

## Jak ograniczyć negatywny wpływ nierównowagi między popytem i podażą na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia?



Fot. iStockphoto.com

# Przeorganizowanie systemu

Od wielu lat specjaliści ochrony zdrowia i politycy postulowali zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB, ale kiedy uchwalono ustawę z dnia 24 listopada 2017 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 2434), nowelizowaną następnie w 2018 r., która określiła minimalną ścieżkę dojścia do tego celu, młodzi lekarze rozpoczęli ostrą krytykę bez wskazania konstruktywnych propozycji rozwiązań problemu braku środków finansowych i kryzysu w ochronie zdrowia. Z perspektywy ekonomisty, szczególnie finansisty, a także osoby, której mentorem w zakresie finansów publicznych była śp. Zyta Gilowska, straszenie po raz kolejny strajkiem oraz wypowiedaniem klauzul *opt-out* jest niezrozumiałe i nie ma żadnych podstaw merytorycznych.

Z uwagi na liczne zaniedbania z kilku ostatnich dekad w zakresie ochrony zdrowia wzrost ten nie sfinansuje w całości zwiększających się potrzeb wynikających z rosnących kosztów, dotyczących zwłaszcza wynagro-

dzeń pracowników ochrony zdrowia, a także potrzeb starzejącego się społeczeństwa, chorób cywilizacyjnych i nowych, kosztownych terapii. Dlatego postulat dalszego sukcesywnego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia jest jak najbardziej zasadny i potwierdzony przez wskazaną ustawę.

Za zwiększaniem się nakładów na ochronę zdrowia powinna iść efektywność wydawania pieniędzy, gdyż jak to określa art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869 z późn. zm.): „Wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: a) uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, b) optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów”. Efektywne wydatkowanie środków publicznych na system ochrony zdrowia nabiera szczególnego znaczenia dziś – w trakcie epidemii, kiedy kolejne oddziały szpitalne decyzjami wojewodów są przekształcane w oddziały dla chorych na COVID-19, a równocześnie

coraz więcej pacjentów potrzebuje pomocy w związku z innymi problemami zdrowotnymi, między innymi chorobami nowotworowymi i kardiologicznymi, chorobami cywilizacyjnymi, takimi jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroby tarczycy, choroby zwyrodnieniowe stawów itd. Trzeba zaznaczyć, że dynamika zachorowalności na powyższe jednostki chorobowe będzie szybsza niż wzrost wysokości środków przeznaczanych na leczenie, szczególnie w sytuacji starzenia się społeczeństwa, przede wszystkim personelu medycznego, i kryzysu demograficznego. Z punktu widzenia ekonomisty oznacza to, że podaż nie nadąży za popytem. Stąd potrzeba przeorganizowania systemu w taki sposób, aby nierównowaga pomiędzy popytem i podażą miała jak najmniejszy negatywny wpływ na funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia.

Z danych udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)<sup>1</sup> wynika coroczny wzrost nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, co potwierdza także poniższy wykres na rycinie 1.

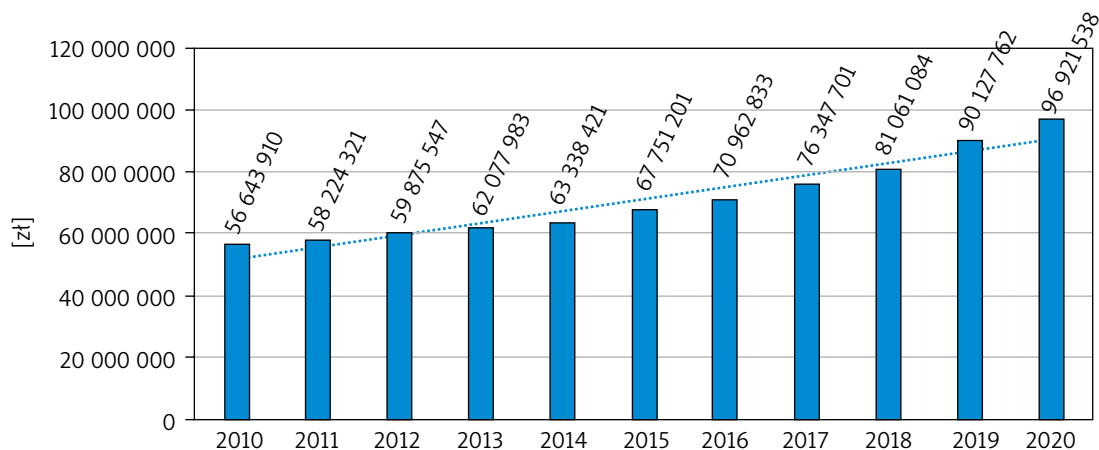
Z uwagi na fakt, że sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ za rok 2020 nie zostało jeszcze zatwierdzone zgodnie z art. 130 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.), wykorzystano dane pochodzące ze „Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2020 roku sporządzone zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw” (Dz. U. poz. 923)<sup>2</sup>.

Na wykresie widać wyraźnie tendencję rosnącą wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. W 2010 r. w ramach planu finansowego NFZ na świadczenia medyczne zostało przeznaczone ok. 57 mld zł, w 2020 r. jest to kwota 97 mld zł,

„ Proponowane rozwiązania dotyczące bezlimitowego dostępu do świadczeń specjalistycznych bez zwiększenia nakładów na AOS mogą nie przynieść zamierzonego celu, jakim jest odbudowa po epidemii dostępu do opieki medycznej ”

a więc w ciągu 10 lat nastąpił wzrost o 40 mld zł, czyli o 70 proc. Oznacza to średni wzrost roczny o 4 mld zł. Dane te jednak należy zestawzić z danymi przedstawiającymi strukturę wydatków. Udział procentowy środków na poszczególne rodzaje świadczeń w wysokości wydatków ogółem na świadczenia zdrowotne w latach 2010–2020 przedstawia tabela 1.

Z tabeli 1 wynika, że największy udział w wydatkach ogółem na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych mają środki przeznaczone na leczenie szpitalne. W 2020 r. było to 47,9 mld zł, czyli prawie 50 proc. wydatków ogółem. Zostało to potwierdzone w kontrolach Najwyższej Izby Kontroli, która stwierdziła, że wzrost kosztów świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne świadczy o utrwaleniu niekorzystnej struktury udzielania świadczeń w systemie ochrony zdrowia, tj. na leczeniu pacjentów przede wszystkim w szpitalach, a nie w trybie ambulatoryjnym<sup>3</sup>. Należy zauważyć, że w stosunku do 2010 r. wydatki te wzrosły o prawie 20 mld zł, co oznacza średni wzrost roczny o 2 mld zł.



**Rycina 1.** Wysokość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych w ramach kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2010–2020

Źródło: Wykres własny na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

**Tabela 1.** Udział środków na poszczególne rodzaje świadczeń w wydatkach ogółem na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych w latach 2010–2020 (w proc.)

Rodzaj świadczeń	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
podstawowa opieka zdrowotna	12,8	12,6	12,6	12,3	12,2	13,0	13,3	13,4	13,8	13,8	14,2
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	7,4	7,6	8,4	8,5	8,6	8,3	8,2	7,4	5,7	5,7	5,5
leczenie szpitalne (bez programów lekowych)	50,3	44,7	46,0	45,7	45,4	45,0	44,9	46,0	47,7	47,7	49,4
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	3,4	3,5	3,6	3,6	3,7	3,5	3,5	3,5	3,5	3,3	3,2
rehabilitacja lecznicza	3,1	3,1	3,3	3,3	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1	3,3	3,0
opieka długoterminowa	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,1
leczenie stomatologiczne	3,0	2,9	3,0	2,9	2,7	2,6	2,5	2,3	2,2	2,0	1,7
opieka paliatywna i hospicyjna	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,9	0,9	0,9	0,8
lecznictwo uzdrowiskowe	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7
pomoc doraźna i transport sanitarny	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
świadczenia odrębnie kontraktowane	2,4	2,5	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	2,6	2,6	2,5
koszty programów zdrowotnych	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
refundacja	15,1	15,2	15,1	15,5	16,3	16,3	16,4	15,9	15,6	14,8	13,9
ratownictwo medyczne	3,0	3,0	3,0	3,0	2,9	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,5

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych ze sprawozdań z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kolejną grupą wydatków, która ma 14,2 proc. udziału w wydatkach ogółem na świadczenia opieki zdrowotnej, są pieniądze przeznaczone na podstawową opiekę zdrowotną (POZ). W 2020 r. była to kwota 13,7 mld zł. W stosunku do 2010 r. wydatki na te świadczenia wzrosły o 6,5 mld zł, z tym że od 2015 r. o 4,9 mld zł, natomiast od 2018 r. o 2,5 mld zł. Należy zauważyć, że zgodnie ze statystykami OECD Polska pod względem wydatków na POZ zajmuje drugie miejsce wśród krajów OECD, tuż za Australią<sup>4</sup>.

Kolejną grupą są wydatki na refundację leków – ich udział w wydatkach ogółem na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych

w 2020 r. to 13,87 proc., co oznacza kwotę 13,4 mld zł i wzrost w stosunku do 2010 r. o 4,9 mld zł – średnio o 0,5 mld zł rocznie.

Wydatki na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) w 2020 r. stanowiły 5,48 proc. wydatków ogółem na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Była to kwota 5,3 mld zł. Należy jednak zauważyć, że w 2015 r. udział wydatków na AOS w wydatkach wynosił 8,31 proc.

Udział wydatków na pozostałe rodzaje świadczeń w wydatkach ogółem na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych mieści się w przedziale 0–3 proc.

W analizie struktury wydatków należy uwzględnić kadrę medyczną realizującą poszczególne rodzaje świadczeń, a także liczbę udzielonych świadczeń. Strukturę personelu medycznego według rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2020 r. przedstawia tabela 2.

Z tabeli 2 wynika, że najwięcej personelu medycznego pracuje w szpitalnictwie – prawie 50 proc. ogólnej liczby lekarzy (81 534), 56 proc. ogólnej liczby pielęgniarek (130 686) i 56 proc. ogólnej liczby położnych (18 762). Na kolejnym miejscu jest POZ – 21 proc. ogólnej liczby lekarzy (35 969), 16 proc. ogólnej liczby pielęgniarek (36 441) i 20 proc. ogólnej liczby położnych (6621). W AOS zatrudnionych jest 17 proc.

„ Ważne jest oparcie systemu wyceny i kontroli przez płatnika na standardach leczenia i postępowania diagnostycznego opracowanych przez specjalistów, naukowców z poszczególnych dziedzin ”

**Tabela 2.** Liczba personelu medycznego według rodzajów świadczeń w 2020 r.

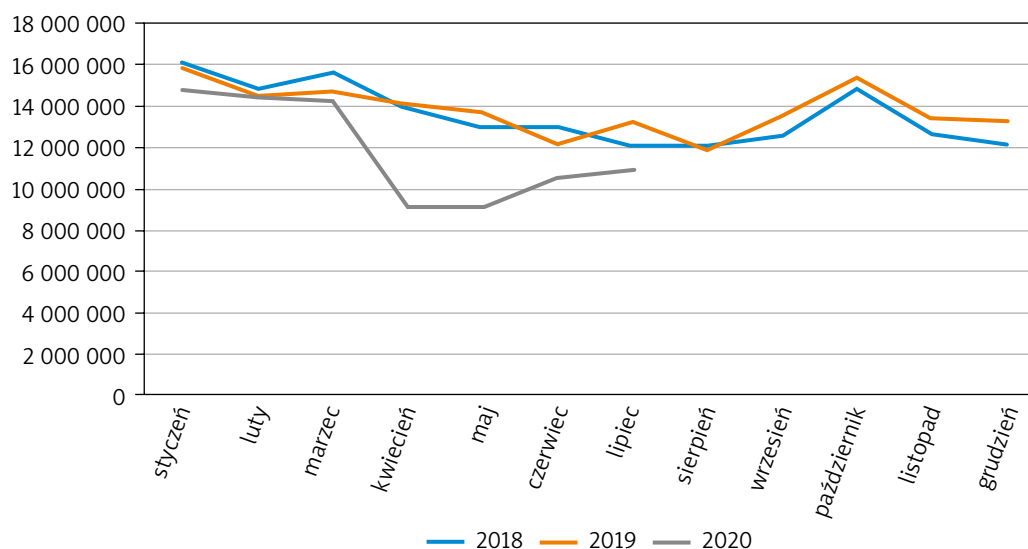
Rodzaj świadczeń	Diagnosta laboratoryjny	Farmaceuta	Fizjoterapeuta	Lekarz	Pielęgniarka	Położna
podstawowa opieka zdrowotna	3	16	31	35 969	36 441	6 621
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	49	3	98	28 668	14 746	3 275
leczenie szpitalne	434	431	8 117	81 534	130 686	18 762
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2	19	303	5 694	12 043	51
rehabilitacja lecznicza	3	14	27 987	4 316	3 299	31
profilaktyczne programy zdrowotne	280	2	0	2 084	190	269
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	123	79	205	3 924	5 691	1 823
zaopatrzenie w wyroby medyczne	12	18 354	2 014	130	297	27
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	1	48	4 861	4 263	23 466	161
opieka paliatywna i hospicyjna	1	8	1 698	2 605	6 152	72
pomoc doraźna i transport sanitarny	1	2	6	161	601	62
programy pilotażowe	4	31	268	2 244	1 118	2 184
suma	913	19 007	45 588	171 592	234 730	33 338

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia: <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=106>

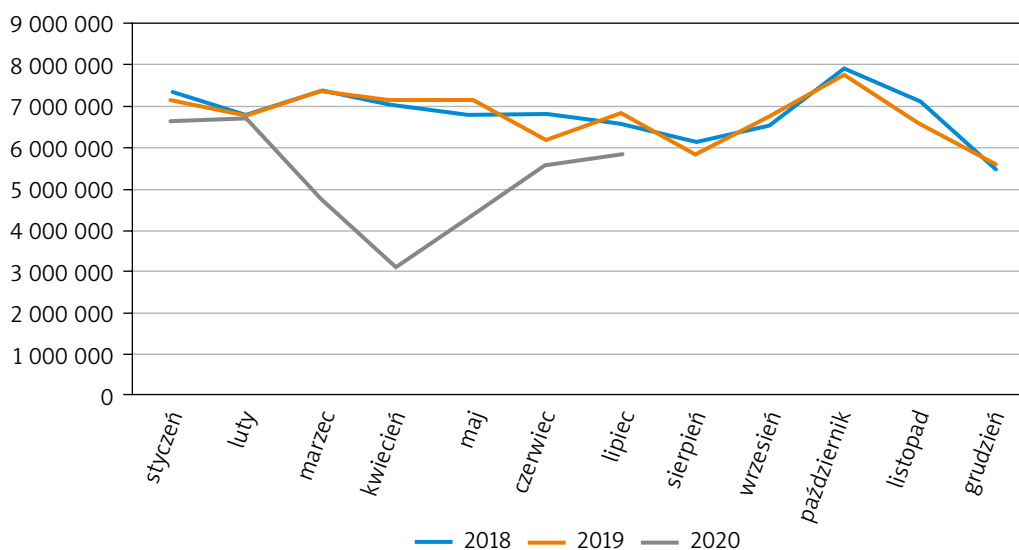
ogólnej liczby lekarzy (28 668), 6 proc. ogólnej liczby pielęgniarek (14 746) i 10 proc. ogólnej liczby położnych (3275).

Liczby świadczeń udzielonych w POZ, AOS, w szpitalnictwie i na szpitalnych oddziałach ratunkowych w latach 2018–2020 z podziałem na poszczególne miesiące przedstawiają ryciny 2–5.

Jak wynika z wykresów na rycinach 2–5, największej świadczeń udzielono w POZ – w 2018 r. było to 162 984 793 porad, w 2019 r. – 166 057 800, a od stycznia do lipca 2020 r. – 83 332 890. W AOS w 2018 r. udzielono 81 873 566 porad, w 2019 r. – 81 873 566, natomiast od stycznia do lipca 2020 r. – 36 945 989. W szpitalnictwie w 2018 r. udzielono

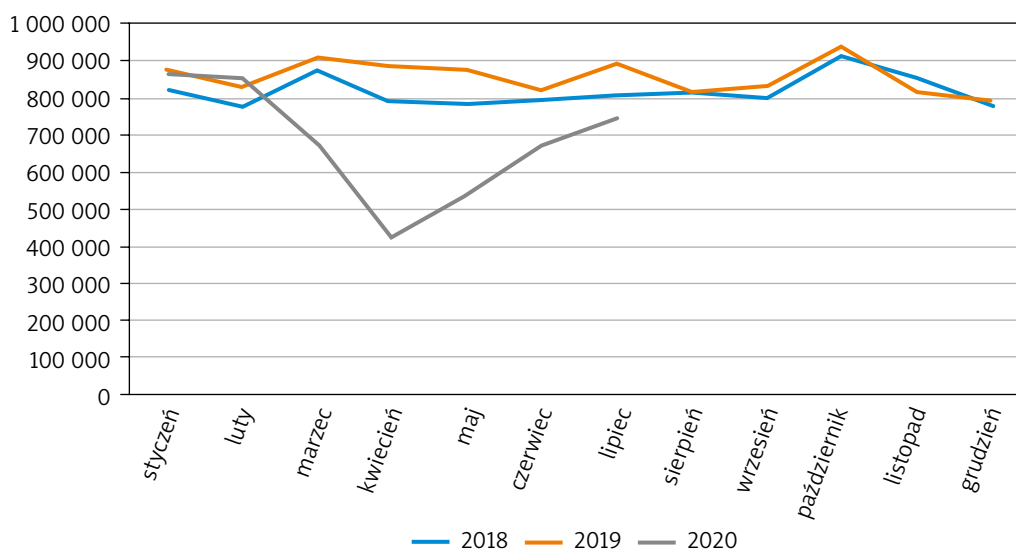
**Rycina 2.** Liczba świadczeń udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej w latach 2018–2020 z podziałem na poszczególne miesiące

Źródło: Wykres własny na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia: <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=97>



**Rycina 3.** Liczba świadczeń udzielonych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2018–2020 z podziałem na poszczególne miesiące

Źródło: Wykres własny na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia: <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=97>



**Rycina 4.** Liczba świadczeń udzielonych w szpitalnictwie w latach 2018–2020 z podziałem na poszczególne miesiące

Źródło: Wykres własny na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia: <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=97>

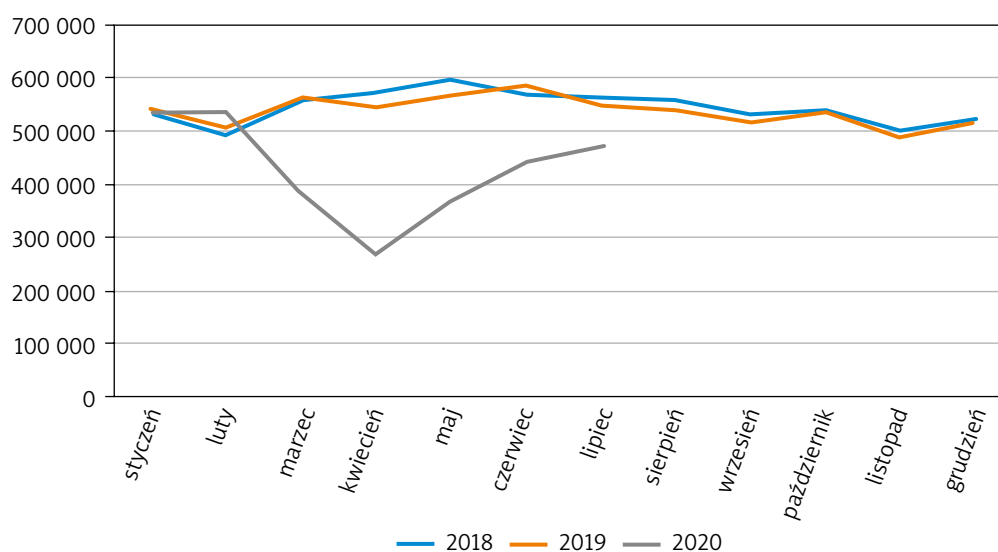
9 812 595 hospitalizacji, w 2019 r. – 10 292 312, a od stycznia do lipca 2020 r. – 3 006 771. Na szpitalnych oddziałach ratunkowych w 2018 r. udzielono 6 545 431 hospitalizacji, w 2019 r. – 6 459 815, a od stycznia do lipca 2020 r. – 3 006 771. W momencie wybuchu pandemii COVID-19 w kwietniu 2020 r. nastąpił mocny spadek liczby udzielanych świadczeń.

#### Proponowane rozwiązania mogą nie pomóc

Jak wynika z powyższych danych, najwięcej środków finansowych, personelu medycznego i największą liczbę udzielonych porad mamy w POZ. W AOS jest najmniejsza liczba personelu medycznego i najmniej środków finansowych, a jednocześnie duża liczba porad w stosunku do tych dwóch wskaźników. Leczenie szpi-

talne natomiast angażuje najwięcej środków finansowych i personelu medycznego przy najmniejszej liczbie hospitalizacji. Może to oznaczać, że należy dokładnie przeanalizować pod względem ekonomicznym funkcjonowanie całego systemu szpitalnictwa w polskiej ochronie zdrowia, gdyż ten rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej może generować obecnie najwyższe koszty. Uwagi wymaga długi czas hospitalizacji oraz wycena świadczeń. Należy rozważyć liczbę szpitali, a także kwestie ich własności w kontekście wskazanych wyżej zaleceń NIK. Zgodnie z raportami OECD Polska ma ich najwięcej, a ponadto brakuje koordynacji w zakresie udzielania świadczeń przez poszczególne rodzaje szpitali.

Przedstawione dane wskazują także, że proponowane obecnie rozwiązania dotyczące bezlimitowego do-



**Rycina 5.** Liczba świadczeń udzielonych na szpitalnych oddziałach ratunkowych w latach 2018–2020 z podziałem na poszczególne miesiące

Źródło: Wykres własny na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia: <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=97>

stępu do świadczeń specjalistycznych bez zwiększenia nakładów na AOS, a przede wszystkim przesunięcia personelu medycznego z innych rodzajów świadczeń mogą nie przynieść zamierzonego celu, jakim jest odbudowa po epidemii dostępu do opieki medycznej i skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty.

Rozwiązaniem, które może przynieść efektywne wydatkowanie środków w systemie ochrony zdrowia, a przede wszystkim zapewnić dostępność świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla każdego obywatela, jest przede wszystkim oparcie systemu wyceny i kontroli przez płatnika na standardach leczenia i postępowania diagnostycznego opracowanych przez specjalistów, naukowców z poszczególnych dziedzin (na wzór brytyjskiego *National Institute for Health and Clinical Excellence* – NICE). Obowiązujące przepisy prawa dają możliwość opracowania takich standardów w polskim systemie ochrony zdrowia obowiązkowo dla onkologii, a fakultatywnie dla innych dziedzin medycyny. Zostały one wprowadzone przez byłego ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła, który przy nowelizacji tzw. pakietu onkologicznego wpisał je do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W tym kontekście warto przeanalizować strukturę wizyt w POZ. Z danych udostępnionych przez NFZ w zakładce „Zdrowe dane – Raporty” wynika, że największy udział w poradach ogółem w POZ mają porady zakodowane jako „Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia” – w 2019 r. stanowiły one 34,4 proc. wszystkich porad, czyli 57 173 724, co daje 4 764 477 porad miesięcznie, natomiast w październiku 2020 r. ich udział wzrósł do 46,3 proc., czyli w samym październiku 2020 r. udzielono 6 182 066 takich porad. Drugą pozycję stanowiły porady dotyczące chorób

układu oddechowego – w 2019 r. stanowiły one 16 proc. wszystkich porad, czyli 25 559 783. W październiku 2020 r. udział porad dotyczących chorób układu oddechowego wyniósł 16,37 proc., co daje 2 183 527 porad. Kolejną grupę stanowiły porady dotyczące chorób układu krążenia – w 2019 r. 12 proc. wszystkich porad, czyli 19 923 787. W październiku 2020 r. porady dotyczące chorób układu krążenia stanowiły 10,31 proc. wszystkich porad w POZ – 1 248 887 przy średniej z 2019 r. wynoszącej 1 660 315 porad.

Analiza struktury porad dotyczących przykładowych czterech chorób cywilizacyjnych (nadciśnienie tętnicze, przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca typu 2, niedoczynność tarczycy) w AOS pokazuje, że stanowią one odpowiednio 30 proc. wszystkich porad udzielonych w poradni kardiologicznej, 25 proc. wszystkich porad udzielonych w poradni gruźlicy i chorób płuc, 85 proc. wszystkich porad udzielonych w poradni diabetologicznej oraz 45 proc. wszystkich porad udzielonych w poradni endokrynologicznej. Zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez towarzystwa naukowe większość tych porad powinna się odbyć w POZ. Dlatego zasadne jest, aby te wytyczne były obowiązkowe i powiązane z odpowiednią metodą wyceny porady.

Katarzyna Głowała

#### Przypisy

<sup>1</sup>Sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2010-2019. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/>

<sup>2</sup><https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-52021iv,6555.html>

<sup>3</sup>Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku. Informacja o wynikach kontroli. Najwyższa Izba Kontroli, s. 8. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/20/052/KZD/>

<sup>4</sup><https://www.oecd.org/health/health-systems/primary-care.htm>