

Recenzja Raportu

„Zielona Księga finansowania ochrony zdrowia w Polsce.”

I. Wprowadzenie.

Przedstawiony do recenzji raport stanowi cenne studium, ujmujące finanse ochrony zdrowia w Polsce w sposób kompleksowy. Opracowanie cechuje się ujęciem najważniejszych kwestii w łańcuchu przyczynowo - skutkowym. Oparte zostało na wiarygodnych źródłach.

Jest oryginalnym tekstem, który w dotychczasowej praktyce badawczej jest unikalny. Ma wymiar operacyjny i powinien być wykorzystany jako narzędzie wytyczające racjonalną politykę w zakresie finansowania ochrony zdrowia.

Celem raportu, jest kompleksowy obraz finansów ochrony zdrowia, którego podstawą są relacje między:

Poziomem środków.

Popytem ludności,

Kosztami wytwarzania usług medycznych,

W założeniu Autorów raport w efekcie ma przynieść ocenę stopnia równoważenia finansów ochrony zdrowia i wskazanie źródeł nierównowagi.

Podstawą analizy są informacje różnorodne i pełne w takim zakresie jakim były możliwości ich pozyskania

Struktura raportu jest spójna i konsekwentna, omówione zostały źródła finansowania, koszty ochrony zdrowia, zakres świadczonych usług.

Podsumowanie podporządkowane jest celowi raportu i weryfikacji postanowionej hipotezy.

Cechą wyróżniającą raport jest kompleksowość ujęcia umiejętność sformułowania syntetycznego podsumowania oraz wskazanie działań niezbędnych na przyszłość. Na podkreślenie zasługuje fakt zawartych w raporcie informacji o metodologii badawczej. Pozwala to uniknąć wątpliwości co do wiarygodności danych.

//. Ocena zawartości raportu.

Analiza źródeł finansowania wyraźnie wskazała, że odpowiedzialność za równowagę systemu ochrony zdrowia ma stopa składki. Jest to zjawisko prawidłowe szczególnie dla tego, że uniezależnia przychody ochrony zdrowia od arbitralnych, a często i politycznych decyzji zapadających przy podziale środków budżetowych.

W tej sytuacji niezmiernie ważne jest kto i w jakiej części ponosi ciężar składki na ubezpieczenie zdrowotne, głównie w podziale na środki publiczne i prywatne. W tym ostatnim obszarze istotne jest powiązanie z systemem podatkowym i możliwość np: odliczenia składki od należnego podatku. Próbę oceny tego powiązania podejmują Autorzy raportu co jest jego poważnym plusem i świadczy o umiejętności szerokiego spojrzenia na analizowane kwestie.

Problem jednak polega na tym, że dane podatkowe są sporządzane wg. zasady memoriałowej a dane NFZ wg. metody kasowej co utrudnia wzajemną ich koordynację. Niezwykle ważną i nośną tezą jest stwierdzenie Autorów raportu, że wzrost składki jest możliwy w warunkach wzrostu gospodarczego. Jest to stwierdzenie logiczne i niepodważalne, bowiem np.: wzrost dochodów ludności to źródło możliwości bezwzględnego wzrostu składki.

Ważnym stwierdzeniem zawartym w raporcie jest uznanie, że wydatki budżetowe na ochronę zdrowia mają obecnie sztywny charakter, co prowadzi do braku szans na ich zwiększenie i oznacza w konsekwencji, że z tego źródła nie można się spodziewać wzrostu zasilania.

Paradoksem systemowym, w obrębie publicznych źródeł finansowania ochrony zdrowia jest fakt przekazania zadań z tego zakresu do jednostek samorządu terytorialnego (dotyczy to w największej mierze szczebla wojewódzkiego) bez zabezpieczenia w postaci odpowiedzialnego transferu środków pieniężnych, zabezpieczających możliwość wykonania tych zadań. A zatem funkcje j.s.t. jako organów założycielskich są pozbawione możliwości ich sprawowania.

Należałoby zatem zgodnie z sugestiami zawartymi w raporcie albo ograniczyć rolę j.s.t. w finansowaniu ochrony zdrowia albo powiązań strumień zadań i środków. Na szczególną uwagę zasługują wnioski wypływające z analizy środków przeznaczonych na ochronę zdrowia pochodzących ze środków prywatnych ludności. W tym obszarze obserwowany wzrost, nie może mieć dalej miejsca.

Równocześnie jednak nie należy zapominać, o czym nie piszą Autorzy raportu, że znaczny poziom zaangażowania środków prywatnych przeznaczonych na ochronę zdrowia świadczy, że częściowe finansowanie usług w tym zakresie ze środków prywatnych jest możliwe, co wielokrotnie było negowane w koncepcjach obowiązków państwa w tej dziedzinie.

Niepokojący jest natomiast fakt struktury wydatków ludności na ochronę zdrowia w której dominują wydatki na leki.

Przeprowadzone analizy w obszarze źródeł finansowania wskazują, że istotne centra przychodów stanowią: składki i środki indywidualne ludności (poza składkami). Te dwa strumienie powinny zatem skupiać uwagę z punktu widzenia możliwości generacji środków na ochronę zdrowia.

Budzić może jednak wątpliwość przyjęta w tym rozumowaniu dychotomia. Składka bowiem także obciąża dochody ludności tylko to ją wyróżnia, że jest stała i niezależna od faktu korzystania z usług ochrony zdrowia.

Równocześnie jednak spadek środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia przy obecnym stanie zaspokojenia potrzeb w tym zakresie jest bardzo niebezpieczny. Należałoby zatem osłabić stwierdzenie Autorów raportu o uznanie wydatków na ochronę zdrowia jako sztywnych. Takie rozwiązanie może odegrać rolę przy dążeniu do zrównoważenia systemu, ale tylko w okresie przejściowym. Poparciem dla powyższego sądu jest analiza danych przedstawionych w raporcie dotyczących zaangażowania środków publicznych w innych krajach.

Równocześnie nie wolno zapominać, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w porównaniu do innych państw są relatywnie na niskim poziomie.

Kolejna konfrontacja jaką podjęto w raporcie to analiza i odniesienie kosztów do przychodów. Ta pierwsza płaszczyzna została przedstawiona bardzo wnikliwie i przebiegała na dwóch płaszczyznach: podmiotowej i rodzajowej. To pozwoliło wyłonić centra kosztów jakimi są: wynagrodzenia, leki i utrzymanie infrastruktury. Jest to niezwykle ważna i cenna informacja wskazująca jakie obszary gospodarki finansowej w ochronie zdrowia "niosą" największy ciężar jej finansowania i gdzie może być mowa o racjonalizacji obniżki kosztów. Równocześnie jednak konieczne jest wskazanie, że zebrane dane odnośnie kosztów mają charakter globalny i głównie szacunkowy, co w wymiana poszczególnych świadczących usługi podmiotów w ochronie zdrowia może się zmienić.

Generalnie jednak ważne jest to, że koszty w ochronie zdrowia rosną, co nie jest zaskakujące w dobie postępu i wiedzy w naukach medycznych. W warunkach polskich natomiast istotne jest to, że wzrósł udział kosztów podmiotów niepublicznych, co wskazuje, że monopol państwa na usługi medyczne, który trwał wiele lat ogranicza się, równocześnie jednak jest wskazówką dla wyznaczenia poziomu zawieranych z poszczególnymi placówkami ochrony zdrowia kontraktów.

Podkreślenia wymaga samokrytyczna ocena Autorów odniesiona do kompletności danych i analiz. W stosunku do kosztów dotyczy to: braku uwzględnienia inwestycji rozwojowych, niedoszacowania amortyzacji i nie uwzględnienia funduszu rezerwowego kas chorych /NFZ (s. 76)

Sformułowany na podstawie analizy wniosek o ważącej pozycji wynagrodzeń w strukturze kosztów ochrony zdrowia wymaga komentarza. Odnosi się on do faktu, który ma miejsce i w innych dziedzinach sfery niematerialnej np.: w szkolnictwie wyższym i wiąże się z zatrudnieniem w wielu miejscach pracy. Jest to problem, który ściśle dotyczy jakości wykonywanej pracy i wymaga działań racjonalizujących polegających na podwyżkach wynagrodzeń na pierwszym miejscu pracy. Jest to możliwe tym bardziej, że jak wskazuje badanie postulowany poziom wynagrodzeń wynosi 1,5 średniej krajowej.

Kolejny ważny problem, na który wskazują analizy kosztów to wzrost kosztów leków. W tym punkcie należy zgodzić się z Autorami raportu, że polityka lekowa w Polsce nie jest oparta na rozpoznaniu w zakresie zróżnicowania cen leków narzucanych przez koncerny farmaceutyczne, przy równoczesnej analizie ordynacji leków.

Trzecie centrum kosztów poza wynagrodzeniami i lekami jest infrastruktura. W tym obszarze najistotniejsze są dwie kwestie: prawidłowe ustalenie wartości majątku i jego amortyzacja. Autorzy raportu zebrali w tym zakresie dane dla części placówek np.: szpitali. Należy to zrobić dla całego systemu. Wymaga to nie tylko obowiązku rejestracji majątku ale i ustalenia metod liczenia. Wzorem może być sposób ustalania wartości przedsiębiorstw.

Z kwestią ustalenia wartości majątku ściśle łączy się sposób naliczania amortyzacji, bowiem jest to element, który wiąże się z zapobieganiem dekapitalizacji majątku. Zgromadzone i przeanalizowane w raporcie dane wskazują, że problem leży nie tylko w poziomie stawek amortyzacyjnych ale w sposobie przeznaczenia środków pochodzących z tego źródła. Wprowadzenie obligacji przeznaczenia środków pochodzących z amortyzacji na odtwarzanie majątku jest oczywisty wymaga tylko stosownych przepisów w tym zakresie.

Analiza kosztów ma sens wtedy kiedy jest powiązana z analizą środków ich dystrybucji. Stąd podzielam pogląd Autorów raportu, że najlepszą metodą finansowania ochrony zdrowia jest metoda mieszana przedmiotowo-podmiotowa. Przewaga jednej lub drugiej metody prowadzi bowiem do błędów w prowadzeniu negocjacji np.: między szpitalami a NFZ

Przyjęcie metody mieszanej skutkuje w poprawie zarządzania placówkami ochrony zdrowia.

Trzecim filarem opracowania zawartym w raporcie oprócz przychodów i kosztów jest analiza korzystania z usług medycznych. Zostały one dobrze i rzetelnie przeprowadzone, przy wykorzystaniu danych z różnych źródeł łącznie z wynikami badań sondażowych i statystycznych opracowanych przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia.

Problem jednak polega na tym, że zebrane informacje dotyczą populacji osób chorych, którzy korzystali z usług medycznych. Poza zasięgiem zatem pozostają ci którzy nie chcieli bądź nie zostali obsłużeni przez placówki opieki zdrowotnej i ci którzy mają potrzeby np.: związane nie tyle z leczeniem co zapobieganiem chorobom. A zatem otwarty i jeszcze nie zbadany powstaje obszar potrzeb zdrowotnych. W tym kontekście wydaje się konieczne powiązanie wydatków z kosztami a nie z korzystaniem z usług co uczyniono w rozdziale IV.

Ta uwaga jest tym bardziej słuszna, że w rozdziale IV podjęto kwestie związane z podziałem środków (s. 172 i następne) między kasy chorych, czy oddziały NFZ, która sprowadza się nie tyle do podziału środków co wydatków poszczególnych kas czy oddziałów.

W tym punkcie zatem wchodzi się w kwestie efektywności instytucji systemu opieki zdrowotnej. Takie podejście wymagałoby jednak analizy finansowej kas chorych a potem oddziałów NFZ łącznie z ich wynikami finansowymi. Ten aspekt został w raporcie nie rozwinięty, co warto uczynić na następnym etapie. Z samej jednak analizy wydatków na ochronę zdrowia ze środków publicznych i prywatnych warto wskazać na ciekawy wniosek, który formułują Autorzy raportu, że udział wydatków indywidualnych na leki zwiększa się w niższych jest grupach dochodowych tak jak ma to miejsce w przypadku żywności i świadczy o sztywnym popycie na te dobra.

Ciekawym uzupełnieniem analiz odniesionych do teraźniejszości są przedstawione w raporcie prognozy krótko i długookresowe wydatków na ochronę zdrowia. Wynika z nich realny wzrost bieżący o 2,2% (s. 184).

W prognozie długookresowej budzi wątpliwości wybór dokonany w ramach przyjętego modelu oparty nie na wariantcie III (zgodność ze wzrostem PKB), a I (oddzielenie kosztów płacowych i pozapłacowych). Odniesienie do wariantu III byłoby uzasadnione wnioskiem postawionym w pierwszej części opracowania, gdzie jest mowa o silnym związku między wzrostem PKB a przychodami przeznaczonymi na ochronę zdrowia. Natomiast istotne jest to, że przewiduje się do roku 2020 czterokrotny wzrost wydatków na ubezpieczenia zdrowotne (s. 194)

Najważniejszą część raportu stanowi rozdział V stanowiący syntezę przeprowadzonych analiz. Jego atutem jest dążenie do określenia stanu równowagi systemu ochrony zdrowia. Autorzy w uzasadniony sposób dowodzą, że system jest niezrównoważony i wskazują na przyczyny tego stanu. Punktem wyjścia do stwierdzenia stanu zrównoważenia systemu są dwie pary zmiennych o tym stanowiące: koszty (strona podaźowa) i wydatki (strona popytowa) oraz przychody (środki) i wydatki (zadania)

Zakłócenia po stronie takich kosztów jak: wynagrodzenia, leki, infrastruktura techniczna oraz gwałtowny wzrost wydatków na leki decydują o nierównowadze. Konfrontacja przychodów i wydatków prowadzi do uzasadnionego wniosku o wzrastającym deficycie, który ma ścisły związek z wysokością składki a ta z kolei ze wzrostem PKB.

Podzielam pogląd Autorów raportu, że stopniowy wzrost składki o 0,15 punktu procentowego od 2007r. jest konieczny.

Przywrócenie równowagi nie jest możliwe bez rozwiązania problemu zadłużenia opieki zdrowotnej, który od 2002 roku narasta i dotyczy 65% placówek świadczących usługi zdrowotne. Zwraca uwagę fakt, że największe zobowiązania dotyczą placówek których organem założycielskim jest samorząd terytorialny.

Proces pogłębia konieczność poniesienia kosztów związanych z rewindykacją należności. Projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej został złożony do Sejmu w listopadzie 2003r (druk sejmowy nr 2278).

Przedstawiona propozycja zakładająca wielotorową drogę do restrukturyzacji, która wiedzie poprzez umorzenie części zobowiązań, rozłożenie na raty lub zawarcie umowy restrukturyzacyjnej.

Natomiast pozyskanie środków proponuje się aby pochodziło z: pożyczki budżetowej, emisji obligacji. W tych sugestjach trzeba zwrócić uwagę, że pożyczka musi mieć wyraźnie określony i potwierdzony zapisem ustawowym fakt wskazania źródła spłaty. Z kolei emisja obligacji jest możliwa pod warunkiem zapewnienia na nie popytu. Wniosek dotyczący możliwości przekształcenia p.z.o.z. przewiduje tylko spółki użyteczności publicznej a nie np.: zakłady budżetowe. Ta druga forma wymaga jednak możliwość pobierania opłat np.: za niektóre usługi zapewniając w ten sposób dopływ środków własnych.

Osobna sprawa to sprecyzowanie roli j.s.t. w realizacji usług ochrony zdrowia, które nie mają obecnie odpowiedzialności za wyznaczenie im zadania w ochronie zdrowia. Autorzy raportu przyczyny nierównowagi systemu ochrony zdrowia w Polsce upatrują w trzech obszarach: systemowym zarządzania, wpływu czynników zewnętrznych. Za szczególnie ważną uważam sprawę partnerstwa publiczno prawnego, do którego warunki są czego dowodem są przeprowadzone analizy, ale nie ma rozwiązań instytucjonalnych np.: systemu ubezpieczeń prywatnych.

Wskazane przez Autorów raportu kierunki działań (s.215 i następne) mają dwutorowy układ. Z jednej strony są to działania generalne np.: opracowanie zasad partnerstwa publiczno - prawnego czy ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych a z drugiej szczegółowa analiza ordynacji leków.

///. Konkluzje.

1. Przedstawiony raport jest rzetelnym studium analizy sytuacji system ochrony zdrowia w Polsce
2. Wykorzystuje różnorodne dane pochodzące z wielu źródeł co stanowi o jego wiarygodności.
3. Obejmuje najważniejsze kwestie ochrony zdrowia opisując je w układzie wzajemnych zależności i powiązania z otoczeniem.
4. Ujmuje przedstawione problemy w skali makroekonomicznej i makrofinansowej co jest dobrą podstawą do sformułowania założeń polityki ochrony zdrowia.
5. Wymaga kontynuacji i „zejścia” na poziom mikrofinansowy placówek ochrony zdrowia.
6. Wysiłek Autorów powinien zaowocować w postaci wykorzystania przeprowadzonych analiz i zaleceń do przebudowy systemu opieki zdrowotnej w Polsce w tym tak

krytycznie ocenianego systemu opartego o NFZ. O powodzeniu przedsięwzięć decydować będzie tempo podjętych działań. Proces „uzdrowienia” ochrony zdrowia w Polsce bowiem ciągnie się już od ponad 20 lat.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'K. Piłsudski', written in a cursive style.