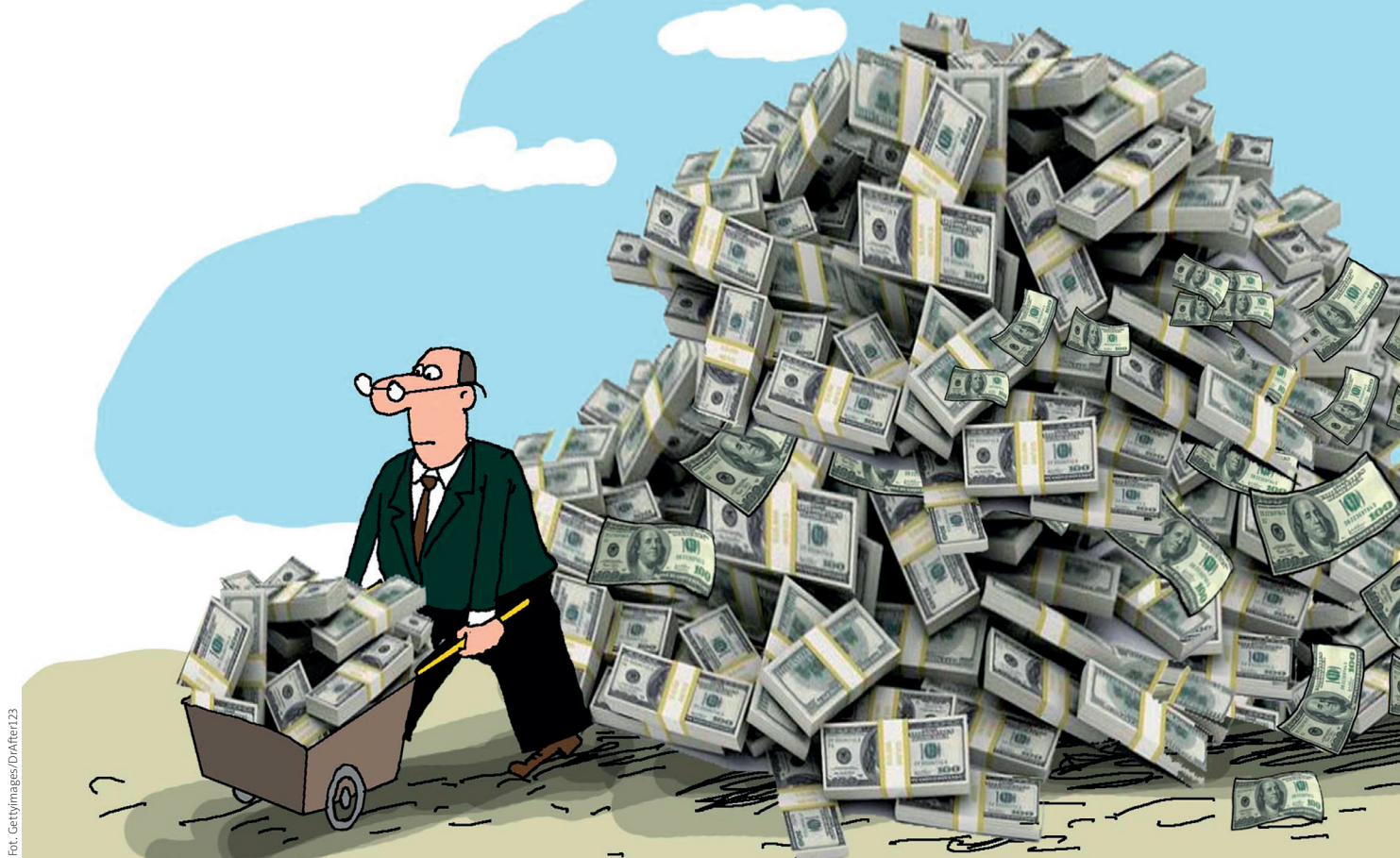


Propozycja finansowania służby zdrowia



Fot. Gettyimages/DRAfter123

Na co nas stać, a w jakich obszarach musimy zacisnąć pasa

W numerze 6–7/2016 „Menedżera Zdrowia” zamieściliśmy autorski projekt organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce i zapowiedzieliśmy przedstawienie propozycji kolejnych działań strategicznych mających na celu poprawę funkcjonowania systemu. Dzisiaj zajmiemy się finansowaniem służby zdrowia.

Niedofinansowanie polskiej ochrony zdrowia

W Polsce po II wojnie światowej publiczna służba zdrowia opierała się na mechanizmie centralnego planowania. Pieniądze pochodziły z podatków, które wpły-

wały do Skarbu Państwa i były przeznaczone na ochronę zdrowia. Był to tzw. model budżetowy. Pod koniec lat 80. wraz ze zmianą gospodarki państwa na rynkową rozpoczął się stopniowy proces transformacji systemu



„Publiczne wydatki na służbę zdrowia w Polsce oscylują wokół 4,6–4,8 proc. PKB, podczas gdy średnia państw OECD to 6,7 proc. PKB”

zdrowotnego. W 1999 r. wprowadzono reformę, która dotyczyła zmiany struktury pozyskiwania źródeł finansowania. Model budżetowy zastąpiono modelem ubezpieczeniowo-budżetowym, który opierał się dodatkowo na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Poza tym każdy pacjent miał prawo wyboru świadczeniodawcy, szpitala oraz posiadał równy dostęp do świadczeń zdrowotnych. W wyniku tej reformy wprowadzono także kasy chorych, które zajmowały się pozyskiwaniem i gromadzeniem składek osób ubezpieczonych. Po upływie 4 lat zostały one przekształcone w Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), który funkcjonuje do dziś i stanowi istotny element w całym systemie ochrony zdrowia.

W najnowszym dokumencie Ministerstwa Zdrowia „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce” czytamy m.in., że publiczne wydatki na służbę zdrowia w Polsce oscylują wokół 4,6–4,8 proc. PKB, podczas gdy średnia państw OECD to 6,7 proc. PKB. Nasz kraj jest pod tym względem nie tylko w ogonie Unii Europejskiej (przedostatnie miejsce), ale także w Europie Środkowo-Wschodniej. Średnio nakłady na opiekę zdrowotną w państwach OECD kształtują się następująco: 37 proc. stanowią fundusze „rządowe”, 36 proc. ubezpieczenie

społeczne, 19 proc. dopłaty własne pacjentów, 6 proc. pochodzi z innych źródeł. W Polsce wydatki „rządowe” to tylko ok. 10 proc. nakładów, znaczącą część, bo aż 61 proc., stanowią środki pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a dopłaty własne (wydatki prywatne) pacjentów stanowią ok. 24 proc. nakładów.

Ciekawych informacji o finansowaniu sektora ochrony zdrowia w Polsce dostarczają najnowsze dane zawarte w bazach Banku Światowego. Ich syntetyczne zestawienie przedstawiono w tabeli 1.

Z danych Banku Światowego wynika, że wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce liczone w stosunku do wielkości PKB w okresie od 1999 do 2015 r. w zasadzie pozostawały na stałym poziomie – od 4,22 proc. PKB do 4,95 proc. PKB (wyjątek stanowił rok 2009, kiedy wydatki publiczne osiągnęły poziom 5,13 proc. PKB). W tym samym czasie dopłaty własne, czyli wydatki prywatne pacjentów na ochronę zdrowia (*out-of-pocket health expenditure*), wahały się od 1,47 proc. PKB do 1,64 proc. PKB i stanowiły ok. 1/3 (a dokładnie od 32 proc. do 34 proc. PKB) wydatków publicznych (*public health expenditure*). Można zatem przyjąć, że łączne nakłady na ochronę zdrowia w Polsce od lat były zdywersyfikowane pomiędzy płatników publicznych i prywatnych w proporcji jak 2/3 do 1/3.

Analizując cytowane dane Banku Światowego, można zauważyć, że łączne wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia w Polsce od 1999 do 2014 r. wynosiły ok. 6,0 proc. PKB lub nawet nieco przekraczały tę wartość. Warto również wskazać, że wydatki prywatne polskich pacjentów na ochronę zdrowia należą do najwyższych w krajach Unii Europejskiej – według danych Banku Światowego w 2014 r. wynosiły niemal 1/4 (23,5 proc.) łącznych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce. Świadczy to o trudnościach w dostępie do publicznej ochrony zdrowia, a równocześnie o gotowości Polaków do finansowania wydatków na ochronę zdrowia z prywatnych funduszy.

Wyższe procentowo wydatki prywatne pacjentów w stosunku do łącznych wydatków w poszczególnych krajach UE odnotowano tylko na Węgrzech (26,6 proc.), na Litwie (31,1 proc.), na Łotwie (35,1 proc.) i w Bułgarii (44,2 proc.). W pozostałych krajach UE-28 wydatki prywatne pacjentów na ochronę zdrowia były w 2014 r. niższe niż w Polsce, co tylko potwierdza niski poziom publicznych wydatków na ochronę zdrowia

Tabela 1. Wybrane dane na temat finansowania ochrony zdrowia w Polsce

| Rok | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Łączne wydatki na ochronę zdrowia jako proc. PKB | 5,86 | 6,32 | 6,22 | 6,19 | 6,20 | 6,17 | 6,28 | 6,88 | 7,12 | 6,88 | 6,7 | 6,62 | 6,40 | 6,35 |
| Wydatki publiczne jako proc. wydatków łącznych | 71,9 | 71,2 | 69,9 | 68,6 | 69,3 | 69,9 | 70,4 | 71,8 | 71,6 | 71,2 | 70,3 | 69,2 | 70,8 | 71 |
| Dopłaty własne pacjentów (wydatki prywatne) jako proc. wydatków łącznych | 28,1 | 25,4 | 26,4 | 28,1 | 26,1 | 25,6 | 24,6 | 22,8 | 22,7 | 22,1 | 22,3 | 22,7 | 23,5 | 23,5 |
| Wydatki publiczne jako odsetek PKB | 4,22 | 4,49 | 4,35 | 4,27 | 4,28 | 4,32 | 4,40 | 4,95 | 5,13 | 4,88 | 4,69 | 4,57 | 4,48 | 4,51 |
| Dopłaty własne pacjentów (wydatki prywatne) jako odsetek PKB | 1,64 | 1,58 | 1,62 | 1,73 | 1,61 | 1,60 | 1,57 | 1,58 | 1,64 | 1,51 | 1,47 | 1,52 | 1,54 | 1,52 |

Źródło: obliczenia własne na podstawie bazy danych Banku Światowego

Tabela 2. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w 2014 r. wg GUS

| Wydatki na ochronę zdrowia | Wartość [mln zł] | Odsetek [proc.] |
|---|------------------|-----------------|
| wydatki bieżące razem* | 110 575,2 | 100,0 |
| wydatki publiczne: | 79 046,0 | 71,5 |
| – sektor instytucji rządowych i samorządowych | 10 016,6 | 9,1 |
| – instytucje rządowe | 5 956,8 | 5,4 |
| – instytucje samorządowe | 4 059,8 | 3,7 |
| obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne oparte na składkach | 69 029,4 | 62,4 |
| wydatki prywatne: | 31 529,2 | 28,5 |
| – bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych | 24 850,2 | 22,5 |
| – inne wydatki prywatne | 6 679,0 | 6,0 |

*łącznie z zagranicznymi schematami finansowania

i ponownie plasuje nasz kraj na niekorzystnej pozycji w rankingu europejskim.

Według oficjalnych danych opublikowanych przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2014 r., wydatki na ochronę zdrowia w Polsce kształtowały się w sposób przedstawiony w tabeli 2.

Dane opublikowane przez prezesa GUS, pomimo zastosowania nieco innej metodologii, potwierdzają cytowane wcześniej dane Banku Światowego świadczące o tym, że dopłaty własne pacjentów (wydatki prywatne) w znacznym stopniu uzupełniają niedobory wydatków publicznych na ochronę zdrowia Polaków.

Zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia

Podczas konferencji prasowej 27 lipca br. minister Konstanty Radziwiłł przedstawił założenia reformy systemu opieki zdrowotnej i nakreślił perspektywę

czasową ich wdrożenia. Od 2018 r. opiekę zdrowotną Polakom będzie zapewniać Narodowa Służba Zdrowia. Będzie ona finansowana z budżetu państwa i obejmie wszystkich pacjentów, w tym także wykluczonych przez obecny system, którzy nie mają teraz prawa korzystania z pomocy medycznej opłacanej ze środków publicznych.

Zapowiedziano systematyczne zwiększanie nakładów finansowych na służbę zdrowia. Minister zdrowia prognozuje stopniowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia średnio o 0,2 proc. PKB rocznie, poczynając od 2018 r., aż do 6 proc. PKB z roku poprzedniego w 2025 r., tj. od dzisiaj za 9 lat, jednakże z zastrzeżeniem, że w latach 2017–2018 nie będzie w tym obszarze żadnego zasilania budżetowego, a obiecane nakłady będą wzrastać co najmniej równo ze wzrostem wpływów ze składki zdrowotnej.

Biorąc jednak pod uwagę ogłoszoną w lipcu przez Narodowy Bank Polski (NBP) bieżącą projekcją inflacji i PKB w latach 2016–2018, należy przyjąć, że w najbliższych dwóch latach nie będzie praktycznie żadnej poprawy w finansowaniu sektora publicznej ochrony zdrowia w Polsce, a zakładany przez ministra Radziwiłła wzrost nakładów na ochronę zdrowia nie będzie nawet niwelował skutków wzrostu inflacji, co przy prognozowanym przez NBP spadku polskiego PKB w latach 2016–2018 w stosunku do 2015 r. doprowadzi wprost do powiększenia deficytu w i tak już niewydolnym i dziurawym budżecie służby zdrowia.

Cytując zapisy „Strategii zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce”, należy wskazać, że w 2016 r. środki publiczne przeznaczone na szczeblu centralnym na służbę zdrowia stanowiły kwotę 76 mld zł, z czego ponad 90 proc. jest finansowane z budżetu NFZ. Zakładając wielkość środków publicznych gwarantującą sprawne działanie ochrony zdrowia na poziomie 6 proc. PKB, kwota ta powinna wynosić ok. 102 mld zł. Zatem brakujące środki to ok. 26 mld zł, czyli ok. 1/3,

a dokładnie 33,7 proc. dzisiejszych łącznych nakładów na służbę zdrowia. Analizując sposób, w jaki rząd planuje osiągnąć zamierzony cel, można z dużą dozą prawdopodobieństwa stwierdzić, że ministerialna reforma finansowania służby zdrowia w Polsce sprowadza się właściwie tylko do relokacji pieniędzy pochodzących z prywatnych kieszeni pacjentów do publicznego portfela, zwanego potocznie budżetem państwa.

Czy tak ambitny i zarazem prosty plan finansowania ochrony zdrowia Polaków uda się zrealizować? A może jest inny, szybszy i bardziej skuteczny w wykonaniu plan poprawy finansowania polskiej służby zdrowia?

Nasza autorska propozycja

Należy zacząć od stwierdzenia, że naszego kraju – i nie tylko naszego, bo ten problem występuje również w krajach bogatszych od Polski – nie stać na finansowanie wszystkich procedur oraz wszystkich najnowocześniejszych technologii leczniczych, z jakimi mamy dzisiaj do czynienia na rynku ochrony zdrowia.

Dotychczas wmawiano nam, że w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych mamy prawo dostępu do prawie wszystkich procedur i technologii leczniczych. Co oznacza słowo „prawie” i jaką czyni różnicę, szczególnie na rynku ochrony zdrowia, doskonale wiemy. Wielomiesięczne, a w licznych przypadkach wieloletnie kolejki do świadczeń medycznych są tego doskonałą ilustracją.

Budowę modelu finansowania ochrony zdrowia musimy zatem rozpocząć od precyzyjnego określenia, jakie procedury, jakie wyroby medyczne i jakie technologie realizacji procedur są finansowane z powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, czyli od sprecyzowania tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych. Koszyk świadczeń gwarantowanych w każdym publicznym systemie finansowania ochrony zdrowia jest jedną z podstawowych metod racjonalizacji wydatków. W koszyku powinny się znaleźć te procedury możliwe do sfinansowania w całości przez publicznego płatnika, które zapewnią beneficjentom systemu (społeczeństwu) możliwie największy dostęp do świadczeń i procedur medycznych z uwzględnieniem aktualnego dorobku nauk medycznych, a tym samym bezpieczeństwo zdrowotne.

Powyższe „ograniczenie” (cudzysłów naszym zdaniem zasadny, bo trudno sobie wyobrazić większe ograniczenie w dostępie do ochrony zdrowia niż mamy obecnie w kraju) powinno być ustawowo zrekomensowane pacjentom poprzez zagwarantowanie im maksymalnego dopuszczalnego okresu oczekiwania na poszczególne procedury medyczne znajdujące się w koszyku świadczeń gwarantowanych, z prawem do bezpłatnego leczenia w innym kraju UE w przypadku niedotrzymania terminu (w ramach unijnej dyrektywy transgranicznej). Szczególną troską należałoby otoczyć dzieci i młodzież, które w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego powinny mieć zagwa-

„Budowę modelu finansowania ochrony zdrowia musimy rozpocząć od precyzyjnego określenia, jakie procedury, jakie wyroby medyczne i jakie technologie są finansowane z powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych”

rantowane finansowanie leczenia za granicą w przypadkach, w których leczenie ich schorzeń nie będzie dostępne lub możliwe w kraju.

Za wszystkie pozostałe procedury, wyroby medyczne i technologie terapeutyczne, które nie znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych, pacjenci płaciliby ze swojej kieszeni (tak jak to zresztą czynią dzisiaj) lub pokrywaliby ich koszty z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednocześnie wraz ze wzrostem poziomu finansowania ochrony zdrowia, koszyk świadczeń gwarantowanych mógłby ulegać poszerzeniu.

Po zdefiniowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych możemy przejść do zasad finansowania ochrony zdrowia Polaków. Źródła finansowania powinny być następujące:

- budżet państwa,
- budżety samorządów terytorialnych,
- budżet Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (rehabilitacja, leczenie uzdrowiskowe),
- obowiązkowe ubezpieczenia publiczne (składka na obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne),
- dobrowolne ubezpieczenia prywatne,
- współpłacenie przez pacjentów za wybrane świadczenia zdrowotne.

Z budżetu państwa powinny być finansowane w całości obszary zapewniające podstawowe bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, a więc: szpitalne oddziały ratunkowe, ratownictwo medyczne, kompleksowe leczenie onkologiczne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, transplantologia, opieka paliatywna i hospicyjna oraz – współfinansowane z lokalnymi samorządami – profilaktyczne programy zdrowotne, promocja zdrowia i zdrowego trybu życia.

Samorządy terytorialne powinny być odpowiedzialne za finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych w obszarach występowania największej zachorowalności dla danego regionu oraz promocji zdrowia i zdrowego trybu życia mieszkańców danego regionu.

Z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego powinny być finansowane świadczenia, wyroby me-

„Idealnym rozwiązaniem byłoby doprowadzenie do sytuacji, w której na rynku działałoby kilka niezależnych publicznych funduszy zdrowia”

dyczne i procedury terapeutyczne wchodzące w skład koszyka świadczeń gwarantowanych w zakresie: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego (oprócz obszarów finansowanych bezpośrednio z budżetu państwa), rehabilitacji leczniczej (współfinansowanej w części przez ZUS w ramach świadczenia rehabilitacyjnego lub prewencji rentowej), leczenia stomatologicznego, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz leczenia uzdrowiskowego (tutaj również można by rozważyć współfinansowanie leczenia przez ZUS).

Idealnym rozwiązaniem byłoby doprowadzenie do sytuacji, w której na rynku działałoby kilka niezależnych publicznych funduszy zdrowia – tak jak np. w Czechach – rywalizujących ze sobą o pacjenta wysokością składki, zakresem oferowanych świadczeń zdrowotnych i usług medycznych oraz jakością współpracujących z danym funduszem świadczeniodawców.

Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne powinny mieć charakter komplementarny (uzupełniający), czyli być „ponad” ubezpieczeniem powszechnym i pokrywać koszty: świadczeń zdrowotnych wyłączonych co do rodzaju z ubezpieczenia powszechnego (spoza koszyka świadczeń gwarantowanych), technologii terapeutycznych co do rodzaju wyłączonych z ubezpieczenia powszechnego (droższe technologie, alternatywne do tańszych oferowanych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych), świadczeń objętych współpłacaniem (m.in. ubezpieczenie pokrywałoby koszty dostępu do lepszego wyrobu medycznego, np. soczewek wszczepianych w ramach zabiegu usunięcia zaćmy lub endoprotez o wyższej jakości).

Współpłacaniem, oprócz lepszego wyrobu medycznego, powinny być objęte świadczenia realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które są obecnie najczęściej nadużywane przez pacjentów, co w konsekwencji ogranicza ich dostępność dla osób faktycznie potrzebujących pomocy lekarzy specjalistów. Współpłacenie powinno dotyczyć tylko osób powyżej 18. roku życia, mieć charakter symboliczny (np. w kwocie 5 zł do każdej wizyty specjalistycznej) i powinno być traktowane przede wszystkim jako element wymuszający racjonalizację korzystania z pomo-

cy lekarzy specjalistów, a nie jako sposób „wyciągania” pieniędzy z kieszeni pacjentów.

Dlaczego Polska odstaje od Europy?

Nie ulega wątpliwości, że polska służba zdrowia jest niedofinansowana, co odbija się negatywnie na jej poziomie, a w konsekwencji na zdrowiu społeczeństwa. Mimo że Polska jest największym krajem wśród państw, które dołączyły do Unii Europejskiej w pierwszej dekadzie XXI wieku, wypadamy niekorzystnie na tle innych krajów UE. Niemal w całym okresie po 1999 r. wydatki publiczne pochodzące z budżetu państwa i środków pozyskiwanych z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego stanowiły ok. 70 proc. łącznych wydatków na ochronę zdrowia, podczas gdy uśredniona wartość wydatków publicznych w krajach UE wynosiła ponad 75 proc., a w wielu krajach członkowskich przekraczała 80 proc. (Holandia, Szwecja, Wielka Brytania, Czechy, Luksemburg i Dania).

Wartości poszczególnych wydatków (publicznych i prywatnych) były i są oczywiście uzależnione od rozwoju gospodarczego państwa oraz prowadzonej polityki finansowej. Jest to również bezpośrednio związane z przyjętym przez państwo modelem finansowania, który zazwyczaj jest podobny do polskiego, czyli budżetowo-ubezpieczeniowy.

Na zakończenie warto przypomnieć, że znacząca część tzw. środków publicznych pochodzących z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na składkach ma *de facto* swoje źródło w prywatnych kieszeniach obywateli – pacjentów, które w różny sposób są przez państwo drenowane. Zaproponowana przez ministra zdrowia reforma finansowania służby zdrowia sprowadzi się więc w praktyce do przekładania w okresie kilku lat jakiejś określonej kwoty pieniędzy z jednej przegródki prywatnego portfela przeciętnego obywatela do innej, większej – publicznej kieszeni w olbrzymim pugilaresie zwanym budżetem państwa. Zabieg ten kojarzy nam się trochę z pomysłem napełniania wodą basenu pływackiego za pomocą kubeczka. Obawiamy się, że jako beneficjenci tego zabiegu, czyli pacjenci we wciąż niedofinansowanym systemie, nie odczujemy żadnej istotnej poprawy.

Czy zaproponowana przez ministra zdrowia reforma będzie dobrym rozwiązaniem? Czas pokaże.

Sądzymy, że nasza autorska koncepcja może znacznie przyspieszyć i uprościć proces finansowania polskiej służby zdrowia oraz przynieść spodziewane efekty w dużo krótszym czasie.

Krzysztof Czerkas, Piotr Magdziarz

Krzysztof Czerkas jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali, a także ekspertem Formedis Management and Consulting.

Piotr Magdziarz jest prezesem zarządu Formedis Management and Consulting.