

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle wybranych krajów w latach 2010–2019

JEL Classification: I1, I11, I110

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, usługi zdrowotne, wydatki na opiekę zdrowotną, wydatki na opiekę zdrowotną w PKB, wydatki na opiekę zdrowotną *per capita*, jakość ochrony zdrowia, stan zdrowia populacji, Polska

Keywords: healthcare, health services, expenditure on healthcare, healthcare expenditure as a share of GDP, healthcare expenditure *per capita*, quality of healthcare, population health, Poland

Abstrakt: Celem pracy jest ocena opieki zdrowotnej z perspektywy wydatków na ochronę zdrowia w latach 2010–2019. Zbadano, jak poziom wydatków na ochronę zdrowia w PKB oraz na opiekę zdrowia na osobę kształtował się w latach 2010–2019. Wydatki na opiekę zdrowotną rosły przez większość okresu 1999–2010, ale pomimo tego ustabilizowały się na poziomie niższym niż 7% PKB w 2010 roku oraz były jednymi z najniższych w krajach OECD, niższe także od porównywanych krajów referencyjnych (Czechy, Słowacja, Węgry). Autor podjął się zbadania wydatków na ochronę zdrowia w kolejnej dekadzie (2010–2019) i porównania wydatków międzynarodowych z krajami OECD, a w szczególności z krajami referencyjnymi. Ponadto na podstawie wybranych analiz, potwierdzenie znajduje znany w ekonomii zdrowia fakt, że odpowiedni poziom wydatków na ochronę zdrowia ma pozytywny wpływ na stan zdrowia populacji i jakość oferowanej w państwie opieki zdrowotnej.

Expenditure on health care in Poland compared to selected countries in 2010–2019

Abstract: The aim of the study is to evaluate healthcare from the perspective of healthcare expenditure between 2010–2019. The author examined how the level of healthcare expenditure as a share of GDP, as well as *per capita* developed in the 2010–2019 period. Expenditure on health care grew for most of the 1999–2010 period, but nevertheless stabilized at a level below 7% of GDP in year 2010 and were one of the lowest in OECD countries, also lower than the compared reference countries (Czech Republic, Slovakia, Hungary). The author explored the topic of healthcare expenditure in the consecutive decade (2010–2019) and made comparisons of international

expenditures with those of OECD countries, and in particular with reference countries. Additionally, on the basis of some selected analyzes, he confirms the fact known in health economics that an appropriate level of expenditure on healthcare has a positive impact on the health status of the population and the quality of healthcare offered in a country.

Wstęp

Mija już ponad dwadzieścia lat od momentu przyjęcia w Polsce reformy ochrony zdrowia, która wprowadziła w systemie wiele kluczowych zmian, wśród nich obowiązkową składkę ubezpieczeniową opłacaną przez pracodawcę i pracownika jako podstawowy instrument finansowania ubezpieczenia zdrowotnego. Zastąpienie modelu budżetowego finansowania systemu opieki zdrowotnej modelem ubezpieczeniowym (z ograniczonym finansowaniem z budżetu centralnego) pozwoliło na osiągnięcie stabilności w pozyskiwaniu funduszy dla polskiej ochrony zdrowia. Jest to spore osiągnięcie reformy, o którym wielu z nas zapomina, bowiem zwraca uwagę głównie na niewystarczający poziom i nieefektywne finansowanie systemu zdrowotnego. I niestety trudno się z tym nie zgodzić. Pomimo usilnych starań ekspertów, lekarzy, pacjentów, urzędników, wielu polityków i pozostałego personelu medycznego nie udało się poprawić poziomu finansowania ochrony zdrowia. Taki stan rzeczy nie dotyczy opieki zdrowotnej tylko w ostatnich latach czy nawet na przestrzeni piętnastu lat, ale właściwie charakteryzuje system od samego początku transformacji. A reforma przeprowadzona dwadzieścia jeden lat temu, chociaż z początku dawała nadzieję na odmianę trudnej sytuacji polskiej służby zdrowia, okazała się nie spełniać oczekiwań.

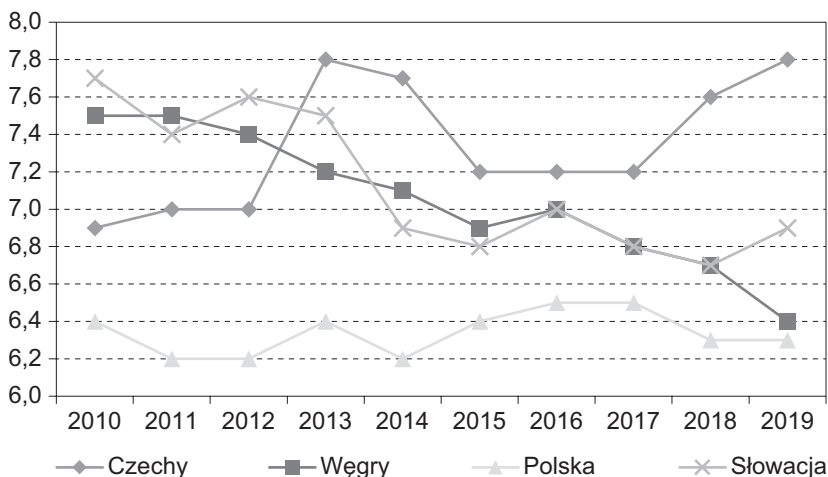
Autor artykułu w swojej dysertacji doktorskiej badał wydatki w ochronie zdrowia w Polsce w latach 1995–2010. Wnioski były niestety jednoznaczne. Poziom wydatków polskiego systemu ochrony zdrowia jest zbyt niski w stosunku do potrzeb i oczekiwań społecznych. Poziom wydatków całkowitych bieżących jest nieznacznie wyższy niż 6% PKB. W porównaniach międzynarodowych, polskie wydatki na ochronę zdrowia na osobę są niższe niż w krajach referencyjnych, czyli w Czechach, na Słowacji i na Węgrzech. Są także znacznie niższe lub niższe niż w prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej, poza Bułgarią, Chorwacją i Rumunią, oraz znacznie niższe lub niższe niż w prawie wszystkich krajach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), poza Łotwą, Chile, Meksykiem i Turcją¹. Celem pracy jest ocena opieki zdrowotnej (jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce) z perspektywy wydatków na ochronę zdrowia w latach 2010–2019. W artykule zostanie zbadane, jak poziom wydatków na ochronę zdrowia w PKB oraz poziom wydatków na opiekę zdrowia na osobę kształtował się w latach 2010–2019 i czy coś w tej kwestii zmieniło się

¹ Stan na rok 2010.

na korzyść polskiego systemu ochrony zdrowia — a następnie jaki ma to wpływ na jakość opieki zdrowotnej i stan zdrowia populacji.

Udział wydatków bieżących na ochronę zdrowia w PKB w Polsce i w krajach OECD

W latach 1999–2010, czyli bezpośrednio po reformie ochrony zdrowia, obserwowano wzrost udziału wydatków na ochronę zdrowia w PKB w Polsce. Jeszcze w latach 1999–2001 wydatki wahały się w przedziale 5,5–6,0% PKB, ale w roku 2002 poziom wydatków przekroczył 6% PKB. Następnie w okresie 2003–2007 wydatki znajdowały się w przedziale 6,2–6,4% PKB, a w latach 2008–2010 osiągnęły bardzo wysoki poziom 7% PKB². Niestety po okresie tak znaczących wzrostów nastąpił czas stagnacji, a nawet niewielkiego spadku wydatków. Nie jest to zaskakujące, ponieważ nie ma podstaw do dalszych wzrostów, co zostanie wyłumaczone w dalszej części artykułu.



Rysunek 1. Udział bieżących wydatków na ochronę zdrowia w PKB w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej w latach 2010–2019 (% PKB)

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Heath Data 2020 (dostęp: 11.07.2020).

W latach 2010–2019 udział bieżących wydatków na ochronę zdrowia w PKB w Polsce był bardzo stabilny i mieścił się w przedziale 6,2–6,5%³. Jednakże w kra-

² B. Piątkowski, *Funkcjonowanie rynku usług zdrowotnych w Polsce w świetle nowej ekonomii politycznej*, rozprawa doktorska (nieopublikowana), Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2017, s. 64–103.

³ OECD Heath Data 2020 (dostęp: 11.07.2020). Warto zauważyć, że od roku 2013 w Narodowych Rachunkach Zdrowia (NRZ) mierzone są głównie wydatki bieżące, a nie wydatki całkowite, czyli bez uwzględnienia inwestycji. Dane dotyczące wydatków bieżących w ochronie zdrowia są

jach referencyjnych (Czechy, Słowacja, Węgry) poziom wydatków w okresie 2010–2019 był wyższy, chociaż spadek wydatków na Słowacji i Węgrzech pozwolił Polsce nieznacznie zmniejszyć dystans do tych krajów.

W zamożniejszych krajach OECD wydaje się na ochronę zdrowia od 9 do 11% PKB. W 2019 roku było czternaście takich krajów na trzydziestu siedmiu członków. Pięć krajów wydawało na opiekę zdrowotną więcej niż 11% PKB: Francja — 11,2%; Japonia — 11,1%; Niemcy — 11,7%; Szwajcaria — 12,1% i USA — 17%. Kolejne osiem krajów-członków OECD wydawało na opiekę zdrowotną mniej, ale wciąż dość sporo — od 7 do 9% PKB. Mniej niż 7% PKB, ale trochę więcej niż w Polsce wydawano w Estonii (6,8%), na Litwie (6,8%), na Słowacji (6,9%), na Węgrzech (6,4%) i w Irlandii (6,8%). Tyle samo co w Polsce wydawano na Łotwie (6,3%), a nieco mniej w Meksyku (5,5%) i co ciekawe w Luksemburgu (5,4%). Poziom udziału bieżących wydatków na ochronę zdrowia w PKB w Luksemburgu może być zaskakujący, ale biorąc pod uwagę, że Luksemburg charakteryzuje się jednym z najwyższych PKB *per capita* na świecie, to poziom bieżących wydatków na ochronę zdrowia *per capita* i tak jest bardzo wysoki. Jedynym krajem spośród krajów OECD, który miał w 2019 roku znacznie niższy udział bieżących wydatków na ochronę zdrowia w PKB niż Polska była Turcja (4,4%). Warto zauważyć, że udział bieżących wydatków na ochronę zdrowia w PKB w krajach OECD wynosił średnio 8,8%, co jest wartością znacznie wyższą niż poziom wydatków w Polsce (6,3%). Zanim zostaną wyciągnięte wnioski odnośnie do sytuacji w polskiej ochronie zdrowia, to warto jeszcze poddać analizie porównawczej wielkość wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP.

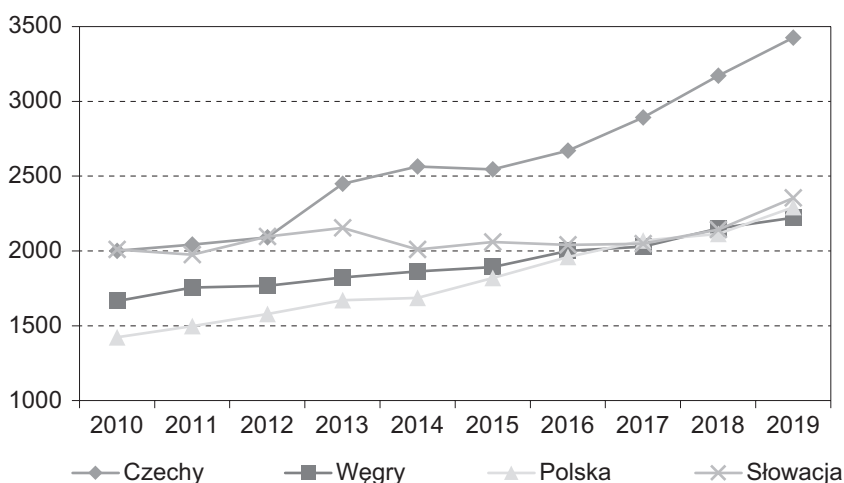
Wydatki *per capita* na ochronę zdrowia w Polsce i w krajach OECD

W latach 1999–2010 obserwowano bardzo szybki wzrost wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP w Polsce — 142%. Jeszcze w roku 1999 wydatki wynosiły 585 USD PPP, ale w roku 2010 osiągnęły już poziom 1423 USD PPP⁴. Pomimo tego w 2010 roku wydatki na ochronę zdrowia *per capita* PPP w Polsce były wciąż niższe niż w krajach referencyjnych (Czechy, Słowacja, Węgry) i w większości krajów OECD.

publikowane w bazach danych: GUS, OECD, Eurostat, WHO Global Health Expenditure Database, WHO Europe. Takie podejście wydaje się właściwsze, bowiem skupienie się na wydatkach bieżących w systemie opieki zdrowotnej jest mimo wszystko ważniejsze niż na wydatkach całkowitych, w których uwzględnione są również inwestycje. Można jednak przytoczyć dostępne dane, publikowane przez GUS, odnośnie do udziału wydatków całkowitych na ochronę zdrowia w PKB w Polsce. Mianowicie, w roku 2010 wydatki te wynosiły 7,02% PKB, w 2011 wynosiły 6,87% PKB, a w 2012 roku wynosiły 6,75% PKB. Oznacza to, że przynajmniej w tych trzech latach tendencja odnośnie do wydatków całkowitych była zgodna ze zmniejszającymi się wydatkami bieżącymi, a poziom inwestycji w ochronie zdrowia jako udział w PKB był relatywnie stały.

⁴ B. Piątkowski, *op. cit.*, s. 75–91.

W latach 2010–2019 odnotowano relatywnie szybki wzrost wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP — 61% (w 2019 roku wyniosły 2 292 USD PPP). Z krajów referencyjnych szybciej wydatki rosły jedynie w Czechach — 71% (średnio 6,16%), wolniej na Węgrzech — 33,45% (średnio 3,26%), a bardzo wolno na Słowacji — 17,11% (średnio 1,78%). Pozwoliło to Polsce osiągnąć poziom wydatków *per capita* PPP porównywalny z wydatkami na Słowacji i na Węgrzech, co wynikało w głównej mierze z umiarkowanych wzrostów wydatków w tych krajach. Warto jednak zwrócić uwagę, że średni wzrost w latach 1999–2010 w Polsce wyniósł aż 8,4%, w latach 2010–2019 zaś 5,4%⁵. To dość dobry wzrost nominalny, ale poziom wydatków *per capita* PPP jest wciąż znacznie niższy niż w większości krajów OECD.



Rysunek 2. Wydatki *per capita* PPP na ochronę zdrowia w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej w latach 2010–2019 (w USD międzynarodowych)

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2020 (dostęp: 11.07.2020).

W rankingu krajów OECD skonstruowanym w oparciu o wielkość wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP za rok 2019 Polska (2292 USD PPP) znajdowała się na miejscu trzydziestym (minimalnie przed Słowacją — 2290 USD PPP) spośród trzydziestu siedmiu krajów. Od Polski mniej wydawano na Łotwie (1973 USD PPP), w Kolumbii (1213 USD PPP), w Meksyku (1154 USD PPP) i w Turcji (1227 USD PPP). Nieco mniej niż w Polsce wydawano w Chile (2160 USD PPP) i na Węgrzech (2222 USD PPP), a trochę więcej w Estonii (2579 USD PPP), w Grecji (2384 USD PPP) i na Litwie (2638 USD PPP). W siedmiu krajach wydawano od

⁵ *Ibidem*.

3000 do 4000 USD PPP⁶. W piętnastu na trzydzieści siedem krajów wydawano od 4000 do 6000 USD PPP. W czterech krajach wydatki przekraczają 6000 USD PPP: w Niemczech wynoszą 6646 USD PPP, w Nowej Zelandii 6647 USD PPP, w Szwajcarii 7732 USD PPP, a w USA wynoszą niespotykane nigdzie indziej 11072 USD PPP. Warto zwrócić uwagę, że wysokość bieżących wydatków na ochronę zdrowia w krajach OECD wynosiła średnio 4224 USD PPP, co jest wartością znacznie wyższą niż poziom wydatków w Polsce (2292 USD PPP). W celu ujrzenia wydatków *per capita* w szerszej perspektywie autor dokonał również analizy nominalnych wydatków *per capita*.

Jeżeli ocenić kraje OECD w perspektywie ich wysokości wydatków nominalnych na ochronę zdrowia *per capita* za rok 2017, to Polska (907 USD) znajdowała się na trzydziestym czwartym miejscu (minimalnie za Łotwą — 930 USD) spośród trzydziestu siedmiu krajów⁷. Od Polski mniej wydawano w Meksyku (495 USD), Kolumbii (459 USD) i Turcji (445 USD). Nieco więcej niż w Polsce wydawano na Węgrzech (981 USD), na Litwie (1078 USD) i na Słowacji (1186 USD). Znacznie więcej niż w Polsce, około 50% lub sporo więcej, wydawano natomiast w dwóch krajach referencyjnych — w Estonii (1300 USD) oraz Czechach (1476 USD), a także w Chile (1382 USD) i Grecji (1517 USD). W sześciu krajach wydawano od 2000 do 4000 USD⁸. W prawie połowie krajów-członków OECD — piętnastu na trzydzieści siedem — wydatki wynosiły od 4000 do 6000 USD⁹. W czterech pozostałych krajach wydatki są większe niż 6000 USD: na Islandii wynoszą 6086 USD, w Norwegii 7936 USD, w Szwajcarii 9956 USD, a w USA jeszcze więcej, bo 10 246 USD.

Oceniając systemy ochrony zdrowia w Polsce i w krajach referencyjnych (Czechy, Słowacja, Węgry) poprzez pryzmat wydatków na ochronę zdrowia *per capita* należy stwierdzić, że poziom wydatków w Polsce był niższy niż w porównywalnych krajach w całym badanym okresie 2010–2019 (rysunek 3). Jest on również niższy niż notuje się w prawie wszystkich krajach członkowskich OECD, poza Kolumbią, Meksykiem i Turcją.

Warto również zauważyć, że Polska wypadła nieco lepiej w rankingu krajów sporządzonym na podstawie wydatków *per capita* PPP (miejsce trzydzieste na trzydzieści siedem krajów, wydatki porównywalne do dwóch krajów referencyj-

⁶ W Izraelu wydawano nieco mniej — 2933 USD PPP; OECD Health Data 2020 (dostęp: 11.07.2020).

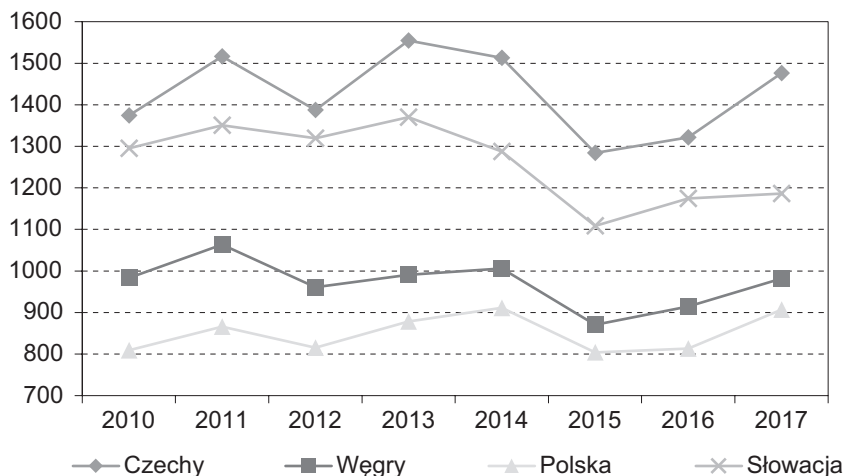
⁷ World Health Organisation (WHO), Global Health Expenditure Data: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (dostęp: 25.09.2020).

⁸ W dwóch krajach wydawano nieco mniej: w Portugalii — 1908 USD, oraz na Słowenii — 1920 USD. World Health Organisation (WHO), Global Health Expenditure Data (dostęp: 25.09.2020).

⁹ W dwóch krajach wydawano nieco mniej: w UK — 3859 USD, oraz w Nowej Zelandii — 3937 USD. World Health Organisation (WHO), Global Health Expenditure Data (dostęp: 25.09.2020).

nych: Słowacji i Węgier) niż w rankingu krajów, który powstał w oparciu o wydatki *per capita* (miejsce trzydzieste czwarte na trzydzieści siedem krajów, wydatki niż we wszystkich trzech krajach referencyjnych: Czechach, Słowacji i Węgrzech).

Wynika z tego, że poziom cen w dziale zdrowie w Polsce powinien być jednym z niższych wśród wszystkich krajów OECD. W dalszej części artykułu zostanie to sprawdzone.



Rysunek 3. Wydatki *per capita* na ochronę zdrowia w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej w latach 2010–2019 (w USD)

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2020 (dostęp: 11.07.2020).

Na podstawie danych WHO autor podjął się określenia, w których krajach OECD w roku 2017 ceny koszyka dóbr i usług w dziale zdrowie były wyższe lub niższe niż w USA. Podzielono kraje OECD na trzy grupy: takie, w których indeks cen w dziale zdrowie był niższy o 5% niż w USA, takie, w których indeks cen w dziale zdrowie był wyższy o 5% niż w USA, oraz takie, w których indeks cen w dziale zdrowie był porównywalny z cenami w USA — indeks cen w dziale zdrowie w tym kraju był maksymalnie do 5% wyższy niż w USA lub do 5% niższy niż Stanach Zjednoczonych. W pierwszej grupie krajów, w których indeks cen w dziale zdrowie był niższy o 5% niż w USA, znalazło się 25 państw-członków OECD. Polska mająca ceny w dziale zdrowie niższe o 53,69% niż w USA znajduje się w gronie tych krajów. Warto zauważyć, że grupa tych państw jest bardzo niejednorodna. Ceny umiarkowanie niższe, od 5% do 15% niższe, ma 8 krajów: Austria (-12,06%), Belgia (-11,95%), Francja (-12,60%), Niemcy (-15%), Irlandia (-10,24%), Holandia (-10,91%), UK (-11,06%) oraz Japonia (-8,64%). Ceny zdecydowanie niższe, od 15% do 40% odnotowano w ośmiu krajach: Chile (-37,99%), Grecja (-33,93%), Estonia (-39,61%), Włochy (-21,54%), Portugalia (-34,60%), Słowenia (-35,14%), Hiszpania (-27,74%) i Korea Południowa (-23,39%).

Natomiast ceny dużo niższe, poniżej 40%, zaobserwowano w dziewięciu krajach: Kolumbia (-55,81%), Meksyk (-52,23%), Czechy (-46,40%), Węgry (-50,42%), Łotwa (-44,70%), Litwa (-49,44%), Polska (-53,69%), Słowacja (-45,69%) oraz Turcja (-62,34%). W drugiej grupie krajów, w których indeks cen w dziale zdrowie był maksymalnie do 5% wyższy niż w USA lub do 5% niższy niż Stanach Zjednoczonych, znalazło się siedem państw-członków OECD: Kanada (-3,52%), Finlandia (-1,16%), Luksemburg (-2,92%), Nowa Zelandia (4,5%), Szwecja (3,6%), Izrael (4,31%) i Dania (5,27%). W trzeciej grupie krajów, w których indeks cen w dziale zdrowie był wyższy o 5% niż w USA, znalazły się cztery kraje OECD: Islandia (28,91%), Norwegia (21,74%), Szwajcaria (21,17%) i Australia (10,71%).

Na podstawie przeprowadzonej analizy dla krajów OECD w roku 2017 można stwierdzić, że faktycznie indeks cen w dziale zdrowie w Polsce należał do najniższych w krajach członkowskich OECD (35 miejsce na 37 państw), ceny w ochronie zdrowia były niższe tylko w Kolumbii i w Meksyku. Poza tym, ceny w systemie ochrony zdrowia w Polsce (-53,69 do cen w USA) były trochę niższe niż w krajach referencyjnych, w Czechach (-46,40%), na Słowacji (-45,69%) i na Węgrzech (-50,42%). Tłumaczy to dlaczego w 2017 roku wydatki *per capita* PPP w Polsce są na porównywalnym poziomie co wydatki *per capita* PPP na Słowacji i na Węgrzech, a wydatki *per capita* w Polsce dzieli więcej od wydatków *per capita* w tych dwóch krajach referencyjnych.

Autor podjął się również policzenia, o ile niższy w Polsce niż w USA był indeks cen w dziale zdrowie na przestrzeni lat 2010–2017.

Tabela 1. Relacja indeksu cen w dziale zdrowie w Polsce do indeksu cen w USA (%)

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
-40,14	-39,20	-44,84	-44,25	-43,98	-53,19	-55,18	-53,69

Źródło: opracowanie własne na podstawie World Health Organisation (WHO), Global Health Expenditure Data (dostęp: 25.09.2020).

Zasadniczo, co nie jest zaskakujące, ceny w dziale zdrowie w Stanach Zjednoczonych są znacznie wyższe niż w Polsce. Poza tym, warto okres 2010–2017 podzielić na dwa podokresy. W latach 2010–2014 ceny w Polsce były niższe o około 40%, a w okresie 2015–2017 były niższe o około 55%.

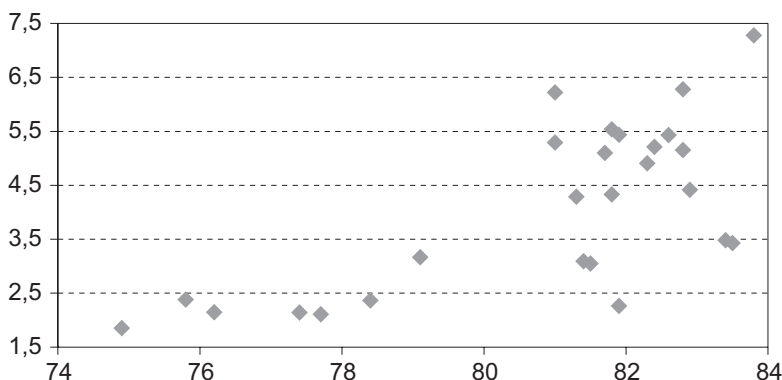
Tak niskie ceny w dziale zdrowie w porównaniu z USA i z wieloma innymi członkami OECD nie przyczyniają się w zasadzie do poprawy sytuacji w systemie zdrowia w Polsce, nawet pomimo tego, że ceny w Polsce są niższe niż w krajach referencyjnych (Czechy, Słowacja, Węgry). Niski poziom wydatków w ochronie zdrowia w Polsce jest znacznie ważniejszym problemem niż poziom cen w dziale zdrowie.

Wydatki *per capita* PPP a wybrane wskaźniki jakości dostarczanych w ochronie zdrowia usług

Badania teoretyczne i empiryczne prowadzone w ramach ekonomii zdrowia wskazują, że wysokość wydatków na ochronę zdrowia ma wpływ na stan zdrowia populacji i jakość oferowanej opieki zdrowotnej. Wysokie wydatki na ochronę zdrowia nie są co prawda warunkiem wystarczającym by stan zdrowia ludności stał na wysokim poziomie, a jakość dostarczanych usług zdrowotnych była satysfakcjonująca, ale stanowią one warunek konieczny. Na stan zdrowia populacji wpływa kilka innych czynników niż tylko jakość dostarczanych usług zdrowotnych, ale dobrze funkcjonujący system w znaczący sposób przyczynia się do utrzymania i poprawy stanu zdrowia ludności¹⁰.

W tej części artykułu autor weźmie pod uwagę dwa z głównych wskaźników opisujących stan zdrowia i jakość ochrony zdrowia, to jest oczekiwaną długość życia przy urodzeniu oraz umieralność niemowląt na 1000 żywych urodzeń, a także miernik, przy tworzeniu którego ocena systemu ochrony zdrowia jest dokonywana przez samych pacjentów, czyli Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (*Euro Health Consumer Index*, EHCI). Autor zestawiał te trzy mierniki z wydatkami na ochronę zdrowia *per capita* PPP dla europejskich krajów-członków OECD (jako że EHCI jest mierzony tylko dla wybranych państw Europy) i podjął się próby stwierdzenia, czy wydatki na ochronę zdrowia mają wpływ na stan zdrowia populacji i jakość jego ochrony¹¹.

Zależność dla roku 2018 pomiędzy wydatkami na ochronę zdrowia *per capita* PPP a oczekiwaną długością życia przy urodzenia wykazuje korelację dodatnią.



Rysunek 4. Oczekiwana długość życia przy urodzeniu (lata) w relacji do wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP (USD międzynarodowe) w 2018 roku, kraje OECD

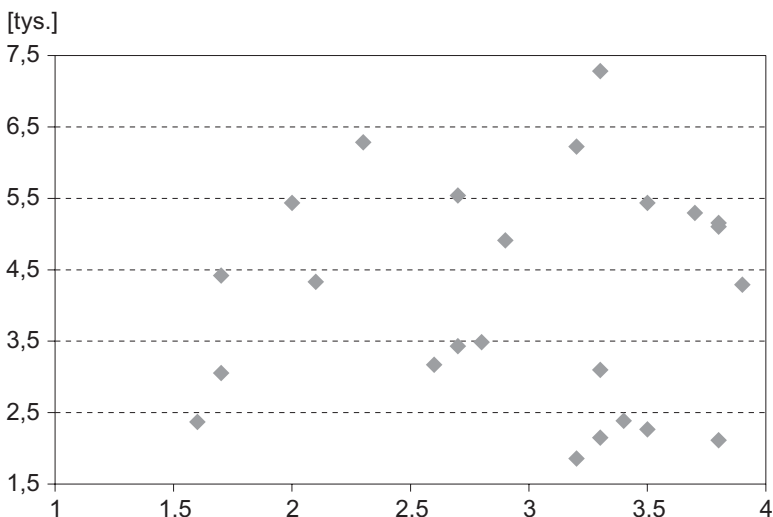
Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2020 (dostęp: 11.07.2020).

¹⁰ F. Breyer, P. Zweifel, *Health Economics*, New York-Oxford 1997, s. 90–116.

¹¹ R. Jacobs, P.C. Smith, A. Street, *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*, Warszawa 2013, s. 54–57.

Współczynnik korelacji pomiędzy logarytmem z wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP a oczekiwaną długością życia przy urodzeniu wyniósł 0,7654, czyli jest względnie wysoki, co wskazuje na możliwość występowania pewnej zależności statystycznej pomiędzy zmiennymi. Autor policzył również współczynnik korelacji pomiędzy logarytmem z wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP a oczekiwaną długością życia przy urodzeniu dla wszystkich krajów OECD dla 2018 roku. Wynosi on 0,6615, a bez USA nawet 0,7088.

Pomiędzy wydatkami na ochronę zdrowia *per capita* PPP a umieralnością niemowląt na 1000 żywych urodzeń nie występuje zależność statystyczna (współczynnik korelacji jest bliski 0).



Rysunek 5. Umieralność niemowląt na 1000 żywych urodzeń w relacji do wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP (USD międzynarodowe) w 2018 roku, kraje OECD

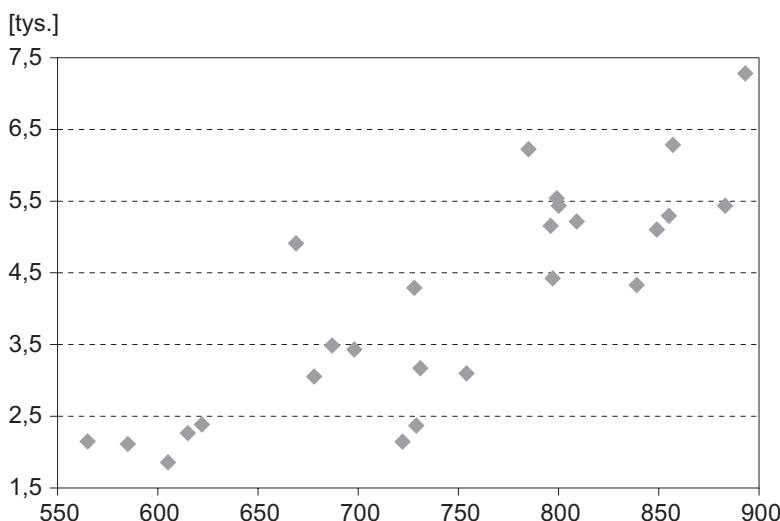
Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2020 (dostęp: 11.07.2020).

Współczynnik korelacji pomiędzy logarytmem z wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP a umieralnością niemowląt na 1000 żywych urodzeń wyniósł -0,0953, czyli jest on bardzo niski i bliski zeru, co wskazuje na brak zależności statystycznej pomiędzy zmiennymi. Autor policzył również współczynnik korelacji pomiędzy logarytmem z wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP a umieralnością niemowląt na 1000 żywych urodzeń dla wszystkich krajów OECD w 2018 roku. Wynosi on -0,5591, a bez USA -0,6383, co wskazuje na możliwość występowania słabej zależności statystycznej pomiędzy zmiennymi.

Zależność dla roku 2018 pomiędzy wydatkami na ochronę zdrowia *per capita* PPP a oczekiwaną długością życia przy urodzeniu wykazuje korelację dodatnią. Współczynnik korelacji pomiędzy logarytmem z wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP a Europejskim Konsumenckim Indeks Zdrowia (EHCI) wyniósł

0,8481, czyli jest względnie wysoki, co wskazuje na możliwość występowania pewnej zależności statystycznej pomiędzy zmiennymi.

Warto również zwrócić uwagę, że Polska w statystykach Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI) plasuje się nisko: w 2005 roku była ostatnia na dwanaście badanych krajów, w 2006 była dwudziesta pierwsza na dwadzieścia sześć krajów, w 2007 zajęła miejsce dwudzieste siódme na dwadzieścia dziewięć krajów, w 2008 miejsce dwudzieste piąte na trzydzieści jeden krajów, w 2009 miejsce dwudzieste szóste na trzydzieści trzy kraje, w 2012 miejsce dwudzieste siódme na trzydzieści cztery kraje, w 2014 miejsce trzydzieste pierwsze na trzydzieści siedem krajów, w 2015 miejsce trzydzieste czwarte na trzydzieści pięć krajów, w 2016 miejsce trzydzieste pierwsze na trzydzieści pięć krajów, w 2017 miejsce dwudzieste dziewięte na trzydzieści pięć krajów, a w 2018 miejsce trzydzieste drugie na trzydzieści pięć krajów. Jak widać w powyższym zestawieniu, w rankingu EHCI Polska zajmuje zazwyczaj jedno z ostatnich miejsc, jeśli nie ostatnie.



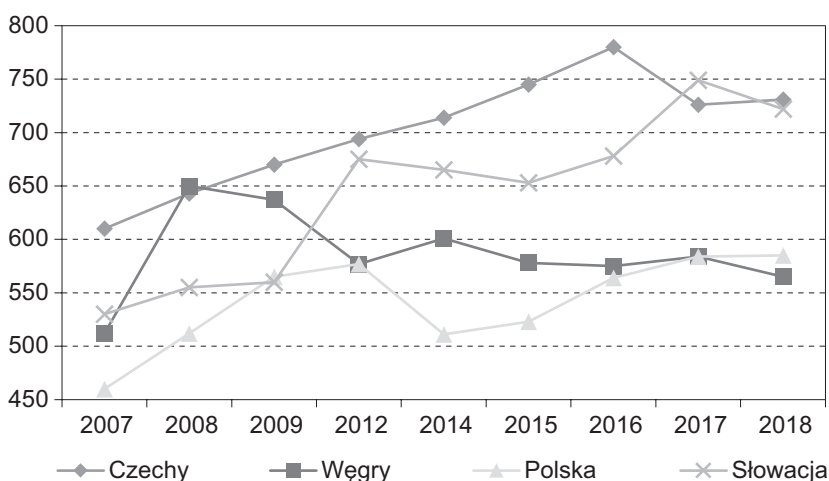
Rysunek 6. Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI), max 1000 punktów, w relacji do wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP (USD międzynarodowe) w 2018 roku, kraje OECD

Źródło: opracowanie własne na podstawie EHCI i OECD Health Data 2020 (dostęp: 11.07.2020).

Zazwyczaj Polska zajmuje również niższe miejsca w rankingu niż porównywalne z nią kraje referencyjne (Czechy, Słowacja, Węgry) — rysunek 7 (maksymalna liczba punktów 1000).

Ta krótka analiza potwierdza wiele innych badań przeprowadzonych w ramach ekonomii zdrowia odnośnie do znaczenia poziomu wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP dla dobrego funkcjonowania system opieki zdrowotnej, który

w wymierny sposób przyczynia się do utrzymania i poprawy stanu zdrowia ludności oraz utrzymania i podnoszenia jakości dostarczanych usług zdrowotnych. Z przeprowadzonych obliczeń można wnioskować, że wysokość wydatków na ochronę zdrowia *per capita* PPP może mieć istotny wpływ na wydłużenie oczekiwanej długości życia w chwili urodzenia oraz na poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i dostarczanych przez niego usług mierzonych poprzez Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (*Euro Health Consumer Index*, dalej: EHCI). Wydaje się również, że poziom wydatków może mieć mniejsze znaczenie dla poprawienia wskaźnika mierzącego umieralność niemowląt na 1000 żywych urodzeń. Możliwe, że w tym wypadku ważniejsze są czynniki medyczny, techniczny oraz organizacyjny.



Rysunek 7. Wyniki Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI) w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej w 2018 roku, max 1000 punktów

Źródło: opracowanie własne na podstawie EHCI i OECD Health Data 2020 (dostęp: 11.07.2020).

Podsumowanie

Poziom nominalnych wydatków na ochronę zdrowia *per capita* i *per capita* PPP w Polsce w latach 2010–2019 wzrastał relatywnie szybko, szczególnie ten drugi — aż o 61% w całym okresie i średnio o 5,44% każdego roku. Jednak udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w tym okresie nie zmienił się i pozostał na poziomie 6,2–6,4% PKB. Oznacza to, że wzrost ten wynikał tylko i wyłącznie z bardzo dobrej koniunktury gospodarczej panującej w Polsce w tym okresie (wzrost nominalnego PKB *per capita* w latach 2010–2019 jest porównywalny do wzrostu wydatków na ochronę zdrowia *per capita*, wynosi bowiem 59%).

Poza tym poziom wydatków na opiekę zdrowotną *per capita* PPP w Polsce był w 2019 roku wciąż dużo niższy niż w Czechach, ale porównywalny ze Słowacją

i Węgrami, w których tempo wzrostu wydatków w tym okresie było niższe niż w Polsce. Jednakże, udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w całym badanym okresie był w Polsce niższy niż w porównywanych krajach referencyjnych.

Sytuacja Polski w kwestii poziomu wydatków na opiekę zdrowotną *per capita*, *per capita* PPP i udziału wydatków na ochronę zdrowia w PKB w stosunku do krajów członkowskich OECD w latach 2010–2019 nie uległa poprawie. Polska jest wciąż jednym z ostatnich krajów w rankingach pod względem wymienionych statystyk.

W bardzo miarodajnym badaniu jakości opieki zdrowotnej — szacowaniu EHCI — Polska wypada równie fatalnie, jako jeden z ostatnich krajów w latach 2005–2018. Zazwyczaj plasuje się również niżej w tym rankingu niż porównywane kraje referencyjne. Od roku 2009 poziom wskaźnika EHCI dla Polski nie wzrósł, a zdarzało się, że nawet spadał.

Reasumując, poziom finansowania ochrony zdrowia jest niewystarczający dla uzyskania przez społeczeństwo oczekiwanego poziomu usług i ich dostępności oraz dla utrzymania i poprawy stanu zdrowia ludności.

W latach 2010–2019 nie podniesiono stopy składki zdrowotnej, która wciąż pozostaje na niebywale niskim poziomie 9%, nie wprowadzono również na szerszą skalę ubezpieczeń prywatnych w systemie ochrony zdrowia ani nie uruchomiono żadnych innych poważniejszych źródeł finansowania opieki zdrowotnej. Bez podjęcia jakichkolwiek istotnych działań w tym zakresie trudno oczekiwać, by finansowanie i poziom wydatków w ochronie zdrowia wyraźnie się poprawił. Należy uznać, że ostatnia dekada została w tej materii całkowicie zmarnowana.

Bibliografia

Literatura

- Boulhol H. *et al.*, *Improving the Health-Care System in Poland*, „OECD Economics Department Working Papers” 2012, nr 957, www.dx.doi.org/10.1787/5k9b7bn5qzvd-en (dostęp: 11.07.2020).
- Breyer F., Zweifel P., *Health Economics*, New York-Oxford 1997.
- Feldstein P.J., *Health Care Economics*, New York 2012.
- Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. J. Suchecka, Warszawa 2011.
- Getzen T., *Ekonomika zdrowia*, Warszawa 2014.
- Golinowska S., Kocot E., Sowa A., *Ageing, Health Status and Determinants of Health Expenditure, Work Package IX, Development of Scenarios for Health Expenditure in the Accession Economies, Comparative report Bulgaria, Estonia, Hungary, Poland and Slovakia*, Warszawa 2007, www.enepri.org/files/members/OngoingProjects/AHEAD/feb2007/presentations/Poland-WPIX.doc (dostęp: 11.07.2020).
- Golinowska S., Sowada Ch., Woźniak M., *Sources of inefficiency and financial deficits in Poland's health care system*, Warszawa 2007.
- GUS, *Badania stanu zdrowia; Narodowy Rachunek Zdrowia, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych; Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia; Rachunki narodowe*, www.stat.gov.pl (dostęp: 11.07.2020).
- Jacobs R., Smith P.C., Street A., *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*, Warszawa 2013.

Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011.

Ochrona zdrowia na świecie, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Warszawa 2011.

Piątkowski B., *Funkcjonowanie rynku usług zdrowotnych w Polsce w świetle nowej ekonomii politycznej*, rozprawa doktorska (nieopublikowana), Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2017.

Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia, red. S. Golinowska, Kraków 2012.

System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości rozwiązań, red. E. Nojszewska, Warszawa 2011.

Zielona Księga, t. 2. *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce*, red. S. Golinowska, Kraków 2009.

Źródła internetowe

EHCI, Health Consumer Powerhouse, www.healthpowerhouse.com (dostęp: 11.07.2020).

Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl (dostęp: 11.07.2020).

OECD.Stat, www.stats.oecd.org (dostęp: 11.07.2020).

World Health Organization (WHO), Global Health Expenditure Database, www.apps.who.int (dostęp: 25.09.2020).