

Donald Tusk poszedł do Europy: jest okazja zmienić koszyk świadczeń

# Co z tą składką



Dyskusja, co i jak zmienić w naszym systemie ochrony zdrowia, ucichła od paru lat. Trudno się dziwić, skoro zwoływano „białe szczyty”, „stoliki”, „zespoły”, a opinii tych gremiów decydenci nie słuchali. Próbuję przerwać tę ciszę i zgłosić propozycję zmiany finansowania systemu. Nie jest oryginalna, w tej materii niczego zupełnie nowego wymyślić się nie da. Czy trzeba więc dosypać pieniędzy na zdrowie? Powinniśmy podwyższyć składkę czy zreformować koszyk?

© TongRo Images/Corbis

Warto przypomnieć na wstępie, co znaczą przytaczane w tekstach na ten temat wskaźniki wydatków na zdrowie, składające się na pojęcie „Narodowy Rachunek Zdrowia”. Jest on sporządzany od 2003 r. według niezmiennych reguł, zgodnie z międzynarodową metodologią. Poszczególne jego składowe przedstawię na przykładzie roku 2011, opierając się na danych GUS. Komuś, kto ich nie zna, łatwo wmówić, stosownie nimi żonglując, że wydajemy na ochronę zdrowia bardzo mało albo całkiem dużo.

Publiczne wydatki bieżące, czyli to, co dają NFZ, budżet państwa i samorządy terytorialne na realizację świadczeń zdrowotnych. Z NFZ pochodziło 87,5 proc. tej kwoty. W omawianym okresie wydatki wyniosły 69,224 mld zł, co stanowi 4,53 proc. PKB.

Prywatne wydatki bieżące, czyli to, co wydajemy na zdrowie z własnej kieszeni (23,397 mld zł – 1,53 proc. PKB), a także pieniądze przeznaczane na dodatkowe ubezpieczenia niektórych Polaków przez ich pracodawców. Razem jest to 28,45 mld zł, czyli 1,86 proc. PKB.

Wydatki bieżące na ochronę zdrowia to suma powyższych pozycji. Wyniosły one łącznie 97,673 mld zł, czyli 6,39 proc. PKB.

Inwestycje pochłonęły 7,323 mld zł (0,48 proc. PKB).

Wydatki ogółem na ochronę zdrowia (łącznie z sektorem „zagranica”) to suma wydatków bieżących i inwestycji (104,997 mld zł), wskaźnik często używany w porównaniach między państwami, w 2011 r. wynoszący 6,87 proc. PKB.

Wydatki powiązane z ochroną zdrowia, przeznaczone na kształcenie personelu medycznego, sanepid, badania i rozwój w ochronie zdrowia, administrację i dostarczanie świadczeń pieniężnych... to 41,114 mld zł, a wraz (uwaga!) z inwestycjami prezentowanymi przez GUS zarówno w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia, jak i w wydatkach powiązanych – 48,337 mld zł, tj. 3,16 proc. PKB. Ostatecznie suma wszystkich wydatków na ochronę zdrowia w 2011 r., przy czym inwestycje wymieniane w 2 przedziałach policzono tylko raz, wyniosła 146 mld zł, co stanowi 9,6 proc. PKB.

Nasze dane finansowe, gdy porównuje się je z adekwatnymi zagranicznymi, są lub powinny być wyrażane z dodatkiem PPP (*purchasing-power parity*), czyli jako kwoty po korekcie uwzględniającej parytet siły nabywczej. W 2013 r. nasz PKB *per capita* wyniósł 10 752,82 USD, a PKB (PPP) 22 161,53 USD, tj. 2,06 razy więcej.

Ważny dla porównań i rozumienia systemu jest udział wydatków prywatnych w wydatkach bieżących razem.

W roku 2011 stanowił on w Polsce 29,1 proc. i w porównaniu z innymi krajami był raczej wysoki.

Warto zatrzymać się nad znaczeniem wskaźnika „procent PKB”. To, że niewłaściwe posługiwanie się nim może prowadzić do nieporozumień, unaocznia porównanie Polski np. z Luksemburgiem. Łączne wydatki bieżące na ochronę zdrowia stanowiły i w Polsce, i w Luksemburgu zbliżony procent PKB na obywatela każdego z tych krajów. Ale w Luksemburgu PKB na osobę jest kilka razy wyższy niż w Polsce. Co wobec tego daje powszechne operowanie w podobnych porównaniach procentem PKB? Pozwala oceniać przyjęte w danych krajach preferencje wydatków na daną sferę życia. Przeznaczamy na wydatki bieżące na zdrowie ok. 7 proc. PKB. Z krajów europejskich tylko w Rumunii, Turcji, Estonii i Łotwie przeznacza się mniej. Nasi sąsiedzi, także były demokracje ludowe, wydają więcej – Czechy 7,5 proc. PKB (przy PKB *per capita* wyższym od naszego o 30 proc.), Węgry i Słowacja po 7,9 proc. A bogate Holandia, Niemcy i Francja po 11–12 proc.

Nikt nie powiedział, ile tych pieniędzy powinno być i w żadnym państwie nie jest ich tyle, by nie przydało się więcej. Ale skoro ochrona zdrowia nie jest jedyną ważną sferą życia, podwyższanie bez ograniczeń puli pieniędzy na zdrowie nie jest możliwe. Wiązałoby się to z pomniejszaniem kwot przeznaczanych na inne cele. Mimo to, szukając odpowiedzi na pytanie, czy pieniędzy na zdrowie potrzeba więcej, pozostaje nam odwoływanie się do doświadczeń krajów, w których dostępność świadczeń medycznych jest taka, do jakiej aspirujemy.

Wydatki ogółem na ochronę zdrowia *per capita* w 2011 r. były w Polsce (1452 USD po korekcie siły nabywczej) ok. 4 razy niższe niż w Norwegii i Szwajcarii, 3 razy niższe niż w Austrii, Niemczech, Irlandii, Holandii, Belgii, Danii, Szwecji, 2 razy niższe niż w Finlandii, Hiszpanii, Włoszech, o 35 proc. niższe niż w Słowacji. Mniej niż w Polsce wydawano w państwach bałtyckich, Rumunii i Bułgarii. Uprawniony wydaje się więc wniosek, że jeśli chcemy mieć taką dostępność do świadczeń zdrowotnych jak kraje wydające na nie więcej niż my, musimy wydawać więcej niż obecnie. Ale mimo jednoznacznego przesłania tych porównań pojawiają się głosy, m.in. poważnych polityków i ekonomistów, że należy poprawić zarządzanie i uszczelnić system, a wtedy aktualna pula pieniędzy w polskim systemie ochrony zdrowia wystarczy.

Uszczelnianie systemu może i powinno zachodzić na różnych płaszczyznach. Fizyczne uszczelnienie systemu, eWUŚ, tj. identyfikację uprawnionych do świadczeń, już zrealizowano. No, może jeszcze się ją udoskonala. Trudniej jest uszczelnić te dziury w systemie, które są jego częścią. Przed kilku laty (a może i nadal) Centrum Zdrowia Matki Polki wydawało rocznie na karne odsetki, zastępstwa procesowe i opłaty komornicze 15 mln zł, tj. jedną czwartą tego, co płaciło dostawcom. Zasady nie pozwalają na odmowę pilnie potrzebnych świadczeń po

„Czy budżet stać na dodatkowy wydatek? Nie wiem. Ale wiem, że przed pewnymi wydatkami uciec się nie da”

wyczerpaniu kontraktu, a za nadwykonania, jeśli w ogóle coś po czasie zakład dostanie, to już bez „karnych” odsetek.

Ale uszczelnianie największej wagi, w którym korzyści finansowe współlistnieją z korzyściami merytorycznymi, to rzecz najtrudniejsza, wymagająca czasu. Zależy ono od lepszej medycyny, od szerszego stosowania profilaktyki, wczesnego wykrywania chorób, szybkiego podejmowania właściwej terapii. W Kielcach zafundowane przez samorząd szczepienia przeciw pneumokokom sprawiły, że dzieci prawie nie chorują na infekcje pneumokokowe, a seniorzy kilkakrotnie rzadziej niż gdzie indziej. Poprawa wstydliwie niskiej zgłaszalności kobiet do badań cytologicznych szyjki macicy to w efekcie spadek umieralności Polek z powodu raka, ale także korzyść finansowa dla systemu. Prawda, są dowody, że w organizacji ochrony zdrowia tkwią rezerwy, czasem duże. Przykładem niech będzie USA, gdzie wydaje się na ochronę zdrowia (2011 r.) ponad 17 proc. ich dużego PKB, a efekty nie są zadowalające. Ponadto w Polsce na pewno nie wszystkie złotówki mające służyć zdrowiu są dobrze wykorzystane i nie wolno zapominać o pomniejszaniu wydatków nieproduktywnych. Jako były dyrektor szpitala pamiętam sytuację, że zmiana ordynatora wiązała się ze zmianą przeciętnego kosztu stosowanych na oddziale leków bez wpływu na wyniki. Polska jest w dziesiątce europejskich krajów zużywających najwięcej antybiotyków na osobę, co oprócz strat finansowych powoduje też straty merytoryczne. Przykładów niegospodarności można wymieniać więcej, ale nie są one tak duże, aby nimi tłumaczyć naszą mizериę. W innych państwach zapewne też zarządza się funduszami na ochronę zdrowia w sposób idealny, bo oszczędności nie są łatwe, żeby nie powiedzieć – ryzykowne.

Podsumowując: nie należy hasłem „poprawić zarządzanie” i „uszczelnić system” zastępować decyzji o zwiększeniu w nim pieniędzy.

Nie ma sensu gadanie, że w ostatnim dziesięcioleciu wydatki na zdrowie o tyle a tyle wzrosły, a nic się nie zmieniło. W latach 1998–2008 średnia roczna stopa wzrostu nakładów na zdrowie wynosiła dla krajów UE 4,6 proc., a w Polsce 6 proc. W Polsce stosunkowo więcej (choć na Słowacji 8,5 proc.), bo i nasz dystans do Zachodu był duży. A wzrost w ogóle dlatego, że medycyna staje się coraz mądrzejsza, ale i coraz droższa. Nastąpił też w Polsce wyraźny wzrost płac lekarzy, ale bez

tego ich emigracja byłaby jeszcze większa. No i zmniejszył się dystans pomiędzy Polską a Zachodem w zakresie katalogu i dostępności świadczeń. Polska kardiologia w ostatniej dekadzie dokonała ogromnego postępu, działa 148 ośrodków kardiologii inwazyjnej prowadzących 24-godzinny dyżur, odległość do nich dla ludzi w ostrej fazie zawału serca nie przekracza 50 km, śmiertelność z tego powodu zmniejszyła się trzykrotnie, w zakresie kardiologii naprawczej Polska jest w pierwszej piątce krajów Europy.

Sumaryczny wskaźnik zdrowia, jakim jest oczekiwana długość życia, wzrósł w Polsce od 1990 do 2010 r. o 5,36 roku. Według CBOS (2014 r.) w ciągu 2 ostatnich lat zwiększył się o 9 punktów procentowych odsetek osób zadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej, o 4 punkty przybyło dobrze oceniających warunki leczenia w szpitalach, 74 proc. ludzi pozytywnie ocenia dostęp do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 87 proc. rodzin miało w ostatnich 6 miesiącach kontakt z lekarzem rodzinnym.

Niestety, nie we wszystkich dziedzinach medycyny postęp w dostępności jest tak duży. Nie umiera się z powodu zwyrodnienia stawu biodrowego, ale życie z tą chorobą jest trudne, a czas czekania na endoprotezoplastykę bardzo długi. I nadal bardzo niskie są zarobki pielęgniarek, co powoduje ich emigrację.

### Koszyk podzielić na cztery

Jak podwyższyć fundusze na zdrowie? Albo podnosząc składkę, albo reformując koszyk świadczeń gwarantowanych. Uważam, że składki, która jest u nas częścią podatku, nie należy podnosić. Umniejsziliby to środki na inne cele. Należy natomiast przesunąć pewne świadczenia, dziś w pełni refundowane, do koszyków świadczeń częściowo lub w pełni odpłatnych.

Proponuję podział koszyka na cztery części z refundacją znajdujących się w nich świadczeń w 100 proc., 70 proc., 50 proc. i 0 proc. I przeznaczyć na świadczenia w pełni refundowane 70 proc., na pozostałe dwa po 15 proc. kwoty przewidzianej na leczenie (nie ruszając pieniędzy na refundację leków w lecznictwie otwartym). Należałoby ustalić kolejkę priorytetów świadczeń – pomoc położniczą i zabiegi ratujące życie umieścić na początku listy, zaraz po nich podstawową opiekę zdrowotną, profilaktykę, leczenie onkologiczne itd. Następnie trzeba policzyć, ile na każde z nich potrzeba pieniędzy. Narodowy Fundusz Zdrowia istnieje dostatecznie długo, żeby wiedzieć, ile kobiet rocznie rodzi, ilu ludzi doznaje zawału serca, ilu łamie nogę. W miejscu, w którym skończą się pieniądze na koszyk 100-procentowej refundacji, trzeba rozpocząć przydział świadczeń do koszyka z 70-procentową refundacją itd. Według tego sposobu prowadzono kiedyś proces zaliczania świadczeń do grupy refundowanych w amerykańskim stanie Oregon. I chyba podobnie postąpiono u nas z lekami. Skoro więc udało się stworzyć koszyki

leków z różnymi poziomami refundacji i przy założeniu, że musi na nie wystarczyć tyle a tyle pieniędzy, i w tym się NFZ zasadniczo mieści, to dlaczego nie można podobnie postąpić ze wszystkimi świadczeniami? Działaniom tym musi towarzyszyć rewizja stawek. Nietrudno dostrzec, choćby śledząc zainteresowanie pewnymi świadczeniami ze strony zakładów niepublicznych, które z nich są przeszacowane.

Jest oczywiste, że wprowadzając proponowane zmiany, nie wolno zapomnieć o ludziach niezamożnych, których nie stać na dopłaty w ogóle czy w części. Zarówno z przyczyn moralnych, jak i w celu uniknięcia kolizji z art. 68 konstytucji. Stosowne pieniądze na pomoc dla nich musiałby zapewnić budżet państwa, kierując je na pomoc celową do gmin. Są już wzory: MOP-sy i GOPS-y dofinansowują niezamożnym wydatki na leki.

Proponowany system stworzyłby rzeczywiste pole do działania ubezpieczeń alternatywnych. Można by się ubezpieczać od świadczeń pełnopłatnych, płatnych w 50 proc., płatnych w 30 proc.

Ile pieniędzy budżet państwa musiałby przeznaczyć na pomoc dla osób niezamożnych? Według moich kalkulacji i intuicji, należałoby zacząć od 0,5 proc. PKB, tj. 7 mld zł, i obserwować rezultaty. Subwencja dla gmin powinna wtedy wynieść ok. 200 zł na mieszkańca rocznie, przy czym należałoby ją zróżnicować w zależności od procentowego udziału osób o niskich dochodach w danej gminie, np. od 50 do 350 zł. Te kalkulacje na pewno nie są doskonałe, ale chodzi mi o pokazanie idei, a precyzyjne symulacje niech zrobią fachowcy mający pełny dostęp do potrzebnych informacji.

Czy budżet stać na taki wydatek? Nie wiem. Ale wiem, że przed pewnymi wydatkami uciec się nie da. Część tych pieniędzy wróciłaby do budżetu w postaci wyższych wpływów z podatków oraz oszczędności na wydatkach na ratowanie zadłużonych zakładów.

Korzyści z przyjęcia zgłaszanej propozycji byłyby oczywiste. Wzrost liczby leczonych, skrócenie kolejek, lepsze wykorzystanie infrastruktury (i sprzętu, i fachowców), wzrost puli pieniędzy w systemie na płace dla pielęgniarek. Niskie płace pielęgniarek skutkują ich wyjazdami za granicę. A że wyjeżdżają głównie młode i że mniej się szkoli pielęgniarek niż w czasach liceów pielęgniarskich, i że w ogóle wskaźnik liczby pielęgniarek jest w Polsce bardzo niski – grożą nam wkrótce znaczne niedobory w tym podstawowym dla ochrony zdrowia zawodzie. A poza tym... podniesienie finansowej atrakcyjności tego zawodu to mniej bezrobotnych fachowców od zadań krajowi niepotrzebnych.

Właściwie trudno zrozumieć, dlaczego premier Tusk tak się opierał pojawiającym się od dawna podobnym propozycjom. Ale Tuska w Polsce nie ma – trzeba to szybko wykorzystać.

Maciej Krzanowski  
Autor jest nestorem polskiej medycyny,  
politykiem, lekarzem, był senatorem I kadencji.