

dr Anna Lachowska

Zachodniopomorska Szkoła Biznesu

Stan rynku opieki zdrowotnej w Polsce

Streszczenie:

Celem artykułu jest analiza i ocena aspektów bieżącej kondycji sektora opieki zdrowotnej w Polsce. W artykule przedstawiono problem relatywnie niskiego (choć stale rosnącego) poziomu publicznego finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, jak i małej efektywności wykorzystywania tych środków. Wskazuje się na konieczność pogłębienia liberalizacji rynku w celu uzyskania dodatkowych źródeł finansowania oraz poprawy wykorzystania środków publicznych.

Słowa kluczowe: rynek opieki zdrowotnej, finansowanie publiczne, zadłużenie świadczeniodawców, listy oczekujących, nierównowaga

Wprowadzenie

System socjalistycznej służby zdrowia trwał w Polsce przez blisko 50 lat. Socjalistyczny model opieki zdrowotnej (tzw. model Siemaszki), na którym to opierał się polski system opieki zdrowotnej, charakteryzowały cechy, takie jak¹:

- uniwersalny dostęp dla całej populacji,
- finansowanie z podatków za pośrednictwem budżetu,
- zatrudnienie lekarzy na państwowych etatach,
- pełny zakres świadczeń całkowicie bezpłatnych, z wyjątkiem niektórych leków dostępnych w opiece otwartej,
- jednolitość organizacyjna całego systemu, podporządkowanego centralnemu sterowaniu,
- partycypacja ludności w działaniach na rzecz zdrowia i jego ochrony,
- nastawienie na działania profilaktyczne w stosunku do całej ludności.

Společnie słuszne założenia stały się jednak realnie nierealizowalne w długim okresie. Efektem niewydolności polityczno-gospodarczego systemu, w tym systemu opieki zdrowotnej, była transformacja. Polska, jak i inne kraje Europy środkowowschodniej, zorganizowały swoje systemy opieki zdrowotnej od podstaw, odrzucając rozwiązania stosowane w poprzedzających pięćdziesięciu latach. Nowe rozwiązania oparte zostały w dużej mierze na modelu Bismarcka, czyli systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, bazujących na funduszach ubezpieczeniowych oraz niezależnej administracji rządowej. Model ten, wypracowany w Niemczech, z pewnymi modyfikacjami wykorzystywany jest przez takie kraje jak Francja czy Holandia. W zmianach reformatorskich owego okresu widoczny był silny wpływ nurtu neoliberalnego oraz - co za tym idzie - dążenie do decentralizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

¹M. Terris, The Three Word systems of medical care: trends and prospects, w: W.C. Włodarczyk, Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Łódź-Kraków-Warszawa 1996, s. 322.

Do najbardziej istotnych zmian decentralizacyjnych tamtego okresu zaliczyć należy²:

- rozszerzenie możliwości tworzenia zakładów opieki zdrowotnej przez różne grupy podmiotów, w tym przekazanie funkcji właścicielskich publicznych zakładów opieki zdrowotnej jednostkom samorządu terytorialnego³,
- zrównanie samodzielnych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w prawie do konkurencji o publiczne środki pozostające w dyspozycji państwa, a od 1998 r. ubezpieczyciela (tzw. rynek wewnętrzny)⁴,
- usamodzielnianie grup zawodów medycznych⁵,
- powołanie niezależnego ubezpieczyciela Kas Chorych, a w późniejszym okresie Narodowego Funduszu Zdrowia (ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym)⁶.

Wprowadzone zmiany nie spełniły jednak stawianych przez społeczeństwo oczekiwań. Badania przeprowadzone przez CBOS, dwa lata po wprowadzonej reformie, wykazały, że 72 proc. ankietowanych uznawało, iż system opieki zdrowotnej działa źle, natomiast 62 proc. badanych uważało, że ówczesna opieka zdrowotna działa gorzej niż przed wprowadzeniem reformy⁷. Można domniemywać, iż był to wynik oddziaływania naturalnych obaw wobec wszelkich zmian. Niemniej jednak, według badania CBOS, w 2012 r. liczba osób niezadowolonych z działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce wzrosła do prawie 80 proc.⁸. W roku 2014 ocena ta uległa poprawie, lecz w dalszym ciągu 68 proc. ankietowanych jest niezadowolona z funkcjonowania rynku opieki zdrowotnej w Polsce⁹.

Obecna pro-Keynesowska polityka zdaje się obarczać za obecny stan rynku opieki zdrowotnej zbyt liberalne podejście w stosowanych na nim rozwiązaniach. W opinii autorki, na obecny stan rynku opieki zdrowotnej oddziałuje przede wszystkim relatywnie niski poziom finansowania opieki zdrowotnej powiązany z małą efektywnością wykorzystania tych środków. Natomiast powyższe zjawiska wynikają z zaniechań i braku konsekwencji we wprowadzaniu mechanizmów prorynkowych.

Tym samym celem artykułu jest ocena wybranych aspektów funkcjonowania rynku opieki zdrowotnej w Polsce. Realizacji wspomnianego celu posłużyły następujące metody badawcze: obserwacyjna, dokumentacyjna, opisowo – analityczna.

Nierównowaga finansowa

Do głównych źródeł finansowania systemu opieki zdrowotnej należą środki pochodzące z powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. W 2016 r. planowana wielkość wpływów ze składek zdrowotnych wynosi ponad 71 mld. zł¹⁰. W 2015 r. planowana wielkość środków pochodzących ze składek wynosiła ponad 69 mld. zł. W latach 2002 – 2016 wzrost wartości przychodów NFZ, w ujęciu nominalnym, wynosi ok 51 mld. zł, co stanowi wzrost o ponad 240 proc.¹¹. Zmianę przychodów NFZ w latach 2002 – 2016 przedstawia rys. 1.

² A. Lachowska, Efektywność funkcjonowania publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim, Niepublikowana rozprawa doktorska, s. 77.

³ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz.408 ze zm.).

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia (DzU nr.76, poz.363).

⁵ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (DzU nr 21, poz. 204 ze zm.), oraz ustawa z dnia 2 lipca 2004r, o swobodzie działalności gospodarczej (DzU nr 173, poz. 1807 ze zm.) wraz z ustawą z dnia 2 lipca 2004 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (DzU nr 173, poz. 1591 ze zm.).

⁶ (DzU nr 28, poz. 153); ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU nr 210, poz. 2135) zastępująca niekonstytucyjną ustawę z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU nr 45, poz. 391).

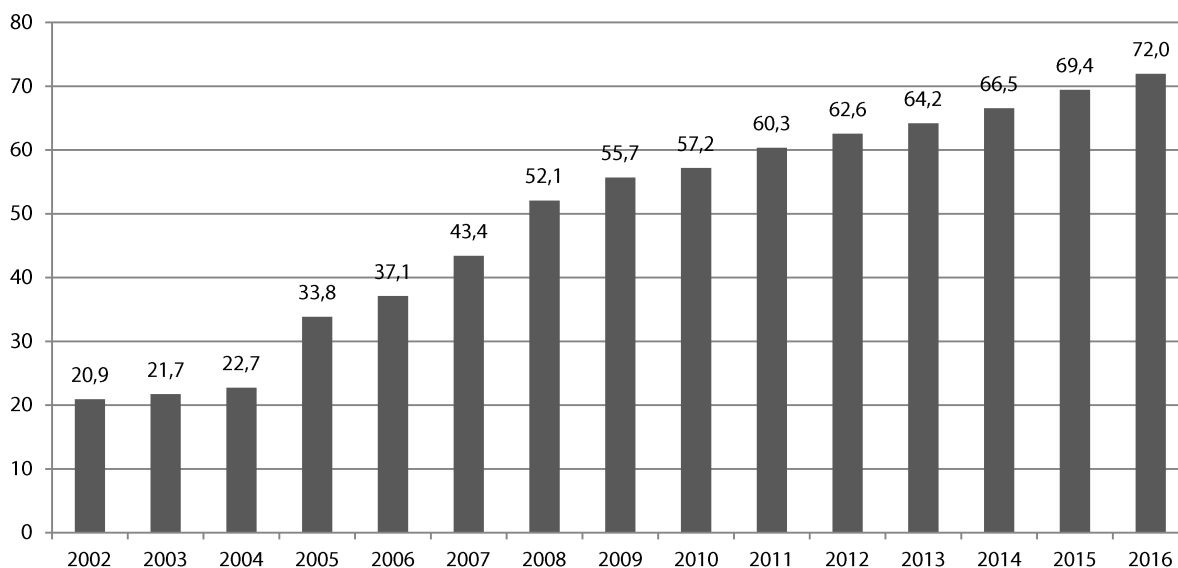
⁷ Komunikat z badań CBOS: Opinie o opiece zdrowotnej po dwóch latach reformy, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2001/K_016_01.PDF, (13.02.2016) .

⁸ Raport CBOS: Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2012, s. 12 i 19.

⁹ Komunikat z badań CBOS: Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej w Polsce A.D.2014, <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=5046>, (13.02.2016).

¹⁰ Plan finansowy NFZ na 2016r., www.mz.gov.pl, (04.02.2016).

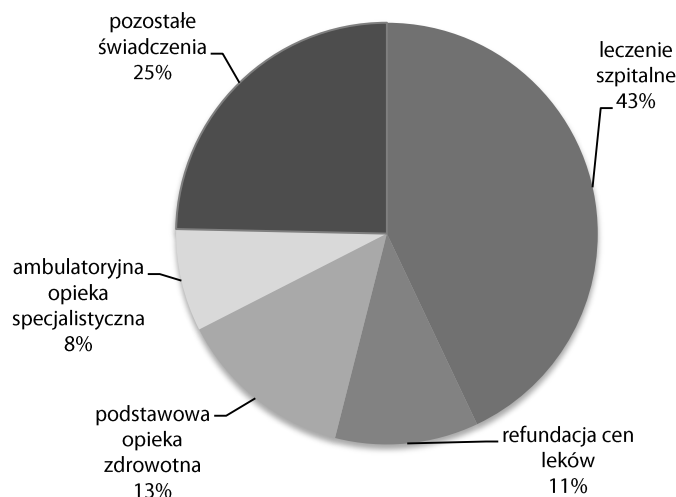
¹¹ Plany Finansowe i Sprawozdania Finansowe NFZ na lata 2002-2012, <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=3&dzialnr=10&start=40&limit=20>, (01.06.2013).



Rysunek 1. Wielkość przychodów NFZ w latach 2002– 2016 (w mld zł)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie planów finansowych oraz sprawozdań finansowych NFZ, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, (01.02.2016), dane z 2015 oraz 2016r. przedstawiają plan na wymieniony okres czasu.

Niezmiennie, od początku istnienia NFZ, największy udział w wydatkach na świadczenia ubezpieczyciela przypada na leczenie szpitalne. W 2016 r. środki przeznaczone na działalność szpitalną wynoszą ponad 29 mld. zł, co stanowi około 43 proc. środków przeznaczanych na zakup świadczeń. Koszt podstawowej opieki zdrowotnej oraz otwartej opieki specjalistycznej wynosić ma odpowiednio ponad 9 mld. zł oraz ponad 5 mld. zł., co stanowi 14 oraz 8 proc. całości wydatków na świadczenia wydawane przez płatnika. Resztę środków przeznaczono na refundację leków oraz pozostałe świadczenia finansowane przez płatnika (rys. 2).



Rysunek 2. Udział poszczególnych wydatków na świadczenia zdrowotne opłacane przez NFZ w planie finansowym NFZ na 2016 r. (w mld zł)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie planu finansowego NFZ na 2016r., <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, (01.02.2016).

Należy zwrócić uwagę, że pomimo, iż środki finansowe przekazywane przez płatnika wzrastały regularnie od 2002 r., udział procentowy wydatków zdrowotnych w produkcie krajowym brutto utrzymywał się na stałym poziomie 6 – 6,5 proc.. Tym samym, udział wydatków zdrowotnych w PKB w Polsce jest jednym z najniższych na świecie. W całym okresie 2002 - 2013 był niższy niż średnia krajów OECD (tab. 1).

| Udział wydatków na zdrowie w PKB | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Polska | 6,1 | 6,0 | 5,9 | 5,8 | 5,8 | 5,9 | 6,4 | 6,6 | 6,5 | 6,3 | 6,3 | 6,4 |
| Średnia krajów OECD | 7,7 | 8,0 | 8,0 | 8,1 | 8,0 | 8,0 | 8,3 | 9,0 | 8,8 | 8,8 | 8,9 | 8,2 |

Tabela 1. Wydatki na zdrowie w Polsce jako odsetek PKB na tle średniej krajów OECD

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Frequently Requested Health Data 2015, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, (01.02.2016)

Na relatywnie niski poziom finansowania sektora opieki zdrowotnej w Polsce wskazują również szacunki całkowitych wydatków zdrowotnych w przeliczeniu na jednego mieszkańca, z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej. Dane Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) wskazują, iż wydatki zdrowotne w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2013 r. wynoszą w Polsce zaledwie 1,5 tys. dolarów, plasując Polskę na 32 miejscu spośród 34 krajów OECD. Dla porównania, w Stanach Zjednoczonych, w tym samym roku, wydatki zdrowotne w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosiły 8,7 tys. dolarów, w Niemczech - 4,8 tys. dolarów, natomiast w Wielkiej Brytanii - 3,2 tys. dolarów. Niższy niż w Polsce poziom finansowania odnotowano w Turcji i Meksyku (tab. 2) ¹².

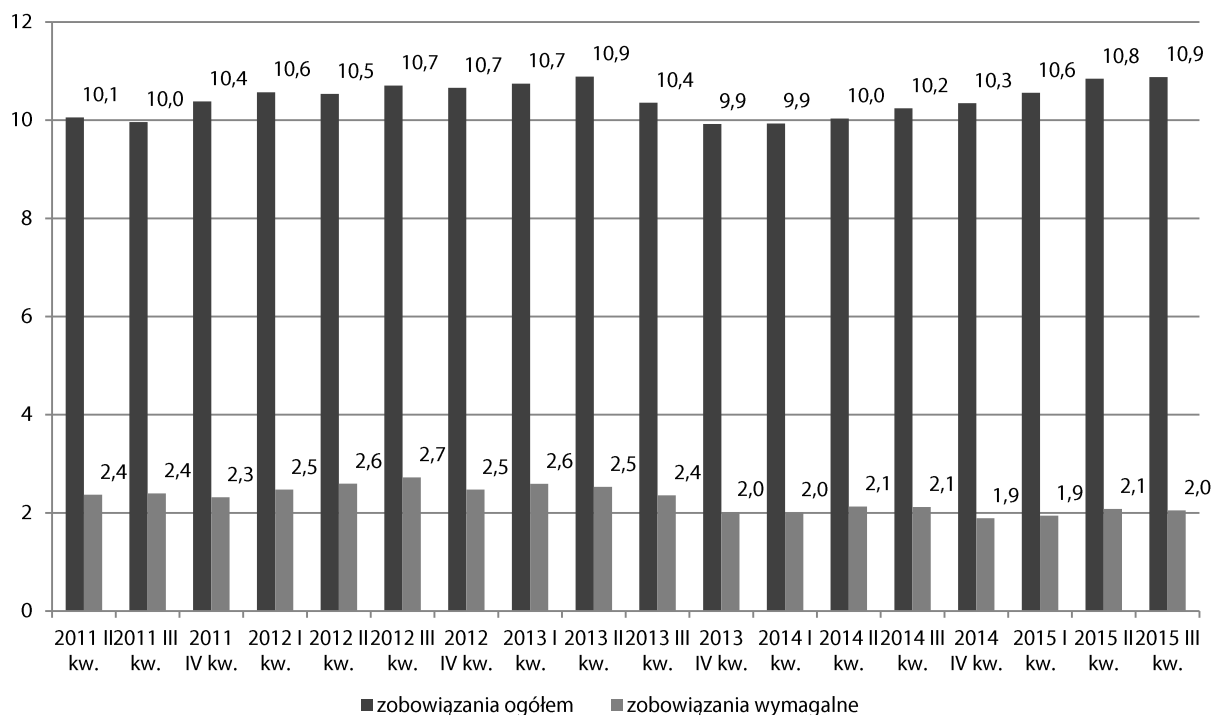
| Kraj | Wydatki zdrowotne per capita (w dolarach) | | |
|-------------------|---|-----------|----------|
| | Całkowite | Publiczne | Prywatne |
| Stany Zjednoczone | 8713 | 4197 | 4516 |
| Szwajcaria | 6325 | 4178 | 2147 |
| Norwegia | 5862 | 4981 | 881 |
| Holandia | 5131 | 4495 | 636 |
| Szwecja | 4904 | 4126 | 778 |
| Niemcy | 4819 | 3677 | 1142 |
| Austria | 4553 | 3469 | 1084 |
| Dania | 4553 | 3841 | 712 |
| Luksemburg | 4371 | 3608 | 763 |
| Kanada | 4351 | 3074 | 1277 |
| Belgia | 4256 | 3311 | 945 |
| Francja | 4124 | 3247 | 877 |
| Australia | 3866 | 2614 | 1252 |
| Japonia | 3713 | 3090 | 623 |
| Islandia | 3677 | 2968 | 709 |
| Irlandia | 3663 | 2509 | 1154 |
| Finlandia | 3442 | 2583 | 859 |
| Nowa Zelandia | 3328 | 2656 | 672 |
| Wielka Brytania | 3235 | 2802 | 433 |
| Włochy | 3077 | 2381 | 696 |
| Hiszpania | 2898 | 2073 | 825 |
| Portugalia | 2514 | 1674 | 840 |
| Słowenia | 2511 | 1783 | 728 |
| Izrael | 2428 | 1444 | 984 |
| Grecja | 2366 | 1551 | 815 |
| Korea | 2275 | 1272 | 1003 |
| Czechy | 2040 | 1716 | 324 |
| Słowacja | 2010 | 1492 | 518 |
| Węgry | 1719 | 1111 | 608 |
| Czile | 1606 | 749 | 857 |
| Estonia | 1542 | 1198 | 344 |
| Polska | 1530 | 1081 | 449 |
| Meksyk | 1048 | 536 | 512 |
| Turcja | 941 | 737 | 204 |

Tabela 2. Wydatki zdrowotne krajów OECD per capita w 2013 r. (w dolarach)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Frequently Requested Health Data 2015, Frequently requested health data, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, (01.02.2016). Dane za 2013, lub najbliższy dostępny rok.

¹² Frequently requested health data, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, (01.02.2016).

Pomimo regularnego wzrostu środków finansowych przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia do tej pory nie udało się wyeliminować problemu wysokiego zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Od wielu lat wysokość owego zadłużenia utrzymuje się na wysokim (choć stabilnym) poziomie, wpływając na destabilizację finansową sektora opieki zdrowotnej. Wysokość zobowiązań całkowitych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oscyluje w granicach 10 - 11 mld. złotych. Według najnowszych danych Ministerstwa Zdrowia, w III kw. 2015 r. zadłużenie całkowite wyniosło 10,9 mld. złotych. W tym samym czasie wartość zobowiązań wymagalnych wyniosła 2 miliardy złotych (rys. 3)¹³.



Rysunek 3. Zobowiązania ogółem i wymagalne SPZOZ w latach 2003–2015 (w mld zł)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dynamika zobowiązań ogółem, dynamika zobowiązań wymagalnych, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–2015, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzoz>, (01.02.2016).

Przyczyny wysokiego zadłużenia publicznych świadczeniodawców rynku opieki zdrowotnej upatrywać należy w zaniechanej przez lata konieczności pogłębienia liberalizacji tego sektora w obszarze publicznych świadczeniodawców. Wadliwa konstrukcja prawna samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), obowiązująca do połowy roku 2011 r., pozwalała tym zakładom na właściwie bezkarne zadłużanie się. Do tej pory nie wszystkie organy założycielskie SPZOZ-ów wypracowały skuteczne mechanizmy nadzoru. Proces upadłościowy, wykorzystywany w przypadku spółek prawa handlowego działających na rynku, zastąpiony był rozwiązaniem przekształcenia zadłużonego zakładu w zakład budżetowy. Ponieważ jednak zakłady budżetowe nie posiadały prawnej możliwości zawierania kontraktów z ubezpieczycielem, przepis ten nie był w praktyce wykorzystywany.

Warto zauważyć, że mamy do czynienia z nieregularnym geograficznym rozkładem zadłużenia (tab. 3). I tak - najwyższy udział w zobowiązaniach wymagalnych SPZOZ w kraju - przypada od wielu lat na województwo mazowieckie. W III kw. 2015 r. wynosił 22 proc.. Na drugim miejscu znajduje się województwo śląskie, gdzie zobowiązania wymagalne wynoszą około 12 proc. całości zobowiązań wymagalnych w kraju. Najniższy poziom zobowiązań wymagalnych odnotowano w województwie lubuskim – 0,03 proc.. W województwie zachodniopomorskim, w danym okresie, udział zobowiązań wymagalnych w całości wynosił nieco ponad 2 proc..

¹³ Opracowanie własne na podstawie: Dynamika zobowiązań ogółem, dynamika zobowiązań wymagalnych, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–2015, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&ma=3917>, (01.06.2013).

| Województwo | Stan na IV kw. 2015 (w mln zł) | Udział procentowy w całkowitym zadłużeniu |
|---------------------|--------------------------------|---|
| mazowieckie | 454,8 | 22,2 |
| śląskie | 244,4 | 11,9 |
| kujawsko-pomorskie | 207,8 | 10,1 |
| Małopolskie | 188,6 | 9,2 |
| podkarpackie | 177,5 | 8,7 |
| wielkopolskie | 161,3 | 7,9 |
| Dolnośląskie | 127,1 | 6,2 |
| Lubelskie | 125,0 | 6,1 |
| Łódzkie | 109,5 | 5,3 |
| MSW | 56,2 | 2,7 |
| zachodniopomorskie | 43,9 | 2,1 |
| świętokrzyskie | 43,6 | 2,1 |
| MON | 32,3 | 1,5 |
| podlaskie | 31,1 | 1,5 |
| warmińsko-mazurskie | 20,6 | 1,0 |
| pomorskie | 17,5 | 0,9 |
| opolskie | 7,3 | 0,4 |
| lubuskie | 0,7 | 0,03 |

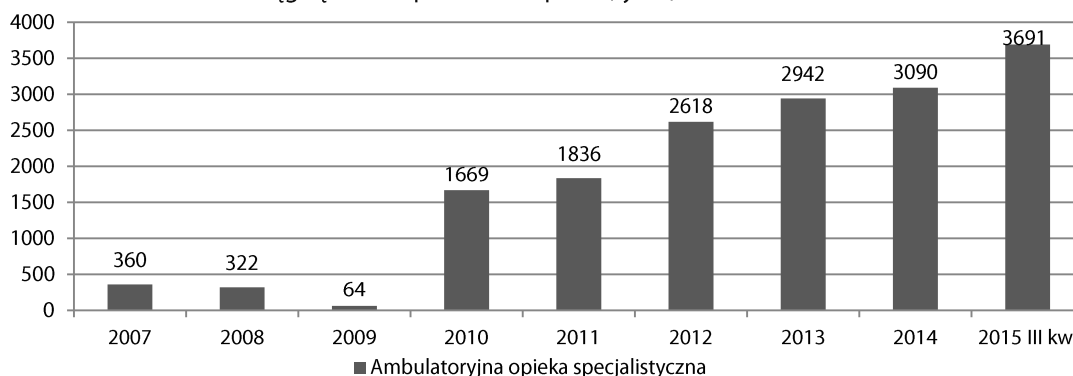
Tabela 3. Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce w podziale na województwa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dynamiki zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spozoz>, (01.02.2016).

Relatywnie niskie finansowanie systemu opieki zdrowotnej oraz brak dyscypliny finansowej niektórych SPZOZ-ów wpłynęły na rozwinięcie się niekorzystnych zjawisk, takich jak rosnąca liczba oczekujących na świadczenia pacjentów.

Nierównowaga na rynku świadczeń

Według udostępnianych przez ubezpieczyciela danych wynika, że liczba oczekujących na świadczenia w publicznej opiece zdrowotnej pacjentów systematycznie wzrasta. W przypadku otwartej opieki specjalistycznej liczba oczekujących w III kw. 2015 r. wyniosła prawie 3,7 mln. osób. Wzrost liczby oczekujących na świadczenie - w porównaniu do roku 2007 - osiągnął zatem ponad 900 proc. (rys. 4)¹⁴.



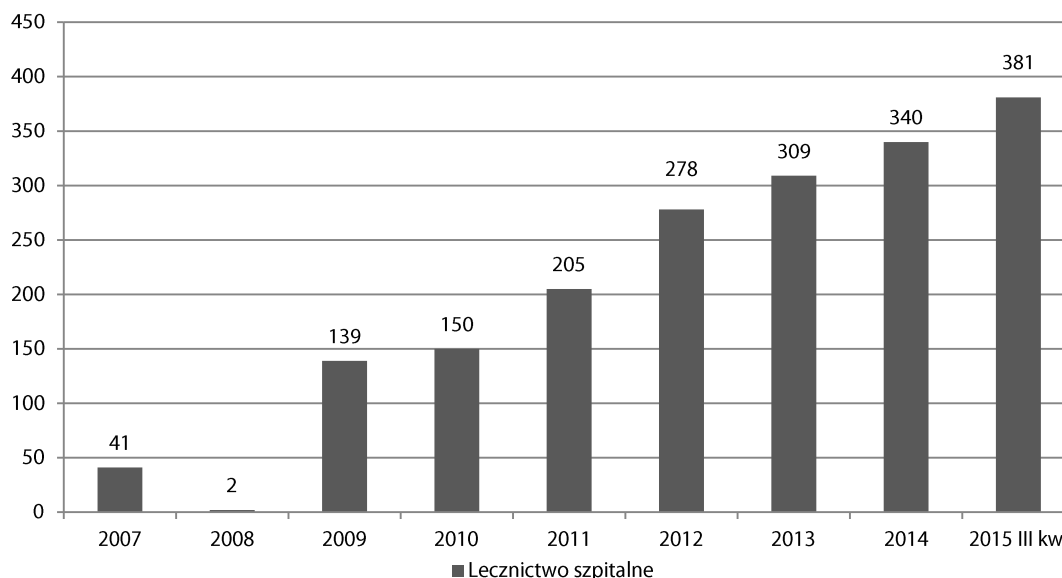
Rysunek 4. Liczba oczekujących na świadczenia w latach 2007 – III kw. 2015 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w tys.)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z okresowych sprawozdań z działalności NFZ z lat 2007–2015, <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwały-rady-nfz/3,strona.html>, (02.02.2016)

¹⁴ Okresowe sprawozdania z działalności NFZ z lat 2007–2015, <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwały-rady-nfz/3,strona.html>, (02.02.2016).

Liczba osób oczekujących na świadczenia w lecznictwie szpitalnym również wzrasta. W III kw. 2015 r. liczba oczekujących wyniosła ponad 380 tys. osób, co oznacza wzrost o ponad 800 proc. w stosunku do roku 2007 (rys. 5)¹⁵.

Rosnąca liczba oczekujących na świadczenia w systemie przemawiać może za wzrostem zachorowalności (bądź też wykrywalności chorób), jak i rosnącej niewydajności podmiotów leczniczych. Warto zaznaczyć, że wspomniany wzrost liczby oczekujących odbywał się przy 60-procentowym wzroście poziomu finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



Rysunek 5. Liczba oczekujących na świadczenia w latach 2007 – III kw. 2015 r. w ramach lecznictwa szpitalnego (w tys.)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z okresowych sprawozdań z działalności NFZ z lat 2007–2015, <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/3,strona.html>, (02.02.2016).

Z systematycznych badań rynku firmy Watch Health Care, mających na celu monitorowanie długości oczekiwania na świadczenia zdrowotne, wynika, że średnia długość oczekiwania na świadczenia zdrowotne w Polsce wynosi 3 miesiące (stan na październik/listopad 2015). Najdłuższy czas oczekiwania odnotowuje się w obszarze ortodoncji (9,7 miesiąca), endokrynologii (7,7 miesiąca), oraz angiologii (7,1 miesiąca)¹⁶.

Finansowo, rzeczowa nierównowaga na rynku świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce wynika ze źle zaprojektowanego koszyka świadczeń gwarantowanych. Zgodnie z koncepcją Banku Światowego, opracowaną przez R. Busse, J. Schreyögg, C. Gericke, koszyk świadczeń gwarantowanych opisać można w trzech wymiarach¹⁷:

- szerokości,
- głębokości,
- wysokości.

Szerokość koszyka wskazuje podmiotowy zakres świadczeń, tak więc definiuje, kto jest uprawniony do świadczeń w nim zawartych. W przypadku Polski, uprawnienie to przysługuje ogółowi społeczeństwa.

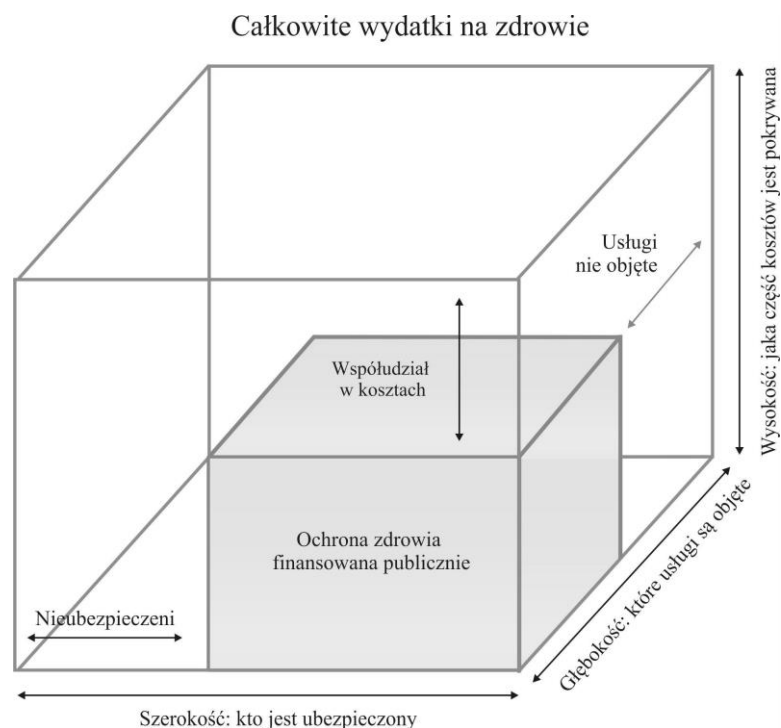
Głębokość koszyka odnosi się do przedmiotowego zakresu uprawnień, wskazuje więc, które świadczenia są w nim zawarte. W Polsce mamy do czynienia z tzw. koszykiem pozytywnym, określonym w rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Wysokość koszyka charakteryzuje wielkość finansowania świadczeń zawartych w koszyku ze świadczeń publicznych.

Schemat koszyka świadczeń gwarantowanych pokazano na rys. nr 6.

¹⁵ Okresowe sprawozdania z działalności NFZ z lat 2007–2015, <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/3,strona.html>, (02.02.2016).

¹⁶ „Barometr Fundacji Watch Health Care”, Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, Kraków, nr 12/3/12/15, s. 10 i nast. http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometrhwc_xii.15.final.pdf, (01.02.2016).

¹⁷ R. Busse, J. Schreyögg, C. Gericke, Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach, HNP Discussion Paper, Washington DC, World Bank, 2007, s. 15.



Rysunek 6. Wymiary koszyka świadczeń gwarantowanych

Źródło: Kutzin J., Cashin C., Jakab M., *Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition*, European Observatory on Health Systems and Policies(...), United Kingdom, 2010, s. 188.

Odnosząc się do wspomnianej koncepcji, należy zauważyć, że koszyk świadczeń gwarantowanych w Polsce jest za głęboki w stosunku do pozostałych wymiarów. Oznacza to, że koszyk świadczeń gwarantuje zbyt szeroki zakres świadczeń w stosunku do publicznych środków przeznaczonych na ich finansowanie. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest ograniczony dostęp do świadczeń, które to pacjenci zmuszeni są finansować ze środków prywatnych. W badaniu CBOS nt. funkcjonowania rynku opieki zdrowotnej - 43 proc. badanych deklaruowało posiadanie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (w formie polisy lub abonamentu), bądź było zainteresowane jego wykupem¹⁸.

Najnowsze badanie Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI), wskazuje na złą sytuację na rynku opieki zdrowotnej w Polsce. W świetle raportu, w 2015 r., Polska zajęła 34 miejsce spośród 35 badanych krajów. Za najsłabszy obszar polskiego systemu opieki zdrowotnej uznaje się dostępność do świadczeń. W porównaniu do roku 2014, pozycja Polski spadła o 3 miejsca¹⁹. Najwyższe miejsce w najnowszym raporcie zdobywa Holandia. System holenderski, podobnie jak polski, oparty jest na rozwiązaniach modelu Bismarcka, niemniej jednak wprowadzono tam mechanizmy prorynkowe. Przejawiają się one, między innymi, konkurencją pomiędzy ubezpieczycielami, którzy to rywalizują o składki pacjentów. Świadczeniodawcy konkurują natomiast o kontrakty z ubezpieczycielami, którzy weryfikują oferty świadczeniodawców pod kątem ceny i jakości. Należy zaznaczyć, że połączone jest to jednak z odpowiednim źródłem finansowania – wydatki zdrowotne Holandii w 2013 r. wyniosły 11,1 proc. PKB, co w przeliczeniu na jednego mieszkańca, z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej, wynosi ponad 5 tys. dolarów²⁰. Oznacza to, że Holendrzy przeznaczają ponad trzykrotnie wyższe środki na leczenie, niż ma to miejsce w przypadku Polski.

¹⁸ Raport CBOS: *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2012, s. 12 i 1.

¹⁹ Raporty Euro Health Consumer Index 2011-2015: <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>, (05.02.2016).

²⁰ OECD Frequently Requested Health Data 2015, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, (01.02.2016).

Wnioski

W wyniku obecnej na rynku opieki zdrowotnej nierównowagi, racjonalnym działaniem byłoby ograniczenie zakresu świadczeń gwarantowanych w ramach środków publicznych lub zwiększenie finansowania koszyka świadczeń gwarantowanych, bądź też jedno i drugie. Pamiętając jednak o konieczności zagwarantowania jak najwyższej efektywności wykorzystania środków publicznych.

Jedną z możliwości zwiększania finansowania niewłaściwie zaspokajanych potrzeb zdrowotnych są dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne (komplementarne lub suplementarne). Wprowadzenie dodatkowych graczy – w postaci instytucji ubezpieczeniowych - mogłoby pozytywnie wpłynąć na kondycję sektora opieki zdrowotnej w Polsce, poprzez wytworzenie pewnego rodzaju presji konkurencyjnej na działające tam podmioty. Dotychczasowy publiczny rynek opieki zdrowotnej w Polsce działa w formie monopsonu – gdzie jeden nabywca (ubezpieczyciel) narzuca warunki kontraktowania świadczeń. Wpływa to na szereg nieprawidłowości, takich jak na przykład brak realnych wycen świadczeń (niektóre procedury są przeszacowane, niektóre zaś niedoszacowane). Z drugiej zaś strony świadczeniodawców, którzy to z założenia powinni konkurować jakością oraz ceną swoich świadczeń ograniczają się do spełnienia wymogów formalnych kontraktu. Sugerowane tu wprowadzenie mechanizmów rynkowych po stronie nabywcy, przyczynić mogłoby się do polepszenia sytuacji pacjentów poprzez obniżkę kosztów świadczeń, zmniejszenie czasu oczekiwania czy poprawę jakości świadczeń.

Koniecznym jest również prowadzenie działań mających na celu poprawę efektywności wykorzystania środków publicznych, takich jak konsekwentne przeprowadzanie procesów upadłościowych zadłużającym się samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej. Z przeprowadzonego przez autorkę badania publicznych i niepublicznych świadczeniodawców opieki zdrowotnej prowadzących podstawową opiekę zdrowotną w województwie zachodniopomorskim, wysuwają się jednoznaczne wnioski. Badane niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej działające w ramach kontraktu z NFZ, przyjmowały więcej pacjentów, wykonywały więcej świadczeń, odnotowywały niższe koszty działalności oraz wyższe zadowolenie pacjentów ze świadczeń w porównaniu z podmiotami publicznymi²¹.

Condition of the health care system in Poland

Summary:

The aim of the article is assessment of contemporary Polish health care sector's issues. The paper shows the problem of relatively small (although still rising) level of public health care sector financing in Poland, as well poor efficiency of public resources' usage. It shows necessity of implementing free market mechanisms, aiming at possessing additional sources of financing and improvement of use of public sources.

Keywords: health care sector, public financing, provider's debt, waiting lists, imbalance

²¹ A. Lachowska, Efektywność funkcjonowania publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim, Niepublikowana rozprawa doktorska, s. 140 i nast.

