

Determinanty stabilności¹ systemu finansów ochrony zdrowia w kontekście zmian demograficznych

Ewa Kosycarz*

Streszczenie: Wydatki na ochronę zdrowia są grupą wydatków, która w większości rozwiniętych państw zdecydowanie szybciej rośnie niż PKB ich gospodarek. Przewiduje się, że wielkość środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia będzie nadal rosła.

Analizując determinanty stabilności finansowania systemu ochrony zdrowia w kontekście starzenia się społeczeństwa, należy rozważyć dwa elementy: wydatkową i dochodową stronę systemu finansowego. Po stronie wydatkowej bezspornie wzrastają koszty związane z większą liczbą osób starszych i wyższymi kosztami jednostkowymi świadczeń dla osób w podeszłym wieku. Wyższe wydatki wynikają z wysokich kosztów leczenia pod koniec życia oraz z długofalowych wydatków związanych z chorobami przewlekłymi. Przy czym wydatki związane z chorobami przewlekłymi wynikają pośrednio z wydłużania się życia.

Po stronie dochodowej zagrożeniami dla systemu finansów ochrony zdrowia jest malejąca grupa osób czynnych zawodowo (w kontekście starzejącego się społeczeństwa). Jednak głębsza analiza polskiego rynku pracy wskazuje, że posiadamy niewykorzystane jeszcze czynniki, które mogą pozwolić na zmniejszenie zagrożenia.

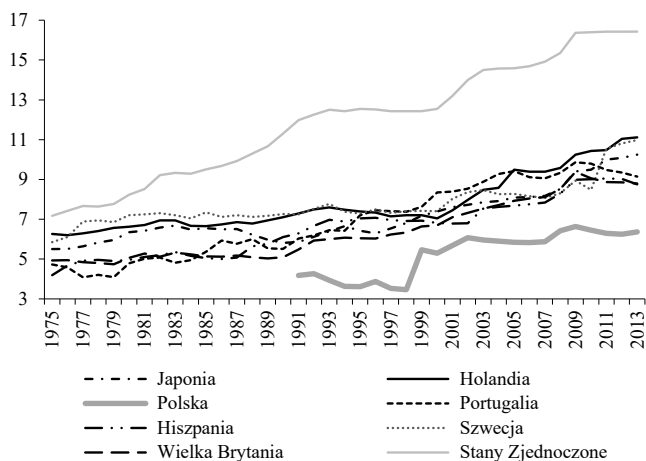
Słowa kluczowe: wydatki na ochronę zdrowia, starzejące się społeczeństwo

Wprowadzenie

Wydatki na ochronę zdrowia są grupą wydatków, która w większości rozwiniętych państw zdecydowanie szybciej rośnie niż PKB ich gospodarek (rys. 1). Rekordzistą w tym obszarze są Stany Zjednoczone. Jak wskazują badania Ch. Hagist i L.J. Kotlikoff (s. 16), 3/4 wzrostu tych wydatków przełożyło się na wzrost jakości i dostępności świadczeń medycznych. Przewiduje się, że wielkość środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia będzie nadal rosła. Wydatki na ochronę zdrowia ponoszone są zarówno przez sektor prywatny, jak i przez sektor publiczny.

* dr Ewa Kosycarz, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Katedra Skarbowości, e-mail: ekosyc@sgh.waw.pl.

¹ W literaturze przedmiotu jest wiele zróżnicowanych definicji stabilności systemu finansowego. Szerzej: Alińska (2016). Na potrzeby niniejszego artykułu stabilność systemu finansów ochrony zdrowia lub stabilność finansowania rozumiana jest jako zapewnienie wystarczających dochodów do pokrycia niezbędnych wydatków przy utrzymaniu dostarczania dóbr i usług zdrowotnych na obecnym poziomie dostępności dla obywateli.



Rysunek 1. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w wybranych państwach OECD w latach 1975–2013 (% PKB)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD (2016).

Zdecydowana większość wydatków ponoszona jest ze środków publicznych (rys. 2). W niniejszym artykule uwaga poświęcona została właśnie tej grupie jako istotnemu czynnikowi utrzymania stabilności systemu finansów publicznych². W Polsce są trzy główne źródła finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych: z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego (JST) i z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)³, przy czym NFZ ponosi około 85% wszystkich kosztów polskiego systemu ochrony zdrowia. W tym 50% z nich stanowią wydatki na leczenie szpitalne (GUS, 2015b, s. 146).

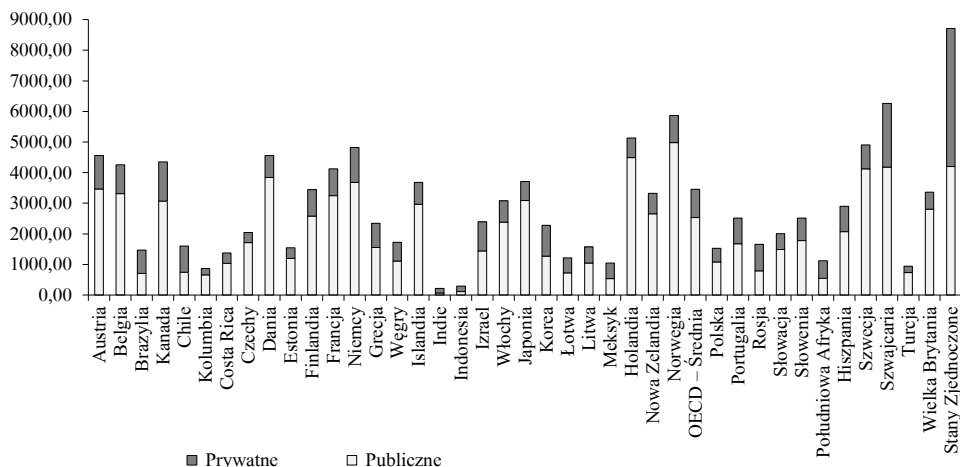
Nie można jednak całkowicie pominąć w rozważaniach skali wydatków prywatnych, które uzupełniają braki środków pochodzących z sektora państwowego lub z założenia (USA) są kluczowym elementem systemu ochrony zdrowia.

W kontekście wzrastających wydatków na ochronę zdrowia często podnoszone są kwestie starzejącego się społeczeństwa, jednak publikacje światowe nie wskazują jednoznacznie, że wydatki, które w przyszłości będą ponoszone przez systemy publicznej ochrony zdrowia, będą zdecydowanie większe właśnie z tego powodu. Jest wiele czynników, które będą kształtowały przyszłe wydatki. Bywa, że zachowania ludzi są nieracjonalne, i może mieć to ogromny wpływ na funkcjonowanie systemu. Na przykład badania przeprowadzone przez M. Terraneo (2015, s. 154–163) oraz zespół: A.L. Fitzpatrick, N.R. Powe, L.S. Cooper,

² Według wyliczeń Komisji Europejskiej wydatki na ochronę zdrowia stanowią drugi z punktu widzenia istotności determinant stabilności systemu finansów publicznych, zaraz za wydatkami związanymi z wypłatą emerytur i rent. Szerzej: Komisja Europejska (2015), za: *Program Konwergencji...* (2016), s. 44.

³ Mniejsze kwoty pochodzą np. z Funduszu Pracy (wynagrodzenia dla rezydentów – w 2016 r. planowane 835,3 mln zł – Rzemek, 2016), KRUS-u i ZUS-u (w tym np. na rehabilitację lub inwestycje w ochronie zdrowia).

D.G. Ives, J.A. Robbins (WHO, 2015, s. 95) wskazują, że ubożsi, starsi ludzie, którzy zazwyczaj mają większe potrzeby zdrowotne niż ich rówieśnicy o większych zasobach finansowych, rzadziej korzystają ze świadczeń medycznych.



Rysunek 2. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca wyrażone w dolarach, w podziale na sektor finansujący, w 2013 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD (2016).

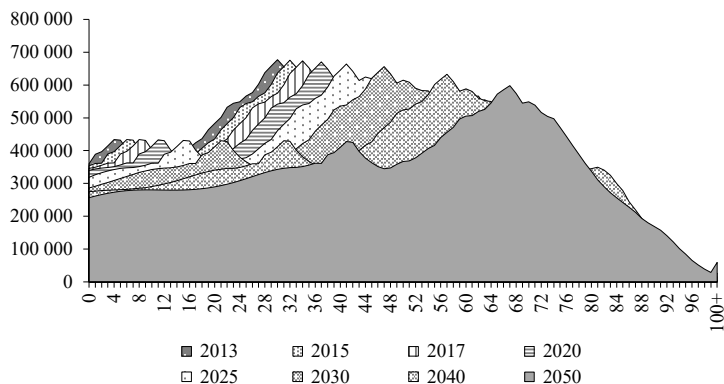
Celem artykułu jest przeanalizowanie, czy i w jakim stopniu starzejące się społeczeństwo zagraża stabilności systemu finansów ochrony zdrowia rozumianej jako zachowanie równowagi pomiędzy dochodami i wydatkami przy co najmniej utrzymaniu jakości i dostępności usług zdrowotnych, wskazanie głównych grup czynników zagrażających stabilności oraz możliwych rozwiązań, gdzie należałoby szukać mechanizmów przywracających tę równowagę systemu. Artykuł jest wstępem do pogłębionych badań wpływu zróżnicowanych determinantów stabilności systemu finansów ochrony zdrowia przy zachowaniu jakości i dostępności usług.

W opracowaniu nie zostały poruszone kwestie obecnych niedostatków w finansowaniu systemu ochrony zdrowia. Rozważania koncentrują się wyłącznie na skutkach wzrostu potrzeb finansowych wynikających ze starzejącego się społeczeństwa. Były prowadzone przy założeniu niezmienności jakości i dostępności świadczeń medycznych.

1. Główne determinanty stabilności finansowania świadczeń zdrowotnych w kontekście przemian demograficznych w Polsce

Projekcje demograficzne na najbliższe 30 lat wskazują znaczne zwiększenie się liczby ludności po 70 roku życia. Dodatkowo uszczuplona zostaje populacja osób w wieku

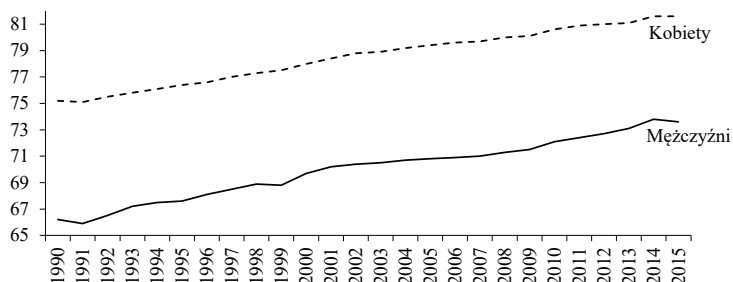
produkcyjnym oraz obniżona populacja dzieci (rys. 3). Należy pozytywnie ocenić wydłużanie się okresu życia. Niepokojące jest jednak zjawisko niezastępowalności pokoleń. Może być to powodem niewystarczających dochodów w stosunku do wzrastających potrzeb wydatków systemu ochrony zdrowia.



Rysunek 3. Struktura wiekowa ludności według GUS

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, *Prognoza ludności...* (2014).

Bazując na danych dotyczących długości życia, należy zwrócić uwagę, że tempo przyrostu lat życia u mężczyzn jest wyższe niż u kobiet. Rozpiętość pomiędzy czasem trwania życia kobiet i mężczyzn w latach dziewięćdziesiątych wynosiła 9,2 roku, a w 2014 roku 7,8 (rys. 4)⁴. Może to świadczyć o zmianie stylu życia na bardziej prozdrowotny u mężczyzn, co jest elementem profilaktyki zdrowotnej. Jest to przesłanka do wnioskowania, że długość życia będzie skorelowana z długością życia w zdrowiu – a to jest niezmiernie istotne z punktu widzenia analizowanych kosztów świadczeń medycznych dla osób starszych.



Rysunek 4. Przeciętne trwanie życia Polaków w latach 1990–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

⁴ W 2015 roku różnica w długości życia kobiet i mężczyzn znowu nieznacznie wzrosła do 8 lat.

2. Czy dłuższy czas życia oznacza większe koszty dla systemu ochrony zdrowia?

W Polsce wydatki na ochronę zdrowia pochodzące z NFZ w przypadku osób starszych są zdecydowanie wyższe niż w przypadku osób młodszych. Szacunkowo w latach 2010–2014 wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne dla jednej osoby w wieku 75+ były pięciokrotnie większe niż dla osoby w wieku 2–40 lat (NFZ, 2015, s. 4). Różnica w całkowitych wydatkach osób młodszych i starszych na świadczenia medyczne może być nieco niższa z uwagi na to, że obecnie część społeczeństwa w wieku produkcyjnym korzysta z prywatnych abonentów w centrach medycznych lub wykupuje prywatne wizyty lekarskie u specjalistów, aby uniknąć oczekiwania w kolejkach do świadczeń medycznych. W związku z tym istnieje przesłanka, że w przypadku osób młodszych większa część wydatków pokrywana jest ze źródeł prywatnych w porównaniu z osobami w podeszłym wieku. Nie zmienia to jednak faktu, że koszty świadczeń medycznych zdecydowanie rosną po około 50 roku życia. Związane jest to głównie z pojawiającymi się chorobami przewlekłymi oraz wzmocnionymi wydatkami na świadczenia zdrowotne w ostatnim roku życia. Dane prezentowane w publikacji NFZ „Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce” wskazują na dwa problemy finansowe polskiego systemu ochrony zdrowia:

- a) zagrożenie stabilności finansowej systemu wynikające ze zwiększonych potrzeb świadczeń medycznych dla rozrastającej się grupy osób starszych przy potencjalnie malejących dochodach systemu ochrony zdrowia;
- b) problem chorób przewlekłych, często tak zwanych Cywilizacyjnych – dotyczy on już osób w wieku produkcyjnym (dlatego widoczny jest wzrost wydatków na jedną osobę już w grupie 40–65 lat); jak wskazują wyniki badań amerykańskiego systemu ochrony zdrowia, 84% kosztów systemu świadczeń medycznych to koszty związane z chorobami przewlekłymi (Moses i in., 2013, s. 1947).

Co warto zaznaczyć, wydatki na ochronę zdrowia pokrywane przez NFZ w grupie najstarszych świadczeniobiorców są zdecydowanie wyższe w przypadku mężczyzn.

Przy analizie wydatków w podziale na rodzaje świadczeń największy wzrost wydatków odnotujemy w grupie świadczeń szpitalnych. Obecnie jest to też największa grupa wydatkowa i jednocześnie grupa podmiotów, które mają kłopoty z płynnością i ogromnymi długami⁵.

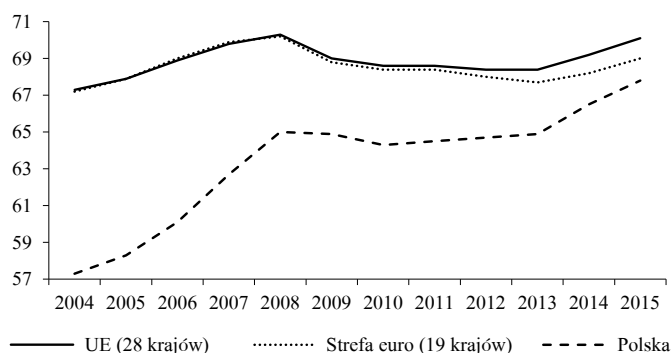
Według prognoz przygotowywanych przez NFZ w celu utrzymania obecnego poziomu dostępności do świadczeń niezbędne jest coroczne zwiększanie nakładów pieniężnych o około 500 mln zł tylko w celu sfinansowania potrzeb zwiększonych zmianami demograficznymi (NFZ, 2015, s. 13).

⁵ Długi w głównej mierze wynikają z większego popytu na świadczenia medyczne w porównaniu z uzyskanymi kontraktami (tzw. nadwykonania) oraz z niskiej wyceny niektórych świadczeń medycznych przez NFZ. Czynnikiem wpływającym na kłopoty finansowe szpitali jest znacznie więcej, część z nich została omówiona w: Kosycarz (2015a), s. 205–217 oraz (2015b), s. 197–210.

3. Determinanty mogące zniwelować zagrożenie utraty stabilności finansowania ochrony zdrowia środkami publicznymi wynikającymi z przemian demograficznych

Za zagrożenie stabilności systemu finansów ochrony zdrowia nie tylko odpowiadają wzrastające wydatki (więcej osób starszych), ale również prognozowane mniejsze dochody do budżetu państwa, samorządów i NFZ. Wysokość wspomnianych dochodów jest uzależniona w dużej części od osób w wieku produkcyjnym. To z podatków i składek obciążających pracę generowane są dochody NFZ i w części budżetu państwa i samorządów.

Prognozy GUS na lata 2020, 2030 (rys. 3) wskazują, że grupa osób w wieku produkcyjnym będzie maleć. Sytuacja w późniejszych latach 2040–2050 przedstawia się jeszcze bardziej pesymistycznie. Istnieją jednak przesłanki wskazujące, że dochody systemu ochrony zdrowia nie będą w Polsce malały proporcjonalnie do zmian populacji. Można wyróżnić co najmniej dwa determinanty takiej sytuacji: wzrastającą produktywność oraz wzrastający wskaźnik zatrudnienia. Polska w porównaniu z krajami wysoko rozwiniętymi ma niższe oba wskaźniki i jest przestrzeń do ich poprawy. Zwiększająca się produktywność kapitału i zasobów ludzkich oznacza wyższe pensje, a to przekłada się na wyższe dochody do sektora publicznego (przy niezmiennych obciążeniach fiskalnych pracy). Wskaźnik zatrudnienia przedstawia stosunek liczby osób zatrudnionych do liczby osób w wieku produkcyjnym zdolnych do pracy. W Polsce obserwuje się ciągły wzrost tego wskaźnika, jednak cały czas jest poniżej średniej unijnej (rys. 5). Rosnący w przyszłości wskaźnik oznacza osłabienie negatywnego wpływu zmian demograficznych na dochody systemu finansów ochrony zdrowia.



Rysunek 5. Wskaźnik zatrudnienia dla populacji w grupie wiekowej 20–64 lat – Polska na tle Europy (%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze stron Eurostatu.

Konkretną propozycję zwiększenia populacji osób zatrudnionych proponuje raport przygotowany przez firmę McKinsey (2015). Wskazuje on, że na drodze aktywizacji osób

biernych zawodowo, programów rynku pracy, polityki emigracyjnej i imigracyjnej do 2025 roku można byłoby zwiększyć populację osób pracujących o 2,4 mln pracowników.

Obszarem do zmniejszenia zagrożeń wynikających ze zmian demograficznych jest poprawa efektywności zarządzania służbą zdrowia w Polsce (OECD, 2010).

Kolejnymi determinantami kształtowania się kosztów ochrony zdrowia są koszty jednostkowych świadczeń oraz zwiększone wykorzystanie świadczeń i leków przez osoby starsze w porównaniu z osobami młodszymi. Jest to grupa czynników o dużej niepewności z uwagi na nieprzewidywalne zmiany w innowacyjności metod leczenia oraz stosowania się społeczeństwa do wskazań profilaktycznych.

Duży potencjał do redukcji wydatków zdrowotnych jest w stworzeniu sprawnego i skutecznego systemu profilaktyki i edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Szereg badań potwierdza, że wielu chorób przewlekłych (które są bardzo kosztowne dla systemu) można byłoby uniknąć, prowadząc zdrowy tryb życia i szybko diagnozując początki rozwijających się chorób (Szymborski, 2016, s. 224–229). Profilaktyka zapewniłaby dłuższe życie w zdrowiu, co oznacza dla systemu ochrony zdrowia mniejsze wydatki i mniejsze koszty społeczne.

4. Możliwe scenariusze zapewnienia stabilności finansowania systemu ochrony zdrowia

G. Juszczak i R. Lubliński w swojej publikacji *Scenariusze w ochronie zdrowia w Europie w latach 2012–2030* (Pasowicz, 2013, s. 15–26) przytaczają i analizują wyniki badania ekspertów z *The Economist*. Zgodnie z nimi przed europejskim systemem ochrony zdrowia istnieje pięć możliwych scenariuszy rozwoju:

Scenariusz 1: Triumf Technologii – przewidywany jest skokowy rozwój technologii medycznych pozwalających na leczenie chorób przewlekłych, takich jak: cukrzyca, niedokrwienie serca i udar, oraz na lepszą diagnostykę i monitoring wielu innych schorzeń. W scenariuszu tym przewidywany jest wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia do 20% PKB. Efektem rozwoju tak zwanej medycyny zaangażowanej ma być wydłużenie życia i aktywności zawodowej. Eksperci wskazują na fakt, że pozwoli to na poszerzenie bazy podatkowej, co umożliwi finansowanie tak kosztochłonnego scenariusza. Zagrożenia, jakie widzą G. Juszczak i R. Lubliński, to zagrożenie epidemiologiczne polegające na tym, że na przykład ograniczenie chorób krążenia przyczyni się jedynie do częstszego występowania innego typu schorzeń, jak: neurodegeneracyjnych i reumatycznych.

W przypadku uwarunkowań panujących na polskim rynku pracy baza podatkowa nie zależy jedynie od zdrowia i „długowieczności” osób aktywnych zawodowo. Są to znaczące czynniki wpływające na rynek pracy, ale trzeba mieć świadomość, że jeśli wydatki ochrony zdrowia wzrosną do 20% PKB i będą miały być finansowane przez sektor publiczny, to za tym musi iść podniesienie obciążeń fiskalnych. W polskim systemie finansowania służby zdrowia będzie to najprawdopodobniej oznaczało wzrost obciążeń fiskalnych pracy.

Problem, który może się pojawić wraz ze zwiększonymi obciążeniami fiskalnymi pracy, to rozrost pracy nierejestrowanej.

Nie można zakładać, że w przypadku Polski wydłużony wiek aktywności zawodowej pozwoli zwiększyć finansowanie ochrony zdrowia do 20% PKB. Takie zwiększenie musiałyby być związane albo z podniesieniem podatków i składek na ubezpieczenie zdrowotne, albo z rezygnacją z innego typu wydatków publicznych.

Scenariusz 2: Europejski system ochrony zdrowia – scenariusz ten opiera się na utworzeniu zunifikowanego europejskiego systemu ochrony zdrowia. Taki rozwój wypadków zakłada: zbliżony poziom opieki w całej Europie, stabilność finansowania systemu, powstanie „Centrów Doskonałości Klinicznej” – ośrodków wyspecjalizowanych w leczeniu poszczególnych chorób.

Pozytywnymi efektami takiego rozwiązania byłoby: zmniejszenie obciążeń krajowych w prowadzeniu wysokospecjalistycznych placówek zdrowia, obniżenie kosztów leczenia na poziomie kraju, zmniejszenie zapotrzebowania na lekarzy specjalistów, ujednoczenie standardów postępowania klinicznego, ujednoczony system kształcenia specjalistów medycznych, integracja systemów informatycznych oraz lepsze gromadzenie i zarządzanie środkami finansowymi. Jak wskazują G. Juszczyk i R. Lubliński, wadami takiego rozwiązania są: czasowe podniesienie obciążeń fiskalnych pracy, przekazanie kontroli nad ochroną zdrowia do urzędów europejskich, zagrożenie miejsc pracy w lokalnych szpitalach i niechęć pacjentów do korzystania z odległych placówek medycznych.

Proponowany system powinien przynieść korzyści w postaci racjonalizacji wydatków na ochronę zdrowia i podniesienia jakości świadczonych usług, ale należy pamiętać też o ograniczeniach w postaci zmian w zatrudnieniu na lokalnym rynku usług medycznych oraz niechęci pacjentów do hospitalizacji „daleko od domu”. Proponowane rozwiązanie wydaje się bardzo dobre, jeśli chodzi o choroby rzadkie. I nad taką siecią ośrodków medycznych dla chorób rzadkich prowadzone są prace w UE. Natomiast w przypadku „zwykłego” lecznictwa proponowany wariant wydaje się problematyczny.

Dyskusyjne jest także, czy system miałby się opierać na takiej samej wysokości składki zdrowotnej, czy też każde z państw miałoby wpłacać do wspólnej kasy tyle samo pieniędzy (w przeliczeniu na obywatela). Przy obecnym braku konwergencji gospodarczej i dużym zróżnicowaniu siły nabywczej takie rozwiązanie byłoby bardzo dotkliwe dla Polski w przypadku jednakowej stawki przypadającej na każdego obywatela i niesprawiedliwe dla bogatych państw przy ustaleniu identycznej procentowej składki zdrowotnej.

Scenariusz 3: Ograniczenie wydatków na leczenie poprzez wzmocnienie prewencji i promocji zdrowia – w takim scenariuszu zakłada się zintensyfikowane działania promujące zdrowy styl życia, szczepienia ochronne, badania przesiewowe. Jako działania rządowe proponuje się również dotowanie zdrowej żywności oraz po pewnym okresie karencji (np. 20 lat) wprowadzenie odpłatności (lub komercyjnych ubezpieczeń) na leczenie chorób wynikających z prowadzenia niezdrowego trybu życia. Kolejnym krokiem wzmacniającym profilaktykę zdrowotną byłoby obłożenie niezdrowego jedzenia wyższą stawką podatku.

Autorzy tego scenariusza dopuszczają też wyższe oskładkowanie osób nieprowadzących zdrowego stylu życia. Oprócz profilaktycznych aspektów takie działania zapewniłyby większe dochody do systemu ochrony zdrowia na leczenie między innymi chorób wywołanych niezdrowym trybem życia.

W konsekwencji implementacji takiego rozwiązania oczekuje się, że nastąpiłby spadek wydatków na „medycynę naprawczą”.

Taki scenariusz rozwiązywania problemu stale rosnących wydatków w ochronie zdrowia przy ograniczonych dochodach jest racjonalny i gdyby tylko była akceptacja społeczna, to jest możliwy do realizacji. Jedynym zagrożeniem, którego można się tutaj obawiać przy obecnym poziomie rozwoju informatyczno-technologicznego, jest przekroczenie akceptowalnego społecznie poziomu nadzoru obywateli. Można na świecie spotkać już rozwiązania polegające na monitorowaniu zachowań pacjenta (co zjadł, ile ćwiczył itp.) i wysyłaniu wyników na bieżąco do lekarza i firmy ubezpieczeniowej. Przesyłanie danych do lekarza jest jak najbardziej wskazane, jednak wykorzystywanie informacji o trybie życia przez firmę ubezpieczeniową do wyliczenia poziomu składek jest już dyskusyjne.

Scenariusz 4: Koncentracja systemów na najbardziej potrzebujących – scenariusz ten zakłada skupienie się na grupach osób po 70 roku życia, ubogich, z zaburzeniami psychicznymi i mniejszości etnicznych. Proponowane jest wiele działań zmierzających do podniesienia jakości i dostępności do opieki zdrowotnej dla tej części społeczeństwa.

Scenariusz 5: Całkowita prywatyzacja europejskich systemów ochrony zdrowia – eksperci wskazują, że jest to najmniej prawdopodobny scenariusz. Gdyby tak potoczyły się zdarzenia, państwo finansowałoby tylko opiekę zdrowotną dla najuboższych. Zadania państwa w obszarze zdrowia ograniczyłyby się do edukacji, gromadzenia danych i regulowania rynku usług medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych.

Z powyższych analiz wynika, że każdy z prognozowanych przez ekspertów z *The Economist* scenariuszy ma pewne wady i ograniczenia.

Uwagi końcowe

Analizując determinanty stabilności finansowania systemu ochrony zdrowia w kontekście starzenia się społeczeństwa, należy rozważyć dwa elementy: wydatkową i dochodową stronę systemu finansowego. Po stronie wydatkowej bezsprzecznie wzrastają koszty związane z większą liczbą osób starszych i wyższymi kosztami jednostkowymi świadczeń dla osób w podeszłym wieku. Wyższe wydatki wynikają z wysokich kosztów leczenia pod koniec życia oraz z długofalowych wydatków związanych z chorobami przewlekłymi. Przy czym wydatki związane z chorobami przewlekłymi wynikają pośrednio z wydłużania się życia (dłużej trwa i jest leczona choroba). Ich bezpośrednich przyczyn w dużym stopniu należy upatrywać w niezdrowym trybie życia osób w każdym wieku.

Po stronie dochodowej zagrożeniami dla systemu finansów ochrony zdrowia jest malejąca grupa osób czynnych zawodowo (w kontekście starzejącego się społeczeństwa). Jednak

głębsza analiza polskiego rynku pracy wskazuje, że posiadamy niewykorzystane jeszcze czynniki, które mogą pozwolić na zmniejszenie zagrożenia.

Po analizie różnych proponowanych w literaturze scenariuszy utrzymania w długim okresie stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia, analizie danych dotyczących zdrowia polskiego społeczeństwa oraz doświadczeń zagranicznych można stwierdzić, że problem starzejącego się społeczeństwa jest zagrożeniem utrzymania stabilnego finansowania ochrony zdrowia, ale można go zdecydowanie ograniczyć. Działania ograniczające problemy finansowania ochrony zdrowia związane ze starzejącym się społeczeństwem w długim okresie można zniwelować poprzez:

- a) położenie dużego nacisku na profilaktykę (w tym badania przesiewowe);
- b) prowadzenie edukacji zdrowotnej (promocja zdrowego stylu życia);
- c) wprowadzenie rozwiązań zniechęcających do prowadzenia niezdrowego stylu życia (np. opodatkowanie dodatkowo napojów wysoko słodzonych itp.);
- d) oddziaływanie na rynek pracy poprzez aktywizację osób nieaktywnych zawodowo oraz wydłużanie okresu aktywności zawodowej;
- e) zwiększenie produktywności kapitału i zasobów ludzkich;
- f) prowadzenie właściwej polityki imigracyjnej i emigracyjnej;
- g) racjonalizację wydatków na ochronę zdrowia.

Rozważania prowadzone w niniejszym artykule zostały zawężone tylko do skutków wynikających z problemu starzejącego się społeczeństwa. Z uwagi na ograniczoną miejscę do analizy nie uwzględniono takich problemów polskiego systemu ochrony zdrowia, jak:

- a) niewystarczająca jakość i dostępność usług dla osób starszych (np. domy opieki);
- b) ogólny niedostatek finansowania ochrony zdrowia w Polsce i wszystkie związane z tym konsekwencje;
- c) problem z efektywnością zarządzania środkami finansowymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia;
- d) problem z kadrami medycznymi nie tylko w obszarze geriatrii.

Literatura

- Alińska, A. (red.) (2016). *Mechanizmy pomocy finansowej w warunkach niestabilności systemu finansowego*. Warszawa: C.H. Beck.
- Gujski, M., Kalbarczyk, W. (red.) (2013). *Zdrowie priorytetem politycznym państwa, analiza i rekomendacje*. Warszawa: Instytut Ochrony Zdrowia.
- GUS (2015a). *Dzieci w Polsce w 2014 roku*. Warszawa.
- GUS (2015b). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 roku*. Warszawa.
- Hagist, Ch., Kotlikoff, L.J. *Who's Going Broke? Comparing Healthcare Costs in ten OECD Countries*. Working Paper 11833. National Bureau of Economic Research. <http://ec.europa.eu/eurostat> (marzec–czerwiec 2016).
- Kosycarz, E. (2015a). Elementy nowego zarządzania publicznego w systemie ochrony zdrowia. *Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego „Studia i Prace”*, 3, 4 (23), 205–217.

- Kosycarz, E. (2015b). Wpływ kondycji finansowej podmiotów leczniczych na stabilność finansową jednostek samorządu terytorialnego. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 881, *Ekonomiczne Problemy Usług*, 118, 197–210.
- McKinsey (2015). *Polska 2025 – Nowy motor wzrostu w Europie*.
- NFZ (2015). *Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce*. Warszawa.
- Moses III, H., Matheson, D.H.M., MBA, Dorsey, E.R., George, B.P., Sadoff, D., Yoshimura, S. (2013). The Anatomy of Health Care in the United States. *JAMA*; 310 (18).
- OECD (2010). *Health Care Systems: Getting More Value for Money*.
- OECD (2016). *Health Spending (Indicator)*. DOI: 10.1787/8643de7e-en.
- Pasowicz, M.(red. (2013). *Zdrowie i medycyna – wyzwania przyszłości*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.
- Prognoza ludności na lata 2014–2050 (opracowana 2014 r.)* (2014). Pobrane z: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>.
- Program Konwergencji, Aktualizacja 2016* (2016). Warszawa.
- Rzemek, M. (2016). Pracodawcy nie chcą utrzymywać lekarzy. *Rzeczpospolita*, 28 czerwca, C5.
- Szymborski, J. (2016). Zdrowie publiczne i polityka senioralna. W: B. Kłos, P. Russel (red.), *Przemiany demograficzne w Polsce i ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje* (s. 173–200). Warszawa: Wyd. Sejmowe.
- Terraneo, M. (2015). Inequities in Health Care Utilization by People Aged 50+: Evidence from 12 European Countries. *Soc Sci Med*.
- WHO (2015). *World Report on Ageing and Health*.
- www.oecd.org (kwiecień–czerwiec 2016).
- www.rynekseniora.pl (kwiecień–czerwiec 2016).

DETERMINANTS OF THE STABILITY OF THE FINANCE SYSTEM OF HEALTH CARE IN THE CONTEXT OF DEMOGRAPHIC CHANGE

Abstract: Expenditure on health care belong to a group of expenditures that grow significantly faster than GDP of the most developed countries. It is expected that the amount of funds allocated for health care will continue to grow.

Analysing the determinants of financial sustainability of the health care system in the context of an aging population, one needs to consider two elements: expenditure and revenue side of the financial system. On the expenditure side undoubtedly the costs associated with a greater number of older people and higher unit costs of health benefits for the elderly are increasing. Higher expenses are due to the high costs of treatment at the end of life and long-term costs associated with the chronic diseases – where expenses associated with the chronic diseases arise indirectly from the lengthening of life.

On the revenue side the risks to the health care financial system is caused by the decreasing group of professionally active people (in the context of an aging population). However, a deeper analysis of the Polish labour market indicates that we have not yet utilized the all the factors that may allow a reduction of threats.

Keywords: expenditure on health care, aging population

Cytowanie

- Kosycarz, E. (2016). Determinanty stabilności systemu finansów ochrony zdrowia w kontekście zmian demograficznych. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 6 (84/2), 129–139. DOI: 10.18276/frfu.2016.6.84/2-11.

