

Kształtowanie wydatków na opiekę zdrowotną jako problem społeczno-ekonomiczny

WPROWADZENIE

Zapewnienie efektywnego finansowania systemów opieki zdrowotnej jest kluczowym problemem współczesnych państw, także zamożnych. Zagadnienie to z jednej strony wiąże się z zapewnieniem podstawowych praw jednostki do opieki zdrowotnej, więc w tym znaczeniu jest problemem społecznym, z drugiej strony wymaga zapewnienia dostatecznych źródeł finansowania, więc stanowi obszar badań ekonomicznych. Celem tego opracowania jest przedstawienie sytuacji Polski w zakresie wydatkowania środków finansowych na opiekę zdrowotną na tle innych państw i wskazanie na ewentualne obszary wymagające zmian w celu zwiększenia efektywności tych wydatków.

Aby zrealizować tak postawiony cel, poddane zostaną analizie występujące w Polsce i na świecie trendy dotyczące wysokości wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia, ich struktury oraz wpływu wysokości ponoszonych wydatków na oczekiwaną długość życia.

W opracowaniu zostanie przedstawiona struktura źródeł finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, poziom finansowania tej opieki na tle ogólnego poziomu w krajach Unii Europejskiej i OECD, zostaną przedstawione kluczowe mierniki efektywności wydatków na opiekę zdrowotną oraz omówione zjawiska przyczyniające się do nieefektywnego wykorzystywania środków finansowych przez jednostki ochrony zdrowia.

W artykule zostaną poruszone tylko wybrane, jak się wydaje, najistotniejsze a zarazem najbardziej ogólne kwestie związane z efektywnym wydatkowaniem środków finansowych na opiekę zdrowotną.

ŹRÓDŁA I POZIOM FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Każdy system opieki zdrowotnej wymaga ogromnych nakładów, dlatego też w pierwszej kolejności omówione zostaną źródła pochodzenia środków finansowych. Biorąc pod uwagę sposób finansowania można wyróżnić trzy modele systemu opieki zdrowotnej [Ryć, Skrzypczak, 2010, s. 9]:

- powszechny ubezpieczeniowy, nazywany modelem Bismarcka (oparty na obowiązkowych ubezpieczeniach zdrowotnych),
- narodowej służby zdrowia, nazywany modelem Beveridge’a (państwo z podatków finansuje opiekę zdrowotną),
- oparty na ubezpieczeniach prywatnych.

Żaden z wymienionych modeli nie występuje w czystej formie. W poszczególnych krajach wprowadzane są rozwiązania zawierające elementy różnych modeli, w zależności od roli, jaką odgrywa państwo w polityce zdrowotnej.

Modele systemu opieki zdrowotnej ulegają ciągłym przeobrażeniom. Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat znacznie zmieniła się zarówno struktura źródeł finansowania opieki zdrowotnej, jak i wysokość wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia [Getzen, 2000, s. 27, 34].

W Polsce również w ciągu ostatnich kilkunastu lat system opieki zdrowotnej przeszedł ogromne przeobrażenia. Najważniejszą zmianą w tym zakresie była reforma przeprowadzona w roku 1999, w konsekwencji której nastąpiła decentralizacja systemu opieki zdrowotnej, finansowanej do tej pory bezpośrednio przez państwo. W kolejnych latach (2003, 2004, 2010) system opieki zdrowotnej ulegał dalszym modyfikacjom również jeśli chodzi o sposób finansowania. Najważniejszym źródłem finansowania ochrony zdrowia stała się składka na ubezpieczenie zdrowotne, nie zrezygnowano jednak całkowicie z bezpośredniego finansowania przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego co przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce po roku 1999

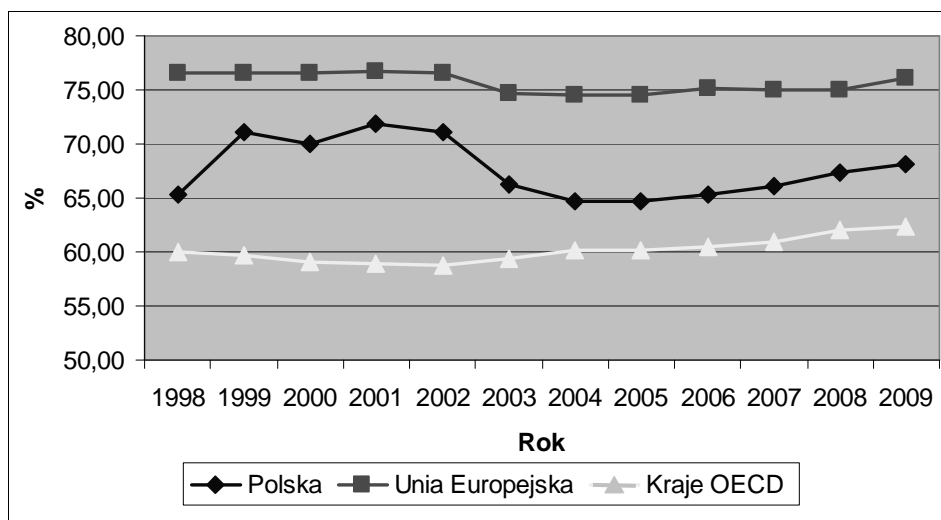
Źródło finansowania	Obszary finansowania
<i>1</i>	<i>2</i>
Powszechne ubezpieczenie zdrowotne	W zakresie objętym przez kontrakty z NFZ: – podstawowa opieka zdrowotna, – świadczenia specjalistyczne, ambulatoryjne i stacjonarne.
Budżet państwa	– specjalistyczne procedury medyczne, – programy polityki zdrowotnej, – ratownictwo medyczne, – publiczna służba krwi, – inspekcja sanitarna, – część składek ubezpieczenia zdrowotnego osób niezyskujących dochodów.
Jednostki samorządu terytorialnego	Organizacja opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym i regionalnym, w tym: – finansowanie inwestycji i przekształceń infrastrukturalnych, – pokrywanie długów i dalsze finansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej generujących stratę.

1	2
Wydatki prywatne	<ul style="list-style-type: none"> – bezpośrednie zakupy leków i świadczeń zdrowotnych, – wykup komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego, – finansowanie zakładowej służby zdrowia, – zakup dla pracowników abonamentów w prywatnych placówkach opieki zdrowotnej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Jaworzyńska, 2010, s. 19–21].

Porównując wielkość i strukturę nakładów z funduszy publicznych na opiekę zdrowotną przed i po reformie służby zdrowia w Polsce w 1999 r. można zauważyć, zgodnie z założeniami reformy, zmniejszenie bezpośrednich wydatków budżetu państwa na rzecz finansowania ze składek ubezpieczenia zdrowotnego [Nawrońska, 2003].

Dane dotyczące poziomu wydatków publicznych zarówno w Polsce, jak i ogółem w krajach UE i OECD wskazują na wzrost udziału tych wydatków w całkowitych wydatkach ponoszonych na ochronę zdrowia w ciągu ostatnich lat (rysunek 1).



Rysunek 1. Udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Światowego, www.data.worldbank.org/ (dostęp z dnia 18.02.2012 r.).

Jest to zjawisko zaskakujące, bowiem w latach 2001–2005 wydatki publiczne wykazywały tendencje malejącą, a prywatne wzrostową i prognozy

wskazywały na utrzymanie się tego trendu w kolejnych latach [Rój, Sobiech, 2006], następował bowiem wzrost liczby osób wykupujących prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz korzystających z usług prywatnej służby zdrowia. Należy więc zauważyć, że zarówno w krajach Unii Europejskiej, jak i w krajach OECD fundusze publiczne pozostają podstawowym źródłem finansowania systemów opieki zdrowotnej.

MIARY EFEKTYWNOŚCI WYDATKÓW NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Kluczowym problemem w kształtowaniu wydatków na opiekę zdrowotną jest pomiar ich efektywności. W przypadku placówek służby zdrowia mierzenie efektywności wydatkowanych środków finansowych wydaje się być trudniejsze niż w przypadku innych jednostek. Jest to spowodowane stosowaniem innych miar dla nakładów, a innych dla efektów poniesionych nakładów. Wydatki wyrażamy w jednostkach pieniężnych, z kolei efekty ze względu na ich różnorodność trudno w ten sposób ująć. Pojawia się zatem pytanie, w jaki sposób mierzyć efektywność wydatków na ochronę zdrowia?

Biorąc pod uwagę główny cel funkcjonowania placówek służby zdrowia, jakim jest poprawa zdrowia obywateli, można zastosować takie miary efektywności jak: zmniejszenie liczby zachorowań, wydłużenie długości życia, zmniejszenie umieralności noworodków czy zmniejszenie liczby chorób nieuleczalnych. Należy jednak przy tym pamiętać, że na stan zdrowia obywateli nie pozostają bez wpływu również inne czynniki takie, jak cechy biologiczne, środowisko oraz styl życia. Z kolei uwzględniając rozmiar działalności prowadzonej przez jednostki służby zdrowia, za miernik efektywności można przyjąć liczbę pacjentów, a w przypadku szpitali również liczbę osobodni pobytu pacjentów w szpitalu. Należy przy tym wziąć pod uwagę fakt, że efekty niektórych wydatków będą widoczne dopiero po kilku czy kilkudziesięciu latach.

Efektywność wydatkowanych środków pieniężnych można rozpatrywać na kilku płaszczyznach:

- Jaki powinien być poziom wydatków na opiekę zdrowotną?
- Na co należy przeznaczyć ograniczone środki?
- Jakie działania należy podjąć, aby zapobiec nieuzasadnionemu marnotrawstwu?

Poziom nakładów na usługi medyczne, zwłaszcza usługi szpitalne, może być traktowany jako miernik rozwoju i bogactwa społeczeństw. Wskaźniki dostępności do usług medycznych i nakłady na służbę zdrowia są dobrą ilustracją etapu rozwoju społecznego i cywilizacyjnego. Z przygotowywanych systematycznie raportów Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że poziom nakładów na służbę zdrowia pozostaje w bezpośrednim związku z poziomem zdrowia społeczeństw. Z kolei taka zależność nie zawsze potwierdza się jeżeli chodzi o związek dynamiki PKB *per capita* ze wskaźnikami długości życia i śmier-

telności [*The World...*, 2008, s. 6–12]. Wynika z tego, że państwa konstruując swoje budżety, zwłaszcza w przypadku krajów odnotowujących wzrost gospodarczy, mogą podjąć działania przyczyniające się do poprawy stanu zdrowia i poziomu życia swoich obywateli. W tabeli 2 zamieszczono dane dotyczące poziomu wydatków (wyrażonych jako udział w PKB) ponoszonych na służbę zdrowia w Polsce, w krajach UE oraz w krajach OECD w latach 1998–2009.

Tabela 2. Udział całkowitych wydatków (prywatnych i publicznych) na opiekę zdrowotną w PKB

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Polska	5,91	5,73	5,52	5,86	6,34	6,24	6,20	6,21	6,20	6,43	7,01	7,13
Kraje UE	8,55	8,62	8,59	8,77	9,00	9,30	9,35	9,41	9,38	9,32	9,58	10,31
Kraje OECD	9,91	9,99	10,07	10,58	10,96	10,92	10,85	10,89	10,92	10,88	11,04	11,86
Różnica: UE - Polska	2,64	2,88	3,07	2,91	2,66	3,06	3,14	3,19	3,18	2,89	2,56	3,17
Różnica: OECD - Polska	4,01	4,25	4,54	4,72	4,63	4,68	4,64	4,68	4,72	4,45	4,03	4,73

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Światowego, www.data.worldbank.org/ (dostęp z dnia 18.02.2012 r.).

Porównując wydatki ponoszone w Polsce i wymienionych grupach państw można zauważyć, że zarówno w Polsce, jak i w krajach Unii Europejskiej oraz w krajach OECD wydatki te systematycznie rosną z roku na rok. Pomimo to w Polsce są one na dużo niższym poziomie niż wynosi średnia w krajach UE i krajach OECD. Różnica pomiędzy poziomem wydatków na opiekę zdrowotną w krajach UE oraz w krajach OECD a poziomem wydatków w Polsce wyrażona w punktach procentowych wynosi odpowiednio w badanym przedziale czasowym od 2,56–3,18 dla UE oraz od 4,01– 4,73 dla krajów OECD i systematycznie się powiększa. Są to ogromne różnice biorąc pod uwagę, że na służbę zdrowia Polska przeznaczająca około 5,5–7% PKB. Przedstawione dane wskazują na ogromne niedofinansowanie polskiej służby zdrowia.

Jednocześnie potrzeby finansowe w tej sferze są ogromne. Specjaliści w dziedzinie demografii, zwracają uwagę na zjawisko „starzejącego się społeczeństwa”. Prognozy demograficzne przewidują wzrost udziału osób w wieku emerytalnym z 15,7 % w roku 2007 do 33,8% w roku 2050 [Kubiak, 2010, s. 189]. Można zatem przypuszczać, że w przyszłości wzrośnie zapotrzebowanie na usługi medyczne świadczone przez lekarzy specjalizujących się w leczeniu ludzi starszych, oraz miejsca w ośrodkach dla ludzi przewlekle chorych. Ważne jest zatem wcześniejsze zapewnienie odpowiednich środków na te cele.

Kolejny problem dotyczy wydatków na badania naukowe z dziedziny medycyny. Są to badania z reguły kosztowne, ale bardzo ważne. Nie sposób nie wykorzystać możliwości, jakie daje nam dzisiejsza technika dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego. Przy ograniczonych środkach finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia pomocny staje się tutaj sponsoring firm prywatnych.

Na co zatem przeznaczyć ograniczone środki finansowe, aby wykorzystać je jak najefektywniej? Jaką kwotę przeznaczyć na profilaktykę, a jaką na leczenie chorych osób? Ile przeznaczyć na opiekę szpitalną, ile na leczenie w przychodniach, ile na zakłady opiekuńczo-lecznicze, a ile na badania naukowe? Oto pytania, z którymi przychodzi się zmierzyć managerom zarządzającym instytucjami ochrony zdrowia oraz pracującym na różnych szczeblach administracji publicznej.

Jednym z głównych obszarów wymagających poprawy w polskiej służbie zdrowia jest wykorzystanie zasobów sprzętowych i personalnych, którymi dysponują poszczególne placówki służby zdrowia. Prowadzone badania nad efektywnością techniczną szpitali [Nieszporka, 2007, s. 241], rozumianą jako osiągnięcie największej produkcji przy wykorzystaniu najlepszej kombinacji dostępnych zasobów dowodzą, że w niektórych regionach Polski zasoby te nie są optymalnie wykorzystywane. Może rozwiązaniem byłyby bazy danych, w których każdy uprawniony podmiot zajmujący się świadczeniem usług medycznych mógłby łatwo sprawdzić dostępność i koszt potrzebnej usługi czy procedury. Analizując stopień wykorzystania zasobów w jednostkach służby zdrowia należy pamiętać, że pewien niewielki stopień niewykorzystania tych zasobów jest zjawiskiem naturalnym dla tego typu jednostek i wynika ze specyfiki działalności jaką prowadzą. Jednostki te bowiem nie tylko świadczą usługi medyczne, ale również utrzymują gotowość do świadczenia takich usług.

W zakładach opieki zdrowotnej podejmowane są liczne działania zmierzające do zmniejszenia kosztów ich funkcjonowania, a tym samym efektywniejszego wykorzystania posiadanych środków finansowych. Są to przykładowo takie działania jak: korzystanie z usług firm outsourcingowych, budżetowanie kosztów, koordynacja działań podejmowanych na różnych szczeblach zarządzania, racjonalizacja zatrudnienia, doskonalenie gospodarki lekami i materiałami pomocniczymi, racjonalizacja wynagrodzeń itp.

W wielu krajach opracowywany jest szereg wskaźników, w tym również dotyczących efektywności wykorzystanych środków finansowych, pozwalających na ocenę funkcjonowania jednostek służby zdrowia poprzez porównanie wartości tych wskaźników ze średnimi wartościami dla całej branży. Proces opracowywania i monitorowania wskaźników jest bardzo czasochłonny i pracochłonny, ale pozwala na szybkie podjęcie działań w przypadku wystąpienia nieprawidłowości.

Przykładem często stosowanej miary efektywności wydatków ponoszonych na opiekę zdrowotną jest oczekiwana długość życia. W tabeli 3 przedstawiono

kształtowanie się tego wskaźnika w Polsce oraz średniej jego wartości dla krajów UE i OECD w latach 1998–2009.

Tabela 3. Oczekiwana długość życia

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Polska	71,3	71,0	70,9	70,6	71,1	71,6	71,7	71,9	72,2	72,6	73,0	73,0
Kraje UE	74,6	74,8	74,9	75,0	75,3	75,4	75,7	75,8	76,1	76,4	76,6	76,8
Kraje OECD	74,2	74,5	74,6	74,8	75,1	75,2	75,5	75,6	76,0	76,4	76,6	76,7
Różnica: UE - Polska	3,31	3,75	4,00	4,38	4,21	3,81	4,01	3,93	3,83	3,72	3,56	3,74
Różnica: OECD - Polska	2,86	3,41	3,74	4,23	4,02	3,63	3,83	3,76	3,77	3,71	3,56	3,69

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Światowego, www.data.worldbank.org/ (dostęp z dnia 18.02.2012 r.).

Z danych wynika, że ogólnie długość życia wzrasta (w badanym okresie wzrosła o około 2 lata), ale w Polsce jest krótsza niż średnia w krajach Unii Europejskiej i krajach OECD od 2,86 do 4,38 lat. Jednocześnie wyraźnie widoczne jest, szczególnie w ostatnich czterech latach, zmniejszenie się różnicy w długości życia pomiędzy krajami UE a krajami OECD. Pojawia się zatem pytanie dlaczego w Polsce, w kraju leżącym w środku Europy, ludzie żyją krócej niż przeciętny Europejczyk? Przyczyną może być zarówno wspomniane wcześniej niedofinansowanie polskiej służby zdrowia (por. tabela 2) jak również niewłaściwe wykorzystanie ograniczonych zasobów. Problem ten wymaga zapewne dalszych badań.

NIEEFEKTYWNE WYDATKOWANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ JAKO ZJAWISKO GLOBALNE

Oprócz kwestii poziomu nakładów na służbę zdrowia mierzonych w ujęciu względnym, czy też bezwzględnym zagadnieniem o fundamentalnym znaczeniu jest właściwa alokacja środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną. T. Getzen zwraca uwagę [2000, s. 492], że alokacja zasobów to absolutnie kluczowe i najważniejsze zagadnienie z zakresu ekonomiki zdrowia. Rolą ekonomistów jest między innymi badanie, na ile system opieki zdrowotnej wykorzystał dostępne nakłady do realizacji założonych celów. Szczególnie przydatne wydają się rachunki decyzyjne stosowane w rachunkowości zarządczej [Cleverley, 1989].

Wydaje się, że funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w państwie nie jest zagadnieniem, które może opierać się wyłącznie na grze sił rynkowych i rozwijać się bez opracowanej strategii, której celem jest maksymalizacja zdrowotnych interesów obywateli. Raport Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 roku [*The World...*, 2008, s. 11] wskazuje na trzy zjawiska w systemach opieki zdrowot-

nej, które naruszają ich stabilność i przyczyniają się do zmniejszenia efektywności wydatkowanych środków. Są to:

- „nadreprezentacja” specjalistycznych, w tym szpitalnych usług medycznych, w stosunku do rzeczywistych potrzeb („hospital-centrism”),
- defragmentacja systemu opieki zdrowotnej spowodowana mnogością systemów i programów, w ramach których świadczone są usługi zdrowotne,
- niekontrolowana komercjalizacja usług zdrowotnych w warunkach nieuregulowanego systemu usług zdrowotnych.

Wydaje się, że są to kluczowe problemy, wokół których warto skoncentrować dyskusję na temat struktury systemu opieki zdrowotnej.

Pierwsza z tych okoliczności oznacza budowanie systemów zdrowotnych wokół usług specjalistycznych, w tym szpitalnych, które są usługami z zasady droższymi. Wyrazem tego jest zaobserwowana w krajach OECD dynamika wzrostu liczby lekarzy specjalistów jako odsetek lekarzy ogółem.

Kolejne zagadnienie związane jest z defragmentacją systemu opieki zdrowotnej i brakiem koordynacji w zakresie realizowanych różnego rodzaju programów medycznych, co powoduje, że programy te się na siebie wzajemnie nakładają. Analizy dotyczące takich selektywnych programów, pokazują, że pozytywne skutki, o ile występują, mają charakter krótkoterminowy i nie przyczyniają się do polepszenia poziomu zdrowotności społeczeństwa [Buse, Harmer, 2007].

Ostatnim z omawianych zjawisk, które przyczynia się do zmniejszenia efektywności alokowanych w ochronie zdrowia zasobów jest niekontrolowana komercjalizacja służby zdrowia. W zakresie, w jakim rozważane jest funkcjonowanie jednostek służby zdrowia, zderza się realizacja funkcji nakładanych na państwo przez Konstytucję z grą sił rynkowych oraz dążeniami różnych grup interesariuszy do maksymalizacji ich interesów. Wydaje się więc, że niezależnie od faktu, czy usługi medyczne świadczone są przez podmioty publiczne, czy prywatne optymalna alokacja zasobów w skali kraju nie może zostać osiągnięta bez uregulowania rynku usług medycznych przez państwo.

PODSUMOWANIE

Systemy ochrony zdrowia funkcjonujące na świecie podlegają ciągłym przemianom. W poszczególnych krajach wprowadzane są rozwiązania zawierające elementy różnych modeli systemu opieki zdrowotnej w zależności od roli państwa w polityce zdrowotnej. Niezależnie jednak od rozwiązań systemowych środki przeznaczone na służbę zdrowia są ograniczone, ważne zatem jest racjonalne ich wykorzystanie.

Z przygotowywanych przez Światową Organizację Zdrowia raportów wynika, że poziom nakładów na służbę zdrowia pozostaje w bezpośrednim związku z poziomem zdrowia społeczeństw. Z analizy danych dotyczących poziomu finansowania polskiej służby zdrowia oraz jednego ze wskaźników efektywności wydatkowanych środków – oczekiwanej długości życia wynika, że w Polsce na ochronę zdrowia przeznaczana jest istotnie mniejsza część PKB niż średnio w krajach Unii Europejskiej, a przeciętny Polak żyje krócej niż przeciętny Europejczyk.

Na problem niedofinansowania służby zdrowia nakłada się zagadnienie złego zarządzania jednostkami służby zdrowia, zwłaszcza szpitalami [Sherman, 1993, s. 4]. Można wskazać na trzy główne zjawiska związane z niewłaściwym zarządzaniem w sferze alokacji środków finansowych, które naruszają stabilność systemów opieki zdrowotnej. Są to: „nadreprezentacja” specjalistycznych usług medycznych w stosunku do rzeczywistych potrzeb, wzajemne nakładanie się na siebie systemów i programów, w ramach których świadczone są usługi zdrowotne oraz niekontrolowana komercjalizacja usług zdrowotnych w warunkach nieuregulowanego systemu usług zdrowotnych. Zmiany we wskazanych obszarach prawdopodobnie znacznie przyczyniłyby się do poprawy efektywności środków finansowych wydatkowanych na ochronę zdrowia.

LITERATURA

- Buse K., Harmer A.M., 2007, *Seven Seven Habits of Highly Effective Global Public-Private Health Partnerships: Practice and Potential*, Social Science & Medicine, no. 64.
- Cleverley W.O., 1989, *Handbook of Health Care Accounting and Finance*, Aspen Publication, Rockville, Maryland.
- Getzen T.E., 2000, *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Jaworzyńska M., 2010, *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*, CeDeWu, Warszawa.
- Kubiak M., 2010, *Współczesne problemy demograficzne w aspekcie społeczno-gospodarczym [w:] Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Spójność społeczno-ekonomiczna a modernizacja gospodarki*, red. M.G. Woźniak, z. nr 16, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Nawrońska I., 2003, *Proces przekształceń systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej w Polsce*, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Nieszporka S., 2007, *Efektywność techniczna szpitali i jej determinanty*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 478.
- Rój J., Sobiech J., 2006, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Ryc K., Skrzypczak Z., 2010, *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Sherman V.C., 1993, *Creating the New American Hospital*, Jossey-Bars Publisher, San

Francisco.

www.ecosante.org/oecd.htm (dostęp 14.01.2010 r.)

www.data.worldbank.org/ (dostęp 18.02.2012 r.)

The World Health Report 2008, 2008, HWO, Genewa.

Streszczenie

W opracowaniu zaprezentowano problemy dotyczące finansowania opieki zdrowotnej. Przedstawiono źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem systemu funkcjonującego w Polsce. W opracowaniu omówiono kluczowe kwestie związane z wydatkowaniem środków finansowych, których rozwiązanie może się przyczynić do poprawy ogólnego stanu zdrowia pacjentów. Poruszono także problem pomiaru efektywności wydatków poniesionych na ochronę zdrowia. Jednocześnie zwrócono uwagę na zjawiska naruszające stabilność systemów opieki zdrowotnej, których eliminacja prawdopodobnie przyczyniłaby się do bardziej racjonalnego wykorzystania ograniczonych funduszy będących w dyspozycji jednostek służby zdrowia.

Effectiveness of the Health Care Expenditure as Socio-Economic Issue

Summary

This paper presents problems related to the health care financing. Presented are the sources of the health care financing in the world, with particular consideration of the system that is functioning in Poland. The paper discusses the key issues related to the health care funds expenditure, solving of which may contribute to the improvement of the patients' general health. Mentioned are also the problems of measuring the effectiveness of the expenditure on the health care. At the same time, the attention is turned to occurrences that destabilize health care systems, elimination of which probably would contribute to more rational utilization of the limited funds available to the health care organizations.