

# 1980 złotych na mieszkańca



foto: Archiwum

## Rozmowa z Moniką Ziegler, ekspertem ds. ochrony zdrowia Forum Obywatelskiego Rozwoju

**W raporcie „Rachunek od państwa” Fundacji Obywatelskiego Rozwoju oszacowano wydatki na ochronę zdrowia. Jakie wnioski można wysnuć z liczb?**

Rachunek przedstawia w uproszczeniu wydatki publiczne w przeliczeniu na mieszkańca. Wyszczególniono w nim m.in., jaka część pieniędzy jest wydawana na ochronę zdrowia. Z raportu wynika, że jest to trzecia pozycja – po emeryturach i rentach oraz edukacji.

**Wydajemy za dużo czy za mało?**

Wydajemy 7 proc. PKB przy średniej unijnej 9 proc. To nieco mniej niż w większości państw i o wiele mniej niż w krajach plasujących się w czołówce. Na przykład Holandia wydaje 13 proc. PKB, zatem różnica jest spora, ale też wiele zależy od siły nabywczej pieniądza i wydatków *per capita* z funduszy publicznych. W Polsce kwotowo jest to 1980 zł na osobę.

**Co realnie można za to kupić?**

Implant stomatologiczny, i to taki tańszy, prywatne ubezpieczenie zdrowotne w dość ograniczonym zakresie, wycięcie migdałka, czterdzieści badań EKG.

**Marnujemy więc pieniądze, czy po prostu mamy ich za mało?**

I to, i to. Część na pewno marnujemy, ale też pieniędzy jest za mało. Trzeba jednak zastanowić się szerzej nad takimi zagadnieniami, jak demografia czy epidemiologia. Już obecnie koszty leczenia osób powyżej 65. roku życia są znacząco wyższe niż pozostałych pacjentów. Z danych NFZ wynika, że średnie koszty leczenia chorych do 65. roku życia wynoszą ok. 1,2 tys. zł, a starszych już 3,4 tys. zł. To oczywiście uśrednienie, ale system musi brać to pod uwagę. Tymczasem z danych demograficznych wynika, że w najbliższych latach liczba osób powyżej 65. roku życia wzrośnie o 2 mln. Oczywiście nie są to tylko polskie problemy, z takimi samymi boryka się również najlepiej w Europie oceniana Holandia, ale to nie oznacza, że można rozłożyć ręce i nic nie robić, powołując się na zagraniczne przykłady.

**Na przykład?**

Ta sytuacja oznacza, że koszty leczenia wzrosną, powstaje więc pytanie, czy będziemy mieć do dyspozycji więcej pieniędzy, a jeśli nie, to jak zreformować system, żeby pieniądze, którymi dysponujemy, były dobrze wykorzystywane.

**Dobrze, czyli jak?**

Struktura wydatków w ochronie zdrowia jest zbyt skomplikowana, aby jednoznacznie na to odpowiedzieć. Na pewno potrzebna jest informatyzacja. Z punktu widzenia pacjenta najbardziej widoczne są obecnie działające systemy: ZIP zawierający dane historyczne o leczeniu oraz eWUŚ. A potrzebny jest system monitorowania kosztów leczenia i sytuacji finansowej podmiotów leczniczych. Rozporządzenie w tej sprawie jest już wydane, ale czekamy, aby w pełni zaczęło funkcjonować. Dopiero wtedy pojawi się możliwość faktycznego kontrolowania i porównania wydatków. Obecnie często nie można nawet ocenić przydatności wprowadzanych zmian, ponieważ nie ma narzędzi kontrolnych.

**Czy pomysł PiS polegający na likwidacji NFZ i scedowaniu rozdziału pieniędzy na zdrowie na wojewodów jest dobry?**

Trudno mi się wypowiadać w tej kwestii, ponieważ nikt nie przedstawił wyliczeń takiej operacji. Do oszacowania zysków w relacji do kosztów takie dane są niezbędne. To nie jest tak, że uchwała wszystko załatwi. Bo taka decyzja, podobnie jak uchwała w sprawie zmiany nazwy ulicy, pociąga za sobą koszty wydania nowych dokumentów, koszty powiadomień itp. Zdecydowanie negatywnie oceniam natomiast pomysł finansowania ochrony zdrowia z budżetu, a nie ze składek. To już przerabialiśmy.

**Może lepiej byłoby zreformować NFZ?**

Faktycznie od kilku lat trwa dyskusja na temat powrotu do systemu zdecentralizowanego. Wcześniej funkcjonowały kasy chorych i można sobie zadać pytanie, czy centralizacja była dobrą decyzją. Zawsze jednak pozostaje pytanie o relacje kosztów do zysków, choć w sytuacji istnienia 16 oddziałów wojewódzkich NFZ i pracujących tam ludzi, którzy znają specyfikę danego regionu, jego potrzeby zdrowotne – wydaje się, że zyski przewyższyłyby koszty.

**Ile wydaje procentowo Niemiec czy Czech na ochronę zdrowia? Polak płaci 9-procentową składkę.**

Ten odsetek w państwach europejskich jest różny. W Polsce wynosi 9 proc. i można powiedzieć, że jest to najbardziej równościowy podatek, nazywany wręcz paraliniovym, bo jest równy dla wszystkich bez względu na formę zatrudnienia oraz osiągnięte dochody. Osoby osiągające dochód powyżej 15 tys. zł miesięcznie stanowią tylko ułamek procenta polskiego społeczeństwa. A wpłacają niemal 5 proc. składek do kasy NFZ.

**Co za tę składkę otrzymujemy?**

Koszyk świadczeń w Polsce jest koszykiem pozytywnym, co oznacza enumeratywny zakres świadczeń finansowanych przez płatnika. Problematyczna jest tylko dostępność tych świadczeń w satysfakcjonującym zakresie i czasie. Pacjent nie ma limitu świadczeń, ale limity mają świadczeniodawcy. I to oni zmuszeni są odprowadzać teoretycznie uprawnionych do świadczenia z kwitkiem. Dlatego w zestawieniach dostępności do usług medycznych wypadamy gorzej niż choćby nasi sąsiedzi Czesi i Słowacy, mimo że są to kraje o podobnym poziomie zamożności. Jak to robią nasi sąsiedzi? Dlaczego wypadają lepiej? W Czechach składka zdrowotna jest wyższa, 13 proc. płacone przez pracownika i pracodawcę, można też wybrać jednego z 9 ubezpieczycieli. Nam pozostaje jeszcze wyliczenie, ile dopłacamy ponad to 9 proc., czyli ile realnie wynosi ponadskładkowy wydatek państwa. Tych wyliczeń nie mamy, ale równocześnie wiemy, że w Polsce na przy-

kład ratownictwo medyczne finansowane jest w całości z budżetu centralnego.

**Jakie są różnice w koszyku świadczeń między Polską a na przykład Niemcami czy Czechami?**

Gwarancja świadczenia to nie wszystko. Dla pacjenta istotniejszy jest czas jego otrzymania. Co z tego, że w Polsce pewne zabiegi są szerzej gwarantowane niż w Czechach, skoro oczekiwanie na nie trwa zbyt długo, co nierzadko powoduje pogorszenie stanu zdrowia. Szwecja, która podawana jest jako przykład dobrze funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, również boryka się z długimi kolejkami. W Polsce koszyk jest duży, a świadczenia bezpłatne. Wspomniana Szwecja wprowadziła współpłacenie do określonego limitu rocznego i dopiero po jego przekroczeniu świadczenia dla ubezpieczonych są bezpłatne. Podobne opłaty – za wizytę, pobyt w szpitalu – są też w Czechach.

**Jak wypadamy na tle innych państw byłego bloku wschodniego?**

Sporym problemem jest zarządzanie w ochronie zdrowia. Polska jest krajem ludnym i sporym terytorialnie. To także ma wpływ na ogólną sytuację. Wzrost liczby ludności i poziomu życia powoduje wzrost liczby świadczeń i popytu na usługi medyczne. Podobnie jak większość państw, Polska od 2008 r. przyjęła system jednorodnych grup pacjentów, uznawany za najlepszy instrument do rozliczania usług zdrowotnych. A gdyby płatność dla świadczeniodawców uzależnić nie tylko od wykonania procedury medycznej, lecz także od danych na temat jakości leczenia i efektu zdrowotnego? Tego w Polsce brakuje. Przy czym inne kraje byłego bloku wschodniego mają podobne problemy – zarządzanie i finanse. Z kolei państwa skandynawskie i Wielka Brytania skarżą się na niedobór lekarzy. W tych krajach jest duży popyt na pracę w sektorze medycznym, szukają tam zatrudnienia lekarze z takich państw, jak Bułgaria czy Rumunia, a w czasie kryzysu również Grecja, Hiszpania i Portugalia.

**Co można powiedzieć o strukturze wydatków na ochronę zdrowia w Polsce?**

Jest wypracowana na podstawie kompromisów między potrzebami a możliwościami. Budżet NFZ to 63 mld zł i z tego ok. 30 mld zł to wydatki związane z leczeniem, hospitalizacjami, badaniami, leczeniem specjalistycznym. Obniżają się wydatki NFZ na leki przy rosnącym – wynoszącym ok. 40 proc. – współpłaceniu pacjentów za medykamenty. Refundacja leków jest najwyższa dla osób przewlekle chorych, głównie na choroby układu krążenia. Warto wspomnieć, że w UE Polacy i Francuzi mają największe tendencje do kupowania leków, szczególnie przeciwbólowych i niesteroidowych leków przeciwzapalnych.

*Rozmawiała Marta Kobańska*