



Raport Instytutu Sobieskiego

Nr 20/2006

2006 05 13

„Propozycja docelowego modelu polskiego systemu
ochrony zdrowia”

Krzysztof Krajewski Siuda

Piotr Romaniuk

TWORZYMY IDEE DLA POLSKI



Instytut Sobieskiego
ul. Nowy Świat 27, 00-029 Warszawa
tel./fax: (022) 826 67 47
tel.: (022) 211 12 75
fax: (022) 211 12 76

e-mail: sobieski@sobieski.org.pl
<http://www.sobieski.org.pl>

Volkswagen Bank Polska S.A.
45 2130 0004 2001 0340 1999 0001

Jedną z podstawowych trudności trapiących polski system ochrony zdrowia w trakcie całego okresu transformacji był brak spójnej koncepcji jego docelowego kształtu. W rezultacie Polska jako jeden z ostatnich krajów Europy Środkowo – Wschodniej podjęła się reform kluczowych obszarów ochrony zdrowia i – dodatkowo – do dnia dzisiejszego proces ten nie został ukierunkowany w sposób pozwalający dokonać jakichkolwiek długookresowych prognoz co do ostatecznego kształtu wdrożonego modelu. Efektem tych zapóźnień jest aktualny stan permanentnego zagrożenia paraliżem finansowym i organizacyjnym, wymuszający konieczność kolejnych zmian fundamentalnych zasad organizacji systemu.

Poniżej zaprezentowano propozycje modyfikacji kluczowych obszarów ochrony zdrowia w Polsce. Przedstawione koncepcje opracowane zostały w oparciu o kilka podstawowych przesłanek: 1) wykorzystanie najbardziej efektywnych rozwiązań stosowanych w krajach wysokorozwiniętych; 2) skorzystanie z doświadczeń krajów

postkomunistycznych, uznawanych za najbardziej skuteczne w reformowaniu systemów zdrowotnych; 3) zastosowanie elementów organizacyjnych sprawdzonych w innych sektorach usług publicznych oraz 4) zachowanie ciągłości instytucjonalnej systemu i ewolucyjny charakter wdrażanych zmian.

Centralnym punktem, wokół którego skupiają się problemy systemu ochrony zdrowia w Polsce jest kwestia środków finansowych. Można to zagadnienie rozpatrywać w dwóch aspektach: źródeł dochodów systemu oraz zasad wydatkowania posiadanych zasobów. Pierwszy aspekt sprowadzać się będzie do kwestii wysokości wydatków na ochronę zdrowia (ze szczególnym uwzględnieniem wysokości składki ubezpieczeniowej) oraz relacji między wydatkami publicznymi i prywatnymi. Drugi aspekt wiąże się przede wszystkim z zasadami organizacji systemu, zarówno w odniesieniu do instytucji płatnika, jak i do podmiotów dostarczających usługi

zdrowotne oraz wzajemnych relacji między nimi.

Źródła dochodów systemu

Podstawowym źródłem finansowania systemu zdrowotnego w Polsce są składki ubezpieczeniowe. Wymiar składki w chwili obecnej wynosi 8,75% dochodu osoby ubezpieczonej. Po uzupełnieniu kwot uzyskanych z tego źródła o pozostałe środki (przede wszystkim wydatki bezpośrednie z kieszeni pacjenta), finansowanie osiąga poziom nieznacznie przekraczający 6% PKB. Wskaźniki te wypadają bardzo niekorzystnie w porównaniu z analogicznymi danymi dotyczącymi państw wysokorozwiniętych, ale także państw Europy Środkowo – Wschodniej dysponujących najsprawniejszymi systemami zdrowotnymi, gdzie ogólny poziom wydatków sięga 7%, a nawet 9% PKB, zaś wymiar składki ubezpieczeniowej najczęściej oscyluje wokół wartości 13,5% dochodu osoby ubezpieczonej (zazwyczaj przy stosowanej zasadzie podziału składki pomiędzy pracownika i pracodawcę). Dodatkowo, za bardzo niekorzystny należy uznać fakt, iż

jedynie część składki, równa 7,75% podstawy wymiaru, jest odpisywana od podatku dochodowego, zaś pozostała część obciąża wynagrodzenie netto pracownika. Wprawdzie przymusowy charakter tej składki pozwala zakwalifikować tę część do kategorii daniny publicznej (powodując tym samym zwiększenie wysokości pozapłacowych kosztów pracy), jednak bezpośrednie obciążenie wynagrodzenia pracownika – a tym samym zmniejszenie jego dochodów – także zaliczać ją raczej do kategorii wydatków prywatnych. Wynikają z tego dwie negatywne konsekwencje. Po pierwsze – drastycznie zwiększa się odsetek wydatków prywatnych w źródłach finansowania ochrony zdrowia, sięgający, po uwzględnieniu części składki nieodpisywanej od dochodu, ponad 40% ogółu zasobów, co daje jeden z najwyższych wskaźników w całej Unii Europejskiej i co najmniej dwukrotnie przewyższa poziom typowy dla państw wysokorozwiniętych. Po drugie – dyspozycja tą częścią wydatków prywatnych następuje z pominięciem podmiotu bezpośrednio zainteresowanego, czyli

obywatela/pacjenta. Następuje więc niejako prawne ograniczenie swobody dysponowania własnym dochodem przez obywateli i nadmierny wzrost omnipotencji państwa.

W obliczu powyższego, za wysoce pożądane uznać należy podniesienie wymiaru składki ubezpieczenia zdrowotnego i podwyższenie poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia, przy jednoczesnym zwiększeniu udziału wydatków publicznych. Wydaje się także, że zgodne z powszechnie akceptowanymi zasadami sprawiedliwości i równego traktowania byłoby zróżnicowanie wysokości składki ubezpieczeniowej dla grup o różnym stopniu ryzyka (np. wyższa składka dla przedstawicieli zawodów o wysokim ryzyku wystąpienia urazów i chorób zawodowych, lub też dla osób wykazujących zachowania o niekorzystnym wpływie na zdrowie, np. nałogowych palaczy). Jest jednak rzeczą oczywistą, że możliwości finansowania systemu zdrowotnego w sposób bezpośredni zależą od ogólnego poziomu zamożności państwa i społeczeństwa. Problemu tego nie można więc rozpatrywać w oderwaniu od

szerszej kwestii reform ekonomicznych jak również restrukturyzacji całego obszaru finansów publicznych. Ponadto, jak sugerują doświadczenia bardzo licznych państw całego świata, w obliczu wadliwej struktury systemu zwiększanie poziomu finansowania jest działaniem całkowicie nieskutecznym. W rezultacie do rangi priorytetu urosnąć może drugi ze wspomnianych aspektów, dotyczący zasad organizacyjnych systemu.

Organizacja systemu zdrowotnego

Mechanizmy racjonalizujące popyt na świadczenia zdrowotne

W odniesieniu do zagadnienia racjonalizacji popytu na świadczenia zdrowotne, podstawowe znaczenie wydają się mieć dwie kwestie: organizacja podstawowej opieki zdrowotnej oraz współfinansowanie świadczeń zdrowotnych przez pacjentów.

Model lekarza rodzinnego pełniącego rolę odzwierne systemu (decydującego o istnieniu medycznie uzasadnionej potrzeby udzielenia świadczenia specjalistycznego lub leczenia szpitalnego) został założony jako docelowy w momencie wdrażania reformy w

1999 roku. Jednakże praktyczna realizacja tych założeń napotyka na poważne trudności, powodujące niedobór lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje oraz zjawisko przerzucania kosztów leczenia na sektor szpitalny. Umożliwia to lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej zwiększanie własnych dochodów (leczenie szpitalne jest finansowane niezależnie od otrzymywanych przez nich stawek kapitałowych za każdego zarejestrowanego pacjenta), lecz generuje dodatkowe nieuzasadnione wydatki dla płatnika. Należy w związku z tym rozważyć rozbudowanie systemu wynagradzania lekarzy rodzinnych w sposób, który będzie stanowić zachętę do podwyższania własnych kwalifikacji (np. różnicowanie stawek w zależności od kwalifikacji lekarza, dotowanie kosztów doksztalcania), zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w ramach własnej praktyki (np. stosowanie dodatków na pokrycie kosztów inwestycyjnych, odrębne finansowanie świadczeń diagnostycznych) oraz powierzenie im funkcji *fundholdingu*, czyli pokrywania z otrzymywanych środków kosztów świadczeń specjalistycznych i leczenia szpitalnego dla własnych pacjentów. Jednocześnie jednak taki model wymagałby ustanowienia mechanizmów zapobiegających niebezpieczeństwu nadmiernego ograniczania dostępu do leczenia specjalistycznego i szpitalnego, w postaci np. różnicowania stawek w przypadku zbyt małej względem założonej normy liczby wystawianych skierowań. Oczywistym jest, że właściwe funkcjonowanie takiego systemu uzależnione byłoby od istnienia spójnego i sprawnego rejestru usług medycznych.

Współpłacenie dość powszechnie jest uznawane za skuteczne narzędzie ograniczania nadmiernego popytu na świadczenia zdrowotne, w myśl założenia, iż zerowa cena usługi generuje niemożliwy do zaspokojenia popyt na taką usługę. Stawka współpłacona przez pacjenta musi być skalkulowana na poziomie wymuszającym racjonalną analizę faktycznego istnienia potrzeby zdrowotnej, wymagającej skorzystania z danej usługi, ale jednocześnie nie stanowiącym bariery ograniczającej dostęp do tej usługi w przypadku potrzeby rzeczywiście istniejącej. Przy założeniu, że

prywatne finansowanie świadczeń zdrowotnych nie może przekroczyć pewnego racjonalnego poziomu, obciążenie pacjentów bezpośrednimi kosztami usług otwierałoby drogę do ograniczenia współfinansowania w innych obszarach, jak np. kosztach zakupu środków farmaceutycznych.

Organizacja obszaru płatnika

Podstawowym kierunkiem zmian organizacyjnych w obszarze płatnika powinny być:

- decentralizacja, umożliwiająca poprawę sprawności w zakresie zarządzania i efektywności decyzyjnej;
- demonopolizacja, dająca pacjentom swobodę wyboru ubezpieczyciela - konkurencja pomiędzy płatnikami stanowiłaby mechanizm skłaniający do większej dbałości o interes ubezpieczonych oraz racjonalizowania polityki finansowej, skutkujących poprawą jakości i zwiększeniem liczby kontraktowanych świadczeń;
- demonopsonizacja, umożliwiająca świadczeniodawcom kontraktowanie

usług u więcej niż jednego płatnika. Zniesienie monopsonu na zakup świadczeń umożliwiłoby zrównanie pozycji negocjacyjnej podmiotów świadczących usługi zdrowotne i płatnika, który obecnie dysponuje pozycją uprzywilejowaną, a tym samym dałoby świadczeniodawcom możliwość uzyskania kontraktów na lepszych warunkach.

Dodatkowo działania te uzupełnione powinny być przez precyzyjne określenie uprawnień pacjenta w ramach systemu finansowanego (w całości lub częściowo) ze środków publicznych, czyli zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych. Pozytywnie zdefiniowany koszyk jest warunkiem zapewnienia równego dostępu do gwarantowanych świadczeń. Pacjent powinien także mieć możliwość zapewnienia sobie szerszego zakresu bezpłatnych usług oraz zabezpieczenia się przed ewentualną koniecznością bezpośredniego współfinansowania świadczeń podstawowych poprzez wykupienie dobrowolnego ubezpieczenia uzupełniającego, przy czym

kształt koszyka świadczeń gwarantowanych powinien stanowić zachętę do wykupywania takiego ubezpieczenia. Jest to mechanizm wymuszający określony udział środków prywatnych w pokrywaniu kosztów usług zdrowotnych, jednak wskutek pozostawienia pacjentowi swobody wyboru co do przeznaczenia prywatnych zasobów, zdecydowanie bardziej pożądanym, niż obowiązujące obecnie obciążanie obowiązkową składką wynagrodzenia netto pracownika.

Należy w tym momencie zwrócić uwagę na potencjalne niebezpieczeństwa, wynikające z takiej organizacji systemu. Zagrożeniem może być zjawisko selekcji pacjentów przez fundusze ubezpieczeniowe, które prawdopodobnie będą wykazywać skłonność do pomijania osób o podwyższonym ryzyku zdrowotnym. Problem ten wyeliminować można poprzez wprowadzenie prawnego obowiązku ubezpieczenia przez wszystkie fundusze każdej osoby wykazującej taką wolę. Innym niebezpieczeństwem mogą być nadmierne różnice w dochodach poszczególnych

funduszy dysponujących obowiązkową składką. Ten problem może zostać ograniczony poprzez zastosowanie odpowiednich mechanizmów wyrównywania dochodów ze składek.

Systemem spełniającym powyższe wymogi, a jednocześnie umożliwiającym zachowanie ciągłości instytucjonalnej systemu i dającym możliwość łagodnego wdrożenia nowych rozwiązań (jest to istotnie nie tylko ze względu na stabilność systemu, ale także poczucie bezpieczeństwa pacjentów zazwyczaj niechętnie przyjmujących radykalne zmiany) może być struktura oparta o trzy filary konstrukcyjne, zbliżone nieco w swoim kształcie do modelu zastosowanego w zreformowanym ubezpieczeniu emerytalnym. Struktura taka powinna zostać zorganizowana według następujących założeń:

1. Pierwszy filar stanowiłoby powszechne obowiązkowe ubezpieczenie w konkurencyjnych kasach chorych, zapewniające finansowanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego pierwszego i

- drugiego stopnia referencyjnego. Z tego źródła pochodzić powinny również środki na prowadzenie działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki i rehabilitacji oraz leczenia uzdrowiskowego na podstawowym poziomie, a także pokrycie wydatków na podstawowe kategorie leków.
2. Filar drugi opierałby się o powszechne obowiązkowe ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia, pokrywające koszty leczenia w szpitalach trzeciego stopnia referencyjnego (procedury wysokospecjalistyczne), opieki długoterminowej, terapii wybranych kategorii chorób przewlekłych, leczenia psychiatrycznego, jak również wydatków na określone rodzaje środków farmaceutycznych.
3. Filar trzeci stanowiłoby dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie w komercyjnych funduszach ubezpieczeniowych w zakresie usług wykraczających poza koszyk świadczeń gwarantowanych, współpłacenia w dwóch pierwszych filarach,
- podwyższonego standardu hotelowego w leczeniu szpitalnym i uzdrowiskowym. Wyłączenie usług wysokospecjalistycznych z systemu opartego o urynkowane reguły jest zasadne z powodu faktycznego monopolu szpitali klinicznych w zakresie tego rodzaju świadczeń. Ponadto ich koszt mógłby stanowić zbyt duże obciążenie dla konkurencyjnych funduszy. Narodowemu Funduszowi Zdrowia mogłaby zostać również powierzona rola centralnego dysponenta przekazującego środki pochodzące ze składek ubezpieczeniowych poszczególnym kasom chorych przy zastosowaniu przewidzianych mechanizmów wyrównawczych. Dla zachowania ewolucyjnego charakteru wdrażanych zmian, powinien także mieć możliwość – przynajmniej w początkowym okresie istnienia nowego systemu – działania w ramach pierwszego filaru na równych prawach z pozostałymi kasami chorych. Ważnym problemem do rozwiązania w momencie wprowadzania tych rozwiązań pozostawałby podział obowiązkowej składki pomiędzy filar pierwszy i drugi. Można

założyć, iż byłaby to kwestia budząca duży zakres kontrowersji.

Restrukturyzacja świadczeniodawców

Z tytułu dynamicznie postępujących zmian restrukturyzacyjnych w obrębie lecznictwa ambulatoryjnego (udział świadczeniodawców niepublicznych w tym sektorze systematycznie i dynamicznie zwiększa się), zagadnienie to odnosi się przede wszystkim do sektora szpitalnego. Obecna sytuacja w tym obszarze spowodowana jest w pierwszej kolejności powszechnie przyjmowanym błędnym założeniem wyjściowym, stwierdzającym, iż ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli lecznictwo szpitalne powinno opierać się o instytucje publiczne. Rezultatem tego założenia jest lawinowo rosnące zadłużenie szpitali (przy braku jakichkolwiek mechanizmów wymuszających efektywność finansową), brak dbałości o inwestycje skutkujący postępującą dekapitalizacją bazy sprzętowej i lokalowej, niski poziom wynagrodzeń personelu oraz niska jakość udzielanych świadczeń. Pośrednim skutkiem

funkcjonujących zasad organizacji szpitalnictwa, wynikającym także z opisanych wcześniej wadliwych zasad finansowania systemu w ogóle, jest rozpowszechnione zjawisko opłat nieformalnych. Tymczasem zarówno doświadczenia innych krajów, jak i sytuacja zaistniała w polskim lecznictwie ambulatoryjnym wyraźnie wskazują na nieporównywalnie wyższą skuteczność organizacyjną oraz finansową placówek sprywatyzowanych. Należy więc powrócić do projektów legislacyjnych mających uregulować kwestię restrukturyzacji szpitali. Ponieważ prywatyzacja lecznictwa zamkniętego, z tytułu konieczności poniesienia dużo wyższych kosztów inwestycyjnych oraz złożoności struktury samych placówek, jest nieporównywalnie bardziej skomplikowana niż ma to miejsce w sektorze ambulatoryjnym, proces ten powinien zostać ujęty w bardzo precyzyjne ramy wykluczające nieprawidłowości mogące zagrozić stabilności systemu. Ponadto w pierwszej kolejności należy umożliwić i zinstytucjonalizować

prywatyzację funkcjonalną, czyli umożliwiająca działanie prywatnym zakładom opieki zdrowotnej w oparciu o infrastrukturę dzierżawioną od publicznego właściciela (samorządu terytorialnego) oraz wprowadzić możliwość łączenia kapitału prywatnego i publicznego. Placówki publiczne powinny ulec komercjalizacji, czyli zostać przekształcone w spółki prawa handlowego. Zrówna to w prawach świadczeniodawców publicznych i sprywatyzowanych oraz wymusi poprawę jakości zarządzania. Jak pokazują doświadczenia krajów, które zdecydowały się na zastosowanie tego rozwiązania, nie powoduje ono wzmożonego występowania upadłości wśród placówek szpitalnych, co stanowi podstawowy argument przeciwników tego rozwiązania.

Przedstawione powyżej propozycje nie wyczerpują katalogu obszarów, w których konieczne jest przeprowadzenie daleko posuniętej reorganizacji. Wśród elementów pominiętych, a mających poważne implikacje względem stabilności finansowej systemu zdrowotnego, szczególną uwagę należy

zwrócić na zagadnienia polityki lekowej oraz spójnych zasad refundowania środków farmaceutycznych, jak również na zasady opłacania usług świadczonych przez sektor lecznictwa zamkniętego. Z uwagi na swoją złożoność, są to zagadnienia zasługujące na osobne opracowanie pozwalające na bardziej szczegółowe ich omówienie. W odniesieniu natomiast do wszystkich zmian zaproponowanych w niniejszym tekście należy podkreślić, że podstawą powodzenia tak zaprojektowanych reform będzie konsekwentne przestrzeganie fundamentalnych zasad obranego modelu w perspektywie długookresowej. Pamiętać należy, iż wszystkie państwa postkomunistyczne, zaliczane do grupy najbardziej efektywnych w reformowaniu ochrony zdrowia proces ten rozpoczęły bardzo szybko po upadku bloku komunistycznego. Dokonując oceny wprowadzonych tam rozwiązań, należy wziąć pod uwagę nie tylko same ich założenia, ale także fakt, iż obecny kształt organizacyjny jest rezultatem co najmniej dziesięcioletniego okresu stabilizowania się. W przypadku

Polski również więc nie można oczekiwać prywatyzacją placówek ochrony zdrowia skokowej poprawy sytuacji, jakkolwiek fakt, pozwalają wierzyć, że jest możliwe iż zasadnicze przejście z budżetowego do uniknięcie najbardziej dotkliwych perturbacji ubezpieczeniowego modelu finansowania w sposób nieunikniony towarzyszących systemu już się dokonało, jak również szeroko zakrojonym zmianom dotychczasowe doświadczenia z transformacyjnym.

Trzyfilarowa konstrukcja ubezpieczenia zdrowotnego (K. Krajewski Siuda – projekt własny)

Filar I	Filar II	Filar III
ubezpieczenie obowiązkowe konkurencyjne kasy chorych	ubezpieczenie obowiązkowe Narodowy Fundusz Zdrowia	ubezpieczenie dobrowolne komercyjne fundusze
<ul style="list-style-type: none"> ◆ podstawowa opieka zdrowotna ◆ opieka specjalistyczna ◆ leczenie szpitalne (I i II poziom referencyjny) ◆ promocja zdrowia i profilaktyka ◆ leczenie uzdrowiskowe (podstawowy poziom) ◆ podstawowe leki 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ procedury wysokospecjalistyczne ◆ opieka długoterminowa ◆ terapia chorób przewlekłych ◆ leczenie psychiatryczne wybrane kategorie leków 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ świadczenia ponadstandardowe ◆ podwyższony standard świadczeń gwarantowanych ◆ współpłacenie w koszyku gwarantowanym

Propozycje zmian w polskim systemie zdrowotnym

proponowany element	założony rezultat zmiany	przykłady zastosowania w innych krajach postokunistycznych
rozpowszechnienie modelu lekarza rodzinnego z funkcją <i>fundholdingu</i> i motywacyjnym systemem wynagradzania	racjonalizacja popytu na świadczenia zdrowotne, poprawa efektywności finansowej systemu	Węgry (<i>fundholding</i>), Estonia (zasady wynagradzania)
współpłacenie	racjonalizacja popytu na świadczenia zdrowotne, poprawa efektywności finansowej systemu, eliminacja opłat nieformalnych	Estonia, Łotwa, Słowenia, Chorwacja
demonopolizacja i demonopsonizacja płatnika	poprawa efektywności finansowej systemu, poprawa jakości zarządzania publicznymi zasobami, zrównanie pozycji negocjacyjnej płatnika i usługodawców	Czechy, Słowacja
upowszechnienie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych	poprawa efektywności finansowej systemu, poprawa jakości i dostępności usług zdrowotnych	Słowenia, Chorwacja
komercjalizacja i prywatyzacja szpitali	poprawa jakości usług, ograniczenie tendencji do zadłużania, poprawa jakości zarządzania	Estonia, Słowacja, Czechy