

## **Wpływ czynników społeczno-demograficznych na finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce w długim okresie**

**Piotr Obidziński\***

**Streszczenie:** *Cel* – artykuł stanowi wstęp do badań nad długofalowymi konsekwencjami procesów demograficznych i społecznych w obszarze opieki zdrowotnej w Polsce. Celem pracy jest przedstawienie wyzwań stojących przed systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście nieuchronnych przemian społeczno-demograficznych.

*Metodologia badania* – w pracy przedstawiono modele służby zdrowia, prognozy demograficzne oraz dane epidemiologiczne.

*Wynik* – na podstawie efektów użytych metod badawczych sformułowano wyzwania związane z finansowaniem systemu opieki zdrowotnej.

*Oryginalność/wartość* – oryginalny wkład autora polega na uwzględnieniu w modelowaniu demograficznym czynników epidemiologicznych.

**Słowa kluczowe:** system opieki zdrowotnej, emerytura, starzenie, epidemiologia

### **Wprowadzenie**

Ochrona zdrowia jest kluczowym dobrem każdego społeczeństwa, ponieważ zdrowi obywatele stanowią potencjał do jego rozwoju i dobrobytu. Ze względu na różne systemy polityczne panujące na przestrzeni wieków w różnych krajach w praktyce wyodrębniły się cztery główne modele służby zdrowia (Paszkowska 2006):

1. Model Bismarcka – finansowanie świadczeń odbywa się z obowiązkowych składek ubezpieczeniowych, istnieje wiele kas chorych, pomiędzy którymi panuje konkurencja o ubezpieczonych i ich składki. Politycy nie mają większego wpływu na wydzielone fundusze na ochronę zdrowia.
2. Model Beverdige’a – brytyjski model finansowania świadczeń z podatków ogólnych; zdrowie obywateli jest dobrem publicznym i jego ochrona jest obowiązkiem państwa, brak konkurencji i podmiotów prywatnych, mała efektywność (centralnie zarządzany).

---

\* dr Piotr Obidziński, Katedra Ubezpieczeń i Rynków Kapitałowych, Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Uniwersytet Szczeciński, ul. A. Mickiewicza 64, 71-101 Szczecin, e-mail: piotrobi@wneiz.pl.

3. Model Siemaszki – socjalistyczny model funkcjonujący do 1999 roku między innymi w krajach byłego ZSRR oraz w Polsce, oparty na finansowaniu świadczeń z budżetu, jego założeniem był pełny, równy i nieodpłatny dostęp całego społeczeństwa do usług zdrowotnych, współpłacenie występowało tylko przy wykupie leków (centralnie zarządzany).
4. Model rezydualny – stosowany do niedawna w USA, w którym państwo ogranicza swoją odpowiedzialność za zapewnienie obywatelom ochrony zdrowia i przerzuca ją na obywateli; jest ona traktowana jak pełnoprawna gałąź gospodarki.

W Polsce od 1999 roku funkcjonuje model oparty na koncepcji **Bismarcka** z licznymi modyfikacjami wprowadzony ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 roku (weszła w życie 1 stycznia 1999 roku). Podstawą reformy było odejście od budżetowego systemu finansowania opieki zdrowotnej i przejście do systemu mieszanego: budżetowo-ubezpieczeniowego. Powstało 16 kas regionalnych oraz jedna kasa branżowa (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego). Obecnie obowiązuje system wprowadzony ustawą z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kompetencje kas chorych przejął Narodowy Fundusz Zdrowia z szesnastoma regionalnymi oddziałami i centralną siedzibą w Warszawie. KRUS pozostał wydzielony.

Realizatorem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest NFZ. Naczelne zasady systemu zakładają równe traktowanie obywateli oraz solidarność społeczną, zapewnienie ubezpieczonemu swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych i wolnego wyboru świadczeniodawców.

**Zasada solidarności społecznej** określa, że wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne nie ma wpływu na liczbą, jakością i rodzaj otrzymywanych świadczeń. W związku z tą zasadą ubezpieczeni, którzy korzystają ze świadczeń zdrowotnych sporadycznie, finansują opiekę zdrowotną osób chorych i częściej korzystających z pomocy medycznej.

**Zasada prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy** określa, że ubezpieczony ma obecnie możliwość wyboru dowolnego świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ.

## 1. Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce

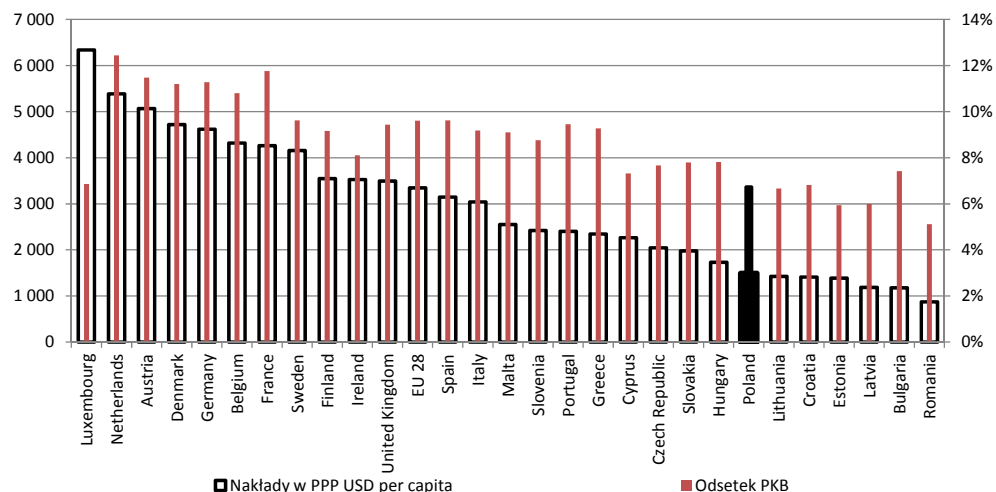
Utrzymanie zdrowia społeczeństwa wymaga z jednej strony nakładów finansowych, a z drugiej – prowadzenia określonej polityki promującej zdrowy styl życia obywateli (co jednocześnie stanowi prewencję systemu opieki zdrowotnej). W Polsce finansowanie opieki zdrowotnej społeczeństwa (nakłady na opiekę zdrowotną) odbywa się na dwa podstawowe sposoby:

1. Wydatki publiczne:
  - a) NFZ – obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne (ZUS, KRUS);
  - b) budżet państwa – środki poszczególnych ministerstw partycypujących w utrzymaniu systemu;
  - c) budżety jednostek samorządu terytorialnego.

2. Wydatki niepubliczne:

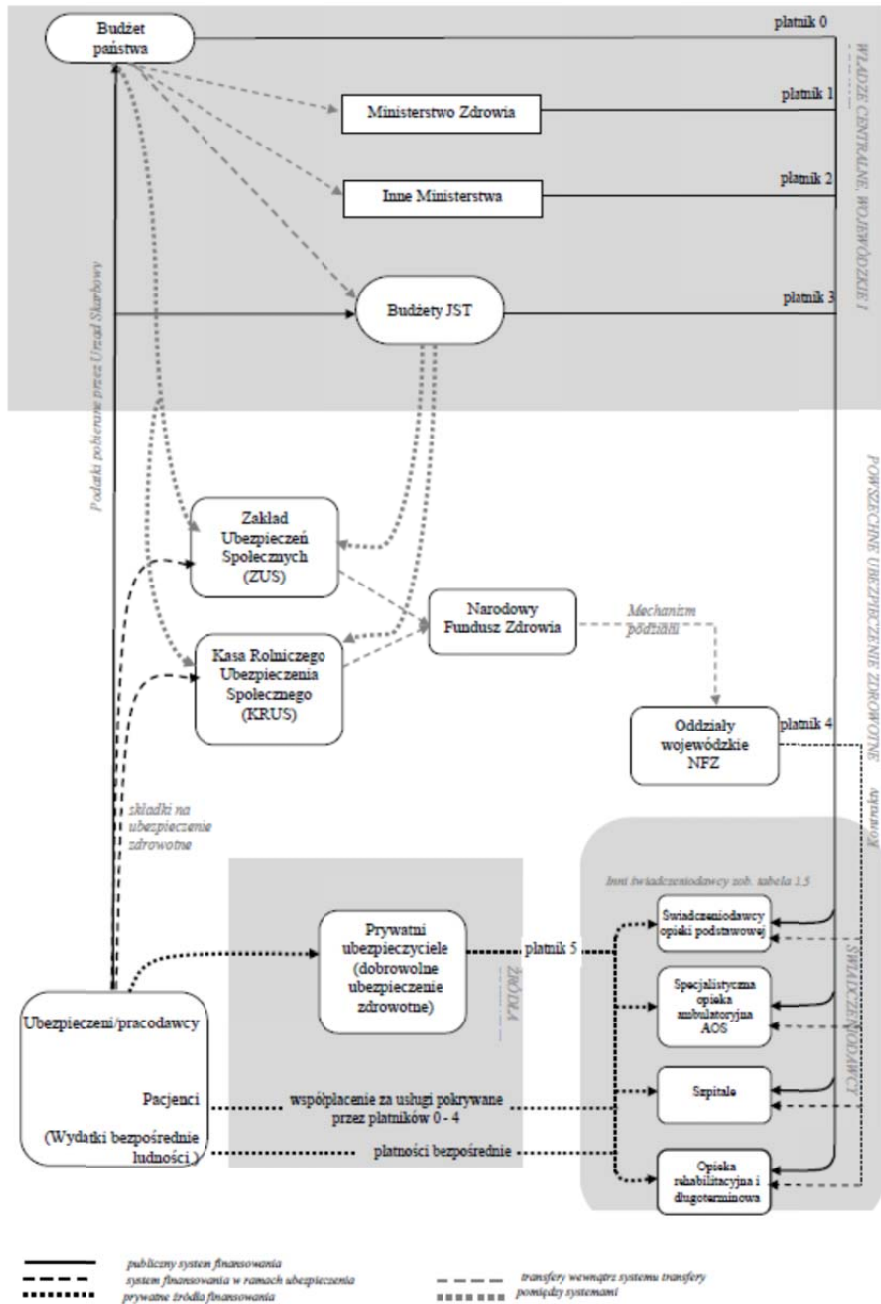
- a) środki własne pacjentów przeznaczane bezpośrednio na pokrycie kosztów wizyt lekarskich, pobytów w szpitalach, koszty badań;
- b) składki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne;
- c) wydatki przedsiębiorstw ponoszone w związku z ochroną zdrowia.

Dane o nakładach publicznych na ochronę zdrowia w Polsce gromadzą: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Sprawiedliwości, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwo Finansów (*Narodowy Rachunek Zdrowia...* 2014). Obecnie nakłady na opiekę zdrowotną w Polsce są na jednym z najniższych poziomów w Unii Europejskiej, zarówno w przeliczeniu na osobę, jak i ogółem jako udział w PKB (rys. 1). Złożoność polskiego systemu opieki zdrowotnej przedstawiono na rysunku 2.



**Rysunek 1.** Całkowite wydatki na zdrowie w krajach UE w 2012 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych WHO.



**Rysunek 2.** Przepływy finansowe w systemie ochrony zdrowia

Źródło: (Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia 2012).

## 2. Długofalowe tendencje w systemie opieki zdrowotnej

Koszty utrzymania polskiej służby zdrowia będą nieuchronnie rosły w najbliższych dziesięcioleciach. Trendów demograficznych, które mają decydujący wpływ na wzrost kosztów w systemie zdrowia, **nie da się odwrócić** żadnymi reformami. Można je jedynie złagodzić przede wszystkim poprzez oddziaływania w sferze społecznej i ekonomicznej. Natomiast negatywny wpływ samych trendów przejawiać się będzie:

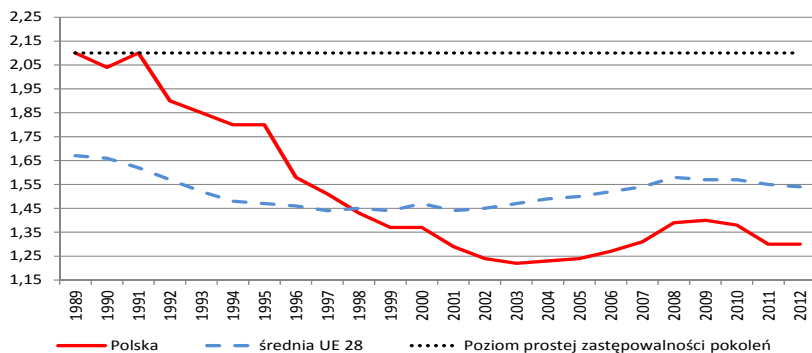
- a) spadkiem udziału liczby ludności w wieku produkcyjnym (płatników systemu);
- b) wzrostem udziału liczby beneficjentów systemu (głównie za sprawą silnego wzrostu liczby osób w wieku emerytalnym);
- c) wzrostem przeciętnych jednostkowych kosztów utrzymania zdrowia społeczeństwa (rosnąca rzesza osób starszych wymagać będzie większych nakładów finansowych, częściej bowiem na starość chorujemy i wymagamy częstszych badań, dłuższego leczenia oraz zwiększonych działań profilaktycznych).

Dodatkowo wpływ na wzrost kosztów utrzymania służby zdrowia mieć będzie także postęp technologiczny. Coraz większe nakłady finansowe na badania i rozwój w sferze produkcji coraz nowocześniejszych leków oraz specjalistycznych urządzeń medycznych będą także pociągały za sobą wzrost kosztów leczenia.

Kluczowe stają się zatem pytania: Czy w długim okresie można istotnie złagodzić negatywne konsekwencje starzenia społeczeństwa dla systemu opieki zdrowotnej? Czy inwestycje w prewencję zdrowia w długim okresie mogą wpłynąć na finanse systemu? Czy wydłużanie okresu produkcyjnego będzie miało pozytywny, czy negatywny wpływ na system? Czy i jakie zmiany będą konieczne w samym systemie? Czy wystarczy personelu medycznego do obsługi rosnącej rzeszy pacjentów? Czy koniecznością stanie się wprowadzenie częściowej odpłatności za świadczenia zdrowotne? Zagadnienie finansowania systemu opieki zdrowotnej w długim okresie już wkrótce może stać się jednym z największych wyzwań stojących przed decydentami.

## 3. Społeczno-demograficzne przesłanki zmian w systemie

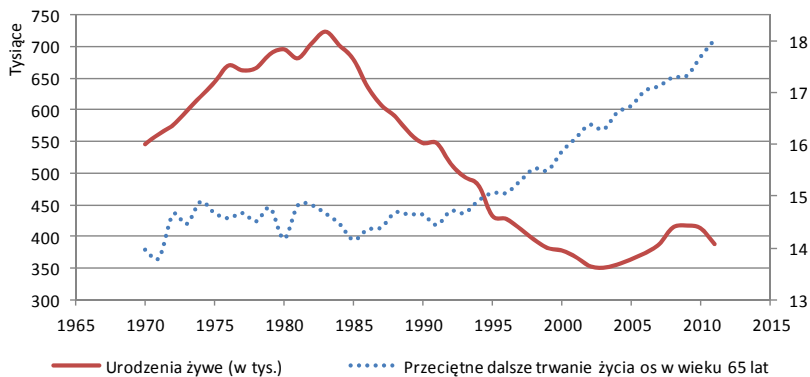
Konieczność zmian w systemie opieki zdrowotnej w długim okresie podyktowana jest przede wszystkim przemianami demograficznymi. Są one nieuniknione i związane głównie z występowaniem tak zwanego falowania struktur (wyże i niżej demograficzne), na które dodatkowo nakładają się przemiany społeczne wzorców płodności oraz spadek umieralności. Efektem przemian wzorców płodności jest malejący współczynnik płodności całkowitej (TFR) wyrażający liczbę urodzeń przypadających na kobietę w jej okresie rozrodczym (rys. 3). W okresie od 1989 do 2003 roku wartość wsółczynnika spadła znacznie poniżej poziomu tak zwanej prostej zastępowalności pokoleń, co oznacza, że w kolejnych dziesięcioleciach nastąpi znaczne obciążenie pokolenia produkcyjnego pokoleniem poprodukcyjnym.



**Rysunek 3.** Współczynnik płodności całkowitej (TFR) w latach 1989–2012

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WHO.

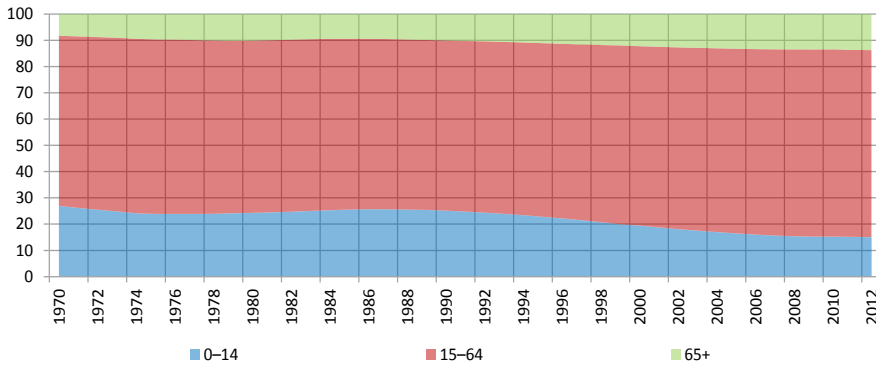
Spadkowi liczby urodzeń towarzyszy wydłużanie się trwania życia ludzkiego. Dzięki zmianom systemowym po roku 1989 oraz poprawie jakości życia i jakości usług medycznych przeciętne trwanie życia ludzi w każdym wieku wydłuża się. Wprawdzie jego głównym motorem jest spadek umieralności niemowląt, ale proces ten dotyczy także osób starszych. Przeciętne dalsze trwanie życia 65-latków wydłużyło się z 14,64 w 1989 roku do 18,03 w 2011 roku, a więc o prawie 3,5 roku (rys. 4). Postępuje zatem proces wydłużania życia przy jednoczesnym spadku płodności.



**Rysunek 4.** Przeciętne dalsze trwanie życia osoby w wieku 65 lat (prawa oś, w latach) oraz liczba urodzeń (lewa oś, w tys.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS i WHO.

W rezultacie od 25 lat obserwujemy spadek udziału liczby osób w wieku produkcyjnym w ogólnej liczbie ludności przy rosnącym udziale liczby osób w wieku poprodukcyjnym (rys. 5).

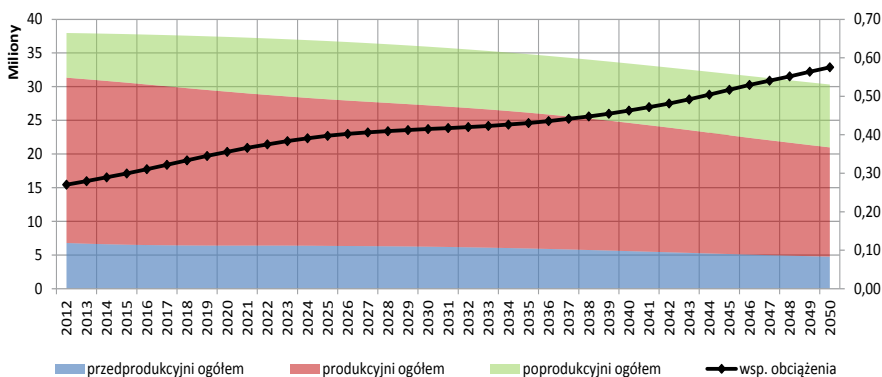


**Rysunek 5.** Struktura ludności Polski – udział ekonomicznych grup wieku (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WHO.

W długim okresie oznacza to starzenie zasobów ludzkich. Podobna sytuacja występuje praktycznie w całej Europie, jednak tempo starzenia się Polaków jest wyższe, a zatem długofalowe skutki dla Polski będą dotkliwsze.

W wyniku opisanych procesów społeczno-demograficznych oraz przyjętych założeń co do dalszego ich kształtowania otrzymano projekcję ludności na lata 2012–2050 (Obidziński 2010). W efekcie przyjętych założeń w badanym okresie ogólna liczba ludności będzie spadała przy jednoczesnym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym, co będzie powodowało wzrost obciążenia systemowego (rys. 6). W 2012 roku wartość współczynnika wynosiła około 0,27, co oznaczało, że w przybliżeniu na jednego emeryta przypadały 4 osoby pracujące. W 2050 roku prognozowana wartość wskaźnika przekroczy 0,5, a więc jednemu emerytowi będą odpowiadały już tylko niecałe 2 osoby pracujące.



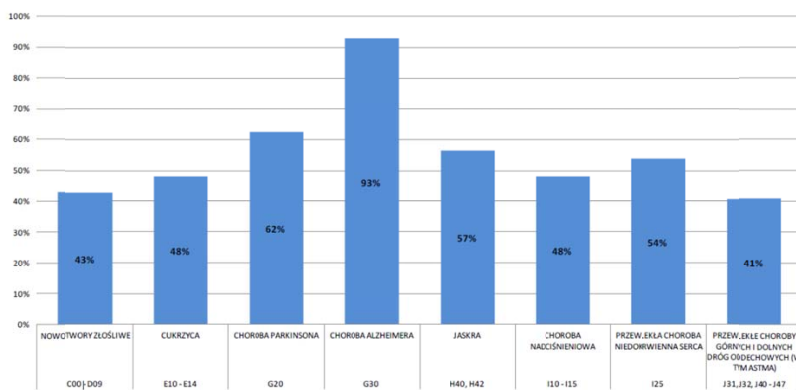
\* Ludność w podziale na ekonomiczne grupy wieku – lewa oś; współczynnik obciążenia systemowego – prawa oś.

**Rysunek 6.** Prognoza ludności Polski w latach 2012–2050

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Obidziński 2010) oraz danych GUS.

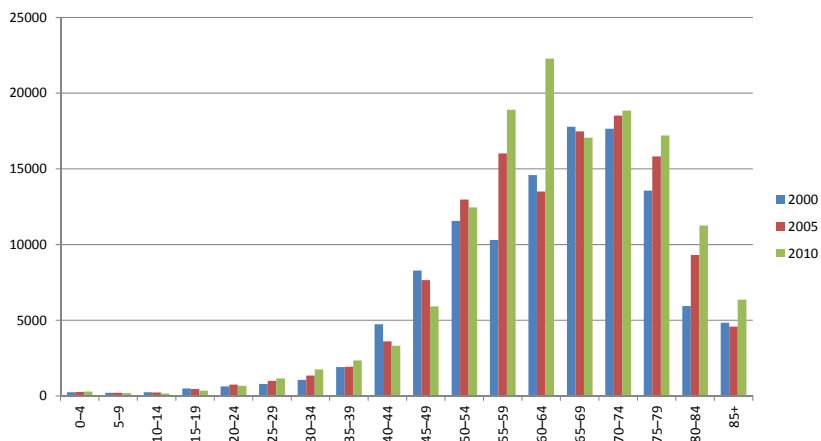
#### 4. Podłoże epidemiologiczne zmian w systemie

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa polskiego postępować będzie wzrost zachorowalności na te schorzenia, które częściej występują u osób starszych (rys. 7). Szczególnym wyzwaniem będą typowe choroby wieku starczego, jak choroba Alzheimera, choroba Parkinsona czy jaskra, ale także główne choroby cywilizacyjne, jak choroby nowotworowe, układu krążenia czy oddechowego, których występowanie nasila się w starszych grupach wieku (rys. 8).



**Rysunek 7.** Udział kosztów leczenia pacjentów powyżej 65. roku życia według ICD-10 w 2011 roku

Źródło: NFZ: wydatki poniesione w 2011 – zaczerpnięte z (Pakulski 2012).



**Rysunek 8.** Zachorowalność na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce w latach 2000, 2005 i 2010 w 5-letnich grupach wieku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów.



Nasilanie się chorób w okresie starości będzie czynnikiem multiplikującym wydatki systemu opieki zdrowotnej. Kosztochłonne będzie samo leczenie pacjentów, jak i działania prewencyjne, których znaczenie będzie musiało istotnie wzrosnąć.

## Uwagi końcowe

Podstawowym skutkiem przemian społeczno-demograficznych w sferze finansów systemu opieki zdrowotnej będzie narastająca niekorzystna relacja wpływów w stosunku do jego wydatków. W sferze organizacyjnej natomiast będzie postępowała niewydolność systemu przejawiająca się w spadku technicznych możliwości świadczenia usług medycznych. Według M. Pakulskiego, zastępcy prezesa ds. medycznych w Narodowym Funduszu Zdrowia: „Nie będziemy mieli wystarczającej ilości pieniędzy i wystarczającej liczby lekarzy, aby zagwarantować wszystkim odpowiedni poziom opieki w dotychczasowym kształcie systemu” (Pakulski 2012). Konieczne stanie się przejście odpowiedzialności jednostki za swoje zdrowie. Ponadto wzrośnie znaczenie edukacji i profilaktyki pierwotnej, a także współdziałania dostawców świadczeń zdrowotnych ze sferami pomocy społecznej, lokalnej społeczności, wolontariatu i systemu edukacyjnego. Nade wszystko jednak system będzie wymagał zwiększonych nakładów finansowych (w tym istotnego wzrostu nakładów ze źródeł niepublicznych) oraz zmian organizacyjnych (m.in. w zakresie przygotowania odpowiedniej liczby kadry medycznej).

## Literatura

- Ekonomiczne konsekwencje osiągnięcia wieku emerytalnego przez generacje powojennego wyżu demograficznego* (2003), red. J. Pociecha, Akademia Ekonomiczna, Kraków.
- Holzer J. (2005), *Demografia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 rok* (2014), Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa.
- Obidziński P. (2010), *Metody ilościowe w badaniu zmian czynników otoczenia systemu emerytalnego na zapotrzebowanie funduszu rezerwy demograficznej*, praca doktorska obroniona na Uniwersytecie Szczecińskim, Szczecin.
- Pakulski M. (2012), *Wyzwania stojące przed systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnejz perspektywy zmian społecznych i demograficznych*, wystąpienie na konferencji „Health Systems in Transition – Zarys systemu ochrony zdrowia, Polska”, Warszawa.
- Paszkowska M. (2006), *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, „e-Finanse” nr 1.
- Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia* (2012), NFZ, Warszawa.
- Population Ageing in Europe. Facts, Implications and Policies* (2014), European Commission, Bruxelles.
- Zeliaś A. (1997), *Teoria prognozy*, PWE, Warszawa.

## THE IMPACT OF SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS ON FINANCING OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN POLAND IN THE LONG TERM

**Abstract: Goal** – The article is an introduction to the study of long-term consequences of demographic and social processes in the area of health care in Poland. The aim of the study is to present the challenges facing the system of financing health care services in the context of the inevitable socio-demographic changes.

**Research Methodology** – The paper presents models of health, demographic projections, and epidemiological data.

**Result** – Based on the results of research methods used were formulated challenges of financing the health care system.

**Originality/value** – The original contribution of the author is to take into account the epidemiological factors in demographic modeling.

**Keywords:** system of health care, retirement, aging, epidemiology

## Cytowanie

Obidziński P. (2015), *Wpływ czynników społeczno-demograficznych na finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce w długim okresie*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 892, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 78, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, s. 43–52; [www.wneiz.pl/frfu](http://www.wneiz.pl/frfu).