

Problem niedofinansowania opieki zdrowotnej w Polsce

Autor: **Łukasz Jasiński**

Esej wchodzi w skład serii: W drodze do rynkowego systemu ochrony zdrowia

1. Wstęp

W dyskusjach nad możliwościami poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce bardzo często wskazuje się na niedofinansowanie publicznego systemu ochrony zdrowia — co ma być jedną z głównych przyczyn problemów. Wskazuje na to chociażby NIK¹, ale poruszanie kwestii niewystarczających środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną ma swoją długą historię.

W tym eseju przedstawiam kilka argumentów krytycznych wskazujących, że to przede wszystkim sam system publiczny, a konkretnie jego nierynkowy model, jest przyczyną wielu problemów, co skutkuje niedoborami różnorodnych świadczeń medycznych, jakich potrzebuje społeczeństwo.

2. Nierynkowe pobudzenie popytu

Nierynkowy system opieki zdrowotnej znacznie ogranicza lub całkowicie eliminuje system cen. Można stwierdzić, że ich funkcję *przejmuje* składka za (publiczne) ubezpieczenie zdrowotne. Po jej odprowadzeniu ubezpieczony powinien uzyskać dostęp do potrzebnych mu świadczeń medycznych. Jednak w rzeczywistości prowadzi to do nierynkowego pobudzenia popytu na rzadkie dobra i usługi. Ilość chętnych, którzy nie ponoszą większości wydatków, może się szybko zwiększyć, co naturalnie wymusza racjonowanie tych świadczeń i pojawiają się niedobory. Wówczas ten stan rzeczy przypisuje się właśnie niedostatecznym funduszom, nie zwracając uwagi na wadliwą strukturę finansowania dostępu do świadczeń medycznych.

¹ NIK, *Co dalej polska służbo zdrowia?*, 23.02.2019, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/co-dalej-polska-sluzbo-zdrowia.html> (dostęp: 14.01.2020).

Jednak rządowe ubezpieczenie to tylko nieudana kopia ubezpieczenia rynkowego, które najlepiej nadaje się do finansowania relatywnie rzadkich i kosztownych przypadków. Natomiast objęcie rządowym ubezpieczeniem bardzo szerokiego zakresu usług, w tym tych nisko-kosztowych, rutynowych oraz pewnych, w zasadzie całkowicie wypacza ideę instytucji ubezpieczenia². Można to porównać do ubezpieczenia samochodu. Jeśli obejmuje ono wypadki i kradzieże to składka nie będzie zbyt wysoka — tzn. jej wysokość będzie odpowiadała ryzyku ubezpieczeniowemu. Jeśli zaś do takiego ubezpieczenia dodane zostaną usługi takie jak: obowiązkowe badanie techniczne, wymiana oleju, wypłata odszkodowania po zdarzeniu (np. po wypadku) itp. — wówczas wysokość składki znacząco wzrośnie. Co więcej, ubezpieczenie tego rodzaju będzie zniechęcało kierowców do jego zawierania czy ostrożnej jazdy.

3. Niewłaściwa struktura finansowania opieki zdrowotnej oraz jej wskaźniki

Rządowe ubezpieczenie zdrowotne ma także inne negatywne konsekwencje. Jak kilka lat temu informował NIK/prawo.pl:

Polska, pod względem wydatków na zdrowie, jest w ogonie krajów europejskich. Pomimo zwiększenia o ponad 3,2 mld zł w 2016 roku wartości kontraktów z NFZ, system ochrony zdrowia w naszym kraju jest wciąż niedofinansowany, co powoduje, że dostęp pacjentów do świadczeń medycznych jest znacznie ograniczony — stwierdziła Najwyższa Izba Kontroli.

Z raportu Izby wynika, że średni czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia wydłużył się w przypadku większości analizowanych oddziałów, pracowni, zakładów i poradni. Nadal występują też znaczące dysproporcje w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ. [...]

Pomimo zwiększenia w 2016 roku wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami o 3,2 mld zł, dostęp pacjentów do świadczeń nie poprawił się. Blisko połowę z tych środków (45,2 procenta) przeznaczono bowiem na podwyżki wynagrodzeń personelu

² Pisałem o tym m.in. tutaj: <https://mises.pl/blog/2018/11/28/jasinski-zawodnosc-prywatnych-ubezpieczen-zdrowotnych/>.

medycznego. Wprowadzone przez ministra zdrowia regulacje prawne nie wiązały tych wypłat z realizacją świadczeń i zwiększeniem ich dostępności.³

Dodatkowe fundusze przeznaczone na opiekę zdrowotną wcale nie poprawiają dostępności do świadczeń, co w ramach systemu publicznego rodzi presję... na kolejne zwiększenia wydatków i koło się zamyka. Inny problem dotyczy tego, na co mają być przeznaczone dodatkowe środki: na leczenie nowotworów, budowę nowych placówek czy na podwyżki wynagrodzeń lekarzy i personelu medycznego itp. W ramach publicznego systemu zawsze będą istniały tego typu dywagacje — jest to jednak pokłosiem odejścia od systemu cen i racjonalnej wyceny, finansowania oraz konsumpcji tych świadczeń.

Sztucznie pobudzony popyt prędzej czy później zawsze kończy się ograniczeniami dostępu do świadczeń (stąd kolejki) czy relatywnie niskimi wynagrodzeniami personelu medycznego. Dlatego zarówno pacjenci, jak i lekarze oczekują dodatkowych funduszy, co nie powinno dziwić.

Problemem nie jest także fakt, że Polska ma jedne z najniższych wydatków na zdrowie wśród krajów europejskich. Według NIK/prawo.pl:

Wydatki zarówno publiczne, jak i prywatne na ochronę zdrowia w Polsce w 2016 roku stanowiły 6,4 procenta PKB, co znacząco odbiega od wartości notowanych w innych krajach europejskich. Podobnie sytuacja przedstawiała się przy porównaniu kwot wydatkowanych na jednego mieszkańca w tych krajach. Tak niskie wydatki na zdrowie w Polsce świadczą o niedofinansowaniu systemu ochrony zdrowia i skutkują ograniczeniem dostępu do świadczeń medycznych.⁴

Co istotne, kraje, w których poziom wydatków na opiekę zdrowotną (jako procent PKB) był znacznie wyższy niż w Polsce, także zmagają się z istotnymi problemami z dostępnością i kolejkami. W tym wypadku można powołać się na coroczny raport EuroHealth Consumer Index oceniający europejskie systemy

³ NIK/prawo.pl, *NIK: system ochrony zdrowia w Polsce ciągle niedofinansowany*, 23.11.2017, <https://www.prawo.pl/zdrowie/nik-system-ochrony-zdrowia-w-polsce-ciagle-niedofinansowany,238238.html> (dostęp: 14.01.2020).

⁴ NIK/prawo.pl, *NIK: system ochrony zdrowia w Polsce ciągle niedofinansowany*, 23.11.2017, <https://www.prawo.pl/zdrowie/nik-system-ochrony-zdrowia-w-polsce-ciagle-niedofinansowany,238238.html> (dostęp: 14.01.2020).

opieki zdrowotnej pod kątem sześciu różnych kryteriów. Jednym z nich jest *dostępność (czas oczekiwania na leczenie)*, który składa się z sześciu elementów, m. in.: dostępu do lekarza rodzinnego tego samego dnia, dostępu do specjalisty, czasu oczekiwania na tomografię komputerową, czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia nowotworu czy czasu oczekiwania na planowaną operację⁵. Maksymalny możliwy wynik w kategorii *dostępności* wynosi 225 pkt.

Polska w 2018 r. otrzymała za to kryterium 138 pkt., czyli około 61%. Część krajów miało podobne lub nawet gorsze wyniki: Norwegia 138 pkt. (61%), Zjednoczone Królestwo — 100 pkt. (44%), Szwecja 113 pkt. (50%), Hiszpania 113 pkt. (50%). W ich przypadku publiczne wydatki na opiekę zdrowotną (jako procent PKB) były jednak znacznie wyższe i wynosiły odpowiednio: Polska — 4,5%, Norwegia — 8,7%, Zjednoczone Królestwo — 7,5%, Szwecja 9,3% i Hiszpania — 6,2%⁶. Inny kraj kojarzony z permanentnymi kolejkami i długim czasem oczekiwania na leczenie to Kanada (wydatki publiczne na opiekę zdrowotną stanowiły tam 7,5% PKB), gdzie średni czas (mediana) oczekiwania między uzyskaniem skierowania od lekarza ogólnego a faktycznym rozpoczęciem leczenia wynosił nieco ponad cztery miesiące w 2018 r.⁷

Wyniki te świadczą o tym, że zwiększenie publicznych funduszy wcale nie musi przekładać się na lepsze wyniki — zwłaszcza relatywnie wysoko nakładowe systemy Szwecji i Zjednoczonego Królestwa są często kojarzone z takimi problemami⁸. Co więcej, twierdzą tak również sami autorzy raportu, wskazując, że nie występuje zależność pomiędzy dostępnością a wielkością wydatków na opiekę zdrowotną⁹.

⁵ Więcej szczegółów i kryteriów rankingu dostępnych jest tutaj: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-index-matrix-A3-sheet.pdf>.

⁶ OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż 2019, s. 153.

⁷ J. Maffessanti, *Health Care Delayed Is Health Care Denied*, 20.09.2019, <https://fee.org/articles/health-care-delayed-is-health-care-denied/> (dostęp: 14.01.2021).

⁸ Więcej na ten temat zob.: P. Bylund, *The Market is Taking Over Sweden's Health Care*, 29.01.2014, <https://mises.org/library/market-taking-over-swedens-health-care> (dostęp: 14.01.2021); Y. N. Maltsev, *Czego uczy nas sowiecka medycyna?*, 20.07.2012, <https://mises.pl/blog/2012/07/20/maltsev-czego-uczy-nas-sowiecka-medycyna/> (dostęp: 14.01.2021).

⁹ Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2018 Report*, 25.02.2019, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> (dostęp: 14.01.2021), s. 7.

Naturalnie występują także kraje uzyskujące lepsze wyniki w tej kategorii, ale tu pojawia się istotne ekonomiczne pytanie o wielkość przeznaczonych środków. Brak lub mniejsze kolejki w danych krajach np. na tle Polski nie świadczy wcale o efektywności danych systemów – należy bowiem zastanowić się, czy rynkowe rozwiązania nie doprowadziłyby do podobnych efektów przy niższych nakładach.

Inna kwestia to sam wskaźnik wydatków na opiekę zdrowotną jako procent PKB. Nie mówi on zbyt wiele na temat dostępności, ale także jakości usług czy poziomu ich cen. W opracowaniach dotyczących opieki zdrowotnej dominuje też twierdzenie (obawa), że relatywnie niski udział takich wydatków w PKB prowadzi do problemów z dostępnością itp. Nie jest to jednak prawda, gdyż łatwo można wyobrazić sobie sytuację, kiedy relatywnie niskie ceny prowadzą do niższych wydatków i, w efekcie, spadku tego wskaźnika, co jednocześnie zwiększa, a nie zmniejsza dostępność. Dobrym przykładem takiego kraju jest Singapur, gdzie całkowite (publiczne i prywatne) wydatki na opiekę zdrowotną w 2017 r. wyniosły *jedynie* 4,4% PKB¹⁰. Nie występują tam jednak podobne problemy z dostępnością co w wyżej wymienionych krajach. Nie ma także przypadku w tym, że kraj ten zajmuje bardzo wysokie miejsca w różnych rankingach wolności gospodarczej. Warty uwagi jest także fakt, że większość wydatków na opiekę zdrowotną stanowiły wydatki prywatne – w 2014 r. ich udział wyniósł 58%¹¹. W systemie singapurskim ważną rolę odgrywają także płatności bezpośrednie wspierane przez tzw. *Medisave*, czyli obowiązkowe medyczne konto oszczędnościowe. System ten nie bazuje aż tak bardzo na systemie jednego płatnika, z założenia, dążącego do pokrywania za ubezpieczonego większości wydatków. Dla Polski powinien to więc być inspirujący przykład.

4. Wydatki bezpośrednie to problem?

Tutaj dochodzimy do kolejnego nieporozumienia związanego z finansowaniem opieki zdrowotnej. Jak wskazuje NIK/prawo.pl:

¹⁰ Statista, *Health expenditure as a share of gross domestic product in Singapore 2007 to 2017*, 05.2020, <https://www.statista.com/statistics/780864/health-expenditure-share-of-gdp-singapore/> (dostęp: 14.01.2021).

¹¹ OECD/WHO, *Health at a Glance: Asia/Pacific 2016: Measuring Progress towards Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paryż 2016, s. 83.

Udział wydatków bezpośrednich, ponoszonych przez pacjentów, w wydatkach na ochronę zdrowia ogółem był wysoki, i w Polsce w 2015 roku wynosił 23,2 procenta, podczas gdy przykładowo we Francji — 6,8 procenta, w Niemczech — 12,5 procenta, w Czechach — 13,7 procenta, a w Słowacji — 18,4 procenta.

W 2016 roku polscy pacjenci musieli płacić z własnej kieszeni na ochronę zdrowia jeszcze więcej — wydatki te wzrosły do 23,4 procenta wydatków ogółem, podczas gdy wydatki Szwedów spadły z 15,2 procenta w 2015 roku do 14,9 procenta w 2016 roku.¹²

Dzięki wydatkom bezpośrednim możliwa jest racjonalna konsumpcja oraz dostarczanie usług medycznych. Ubezpieczenie samo z siebie nie wytwarza dodatkowych zasobów a jedynie zmniejsza wydatki ubezpieczonego. Część ubezpieczonych może ponadto odnieść mylne wrażenie o znacznym ich dostępie, płacąc jedynie ułamek wydatków.

Tymczasem płatności bezpośrednio wprowadzają transparentność cenową oraz wymagają od dostawców działań zmniejszających koszty, ceny oraz poprawę jakości. Zatem ich relatywnie wyższy udział w Polsce na tle innych krajów to dobra, a nie zła wiadomość. Rynek pokazuje w ten sposób, że nie wszystkie usługi powinny być finansowane przez ubezpieczenie — nawet prywatne. Gdyby ubezpieczyciele podjęli takie działania bardzo szybko doświadczyliby problemów charakterystycznych dla systemów publicznych. Przykładowo wielu Polaków korzysta z prywatnych usług stomatologicznych i bardzo trudno byłoby sobie wyobrazić, jak mogłoby to funkcjonować poprzez prywatne ubezpieczenia zdrowotne — dlatego w tym obszarze dominują płatności bezpośrednie, co w ogóle nie przeszkadza w rozwoju rynku tych usług.

Według danych OECD wydatki bezpośrednie w Polsce (w 2018 r.) stanowiły 23% wydatków całkowitych na opiekę zdrowotną, prywatne ubezpieczenia zdrowotne 6%, ubezpieczenie publiczne 59% a pozostałe wydatki rządowe 10%. W innych krajach udział wydatków bezpośrednich był jeszcze niższy. Przykładowo dla Norwegii wyniósł on 14%, USA 11%, Niemiec 13%,

¹² NIK/prawo.pl, *NIK: system ochrony zdrowia w Polsce ciągle niedofinansowany*, 23.11.2017, <https://www.prawo.pl/zdrowie/nik-system-ochrony-zdrowia-w-polsce-ciagle-niedofinansowany,238238.html> (dostęp: 14.01.2020).

Japonii 13%, Francji 9%, Holandii 11%¹³. Między innymi dlatego kraje te mają relatywnie wysoki udział wydatków na opiekę zdrowotną w PKB.

Jednak w niektórych krajach władze zdają sobie sprawę z istotności tego typu wydatków i implementują je w ramy własnych systemów — można tutaj wskazać np. Szwajcarię, gdzie udział wydatków bezpośrednich stanowi 29% wydatków całkowitych. Wynika to głównie z faktu, że całkowite wydatki na opiekę zdrowotną *per capita* są tam jedynymi z najwyższych na świecie — w 2018 r. wyniosły one 7317 USD. Wyższy poziom miały jedynie USA — 10 586 USD. Z kolei w trzeciej w kolejności Norwegii wyniosły one 6187 USD, a średnia dla 36 krajów OECD to 3994 USD¹⁴. Ponadto Szwajcaria plasuje się tylko za Stanami Zjednoczonymi Ameryki, jeśli chodzi o zwiększanie wydatków na ochronę zdrowia *per capita* od 1985 r.¹⁵

Inne kraje także podejmują różne próby racjonalizacji konsumpcji usług medycznych poprzez obciążanie ubezpieczonych częścią wydatków, jednak przy pozostawieniu dominującej roli jednego płatnika i innych regulacjach nie będą to środki wystarczające do zahamowania tempa wzrostu tych wydatków — mogą one jedynie w jakimś stopniu je spowolnić.

5. Podsumowanie

Wysokość wydatków na opiekę zdrowotną, czy ich udział w PKB, nie jest aż tak ważny, jak mogłyby to sugerować poszczególne instytucje zatroskane problemami z dostępnością do świadczeń medycznych. Bardziej istotną rolę odrywają źródła finansowania (publiczne–prywatne) oraz ich rodzaje (np. ubezpieczenie–wydatki bezpośrednie). W tym wypadku warto podkreślać rolę wydatków bezpośrednich, które wcale nie ograniczają dostępu do świadczeń medycznych, ale go zapewniają i rozszerzają. Odbywa się to na tej samej zasadzie co na innym rynkach. W Polsce relatywnie wyższy udział tego rodzaju wydatków należy traktować jako pozytywne zjawisko wydatnie pomagające w

¹³ OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż 2019, s. 157.

¹⁴ OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż 2019, s. 151.

¹⁵ T. S. Jost, *The experience of the Switzerland and the Netherlands with individual health mandates: a model for the United States?*, brak daty, <http://law2.wlu.edu/deptimages/Faculty/Jost%20The%20Experience%20of%20Switzerland%20and%20the%20Netherlands.pdf> (dostęp: 15.01.2021).

przywróceniu odpowiednich relacji popytowo-podażowych na rynkach usług medycznych.