

Błażej Łyszczarz

Uniwersytet Mikołaja Kopernika

Czy wydajemy za mało? Poziom i dynamika wydatków na zdrowie w Polsce i innych krajach OECD

Do we spend too little? Level and dynamics of health expenditure in Poland and other OECD countries

Abstract: In contrast to highly developed countries, the level of health expenditure in Poland is often considered to be too low. The purpose of the paper is to empirically test if the expenditure for health in Poland is in fact too little. Using simple regression and dynamic analysis of health expenditure in the OECD countries, the arguments against the statement are indicated. The results suggest that the relatively low health expenditure is explained by low GDP and the position of Poland is not an exception. Moreover, Poland is one of the countries with the highest rate of health expenditure growth, even if compared to virtually all Central and Eastern Europe countries investigated.

Key-words: health expenditure, financing, OECD countries, healthcare system.

Wstęp

Zarządzający systemami ochrony zdrowia w wielu krajach rozwiniętych gospodarczo borykają się z problemami wynikającymi z rosnących kosztów funkcjonowania lecznictwa. Jeszcze w 1970 roku kraje członkowskie OECD wydawały na cele zdrowotne średnio 5% PKB, w roku 2010 mierzone w ten sposób wydatki urosły do średniego poziomu 9,7% PKB. Stany Zjednoczone, wydające na ochronę zdrowia najwięcej środków na świecie, przeznaczyły na ten cel aż 17,6% PKB.

Przyczyny zainteresowania szybko rosnącymi wydatkami na zdrowie są zróżnicowane, istnieją jednak co najmniej dwa powody, dla których problem ten jawi się jako kluczowy dla wielu społeczeństw w najbliższych dekadach.

Po pierwsze, ekonomiści są zgodni, że większość krajów wysoko rozwiniętych dysponuje systemami zdrowotnymi, których sfinansowanie stanie się w przyszłości niemożliwe bez wprowadzenia istotnych reform. Projekcje wskazują, że publiczne wydatki na zdrowie w grupie krajów OECD wzrosną w okresie 2005–2050 z 5,7% PKB do 7,7%–9,6% PKB, w zależności od wdrażanej polityki ograniczania kosztów [OECD 2006]. Po drugie, istnieją obawy, czy wzrost wydatków na zdrowie jest efektywny z alokacyjnego punktu widzenia. Problem ten zilustrować można pytaniem, czy dodatkowe usługi i technologie medyczne warte są przeznaczanych na nie środków, czy też może inne zastosowanie zasobów przeznaczanych na leczenie byłoby bardziej efektywne i pożądane przez społeczeństwo. Tak sformułowany problem odnosi się do efektywności alokacyjnej ochrony zdrowia i koncentruje się na poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, jaka kombinacja dóbr oraz usług medycznych i niemedyceńskich powinna być produkowana w gospodarce [Santerre, Neun 2004, s. 5].

Inne akcenty dominują w dyskusji na temat wysokości wydatków na ochronę zdrowia w Polsce, gdzie wydaje się dominować pogląd przeciwny prezentowanemu w wielu krajach wysoko rozwiniętych. W Polsce, przy wydatkach na poziomie 7% PKB, istnieje raczej przekonanie o zbyt niskich wydatkach na cele zdrowotne. Autorzy kompleksowego i wpływowego raportu oceniającego finansową stronę systemu ochrony zdrowia w Polsce stwierdzają: „sektor zdrowotny niewątpliwie potrzebuje więcej środków. Jego finansowanie [...] było niedostateczne”, odnosząc te słowa do okresu 2004–2007 [Ministerstwo Zdrowia 2008, s. 221]. Opinia o niedofinansowaniu polskiej ochrony zdrowia formułowana jest także w nowszych opracowaniach przez środowiska lekarskie [Rynek Zdrowia 2011] i naukowe [Goliowska 2012, ss. 114–116, Handzelewicz 2012, ss. 47, 53; Kolwicz 2010, s. 137].

Odmienne perspektywy na odpowiedniość poziomu wydatków na zdrowie – polska i obecna w dyskusjach w krajach bardziej rozwiniętych – kazały zadać pytanie, czy w Polsce na zdrowie wydajemy zbyt mało. Biorąc pod uwagę fakt, że społeczeństwo może przeznaczyć na leczenie tylko część swoich zasobów, to czy nasze przeznaczają ich zbyt mało? W opinii autora twierdząca odpowiedź na te pytania, tak często padająca w Polsce, bywa niepoparta wnikliwym oglądem sytuacji. Zasadne jest przy tym pytanie, jaki poziom wydatków na ochronę zdrowia uznać należy za „odpowiedni”. Trudno uznać, że poziom odpowiedni to taki, który zapewnia zaspokojenie wszystkich potrzeb. Świadczenia zdrowotne są wszak dobrem deficytowym i racjonowanie jest koniecznością [Balicki 2012, s. 13]. W opracowaniu założono, że odpowiedniość poziomu wydatków może być oceniona na podstawie porównania sytuacji Polski z innymi krajami.

Niniejsza analiza ma w zamierzeniu autora stanowić głos w dyskusji dotyczącej poziomu wydatków na zdrowie w Polsce. Prezentowana analiza opiera się na danych dotyczących wydatków na cele zdrowotne publikowanych w ramach bazy danych *OECD Health Data* [OECD 2012]. Zakres czasowy obejmuje okres 2000–2010. Z uwagi na fakt, że metodologia pomiaru wydatków na ochronę zdrowia została zaprezentowana szeroko w licznych, również polskich opracowaniach [por. np. Ministerstwo Zdrowia 2008; Kawiorska 2004; Krakowińska 2006], zrezygnowano z omówienia sposobów pomiaru finansowania.

Analiza empiryczna składa się z dwóch części. Pierwsza opiera się na porównaniu poziomu wydatków między krajami. W części drugiej zbadano dynamikę wydatków w badanej grupie państw. Zastosowane metody obejmują regresję prostą oraz analizę dynamiki wskaźników zjawiska w czasie.

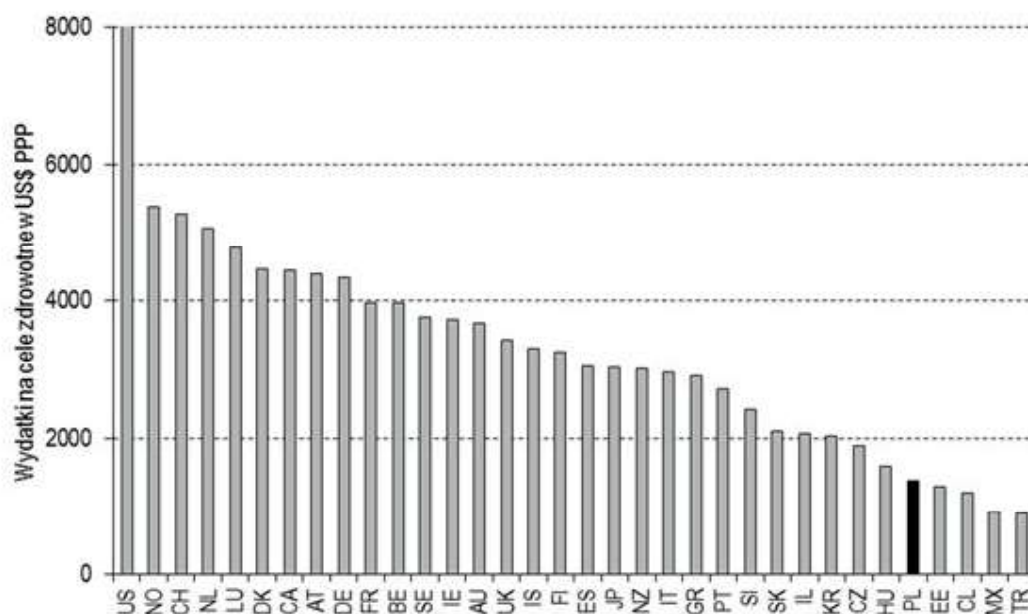
Poziom wydatków na zdrowie w krajach OECD

Porównanie poziomu wydatków na cele zdrowotne w Polsce z innymi krajami pozostaje jednym z głównych obszarów analiz komparatywnych w zakresie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia. Głównym źródłem wykorzystywanych w takich analizach danych statystycznych są kolejne roczniki bazy OECD [2012]. Zaletą tego zbioru danych jest ich wysoka jakość oraz międzynarodowa porównywalność wynikająca ze stosowania standaryzowanych Narodowych Rachunków Zdrowia. Wykorzystanie tego zbioru danych sprawia jednak, że zdecydowaną większość państw, do których przyrównuje się Polskę, stanowią kraje na istotnie wyższym poziomie rozwoju gospodarczego. Sprawia to, że porównanie w zakresie finansowania ochrony zdrowia z większością innych państw członkowskich stawia Polskę w negatywnym świetle.

Polska znajduje się wśród krajów o najniższym poziomie wydatków na cele zdrowotne wśród członków OECD. W 2010 r. niższe wydatki w tym obszarze, mierzone w dolarach amerykańskich wg parytetu siły nabywczej (US\$ PPP), charakteryzowały Chile, Estonię, Meksyk i Turcję (wykres 1). Zastosowanie alternatywnego miernika wydatków na zdrowie – wyrażenie ich jako odsetka PKB – wskazuje, że tylko trzy ostatnie z wymienionych państw wydają na zdrowie mniej niż Polska¹ [OECD 2012].

¹ Z uwagi na wymogi zwięzłości nie przedstawiono wykresu obrazującego kształtowanie wskaźnika wydatków jako odsetka PKB. Dane na temat jego kształtowania są dostępne na stronie internetowej *OECD Health Data*.

Wyk.1. Wydatki na ochronę zdrowia w krajach OECD w roku 2010



Źródło: *OECD Health Data 2012*

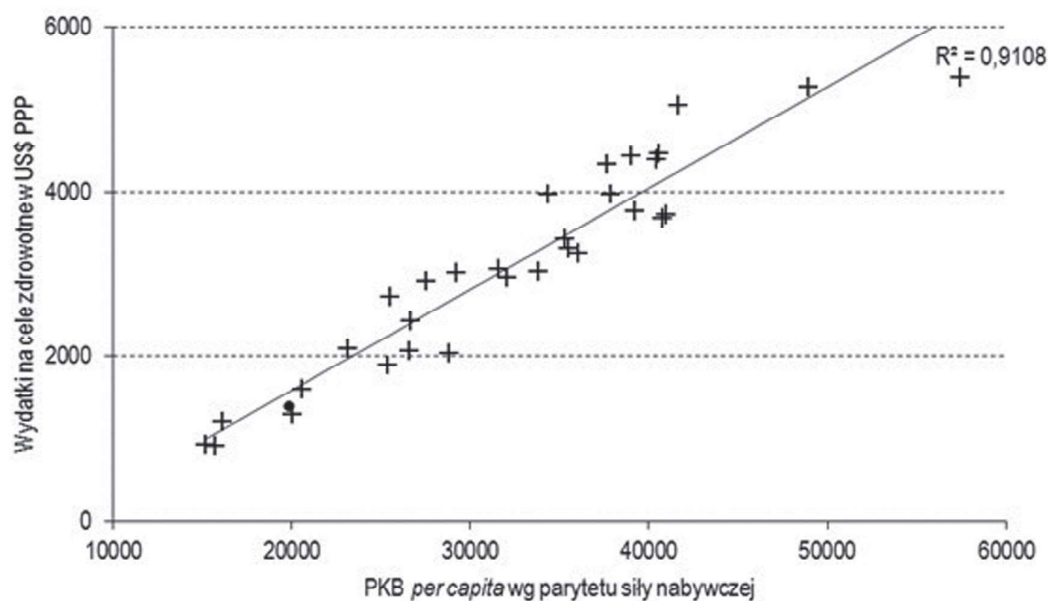
Uwaga: dane dla Australii, Izraela, Japonii oraz Luksemburga dotyczą roku 2009, natomiast dane dla Turcji – roku 2008. Oznaczenia skrótów państw: AT – Austria, AU – Australia, BE – Belgia, CA – Kanada, CH – Szwajcaria, CL – Chile, CZ – Czechy, DE – Niemcy, DK – Dania, EE – Estonia, ES – Hiszpania, FI – Finlandia, FR – Francja, GR – Grecja, HU – Węgry, IE – Irlandia, IL – Izrael, IS – Islandia, IT – Włochy, JP – Japonia, KR – Korea, LU – Luksemburg, MX – Meksyk, NL – Holandia, NZ – Nowa Zelandia, NO – Norwegia, PL – Polska, PT – Portugalia, SE – Szwecja, SI – Słowenia, SK – Słowacja, TR – Turcja, UK – Wielka Brytania, US – Stany Zjednoczone.

Niskie miejsce Polski w rankingu państw OECD z punktu widzenia wysokości wydatków na zdrowie bywa powodem argumentacji wskazującej na zbyt niski poziom finansowania. W opinii autora argumentacja taka jest niepełna, gdyż abstrahuje od poziomu rozwoju gospodarczego.

Tymczasem zdrowie, jak wskazują badania prowadzone z wykorzystaniem danych międzynarodowych, może mieć cechy dobra luksusowego [Atella, Marini 2007], co oznacza, że wyższy poziom dochodów prowadzi do bardziej niż proporcjonalnego wzrostu wydatków na cele zdrowotne. Jeśli hipoteza o wyższej od jedności elastyczności dochodowej wydatków na zdrowie jest prawdziwa, niskie wydatki na zdrowie w Polsce znajdują uzasadnienie w niskim poziomie PKB.

Zależność wydatków na zdrowie (przy zastosowaniu obu najczęściej wykorzystywanych miar) od PKB zilustrowano na dwóch kolejnych wykresach.¹

Wyk. 2. Zależność między PKB *per capita* a wydatkami na ochronę zdrowia (w dolarach amerykańskich wg parytetu siły nabywczej) w krajach OECD w 2010 roku



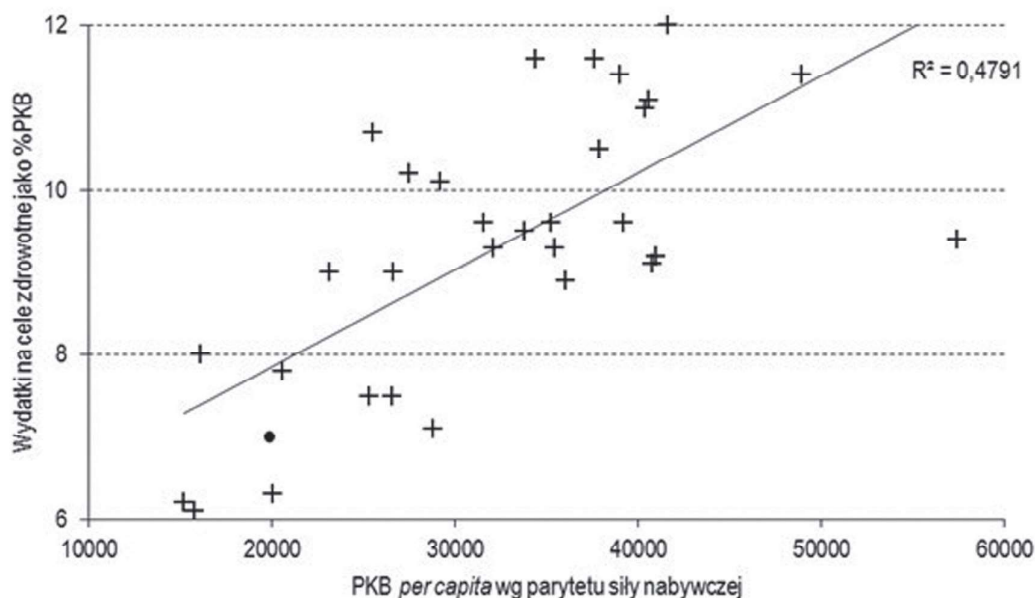
Źródło: OECD Health Data 2012.

Uwaga: znaczniem okrągłym zaznaczono pozycję Polski.

Zależność między wydatkami na cele zdrowotne mierzonymi w US\$ PPP a PKB *per capita* ma charakter bliski liniowej; wartość współczynnika determinacji R^2 wynosi aż 91,1%. Wysokość dochodów nie jest oczywiście jedynym czynnikiem determinującym wydatki na zdrowie, jest jednak – na co wskazuje bliska liniowość zależności – czynnikiem silnie wpływającym na poziom finansowania. Zastosowanie drugiej z miar ilustrujących wydatki na zdrowie, to znaczy odsetka PKB przeznaczanego na cele zdrowotne, nie wskazuje na istnienie równie silnej zależności między tą miarą a PKB *per capita*. Związek między obiema zmiennymi nadal jednak jest wyraźny ($R^2=47,9\%$) i istotny statystycznie.

¹ Z analizy wyłączono Stany Zjednoczone oraz Luksemburg, gdyż wartości PKB *per capita* (Luksemburg) lub wydatków na zdrowie (Stany Zjednoczone) noszą cechy obserwacji odstających, silnie oddziałujących na wyniki analizy.

Wyk. 3. Zależność między PKB *per capita* a wydatkami na ochronę zdrowia (jako odsetek PKB) w krajach OECD w 2010 roku



Źródło: *OECD Health Data 2012*.

Uwaga: znacznikiem okrągłym zaznaczono pozycję Polski.

Przydatność zaobserwowanych zależności dla oceny odpowiedniości poziomu wydatków na cele zdrowotne przeprowadzić można, obserwując położenie punktu ilustrującego sytuację danego kraju w stosunku do linii trendu. Zakłada się przy tym, że linia trendu trafnie opisuje zależność między PKB *per capita* i wydatkami na cele zdrowotne w badanej grupie krajów, a inne czynniki oddziałujące na poziom wydatków na zdrowie wyłącza się z analizy. Jest to oczywiście uproszczenie rzeczywistości, w którym uznaje się, że wydatki na ochronę zdrowia są funkcją PKB. Położenie punktu poniżej linii trendu oznacza, że dany kraj wydaje na cele zdrowotne mniej, niż wynikałoby to z poziomu PKB tego kraju; położenie powyżej linii trendu oznacza wydatki wyższe niż uzasadnione wysokością PKB.

W przypadku obu wskaźników punkt opisujący położenie Polski leży poniżej linii trendu, co oznacza, że wartość wyznaczona przez model dla Polski jest wyższa od obserwowanej. Ujmując inaczej, Polska wydaje mniej na cele zdrowotne, niżby wynikało z ustalonej zależności modelowej dotyczącej krajów OECD. Należy przy tym zwrócić uwagę, że Polska nie jest tu wyjątkiem i także wartości wydatków dla wielu innych krajów są niższe niż wyznaczone przez model. Przykładami takich krajów – charakteryzujących się jednocześnie relatywnie niskim PKB, co pozwala porównać ich sytuację do Polski – są:

Czechy, Meksyk, Turcja, Estonia, Izrael oraz Korea Południowa. W przypadku trzech ostatnich krajów odległość punktu od linii trendu jest większa niż dotycząca Polski i sytuacja ta obejmuje oba modele. W przypadku trzech z dziesięciu krajów o najniższym PKB *per capita* w badanej grupie wartość rzeczywista wydatków na zdrowie jest wyższa niż wartość modelowa; sytuacja ta dotyczy Chile, Słowacji oraz Portugalii. Silne odchylenie od trendu cechuje szczególnie Portugalię, co wskazuje na bardzo wysokie wydatki na cele zdrowotne w stosunku do wysokości dochodu w tym kraju. Biorąc pod uwagę kraje bogatsze, niższa rzeczywista wartość wydatków w porównaniu z wyznaczoną przez model charakteryzuje np. Norwegię, Irlandię, Australię, Szwecję, Islandię i Finlandię.

Dynamika wydatków na zdrowie w krajach OECD

Drugim elementem badania empirycznego jest porównanie dynamiki wydatków na ochronę zdrowia w badanej grupie krajów. W analizie uwzględniono dynamikę wydatków realnych w latach 2000–2010, zastosowano przy tym dwa wskaźniki opisujące poziom finansowania ochrony zdrowia, to znaczy wydatki całkowite oraz wydatki publiczne. W badaniu dynamiki zastosowano średniookresowy indeks łańcuchowy [Ignatczyk, Chromińska 1998, ss. 236–240]. Jeśli przyjąć prawdziwość hipotezy konwergencji wskaźników opisujących funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia, znajdujących się na różnym poziomie rozwoju [Jankowiak 2010], *a priori* można oczekiwać, że dynamika wydatków na zdrowie będzie wyższa w krajach o niższym poziomie wydatków.

Średnioroczną dynamikę wskaźników wydatków na ochronę zdrowia przedstawiono w zestawieniu tabelarycznym (tabela 1). Kraje uporządkowano według dynamiki malejącej.

Biorąc pod uwagę wartości średniorocznej dynamiki wydatków na ochronę zdrowia, Polska znajduje się w grupie państw, w której poziom finansowania rośnie najszybciej. Wydatki całkowite na cele zdrowotne w pierwszej dekadzie XXI w. rosły w Polsce w średnim tempie 6,4% rocznie, co sytuuje Polskę na 6. miejscu wśród państw OECD. Wydatki publiczne w tym okresie rosły w Polsce średnio o 6,6% rocznie, co jest piątym najwyższym wynikiem w analizowanej grupie. Dynamika obu wskaźników w Polsce jest przy tym wyższa niż średnia dla państw OECD. Wyższą lub równą dynamiką wydatków na cele zdrowotne charakteryzowały się w przypadku obu wskaźników Słowacja, Korea Południowa, Turcja i Chile. Wydatki całkowite szybciej niż w Polsce rosły w Irlandii, natomiast publiczne – w Holandii. Niższą dynamiką niż w Polsce charakteryzował się wzrost wydatków między innymi w Estonii, przy czym wciąż była to dynamika wyższa niż średnia dla państw OECD. Czechy charakteryzowały się ponadprzeciętną dynamiką wydatków całkowitych, na-

tomiast w wypadku wydatków publicznych ich wzrost był wolniejszy niż przeciętnie w badanej grupie państw. W przypadku pozostałych dwóch krajów Europy Środkowo-Wschodniej (Słowenii i Węgier) dynamika obu wskaźników była wyraźnie niższa od średniej.

Tab. 1. Dynamika realnych wydatków na ochronę zdrowia w krajach OECD w latach 2000–2010

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w US\$ PPP		Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w US\$ PPP	
Kraj	Średnioroczna dynamika	Kraj	Średnioroczna dynamika
Słowacja	10,1	Korea Płd.	11,0
Korea Płd.	9,0	Turcja	9,1
Chile	8,5	Holandia	8,2
Turcja	7,1	Chile	7,7
Irlandia	6,7	Polska	6,6
Polska	6,4	Słowacja	6,6
Nowa Zelandia	5,5	Nowa Zelandia	6,2
Holandia	5,4	Irlandia	5,9
Estonia	5,4	Estonia	5,7
Czechy	5,1	Wielka Brytania	5,5
Hiszpania	5,0	Hiszpania	5,4
Wielka Brytania	4,9	Stany Zjednoczone	5,4
Grecja	4,8	Australia	4,9
Australia	4,6	Grecja	4,6
Kanada	4,5	Kanada	4,6
Stany Zjednoczone	4,2	Szwajcaria	4,5
Belgia	4,1	Finlandia	4,4
Finlandia	4,0	Czechy	4,3
Meksyk	3,8	Belgia	4,2
Szwecja	3,7	Meksyk	4,0
Słowenia	3,6	Norwegia	3,6
Luksemburg	3,4	Słowenia	3,4
Norwegia	3,2	Szwecja	3,2
Dania	3,1	Luksemburg	3,2
Izrael	3,0	Dania	3,2
Szwajcaria	2,8	Włochy	2,8
Węgry	2,8	Japonia	2,6
Japonia	2,7	Izrael	2,6
Francja	2,6	Austria	2,6
Austria	2,5	Francja	2,3
Portugalia	2,1	Portugalia	2,0

Niemcy	2,0	Węgry	1,9
Islandia	1,9	Islandia	1,9
Włochy	1,8	Niemcy	1,7
Średnia OECD	4,4	Średnia OECD	4,6

Źródło: *OECD Health Data 2012*.

Zwraca uwagę fakt, że wydatki na ochronę zdrowia rosną najszybciej w grupie państw o najniższym poziomie wydatków na ten cel, będących jednocześnie krajami o relatywnie niskim poziomie rozwoju gospodarczego w porównaniu ze średnią OECD. Sugeruje to, że w badanej grupie mają miejsce zjawiska o charakterze konwergencji w zakresie poziomu wydatków na ochronę zdrowia.

Uwagi końcowe

Celem przeprowadzonej analizy empirycznej była próba oceny odpowiedniości poziomu wydatków na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów należących do OECD. Wyniki badania nie potwierdzają ugruntowanych opinii na temat zbyt niskiego poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Niski poziom wydatków jest wynikiem przede wszystkim niskiego poziomu dochodów. Zastosowanie prostego modelu pokazującego związek między wysokością PKB a wydatkami na cele zdrowotne wskazuje, że relatywnie niski poziom finansowania ochrony zdrowia cechuje w nie mniejszym zakresie Czechy, Estonię, Izrael czy Koreę Południową, a także kraje na zdecydowanie wyższym poziomie rozwoju gospodarczego, jak choćby cztery państwa skandynawskie. Wśród innych krajów o relatywnie niskim dochodzie społecznym tylko Chile, Słowacja i Portugalia są krajami wydającymi na zdrowie więcej niż wynikałoby to z ich poziomu rozwoju gospodarczego.

Co godne zauważenia, Polska należy do grupy państw o najbardziej dynamicznie rosnących wydatkach na ochronę zdrowia. Tłumaczyć to można koniecznością „nadrobienia zaległości” w stosunku do systemów zdrowotnych krajów wysoko rozwiniętych, zwraca jednak uwagę fakt, że nie wszystkie kraje na podobnym poziomie rozwoju cechuje równie dynamiczne zmniejszanie tych różnic, czego przykład stanowią Czechy, Estonia i Słowenia.

Podsumowując wnioski płynące z powyższej analizy, można powiedzieć, iż jednoznaczne sądy o zbyt niskim poziomie finansowania ochrony zdrowia w Polsce nie znajdują potwierdzenia. Z drugiej strony trudno, oczywiście, na podstawie powyższego badania orzekać, że wielkość środków finansowych w systemie jest wystarczająca. W opinii autora formułowanie wniosków na temat odpowiedniości poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce jest sprawą na tyle złożoną, że wymaga bardzo dogłębnej analizy. Niniejsze opracowanie, będące głosem w dyskusji na temat wielkości wydatków na zdrowie, stanowi ledwie przyczynek do takiej analizy.

Bibliografia

- Atella V., Marini G., (2007), *Is Health Care Expenditure Really a Luxury Good? Reassessment and New Evidence Based on OECD Data*, „Rivista di Politica Economica”, z. 97, nr 2.
- Balicki M. (2012), *Tylko równość wyjdzie nam na zdrowie*, [w:] *Zdrowie. Przewodnik Krytyki Politycznej*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Golinowska S. (2012), *Potrzebujemy koordynacji, a nie konkurencji*, rozm. przepr. J. Kapela, [w:] *Zdrowie. Przewodnik Krytyki Politycznej*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Handzelewicz A. (2012), *Sytuacja ekonomiczna stacji dializ w Polsce*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. XIII, z. 9.
- Ignatczyk W., Chromińska M. (1998), *Statystyka. Teoria i zastosowania*, Wyd. WSB, Poznań.
- Jankowiak M. (2010), *Konwergencja ochrony zdrowia w państwach Unii Europejskiej*, „Polityka Społeczna”, nr 7/2010.
- Kawiorska D. (2004), *Narodowe rachunki zdrowia*, Zakamycze, Kraków.
- Kolwitz M. (2010), *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, z. 56, nr 3.
- Krakowińska E. (2006), *Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW”, nr 1/2006.
- Ministerstwo Zdrowia (2008), *Raport: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, Warszawa.
- OECD (2012), *OECD Health Data 2012*, [online] <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>, [dostęp: 7 marca 2013].
- OECD (2006), *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?*, „OECD Economics Department Working Papers”, No. 477.
- Rynek Zdrowia (2011), *Śląska Izba Lekarska: apel ws. niedofinansowania ochrony zdrowia*, „Rynek Zdrowia” [online] <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Slaska-Izba-Lekarska-apel-ws-niedofinansowania-ochrony-zdrowia,107854,14.html>, [dostęp: 26 marca 2013].
- Santerre R.E., Neun S.P. (2004), *Health economics. Theories, insights and industry studies*, Thomson South-Western College Pub., Mason.