

Państwo ogranicza wydatki na ochronę zdrowia
– kiedy tylko można i jak tylko można

Strzyżenie czarnej owcy

Maciej Biardzki

W mediach powszechnie używa się słów „państwowa służba zdrowia”, mówi o jej nieefektywności, bardziej znanej jako „nieszczelność”, oraz o miliardach złotych przeznaczonych przez Ministerstwo Zdrowia, jako organ państwa, na jej funkcjonowanie. Całkiem niedawno przekonywano nas nawet, że ustawa o działalności leczniczej przekazuje zakłady opieki zdrowotnej samorządom. Wszystkie te twierdzenia deformują rzeczywistość, tworząc w świadomości społecznej wrażenie, że opieka zdrowotna nadal tkwi w systemie budżetowym. A to przecież od dawna nie jest prawdą.

System ubezpieczeniowy zamienił finansowanie opieki zdrowotnej przez budżet na finansowanie przez obywateli. Ponieważ składka początkowo w całości była odliczana od podatku, można się upierać, że państwo część swoich dochodów przeznaczyło na opiekę zdrowotną, ale jednocześnie teraz nie są to już pieniądze budżetowe i państwo bez zmian legislacyjnych nie może tych funduszy ograniczać.

Ochrona niepaństwa

Od 1 stycznia 1999 r., po wprowadzeniu reformy, płatnikami usług zdrowotnych były kasy chorych, od 2003 r. jest nim Narodowy Fundusz Zdrowia. Pieniądze na finansowanie usług zdrowotnych pochodzą ze składki zdrowotnej, od 2003 r. już tylko częściowo odliczanej od podatku. Udział państwa w utrzymywaniu systemu jest stosunkowo skromny, gdyż dotyczy wpłacanych do NFZ przez budżet państwa składek za uprzywilejowane grupy społeczne i za bezrobotnych. Wpłaty te to kwoty przekazywane przez KRUS, która z powodu nieopodatkowania rolników od dochodów osobistych niemalże 100 proc. funduszy otrzymuje z budżetu, składka zdrowotna za osoby pobierające tzw. uposażenia, np. sędziów i prokuratorów, oraz – jak podano



wyżej – składka za bezrobotnych. Odrębnym źródłem zasilania systemu przez państwo jest budżet Ministerstwa Zdrowia. W budżecie tym znajdują się jednak np. pieniądze na działalność uczelni medycznych, dofinansowywanie podległych resortowi szpitali klinicznych, utrzymywanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej i na samo funkcjonowanie ministerstwa. Na świadczenia zdrowotne przypada stosunkowo niewielka ich część. Nie wypada zapominać o dotacji na finansowanie przedszpitalnego ratownictwa medycznego. Gdyby jednak ustalić proporcję pomiędzy wydatkami, jakie ponoszą bezpośrednio obywatele poprzez opłacaną składkę, a nakładami państwa, zresztą też pochodzącymi z naszych podatków, to wynosiłaby ona mniej więcej 10 : 1. Nie uwzględniam

w tych rachunkach funduszy pomocowych, akcyjnie wspierających zakłady, jak ustawa o pomocy publicznej z 2005 r., program „Ratujmy polskie szpitale” czy „plan B”. Jednak ich łączna wartość, szacowana na 5 mld zł w ciągu sześciu lat, nie zmienia powyższej proporcji.

Od początku reformy przychody publicznego płatnika przeznaczone na finansowanie systemu wzrosły ponaddwukrotnie. W 1999 r. było to 23,5 mld zł w budżetach kas chorych, a na rok 2011 przychody netto NFZ zaplanowano na 59,9 mld zł. Jednocześnie systematycznie spada współdział państwa w finansowaniu systemu poprzez ograniczanie składek za grupy nieplacące ich bez-

podstawę wymiaru składki na 10 proc. wynagrodzenia brutto. Wydaje się niemal pewne, że procedując ustawę, dokonywano symulacji finansowych i taki wymiar podstawy składki musiał być powiązany z ówczesnymi kosztami finansowania systemu ponoszonymi przez budżet. Niestety w 1998 r., jeszcze przed wprowadzeniem reformy, ustawę znowelizowano. Powiązanie administracyjnie kasy z nowymi województwami, dopuszczono tylko jedną Branżową Kasę Służb Mundurowych, praktycznie zlikwidowano możliwość konkurencji pomiędzy kasami, zniesiono współdział pacjentów w kosztach hospitalizacji. I na koniec obniżono



pośrednio czy cięcia w budżecie Ministerstwa Zdrowia. Ale po kolei.

Pierwszy skok na kasę

Owoce prowadzonych w 1995 oraz 1996 r. prac nad zmianą systemu finansowania opieki zdrowotnej była ustawa z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Prawdopodobnie, gdybyśmy ją zrealizowali, stan opieki zdrowotnej w Polsce byłby zdecydowanie lepszy niż dziś. Ustawa przewidywała utworzenie konkurujących ze sobą rejonowych kas chorych i kas branżowych, współpłacenie pacjentów za tzw. hotelową część pobytu w szpitalach (aż dziw, że proponowała to rządząca wtedy lewica), ale także ustalała

„ Udział państwa w utrzymaniu ochrony zdrowia jest stosunkowo skromny, gdyż dotyczy składek za uprzywilejowane grupy społeczne i za bezrobotnych, wpłacanych do NFZ przez budżet państwa ”

podstawę wymiaru składki do 7,5 proc. Było to pierwsze strzyżenie systemu. Skutki ograniczenia strumienia pieniędzy o jedną czwartą okazały się opłakane. Początek reformy, jak pamiętamy, był wielkim kociokwikiem i pośrednio doprowadził do klęski wyborczej ówczesnie rządzących.



fot.: iStockphoto

„ Od początku reformy przychody publicznego płatnika przeznaczone na finansowanie systemu wzrosły już ponaddwukrotnie ”

Łatanie dziury

To, że system jest niedofinansowany, zauważono już w 1999 r. W lipcu tegoż roku udzielono kasom bezwrotnej pożyczki na wypłacenie pracownikom ZOZ-ów obligatoryjnych wtedy 13. pensji za 1998 r. W grudniu przyznano kolejną pożyczkę, ratującą płynność finansową kas. Tym razem zwrotną, wynoszącą miliard złotych, którą kasy, a następnie NFZ, spłacały bodajże do 2005 r. W grudniu 2000 r. podwyższono podstawę wymiaru składki do 7,75 proc. W lipcu 2001 r., tuż przed wyborami, rząd AWS mimo ogromnej dziury budżetowej przeforsował ustawę o kroczącej wroszcie składki o 0,25 proc. rocznie do 9 proc., co miało zapewnić systemowi stabilność. Ale odziedziczona po poprzednikach „dziura Bauca” sprawiła, że nowo wybrany rząd SLD-PSL został zmuszony do oszczędności. I wtedy zaczęło się kolejne strzyżenie systemu, które stało się wzorem dla podobnych posunięć w ostatnich latach.

Drugi skok na kasę

Na początek, 17 grudnia 2001 r., tworząc tzw. ustawę okołobudżetową, po raz kolejny znowelizowano ustawę o ubezpieczeniu zdrowotnym, zamrażając trwale podstawę wymiaru składki na poziomie 7,75 proc. Jednocześnie wprowadzono kilka dodatkowych zapisów skutecznie ograniczających koszty budżetu w zakresie finansowania systemu. Zapisano, że jeżeli jedna osoba w rodzinie jest ubezpieczona, jej ubezpieczenie rozciąga się na wszystkich jej członków, a także ograniczono podstawę wymiaru składki płaconej za bezrobotnych ze 100 proc. zasiłku z pomocy społecznej do 40 proc. Po-

nieważ zasiłek wynosił wtedy niecałe 400 zł, składka opłacana przez państwo za bezrobotnego wynosiła 12 zł miesięcznie. Zdarzało się, że była to składka za całą rodzinę. W efekcie przychody kas chorych w 2002 r. były niższe o 150 mln zł niż rok wcześniej.

Cięcia nie ominęły wydatków budżetowych nieobjmujących składek płaconych przez budżet. Już w roku 2000, kiedy liczono się z podwyższeniem składki, po cichu przycięto budżet Ministerstwa Zdrowia o 2 mld zł (z 6,3 mld do 4,3 mld zł). W 2002 r. nastąpiło cięcie o kolejny miliard złotych – z 4,6 mld do 3,6 mld zł). Wtedy po raz pierwszy zastosowano mechanizm przerzucania na NFZ finansowania tzw. świadczeń wysokospecjalistycznych – w tym czasie były to świadczenia kardiologii interwencyjnej.

Wkracza NFZ

Panem et circenses – zawsze krzychał niezadowolony lud. Kiedy w 2002 r. przeżywaliśmy największy kryzys systemu opieki zdrowotnej, budżetowi drastycznie brakowało pieniędzy. Wtedy to, 23 stycznia 2003 r., uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, która dała nam upragnione igrzyska i chleb. Chlebem było przywrócenie idei kroczącego zwiększania składki zdrowotnej do 9 proc., tym razem nieodliczanego od podatku, a więc obciążającego podatników, ale księgowo obojętnego dla budżetu. Igrzyskami – utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia. Nawet obalenie tej ustawy przez Trybunał Konstytucyjny w styczniu 2004 r. nie cofnęło uchwalonych zmian. Do dziś płacimy zwiększoną składkę nie w całości odliczaną od podatku i mamy jednego, monopolistycznego płatnika.

Następne lata były przyjemniejsze. Poprawa sytuacji gospodarczej kraju związana z akcesją do UE, a następnie boom gospodarczy lat 2006–2008 spowodowały, że gwałtownie zaczęła wzrastać ściągalność składki zdrowotnej. Dodatkowo w 2006 r. uchwalono przepisy obciążające zakłady ubezpieczeniowe opłatą do NFZ w wysokości 800 mln zł na rok, która miała finansować leczenie ofiar wypadków komunikacyjnych. Uchwalono też ustawę o państwowym ratownictwie medycznym, wprowadzając finansowanie przez budżet przedszpitalnego systemu ratowniczego (1,3 mld zł rocznie, a później 1,7 mld zł rocznie). Na początku 2008 r., w trakcie tzw. białego szczytu, obiecano wzrost podstawy wymiaru składki o 1 proc. od 1 stycznia 2010 r., choć ponownie bez możliwości odliczenia od podatku. Było tak dobrze, że ZOZ-y nie potrafiły wykorzystać wszystkich pieniędzy zbieranych przez NFZ, dzięki czemu powstał fundusz zapasowy wynoszący 3,8 mld zł na koniec 2008 r. Ale także wtedy pojawiły się pierwsze oznaki światowego kryzysu finansowego, który wkrótce dotarł do Polski.

Zupełnie bez sensu, pod naciskiem lobby firm ubezpieczeniowych, w 2008 r. wycofano się z finansowania

leczenia ofiar wypadków z opłaty nałożonej na ubezpieczalnie. Obawiając się uderzenia w konsumpcję, wycofano się z deklaracji podwyższenia składki. Od 2009 r. rozpoczęły się na dodatek ponowne cięcia. Już w połowie roku resort zdrowia w ramach oszczędności ograniczył swój budżet, przerzucając na NFZ finansowanie kolejnych procedur specjalistycznych, tym razem większości przeszczepów i leczenia tzw. chorób ultraradzkich. Budżet ministerstwa na rok 2010 zmniejszył się z 4,4 mld zł do 3,5 mld zł, czyli do wysokości z roku 2002.

Plany kolejnych skoków

Z powodu podniesienia ceny zakupu świadczeń w 2008 r. raptem zaczęły powstawać olbrzymie nadwykonania i NFZ nie tylko nie był już w stanie sfinansować świadczeń z bieżącej składki, ale do końca 2010 r. wydał także swój fundusz zapasowy. To prawdopodobnie było powodem niektórych zapisów w ostatnim „pakiecie zdrowotnym”, jak np. ustalenia sztywnego limitu na refundację leków w budżecie NFZ. Także z tego powodu rozpoczęto gorączkowe prace nad dodatkowym finansowaniem systemu przez instytucję ubezpieczeń dodatkowych.

Mimo tych trudności publicznego płatnika, nadal kombinowano, jak zmniejszyć obciążenie budżetu przez system. Jesienią 2010 r. planowano znieść wymogi potwierdzania prawa do ubezpieczenia od bezrobotnych, co miało zmniejszyć statystycznie bezrobocie o 2 punkty procentowe, a przez to zwolnić budżet z płacenia składki za te osoby. To, na szczęście, się nie udało. Ale po raz kolejny, podobnie jak w 2001 r., przepchnięto w ustawie okołobudżetowej nowelizację ustawy ubezpieczeniowej, zamieniając powszechnie krytykowany „żytni” przelicznik składki płaconej przez budżet za rolników na sztywny ryczałt wynoszący 1,8 mld zł. Ponieważ w założeniach do ustawy budżetowej i w planie finansowym NFZ na 2011 r. było to 3,1 mld zł, prosty rachunek wskazuje, że oszczędzono podobną kwotę jak w wypadku pierwotnej dotacji na ratownictwo medyczne. Jakie jeszcze oszczędności państwa nas czekają? Nie wiem.

Cięcia ukryte

Od lat państwo traktuje system opieki zdrowotnej jako pole do oszczędzania w trudnych latach. Poprzez tworzenie atmosfery braku gospodarności, umiejętnie udaje się ukryć wszystkie cięcia. Bo jak taki marnotrawca może protestować, skoro wszyscy muszą oszczędzać? Strzyże się więc „czarną owcę”, kiedy tylko można i jak tylko można.

Mimo to fakt, że państwo tworzące system, w którym składkę na warunkach ogólnych płaci tylko część osób (pracownicy na umowie o pracę, emeryci i renciści), jednocześnie czyni wszystko, co może, żeby swoje zobowiązania za leczenie pozostałych (rolników, bezrobotnych, sędziów, prokuratorów itp.) ograniczyć do minimum, musi wzbudzać wątpliwości moralne. Na przy-

„ Zmniejszenie strumienia pieniędzy dla systemu o jedną czwartą miało opłakane skutki i pośrednio doprowadziło do klęski wyborczej ówczesnie rządzących ”

kład – w 2004 r., pierwszym pełnym roku działania NFZ, przychody ze składki ściąganej przez ZUS, według planów finansowych publikowanych przez fundusz, wyniosły 28,4 mld zł, a dotacja z KRUS – 2,8 mld zł, więc proporcja wynosiła 10 : 1. W 2008 r., najlepszym dla finansów państwa i finansów NFZ, składka z ZUS wyniosła 45,4 mld zł, a z KRUS 4,1 mld zł – proporcja 11 : 1. Na rok 2011 zaplanowano przychód z ZUS w wysokości 54,9 mld zł, a z KRUS początkowo 3,1 mld zł (ciągle ta wartość figuruje w planie finansowym), ale po zmianie ustawy już tylko 1,8 mld zł. Proporcja wynosi obecnie 30 : 1, czyli trzy razy więcej niż w 2004 r. A minister Sawicki publicznie grozi, że z powodu wyroku Trybunału Konstytucyjnego zobowiązującego państwo do oskładkowania rolników powiąże

„ Od lat państwo traktuje system opieki zdrowotnej jako pole do oszczędzania w trudnych latach. Poprzez tworzenie atmosfery braku gospodarności, umiejętnie udaje się ukryć wszystkie cięcia ”

składkę z podatkiem rolnym i Fundusz otrzyma jeszcze mniej. Jak te wszystkie posunięcia państwa mają się do zasad „sprawiedliwości społecznej”, umieszczonych jako nadrzędne w art. 2 konstytucji? Nie wiem.

Sytuacja finansowa systemu i poszczególnych ZOZ-ów jest o niebo lepsza niż w latach 2002–2003. Zachowanie władz publicznych, które tnąc tu i tam swoje zobowiązania, oszczędzają po prostu na zdrowiu obywateli, pozostawiam ocenę czytających. Chyba możemy się cieszyć, że systemu budżetowego już nie ma i przychody NFZ z budżetu państwa są jednak dość ograniczone, bo przedstawiona praktyka pozwala się tylko domyślać, co by było, gdybyśmy byli nadal całkowicie zależni od decyzji rządzących. ■