecydowanie zmalały. W ten sposób uzyskano widoczną oszczędność w kosztach funkcjonowania sektora zdrowotnego. Trudno jednak odpowiedzieć na pytanie, czy ta bezpośrednia oszczędność znalazła przełożenie na oszczędność pośrednią, a mianowicie, wynikającą z poprawy efektywności funkcjonowania całego systemu. Faktem jest jednak, że zgłaszane obecnie zmiany organizacyjne, dotyczące rozbudowania funkcji płatnika, przyniosą w konsekwencji wzrost bezpośrednich kosztów administracyjnych. Aby je podjąć, należy udowodnić, że przyniosą ewidentne korzyści w dziedzinie poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Zmniejszaniu się udziału wydatków ponoszonych na podstawowe funkcje zdrowotne realizowane w sektorze ochrony zdrowia (poza opieką długoterminową), towarzyszy wzrost udziału wydatków na artykuły medyczne, usługi pomocnicze oraz inwestycje. Skala tego wzrostu jest tak duża i konsekwencje dla spadku udziału wydatków na realizację usług zdrowotnych tak poważne (w tym niedopłacanie pracy personelu medycznego), że bez wprowadzenia narzędzi racjonalizacji rosnących wydatków, spełnianie przez system podstawowych funkcji zdrowotnych może ulec poważnym zaburzeniom.

Tabela 117. Wydatki na zdrowie według funkcji

Wyszczególnienie	1999	2002	2003	2006
Usługi lecznicze i rehabilitacyjne mld PLN	21,2	26,9	26,7	31,4
Udział %	51,3%	52,5%	50,8%	47,8%
Długoterminowa opieka pielęgnacyjna mld PLN	2,5	2,5	2,6	6,2
Udział %	6,0%	4,8%	4,9%	9,4%
Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej mld PLN	1,2	1,5	1,6	2,4
Udział %	3,0%	3,0%	3,0%	3,7%
Artykuły medyczne mld PLN	10,8	15,6	17,1	19,6
Udział	26,1%	30,4%	32,4%	29,8%
Profilaktyka i zdrowie publiczne mld PLN	1,5	1,7	1,7	1,5
Udział %	3,6%	3,3%	3,3%	2,3%
Administracja ochrony zdrowia i ubezpieczenia zdrowotnego	1,7	1,1	0,7	0,9
Udział %	4,1%	2,2%	1,4%	1,4%
Inwestycje mld PLN	1,5	2,0	2,2	3,7
Udział %	3,7%	3,8%	4,2%	5,6%
Niesklasyfikowane mld PLN	0,91	-	-	-
Udział %	2,2%	-	-	-

Źródło: Obliczenia i szacunki własne na podstawie danych NRZ

Narodowy rachunek zdrowia pozwala także na analizę wydatków w układzie głównych podmiotów, na które ponoszone są wydatki ze względu na realizowane przez nie funkcje zdrowotne. Obraz zmian w tej klasyfikacji nie odbiega od obrazu przedstawionego w układzie według funkcji. Pojawia się w nim natomiast nowy podmiot – zagranica, którego znaczenie będzie wzrastało wraz z konsekwencjami koordynacji udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach UE w kontekście wyraźnego wzrostu mobilności ludności na obszarze Wspólnoty. Ten fakt wymaga pogłębionego rozpoznania i symulacji konsekwencji.

Tabela 118. Wydatki na zdrowie według grup świadczeniodawców

Wyszczególnienie	1999	2002	2003	2006
Szpitala mld PLN	11,9	13,9	14,4	20,3
Udział %	29,8%	28,1%	28,6%	30,9%
Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	10,2	14,5	13,8	17,8
Udział %	25,7%	29,4%	27,4%	27,1%
Zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej mld PLN	0,7	0,6	0,6	1,2
Udział %	1,8%	1,2%	1,3%	1,8%
Sprzedawcy artykułów medycznych mld PLN	10,8	15,5	17,0	20,5
Udział %	27,1%	31,4%	33,7%	31,2%
Jednostki prowadzące programy zdrowia publicznego mld PLN	1,0	1,5	1,5	1,0
Udział %	2,6%	3,1%	3,0%	1,5%
Instytucje administracji ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych	1,7	1,1	0,7	1,0
Udział %	4,3%	2,3%	1,4%	1,5%
Pozostałe jednostki gospodarcze	2,5	2,2	2,3	4,0
Udział %	6,3%	4,4%	4,5%	6,1%
Zagranica mld PLN	0,04	0,05	0,06	0,07
Udział %	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%

Źródło: Obliczenia i szacunki własne na podstawie danych NRZ

4. Problemy równowagi

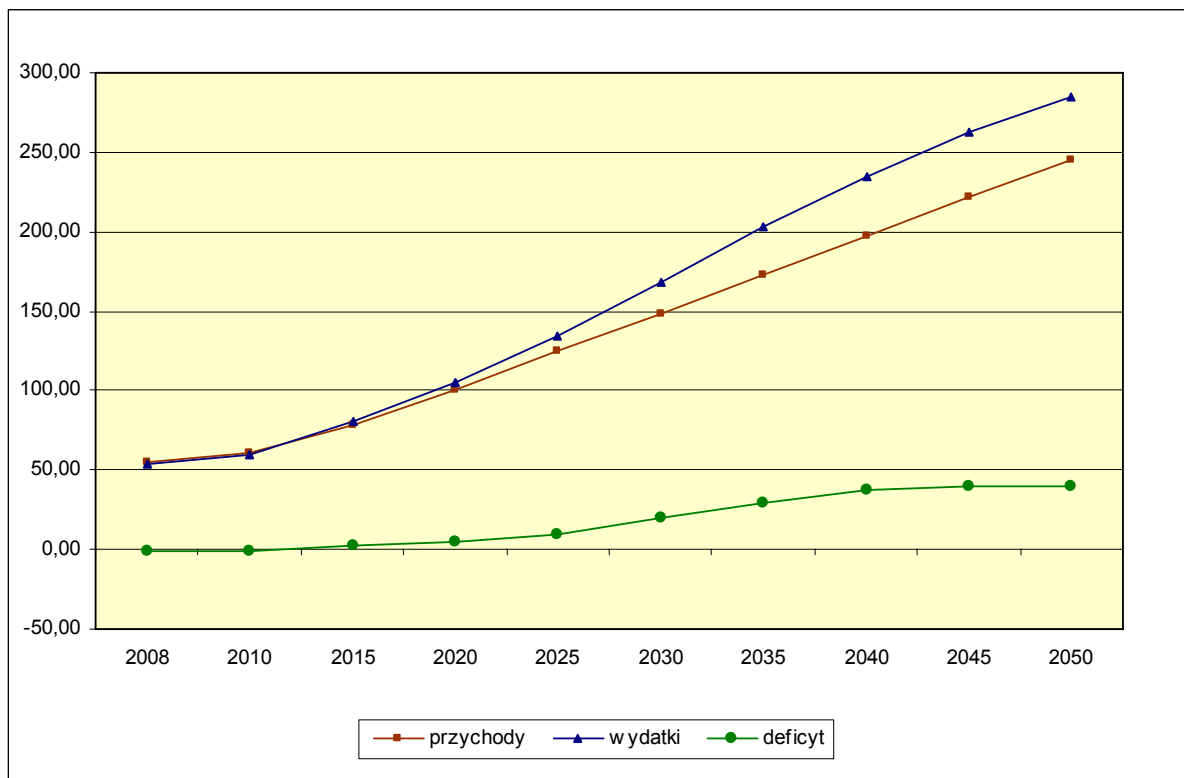
Analiza sytuacji finansowej sektora zdrowotnego w dłuższym okresie zwraca uwagę na dwa zjawiska, które są odczuwane i oceniane jako bardzo uciążliwe. Jedno dotyczy dysproporcji w rozwoju: wyższej dynamiki jednych segmentów systemu i zaniedbania innych, co burzy jego harmonijne funkcjonowanie, niezbędne dla skutecznej i racjonalnej realizacji funkcji zdrowotnych. Drugie zjawisko dotyczy zjawiska permanentnego zadłużania się jednostek udzielających świadczeń medycznych, wobec których podejmowane są akcje oddłużeniowe. Akcje te wiązano wprawdzie z programami restrukturyzacji zadłużonych placówek (szczególnie podjęta na mocy ustawy z 15.04.2005), lecz znaczna ich część sprowadzała się do tzw. 'rolowania długu', czyli przesuwania spłaty zobowiązań wymagalnych na późniejszy okres lub 'darowania' długu na koszt podatnika. Nie podjęto poważniejszych działań ukierunkowanych na ograniczanie podstawowych przyczyn zadłużania się, mimo ich wskazywania, upatrując rozwiązania problemu w prywatyzacji placówek. Tymczasem koncentracja większości zobowiązań wymagalnych na względnie małej grupie SPZOZ wskazuje, że najbardziej zadłużone szpitale są jednocześnie szpitalami największymi i często klinikami uniwersyteckimi. Ich likwidacja lub prywatyzacja raczej nie wchodzi w rachubę także ze względu na specyfikę struktury leczonych chorób (przypadki trudne i drogie) oraz funkcje badawcze i dydaktyczne, jakie dodatkowo pełnią.

Na nierównowagę w funkcjonowaniu sektora zdrowotnego zwraca uwagę także występowanie zjawiska kolejek pacjentów czekających na usługi oraz długi czas oczekiwania na nie. Jako że informacja na ten temat nie jest dostatecznie wiarygodna; zarówno ze względów trudności metodologicznych dotyczących jego charakteryzowania, jak i niepełnego raportowania o nim (patrz Rozdz. V., p. 2), nie charakteryzujemy go jeszcze w sposób ilościowy. Sygnalizujemy natomiast problem, który w niektórych specjalistycznych dziedzinach medycyny w sposób dramatyczny ogranicza dostęp do usług zdrowotnych. Dlatego potrzebne są prace metodologiczno – informacyjne pozwalające na pozyskiwanie wiarygodnych danych oraz wprowadzenie skoordynowanego zarządzania kolejkami oczekujących w celu ich ograniczania.

5. Wyzwania przyszłości

Projekcje wykonane na potrzeby raportu, wykorzystujące model budżetu socjalnego ILO, ostrzegają przed pogłębianiem się rozbieżności pomiędzy wysokością przychodów i wydatków w ochronie zdrowia. Wzrost deficytu w ciągu najbliższych dekad spowodowany jest wpływem szeregu czynników zarówno demograficznych (starzenie się populacji), jak i gospodarczych. Z jednej strony następować będzie wzrost wydatków zdrowotnych przypadających na osobę, a z drugiej - powstanie zagrożenie dezaktywizacją zawodową, wpływając negatywnie na tempo wzrostu przychodów ze składek ubezpieczenia zdrowotnego. W efekcie wzrost przychodów nie zabezpieczy pokrycia bardziej dynamicznie rosnących wydatków. Dopiero pod koniec okresu prognozy (2050) deficyt finansowy pozostanie na względnie stałym poziomie (patrz wykres), co wynika głównie z założenia mniejszego tempa wzrostu PKB i malejącej całkowitej wielkości populacji w kraju.

Wykres 85. Prognoza kształtowania się przychodów, wydatków i deficytu w sektorze zdrowotnym.



Źródło: projekcje własne

W kontekście wyników prognozy trzeba zauważyć, że nie uniknie się podnoszenia składki, niezależnie od konieczności zarówno działań racjonalizujących funkcjonowanie sektora zdrowotnego, jak i w pewnym zakresie racjonujących świadczenia zdrowotne. Do poprawy sytuacji finansowej w sektorze oraz w całym systemie zabezpieczenia społecznego przyczyni się konsekwentny program aktywizacji zawodowej populacji, obejmujący także osoby w starszych przedziałach wiekowych. To nie jest bynajmniej czynnik zewnętrzny wobec sektora zdrowotnego. W rękach lekarzy leży promowanie zdrowia, docenianie prewencji i profilaktyki, dobre leczenie i skuteczna rehabilitacja. Więcej zdrowych pracujących i w dłuższym cyklu życia – to klucz do rozwiązania problemów finansowania ochrony zdrowia w przyszłości.

6. Rekomendacje kierunkowe

Sektor zdrowotny niewątpliwie potrzebuje więcej środków. Jego finansowanie, mimo programu podwyższania składki oraz postępującego w warunkach dobrej koniunktury wzrostu dochodów ludności, będących podstawą wymiaru składki, ciągle było niedostateczne. Skala zaniedbań i zaniechań jest bowiem tak duża, że jeszcze długie lata potrzebne będą inwestycje w przywrócenie pełnej zdolności do efektywnego działania. Jednocześnie gwałtownie wzrastają nowe potrzeby zdrowotne, związane nie tylko z dynamicznym procesem starzenia się ludności, ale i z aspiracjami na tle wyższych dochodów oraz oczekiwań wobec nowych technologii medycznych. Mimo oczywistego deficytu środków w systemie, potrzebne są niezbędne działania racjonalizujące dotychczasowy sposób jego

funkcjonowania. Działania te powinny być zorientowane na efektywne wykorzystanie wszystkich zasobów: ludzkich, majątkowych, materiałowych z konieczną troską o ich utrzymanie i odbudowywanie.

Podstawowym problemem funkcjonowania sektora zdrowotnego w świetle wyników dotychczas prowadzonych analiz jest **brak sterowności**. W konsekwencji niepodjęmowane są lub podejmowane z dużym opóźnieniem niezbędne decyzje alokacyjne, dotyczące podziału środków między potrzebne zastosowania. Dlatego czynników, które generują problemy finansowe sektora zdrowotnego, nie da się zażegnać, a nawet osłabić jedną czy dwiema ustawami, zmieniającymi porządek zależności podmiotów lub zwiększeniem samodzielności jakiegoś elementu w systemie. Z kolei propozycje całkowitej zmiany ustrojowych cech systemu, na przykład przejście na finansowanie budżetowe i dalsza dekoncentracja oraz dezintegracja mogłyby tylko pogłębić trudności, które występują w sektorze zdrowotnym. Polski system ochrony zdrowia, ukształtowany po latach niedokończonych reform, nie jest prosty. Przeciwnie: istnienie wielu podmiotów decyzyjnych i trudności koordynacji utrudniają jego zarządzanie. Niezbędne jest więc **przywrócenie zdolności do sterowania systemem** w celu skutecznego podejmowania niezbędnych decyzji alokacyjnych.

Oto dwa podstawowe, z punktu widzenia generowania kosztów, pola decyzji alokacyjnych:

- Kształcenie i wynagradzanie kadr medycznych
- Wprowadzenie transparentnego i profesjonalnego systemu rejestracji i refundacji leków skutecznych medycznie i efektywnych kosztowo.

Uzyskanie wysokiej zdolności do sterowania systemem nie oznacza bynajmniej administracyjnej centralizacji podmiotów systemu. Niska efektywność centralnego zarządzania nie podlega dyskusji. Jednocześnie sytuacja pełnej autonomii i dowolności zachowań elementów systemu sprzyja uciążliwemu jego rozregulowaniu, doprowadzając do sytuacji kryzysowej. W takiej sytuacji umiejętności koordynacji i komunikacji mają podstawowe znaczenie. Temu sprzyjają odpowiednie narzędzia, a przede wszystkim:

- pełna i dostępna informacja o funkcjonowaniu wszystkich elementów systemu,
- zdolności analityczne instytucji zarządzających, pozwalające na wykorzystanie tej informacji w procesie decyzyjnym,
- zdolności do wieloletniego prognozowania i planowania podaży i popytu czynników potrzeb zdrowotnych oraz symulacji podejmowanych decyzji na dłuższe okresy,
- posiadanie kompetencji zarządczych przez liderów decyzyjnych,
- oprzyrządowanie procesów decyzyjnych w funkcje monitorujące i kontrolne.

Te oczywiste (i banalne) wydawałoby się rekomendacje, powtarzane już od dłuższego czasu, są w sektorze zdrowotnym lekceważone lub spotykają się z otwartym oporem, ponieważ w warunkach niskiego finansowania, wydatkowanie środków na działania zarządcze stoi w konkurencji z wydatkami na leczenie czy zakup leków lub sprzętu ratującego życie.

Doprowadzenie do efektywnego zarządzania na szczeblu sektora zdrowotnego wymaga równoległe poprawy zarządzania na szczeblu mikroekonomicznym; w placówkach i praktykach lekarskich. Istnieje przekonanie, że tu wystarczy prywatyzacja, która gwarantuje oczywistą poprawę efektywności. Jest to poważne uproszczenie, które wymaga wyjaśnień w kategoriach pozaideologicznych.

- Jednostki opieki zdrowotnej realizują w pierwszym rzędzie cele zdrowotne (lecnicze), a nie tworzenie nadwyżki (zysku), której powstanie może być tylko

skutkiem gospodarnego działania oraz sprzyjających okoliczności, wykorzystywanych w warunkach nie zagrażających realizacji celów zdrowotnych.

- Jednostki opieki zdrowotnej, także prywatne, finansowane są w przeważającym stopniu ze środków publicznych (kontrakty NFZ) i użytkowanie tych środków na realizację celów zdrowotnych, w warunkach przestrzegania określonych standardów medycznych, powinno być podstawą uzyskania kontraktu.
- Jednostki całkowicie komercyjne (*for profit*) i nie korzystające z kontraktów publicznych, także podlegają standaryzacji działań w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów (wymogi tego rodzaju muszą być określone ustawowo) i całkowita swoboda tych działań jest ograniczona.

W sumie - jednostki opieki zdrowotnej realizują jednocześnie dwa cele, co niewątpliwie komplikuje wybory i sprzyja usprawiedliwianiu wyższą koniecznością nieefektywności organizacyjnej, a nawet występowania marnotrawstwa. Jednak realizacja każdego celu może być realizowana w ramach różnej kombinacji zastosowanych zasobów; bardziej lub mniej efektywnych kosztowo. Procedura wyboru optymalnego rozwiązania powinna być wdrożona do procesów decyzyjnych w placówkach opieki zdrowotnej na takiej samej zasadzie jak analiza wyników badań diagnostycznych poprzedzających interwencję medyczną.

Uzyskanie efektywności mikroekonomicznej w sektorze publicznym wymaga obecnie nie tyle ich prywatyzacji, co wprowadzenia mechanizmów gwarantujących zatrudnianie profesjonalnych kadr oraz wdrożenia odpowiednich procedur analityczno-decyzyjnych, popartych dobrym systemem motywacji, do generowania zachowań skutecznych zdrowotnie i efektywnych kosztowo. Osiągnięcie takich efektów w aktualnej sytuacji, gdy organem założycielskim jednostek jest słabo oprzyrządowany samorząd terytorialny a systemy motywacji są nadal nieokreślone jest bardzo trudne i w wielu przypadkach niemożliwe. Faktem jest też, że ustawa o samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej jest ustawą kulawą i wymaga zmiany. Jednak planowana zmiana formuły własnościowej jednostek medycznych na spółki prawa handlowego powinna zostać poprzedzona regulacjami dotyczącymi dostępności, standardów bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń.

7. Rekomendacje szczegółowe

Rekomendacje szczegółowe dotyczą analizowanych obszarów i są wynikiem refleksji powstałej w trakcie pracy nad raportem. Nie są to nieznanne i oryginalne pomysły, lecz postulaty powtarzane od pewnego czasu, obecne także w poprzednim raporcie ZK. Ich zestawienie może służyć jako plan efektywnościowych działań, niezbędnych do podjęcia w sektorze. Wdrożenie tych działań zależy od świadomości decydentów, ich determinacji, ale także od posiadanych zasobów, zarówno eksperckich, jak i możliwości uruchomienia odpowiednich środków finansowych. Żadnego programu i planu, nawet najlepszego, nie da się zrealizować wyłącznie w wyniku uchwalenia ustawy. Dopiero od przygotowania warunków do ich efektywnego wdrożenia zależy uzyskanie zamierzonego efektu. Sektor zdrowotny od dłuższego czasu cierpi na niemoc realizacji słuszych celów. Wnioski, jakie z tego wynikają, prowadzą do postulatu, aby każde zamierzenie analizować z punktu widzenia możliwości jego realizacji; pojawienia się możliwych barier jak i dodatkowych czynników sprzyjających, umożliwiających wystąpienie efektu synergii.

Zestawienie rekomendacji szczegółowych

Obszar	Działanie	Adresat
Przychody	Stosowanie i egzekwowanie zasady proporcjonalnego wkładu finansowego w stosunku do wszystkich grup społecznych uzyskujących przychody – także rolników. Precyzyjne zdefiniowanie odpowiedzialności państwa za łagodzenie trudności finansowych grup nie uzyskujących dochodów i konsekwentne przestrzeganie podjętych decyzji. Opracowanie długookresowego planu podnoszenia składki zdrowotnej odpowiednio do prognoz ekonomicznych i demograficznych.	Rząd i Ministerstwo Finansów (MF) MF i Ministerstwo Zdrowia (MZ)
Decyzje alokacyjne	Zdefiniowanie miejsca i zadań dla strategicznej komórki odpowiedzialnej za przygotowanie podstaw decyzji alokacyjnych i systemowych w sektorze zdrowotnym. Zdefiniowanie zasad finansowania celów zdrowotnych z podatków ogólnych; zdrowie publiczne i tzw. działalność związana ze zdrowiem - w tym edukacja medyczna i badania naukowe. Przygotowywanie długookresowych planów o kierunkach (i priorytetach w danym okresie) wydatkowania środków według: <ul style="list-style-type: none"> • rodzajów chorób • rodzajów działań i funkcji • grup świadczeniodawców. 	Rząd, MZ i zaplecze eksperckie Rząd, MZ, MF, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ i zaplecze eksperckie MZ i zaplecze eksperckie (niezależne!) MZ MZ we współpracy z firmami farmaceutycznymi, AOTM z zapleczem eksperckim
Zasady i metody finansowania świadczeniodawców	Zdefiniowanie źródeł finansowania wszystkich funkcji realizowanych przez świadczeniodawców oraz wszystkich funkcji realizowanych w sektorze zdrowotnym i dla jego działania niezbędnych. Opracowanie koszyka świadczeń	Rząd, MF, NFZ i MZ MZ i AOTM z

	<p>gwarantowanych ze środków publicznych w oparciu o kryteria skuteczności medycznej i efektywności kosztowej.</p> <p>Prowadzenie analiz efektywności zastosowanych metod finansowania kontraktów z punktu widzenia efektywności użytkowania zasobów (osobowych, leków i materiałów, amortyzacji i usług obcych) oraz osiągniętych celów zdrowotnych.</p> <p>Wdrożenie analizy kosztów jednostkowych odpowiednio do zdefiniowanych i sklasyfikowanych procedur medycznych.</p> <p>Opracowanie i wdrożenie metod zarządzania długiem oraz systemów motywacyjnych dla ich sekurytyzacji.</p>	<p>zapleczem eksperckim</p> <p>NFZ</p> <p>MZ, NFZ, AOTM</p> <p>MF, MZ i JST</p>
Zarządzanie zasobami pracy (kadrami)	<p>Zdefiniowanie wymagań, zasad i warunków zatrudniania kadr menadżerskich oraz profesjonalistów medycznych.</p> <p>Opracowanie ścieżek kariery dla wszystkich grup profesjonalistów medycznych.</p> <p>Opracowanie ram dla systemów wynagradzania (wartościowania pracy) pracowników sektora zdrowotnego.</p> <p>Opracowanie zasad motywacji uwzględniających efekty w dziedzinie zarządzania placówką.</p> <p>Przygotowanie planu wyrównywania wynagrodzeń odpowiednio od płac przeciętnych oraz włączenie do procesu ustalania stawek kontraktowych.</p> <p>Włączenie pracowników sektora zdrowotnego do procesu dialogu społecznego, zgodnie z jego uregulowanymi zasadami.</p>	Rząd, MZ, MF, NFZ, izby lekarskie i pielęgniarskie oraz organy założycielskie
Decyzje systemowe dotyczące sektora zdrowotnego	<p>Zmiana ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w kierunku wprowadzenia odpowiedzialności właścicielskich oraz menadżerskich za uzyskane wyniki.</p> <p>Zdefiniowanie funkcji właścicielskich samorządów terytorialnych (i innych organów założycielskich) wobec zakładów opieki zdrowotnej i wskazanie instrumentów ich realizacji.</p>	<p>Rząd, MF, MSWiA MZ</p> <p>Rząd, MF, MSWiA, MZ</p>
Decyzje właścicielskie organów założycielskich	<p>Zdefiniowane podstawy finansowej służącej realizacji funkcji inwestycyjnych (plany potrzeb uwzględniających także kryteria sieci placówek) i konsekwentne stosowanie jej w planach budżetowych JST.</p> <p>Bezwzględne stosowanie zdefiniowanych zasad zatrudniania kompetentnych kadr w placówkach.</p>	Rząd, MZ i samorządy terytorialne

	Egzekwowanie metod i procedur sekurytyzacji zadłużenia placówek.	
Sprawowanie funkcji kontrolnych	Kontrolowanie realizacji kontraktów i prawidłowości zastosowanych metod finansowania.	NFZ
Sprawozdawczość oraz inne sposoby pozyskiwania danych o funkcjonowaniu sektora zdrowotnego	Rozwijanie narodowych rachunków zdrowia Rozwijanie kompletnej sprawozdawczości kosztowej wg rodzajów kosztów i grup świadczeniodawców. Systematyczne i kompletne informowanie o zatrudnieniu i wynagrodzeniach w sektorze zdrowotnym. Opracowanie metod pozyskiwania wiarygodnej informacji o listach oczekujących na usługi medyczne oraz monitorowanie zjawiska kolejek Systematyczne uaktualnianie prognoz demograficznych i wzbogacanie ich wymiarem epidemiologicznym. Systematyczne (co 3 lata) powtarzanie badań dotyczących stanu zdrowia ludności.	MZ, NFZ CSIOZ, GUS
System informacji dla ubezpieczonych i pacjentów	Opracowanie strategii polityki informacyjno – promocyjnej dotyczącej zachowań prozdrowotnych, dotyczącej leków i sposobów ich zażywania, świadczeniodawców i jakości udzielanych usług, kolejek i praw pacjenta oraz wdrożenie wynikających z niej działań.	MZ, uczelnie medyczne, media

W powyższym zestawieniu wskazujemy na instytucje, które, ze względu na swe statutowe kompetencje, byłyby odpowiedzialne za realizację zgłoszonych rekomendacji. W poprzednim raporcie tego nie zrobiliśmy, skupiając się tylko na wskazaniu priorytetowych zadań i argumentacji wyjaśniającej ich celowość i pilność. Jako że stopień realizacji postulatów wymienionych w punktach od A do K (MZ 2004, s. 209-210) w ciągu minionych 3 lat okazał się nikły, warto dzisiaj wskazać instytucje odpowiedzialne i postawić pytanie o przyczyny trudności a może i bariery realizacji tak oczywistych celów. Liczymy na to, że raport Zielonej Księgi II wywoła pewien ruch (ekspercki i obywatelski) na rzecz stymulowania i kontrolowania zdolności instytucji do realizacji podstawowych celów strategiczno – zarządczych i koordynacyjnych w sektorze zdrowotnym. Przyszłość stawia przed nami nowe i trudne wyzwania; dynamiczne starzenie się populacji, deficyt kadr medycznych i presja na dostęp do nowych technologii medycznych, którym z dotychczasowymi trudnościami efektywnego zarządzania sektorem zdrowotnym możemy nie sprostać.

Wykaz źródeł:

- Baran A. (2008), Narodowy rachunek zdrowia – wydatki na ochronę zdrowia (1999, 2004, 2005 i 2006), w pracy: *Ochrona Zdrowia i Gospodarka. Mechanizmy Rynkowe a Regulacje Publiczne*, redakcja naukowa K. Ryć, Z. Skrzypczak, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego
- Baran A. Żyra M. (2006), *Narodowy Rachunek Zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2002, 2003*, Biblioteka Wiadomości Statystycznych, GUS, Warszawa
- Chwierut S., Kulis M., Styło W., Wójcik E. (2000), *Elementy zarządzania finansowego w ochronie zdrowia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków
- Cichon M., Newbrander W., Yamabana H., Weber A., Normand Ch., Dror D., Preker A. (1999), *Modelling in health care finance. A compendium of quantitative techniques for health care financing*, International Labour Office, Genewa
- European Commission (2006), *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, Raport No 1/2006
- Eurostat, dane ze strony internetowej: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, stan na dzień 29.04.08
- Golinowska S., Kocot E., Sowa A. (2007), *Development of Scenarios for Health Expenditure in the Accession Economies. Country Report: Poland*, AHEAD, WP IX, <http://www.enepri.org/files/members/OngoingProjects/AHEAD/feb2007/presentations/Poland-WPIX.doc>
- Golinowska S., Sowada M., Woźniak M. (2008), *Sources of inefficiency and financial deficits in Poland's health care system*, WHO Europe, Copenhagen, Warszawa
- GUS (2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007), *Rocznik Statystyczny Województw*, Warszawa
- GUS (2004, 2005, 2006, 2007), *Budżety gospodarstw domowych*, Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa
- GUS (2005, 2006, 2007, 2008) *Wyniki finansowe przedsiębiorstw niefinansowych*, Warszawa
- GUS (2006), *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Warszawa
- GUS (2006, 2007), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia*, Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa
- GUS (2006, 2007, 2008) *Działalność przedsiębiorstw niefinansowych w 2004, 2005, 2006 r.*, Warszawa
- GUS (2007a), *Rocznik statystyczny pracy 2006*, Warszawa
- GUS (2007), *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2007*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa
- GUS (2007), *Ceny w gospodarce narodowej w 2006 r.*, Informacje i opracowania statystyczne Warszawa
- GUS (2007), *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 r.*, Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa
- GUS (2007), *Bilansowe wyniki podmiotów gospodarczych w 2006 r.*, Warszawa
- GUS (2008), *Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2007*, Warszawa
- GUS (2008), *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2006 rok*, Notatka informacyjna, Warszawa

- GUS, Prognoza populacji na podstawie danych GUS dot. wielkości populacji wg płci i wieku z 2005 roku, <http://www.stat.gov.pl>.
- GUS (2005, 2007), *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2004, 2006 r.*, Warszawa
- Hooper J., Longworth P. (2002), *Health needs assessment workbook*, HDA, NICE: www.nice.org.uk
- IMS Health (2008), Raport specjalny na potrzeby Zielonej Księgi finansowania ochrony zdrowia w Polsce
- Instytut Medycyny Pracy (2005, 2006, 2007), Opracowanie danych statystycznych dotyczących zasobów i działalności służby medycyny pracy w Polsce na podstawie rocznych sprawozdań MZ-35 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy i rocznych sprawozdań MZ-35A lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne pracujących za lata 2004, 2005, 2006. Autorzy: J.Kopias, M. Wojda, Łódź
- Instytut Zdrowia Publicznego UJCM (2007) *Analiza istniejącego systemu zarządzania listami oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej oraz opracowanie raportu zawierającego wnioski z analizy i zalecenia usprawnień tego systemu celem zapewnienia jego skuteczności w zapobieganiu i zwalczaniu zjawisk korupcyjnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce*. Raport zamówiony przez Fundację Fundusz Współpracy Jednostkę Finansująco-Kontraktującą, 8020/JFK/PPt-DI/2006-TF2004/016-829.05.02.04
- International Monetary Fund (1986), *A Manual on Government Finance Statistics*, Washington D.C.
- Jarmusz E., Kujoth R. (2006), *Złota karta zdrowia w: Menedżer Zdrowia nr 8, 2006*
- Kutzin J. (2001), *A descriptive framework for country level analysis of health care financing arrangements*, Health Policy 56(3) s.171-204
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (2007), *Ocena stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w 2006 r.* Warszawa
- Ministerstwo Zdrowia (2004), Raport – *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga*, Warszawa
- Ministerstwo Zdrowia (2005, 2006, 2007, 2008), Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji, *Sprawozdanie z wykonania budżetu części 46 – Zdrowie*, Warszawa
- Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (2002), *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham
- NFZ (2004, 2005, 2006), *Raporty*, Warszawa
- NFZ 2005; *Raport z kolejek*, Warszawa
- NFZ (2007), *Sprawozdanie finansowe NFZ za 2007 r.*, Warszawa
- NFZ (2007), *Sprawozdanie z działalności NFZ za rok 2006*
<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=11>
- NFZ (2008), *Łączne sprawozdanie finansowe NFZ za okres 01.01.2007-31.12.2007*,
<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=3248>
- OECD (2000), *System of Health Accounts*, version 1.0, Paris
- OECD Health Expenditures incurred by corporations
<http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=1219>
- OECD (2003), *Health Working Papers No. 7*, Paris
- OECD (2007), *OECD Health Data 2007*, X 2007 r., Paris
- OECD (2007), *Health at a Glance 2007*, OECD Indicators, Paris
http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_201185_16502667_1_1_1_1.00.html

- Rydlewska-Liszkowska I. (2002). *Financing occupational health services in Poland*. International Archives of Occupational and Environmental Health, vol.75, Suppl. 1/July 2002
- Thomas R. (2003), *Health Services Demand and Utilization*, Springer US
- Wörz, M., Foubister, T., Busse, R., Mossialos, E., & et al. 2006, *Mapping Health Services Access - National and Cross-border Issues* (HealthACCESS), Final Report, (www.ehma.org)

ANNEX

Tabele do Rozdziału III p. 3

Tabela I. Wielkość i dynamika sprzedaży leków na receptę na rynku aptecznym (w cenach producenta), wg gł. Grup chorobowych, w latach 2004-2007, ilościowo; w tys. sztuk

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2007/2004 Dynamika
Rynek Apteczny leków na receptę	572 741,62	600 096,79	617 832,06	654 775,88	-
Dynamika r/r (%)	-	4,78	2,96	5,98	14,32
A0 układ pokarmowy	73 088,95	75 442,79	79 455,34	84 137,74	-
Dynamika r/r (%)	-	3,22	5,32	5,89	15,12
B0 leki krwiotwórcze i krwiozastępcze	10 064,79	11 151,41	11 753,66	12 758,95	-
Dynamika r/r (%)	-	10,80	5,40	8,55	26,77
C0 choroby układu krążenia	160 126,93	172 318,91	183 500,61	195 296,90	-
Dynamika r/r (%)	-	7,61	6,49	6,43	21,96
D0 dermatologia	22 190,90	21 568,62	21 622,80	21 882,76	-
Dynamika r/r (%)	-	-2,80	0,25	1,20	-1,39
G0 układ ginekologiczno/urologiczny i hormony płciowe	33 279,30	34 843,69	36 198,19	38 760,55	-
Dynamika r/r (%)	-	4,70	3,89	7,08	16,47
H0 hormony	9 793,41	10 001,78	10 222,78	10 800,30	-
Dynamika r/r (%)	-	2,13	2,21	5,65	10,28
J0 leki przeciwzakazne	49 394,57	53 853,12	51 030,65	55 532,82	-
Dynamika r/r (%)	-	9,03	-5,24	8,82	12,43
K0 płyny szpitalne	2 601,08	2 622,00	2 821,17	2 892,93	-
Dynamika r/r (%)	-	0,80	7,60	2,54	11,22
L0 onkologia i immunosupresja	2 278,44	2 352,40	2 371,34	2 531,75	-
Dynamika r/r (%)	-	3,25	0,81	6,76	11,12
M0 układ mięśniowo szkieletowy	38 642,84	40 431,22	43 106,55	45 415,96	-
Dynamika r/r (%)	-	4,63	6,62	5,36	17,53
N0 układ nerwowy	94 555,08	94 692,50	94 224,91	95 625,17	-
Dynamika r/r (%)	-	0,15	-0,49	1,49	1,13
P0 parazytologia	1 787,80	1 668,87	1 583,42	1 656,99	-
Dynamika r/r (%)	-	-6,65	-5,12	4,65	-7,32
R0 układ oddechowy	44 449,21	47 598,06	46 887,39	52 031,13	-
Dynamika r/r (%)	-	7,08	-1,49	10,97	17,06
S0 leki oczne i uszne	19 611,38	19 178,53	19 584,94	20 458,46	-
Dynamika r/r (%)	-	-2,21	2,12	4,46	4,32
T0 testy diagnostyczne	4 687,96	5 690,48	6 509,17	7 420,88	-
Dynamika r/r (%)	-	21,39	14,39	14,01	58,30
V0 inne	6 188,97	6 682,43	6 959,13	7 572,62	-

Dynamika r/r (%)	-	7,97	4,14	8,82	22,36
------------------	---	------	------	------	--------------

Źródło: Dane IMS Health

Tabela II. Wielkość i dynamika sprzedaży leków na receptę na rynku aptecznym (w cenach producenta), wg gł. Grup chorobowych, w latach 2004-2007, wartościowo; w mln PLN

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	Dynamika (%) 2007/2004
Rynek Apteczny leków na receptę	8 901 899,96	9 635 671,82	10 075 980,77	10 826 098,52	-
Dynamika r/r (%)	-	8,24	4,57	7,44	21,62
A0 układ pokarmowy	1 205 236,00	1 328 789,07	1 409 802,97	1 497 550,12	-
Dynamika r/r (%)	-	10,25	6,10	6,22	24,25
B0 leki krwiotwórcze i krwiozastępcze	261 136,64	316 429,41	358 473,89	386 704,41	-
Dynamika r/r (%)	-	21,17	13,29	7,88	48,09
C0 choroby układu krążenia	1 881 634,45	2 029 617,71	2 235 370,91	2 408 003,73	-
Dynamika r/r (%)	-	7,86	10,14	7,72	27,97
D0 dermatologia	215 908,61	225 451,85	234 336,04	253 535,57	-
Dynamika r/r (%)	-	4,42	3,94	8,19	17,43
G0 układ ginekologiczno/urologiczny i hormony płciowe	699 294,75	744 671,39	767 949,07	829 168,10	-
Dynamika r/r (%)	-	6,49	3,13	7,97	18,57
H0 hormony	99 792,98	105 396,15	105 662,50	109 498,60	-
Dynamika r/r (%)	-	5,61	0,25	3,63	9,73
J0 leki przeciwzakazne	834 419,95	921 224,63	877 149,56	981 437,93	-
Dynamika r/r (%)	-	10,40	-4,78	11,89	17,62
K0 płyny szpitalne	10 698,13	11 030,70	11 126,06	11 793,87	-
Dynamika r/r (%)	-	3,11	0,86	6,00	10,24
L0 onkologia i immunosupresja	357 328,13	368 930,37	371 611,92	380 213,50	-
Dynamika r/r (%)	-	3,25	0,73	2,31	6,40
M0 układ mięśniowo szkieletowy	479 671,19	489 804,39	500 998,67	513 416,24	-
Dynamika r/r (%)	-	2,11	2,29	2,48	7,04
N0 układ nerwowy	1 387 531,52	1 448 811,43	1 514 027,50	1 575 647,05	-
Dynamika r/r (%)	-	4,42	4,50	4,07	13,56
P0 parazytologia	10 259,22	10 215,79	10 418,19	12 581,82	-
Dynamika r/r (%)	-	-0,42	1,98	20,77	22,64
R0 układ oddechowy	915 227,75	1 024 105,08	1 038 459,79	1 172 464,90	-
Dynamika r/r (%)	-	11,90	1,40	12,90	28,11
S0 leki oczne i uszne	200 458,21	205 319,63	217 112,27	248 571,05	-
Dynamika r/r (%)	-	2,43	5,74	14,49	24,00
T0 testy diagnostyczne	203 295,03	250 152,08	266 836,72	281 402,87	-
Dynamika r/r (%)	-	23,05	6,67	5,46	38,42
V0 inne	140 007,40	155 722,15	156 644,70	164 108,77	-
Dynamika r/r (%)	-	11,22	0,59	4,76	17,21

Źródło: Dane IMS Health

Tabela III. Wydatki NFZ z tytułu refundacji w poszczególnych grupach ATC (w tys. PLN) w latach 2004-2007, wartościowo

Grupy ATC *	2004	2005	2006	2007	2007/2004
WYDATKI RAZEM	5 483 771,76	5 726 368,72	6 149 057,57	6 157 902,58	-
Dynamika r/r (%)	-	4,24	7,38	0,14	12,29
A0 Przewód pokarmowy i metabolizm	894 289,15	946 149,60	1 051 222,28	1 037 928,88	-
Dynamika r/r (%)	-	5,80	11,11	-1,26	16,06
B0 Krew i układ krwiotwórczy	230 573,45	284 163,64	323 340,19	335 857,30	-
Dynamika r/r (%)	-	23,24	13,79	3,87	45,66
C0 Układ sercowo-naczyniowy	972 422,98	888 769,65	1 001 272,03	981 662,03	-
Dynamika r/r (%)	-	-8,60	12,66	-1,96	0,95
D0 Dermatologia	50 267,01	47 667,96	47 702,99	47 063,60	-
Dynamika r/r (%)	-	-5,17	0,07	-1,34	-6,37
G0 Układ moczowo-płciowy i hormony płciowe	195 666,06	263 107,31	291 268,09	266 048,18	-
Dynamika r/r (%)	-	34,47	10,70	-8,66	35,97
H0 Endokrynologia -hormony, bez hormonów płciowych	81 035,97	81 058,71	83 416,33	82 281,42	-
Dynamika r/r (%)	-	0,03	2,91	-1,36	1,54
J0 Leki przeciwzakazne	459 884,90	475 917,30	464 513,36	491 522,32	-
Dynamika r/r (%)	-	3,49	-2,40	5,81	6,88
L0 Leki onkologiczne i immunomodulacyjne	399 466,26	414 494,87	430 317,04	419 878,90	-
Dynamika r/r (%)	-	3,76	3,82	-2,43	5,11
M0 Układ mięśniowo-szkieletowy	273 042,09	265 594,25	275 503,28	266 940,32	-
Dynamika r/r (%)	-	-2,73	3,73	-3,11	-2,23
N0 Centralny układ nerwowy	1 016 338,57	1 033 415,34	1 097 987,38	1 070 448,15	-
Dynamika r/r (%)	-	1,68	6,25	-2,51	5,32
P0 Leki przeciw pasożytnicze, owadobójcze i repelenty	6 306,12	5 881,54	5 414,22	5 148,20	-
Dynamika r/r (%)	-	-6,73	-7,95	-4,91	-18,36
R0 Układ oddechowy	729 721,61	838 070,52	897 214,79	954 838,03	-
Dynamika r/r (%)	-	14,85	7,06	6,42	30,85
S0 Narządy zmysłów	82 800,17	82 286,86	78 546,82	94 932,56	-
Dynamika r/r (%)	-	-0,62	-4,55	20,86	14,65
V0 Różne	91 957,45	99 791,18	101 338,77	103 352,69	-
Dynamika r/r (%)	-	8,52	1,55	1,99	12,39

* W podziale stosowanym przez NFZ nie występują następujące gł. grupy leków: K0 – płyny szpitalne oraz T0 – testy diagnostyczne

Źródło: NFZ