

*NFZ nie tylko płatnik publiczny,  
ale także kreator polityki zdrowotnej  
na poziomie regionalnym i lokalnym*

W prezentacji, której temat wybrali Organizatorzy chciałabym skoncentrować się na konfrontacji NFZ jako kreatora *de facto* i mimo woli polityki zdrowotnej z prawdziwą polityką zdrowotną, której kreatorem powinno być Ministerstwo Zdrowia. Zagadnienie przedstawiam w czterech punktach, z których dwa pierwsze, czyli „NFZ płatnikiem publicznym” oraz „Polityka zdrowotna i zdrowie publiczne” mają znaczenie zasadnicze, natomiast pozostałe dwa, czyli „Regulacja prawna systemu ochrony zdrowia” oraz „Upolitycznienie systemu zdrowia” wyjaśniają przyczyny istniejącego stanu rzeczy. Na zakończenie przedstawiam pewne spostrzeżenia dotyczące sposobów dochodzenia do przyszłych rozwiązań w ramach których prowadzona będzie skuteczna i racjonalna polityka zdrowotna.

## NFZ płatnikiem publicznym

Na mocy Ustawy z dnia 27 VIII 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych funkcjonuje publiczny płatnik, który jest monopsonem z woli polityków i ustawodawcy. Dział V Ustawy reguluje zakres działalności płatnika, a dodatkowo dział VI reguluje postępowanie w zakresie zawierania umów ze świadczeniodawcami. Płatnik, osobami swoich pracowników, którym zdarzają się błędy, czy arogancja, realizuje swe zadania ustawowe. I nic więcej, ani nic mniej. Dlatego nie warto zgłaszać zastrzeżeń, czy roszczeń do tego zakresu czynności realizowanych przez NFZ z mocy ustawy. Oczywiście pozostają błędy czynione przez ludzi, które należy eliminować.

To ustawodawca, zgodnie z polityczną wolą, wykreował monopson publiczny i nie dopuszcza do funkcjonowania prywatnego konkurenta poprzez grzech zaniechania – nie wprowadzając umożliwiającej to regulacji ustawowej. Natomiast polityka zdrowotna powinna być prowadzona w sposób rzetelny merytorycznie i profesjonalny z uwzględnieniem perspektywy przede wszystkim długiego okresu przez Ministerstwo Zdrowia. Ponieważ niestety MZ nie

wywiązuje się z tego zadania, to NFZ realizując swe ustawowe i jednocześnie „mechaniczne” czynności płatnika staje się kreatorem polityki zdrowotnej wyznaczając chociażby wyceny punktowe procedur medycznych i ich wycenę pieniężną, a także podpisując określone kontrakty z określonymi świadczeniodawcami. Płatnikowi publicznemu czyni się różne zarzuty, którym często nie można odmówić racji. Nie mniej jednak to nie NFZ powinien być adresatem tych zarzutów. Jeśli politycy podjęliby decyzje dotyczące zmian w strukturze, funkcjonowaniu i finansowaniu ochrony zdrowia, to wycena procedur odpowiadałaby ich kosztom, poprawiłaby się jakość i dostępność świadczeń, a działalność publicznego i prywatnego płatnika doprowadziłaby do konkurowania płatników o świadczeniodawców i jednoczesnego konkurowania świadczeniodawców o płatników. Skorzystałoby na tym zdrowie Polaków.

NFZ dysponując około 60 mld zł realizuje politykę zdrowotną przy okazji wykonywania swych zadań ustawowych jako płatnik, a na pewno nie tak powinno być.

## Polityka zdrowotna i zdrowie publiczne

Jaka powinna być polityka zdrowotna, jaką rolę pełnić – to pokazują nam doświadczenia krajów z dojrzałą demokracją i społeczeństwami obywatelskimi. Również WHO udziela pewnych wskazówek. Uwarunkowania ukształtowane np. w Australii czy Danii lub Kanadzie wymuszają jawność i przejrzystość podejmowanych decyzji, przede wszystkim strategicznych, ale również operacyjnych, za które decydenci ponoszą odpowiedzialność. Wszyscy znamy „Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015” i zgadzamy się z zapisami tam zawartymi, co nie zmienia faktu, że dokument ten żyje własnym życiem i nie przekłada się na organizację i funkcjonowanie ochrony zdrowia. Problem jest tym bardziej skomplikowany, że każdy rodzaj interesariuszy w ochronie zdrowia dąży do realizacji własnych celów, a te bywają w konflikcie do celów wyznaczonych przez innych interesariuszy.

O tym, jaka jest rzeczywistość niech zaświadczy jeden przykład, jakim jest opieka geriatryczne. Społeczeństwo starzeje się, a koszty leczenia rosną wraz z wiekiem pacjentów. Polski leciwy pacjent nie może liczyć na opiekę geriatryczną, gdyż nie ma ani bazy geriatrycznej, ani lekarzy. Z danych dostępnych na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia wynika, że w Polsce jest 174 lekarzy wyspecjalizowanych w geriatric, z których

czynnych zawodowo jest 120, ale jedynie 70 z nich pracuje zgodnie ze specjalizacją. Pomijam średnią wieku lekarzy geriatrów. Dodatkowo geriatryka nie jest przedmiotem obowiązkowym w ramach kształcenia na Uniwersytetach Medycznych. W tej sytuacji nie miałby kto uczyć przyszłych geriatrów i nie mieliby gdzie oni odbywać staże.

Dopełnieniem polityki zdrowotnej jest zdrowie publiczne, rozumienie roli i znaczenia którego dopiero zaczęło się rodzić, gdy Polska przejęła prezydencję w Unii Europejskiej. Można by pokusić się o stwierdzenie, że nasze Ministerstwo Zdrowia jest raczej Ministerstwem Choroby, a powinno być strategicznym centrum podnoszenia stanu zdrowia Polaków właśnie dzięki profesjonalnie formułowanej polityce zdrowotnej i wdrażanym zasadom zdrowia publicznego.

## Regulacja prawna systemu ochrony zdrowia

Jakie są przyczyny, takiego stanu rzeczy? Jak zwykle praprzyczyna zawarta jest w regulacji prawnej, którą w Polsce charakteryzuje bardzo niska jakość. Ponownie odwołując się do przykładu proponuję sięgnąć do książki komentującej ustawę o działalności leczniczej<sup>1</sup>. Wady, błędy, braki w regulacji i inne niedociągnięcia tej ustawy uniemożliwiają sprawne funkcjonowanie ochrony zdrowia. Wydaje mi się, że największym błędem ustawodawcy jest doprowadzenie do zjawiska tzw. odpowiedzialności rozmytej, gdyż ani w ustawie, ani w innym akcie prawnym nie ustalono, które podmioty władzy publicznej ponoszą prawną odpowiedzialność za poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń. Z drugiej strony Trybunał Konstytucyjny wydał orzeczenie (K 20/99, OTK 2000 Nr 5 poz. 140), w którym określono konstytucyjne obowiązki władz publicznych w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego. Utrzymanie zatem publicznej formy władztwa organizacyjno-prawnego stanowi element gwarancji stabilności bezpieczeństwa zdrowotnego. Politycy muszą więc nauczyć się godzić sektor publiczny z prywatnym, gdyż przy niedoborze pieniędzy i wzroście kosztów leczenia nie ma innego wyjścia.

Można sięgnąć do kilka najbardziej pilnych problemów, które trzeba rozstrzygnąć w ramach polityki zdrowotnej. Zadaniem ustawodawcy jest skonstruowanie swego kodeksu prawa dla ochrony zdrowia, który reguluje najważniejsze kwestie, do których można zaliczyć

---

<sup>1</sup> Maciej Dercz, Tomasz Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.

choćby współpłacenie. Odgrywa ono podwójną rolę, gdyż zarówno jest hamulcem ograniczającym nadwyżkowy popyt nieuzasadniony medycznie, jak i źródłem dodatkowych pieniędzy do systemu. W tym miejscu pojawia się kolejne zaniedbanie ze strony władz polegające na braku informowania, edukowania i prowadzenia dialogu ze społeczeństwem na tematy dla niego najważniejsze, a takim jawi się funkcjonowanie ochrony zdrowia oprócz zmian systemu emerytalnego. Ponadto, niewłaściwe uregulowanie koszyka świadczeń gwarantowanych uniemożliwia wprowadzenie zdrowotnych ubezpieczeń komercyjnych z prawdziwego zdarzenia. Jest to szczególnie ważne na tle danych liczbowych, z których wynika, że około 20% wydatków na ochronę zdrowia pochodzi ze źródeł prywatnych, którymi nie są ubezpieczenia komercyjne lecz opłaty bezpośrednie. Jest to również hamulec do wykształcenia się prywatnego płatnika w systemie, którym mogłoby być zrzeszenie prywatnych ubezpieczycieli. W obliczu niedoboru pieniędzy w publicznej ochronie zdrowia należy uwzględnić współobecność przedsiębiorstw prywatnych np. dzięki wykorzystaniu formuły PPP, czyli partnerstwa publiczno – prywatnego. Jednym z najważniejszych zadań dla ustawodawcy jest konstrukcja formuły wynagradzania świadczeniodawców, ale tak aby miała ona charakter bodźcowy. Doświadczenia innych krajów pokazują, że łączenie różnych form zwrotu kosztów świadczeniodawcom pozwala eliminować negatywne konsekwencje poszczególnych składowych i wzmocniać te pozytywne. Warto przy tym prześledzić doświadczenia brytyjskie dotyczące stosowania formuły P4P, czyli *pay for performance*.

## Upolitycznienie systemu zdrowia

Stworzenie z ochrony zdrowia areny walki politycznej o głosy wyborców sparaliżowało możliwość tworzenia skutecznego, mądrego prawa, a także formułowanie skutecznej i mądrej polityki zdrowotnej. Przecież system ochrony zdrowia nie funkcjonuje w oderwaniu od swego otoczenia, którego najważniejszymi składowymi są elementy: polityczny, psychologiczny, społeczny i ekonomiczny, a wszystkie oddziałują na tle przepisów unijnych. Należy podkreślić, że aspekt społeczny sprowadzający się do sprawiedliwości rozumianej jako równość dostępu stoi w opozycji do aspektu ekonomicznego, jakim jest efektywność. Realizacja jednego odbywa się kosztem ograniczania drugiego, a więc podejmowanie decyzji powinno opierać się na rzetelnych analizach z pełną znajomością wszystkich konsekwencji, a szczególnie tych negatywnych. Nie ma bowiem jednego rozwiązania optymalnego i każde społeczeństwo musi samo na własny użytek podjąć decyzje ile opieki państwa, a ile

odpowiedzialności jednostki w ochronie zdrowia. Polska znajduje się w szczególnie trudnej sytuacji obciążona roszczeniowymi postawami właśnie w odniesieniu do świadczeń medycznych. A przecież część odpowiedzialności za własne zdrowie spoczywa na jednostkach i za część świadczeń trzeba zapłacić oprócz opłacanego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Brak jest jednak wiedzy pozwalającej zrozumieć funkcjonowanie ochrony zdrowia. Idąc za orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego warto spojrzeć na rolę rządu polegającej m.in. na informowaniu, edukowaniu, propagowaniu zdrowego trybu życia.

### **Uwarunkowanie demograficzne**

Polityka zdrowotna formułowana przez Ministerstwo Zdrowia powinna opierać się na jak najpełniejszej wiedzy o uwarunkowaniach funkcjonowania ochrony zdrowia. Pierwszym warunkiem są zmiany demograficzne. Od około 2020 r. czeka Polskę stały ujemny przyrost naturalny. Kształt piramidy wieku pokazuje, że za około 40 lat dominującą grupą będą 60-75-latkowie. Obecnie mediana wieku to niecałe 40 lat, a w 2050 r. mediana ta wyniesie prawie 60 lat. Wzrośnie znacznie udział ludności w wieku 80+ i przewiduje się, że przed końcem wieku sięgnie on 18% w całym społeczeństwie. Obciążenie demograficzne, czyli udział osób utrzymywanych na 100 osób pracujących nieustająco rośnie po 2010 r. i zgodnie z szacunkami ONZ w połowie wieku będzie ponad 70 osób na 100 osób w wieku 15 – 64 lat. Rodzi się jeszcze jedno pytanie, a mianowicie: Kto zarobi na pokrycie kosztów leczenia przy coraz bardziej kosztownym postępie naukowo-technicznym w naukach medycznych. Odwołując się do danych NFZ można spojrzeć na koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zarówno dla całego społeczeństwa w poszczególnych latach życia pacjentów, jak i dla średniego kosztu poniesionego na kobietę i mężczyznę w każdym roku życia. Zgodnie z oczekiwaniami okazuje się, że najwyższy koszt na leczenie ambulatoryjne jednej osoby w 2009 r. odnotowany został dla pacjentów w wieku 69 lat. W odniesieniu do leczenia szpitalnego można spostrzec, że wysokie zapotrzebowanie cechuje osoby starsze, czyli w wieku 65+. Najwyższe średnie koszty jednostkowe poniesiono na pacjentów po 70. roku życia. W tej grupie najwięcej wydano na leczenie mężczyzn w wieku 72 lat – 173 683 790 zł oraz na kobiety w wieku 77 lat – 182 705 264 zł.

Dla formułowania długofalowej polityki zdrowotnej szczególnie ważna jest znajomość zobowiązań międzygeneracyjnych<sup>2</sup>. Jeśli realistycznie przyjmiemy, że wydatki na ochronę zdrowia *per capita* rosną szybciej o 1 pp. niż produktywność w gospodarce, to okazuje się, że wartość świadczeń medycznych przewyższy koszty poniesione przez konsumentów, czyli wartość zapłaconych składek. Nawet najzdrowsi, czyli najtańsi dla systemu ochrony zdrowia 15-25-latkowie staną się beneficjentami netto na kwotę ponad 20.000 PLN. Kontynuacja dotychczasowej polityki fiskalnej oznacza, że przyszłym generacjom przypadnie dodatkowe obciążenie. Osoby urodzone po roku bazowym będą musiały zapłacić ponad 110.000 PLN więcej niż osoby „we wieku 0 lat”. Takie są perspektywy, pomimo że budżet NFZ jest zbilansowany z niewielkim finansowaniem budżetu państwa. Twórcy polityki zdrowotnej i politycy będą więc musieli wybierać w nadchodzących dekadach między zwiększeniem przychodów systemu ochrony zdrowia – przez podwyższenie składki i/lub zwiększenie finansowania z budżetu, czyli podatków, a reformami pozwalającymi zamknąć lukę fiskalną. Należy ponadto zwrócić uwagę na udział międzyokresowych zobowiązań sektora publicznego w PKB - jak deficytu, czy długu publicznego. Przy scenariuszu wzrostu kosztów udział samych międzyokresowych zobowiązań publicznych dla ochrony zdrowia w PKB wyniesie prawie 160%, a gdzie inne segmenty świadczeń społecznych, jak emerytury, nie wspominając już o „normalnym” długu publicznym. Porównując wkład NFZ do międzyokresowych zobowiązań sektora publicznego jako całości możemy pokusić się o spostrzeżenie, że w obecnym kształcie SOZ stanie się najbardziej niestabilnym podsystemem sektora publicznego. Okazuje się więc, że w scenariuszu szybszego wzrostu kosztów od wzrostu PKB, składka musi się podwoić w 2042 r. i wzrosnąć do 20% w 2050 r.

### **Uwarunkowania makroekonomiczne**

Kolejnymi uwarunkowaniami, które należy uwzględnić przy formułowaniu polityki zdrowotnej są uwarunkowania makroekonomiczne, gdyż falujący kryzys finansowy przekłada się na wzrost i rozwój gospodarczy, a więc na możliwości płacenia składek, na wielkość bezrobocia, a więc i na pokrycie społeczeństwa powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Stan finansów publicznych, coraz trudniejszy do okiełznania deficyt budżetowy i dług publiczny potęgują upolitycznienie decyzji dotyczących rozdziału dochodów z podatków,

---

<sup>2</sup> Janusz Jabłonowski, Christoph Müller, Bernd Raffelhüschen, *A fiscal outlook for Poland using Generational Accounts*, National Bank of Poland, WP nr 85, 2011.

czyli z budżetu państwa, a na ogół pierwsze cięcia dotyczą ochrony zdrowia i edukacji, czyli czynników tworzących kapitał ludzki będący podstawowym czynnikiem wzrostu gospodarczego w krajach rozwiniętych. W raportach finansowych NFZ wyliczane są programy, które Ministerstwo Zdrowia przerzuca do finansowania przez płatnika. Ponadto, sytuacja finansów publicznych na poziomie samorządowym przekłada się na możliwości realizacji funkcji założycielskich i inwestycji, a także spłacania długów. Swą cegiełkę dokłada globalizacja, w postaci regulacji dotyczących świadczeń trans granicznych, a także wydatków, które trzeba ponieść na dostosowywanie szpitali wypełniając wymagania przepisów unijnych.

### **Nowa rola dla przedsiębiorców**

Konstruowanie polityki zdrowotnej musi uwzględniać zmieniającą się rolę przedsiębiorstw prywatnych, jak to pokazują doświadczenia innych krajów. Niedobory pieniądza w publicznej ochronie zdrowia powodują, że przedsiębiorcy będą zmuszeni do poniesienia pewnych wydatków związanych ze zdrowiem pracowników. Ponadto, dążąc do zatrudniania najwyżej wykwalifikowanych pracowników przedsiębiorcy sięgają po atut w postaci świadczeń zdrowotnych np. w tzw. abonamentówkach. Z drugiej strony koszty absencji chorobowej przekładające się na ograniczenie produktywności, a więc i produkcji (także i PKB) stanowią bodziec do uaktywnienia się przedsiębiorców. Okazuje się, że najczęstszymi przyczynami nieobecności w pracy są bóle pleców i dolegliwości mięśniowo-szkieletowe, a także stres i zaburzenia psychiczne, oraz choroby nowotworowe. Doświadczenia krajów zachodnioeuropejskich pokazują gwałtowny wzrost drugiej kategorii przyczyn, czyli zaburzeń zdrowia psychicznego, więc możemy się spodziewać także i u nas zwiększenia zachorowań na choroby psychiczne. Pracodawcy podejmując odpowiednie działania mogą przeciwdziałać tym trendom. Ponadto, rośnie znaczenie chorób przewlekłych, do których zaliczamy choroby układu krążenia, cukrzycę i choroby układu oddechowego. Okazuje się, że około 60% czasu absencji spowodowanego jest chorobami chronicznymi. Epidemia tych schorzeń przekłada się na podaż pracy, wielkości inwestycji i oszczędności, świadczenia społeczne, a więc wzrost gospodarczy. Z obliczeń wynika, że strata produktywności spowodowana chorobami chronicznymi jest o 400% większa od kosztów leczenia ich na samym początku. Badania dokonane dla Polski wykazały, że na skutek absencji chorobowej tracimy około 1,7 – 2,2% PKB.

## **Inne uwarunkowania**

Na kształt polityki zdrowotnej oddziałują ponadto inne czynniki, spośród których chciałabym wymienić tylko niektóre. Najważniejszym uwarunkowaniem przekładającym się na skuteczność kliniczną i efektywność ekonomiczną systemu ochrony zdrowia jest problem polegający na niedopasowaniu struktury instytucjonalnej (i omawianych wcześniej przepisów prawnych) do rzeczywistych wymagań. Kolejnym jest od lat odnotowywany wzrost kosztów postępu naukowo – technicznego w naukach medycznych. Postęp ten przekłada się na poprawę diagnostyki i metod leczenia, więc i z tego powodu rośnie liczba pacjentów. Ponadto, większa wiedza ludzi prowadzi do wzrostu popytu na świadczenia nie zawsze uzasadnionego z medycznego punktu widzenia. Można również spostrzec, że lekarze dążąc do najskuteczniejszego leczenia nie liczą się z kosztami i stosują procedury, które nie do końca są uzasadnione. W tym miejscu trzeba wrócić do motywacyjnego sposobu wynagradzania. Jeśli stosuje się FFS, czyli opłatę za świadczenie, to jest sprawą oczywistą, że lekarze będą mnożyć liczbę tych świadczeń, bo przekłada się na wysokość ich dochodów. Ponadto, przy formułowaniu polityki zdrowotnej należy uwzględniać wszelkie oddziaływania na zdrowie społeczeństwa. Przykładem może być coraz większy wpływ wywierany przez środowisko. Odwołać się można do chorób układu oddechowego, a przede wszystkim do zachorowań na astmę, a szczególnie należy podkreślić, że następują one w wieku, w jakim dawniej tych zachorowań właściwie nie odnotowywano. Za główną przyczynę tej zmiany uważa się rosnącą ilość spalin samochodowych we wdychanym powietrzu.

Jednymi z najważniejszych uwarunkowań decydujących zarówno o efektywności ekonomicznej, jak i skuteczności klinicznej funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są elementy związane z finansowaniem. Po pierwsze, charakter wynagradzania świadczeniodawców lub inaczej zwracania im poniesionych na leczenie kosztów determinuje zachowania kadry medycznej i świadczeniodawców jako instytucji. Panuje zgoda, że w Polsce udział wydatków na leczenie szpitalne jest zbyt duży i że jest to spowodowane niewłaściwym wynagradzaniem lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów udzielających porad ambulatoryjnych. Po drugie, nie wspomina się o znaczeniu twardości ograniczenia budżetowego napotykanego przez świadczeniodawców. Problem ten jest tym trudniejszy, że utwardzanie ograniczenia budżetowego przekłada się na ograniczenie dostępności świadczeń, a to ma wymiar zdrowotny i polityczny zarówno na poziomie krajowym, jak i samorządowym. Jeśli ograniczenie budżetowe będzie absolutnie twarde, to oznacza, że żadne nadwykonanie nie zostanie zapłacone, a to doprowadzi do nieprzyjmowania pacjentów.



Jednakże z drugiej strony miękkie ograniczenie budżetowe zwalnia z jakiegokolwiek dyscypliny finansowej i prowadzi do marnotrawstwa pieniądza i rzadkich zasobów.

Kolejnym problemem stającym przed zarządzającymi systemem ochrony zdrowia jest jakość i skuteczność zarządzania jego jednostkami, wykształcenie menedżerskie kadry dyrektorskiej i kierowniczej, wykorzystywanie np. informacji dostarczanych przez rachunkowość zarządczą w procesie podejmowania decyzji.

Twórcy polityki zdrowotnej powinni ze szczególną troską pochylić się nad informatyzacją ochrony zdrowia, gdyż tylko sprawny system informatyczny udostępni sprawny system informacyjny. Szczególnie spektakularny jest przykład elektronicznej książeczki zdrowia.

### Kierunki rozważań na przyszłość

Nasuwa się więc pytanie, co należy zrobić aby NFZ nie był kreatorem polityki zdrowotnej tak mimo woli, polityki zdrowotnej, której właściwie nie można określić tym mianem. Jak więc powinien wyglądać proces formułowania i realizowania polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego? Wydaje się, że przede wszystkim należy marzyć o odpolitycznieniu ochrony zdrowia, za czym pójdzie zmiana regulacji prawnych jej dotyczących. Oczywiście rolę nie do przecenienia ma do odegrania społeczeństwo obywatelskie. Ponadto, do wykorzystywania są wyniki badań prowadzone przez środowisko akademickie, a szczególnie ekonomistów i ekonometryków, gdyż świadomość czym jest efektywność gospodarowania i jakie są źródła nieefektywności jest prawie żadna w środowisku kadry zarządzającej szpitalami. Wszyscy bowiem koncentrują się na kontrakcie z NFZ.