

Cylwik, Andrzej et al.

**Proceedings**

## Stan finansów ochrony zdrowia

BRE Bank - CASE Seminar Proceedings, No. 97

**Provided in Cooperation with:**

Center for Social and Economic Research (CASE), Warsaw

*Suggested Citation:* Cylwik, Andrzej et al. (2008) : Stan finansów ochrony zdrowia, BRE Bank - CASE Seminar Proceedings, No. 97, Center for Social and Economic Research (CASE), Warsaw

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/128287>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

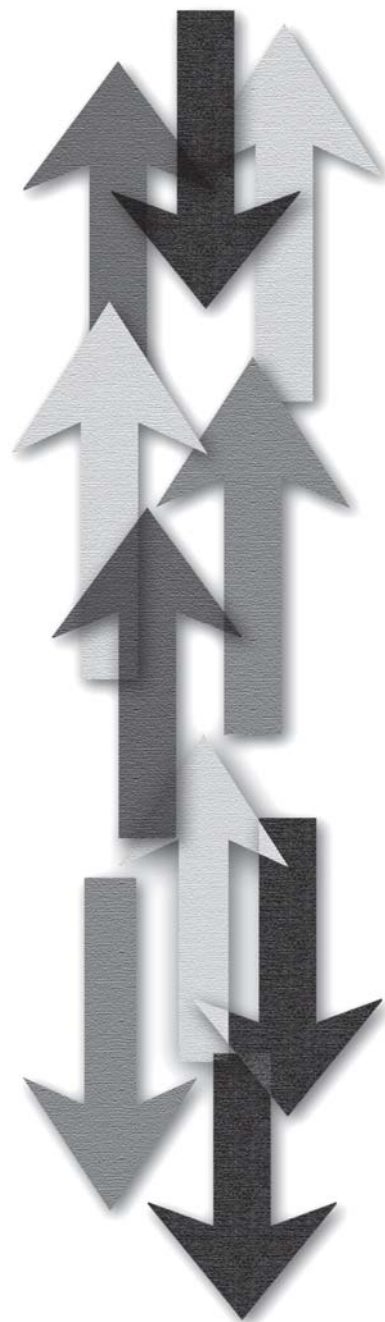
*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

**Stan  
finansów  
ochrony  
zdrowia**

**Nr 97**  
**2 0 0 8**



**BRE BANK SA**



**Centrum Analiz  
Społeczno-Ekonomicznych**

Publikacja jest kontynuacją serii wydawniczej Zeszyty PBR-CASE

CASE-Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Fundacja Naukowa  
00-010 Warszawa, ul. Sienkiewicza 12

BRE Bank SA  
00-950 Warszawa, ul. Senatorska 18

Copyright by: CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych – Fundacja Naukowa i BRE Bank SA

Redakcja naukowa  
Ewa Balcerowicz  
Sekretarz Zeszytów  
Krystyna Olechowska

Autorzy  
Andrzej Cylwik  
Stanisława Golinowska  
Anna Ruzik  
Agnieszka Sowa  
Christoph Sowada  
Barbara Warzybok

Projekt okładki  
Jacek Bieńkowski

DTP  
SK Studio

ISSN 1233-121X

Wydawca  
CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych – Fundacja Naukowa, 00-010 Warszawa, ul. Sienkiewicza 12  
Nakładca  
Fundacja BRE Banku, 00-950 Warszawa, ul. Królewska 14  
Oddano do druku we wrześniu 2008 r. Nakład 300 egz.

## SPIS TREŚCI

LISTA UCZESTNIKÓW SEMINARIUM.....	4
STAN FINANSÓW W OCHRONIE ZDROWIA – <i>Stanisława Golinowska</i> .....	5
WYNAGRODZENIA W OCHRONIE ZDROWIA – <i>Anna Ruzik</i> .....	13
RYNEK LEKÓW W POLSCE W LATACH 2004–2007 – CHARAKTERYSTYKA I PERSPEKTYWY ROZWOJU – <i>Andrzej Cylwik, Barbara Warzybok</i> .....	19
ZADĘŻENIE PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE – <i>Christoph Sowada</i> ...	29
OCHRONA ZDROWIA W WYBRANYCH KRAJACH OECD – TRENDY WYDATKÓW I OCENA FUNKCJONOWANIA SYSTEMU – <i>Agnieszka Sowa</i> .....	41

## LISTA UCZESTNIKÓW SEMINARIUM

Tadeusz Baczko	INE PAN
Ewa Balcerowicz	CASE
Alina Baran	
Barbara Błaszczyk	CASE, WSB-NLU
Magda Ciłkowicz	SGH
Marcin Czech	WUM
Renata Dobrzyńska	Fitach Ratings
Piotr Dziewulski	DnbNord
Stanisława Golinowska	CASE, UJ
Małgorzata Golik	NBP
Krzysztof Jakóbiak	WUS w Krakowie
Dominika Jakubowska	CASE
Anna Jaros	Ambasada USA
Franciszek Kaczmarek	Sygnity
Magdalena Kaniewska	CASE
Ewa Kocot	UJ
Marzena Kowalska	Luxmed
Michał Koziński	GUS
Andrzej Kropiwnicki	AMC
Hanna Lewandowska	SWPW Płock
Gabriela Machura-Bocian	NBP
Ewa Malesa	GUS
Jan Michałek	WNE UW
Marek Misiak	NŻG
Robert Mołdach	eFabrica
Marek Niechciał	UOKiK
Krystyna Olechowska	CASE
Maria Penpeska	WUS w Krakowie
Danuta Rozpędowska-Matraszek	UŁ
Anna Ruzik	CASE, IPiSS
Zofia Skrzypczak	WZ UW
Agnieszka Sowa	CASE, UJ
Christoph Sowada	UJ
Tomasz Stankiewicz	WNE UW
Wiesław Szczuka	BRE Bank
Maria Świderek-Kosowicz	UŁ
Aleksandra Tycner	Polskie Radio Pr. 1
Wanda Urbańska	PKO BP
Barbara Warzybok	CASE-Doradcy
Joanna Wilczyńska	BRE Bank
Katarzyna Włudyga	BRE Bank

## Stan finansów w ochronie zdrowia

Już po raz drugi przygotowany został raport o stanie finansów w ochronie zdrowia. Pierwszy raz taki raport znany jako *Zielona Księga finansów ochrony zdrowia* opracowano w 2004 r. Obecnie przekazano kolejny – *Zielona Księga II*. Całościowej wiedzy o stanie finansów w ochronie zdrowia nadal brakuje, mimo że zbiory informacji o wielu obszarach funkcjonowania sektora zdrowotnego uległy wzbogaceniu. W miarę dostateczna wiedza obejmuje tylko niektóre rodzaje działalności. Najbardziej brakuje informacji dotyczącej kształtowania się kosztów w sensie ekonomicznym, a nie tylko księgowym.

Przedmiotem prezentowanego artykułu jest informacja o wynikach raportu *Zielona Księga II*. Jego celem było 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.

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 wprawdzie cudownych recept na uzdrowienie systemu, chociaż wnioski analizy jednoznacznie wskazują, jakiego rodzaju tendencje są niebezpieczne, jakie dobrze byłoby skorygować, a co zmierza w oczekiwanym kierunku, ale wynikające z wniosków 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.

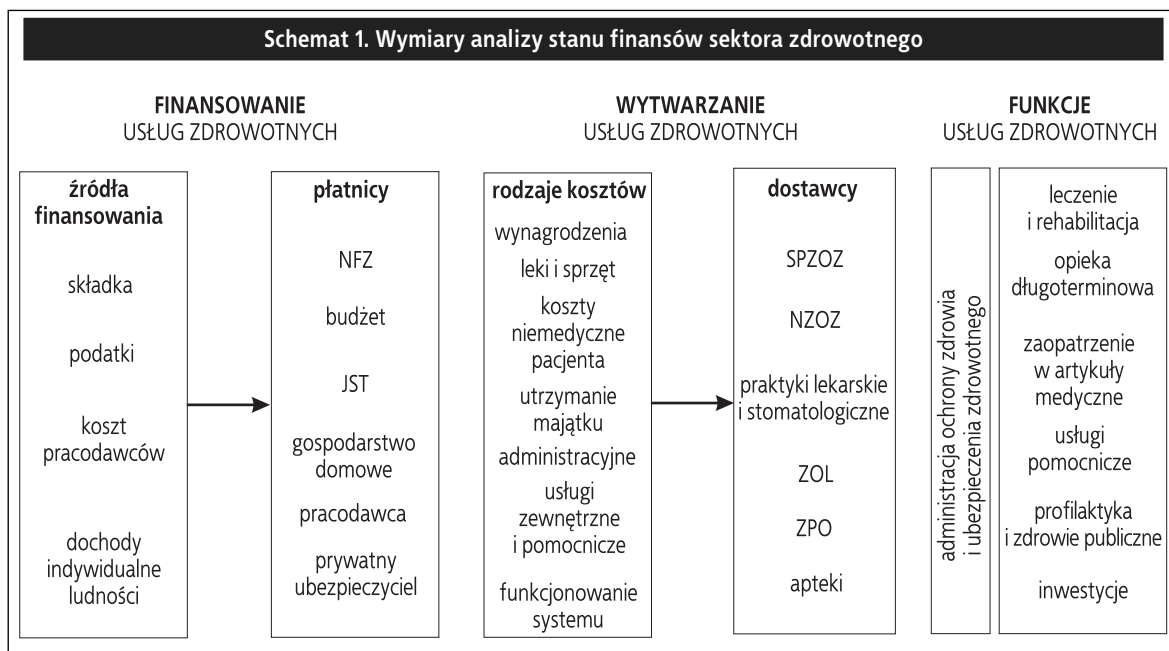
## Metoda kompleksowej oceny stanu finansów

Analiza sytuacji finansowej została przedstawiona według schematu obrazującego przepływ środków w sektorze zdrowotnym. Nawiązuje on zarówno do klasyfikacji działalności WHO, jak i do koncepcji opisu stanu finansów postulowanej w WHO (Kutzin 2001). Schemat ten w postaci dostosowanej do polskich warunków przedstawiono poniżej.

Pierwszy blok schematu to źródła finansowania i płatnicy. Schemat nie wydobywa zróżnicowanej wagi poszczególnych źródeł. Od momentu wprowadzenia ubezpieczenia zdrowotnego (1999) wśród źródeł finansowania dominuje, oczywiście, składka. Na schemacie ubezpieczycieli umieszczono także 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.

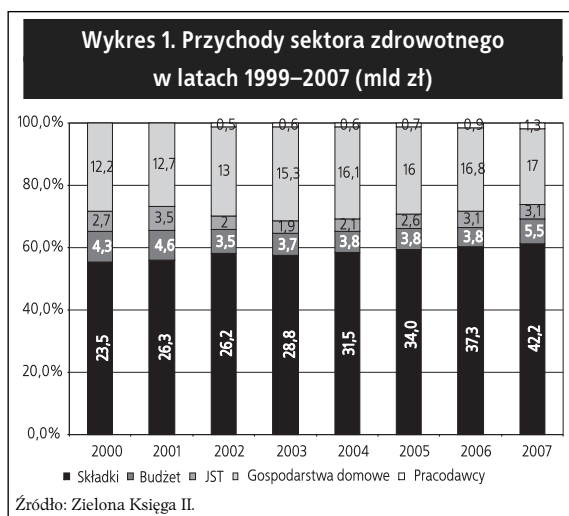
Trzeci blok to analiza przekrojowa funkcji, jakie w sektorze zdrowotnym są realizowane. Dominuje, oczywiście, leczenie i rehabilitowanie. Jednak zaopatrzenie w leki i różnego rodzaju usługi pomocnicze osiągają znaczną pozycję w strukturze wydatków.



## Zmiany w przychodach

Udział przychodów sektora zdrowotnego 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.

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 indywidualne dochody ludności przeznaczone 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.

Środki pochodzące z budżetu państwa oraz budżetów jednostek terytorialnych (JST) nie stanowią trwałe uregulowanego strumienia przychodów sektora zdrowotnego. Ich kształtowanie się podlega zmiennym regulacjom dotyczącym decyzji alokacyjnych władz centralnych oraz samorządu terytorialnego. Teoretycznie przyjmuje się, że z budżetu centralnego powinno finansować się bardziej potrzeby całej populacji, a nie indywidualne usługi lecznicze, a więc krajowe programy zdrowotne, procedury wysokospecjalistyczne, ratownictwo medyczne, krajowe programy inwestycyjne, itd.

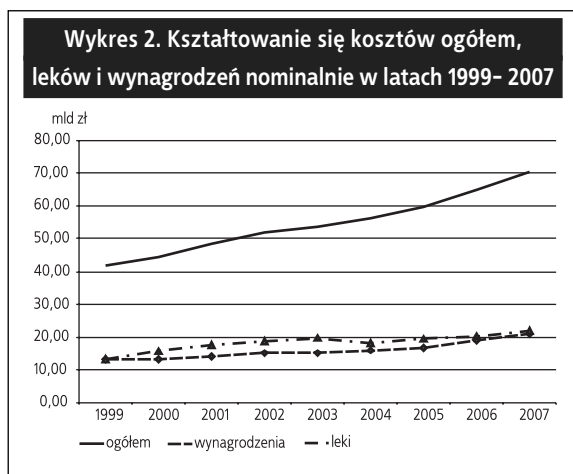


W przypadku JST kierunki przeznaczania środków są tylko częściowo podobne do tych, jakie występują w budżecie centralnym. Jednostki samorządu terytorialnego będąc organami założycielskimi dla większości publicznych placówek zdrowotnych w kraju, odpowiadają za ich inwestycje, od pewnego czasu także remonty 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.

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 żywiołowego rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, dla których nie przygotowano jeszcze regulacji umożliwiającej ich oficjalne wprowadzenie.

## Koszty w sektorze zdrowotnym

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. Na wy-



wykresie 2 przedstawiono 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.

Koszty wytwarzania usług zdrowotnych i funkcjonowania instytucji sektora zdrowotnego w latach 1999–2007 wzrosły 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, a 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

## 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.

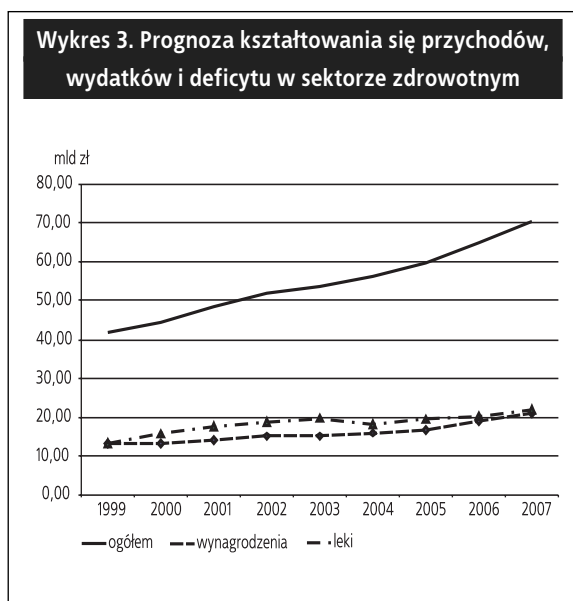
W latach 1999–2007 dynamika wydatków prywatnych była wyższa niż publicznych bieżących, a szczególnie wysoką dynamiką charakteryzowały się wydatki inwestycyjne. W ujęciu realnym wydatki te w latach 1999–2006 wzrosły o 85%. W konsekwencji ich udział w całości wydatków zwiększył się o 2 punkty procentowe: z 3,6% do 5,6%.

Analiza wydatków w strukturze realizowanych funkcji wykazała, że wydatki na usługi lecznicze i rehabilitacyjne miały w analizowanym okresie tendencję malejącą. Natomiast wzrastał udział wydatków na opiekę długoterminową. Tendencja ta 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 zwrócimy uwagę na dramatycznie spadkową tendencją dotyczącą wydatków na tzw. usługi związane z ochroną zdrowia, 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 Polsce mamy do czynienia z lekceważeniem funkcji profilaktycznych i prewencyjnych w systemie ochrony zdrowia wbrew dowodom na racjonalność działań w zakresie zdrowia publicznego oraz wbrew postulatom 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.

**Wykres 3. Prognoza kształtowania się przychodów, wydatków i deficytu w sektorze zdrowotnym**



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.

## Wyzwania przyszłości

Projekcje wykonane na potrzeby raportu, wykorzystujące model budżetu socjalnego ILO, ostrzegają przed pogłębianiem się rozbieżności między wysokością przychodów i wydatków w ochronie zdrowia (Golinowska, Kocot, Sowa 2007). Wzrost deficytu w ciągu najbliższych dekad spowodowany będzie 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 dynamicznie rosnących wydatków. Dopiero pod koniec okresu prognozy (2050) deficyt finansowy pozostanie na względnie stałym poziomie,

co wynika głównie z założenia mniejszego tempa wzrostu PKB i malejącej całkowitej wielkości populacji w kraju.

Z prognozy wynika, 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.

## Bibliografia

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>

GUS (2008), *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2006 rok*, Notatka informacyjna, Warszawa

Kutzin J. (2001), A descriptive framework for country level analysis of health care financing arrangements, *Health Policy* 56 (3) s. 171-204

Ministerstwo Zdrowia (2004), Raport – *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga*, Warszawa

\*

*Stan finansów ochrony zdrowia był tematem 97. publicznego seminarium BRE-CASE. Seminarium zorganizowała Fundacja CASE we współpracy z BRE Bankiem SA w ramach stałego cyklu spotkań panelowych. Seminarium odbyło się w Warszawie, w czerwcu 2008 r. Organizatorzy zaprosili do wygłoszenia referatów: dr. Christoph Sowa, eksperta ekonomiki zdrowia, adiunkta w Instytucie Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; dr. Annę Ruzik, eksperta CASE, adiunkta w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych, członka Rady NFZ; dr. Andrzeja Cylwika, prezesa CASE-Doradcy – referat w zastępstwie wygłosiła Barbara Warzybok, ekspert w CASE-Doradcy oraz Agnieszkę Sowę, eksperta CASE, asystenta w Instytucie Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.*

*Moderatorem dyskusji panelowej była prof. Stanisława Golinowska, wiceprzewodnicząca Rady Fundacji CASE i dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.*

# n o t a t k i

## Wynagrodzenia w ochronie zdrowia

Jedną z kwestii, warunkujących koszty świadczenia usług zdrowotnych w danym kraju jest poziom wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia. Ta część próbuje odpowiedzieć na pytania, jak zmieniały się te wynagrodzenia w ostatnich latach oraz czy miało to wpływ na udział kosztów pracy – w szczególności pracy personelu medycznego – w kosztach ogółem sektora ochrony zdrowia.

Szukając odpowiedzi na tak postawione pytanie, pamiętać należy o trudnościach w ustaleniu dokładnych wynagrodzeń personelu medycznego, czego przyczyną jest między innymi różnorodność form zatrudnienia osób świadczących pracę w ochronie zdrowia (umowy o pracę, własna działalność), ale również umowy cywilno-prawne<sup>1</sup> oraz dość częste zjawisko pojmowania pracy u kilku pracodawców i pracy w nadgodzinach.

Wykorzystano różne źródła danych o wynagrodzeniach, m.in. wyniki następujących badań Głównego Urzędu Statystycznego:

- 1) przeprowadzanych mniej więcej co dwa lata państwowych badań wynagrodzeń, opartych na informacjach przekazywanych przez firmy zatrudniające 10 lub więcej pracowników,
- 2) informacji z corocznego badania *Działalność przedsiębiorstw niefinansowych*.

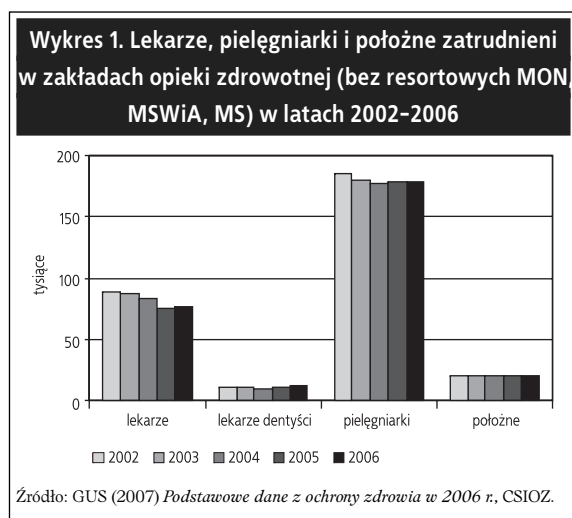
Dodatkowo sięgnięto do danych publikowanych w biuletynach Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) i wyników innych dostępnych analiz.

### Wybrane czynniki wpływające na wynagrodzenia

Wpływ na zarobki danej grupy zawodowej ma wiele czynników. Poziom i rozkład wynagrodzeń oraz zmiany tych wielkości mogą mieć źródło w zmianie siły przetargowej pracowników wobec pracodawców, wynikające z cech

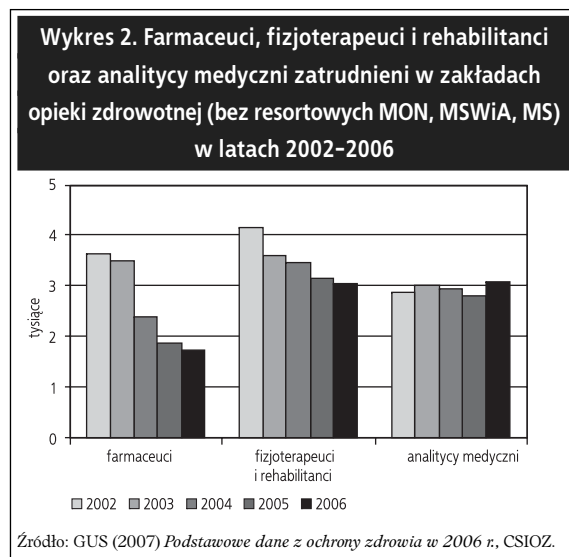
przedsiębiorstw: np. branży, wielkości, sektora własności, typu negocjacji płacowych albo z panującą sytuacją makroekonomiczną. W innych wypadkach (często poprzedzających wzmocnienie pozycji pracowników) bardziej istotna jest zmiana popytu na produkty lub usługi świadczone przez określony sektor, a także dostępność podaży odpowiednio wykwalifikowanej pracy.

Przed analizą przeciętnych wynagrodzeń można postawić tezę, że w ostatnich latach w sektorze ochrony zdrowia można było zaobserwować obydwa powyżej wymienione zjawiska.



W przeszłości wynagrodzenia w ochronie zdrowia i opiece społecznej były niższe niż w innych dziedzinach gospodarki, w tym również w porównaniu do wynagrodzeń w sektorze publicznym. Powodowało to cykliczne coraz silniejsze naciski na wzrost płac pracowników tego sektora. Mniejsza podaż pracy z powodu odchodzenia z zawodu i na emerytury części osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycz-

nego nałożyła się na emigrację zagraniczną personelu medycznego po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej i szczególnie w niektórych regionach zwiększyła trudności w znalezieniu lekarzy bądź pielęgniarek do pracy za oferowane wynagrodzenie.



Wykresy 1 i 2 prezentują stan zatrudnienia w zawodach medycznych, liczby te malały w ostatnich latach w niemal wszystkich grupach zawodowych.

Jak pokazują dane Eurostatu, w porównaniu z innymi krajami europejskimi Polska ma również niekorzystne wskaźniki, jeśli chodzi o liczbę zatrudnionych pracowników medycznych w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców, szczególnie dotyczy to się lekarzy i pielęgniarek.

Obowiązująca od początku 2008 roku nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dostosowała polskie prawo do unijnej dyrektywy o czasie pracy, co dodatkowo spowodowało ogranicze-

**Tabela 1. Personel medyczny w wybranych krajach Europy w 2005 r.  
(lub najnowszy rok, dla którego dostępne były dane)**

	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	
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
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	47,0	5,5	4,3
Portugalia	26,8	0,4		74,7	0,3	1,1
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

Źródło: GUS oraz Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/>, data dostępu: 23. 06. 2008 r.

nie pracy w nadgodzinach i w czasie dyżurów medycznych obecnie zatrudnionego personelu.

Zaistniała sytuacja wzmocniła postulaty dotyczące podniesienia wynagrodzeń. Doprowadziło to między innymi do uchwalenia tzw. „ustawy 203”, a w ostatnim czasie ustawy z 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 z późniejszymi zmianami).

## Wynagrodzenia przeciętne

Dostępne dane pokazują, że płace nominalne w ochronie zdrowia w ostatnich latach wzrosły,

poprawiła się też ich relacja do przeciętnych wynagrodzeń. Najbardziej wzrosły pensje w firmach zatrudniających 10 lub więcej osób. Wykres 3. pokazuje przeciętne wynagrodzenia w takich firmach w przeliczeniu na cały etat.

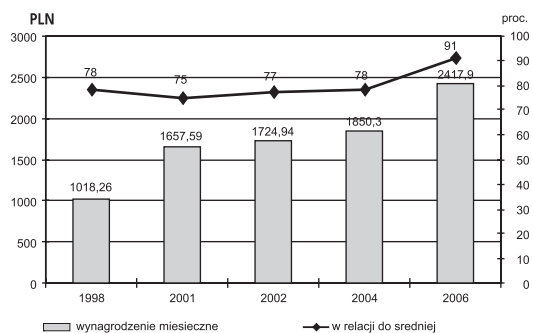
Nominalne wynagrodzenia wzrosły szczególnie między latami 2004 a 2006 o ponad 30%, zaś w relacji do średniej w całej gospodarce o jedną czwartą, przy czym średnia była tu dla firm o 10 i więcej zatrudnionych.

Z drugiej strony badanie GUS *Działalność przedsiębiorstw niefinansowych* odpowiednio dla lat 2004, 2005 i 2006 pokazuje, że w małych firmach działu ochrona zdrowia i opieka spo-



łeczna sytuacja nie poprawiła się aż tak bardzo. Wynagrodzenia brutto w firmach do 9 zatrudnionych wzrosły wprawdzie z 1412 do 1645 złotych, ale w relacji do wszystkich badanych przedsiębiorstw utrzymywały się na niezmiennym poziomie około 76%.

**Wykres 3. Wynagrodzenie nominalne brutto w dziale ochrona zdrowia i opieka społeczna i w relacji do przeciętnego w gospodarce w latach 1998–2006**



Źródło: GUS: Październikowe badania wynagrodzeń 1998, 2001, 2002, 2004 i 2006.

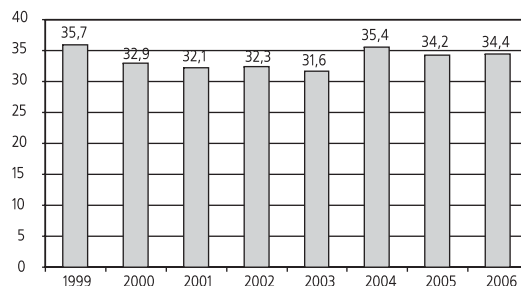
Dla okresu po 2006 r. porównywalne dane o wynagrodzeniach nie są łatwo dostępne. Pewnym przybliżeniem zmian może być Internetowe Badanie Wynagrodzeń (2007), które pokazuje strukturę i wzrost wynagrodzeń w dziale ochrona zdrowia (wg deklaracji respondentów) między 2006 a 2007 rokiem.

Należy jednak podkreślić, że ponieważ badanie to bazuje w na dobrowolnie wypełnianych ankietach internetowych, jego wyniki nie są reprezentatywne dla wszystkich typów firm świadczących usługi w ochronie zdrowia. Badanie to sugeruje wzrost nominalnych zarobków w ochronie zdrowia przeciętnie o 23% między 2006 a 2007 rokiem.

## Koszt wynagrodzeń w kosztach opieki zdrowotnej

Rachunki zysków i strat za lata 2004–2006 pokazują, że koszty wynagrodzeń w relacji do kosztów działalności operacyjnej dla grupy PKD 851 „Działalność w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego” mieściły się między 34,2% a 35,5% (Wykres 4). W opracowaniu Zielona Księga (Ministerstwo Zdrowia 2004) przeciętny roczny udział kosztów wynagrodzeń dla lat 1999–2003 ustalono na 32,9%, co pozwala ocenić, że w ostatnich latach udział ten nieznacznie zwiększył się.

**Wykres 4. Udział wynagrodzeń w kosztach działalności operacyjnej dla grupy PKD 851 „Działalność w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego” w latach 1999–2006**



Źródło: Lata 1999–2003: Ministerstwo Zdrowia (2004); lata 2004–2006: *Rachunek zysków i strat dla grupy PKD 851 „Działalność w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego”*.

Jeśli spojrzeć na udział w kosztach, analizując jednostki według województw w 2006 r., udział ten przekraczał 40% w województwach świętokrzyskim, śląskim i podlaskim, małopolskim i spadał poniżej 30% w województwie mazowieckim i wielkopolskim.

Wielkość firmy także miała znaczenie. Jednostki prowadzące księgi rachunkowe, o liczbie pracujących powyżej 9 osób, prowadzące działalność

w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego (PKD 851) rejestrowały największy 46-procentowy udział wynagrodzeń w kosztach operacyjnych, jeśli wartość ich aktywów nie przekraczała w 2006 r. 1 mld złotych. Wraz ze wzrostem aktywów udział wynagrodzeń w kosztach działalności operacyjnej maleje.

## Podsumowanie

Jak pokazała analiza dostępnych informacji na temat wynagrodzeń w ochronie zdrowia, zarówno wynagrodzenia przeciętne jak i udział wynagrodzeń w kosztach sektora zwiększył się w latach 2004–2006 w porównaniu z poprzednimi latami.

Należałoby zadać pytanie, czy w związku z dotychczasowymi tendencjami oraz możliwymi niedoborami podaży pracy kadry medycznej, można oczekiwać dalszego wzrostu udziału kosztów pracy, w szczególności kosztów pracy personelu medycznego, w kosztach ochrony zdrowia?

Odpowiedź nie jest jednoznaczna. Z jednej strony w można zaobserwować poprawę zarobków w opisywanej branży w ostatnich latach, z drugiej strony 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 w czasie pracy i wynagrodzeniach miesięcznych oraz za godzinę pracy.

Jednocześnie, jeśli Polska będzie chciała dorównać innym rozwiniętym krajom europejskim w liczbie pracującego personelu medycznego

na 10 tys. mieszkańców, w przyszłości pojawi się konieczność zwiększenia zatrudnienia w opisywanym sektorze i możliwa dalsza nierówność w podaży pracy i popycie na nią, którą można będzie zrównoważyć albo dalszym wzrostem płac albo szukaniem alternatywnych źródeł pracowników medycznych, np. przez odpowiednią politykę imigracyjną Polski.

## Literatura

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

GUS (2005), *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2004 r.*, Warszawa.

GUS (2006a), *Działalność przedsiębiorstw niefinansowych w 2004 r.* Warszawa.

GUS (2006b), *Podstawowe dane z ochrony zdrowia w 2005 r.*

GUS (2007a), *Działalność przedsiębiorstw niefinansowych w 2005 r.* Warszawa.

GUS (2007b), *Podstawowe dane z ochrony zdrowia w 2006 r.*

GUS (2007c), *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2006 r.*, Warszawa.

GUS (2008), *Działalność przedsiębiorstw niefinansowych w 2006 r.* Warszawa.

Internetowe Badanie Wynagrodzeń 2007: <http://www.wynagrodzenia.pl/>

Ministerstwo Zdrowia (2004), *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga.*

## Przypisy

<sup>1</sup> Umowa o pracę wiąże się z podleganiem regulacjom dotyczącym maksymalnego czasu pracy i uprawnień pracowniczych, wynikających z Kodeksu Pracy. Umowy cywilno-prawne najczęściej umowy-zlecenia, zastępują umowy o pracę w całości albo w części dotyczącej świadczenia pracy w ramach dyżurów medycznych. Samozatrudnienie, czyli działalność gospodarcza i podpisywanie z ZOZ umowy o świadczenie usług medycznych.



# Rynek leków w Polsce w latach 2004–2007 – Charakterystyka i perspektywy rozwoju

Autorzy publikacji uczestniczyli w I połowie 2008 r. w przygotowaniu raportu *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona księga* oraz opracowaniu analizy o lekach innowacyjnych. Oba powyższe raporty zostały przygotowane na podstawie danych statystycznych, charakteryzujących zmiany zachodzące na rynku krajowym. W niniejszej publikacji przedstawiamy kilka, naszym zdaniem, istotnych spostrzeżeń dotyczących badanego okresu oraz główne uwarunkowania na przyszłość.

## **Krótką charakterystyką przemian polskiego rynku leków w latach 2004–2007**

Charakterystykę polskiego rynku rozpoczynamy od przedstawienia sprzedaży leków w ujęciu ilościowym (tab. 1) oraz wartościowym (tab. 2)

Na podstawie analizy danych zawartych w tabelach 1 i 2 można sformułować następujące spostrzeżenia i wnioski:

### **Sprzedaż leków ilościowo**

1. Sprzedaż leków w latach 2004–2007 zwiększyła się ilościowo tylko o 6,14% – jej wzrost był nierówny, w roku 2006 wystąpił nawet niewielki ilościowy spadek sprzedaży.
2. Największą dynamikę – mierzoną liczbą opakowań – miała sprzedaż leków importowanych (31,58%) innowacyjnych (23,15%) oraz oryginalnych (19,64%). Ten „dynamiczny związek” potwierdza znaną prawdę, że dominująca większość leków innowacyjnych i oryginalnych na rynku polskim pochodzi z importu.

**Tabela 1. Sprzedaż leków w latach 2004-2007, ilościowo (tys. opakowań)  
oraz dynamika sprzedaży (w %)**

L. p.	Charakterystyka	2004	2005	2006	2007	dynamika sprzedaży w okresie 2007/2004 (%)
1	sprzedaż leków ogółem, w tym:	1 212 442,36	1 239 034,33	1 230 063,31	1 286 837,43	6,14
1.1	szpitalna sprzedaż leków	93 866,31	87 781,78	84 475,27	80 825,79	-13,89
1.2	apteczna sprzedaż leków	1 118 576,05	1 151 252,54	1 145 588,04	1 206 011,63	7,82
2.1	sprzedaż leków bez recepty (OTC)	545 834,43	551 155,75	527 755,98	551 235,75	0,99
2.2	sprzedaż leków na receptę (Rx), w tym sprzedaż:	572 741,62	600 096,79	617 832,06	654 775,88	14,32
2.2.1	leków krajowych	317 930,08	319 540,65	316 840,25	319 496,63	0,49
2.2.2	leków importowanych	254 811,54	280 556,14	300 991,81	335 279,25	31,58
2.2.3	leków generycznych	440 891,09	459 985,94	473 416,40	497 028,29	12,73
2.2.4	leków oryginalnych	131 850,53	140 110,85	144 415,66	157 747,60	19,64
2.2.5	leków innowacyjnych	118 858,57	127 494,45	132 859,59	146 373,07	23,15

Źródło: Opracowanie CASE-Doradcy na podstawie danych IMS Health (ceny producenta).

**Tabela 2. Sprzedaż leków w latach 2004-2007, wartościowo (tys. zł)  
oraz dynamika sprzedaży i dynamika cen (w %)**

L. p.	Charakterystyka	2004	2005	2006	2007	dynamika sprzedaży w okresie 2007/2004 (%)	dynamika cen w okresie 2007/2004 (%)
1	sprzedaż leków ogółem, w tym:	13 248 540,84	14 238 286,65	14 834 752,63	16 066 024,49	21,27	14,26
1.1	szpitalna sprzedaż leków	1 542 276,71	1 707 909,80	1 852 480,05	1 989 284,52	28,98	49,79
1.2	apteczna sprzedaż leków	11 706 264,13	12 530 376,85	12 982 272,58	14 076 739,97	20,25	11,53
2.1	sprzedaż leków bez recepty (OTC)	2 804 364,17	2 894 705,04	2 906 291,81	3 250 641,45	15,91	14,78
2.2	sprzedaż leków na receptę (Rx), w tym sprzedaż:	8 901 899,96	9 635 671,82	10 075 980,77	10 826 098,52	21,62	6,38
2.2.1	leków krajowych	2 664 049,00	2 861 219,00	3 005 666,00	3 167 470,00	18,90	18,31
2.2.2	leków importowanych	6 237 851,00	6 774 453,00	7 070 315,00	7 658 629,00	22,78	-6,69
2.2.3	leków generycznych	5 029 939,00	5 628 664,00	6 039 809,00	6 553 808,00	30,30	15,58
2.2.4	leków oryginalnych	3 871 961,00	4 007 007,00	4 036 172,00	4 272 290,00	10,34	-7,77
2.2.5	leków innowacyjnych	3 591 878,02	3 723 244,35	3 767 212,60	4 005 521,78	11,52	-9,45

Źródło: Opracowanie CASE-Doradcy na podstawie danych IMS Health (ceny producenta).

3. W badanym okresie zaobserwowano ilościowy spadek (-13,89%) leków stosowanych w szpitalach oraz umiarkowany wzrost sprzedaży aptecznej (7,82%), stymulowany zwiększonym przepisywaniem leków na receptę (14,32%).

## Sprzedaż leków wartościowo

1. Sprzedaż leków w latach 2004–2007 zwiększyła się wartościowo o 21,27%, czyli ponad trzykrotnie więcej niż ilościowo.

2. Największą dynamikę – mierzoną przychodami – miała sprzedaż leków generycznych (30,30%) i szpitalnych (29,98%). Lekko powyżej przeciętnej dynamiki rynkowej uplasowała się sprzedaż leków importowanych (22,78%) i sprzedaż na receptę (21,62%).

3. Pozostałe badane rodzaje leków miały dynamikę sprzedaży poniżej przeciętnej, w tym najniższą leki innowacyjne (11,52%) i leki oryginalne (10,34%). Z tego spostrzeżenia wynika wniosek, że wyższa wartościowo dynamika leków importowanych (o ponad 10 p. p.) bazowała na sprowadzaniu leków generycznych.

## Zmiany cen

Analiza dynamiki cen jest niezbędnym uzupełnieniem powyższych uwag. Obserwowane zmiany można skomentować następująco:

1. Przeciętny wzrost cen leków ogółem wyniósł 14,26%.

2. Największa dynamika cen wystąpiła w sprzedaży szpitalnej (49,79%) i była ponad trzykrotnie wyższa od przeciętnej. Wzrosty cen leków krajowych (18,31%) oraz leków generycznych (15,58%) były umiarkowane.

3. W większości badanych kategorii leków dynamika ich cen kształtowała się poniżej przeciętnej lub nawet odnotowano spadki poziomu cen: leki oryginalne (-7,77%), leki innowacyjne (-9,45%).

Na podstawie spostrzeżeń ujętych powyżej w pkt 1–3 można sformułować kilka ogólnych wniosków:

1. Wzrost cen leków jest zjawiskiem stałym, które z różnym nasileniem występuje w Polsce od 1990 r. Ceny leków – oprócz leków sprzedawanych bez recepty – mają nikły związek z inflacją cen konsumentów i/lub producentów. Najsilniejszy wpływ na ceny leków od strony kosztowej mają koszty pozyskiwania nowych substancji czynnych do produkcji leków oryginalnych oraz od strony popytowej – refundacja leków.

2. W Polsce w latach 2004–2007 wystąpił proces zmiany struktury sprzedaży leków szpitalnych (mniejsza ilość a większa wartość), co można ocenić pozytywnie. Podobny proces w lecznictwie otwartym (rynek apteczny) miał miejsce o kilka lat wcześniej.

3. Obserwujemy ponadprzeciętną dynamikę wartości sprzedaży i cen leków generycznych, zarówno krajowych jak i zagranicznych, co świadczy o zmianie polityki refundacyjnej w stronę większego wyboru leków generycznych.

4. Obserwowany w badanym okresie dynamiczny wzrost ilościowy sprzedaży leków importowanych, mimo spadku przeciętnej ceny jednego opakowania tych leków, można wyjaśnić na podstawie analizy kursowej wymiany walut. W latach 2004–2007 złoty polski umocnił się wobec USD, euro i franka szwajcarskiego o ok. 20%, podczas gdy przeciętny spadek cen leków importowanych wyniósł ok. 6,7%, czyli był o kilkanaście punktów procentowych niższy. Jeżeli przyjmiemy założenie, oparte na praktyce, że zagraniczne firmy farmaceutyczne sprzedawały swoje produkty za pośrednictwem własnych filii lub oddziałów w Polsce<sup>1</sup> – to nie zanotowały one strat w dewizach (walucie swojego kraju) mimo nominalnych spadków cen ich leków w zł, przeciwnie, ogółem nawet trochę zyskały.

5. Wzrost cen i sprzedaży leków OTC świadczy o utrzymującej się skuteczności promocji oraz reklamy tej grupy leków.

## Refundacja leków w Polsce w latach 2004–2007

Podstawowe zmiany dotyczące refundacji leków w Polsce przedstawiono w tabeli 3. W badanym okresie kwota refundacji wzrosła nominalnie (NFZ nie publikuje danych ilościowych) o 13,47%. Była to dynamika niższa o ok. 8 p. p. od wzrostu wartości sprzedaży leków na receptę. Nie ulega wątpliwości, że w latach 2004–2007 refundacja nie nadążała za rozwojem rynku leków, nawet biorąc pod uwagę tylko wartościowy wzrost sprzedaży leków na receptę.

Refundacja leków w Polsce najczęściej odbywała się w formie sprzedaży za cenę zryczałtowaną. W latach 2004–2007 ta forma refundacji zdobyła pozycję większościową (ponad 50% kwoty refundacji). Zmiany strukturalne były nieznaczne (poniżej 5 p. p.), najwięcej wzrosła refundacja zryczałtowana a najbardziej spadło bezpłatne

Tabela 3. Refundacja leków w latach 2004–2007

Charakterystyka		2004	2005	2006	2007	w okresie 2007/2004
Refundacja leków	Kwota refundacji (tys. zł)	5 891 986,35	6 181 330,98	6 660 404,09	6 689 956,61	–
	Dynamika refundacji (%)	–	4,91	7,75	0,44	13,47
Struktura refundacji w %	Bezpłatny	15,71	13,32	12,17	11,42	–
	Ryczałt	49,23	51,25	53,48	53,97	–
	30%	17,71	18,49	19,59	18,82	–
	50%	17,35	16,95	14,76	15,79	–
Przeznaczenie refundacji w %	Leki z listy podstawowej i uzupełniającej	41,19	41,50	41,84	bd.	–
	Leki z listy chorób przewlekłych	49,76	51,59	51,75	bd.	–
	pozostałe	8,91	6,49	5,56	bd.	

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia.

**Tabela 4. Zestawienie refundacji leków w ramach programów terapeutycznych i chemioterapii w latach 2004-2007 (w tys. zł)**

Rok	Kwota refundacji	Dynamika refundacji r/r (w %)
2004	bd.	-
2005	699 089,50	bd.
2006	820 169,30	17,32
2007	843 160,23	2,80

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia, obliczenia własne.

wydawanie leków (obie ok. 4 p. p.). W przypadku refundacji istotną kategorią jest finansowanie leków na choroby przewlekłe<sup>2</sup> – w badanym okresie ta kategoria refundacji także zdobyła pozycję większościową. Udział wydatków na leki z listy podstawowej i uzupełniającej pozostał bez zmian (ponad 41%), natomiast udział wydatków pozostałych zmniejszył się o ok. 3 p. p.

Na zakończenie prezentacji podstawowych danych i dotyczących refundacji leków w Polsce należy wspomnieć o środkach NFZ przeznaczonych na specjalne programy terapeutyczne i chemioterapię (por. tab. 4). Jest to kwota szczególnie istotna w obliczu wzrostu zachorowań na nowotwory.

## **Porównanie sprzedaży i refundacji leków według grup ATC**

Informacje zebrane w tabeli 5 przedstawiają sprzedaż oraz refundację leków w podziale na grupy ATC, popularnie nazywane „grupami chorobowymi”.

Na podstawie tych informacji można stwierdzić, że największy udział ilościowo i wartościowo

mają leki na choroby: układu pokarmowego, układu krążenia, oraz układu nerwowego i oddechowego. Natomiast najwyższa dynamika sprzedaży wystąpiła w przypadku leków onkologicznych oraz krwiotwórczych i krwiozastępczych.

Nie wdając się w szczegóły można wskazać, że refundacja była proporcjonalna do sprzedaży leków w ujęciu wartościowym, czyli grupy ATC o największym udziale w sprzedaży miały także największe udziały w refundacji. Jest to stwierdzenie zgodne z oczekiwaniami, chociaż refundacja w coraz większym stopniu dotyczy chorób zakaźnych, psychicznych i przewlekłych.

Szczególną uwagę należy poświęcić analizie grupy LO (onkologia). Przeciętna cena tych leków (ok. 208,5 zł) jest wielokrotnie wyższa niż średnie ceny w pozostałych grupach. Ponadto należy wskazać na bardzo wysoką dynamikę sprzedaży zarówno w ujęciu wartościowym jak i ilościowym. To prawdziwe wyzwanie dla refundacji leków onkologicznych, która wg raportu Karolinska Institutet i Sztokholmskiej Wyższej Szkoły Ekonomii jest niewystarczająca. Zdaniem autorów raportu, w Polsce wydawano na leczenie onkologiczne tylko 34 euro na osobę rocznie, czyli ok. 20 euro mniej niż na Węgrzech i ponad 30 euro mniej niż w Republice Czeskiej. W raporcie zwraca się uwagę na niewystarczający dostęp polskich chorych do innowacyjnych leków onkologicznych a w szczególności na brak (od 7 lat) decyzji o refundowaniu leków najnowszej generacji oraz na przewlekłe procedury rejestracyjne. Zgadzając się z autorami raportu że: „W interesie społecznym leży to aby innowacyjne lekarstwa o udowodnionej skuteczności były dla pacjen-



Tabela 5. Struktura, dynamika sprzedaży i dynamika cen grup ATC w latach 2004-2007, ilościowo i wartościowo

Struktura, dynamika sprzedaży i dynamika cen leków							Struktura i dynamika wydatków NFZ z tytułu refundacji	
Grupy ATC	Udział średni ilościowo w okresie 2004-2007	Udział średni wartościowo w okresie 2004-2007	Dynamika sprzedaży ilościowo w okresie 2007/2004	Dynamika sprzedaży wartościowo w okresie 2007/2004	Przeciętna cena (zł)	Dynamika cen w okresie 2007/2004	Udział średni wartościowo w okresie 2004-2007	Dynamika wartościowo w okresie 2007/2004
A0 układ pokarmowy	<b>21,00</b>	<b>16,38</b>	-5,46	12,24	9,17	18,73	<b>16,70</b>	16,06
B0 leki krwiotwórcze i krwiozastępcze	2,69	4,19	<b>24,04</b>	<b>30,02</b>	18,28	4,82	4,97	<b>45,66</b>
C0 choroby układu krążenia	<b>16,45</b>	<b>16,41</b>	18,05	25,20	11,71	6,05	<b>16,37</b>	0,95
D0 dermatologia	6,19	3,29	6,55	19,02	6,23	11,71	0,82	-6,37
G0 układ ginekologiczno/urologiczny i hormony płciowe	3,55	5,92	12,13	17,11	19,59	4,45	4,30	<b>35,97</b>
H0 hormony	1,03	1,15	6,62	24,73	13,12	16,99	1,40	1,54
J0 leki przeciwcukrzyczne	5,58	8,74	13,39	17,57	18,38	3,69	8,06	6,88
K0 płyny szpitalne	2,67	0,80	-38,06	-27,94	3,54	16,33	bd.*	bd.*
L0 onkologia i immunosupresja	0,35	6,16	19,90	47,89	208,46	23,34	7,08	5,11
M0 układ mięśniowo szkieletowy	5,44	5,02	14,27	13,04	10,83	-1,08	4,61	-2,23
N0 układ nerwowy	<b>17,38</b>	<b>14,33</b>	0,43	15,66	9,68	15,16	<b>17,95</b>	5,32
P0 parazytologia	0,16	0,10	-2,89	44,26	7,10	48,56	0,10	-18,36
R0 układ oddechowy	<b>13,61</b>	<b>11,79</b>	14,90	28,96	10,17	12,23	<b>14,51</b>	<b>30,85</b>
S0 leki oczne i uszne	1,96	1,80	9,83	26,46	10,79	15,14	1,44	14,65
T0 testy diagnostyczne	0,83	2,47	56,66	41,53	35,29	-9,66	bd.*	bd.*
V0 inne	1,12	1,45	23,26	22,17	15,15	-0,88	1,69	12,39

Źródło: Opracowanie CASE-Doradcy na podstawie danych IMS Health (ceny producenta).

\* Wyjaśnienie: w podziale stosowanym przez NFZ nie występują grupy leków K0 – płyny szpitalne oraz T0 – testy diagnostyczne

tów dostępne tak szybko, jak to jest możliwe”, należy przewartościować dotychczasową politykę leczenia chorób nowotworowych, w tym politykę lekową.

## Perspektywy rozwoju rynku leków w Polsce

W najbliższych latach będzie odczuwalny silny wpływ dwóch czynników, które będą warunkowały rozwój rynku leków w Polsce w latach 2009–2020, są to:

1. Konieczność przynajmniej ustabilizowania rosnących wydatków ludności (sektora prywatnego) na opiekę zdrowotną, w tym zwłaszcza na leki,
2. Nieunikniony proces starzenia się społeczeństwa polskiego, powodujący szybki wzrost popytu na procedury medyczne i leki.

W latach 2004–2007, jak już wspomniano, refundacja leków nie nadążała za wzrostem sprzedaży (wartościowo) leków na rynku aptecznym. Porównując odpowiednie dynamiki przedstawione w tabelach 2 i 3 można stwierdzić, że wzrost refundacji (13,47%) był wolniejszy od wzrostów sprzedaży aptecznej (20,25%) a nawet od sprzedaży leków na receptę (21,62%). Siłą rzeczy prowadziło to do zwiększania wydatków sektora prywatnego na leki, które w roku 2007 osiągnęły nominalnie ponad 12 mld zł. Jest to kwota przewyższająca finansowanie leków ze źródeł publicznych. Ewentualna kontynuacja obserwowanej tendencji będzie powodo-

wała niebezpieczne skutki społeczne i prowadziła do postępującego obniżania skuteczności leczenia.

Starzenie się społeczeństwa polskiego jest procesem obserwowanym, który niedługo wkroczy w okres kulminacji. Kolejne roczniki największego wyżu demograficznego będą kończyły 60 lat i nieuchronnie będzie rósł odsetek osób praktycznie stale zażywających leki. Na podstawie badań GUS, dotyczących stanu zdrowia ludności Polski w 2004 roku, stwierdzono, że w populacji od 60 do 69 lat udział osób, które zażywały leki w ciągu ostatnich 2 tygodni, jest ok. 28 p. p. wyższy od przeciętnej<sup>3</sup>. Jeżeli z kolei weźmiemy pod uwagę prognozowany wzrost liczby osób w wieku 60 lat i więcej (tabela 6) to wniosek o silnym wzroście popytu na leki w latach 2009–2020 jest na pewno dobrze uzasadniony i powinien być wzięty pod uwagę w planowaniu polityki lekowej.

**Tabela 6. 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	8 525 811	22,34
2016	9 040 022	23,75
2018	9 515 608	25,10
2020	9 880 643	26,21

Źródło: Prognoza GUS 2005 i obliczenia własne.

Oba przedstawione powyżej uwarunkowania prowadzą do silnego nacisku na wzrost finansowania ochrony zdrowia w Polsce, w tym refundacji leków. Są to żądania uzasadnione procesami realnymi, których nie wolno lekceważyć ani zwlekać z ich analizą i poszukiwaniem odpowiednich środków zaradczych.

## Wnioski końcowe i rekomendacje

Obserwowane przemiany rynku leków w Polsce w latach 2004–2007 są częściowo odmienne niż w okresie poprzednim, ale najbardziej istotne procesy warunkujące stan aktualny i perspektywy do 2020 r. były kontynuowane. Można wręcz mówić o postępującym efekcie ich kumulacji. Dotyczy to w szczególności niewystarczającego wzrostu refundacji leków oraz starzenia się społeczeństwa polskiego. W związku z powyższym nasuwają się następujące wnioski i rekomendacje:

1. Należy jak najszybciej, ale w miarę dokładnie oszacować zwiększenie popytu na leki i procedury medyczne spowodowane postępującym starzeniem się społeczeństwa polskiego. W tym celu będą potrzebne badania empiryczne i statystyczne, których wyniki należy uwzględnić w przygotowaniach krajowego systemu ochrony zdrowia.
2. Refundacja leków powinna wzrastać przynajmniej w takim samym tempie jak sprzedaż leków na receptę (wartościowo). Nie wolno zmuszać obywateli do ciągłego zwiększania wydatków prywatnych na leki, spowodowane-

go niedostatecznym finansowaniem ze środków publicznych.

3. Szczególną uwagę należy poświęcić problemowi wzrostu zachorowań na nowotwory, który wiąże się ze wskazanym procesem starzenia się, ale ma także wiele współczesnych uwarunkowań cywilizacyjnych. Odpowiednia koordynacja działań i stały wzrost nakładów publicznych są tutaj konieczne. W ramach realizacji właściwego programu profilaktyczno-leczniczego należy także uregulować możliwości szybszego dostępu do leków innowacyjnych.
4. Zmiany dotyczące sprzedaży w poszczególnych kategoriach leków (przedstawione w tabelach 1 i 2) są częściowo odmienne niż w okresie poprzednim. Należy wskazać na następujące najbardziej interesujące przemiany:
  - a) w 2007 r. doszło do przełomowego wydarzenia, liczba sprzedanych leków zagranicznych przewyższyła ilościową sprzedaż leków krajowych (dotyczy leków Rx) – uprzednio, od początku transformacji przeważały leki produkowane w kraju,
  - b) pod względem dynamiki sprzedaży (wartościowo) oraz dynamiki cen zaznaczyła się przewaga leków krajowych i generycznych, co może świadczyć o swoistej polityce refundacyjnej,
  - c) na rynku leków szpitalnych zaszły zasadnicze zmiany strukturalne, podobne do tych które wystąpiły kilka lat wcześniej na rynku aptecznym.

## Przypisy

<sup>1</sup> W przypadku sprzedaży pośredniej, korzyści wynikające ze wzrostu wartości złotówki, przejmie importer, który zapłaci odpowiednio mniej zł za jedną jednostkę walutową.

Powyższą analizę można zilustrować następującym przykładem.

### **Sytuacja początkowa**

Cena 1 opakowania leku importowanego wynosi 1 euro co stanowi równowartość 4 zł (kurs wymiany 1 euro = 4 zł, 1 zł = 0,25 euro)

### **Sytuacja po zmianach ceny i kursu wymiany**

Cena 1 opakowania tego samego leku z importu wynosi 3,80 zł (spadek o 5%). Kurs wymiany zmienił się o 20%, czyli 1 euro = 3,20 zł (1 zł = 0,31 euro)

1. Import bezpośredni – po zmianach importer otrzyma za 3,80 zł aż 1,178 euro.
2. Import pośredni – po zmianach krajowy pośrednik w imporcie zapłaci zagranicznemu producentowi jak uprzednio 1 euro za 1 opakowanie a sam zachowa nadwyżkę, czyli równowartość 17,8 eurocentów.

<sup>2</sup> W badanym okresie kilkakrotnie uzupełniono listę chorób przewlekłych, proces ten jest kontynuowany w roku 2008.

<sup>3</sup> W porównaniu do osób w wieku 30–39 lat wzrost wynosi ok. 38 p. p. a w porównaniu do populacji 40–49 lat jest to ok. 29 p. p. więcej, natomiast w porównaniu do osób w wieku 50–59 lat już tylko wzrost ok. 10 p. p.



# Zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce

## Wprowadzenie

Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPOZ), w szczególności jednostek szpitalnych, stanowi ciągle jeden z najistotniejszych problemów finansowych systemu ochrony zdrowia w Polsce. Rozwiązanie tego problemu, tj. doprowadzenie do sytuacji, w której SPZOZ-y byłyby w stanie regulować swoje zobowiązania w przewidzianych terminach, nie udało się żadnej ekipie rządowej od momentu przejścia Polski na drogę rozwoju gospodarki rynkowej. Kolejne podejmowane próby kończyły się w mniejszym lub większym stopniu na umorzeniu długów publicznych szpitali lub przejęciu ich przez inne publiczne instytucje. W latach 1994–1995 z dotacji budżetowych spłacono długi w wysokości ok. 1 mld zł, w roku 1997 umorzono zobowiązania publiczno-prawne, a w roku 1998 przed wprowadzeniem systemu powszechnych ubezpieczeń zdro-

wotnych skarb państwa przejął długi publicznych jednostek opieki zdrowotnej na kwotę 8,4 mld złotych. Kolejną akcją, kontynuowaną po dziś dzień a rozpoczętą w roku 2005 także cechuje element oddłużeniowy. Tym razem do końca 2007 r. umorzono SPZOZ-om zobowiązania w wysokości 1,7 mld zł. Dodatkowo przewiduje się na 2008 r. umorzenie pożyczki skarbu państwa w kwocie prawie 600 mln zł.

Niewątpliwie akcje oddłużeniowe przynoszą pozytywne efekty w postaci obniżenia poziomu zadłużenia SPZOZ-ów. Bez nich poziom zadłużenia publicznych zakładów byłby z pewnością wielokrotnie wyższy. Akcje oddłużeniowe nie rozwiązują jednak problemu nadmiernego zadłużania się SPZOZ-ów, które prowadzi do utraty zdolności do terminowej regulacji zobowiązań. W warunkach działania rynku utrata płynności finansowej oznaczałaby upadłość dłużnika, w przypadku SPZOZ-ów oznacza ona

jednak gromadzenie tzw. 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.

Analizując problem zadłużenia SPZOZ-ów nie możemy się jednak ograniczyć tylko do prześledzenia rozwoju zobowiązań wymagalnych. Te bowiem są tylko najbardziej widocznym (ale nie jedynym) efektem niewłaściwej polityki zadłużania się zakładów, często zresztą wymuszonej przez warunki zewnętrzne (szeroko określona samodzielność z ograniczoną odpowiedzialnością za konsekwencje tej samodzielności, niedofinansowanie systemu, brak nadzoru właścicielskiego, nieefektywne struktury itp.)<sup>1</sup>. Konieczne jest spojrzenie szersze, na całość zobowiązań, także na zobowiązania, które jeszcze nie są wymagalne, lecz których termin płatności przecież nadejdzie. Oczywiście zobowiązania, a zatem korzystanie z kapitału obcego przez zakłady opieki zdrowotnej, nie jest czymś *a priori* negatywnym. Wręcz przeciwnie, umiejętne może pozytywnie wpłynąć na rentowność jednostek. Problem pojawia się, gdy zakłady nie są w stanie regulować terminowo zaciągniętych zobowiązań.

Celem opracowania jest ilościowa analiza procesu zadłużania się samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w latach 1999–2007 w odniesieniu do:

- 1) tytułu zobowiązania,
- 2) rozkładu geograficznego,
- 3) organów założycielskich oraz
- 4) koncentracji na poszczególnych zakładach.

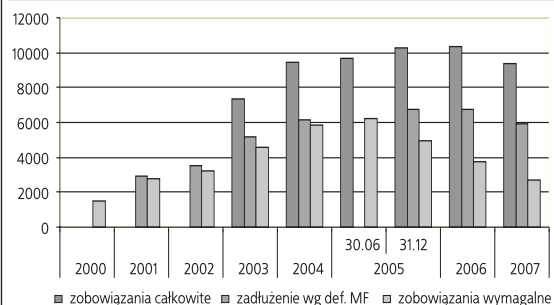
Zanim jednak omówione zostaną poszczególne struktury zobowiązań, należy spojrzeć na zmiany poziomu zobowiązań całkowitych SPZOZ-ów i ich części w ostatnich latach. Opracowanie kończy krótka analiza i ocena ostatniej podjętej w roku 2005 próby rozwiązania problemu nadmiernego zadłużania się publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

## Poziom zobowiązań SPZOZ-ów

Z ekonomicznego punktu widzenia zadłużenie tworzone jest przez wszystkie zobowiązania finansowe, jakie zaciągnięte zostały przez dłużnika i jakie należy spłacić w określonych terminach. Tak definiowane zadłużenie obejmuje całkowite zobowiązania SPZOZ-ów. Najbardziej widocznym efektem nadmiernego zadłużenia jest pojawienie się zobowiązań wymagalnych (przeterminowanych), nieprecyzyjnie utożsamianych szczególnie w dokumentach Ministerstwa Zdrowia [Ministerstwo Zdrowia 2007] z zadłużeniem. Jeszcze inne podejście do zadłużenia SPZOZ-ów proponuje Ministerstwo Finansów, które pod pojęciem zadłużenia SPZOZ-ów analizuje sumę zobowiązań wymagalnych oraz wartości uzyskanych kredytów i pożyczek, wyemitowanych obligacji i przyjętych depozytów. Wykres 1 przedstawia rozwój poziomu zadłużenia w każdej z wymienionych wyżej trzech interpretacji pojęcia zadłużenia.

Jak już wspomniano, wprowadzenie reformy zdrowotnej w 1999 r. poprzedzone zostało przejściem przez skarb państwa w zasadzie wszystkich zobowiązań wymagalnych publicz-

**Wykres 1. Zobowiązania całkowite i wymagalne SPZOZ-ów w latach 2000-2007 (w mln zł)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Raportu Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga, [Ministerstwo Zdrowia, 2004], danych o zobowiązaniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zbieranych przez Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych, MON, MSWiA oraz bezpośrednio od jednostek nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, sprawozdań MZ-03 o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sprawozdań Rb-Z.

nych placówek opieki zdrowotnej. Od 1999 r. publiczne zakłady ponownie zaczęły jednak gromadzić długi, z których część szybko nie mogła zostać spłacona w przewidywanych terminach. Już w 2000 r. SPZOZ-y wykazywały ponad 1,5 mld zł zobowiązań wymagalnych. W połowie 2005 r. poziom tych zobowiązań przekroczył 6,2 mld zł, co oznaczało, że prawie 65% całkowitych zobowiązań w kwocie 9,65 mld zł stanowiły zobowiązania nie spłacone w terminie.

Proces narastania zobowiązań wymagalnych trwał do połowy 2005 r., zobowiązań całkowitych do końca roku 2006, kiedy ich poziom przekroczył kwotę 10,3 mld zł. Na koniec 2006 r. swoje maksimum (6,78 mld zł) osiągnęło też zadłużenie obliczane wg zasad przyjętych przez Ministerstwo Finansów. Odwrócenie trendów w ostatnich dwóch latach jest wynikiem przeprowadzenia restrukturyzacji finansowej na mocy ustawy z 15 kwietnia 2005 r., do której wróć później

## Struktura zobowiązań całkowitych i wymagalnych według tytułu zobowiązania

Od czerwca 2005 r. doszło do znaczących zmian w strukturze przedmiotowej zobowiązań SPZOZ-ów, zarówno wymagalnych jak i całkowitych (tabela 1). 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 zł do 763 mln zł), głównie za sprawą umorzenia tego typu zobowiązań. Zmalał także udział zobowiązań wobec pracowników z 20,89% wszystkich zobowiązań wymagalnych na dzień 31 grudnia 2003 r. do 3,83% na dzień 31 grudnia 2007 r. (spadek z 949 mln do 105 mln zł), 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 umarżanych, chociaż poziom także tych zobowiązań ze względu na przeprowadzoną restrukturyzację uległ obniżeniu. Największą pozycję zobowiązań wymagalnych (30,68%, 838,5 mln zł na dzień 31 grudnia 2007 r.) stanowią zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych.

Warto zauważyć, że aż 60% całkowitych zobowiązań z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych stanowią zobowiązania wymagalne. SPZOZ-y wyraźnie „preferują” opóźnianie spłaty długów



Tabela 1: Wysokość zobowiązań wymagalnych wg tytułu zobowiązania

Wyszczególnienie	31. 12. 2003		31. 12. 2004		31. 12. 2005		31. 12. 2006(**)		31. 12. 2007(**)	
	mln zł	udział	mln zł	udział	mln zł	udział	mln zł	udział	mln zł	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	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	763,5	27,93
cywilnoprawne, w tym z tytułu	3 236,4	71,23	3 885,0	66,16	2 801,7	56,79	2 174,8	58,41	1 970,0	72,07
zakupów leków i materiałów medycznych	878,2	19,33	1 178,0	20,06	945,3	19,16	838,0	838,5	30,68	25,11
zakupów sprzętu i aparatury medycznej	185,1	4,07	230,7	3,93	213,8	4,33	201,7	179,6	6,57	5,81
zużycia energii, gazu, wody(*)	–		331,7	5,65	269,1	5,45	178,4	142,1	5,20	5,01
zakupów usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i innych)(*)	–		527,2	8,98	403,5	8,18	340,4	9,14	309,4	11,32
wobec pracowników	949,2	20,89	966,7	16,46	385,2	7,81	160,2	4,30	104,7	3,83
pozostałe zobowiązania	1 223,9	26,94	650,6	11,08	584,9	11,86	456,1	12,25	395,7	14,48

(\*) brak wyszczególnienia w danych na dzień 31.12. 2003 r.

(\*\*) brak danych z 1 jednostki.

Źródło: Dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ.

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%).

## Struktura zobowiązań całkowitych i wymagalnych według województw

Zarówno zobowiązania całkowite jak i wymagalne wykazują nierównomierne rozłożenie geograficzne. Największa część zobowiązań wymagalnych przypada na SPZOZ-y (głównie szpitale) 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 wojewódz-

stwa mazowieckiego (13,06%), następnie dolnośląskiego (11,59%) i śląskiego (10,24%).

Jednak ze względu na bardzo duże zróżnicowanie w wielkości województw oraz liczby SPZOZ-ów i szpitali w poszczególnych województwach lepszą miarę regionalnej koncentracji zadłużenia stanowią wskaźniki odnoszące wielkość zobowiązań całkowitych i wymagalnych SPZOZ-ów (po wyłączeniu szpitali MSWiA oraz MON) do liczby mieszkańców regionu zaprezentowane na wykresie 2. W latach 2004–2007 doszło w tym względzie do sporych zmian. Nadal jednak cztery województwa wyróżniają się negatywnie:

- 1) dolnośląskie, które mimo redukcji zobowiązań wymagalnych o połowę od połowy 2005 r. nadal przoduje pod względem zobowiązań wymagalnych na mieszkańca w kwocie 175 zł, zaś w zo-

bowiązaniach całkowitych na mieszkańca zajmuje z kwotą 379 zł drugie miejsce (na dzień 31 grudnia 2004 odpowiednio 354 i 444 zł),

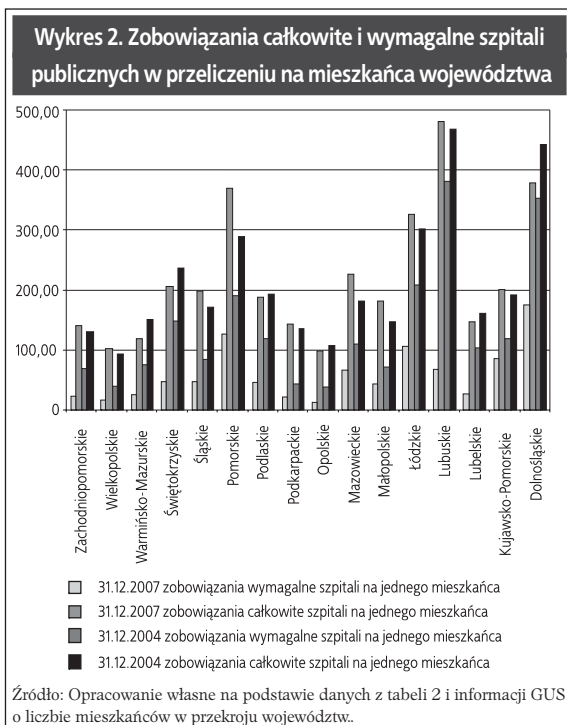
- 2) województwo lubuskie, którego szpitale wykazują najwyższe zobowiązania całkowite na mieszkańca w kwocie 480 zł, 469 zł (w 2004 r., z czego 381 to zobowiązania wymagalne),
- 3) województwo pomorskie zajmujące drugie miejsce pod względem zobowiązań wymagalnych na mieszkańca (127 zł) i trzecie pod względem zobowiązań całkowitych (369 zł) (w roku 2004 odpowiednio 190,6 i 289 zł) oraz
- 4) województwo łódzkie – zobowiązania całkowite na mieszkańca wynoszą 325 zł, wymagalne 105 zł (na 31 grudnia 2004 r. odpowiednio 301 i 208 zł).

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%.

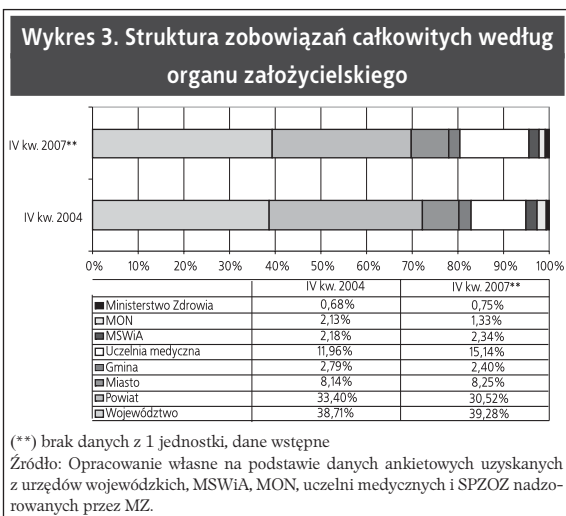
## Struktura zobowiązań całkowitych i wymagalnych według organów założycielskich

Problem zadłużenia, w szczególności problem zobowiązań wymagalnych, w różnym stopniu dotyka jednostki podległe różnym organom założycielskim. Najwięcej zobowiązań całkowitych i wymagalnych wykazują jednostki podległe samorządom wojewódzkim i powiatowym, tj. szczeblom samorządu terytorialnego stanowiącym 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 3 i 4). Szczególnie widoczny jest wzrost udziału zobowiązań 43 szpitali podległych 12 uczelniom medycznym z 11,9% do 15,14% w zakresie zobowiązań całkowitych i z 11% do 24,87% przy zobowiązaniach wymagalnych.

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, ponieważ tylko 7 szpitali generuje ponad 81% zobowiązań wymagalnych wszyst-

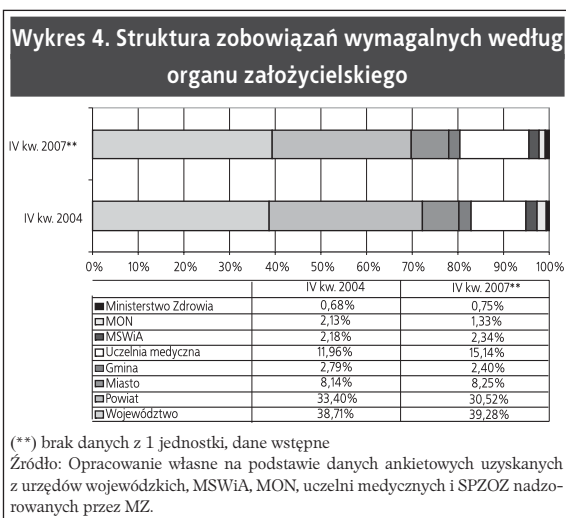


kich szpitali klinicznych (ponad 500 mln zł), natomiast 11 szpitali w ogóle nie wykazuje zobowiązań wymagalnych.



wiązań wymagalnych sektora, 29 SPZOZ-ów natomiast 50% zobowiązań wymagalnych. Jednocześnie należy zauważyć, że przychody 29 zakładów, stanowią około 10% przychodów, jakie osiągnęły wszystkie SPZOZ-y w kraju, analogicznie 111 najbardziej zadłużonych SPZOZ-ów realizuje około 26% wszystkich przychodów SPZOZ-ów. Najwyższe zobowiązania wykazują zatem największe szpitale, co z pewnością utrudnia rozwiązanie problemu na drodze likwidacji najbardziej zadłużonych jednostek.

Przedstawione wyżej liczby niekoniecznie jednak we właściwy sposób odzwierciedlają ostrość problemu zadłużenia w odniesieniu do poszczególnych jednostek. Nawet wysokie zadłużenie nie świadczy jeszcze o beznadziejnej 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, co uczyniono w tabelach 2 i 3<sup>2</sup>.



Ze względu na brak danych szczegółowych dotyczących przychodów SPZOZ-ów w 2007 r. poniższe odniesienie w stosunku do roku 2007 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 w tabelach 2 i 3 ze

## Koncentracja zobowiązań według zakładów

Koncentracja zobowiązań wymagalnych widoczna jest też w perspektywie samych zakładów. Z danych na dzień 31. 12. 2007 r. wynika, że 111 SPZOZ-ów (około 6,7%) koncentruje 80% zobowiązań

względem na nieco wyższe przychody sektora szpitali w roku 2007 w porównaniu z rokiem 2006.

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,

których roczny budżet nie wystarczyłby na ich spłatę. Kolejna jedna trzecia zobowiązań ogółem generowana jest przez zakłady, gdzie zobowiązania w relacji do przychodów pochodzą z przedziału 50%–100%. W sumie 207 jednostek, w których zobowiązania przekraczają półroczne przychody całkowite generuje 64% zobowiązań ogółem.

**Tabela 2. Zobowiązania ogółem w relacji do wielkości przychodów SPZOZ-ów**

Stosunek zobowiązań ogółem do wysokości rocznych przychodów	2004 r.			2007 r.		
	Liczba SPZOZ	Zobowiązania ogółem (mln zł)	Zobowiązania wymagalne (mln zł)	Liczba SPZOZ	Zobowiązania ogółem (mln zł)	Zobowiązania wymagalne (mln zł)
0-10%	679	159	5	698	228	6
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

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.

**Tabela 3. Zobowiązania wymagalne w relacji do wielkości przychodów SPZOZ-ów**

Stosunek zobowiązań wymagalnych do wysokości rocznych przychodów	Liczba SPZOZ			Liczba SPZOZ		
	Liczba SPZOZ	Zobowiązania ogółem (mln zł)	Zobowiązania wymagalne (mln zł)	Liczba SPZOZ	Zobowiązania ogółem (mln zł)	Zobowiązania wymagalne (mln zł)
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

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.

Analogicznie sytuacja wygląda w przypadku zobowiązań wymagalnych. 207 jednostek o najwyższych wskaźnikach zobowiązań całkowitych w stosunku do przychodów generuje 78% zobowiązań wymagalnych w skali kraju. W większości SPZOZ-ów (87%) zobowiązania wymagalne, jeśli występowały w 2007 r., nie przekraczały natomiast 10% przychodów z roku 2006. 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 zł, prawie 92% wszystkich zobowiązań wymagalnych, w 2004 r. odpowiednio 3,7 mld zł i 73,4%. Z powyższego porównania jednoznacznie wynika, że 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.

### **Zmiany poziomu zobowiązań w latach 2004-2007 – ocena restrukturyzacji finansowej**

Od 2005 r. obserwuje się spadek zobowiązań, w pierwszym wymagalnych, w 2007 r. także całkowitych. Jest to wynik restrukturyzacji finansowej, która zgodnie z art. 4 ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej objęła zobowiązania publicznoprawne, cywilnoprawne oraz indywidualne roszczenia pracownicze wynikające z „ustawy 203” znane

na dzień 31 grudnia 2004 r. i powstałe w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2004 r.. W sumie restrukturyzacji podlegały zobowiązania w kwocie 4,1 mld zł. 447 zakładów zawarło w ramach restrukturyzacji finansowej ugody cywilno-prawne obejmujące zobowiązania na sumę 2 mld zł, 351 zakładów wykazało zobowiązania publicznoprawne podlegające umorzeniu lub spłacie na kwotę 1,3 mld zł, 432 zakłady uregulowały zobowiązania wobec pracowników wynikające z „ustawy 203” na kwotę 764 mln zł

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 zł w okresie lipiec 2005 – grudzień 2007 z kwotą 4,1 mld zł zobowiązań zrestrukturyzowanych wynika jednak, że w tym samym czasie pojawiły się nowe zobowiązania wymagalne w kwocie 800 mln zł. „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 także wzrost zobowiązań niewymagalnych o prawie 96% w okresie lipiec 2005 – grudzień 2007. W części wzrost ten jest skutkiem „rolowania długu” (tj. zamiany zobowiązań wymagalnych głównie na kredyty i pożyczki), w części powstaniem całkiem nowych zobowiązań.

Z informacji Ministerstwa Zdrowia o przebiegu procesu restrukturyzacji finansowej wynika, że w ramach tej restrukturyzacji zakłady otrzymały bezpośrednią lub pośrednią pomoc publiczną

(i wymuszoną pomoc prywatną) na kwotę 1944 mln zł (w tym 200 mln dotacji dla zakładów niewykazujących zobowiązań wymagalnych). Oznacza to, że prawie połowa całkowitego spadku zobowiązań wymagalnych jest efektem oddłużenia w postaci umorzenia lub przejścia przez inne instytucje długów zakładów. Mimo zmasowanej pomocy, głównie publicznej, zobowiązania całkowite SPZOZ-ów spadły w 2007 r. jednak jedynie o 865 mln zł. Gdyby zatem nie umorzenie długu, zobowiązania całkowite wzrosłyby co najmniej o 10%, tj. o 1,1 mld zł. Akcja umorzenie długów przyniosła zatem tylko ograniczony efekt w postaci obniżenia poziomu zobowiązań całkowitych, nie rozwiązała jednak jak widać problemu zadłużenia SPZOZ-ów.

Drugą połowę spadku zobowiązań wymagalnych możemy opisać jako efekt „zrolowania długu”. Efekt ten wyraźnie da się zaobserwować na danych uzyskanych z Ministerstwa Finansów dotyczących zadłużenia SPZOZ-ów rządowych i samorządowych. Dane Ministerstwa Finansów wskazują na bardzo szybki wzrost zadłużenia SPZOZ-ów w postaci kredytów i pożyczek w latach 2005

(wzrost o prawie 300%) i 2006 (dalszy wzrost o 70%) (tabela 4). 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 zł, podczas gdy kredyty i pożyczki wzrosły prawie o 1,4 mld zł). W 2007 r. poziom zadłużenia w postaci kredytów i pożyczek wzrósł już tylko o 100 mln zł, podczas gdy pozostałe zobowiązania spadły o prawie 1 mld zł, głównie za sprawą umorzenia pierwszej części pożyczki Skarbu Państwa udzielonej restrukturyzującym się finansowo jednostkom.

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%). Liczba SPZOZ-ów bez zobowiązań wymagalnych zaczęła

**Tabela 3. Zobowiązania wg tytułów dłużnych SPZOZ-ów wg Ministerstwa Finansów w latach 2001-2007 (IV kwartał) w mln zł**

	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 Ministerstwo Finansów oraz przez Główny Urząd Statystyczny.

rosnąć jeszcze przed uruchomieniem procesu restrukturyzacji finansowej. Z drugiej strony liczba SPZOZ-ów nie wykazujących zobowiązań wymagalnych wzrosła od czerwca 2005 r. 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.

## Podsumowanie i wnioski

Nierównowaga finansowa w systemie ochrony zdrowia znajduje swoje odbicie między innymi w zadłużeniu jednostek opieki zdrowotnej, szczególnie w braku zdolności wielu jednostek do terminowej regulacji zobowiązań finansowych. Problemem trapiącym polski system ochrony zdrowia jest regularne i mimo wielokrotnie podejmowanych akcji oddłużeniowych ciągle pojawiające się zobowiązania wymagalnych.

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 całkowitych, mierzona wysokością zobowiązań na jednego mieszkańca w województwach dolnośląskim i lubuskim jest ciągle jeszcze efektem zastajej po poprzednim systemie społeczno-politycznym struktury szpi-

tali, chociaż uzasadnione jest również pytanie o brak zdolności decydentów do przeprowadzenia skutecznej restrukturyzacji sektora w ostatnich 18 latach. Większa ostrość problemu zobowiązań wymagalnych w szpitalach, dla których organem założycielskim są uczelnie medyczne wynika nie tylko z faktu, że w szpitalach klinicznych leczone są najcięższe a tym samym najbardziej kosztowne przypadki, lecz także z wyjątkowo skomplikowanych stosunków panujących w tych szpitalach i bardzo słabej pozycji organów założycielskich i dyrektorów szpitali uniwersyteckich wobec dyrektorów poszczególnych klinik.

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 tego faktu nie motywuje zarządzających takimi szpitalami oraz lekarzy tam pracujących 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. Dostawcy najwidoczniej nie są w wystarczającym stopniu zdeterminowani do egzekwowania swoich wierzytelności, co ułatwia SPZOZ-om gromadzenie zobowiązań z uzasadnioną nadzieją, że w momencie zaostrenia się problemu 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 pozytywnego 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 zł, jednocześnie jednak pojawiły się nowe zobowiązania tego typu w wysokości 800 mln zł. Redukcję zobowiązań wymagalnych w połowie osiągnięto przez oddłużenie (umorzenie zobowiązań, przejęcie zobowiązań przez organy założycielskie, spłatę zobowiązań z następnie umorzonej pożyczki skarbu państwa). Drugą połowę redukcji uzyskano dzięki „zrolowaniu długu”. To ostatnie działanie może być ocenione pozytywnie pod warunkiem, że 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. Tymczasem większość jednostek korzystających z możliwości restrukturyzacji finansowej oferowanych przez ustawę z 15 kwietnia 2005 r. nie była w stanie całkowicie zlikwidować swoich zobowiązań wymagalnych. Objęcie procesem restrukturyzacji finansowej nie gwarantuje zatem rozwiązania problemów finansowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Niewątpliwie plusem restrukturyzacji finansowej było natomiast osłabienie, a następnie zmiana kierunku dynamiki narastania zobowiązań wymagalnych w badanym okresie.

## Bibliografia:

- Golinowska S., Sowada C., Woźniak M. (2007), *Sources of inefficiency and financial deficits in Poland's health care system*, Raport sporządzony dla WHO, Regional Office for Europe.
- Ministerstwo Zdrowia (2004), *Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia (2007), *Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa (dok. elektroniczny).

## Przypisy

- <sup>1</sup> Szczegółową analizę przyczyn zadłużania się publicznych zakładów w Polsce prezentują Golinowska, Sowada i Woźniak [2007].
- <sup>2</sup> 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.





# Ochrona zdrowia w wybranych krajach OECD – trendy wydatków i ocena funkcjonowania systemu

## **Wprowadzenie**

W ostatnich kilku latach w krajach OECD obserwuje się silny wzrost poziomu wydatków na ochronę zdrowia, a wydatki na sektor zdrowotny stanowią coraz istotniejszą pozycję w ogóle wydatków ponoszonych przez gospodarki krajowe. W perspektywie konieczności przyszłych zmian w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce, między innymi poprzez podniesienie przychodów składkowych, warto spojrzeć na poziom oraz trendy zmian wydatków w wybranych krajach europejskich. Celem artykułu jest przedstawienie tych zmian, również w kontekście zmian w poziomie dobrobytu. Oprócz omówienia poziomu wydatków na ochronę zdrowia, w artykule przywołane są wyniki badań oceny sprawności funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej. Ich uwzględnienie pozwala na wprowadzenie do analizy czynnika jakościowego i pogłębienie

postrzegania systemu o ocenę jego funkcjonowania przez polityków, decydentów oraz konsumentów usług.

W artykule wykorzystano wielorakie dane. Porównywalne dane statystyczne opisujące poziom wydatków pochodzą z bazy danych OECD Health Data 2007 (edycja październikowa), natomiast ocena sprawności funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej oparta jest na wynikach badania Euro Health Consumer Index zrealizowanego w 2007 r. przez szwedzki instytut Health Consumer Powerhouse, badania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz analizy sondażowe prowadzone na zlecenie Komisji Europejskiej.

W prezentowanej analizie wydatki polskie porównane są z wydatkami ponoszonymi w innych krajach europejskich: Czechami, Francją, Grecją, Niemcami, Portugalią, Słowacją, Węgrami i Wielką Brytanią. W grupie tej są kraje transformacji, grun-

townie reformujące system opieki zdrowotnej w latach 90., kraje o stosunkowo niskim poziomie wydatków w tym czasie. Ze względu na swoją specyfikę i podobieństwo przemian historycznych kraje te stanowią podstawową grupę odniesienia dla Polski. Drugą grupę stanowią kraje Europy Zachodniej, charakteryzujące się wyższym poziomem wydatków na ochronę zdrowia, ale też kraje te są zróżnicowane w przekroju organizacji systemów publicznej i prywatnej ochrony zdrowia (np. wielkości każdego z sektorów). Grupa krajów Europy Zachodniej nie jest jednorodna: są tu zarówno kraje o wysokim poziomie wydatków publicznych, ale w ostatniej dekadzie dążące do stabilizacji poziomu wydatków (Francja, Niemcy), jak i kraj o niższym poziomie wydatków publicznych, ale rozbudowanym sektorze prywatnym (Grecja). Uwzględnienie tych krajów w analizie pozwala na pokazanie trendów zmian wydatków w szerokim spektrum problemów.

## Poziom wydatków na opiekę zdrowotną

### Wydatki całkowite

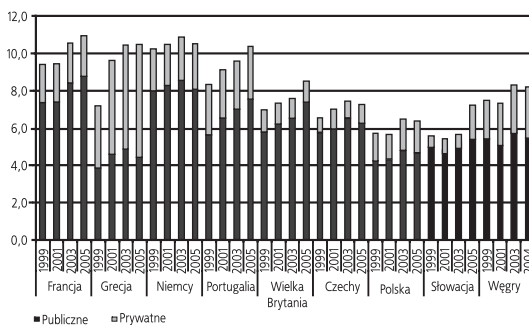
Wśród krajów OECD najwyższe wydatki całkowite na opiekę zdrowotną ponoszą Stany Zjednoczone, bo 6401 USD PPP (paritet siły nabywczej (ang. *purchasing-power parity*, PPP) *per capita* w 2005 r., natomiast najniższe Turcja (586 USD PPP *per capita* w 2005 r.). Polska na drabinie poziomu wydatków na ochronę zdrowia lokuje się nisko, ponosząc w 2005 r. wydatki ponad sześciokrotnie niższe niż Stany Zjednoczone, ale też mając niższe wydatki na ochronę zdrowia niż Czechy, Węgry i Słowacja. Niska pozycja Polski ze

względu na poziom wydatków na ochronę zdrowia *per capita* utrzymuje się bez względu na rodzaj wydatków. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce są ponad siedmiokrotnie niższe niż w Luksemburgu<sup>1</sup> (odpowiednio 601 USD PPP *per capita* i 5043 USD PPP *per capita* w 2005 r.). Wydatki prywatne na ochronę zdrowia w Polsce są dwunastokrotnie niższe niż w wydających na ten cel najwięcej Stanach Zjednoczonych<sup>2</sup> (odpowiednio 291 USD PPP *per capita* i 3517 USD PPP *per capita* w 2005 r.).

W relacji do PKB wydatki całkowite na ochronę zdrowia w Polsce lokują się na poziomie 6,2–6,3% PKB, a więc są niższe niż w Czechach (7,2% PKB w 2005 r.), na Słowacji (7,1 PKB w 2005 r.) i na Węgrzech (8,2% PKB w 2004 r.). W tych dwóch krajach, w ostatnich latach obserwujemy powolne zbliżanie się poziomu wydatków całkowitych do poziomu wydatków na ochronę zdrowia w Wielkiej Brytanii (wykres 1).

Nastąpiła również istotna zmiana w poziomie wydatków całkowitych na ochronę zdrowia w Słowacji

Wykres 1. Udział wydatków całkowitych (publicznych i prywatnych) w PKB (1999 – 2005)



\*Brak danych dla Węgier za 2005 r.

Źródło: OECD HEALTH DATA 2007, październik 2007.

cji. Jeszcze w 2003 r. poziom wydatków całkowitych w tym kraju w relacji do PKB wynosił 5,9% i był nieznacznie niższy niż w Polsce. W 2004 r. w efekcie reformy systemu opieki zdrowotnej i wprowadzenia współpłacenia za usługi medyczne poziom wydatków całkowitych na sektor zdrowotny zwiększył się do 7,1% PKB w 2005 r. Poziom wydatków publicznych w tym czasie wprawdzie również wzrastał, ale znacznie mniejszym stopniu.

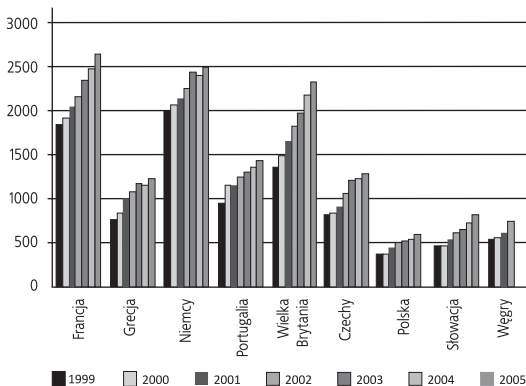
W krajach Europy Zachodniej wydatki na ochronę zdrowia są wyższe od wydatków w wybranych krajach Europy Środkowej i Wschodniej o ponad 3 punkty procentowe w relacji do PKB i stale wzrastają, chociaż dynamika tego procesu jest silnie zróżnicowana.

## Wydatki publiczne

Poziom wydatków publicznych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca jest najwyższy w krajach Europy Zachodniej, mających rozbudowany system publicznej opieki zdrowotnej (Francja, Niemcy, Wielka Brytania). W krajach tych na ochronę zdrowia ze środków publicznych wydaje się ok. 2500 USD PPP *per capita*. Co więcej, poziom wydatków publicznych stale się zwiększa – przeciętne tempo wzrostu wydatków publicznych we Francji i Wielkiej Brytanii przekracza 6% rocznie. Dzieje się tak mimo prób ograniczania silnego wzrostu wydatków publicznych na sektor zdrowotnych we Francji czy w Niemczech.

Poziom wydatków na opiekę zdrowotną przeciętnie na 1 mieszkańca w krajach Europy Środkowej i Wschodniej jest znacznie niższy. Jedynie w Czechach wydatki przekraczają 1000 USD PPP *per*

Wykres 2. Wydatki publiczne *per capita* na ochronę zdrowia, ceny realne (1999–2005)



\*Brak danych dla Węgier za lata 2003-2005.

Źródło: OECD HEALTH DATA 2007, październik 2007.

*capita* (wykres 2), chociaż w latach 2004–2005 tempo wzrostu wydatków publicznych w tym kraju zmniejszyło się. Ogółem, w latach 1999–2005 poziom wydatków publicznych *per capita* na ochronę zdrowia w Czechach zwiększył się o około 56%. W Polsce dynamika wzrostu wydatków publicznych wprawdzie była wysoka, ale poziom wydatków jest o ponad połowę niższy niż w Czechach (odpowiednio 1310 i 601 USD PPP *per capita*).

Na Słowacji poziom wydatków publicznych jest wyższy niż w Polsce, a różnica ta zwiększyła się w latach 2003 – 2005. W 2005 r. wydatki publiczne wydatki na ochronę zdrowia na Słowacji wynosiły 846 USD PPP *per capita*, a więc były o 245 USD PPP wyższe niż w Polsce, podczas gdy jeszcze w 2003 r. różnica ta była o połowę mniejsza. Tabela 1 pokazuje, że przeciętne tempo wzrostu wydatków publicznych na Słowacji było w latach 2004–2005 znacznie wyższe niż w Polsce.

W całym analizowanym okresie najsilniej wzrosły wydatki publiczne na Słowacji i w Wielkiej

**Tabela 1. Dynamika wzrostu wydatków publicznych *per capita* na ochronę zdrowia, lata 1999 – 2005**  
(ceny realne, rok poprzedni = 100)

Kraj	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Francja	–	104,22	106,58	105,58	108,53	106,04	106,69
Grecja	–	109,40	119,44	107,45	109,29	98,67	106,61
Niemcy	–	103,52	103,56	105,27	108,08	98,38	103,81
Portugalia	–	121,67	100,75	107,70	104,57	104,71	105,96
Wielka Brytania	–	109,43	111,74	110,05	107,21	110,86	106,59
Czechy	–	102,36	107,11	117,87	113,89	100,91	104,99
Polska	–	100,17	117,39	116,12	102,18	103,12	108,97
Słowacja	–	101,56	112,63	115,68	104,98	111,96	113,28
Węgry	–	102,37	111,92	120,42	b. d.	b. d.	b. d.

Źródło: OECD HEALTH DATA 2007, październik 2007.

Brytanii (o 64–72%), natomiast najmniejszą dynamikę wzrostu wydatków publicznych obserwowaliśmy w Niemczech, we Francji i w Polsce. Ciekawym przypadkiem jest Grecja, gdzie mimo niskiego poziomu wydatków publicznych i nakierowania na rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, wydatki publiczne wzrosły w większym niż przeciętnie w krajach OECD stopniu (łącznie o 62%). W krajach o niższej dynamice wzrostu wydatków publicznych, zwiększyły się one w całym okresie o 44–53%.

W Polsce łączna dynamika wzrostu wydatków publicznych *per capita* na ochronę zdrowia w analizowanym okresie wynosi 50% i jest o blisko 3 punkty procentowe niższa niż przeciętnie we wszystkich krajach OECD.

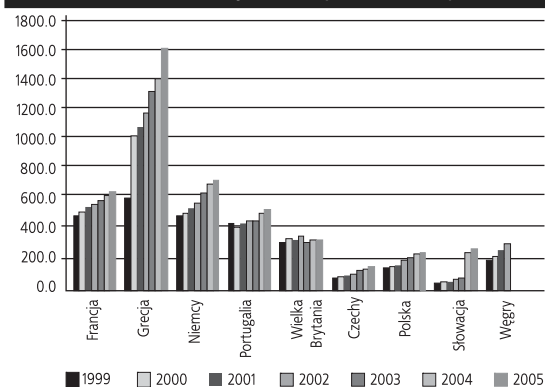
## Wydatki prywatne

Poziom wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w krajach Unii Europejskiej jest zróżnicowa-

ny i uzależniony od wielkości sektora i priorytetów w systemie ochrony zdrowia. Wyjątkowym pod tym względem krajem jest Grecja, gdzie prywatne wydatki na ochronę zdrowia stanowią 56% wydatków całkowitych (wykres 1) i stale rosną. W pozostałych krajach wydatki prywatne stanowią istotne uzupełnienie wydatków publicznych na ochronę zdrowia.

We Francji, Niemczech, Portugalii z kieszeni prywatnych wydaje się na ochronę zdrowia ok. 550 – 750 USD PPP *per capita*. W Wielkiej Brytanii poziom wydatków prywatnych jest niższy (345 USD PPP *per capita* w 2005 r.), co związane jest z dominacją sektora publicznego (NHS<sup>3</sup>). Dynamika wzrostu wydatków prywatnych jest bardzo silnie zróżnicowana, znacznie silniej niż dynamika wzrostu wydatków publicznych – od 6% łącznie w latach 1999–2005 w Wielkiej Brytanii do 160% w Grecji. Natomiast w Niemczech, czy we Francji łącznie poziom wydatków publicznych zwiększył się w analizowanym okresie o około 30–50%.

**Wykres 3. Wydatki prywatne per capita na ochronę zdrowia, ceny realne (1999 – 2005)**



\*Brak danych dla Węgier za 2005 r.

Źródło: OECD HEALTH DATA 2007, październik 2007.

W krajach Europy Środkowej i Wschodniej wydatki prywatne na ochronę zdrowia są znacznie niższe, wynosząc w 2005 r. od 169 USD PPP *per capita* w Czechach do blisko 400 USD PPP *per capita* na Węgrzech<sup>4</sup>. Mimo niższego poziomu wydatków prywatnych, dynamika ich wzrostu jest znacznie wyższa. Najsilniej, bo prawie 4-krotnie wzrosły w latach 1999–2005 wydatki prywatne na ochronę zdrowia na Słowacji. Pro-

ces ten związany jest z wprowadzeniem w 2004 r. współpłacenia za usługi medyczne. Również w Czechach obserwowaliśmy znaczny wzrost poziomu wydatków prywatnych, łącznie o 88% w latach 1999–2005. Tak silny wzrost wydatków jest symptomem osłabienia dotychczas dominującej pozycji sektora publicznego (do 2003 r. ponad 90% wydatków na ochronę zdrowia stanowiły wydatki publiczne). Można oczekiwać, że pozycja środków prywatnych w opiece zdrowotnej umocni się w rezultacie wprowadzenia współpłacenia za usługi medyczne w Czechach w styczniu 2008 r. W Polsce wydatki prywatne wzrosły w analizowanym okresie łącznie o 63%, a więc o ponad 4% więcej niż we wszystkich krajach OECD, ale też najwolniej spośród wybranych krajów Europy Środkowej i Wschodniej.

Obserwujemy ponadto, że w krajach Europy Środkowej i Wschodniej wielkość wydatków prywatnych stabilizuje się na poziomie około 30% wydatków całkowitych – w Polsce i na Węgrzech taki poziom wydatków w struktu-

**Tabela 2. Dynamika wzrostu wydatków prywatnych per capita na ochronę zdrowia, lata 1999 – 2005 (ceny realne, rok poprzedni = 100)**

Kraj	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Francja	–	104,49	106,56	103,89	103,65	105,77	103,91
Grecja	–	166,91	105,09	109,23	111,91	106,19	114,39
Niemcy	–	104,39	105,79	105,86	111,73	108,91	103,94
Portugalia	–	95,83	106,09	103,91	99,48	111,15	104,51
Wielka Brytania	–	107,81	96,76	107,20	90,20	104,80	99,59
Czechy	–	103,80	113,97	108,59	123,12	107,97	110,80
Polska	–	105,88	107,21	120,49	107,90	109,89	105,14
Słowacja	–	103,63	114,33	117,65	113,27	301,72	109,61
Węgry	–	111,26	121,48	113,58	112,09	104,41	b. d.

Źródło: OECD HEALTH DATA 2007, październik 2007.

rze wydatków całkowitych obserwujemy już od kilku lat, natomiast na Słowacji od 2004 r.

## Dynamika wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w relacji do wzrostu PKB

Jak już zostało wspomniane, przeciętna dynamika wzrostu wydatków na ochronę zdrowia jest silnie zróżnicowana zarówno w przekroju sektorów (wydatki publiczne / wydatki prywatne), jak i regionów. Do zróżnicowania dynamiki wzrostu wydatków przyczynia się rozwój instytucjonalny sektora ochrony zdrowia w poszczególnych krajach, wybór priorytetów politycznych w sektorze oraz poziom zaspokojenia potrzeb medycznych.

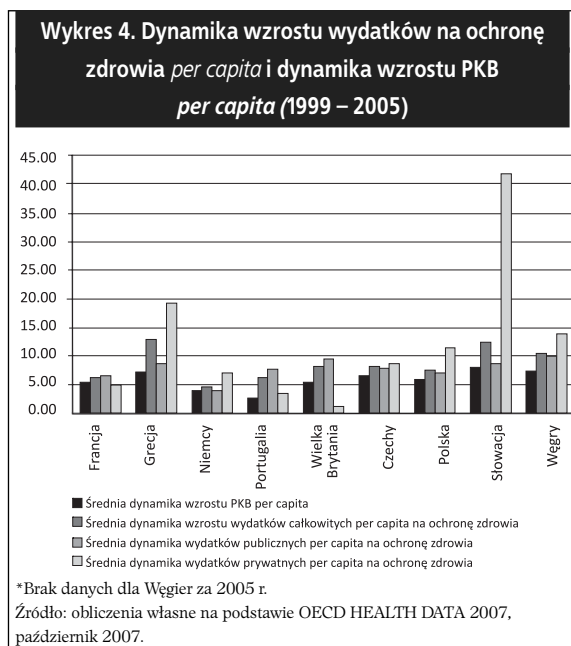
Warto podkreślić, że we wszystkich analizowanych krajach dynamika wzrostu wydatków całko-

witych na ochronę zdrowia w latach 1999–2005 jest wyższa niż dynamika wzrostu PKB. Tendencja ta widoczna jest również dla wydatków publicznych we wszystkich analizowanych krajach, za wyjątkiem Niemiec (wykres 4). W tym kraju wydatki publiczne wzrastały w omawianym okresie w tym samym tempie co PKB, co jest związane z polityką kontroli kosztów w sektorze publicznym. Wysoka przeciętna dynamika wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną, wyższa niż dynamika wzrostu PKB oznacza, że sektor zdrowotny zajmuje coraz istotniejszą pozycję w gospodarce. Można też oczekiwać, że bez poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, w obliczu rosnących oczekiwań społecznych wobec opieki zdrowotnej, świadomości zdrowotnej oraz starzenia się społeczeństwa tendencja ta będzie się utrwałała.

Charakterystycznym zjawiskiem dla krajów Europy Środkowej i Wschodniej jest wyższa zarówno w relacji do dynamiki wzrostu PKB, jak i wydatków publicznych, dynamika wzrostu wydatków prywatnych. Wysoka przeciętna dynamika wzrostu wydatków prywatnych wskazuje na niestanny rozwój sektora. Może to również oznaczać, że niektóre potrzeby zdrowotne, które nie są realizowane w sektorze publicznym, są realizowane w sektorze prywatnym.

## Ocena funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

Oprócz obiektywnych metod oceny systemu ochrony zdrowia, jakimi jest między innymi analiza danych rzeczywistych w zakresie poziomu wydatków na ochronę zdrowia, warto odwołać się



do miar subiektywnych oceny systemów ochrony zdrowia, jakimi są badania satysfakcji pacjentów, analizy dostępności usług medycznych, czy oceny decydentów w zakresie ochrony zdrowia. Wskaźniki te najczęściej mają kompleksowy charakter i składają się jednocześnie z wielu wymiarów. Należy również pamiętać, że często badania – szczególnie badania satysfakcji pacjentów – mają charakter subiektywny, co oznacza, że są zależne od oczekiwań klientów opieki zdrowotnej, ich skłonności do chwalenia bądź narzekania i jako takie mogą nie być w pełni porównywalne między krajami. Mimo tych ograniczeń stanowią bardzo ważną i wartościową informację o sprawności funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, a badania nad wprowadzeniem i standaryzacją metod oceny sprawności funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej są szeroko prowadzone.

Miarą proponowaną do oceny sprawności działania systemu opieki zdrowotnej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) są wskaźniki *responsiveness* i *fairness*. Założenia oceny systemów opieki zdrowotnej w tych wymiarach i pierwsze wyniki z prac nad jej zastosowaniem zostały opublikowane w 2000 r. w raporcie WHO<sup>5</sup>. Prace nad ulepszeniem wskazanych miar i wprowadzaniem ich w badaniach sondażowych są kontynuowane. Miara *responsiveness* pozwala na ocenę, czy system opieki zdrowotnej wypełnia zadane funkcje i osiąga cele zapewniając przy tym poszanowanie praw pacjentów, dostęp do informacji o stanie zdrowia i uczestnictwo w decyzji o wyborze metody leczenia, dyskrekcję, prawo wolnego wyboru dostawcy usług medycznych (lekarza, szpitala)<sup>6</sup>. Natomiast miara *fairness* pozwala na ocenę, czy wkład finanso-

wy jest równo dystrybuowany w społeczeństwie (nie tworząc nadmiernego obciążenia dla budżetów gospodarstw domowych) i gwarantuje dostęp do opieki medycznej<sup>7</sup>. W 2000 r. na podstawie informacji o systemach opieki zdrowotnej z całego świata eksperci WHO stworzyli ranking systemów opieki zdrowotnej uwzględniając opisane wskaźniki. Wyniki pokazały, że najlepiej oceniane są europejskie i północnoamerykańskie systemy opieki zdrowotnej, a więc też i te, w których wydatki na usługi medyczne i profilaktykę zdrowotną są największe. Istnieje też korelacja między poziomem wydatków, a stopniem zapewnienia dostępu do opieki medycznej i realizacji celów działania systemu opieki medycznej. Na czele rankingu znajduje się francuski system opieki zdrowotnej, następnie system włoski. Wysoko ocenione też zostały systemy opieki zdrowotnej krajów skandynawskich. Polska lokuje się w tym rankingu na miejscu 50, wśród innych krajów regionu (za Czechami – miejsce 48, ale przed Węgrami – miejsce 56). Łącznie natomiast przez WHO ocenionych zostało 190 krajów, w tym kraje azjatyckie i afrykańskie.

Kompleksowe analizy WHO pozwalające na ocenę i ranking dostępności i funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej nie były publikowane od 2000 r. Natomiast nowsze badanie, koncentrujące się na 29 krajach europejskich, opublikowane zostało w 2007 r. przez szwedzki instytut Health Consumer Powerhouse (HCP). Celem analizy przeprowadzonej przez wspomniany instytut była ocena systemów opieki zdrowotnej z perspektywy konsumentów. W badaniu zaproponowano indeks Euro Health Consumer Index (EHCI) po-



zwalający na ocenę funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w pięciu wymiarach: formułowaniu w zapisach prawnych i przestrzeganiu praw pacjentów oraz dostępu do informacji, czasu oczekiwania na wizytę, wyników zdrowotnych, „hojności”<sup>8</sup> systemu opieki zdrowotnej i dostępu do środków farmaceutycznych. Dane i informacje niezbędne do oceny systemów opieki zdrowotnej we wskazanych wymiarach pochodziły z wywiadów prowadzonych z reprezentantami urzędów w systemie ochrony zdrowia, stowarzyszeń pacjentów i ekspertami we wszystkich krajach Unii Europejskiej oraz ze źródeł międzynarodowych (w tym głównie OECD, WHO, Eurostat). Nie bez znaczenia dla wyników badań pozostaje poziom wydatków na ochronę zdrowia, bardzo silnie zróżnicowany w krajach uwzględnionych w analizie.

Zgodnie z wynikami EHCI, biorąc pod uwagę wszystkie aspekty oceny systemu opieki zdrowotnej, Polska jest jednym z trzech krajów (obok Bułgarii i Łotwy), w których funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia zostało ocenione najgorzej spośród krajów europejskich<sup>9</sup> (27 miejsce), chociaż podkreśla się, że w krajach tych system opieki zdrowotnej podlega nieustannej transformacji, a poziom wydatków *per capita* na ochronę zdrowia zwiększa się, co również ma wpływ na poprawę funkcjonowania systemu zdrowotnego. Obserwuje się, że kraje nowej Unii Europejskiej oceniane są gorzej niż kraje starej UE, co wynika nie tylko z niższego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych *per capita*, ale również z faktu, że transformacja systemów zdrowotnych z centralnie planowanych do ubezpieczeniowych jest procesem długim i trudnym.

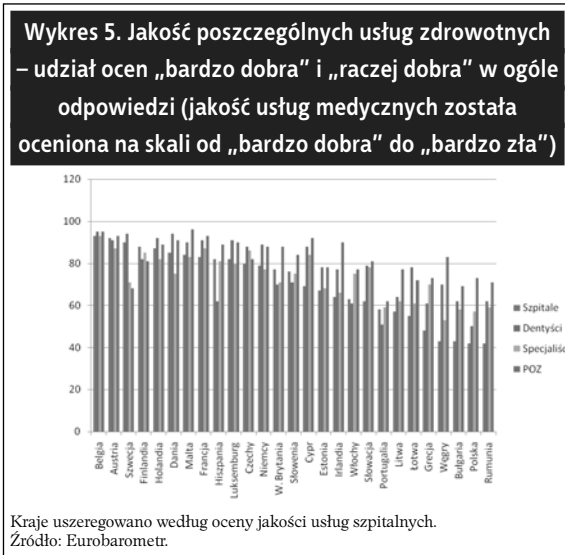
Natomiast za najlepsze zostały uznane systemy opieki zdrowotnej w Austrii, Holandii, Francji, Szwajcarii i Niemczech. Różnice pomiędzy tymi krajami w ocenie sprawności działania sektora z perspektywy konsumenta są nieznaczne. W Austrii na szczególną uwagę zasługuje dobry dostęp do usług medycznych oraz wyniki zdrowotne.

Z kolei w krajach skandynawskich, z których większość lokuje się na środkowych pozycjach w rankingu systemów ochrony zdrowia, bardzo wysoko zostało ocenione przestrzeganie praw pacjenta i dostęp do informacji.

W Polsce stosunkowo dobrze została oceniona dostępność świadczeń medycznych, w tym szczególnie powszechność szczepień oraz dostępność usług dentystrycznych – warto zauważyć, że – jak wskazują wyniki analizy – prywatyzacja świadczeń dentystrycznych nie zmniejszyła dostępności usług. Natomiast jako kluczowy problem systemu zdrowotnego wskazano brak dostępności do innowacyjnych środków farmaceutycznych.

Interesującym uzupełnieniem przedstawionego obrazu oceny jakości systemów opieki zdrowotnej są wyniki badania sondażowego przeprowadzonego na zlecenie Komisji Europejskiej w ramach analiz Eurobarometr. Ocena poszczególnych elementów systemów opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej została dokonana na podstawie wyników badania sondażowego przeprowadzonego na przełomie maja i czerwca 2007 r. w 27 krajach UE oraz krajach kandydujących (Turcja i Chorwacja). Celem rozbudowanego badania ankietowego było ocena stanu zdrowia Europejczyków, systemu opieki zdrowotnej oraz

sposobów zapewnienia i dostępności opieki długoterminowej. W niniejszej analizie przywołany zostanie drugi z wymienionych elementów badania, w którym respondentów poproszono o ocenę jakości oraz dostępności usług medycznych.



lacy stosunkowo dobrze ocenili jakość usług podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Znacznie lepiej kraj wypada w ocenie dostępności usług medycznych (wykres 6).



Wyniki badań sondażowych potwierdzają przywołane wcześniej rezultaty analiz HCP; ponownie najlepiej oceniono sprawność funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w Austrii, Holandii, Francji, Niemczech. W świetle badań ankietowych, do tej grupy krajów dołączyła również Belgia, w której najlepiej spośród wszystkich krajów europejskich oceniono jakość opieki zdrowotnej. Warto zauważyć, że oceny jakości otrzymanych przez respondentów usług medycznych są w większości krajów silnie zróżnicowane w przekroju rodzaju usług (wykres 5).

Polska lokuje się w rankingu oceny jakości usług medycznych bardzo nisko, gorzej niż inne kraje regionu, chociaż na tle innych krajów Po-

Szczególnie dobrze – powyżej średniej europejskiej – została oceniona dostępność usług POZ. Wyniki pokazują, że po 8 latach od wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego, jest ona dobrze osadzona w systemie opieki zdrowotnej i pozytywnie oceniana przez pacjentów. W przypadku dostępności usług szpitalnych, specjalistycznych i dentystycznych Polska lokuje się nieznacznie poniżej przeciętnej dla krajów Unii Europejskiej, wyprzedzając kraje takie jak Szwecja, Irlandia, Słowacja, Węgry.

## Podsumowanie

Analiza porównawcza poziomu wydatków na ochronę zdrowia i oceny systemów opieki

zdrowotnej pokazuje dużą rozpiętość między starymi a nowymi krajami Unii Europejskiej. Różnice te dotyczą zarówno poziomu wydatków, jak i sprawności funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej. Należy jednak 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.

Warto jednak zwrócić uwagę na zbliżoną do innych krajów regionu dynamikę wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1999–2005. Dynamika ta jest również wyższa niż wzrost PKB *per capita*, co oznacza, że sektor zdrowotny wciąż się rozwija. Przy czym znaczącą rolę 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.

Mimo wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną w latach 1999 – 2005 zbliżonego do przeciętnego wzrostu wydatków w krajach OECD, Polska pozostaje w tyle za innymi krajami z tego obszaru geograficznego i polityczno-ekonomicznego. Niekorzystnie też wypadają oceny funkcjonowania systemu. Badania pokazują braki w systemie opieki zdrowotnej w zakresie *empowerment* pacjenta i dostępu do informacji medycznych, jakości usług medycznych oraz dostępności do środków farmaceutycznych. W ostatnim przypadku warto zauważyć, że polityka farmaceutyczna zależna jest od wielu złożonych czynników, a wydatki na środki farmaceutyczne – choć *per capita*

niższe niż w krajach Europy Zachodniej – stanowią dużą część wydatków całkowitych na opiekę zdrowotną. Jest to cecha charakterystyczna dla krajów transformacji, o stosunkowo niskich wydatkach na opiekę zdrowotną ogółem. Jednocześnie wydatki na opiekę zdrowotną, w tym na środki farmaceutyczne, stanowią istotne obciążenie dla budżetów prywatnych pacjentów.

## Bibliografia

European Commission, *Health and long term care in the European Union report*, Special Eurobarometer 283, [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf)

Health Consumer Powerhouse (2007), *Euro Health Consumer Index 2007*, [http://www.healthpowerhouse.com/archives/cat\\_media\\_room.html](http://www.healthpowerhouse.com/archives/cat_media_room.html)

OECD (2007), *OECD Health Data 2007*, edycja październik 2007 r.

OECD (2007), *Health at a Glance 2007*, [http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en\\_2649\\_201185\\_16502667\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_201185_16502667_1_1_1_1,00.html)

WHO (2000), *The world health report 2000 – Health systems improving performance*, <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>

## Przypisy

<sup>1</sup> Wśród wszystkich krajów OECD największe publiczne wydatki na ochronę zdrowia ponosi Luksemburg.

<sup>2</sup> Wśród wszystkich krajów OECD największe prywatne wydatki na ochronę zdrowia ponoszą Stany Zjednoczone.

<sup>3</sup> National Health Service – obowiązkowe ubezpieczenie w publicznym systemie ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii.

<sup>4</sup> Ostatnie dostępne dane dla Węgier są z 2004 r. i pokazują, że w tym roku przeciętnie na 1 mieszkańca wydano 394 USD PPP.

<sup>5</sup> The world health report 2000 – Health systems improving performance, <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>

<sup>6</sup> Tamże, str. 30–33.

<sup>7</sup> Tamże, str. 35–40.

<sup>8</sup> Wielkości koszyka usług gwarantowanych w systemie opłacanym ze środków publicznych.

<sup>9</sup> Badaniem objęto kraje Unii Europejskiej oraz Norwegię i Szwajcarię.

# Z e s z y t y B R E - C A S E

1	Absorpcja kredytów i pomocy zagranicznej w Polsce w latach 1989-1992
2	Absorpcja zagranicznych kredytów inwestycyjnych w Polsce z perspektywy pożyczkodawców i pożyczkobiorców
3	Rozliczenia dewizowe z Rosją i innymi republikami b. ZSRR. Stan obecny i perspektywy
4	Rynkowe mechanizmy racjonalizacji użytkowania energii
5	Restrukturyzacja finansowa polskich przedsiębiorstw i banków
6	Sposoby finansowania inwestycji w telekomunikacji
7	Informacje o bankach. Możliwości zastosowania ratingu
8	Gospodarka Polski w latach 1990 – 92. Pomiary a rzeczywistość
9	Restrukturyzacja finansowa przedsiębiorstw i banków
10	Wycena ryzyka finansowego
11	Majątek trwały jako zabezpieczenie kredytowe
12	Polska droga restrukturyzacji złych kredytów
13	Prywatyzacja sektora bankowego w Polsce - stan obecny i perspektywy
14	Etyka biznesu
15	Perspektywy bankowości inwestycyjnej w Polsce
16	Restrukturyzacja finansowa przedsiębiorstw i portfeli trudnych kredytów banków komercyjnych (podsumowanie skutków ustawy o restrukturyzacji)
17	Fundusze inwestycyjne jako instrument kreowania rynku finansowego w Polsce
18	Dług publiczny
19	Papiery wartościowe i derywaty. Procesy sekurytyzacji
20	Obrót wierzytelnościami
21	Rynek finansowy i kapitałowy w Polsce a regulacje Unii Europejskiej
22	Nadzór właścicielski i nadzór bankowy
23	Sanacja banków
24	Banki zagraniczne w Polsce a konkurencja w sektorze finansowym
25	Finansowanie projektów ekologicznych
26	Instrumenty dłużne na polskim rynku
27	Obligacje gmin
28	Sposoby zabezpieczania się przed ryzykiem niewypłacalności kontrahentów Wydanie specjalne Jak dokończyć prywatyzację banków w Polsce
29	Jak rozwiązać problem finansowania budownictwa mieszkaniowego
30	Scenariusze rozwoju sektora bankowego w Polsce
31	Mieszkalnictwo jako problem lokalny
32	Doświadczenia w restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstw w krajach Europy Środkowej (nie ukazał się)
34	Rynek inwestycji energooszczędnych
35	Globalizacja rynków finansowych
36	Kryzysy na rynkach finansowych – skutki dla gospodarki polskiej
37	Przygotowanie polskiego systemu bankowego do liberalizacji rynków kapitałowych
38	Docelowy model bankowości spółdzielczej
39	Czy komercyjna instytucja finansowa może skutecznie realizować politykę gospodarczą państwa?
40	Perspektywy gospodarki światowej i polskiej po kryzysie rosyjskim
41	Jaka reforma podatkowa jest potrzebna dla szybkiego wzrostu gospodarczego?
42	Fundusze inwestycyjne na polskim rynku – znaczenie i tendencje rozwoju
43	Strategia walki z korupcją – teoria i praktyka
44	Kiedy koniec złotego?
45	Fuzje i przejęcia bankowe
46	Budżet 2000
47	Perspektywy gospodarki rosyjskiej po kryzysie i wyborach
48	Znaczenie kapitału zagranicznego dla polskiej gospodarki
49	Pierwszy rok sfery euro – doświadczenia i perspektywy
50	Finansowanie dużych przedsięwzięć o strategicznym znaczeniu dla polskiej gospodarki
51	Finansowanie budownictwa mieszkaniowego
52	Rozwój i restrukturyzacja sektora bankowego w Polsce – doświadczenia 11 lat
53	Dlaczego Niemcy boją się rozszerzenia strefy euro?
54	Doświadczenia i perspektywy rozwoju sektora finansowego w Europie Środkowo-Wschodniej
55	Portugalskie doświadczenia w restrukturyzacji i prywatyzacji banków

# Z e s z y t y B R E - C A S E

- 
- 56 Czy warto liczyć inflację bazową?
- 
- 57 Nowy system emerytalny w Polsce – wpływ na krótko- i długoterminowe perspektywy gospodarki i rynków finansowych
- 
- 58 Wpływ światowej recesji na polską gospodarkę
- 
- 59 Strategia bezpośrednich celów inflacyjnych w Ameryce Łacińskiej
- 
- 59/a Reformy gospodarcze w Ameryce Łacińskiej
- 
- 60 (nie ukazał się)
- 
- 61 Stan sektora bankowego w gospodarkach wschodzących – znaczenie prywatyzacji
- 
- 62 Rola inwestycji zagranicznych w gospodarce
- 
- 63 Rola sektora nieruchomości w wydajnej realokacji zasobów przestrzennych
- 
- 64 Przyszłość warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych
- 
- 65 Stan finansów publicznych w Polsce – konieczność reformy
- 
- 66 Polska w Unii Europejskiej. Jaki wzrost gospodarczy?
- 
- 67 Wpływ sytuacji gospodarczej Niemiec na polską gospodarkę
- 
- 68 Konkurencyjność reform podatkowych – Polska na tle innych krajów
- 
- 69 Konsekwencje przystąpienia Chin do WTO dla krajów sąsiednich
- 
- 70 Koszty spowolnienia prywatyzacji w Polsce
- 
- 71 Polski sektor bankowy po wejściu Polski do Unii Europejskiej
- 
- 72 Reforma procesu stanowienia prawa
- 
- 73 Elastyczny rynek pracy w Polsce. Jak sprostać temu wyzwaniu?
- 
- 74 Problem inwestycji zagranicznych w funduszu emerytalnym
- 
- 75 Funkcjonowanie Unii Gospodarczej i Walutowej
- 
- 76 Konkurencyjność sektora bankowego po wejściu Polski do Unii Europejskiej
- 
- 77 Zmiany w systemie polityki monetarnej na drodze do euro
- 
- 78 Elastyczność krajowego sektora bankowego w finansowaniu MSP
- 
- 79 Czy sektor bankowy w Polsce jest innowacyjny?
- 
- 80 Integracja europejskiego rynku finansowego – Zmiana roli banków krajowych
- 
- 81 Absorpcja funduszy strukturalnych
- 
- 82 Sekurytyzacja aktywów bankowych
- 
- 83 Jakie reformy są potrzebne Polsce?
- 
- 84 Obligacje komunalne w Polsce
- 
- 85 Perspektywy wejścia Polski do strefy euro
- 
- 86 Ryzyko inwestycyjne Polski
- 
- 87 Elastyczność i sprawność rynku pracy
- 
- 88 Bułgaria i Rumunia w Unii Europejskiej – Szansa czy konkurencja dla Polski?
- 
- 89 Przedsiębiorstwa sektora prywatnego i publicznego w Polsce (1999–2005)
- 
- 90 SEPA – bankowa rewolucja
- 
- 91 Energetyka-polityka-ekonomia
- 
- 92 Ryzyko rynku nieruchomości
- 
- 93 Wyzwania dla wzrostu gospodarczego Chin
- 
- 94 Reforma finansów publicznych w Polsce
- 
- 95 Inflacja – czy mamy nowy problem?
- 
- 96 Zaburzenia na światowych rynkach a sektor finansowy w Polsce
- 
97. Stan finansów ochrony zdrowia
-