

STATYSTYKA MIĘDZYNARODOWA

Alina BARAN

Wydatki na opiekę zdrowotną w krajach OECD

Porównania międzynarodowe wydatków na ochronę zdrowia państw mających różne systemy opieki zdrowotnej i jej finansowania wymagają stosowania narzędzi umożliwiających ich porównywalność.

OECD jest od dawna liderem w rozwoju narzędzi i w gromadzeniu danych statystycznych mierzących działalność systemów opieki zdrowotnej w różnych państwach. W latach 80. ub. wieku, kiedy gwałtownie rosły wydatki i rosła presja na finansowanie publiczne i prywatne opieki zdrowotnej, podjęto w OECD prace nad doskonaleniem porównywalności międzynarodowych danych sta-

tystycznych. Opublikowanie przez OECD w 2000 r. podręcznika *A System of Health Accounts* („System Rachunków Zdrowia”) przyczyniło się do wzmożenia wysiłków w doskonaleniu porównywalności danych w większej grupie krajów (wśród nich w Polsce) współpracujących z WHO i Eurostatem.

Podstawą systemu rachunków zdrowia jest międzynarodowa klasyfikacja wydatków (*International Classification for Health Accounts — ICHA*), która umożliwia równoczesne zestawienie wydatków na ochronę zdrowia według: źródeł finansowania i płatników, dostawców usług i dóbr medycznych oraz funkcji tychże usług i dóbr. Jej standardowy charakter i odpowiedni opis struktur opieki zdrowotnej dla każdego z porównywanych krajów pozwala poprawnie odczytywać i porównywać wyniki ich narodowych rachunków zdrowia. W konsekwencji umożliwia więc międzynarodowe porównania wydatków na ochronę zdrowia.

W rachunkach zdrowia odpowiada się na pytania, kto płaci za usługi i dobra opieki zdrowotnej (płatnicy, źródła finansowania), komu (dostawcy) i jaką funkcję w strukturze systemu opieki zdrowotnej spełniają usługi i dobra, za które płacimy. Rachunek jest odpowiednim zestawieniem wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, niezależnie od źródeł finansowania, a więc także tych wydatków na usługi i dobra medyczne, które są świadczone np. w systemie opieki społecznej (opieka medyczna nad chorymi w domach opieki, w domach dla przewlekle chorych itd.). Ochrona zdrowia (opieka zdrowotna)¹ w rachunkach zdrowia jest definiowana na podstawie funkcjonalnej struktury międzynarodowej klasyfikacji wydatków (*ICHA*).

Od 2005 r. wyniki narodowych rachunków zdrowia są równocześnie przekazywane do OECD, Eurostatu i WHO przez odpowiednie instytucje poszczególnych państw (najczęściej urzędy statystyczne) w formie odpowiednio wypełnionych elektronicznych formularzy². Pod kierunkiem OECD, we współpracy z Eurostatem, WHO i poszczególnymi krajami, ciągle doskonalą się zarówno metodologię rachunków zdrowia, jak i źródła danych statystycznych do ich sporządzania. W konsekwencji prowadzonych prac powstał nowy podręcznik metodologiczny na temat rachunków zdrowia (OECD, Eurostat, WHO, 2011)³. Pełną porównywalność wydatków na zdrowie w ujęciu międzynarodowym w największym stopniu ograniczają różnice metodologiczne w wydatkach na opiekę długoterminową, w szczególności alokacja wydatków pomiędzy opieką zdrowotną i społeczną.

W artykule przedstawiono prawidłowości w kształtowaniu się wydatków na opiekę zdrowotną w krajach OECD w latach 2000—2009, czyli w okresie, w którym wiele krajów, a wśród nich Polska, dostarczało dane o wydatkach na ochronę zdrowia według klasyfikacji *ICHA*, zgodnie z metodologią rachun-

¹ Pojęcia „ochrona zdrowia” i „opieka zdrowotna” są tutaj stosowane zamiennie.

² Do formularzy dołączone są opisy ewentualnych odchyleń klasyfikacji narodowych wydatków od klasyfikacji *ICHA*.

³ Nowe, proponowane w tym podręczniku rozwiązania wejdą w życie w 2013 r.

ków zdrowia opracowaną przez OECD (OECD, 2000). Na tym tle zaprezentowano wydatki na ochronę zdrowia w Polsce.

WYDATKI OGÓŁEM NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Wydatki ogółem na opiekę zdrowotną obejmują wydatki bieżące, odzwierciedlające konsumpcję dóbr i usług opieki zdrowotnej oraz wydatki na inwestycje w infrastrukturę opieki zdrowotnej⁴. Wydatki bieżące to środki finansowe pochodzące z publicznych i prywatnych źródeł (włącznie z gospodarstwami domowymi), przeznaczone na konsumpcję indywidualną usług i dóbr medycznych (usługi lecznicze, rehabilitacyjne, długoterminową opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze, leki i inne produkty medyczne) oraz konsumpcję zbiorową obejmującą działalność w zakresie: zdrowia publicznego, programów profilaktyki i administracji (OECD, 2000)⁵.

Do przeliczenia wydatków na dolary amerykańskie (USD), przekazywanych do OECD w narodowych walutach, stosuje się wskaźniki siły nabywczej poszczególnych walut (PPPs). Wszelkie porównania prowadzi się w stałych cenach.

Jednolita metodologia badania wydatków na opiekę zdrowotną (zakres, definicje, klasyfikacje) i ich przeliczenia na USD dzięki zastosowaniu wskaźników PPPs stanowi podstawę porównywalności wydatków w 40 krajach (34 członkach OECD i 6 spoza tej organizacji).

Kraje OECD różnią się znacznie pod względem poziomu wydatków na opiekę zdrowotną przypadających na osobę i tempa ich przyrostu. Wynika to z działania wielu rynkowych i społecznych czynników, jak również ze zróżnicowania finansowych i organizacyjnych struktur systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach.

Od wielu lat Stany Zjednoczone bardzo znacznie wyprzedzają inne państwa pod względem wysokości wydatków na osobę na opiekę zdrowotną. Rosnące wydatki na dobra i usługi opieki zdrowotnej osiągnęły tam w 2009 r. 7960 USD na osobę i były 2,5 razy wyższe niż średnie wydatki w krajach OECD (3233 USD) (wykr. 1).

Kolejne kraje pod względem poziomu wydatków to Norwegia i Szwajcaria, które wydawały 2/3 poziomu wydatków na osobę w Stanach Zjednoczonych, czyli o ponad 50% więcej niż średnio w krajach OECD. W większości krajów Europy Północnej i Zachodniej, a także w Kanadzie i Australii przeznaczano na ten cel od 3200 USD do 4400 USD (od 100% do 130% średniej w krajach OECD). Wydatki niższe od średniej OECD miały kraje Europy Południowej i Wschodniej oraz Meksyk i Turcja, a także Korea i Japonia.

⁴ W rachunkach zdrowia wydatki na: inwestycje, kształcenie i szkolenie personelu medycznego, kontrolę żywności, higieny i wody pitnej, świadczenia pieniężne z racji stanu zdrowia danej osoby lub osoby będącej pod jej opieką, administrację z tymi działaniami związaną tworzą grupę wydatków związanych z ochroną zdrowia.

⁵ Więcej informacji na ten temat znajdzie czytelnik w pracach: OECD (2000); Baran A., Żyra M. (2006).

W Polsce wydatki na ochronę zdrowia wyniosły 1394 USD na osobę w 2009 r., co stanowiło 43,1% średniej dla krajów OECD. Były one niższe niż w Republice Czeskiej (2108 USD), na Słowacji (2084 USD) czy na Węgrzech (1511 USD). W szybko rozwijających się pod względem gospodarczym krajach, takich jak Chiny i Indie wydatki na opiekę zdrowotną były o 10% i 5% niższe niż średnio w krajach OECD.

WYDATKI PUBLICZNE I PRYWATNE

Wydatki publiczne odzwierciedlają finansowanie ochrony zdrowia z dochodów rządowych i funduszy ubezpieczeń społecznych. Wydatki prywatne to wydatki gospodarstw domowych, prywatnych ubezpieczeń i innych instytucji (np. organizacji pozarządowych) oraz prywatnych korporacji. Wszystkie kraje OECD stosują mieszane, czyli publiczne i prywatne źródła finansowania. Publiczne pieniądze pozostają głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej w krajach OECD (z wyłączeniem Chile, Meksyku i Stanów Zjednoczonych). W Niderlandach, krajach nordyckich (z wyjątkiem Finlandii), W. Brytanii, Republice Czeskiej, Luksemburgu, Japonii oraz Nowej Zelandii wydatki publiczne przekraczają 80% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną.

W 2009 r. w krajach OECD udział środków publicznych w finansowaniu ochrony zdrowia wyniósł średnio 72%. W okresie ostatnich 20 lat proporcje w poszczególnych krajach nieco się zmieniały. W niektórych krajach, z relatywnie wysokim na początku lat 90. ub. wieku publicznym finansowaniem opieki zdrowotnej, do 2009 r. obniżył się udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na opiekę zdrowotną, np. w Polsce z 91,7% do 72,2% czy w Republice Czeskiej z 97,4% do 83,9%, podczas gdy inne kraje, mające relatywnie niski udział wydatków publicznych zwiększyły go (np. Turcja z 61,1% do 73,1%) poprzez reformy systemów opieki zdrowotnej i poszerzenie zasięgu publicznej opieki zdrowotnej. Także w Stanach Zjednoczonych wzrósł udział tych wydatków publicznych z 39,6% do 47,7%, a w Szwajcarii — z 52,4% do 59,7%.

Należy jednak podkreślić, że chociaż w Stanach Zjednoczonych pieniądze prywatne odgrywają dominującą rolę w finansowaniu opieki zdrowotnej, to wydatki publiczne w przeliczeniu na osobę są tam wciąż wyższe niż w innych krajach OECD (z wyłączeniem Norwegii, Luksemburga i Niderlandów), ponieważ ogólne wydatki na opiekę zdrowotną są w Stanach Zjednoczonych dużo wyższe niż w innych krajach. Podobna prawidłowość występuje w Szwajcarii, gdzie duża część wydatków na opiekę zdrowotną pochodzi ze źródeł prywatnych, a mimo to wydatki publiczne są tam wyższe niż w wielu innych krajach OECD. W konsekwencji powyższych prawidłowości kolejność krajów według wydatków publicznych na osobę jest zbliżona do kolejności krajów według wydatków ogółem.

Dominujący udział w wydatkach prywatnych na opiekę zdrowotną stanowią wydatki gospodarstw domowych. Obejmują one współpłatności i bezpośrednie

płatności pacjenta za usługi i dobra opieki zdrowotnej. W 2009 r. w krajach OECD udział wydatków gospodarstw domowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia wynosił średnio ok. 19% i był zróżnicowany: od 6% i 7% w Niderlandach i Francji do ponad 30% w Korei, Meksyku i Chile. W kilku krajach obciążenia gospodarstw domowych zmniejszyły się, ponieważ zwiększył się zasięg działalności publicznej opieki zdrowotnej. Natomiast w niektórych krajach Europy Wschodniej (Republika Czeska, Słowacja) z wysokim publicznym finansowaniem, w latach 2000—2009 wzrastał udział wydatków gospodarstw domowych. Polska jest jednym z krajów, w których najbardziej wzrósł udział wydatków gospodarstw domowych w wydatkach na opiekę zdrowotną z ok. 9% w 1990 r. do 23,8% w 2009 r., przy czym w latach 2000—2009 zmniejszył się o 7,3 p.proc.

TEMPO PRZYROSTU WYDATKÓW NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ A TEMPO PRZYROSTU PKB

W latach 2000—2009 wydatki ogółem na opiekę zdrowotną w krajach OECD wzrastały średniorocznie o 4%. Najwyższe tempo przyrostu wydatków wystąpiło na Słowacji (10,9%), a najniższe w Luksemburgu (0,7%) (wykr. 2). W wielu krajach wydatki osiągnęły najwyższy wzrost do 2004 r., po czym tempo ich przyrostu malało (OECD, 2011). Najwyższy przyrost wydatków w tym okresie miał miejsce w krajach mających niższy niż średni poziom wydatków, np. na Słowacji i w Korei. Tam przyrost był ponad dwukrotnie wyższy niż średnio w krajach OECD.

W Polsce średnie roczne tempo przyrostu wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na osobę w latach 2000—2009 wynosiło 7,3%, a wydatków publicznych — 7,7%. Szczególnie wysokie przyrosty wydatków (10,8% i 14,5%) wystąpiły w latach 2006—2008, w konsekwencji znacznych przyrostów przychodów ze składek na ubezpieczenia zdrowotne, w efekcie zarówno zwiększenia wysokości podstawy naliczenia składki, jak i wzrostu płac oraz zatrudnienia.

W takich krajach, jak Włochy, Szwajcaria i Niemcy wydatki na opiekę zdrowotną w omawianym okresie rosły znacznie wolniej (w tempie 2% i mniej rocznie). Częściowo wiązało się to z niskim wzrostem gospodarczym i stopniowym wprowadzaniem regulacji hamujących wzrost kosztów w opiece zdrowotnej.

PKB nie jest jedynym czynnikiem wpływającym na dynamikę wydatków na opiekę zdrowotną. Ta zależność jest silniejsza w krajach o niskim poziomie PKB na osobę niż w krajach o wysokim poziomie PKB. Nawet w krajach o podobnych poziomach PKB na osobę występują istotne różnice w poziomie wydatków na opiekę zdrowotną, np. Niemcy i Finlandia mają zbliżony poziom PKB na osobę (odpowiednio 36328 USD i 35237 USD), a wydatki na opiekę zdrowotną są o ponad 30% wyższe w Niemczech niż w Finlandii. Także Stany Zjednoczone wydają na opiekę zdrowotną znacznie więcej niż można byłoby oczekiwać biorąc pod uwagę poziom PKB *per capita*.

W latach 2000—2009 wydatki na opiekę zdrowotną na osobę rosły szybciej niż PKB na osobę we wszystkich krajach OECD (z wyjątkiem Luksemburga).

Wzrastały one średnio rocznie ponad dwukrotnie szybciej niż PKB (4% wobec 1,6%). W wyniku tego udział wydatków na opiekę zdrowotną w PKB wzrósł z 7,8% do 9,6%. W Polsce w latach 2000—2009 udział wydatków na ochronę zdrowia wyrażonych w PKB na osobę wzrósł z 5,5% do 7,4%.

W 2009 r. wystąpił wzrost udziału wydatków na opiekę zdrowotną w PKB, szczególnie w krajach dotkniętych recesją (zapoczątkowaną w 2008 r.), np. w Irlandii do 9,5% (z 7,7% w 2007 r.), w W. Brytanii do 9,8% (z 8,4% w 2007 r.). W Stanach Zjednoczonych wydatki na opiekę zdrowotną w 2009 r. stanowiły 17,4% PKB, czyli o 5 p.proc. więcej niż w Niderlandach (12%) czy Francji (11,8%). Ale w Meksyku i Turcji wydano na opiekę zdrowotną mniej niż 6,5% PKB. W szybko rozwijających się gospodarczo krajach, takich jak Chiny i Indie było to 4,6% i 4,2%, a w Republice Południowej Afryki i Brazylii odpowiednio 8,5% i 9,0% (OECD, 2011).

W celu precyzyjnej oceny wydatków na opiekę zdrowotną, relacja wydatków do PKB powinna być rozważana razem z poziomem wydatków na opiekę zdrowotną na osobę. Kraje mające relatywnie wysoki wskaźnik opisujący relację tych wydatków do PKB mogą mieć relatywnie niskie wydatki na osobę. Na przykład w Portugalii i Szwecji wydaje się podobny odsetek PKB na opiekę zdrowotną (ok. 10%), ale wydatki na osobę w Szwecji są wyższe o prawie 50% niż w Portugalii. Udziały wydatków na opiekę zdrowotną na osobę w PKB w Polsce i Luksemburgu są zbliżone (7,4% i 7,8%), lecz wydatki na osobę na ochronę zdrowia w Luksemburgu są 3,5 razy wyższe niż w Polsce.

STRUKTURA WYDATKÓW BIEŻĄCYCH NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ WEDŁUG FUNKCJI USŁUG I DÓBR MEDYCZNYCH

W systemie rachunków zdrowia funkcjonalny wymiar klasyfikacji wydatków określa granice i strukturę usług oraz dóbr opieki zdrowotnej, w podziale na wydatki w najogólniejszym ujęciu dotyczące: leczenia, rehabilitacji, długoterminowej opieki pielęgnacyjnej, pomocniczych usług, produktów medycznych dla pacjentów ambulatoryjnych, programów profilaktyki zdrowia, usług w zakresie zdrowia publicznego, administracji opieki zdrowotnej (w tym administracji ubezpieczeń zdrowotnych). Wydatki na usługi: lecznicze, rehabilitacyjne, długoterminowej opieki pielęgnacyjnej są sklasyfikowane według sposobu produkcji i świadczenia usług, poprzez wyróżnienie działalności opieki zdrowotnej: stacjonarnej (szpitale i inne stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej), dziennej, ambulatoryjnej i domowej⁶.

W 2009 r. wydatki na działalność leczniczą i rehabilitacyjną, świadczoną zarówno w stacjonarnej (włącznie z dzienną), jak i w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, stanowiły w krajach OECD więcej niż 60% bieżących wydatków (w Polsce — 54,3%). Udział wydatków na usługi stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest różny w poszczególnych krajach, w zależności m.in. od systemu organizacji i zarządzania w systemach opieki zdrowotnej, dostawców

⁶ Ze względu na ograniczone rozmiary artykułu pomijam dalsze podziały wydatków na niższych poziomach klasyfikacji (OECD, 2000; Baran, Żyra, 2006).

usług, zróżnicowania praktyki klinicznej (OECD, 2011). Na przykład w Austrii i Francji udział wydatków na stacjonarną opiekę zdrowotną jest wysoki (ponad 1/3 bieżących wydatków na ochronę zdrowia). Odzwierciedlają go najwyższe wskaźniki działalności opieki szpitalnej (wskaźnik — hospital discharges). W Polsce odsetek wydatków bieżących na opiekę stacjonarną (35%) był również wysoki, przy relatywnie wysokim wskaźniku hospitalizacji⁷. W takich krajach, jak Portugalia i Hiszpania, z relatywnie niskimi wskaźnikami działalności szpitalnej, wydatki na zamkniętą opiekę zdrowotną stanowią ok. 1/4 bieżących wydatków na opiekę zdrowotną.

Duże różnice pomiędzy krajami występują też w wydatkach na długoterminową opiekę pielęgnacyjną. W takich krajach, jak Luksemburg, Norwegia, Dania i Niderlandy, gdzie osoby starsze i niepełnosprawne mają zapewnione uprawnienia do szerokiego zakresu świadczeń opieki pielęgnacyjnej, wydatki na opiekę długoterminową stanowiły w 2009 r. ok. 1/4 lub więcej (Norwegia — 27%) bieżących wydatków na opiekę zdrowotną. W krajach Europy Wschodniej i Południowej, gdzie opiekę taką zapewnia się często w sposób bardziej nieformalny poprzez rodzinne i inne układy, udział wydatków na długoterminową opiekę w ogólnych wydatkach na opiekę zdrowotną jest znacznie niższy. W 2009 r. średnio w krajach OECD wydatki na długoterminową opiekę stanowiły 12% (w Polsce — 5%) wydatków bieżących na opiekę zdrowotną.

Kolejną grupą wydatków są wydatki na produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych, obejmujące głównie wydatki na farmaceutyki. Do tej grupy należą jeszcze wydatki na sprzęt terapeutyczny i medyczne dobra trwałego użytku. W krajach OECD wydatki na ten cel (leki przepisane przez lekarzy, leki kupione z własnej inicjatywy, inne dobra nietrwałe medyczne, jak strzykawki, bandaże itd.) stanowiły średnio prawie 1/5 wydatków bieżących ogółem na opiekę zdrowotną. Odsetek ich był zróżnicowany w poszczególnych krajach: od 11—12% w Nowej Zelandii, Danii, Norwegii do 37% na Węgrzech i na Słowacji.

Rosnąca konsumpcja farmaceutyków, w wyniku rozpowszechniania się nowych leków i starzenia się ludności, była głównym czynnikiem wzrostu udziału wydatków na ten cel w ogólnych wydatkach na zdrowie. Zwrócić tu jednak należy uwagę, że związek pomiędzy wydatkami na farmaceutyki i wydatkami ogółem na opiekę zdrowotną jest złożony. Większe wydatki na farmaceutyki w chwili podejmowania leczenia mogą ograniczać potrzebę prowadzenia kosztownych hospitalizacji i interwencji w trakcie podjętego leczenia i w przyszłości.

Od 2000 r. średnie wydatki na farmaceutyki w krajach OECD łącznie wzrosły prawie o 50%. Znaczne zróżnicowanie poziomu wydatków pomiędzy krajami odzwierciedla różne wzory konsumpcji i polityki cen. W 2009 r. Stany Zjednoczone pozostawały liderem wydatków na farmaceutyki z 947 USD na osobę, czyli prawie dwukrotnie więcej niż średnio w krajach OECD (487 USD). Wysokie wydatki obserwowano też w Kanadzie (692 USD) i Grecji (677 USD).

⁷ Odsetek ten może być nieco zawyżony, ponieważ wydatki na szpitale zawierają wydatki na usługi w przychodniach przyszpitalnych, które powinny być ujęte w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Ciągłe prowadzi się prace nad doskonaleniem źródeł informacji o wydatkach tak, aby można było wyodrębnić wydatki dla przychodni przyszpitalnych.

Z drugiej strony skali był Meksyk z 250 USD. Wśród krajów z najniższymi wydatkami znajdowały się również Nowa Zelandia i Dania (mniej niż 300 USD). W Polsce wydatki na farmaceutyki wyniosły w 2009 r. 306 USD, co stanowiło 62,8% średniej dla krajów OECD.

W większości krajów OECD wydatki na farmaceutyki są najczęściej pokrywane przez trzech płatników: publiczne ubezpieczenia (ok. 60%), prywatne ubezpieczenia oraz gospodarstwa domowe. W latach 2000—2009 w Niderlandach, Niemczech i Francji obciążenie gospodarstw domowych wydatkami na farmaceutyki spadło poniżej 20%, a w Estonii i w Polsce wzrosło do ok. 60% całkowitych wydatków na farmaceutyki (wykr. 3). W kilku krajach (Luksemburgu, Norwegii, Włoszech) w tym okresie wydatki obniżyły się, przy czym w Luksemburgu gospodarstwa domowe finansowały je tylko w 13%.

W Irlandii i w Grecji, gdzie wydatki na farmaceutyki rosły w szybkim tempie, wprowadzono w życie duże redukcje cen i strukturalne reformy polityki lekowej. W innych krajach, jak Francja, Niemcy, W. Brytania, redukcje cen i rabaty na farmaceutyki są często wprowadzane w celu przystosowania przyrostu wydatków do zahamowania deficytu funduszy ubezpieczeń (Niemcy) lub zysków firm farmaceutycznych ze sprzedaży (W. Brytania) (OECD, 2011).

Warto zwrócić uwagę na rozwijającą się międzynarodową turystykę medyczną, będącą składnikiem handlu międzynarodowego usługami i dobrami medycznymi. W wielu krajach sporządzających rachunki zdrowia handel nie jest uwzględniany w rachunkach zdrowia i jest niedoszacowany. W większości krajów jest to jednak wartość marginalna w odniesieniu do całości wydatków (np. 0,5% w Niemczech, 1% w Portugalii), ale rośnie i osłabia porównywalność wydatków. Niektóre kraje Europy Centralnej i Wschodniej (Węgry, Republika Czeska, Polska) stały się popularnymi kierunkami podróży pacjentów z innych krajów europejskich, w celu zaspokojenia potrzeb w zakresie usług dentystycznych. Przyjęte przez Parlament Europejski w styczniu 2011 r. regulacje prawne, które wejdą w życie w 2013 r., dotyczące uprawnień pacjentów do leczenia w innych krajach Unii Europejskiej i rozliczeń z tego tytułu między państwami, mogą przyczynić się do rozwoju turystyki medycznej i bardziej precyzyjnego niż dotychczas ujęcia jej w narodowych rachunkach zdrowia.

Podsumowanie

Poziom wydatków na ochronę zdrowia na osobę w naszym kraju (1394 USD) jest relatywnie niski i stanowił w 2009 r. 43,1% średnich wydatków w krajach OECD i 17,5% poziomu wydatków Stanów Zjednoczonych, gdzie były one najwyższe. Tylko w Estonii, Turcji i Meksyku wydatki na ochronę zdrowia na osobę były niższe niż w Polsce, a w trzydziestu pozostałych krajach OECD były wyższe. Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w Polsce wzrósł w latach 2000—2009 z 5,5% do 7,4%. Oznacza to, że średnie tempo przyrostu wydatków w tym okresie było wyższe niż wzrost PKB, ale poziom PKB na osobę w Polsce był prawie dwukrotnie niższy niż średnio w krajach OECD.

Udział środków publicznych w finansowaniu opieki zdrowotnej w Polsce jest taki, jak przeciętnie w krajach OECD, lecz ich poziom na osobę w 2009 r. wynosił 1006 USD i stanowił niespełna 43% średnich wydatków publicznych dla krajów OECD (2354 USD). Głównym składnikiem wydatków prywatnych są wydatki gospodarstw domowych, które stanowiły w Polsce aż 86% wydatków prywatnych i 23,8% ogółu wydatków bieżących na opiekę zdrowotną. W latach 2000—2009 udział wydatków gospodarstw domowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia zmniejszył się o 7,3 p.proc., co wymaga szczegółowych badań i analiz przyczyn tego zjawiska, zwłaszcza w kontekście poziomu dochodu na osobę w gospodarstwach domowych i możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych.

W strukturze wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce odsetek wydatków na leczenie i rehabilitację (54,3%) jest mniejszy niż średnio w krajach OECD (60%) oraz ponad dwukrotnie mniejszy jest udział wydatków na długoterminową opiekę pielęgnacyjną (5% wobec 12%). Ostatnie z wymienionych wydatków są w Polsce niezwykle niskie w przeliczeniu na osobę, chociaż powoli zwiększają się.

W wydatkach na opiekę zdrowotną znaczący jest udział wydatków na farmaceutyki, stanowiący średnio w krajach OECD poniżej 1/5 wydatków bieżących, a w Polsce — prawie 1/4. W krajach OECD średnio 60% tych wydatków pokrywają środki publiczne, a 32,8% stanowią wydatki gospodarstw domowych. W Polsce mamy sytuację przeciwną, udział wydatków gospodarstw domowych w finansowaniu wydatków na leki i nietrwale dobra medyczne w 2009 r. wynosił 60,8% i był najwyższy wśród krajów OECD.

W podsumowaniu opisu wydatków na opiekę zdrowotną w latach 2000—2009 należy podkreślić, że w Polsce w obecnej dekadzie potrzeby ludności w zakresie opieki zdrowotnej zwiększają się bardzo znacznie, co jest związane ze wzrostem populacji ludności starszej. Przyrost ludności starszej (65+) jest w tej dekadzie znacznie większy niż kiedykolwiek wcześniej, ponieważ wiek 65 lat osiągają generacje ludności urodzonej w latach 1945—1955, czyli tzw. wyżu demograficznego, a ludność w wieku 65 lat i więcej kilkakrotnie częściej niż inne grupy wieku ludności korzysta z usług i dóbr opieki zdrowotnej (*Ochrona...*, 2011).

Proces intensywnego demograficznego starzenia się ludności naszego kraju stawia więc przed resortem zdrowia ogromne wyzwanie zapewnienia tej populacji odpowiedniej opieki zdrowotnej obecnie i w przyszłości.

dr Alina Baran — Warszawa

LITERATURA

- Baran A. (2008), *Narodowy Rachunek Zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2004, 2005 i 2006*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, red. Kazimierz Ryć, Zofia Skrzypczak, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa
- Baran A., Żyra M. (2006), *Narodowy Rachunek Zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2002, 2003*, „Biblioteka Wiadomości Statystycznych”, GUS, Warszawa
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.* (2011), „Informacje i opracowania statystyczne”, GUS, Warszawa
- OECD (2000), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing, Paris
- OECD, Eurostat, WHO (2011), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing, Paris
- OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris

SUMMARY

This article aims to present a multifaceted level of spending on health care in Poland compared to OECD countries in 2000—2009. The scale of financing health care with public and private sources was illustrated in the study. Current expenditure on health care services by major function (activity curative and rehabilitative services, long-term home care and medical products, including mainly drugs) was characterized, too. The article focuses on ensuring the comparability of expenditure data from the year of establishing uniform rules for their collection on an international level and use of indicators in the purchasing power of each currency to be converted by the OECD expenditure of national currencies to the USD. The source of information on expenditure was the development of OECD "Health at a Glance 2011: OECD Indicators".

РЕЗЮМЕ

Целью статьи является многосторонняя презентация уровня расходов на здравоохранение в Польше на фоне стран ОЭСР в 2000—2009 гг. Были представлены масштабы финансирования здравоохранения за счет государственных и частных источников. В статье были охарактеризованы текущие расходы на здравоохранение по главным видам услуг (лечебная и реабилитационная деятельность, долгосрочный уход за больными, а также изделия медицинского назначения, в том числе в основном лекарства).

В статье обращается внимание на обеспечение сопоставимости данных по расходам, начиная с создания единообразных правил их сбора в международном отношении, а также использования показателей покупательной способности отдельной валюты для пересчета расходов ОЭСР из национальных валют на доллары США.

Источником информации по расходам была публикация OECD «Health at a Glance 2011: OECD Indicators».