

Krystyna Piotrowska-Marczak

Uniwersytet Łódzki

REFORMA SYSTEMU FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Ochrona życia i zdrowia jest najwyższą wartością, dlatego nie pozostawia się jej, w większości krajów, indywidualnemu zabezpieczeniu, ale organizuje systemy, których celem jest zaspokojenie, z reguły podstawowych, potrzeb w tym zakresie poprzez specjalnie powołane instytucje.

Podstawy działania systemu opieki zdrowotnej na świecie są różne. Odmienności dotyczą sposobu zorganizowania, wyodrębnienia, zasięgu działania, określenia świadczeniodawców i świadczeniobiorców oraz źródeł finansowania. Generalnie rzecz biorąc systemy ochrony zdrowia można podzielić na trzy rodzaje:

- oparte na rozwiązaniach, w których zasadniczą rolę odgrywa państwo; dotyczy to zarówno organizacji, jak i finansowania świadczeń zdrowotnych. Przykładem mogą być rozwiązania stosowane w Wielkiej Brytanii noszące nazwę NHS, czy zbliżone do niego systemy krajów skandynawskich i Włoch;
- oparte na finansowaniu pochodzącym ze składek ubezpieczonych. To rozwiązanie znalazło zastosowanie np. w takich krajach, jak Niemcy i Francja. Charakterystyczną instytucją dla tego układu są kasy chorych;
- oparte na ubezpieczeniach prywatnych, finansowane na zasadzie dobrowolności, a realizowane przez prywatne instytucje ubezpieczeniowe. Przykładem ich zastosowania są Stany Zjednoczone.

Prace nad reformą ochrony zdrowia w Polsce były prowadzone od bardzo wielu lat i sięgają początku lat 80. XX w. Intensyfikacja działań w tym zakresie nastąpiła na początku lat 90. Opracowano wiele projektów, konfrontowano wiele rozwiązań. W efekcie, w 1998 r. wybrano kierunek oparty na wzorach niemieckich, z wiodącą dla nich instytucją kas chorych, wychodząc m. in. z założenia, że jest to instytucja o charakterze samorządowym, a więc wkomponowana będzie w demokratyczne przemiany,

które dokonały się w Polsce po 1990 r. Nieomal natychmiast po wprowadzeniu ostatecznej wersji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zaczęto ją zmieniać. Dotyczyło to np. obniżenia poziomu składki z 11 na 7,5% dochodów pochodzących z PIT. Nie określono także zakresu świadczeń gwarantowanych (Golinowska, 2000: 87–88).

Wdrożona reforma nie została przez społeczeństwo oceniona pozytywnie.

Aby podjąć decyzje o kolejnych zmianach systemu ochrony zdrowia w Polsce trzeba wnikliwie przyrzeć się podstawowej instytucji zreformowanego w roku 1999 układu, tj. kasom chorych.

Tabela 1

Wyniki finansowe Kas Chorych w latach 1999–2001

Nazwa kasy chorych	Rok		
	1999	2000	2001
	Wynik finansowy w tys. zł		
01R Dolnośląska*	-89 260,71	-15 223,68	-33 918,62
02R Kujawsko-Pomorska	-52 557,56	22 761,10	31 966,38
03R Lubelska	-85 173,77	-45 125,69	2 708,14
04R Lubuska	-548,59	-55 645,50	-42,12
05R Łódzka	-110 821,12	-36 701,09	65 254,81
06R Małopolska	5 164,67	33 854,60	50 350,44
07R Mazowiecka	-116 512,01	17 996,06	35 215,05
08R Opolska	-22 292,78	-149,68	-23 847,61
09R Podkarpacka	41 306,10	43 932,40	36 285,99
10R Podlaska	-83 520,88	-40 514,43	46 992,38
11R Pomorska	-84 975,87	-26 221,54	-3 848,72
12R Śląska	71 621,83	157 222,59	167 854,20
13R Świętokrzyska	-32 115,90	-2 863,60	2 746,69
14R Warmińsko-Mazurska	31 385,61	821,37	14 401,62
15R Wielkopolska	-2 272,64	99 816,71	121 905,56
16R Zachodniopomorska	-6 652,28	15 695,78	-6 768,04
17B Branżowa	-271 568,91	69 018,70	189 121,92

* symulacja na podstawie wykonania III kw. 2001.

Źródło: dane Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, luty 2002.

Dane zawarte w tab. 1 wskazują, że w latach 1999–2001 sytuacja finansowa poszczególnych kas się zmieniała. W roku 1999 (pierwszy rok reformy) 13 kas miało wynik ujemny, a 4 dodatni. Rok później, 8 kas miało wynik ujemny, 9 zaś dodatni, a w 2001 r. 5 kas miało wynik ujemny, a 12 dodatni. Następowo zatem stopniowe zwiększanie samodzielności kas, czego dowodem jest dodatni wynik finansowy w większości z nich od 2000 r. Globalnie biorąc wynik finansowy wszystkich kas chorych z ujemnego w 1999 r. stał się dodatni w dwóch następnych latach (tab. 2).

Tabela 2

Stan równowagi finansowej Kas Chorych

Wyszczególnienie	Rok		
	1999	2000	2001
Łączny ujemny wynik finansowy w tys. zł	958 273,02	222 445,21	68 425,1
Łączny dodatni wynik finansowy	149 478,21	461 119,31	764 803,2
Wynik finansowy globalny	-808 794,81	+238 674,10	+696 378,1

Źródło: obliczenia własne, dane wyjściowe jak w tab. 1.

Nie można jednak zapominać, że w roku 2000 Kasy Chorych uzyskały z budżetu państwa pożyczkę w wysokości 1 mld zł, przy czym okres pełnej jej spłaty w efekcie porozumienia dyrektorów kas chorych z ministrem finansów został zawieszony na 2 lata.

Powstaje pytanie, dlaczego doszło do sytuacji tak wysokiego niedoboru środków w 1999 r. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych stwierdza, że wynika to z trzech przyczyn: ograniczonego stopnia ściągalności składek, wyższych niż planowano kosztów świadczeń zdrowotnych i wyższych kosztów finansowych mających przyczyny w powstałych niedoborach na rachunkach bankowych poszczególnych kas chorych.

Jakie były zatem niedomagania kas chorych. Wymienia się ich kilka, m. in. to, że:

1. Pośrednikiem w gromadzeniu składek uczyniono ZUS i KRUS, co odpowiednio kosztowało 0,5 i 0,25% kwoty składek.

2. Powołano, a potem zlikwidowano Związek Kas Chorych, eliminując instytucję niezbędną do rozstrzygnięcia problemów wspólnych dla wszystkich kas.

3. Nieprecyzyjnie planowano przychody kas, co wywołane było brakiem dokładności indywidualnych rachunków poszczególnych ubezpieczonych.

4. Wprowadzono „wsparcie” dla kas w postaci pożyczek, nie analizując precyzyjnie źródeł ich spłaty.

5. Przyjęto od początku za niski poziom składki.
6. Nie ustalono precyzyjnie pakietu świadczeń medycznych wchodzących w zakres powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
7. Kontrakty zawierane przez kasy korygowano w postaci aneksów.

Co wobec tego należało zmienić?

1. Ustalić przedział wartości świadczeń medycznych.
2. Sprecyzować system kontraktów zawieranych przez kasy.
3. Poczekać, aż system wdrożony zostanie do końca. Za tym argumentem przemawiało zmniejszanie się niedoborów finansowych poszczególnych kas.

Tymczasem podjęto decyzję o „wylaniu dziecka z kąpielą”, czyli zmianie systemu, a nie jego modyfikacji. Co zatem zaproponowano? System oparty na rozwiązaniu, którego podstawą jest fundusz (ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ).

Zanim się oceni to rozwiązanie, warto nowy system pokrótce scharakteryzować. Oparto go na 4 następujących zasadach:

- równego traktowania obywateli,
- solidarności społecznej,
- swobodnego dostępu do świadczeń,
- wolnego wyboru świadczeniodawców.

System ma zabezpieczyć zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, przez które rozumie się (art. 5) liczbę świadczeń zapewniających zachowanie i przywrócenie zdrowia. Instytucją powołaną do wykonywania tych zadań uczyniono Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podstawowe cechy Narodowego Funduszu Zdrowia:

1. Jest jednostką państwową, mającą osobowość prawną.
2. Źródłem jego dochodów są składki (9% podstawy wymiaru składki), koszt ich poboru wynosi 0,25% składki naliczonej.
3. Składki pobiera się na zasadzie podatkowej od wszelkich przychodów wynagrodzenia za pracę, renty, zasiłku dla bezrobotnych, alimentów, stypendium.

4. Organami funduszu są: Rada Funduszu i Zarząd Funduszu. W skład Rady Funduszu wchodzi 13 członków, z czego 10 jest mianowanych przez określonych ministrów (zdrowia, MON, finansów) i powoływanych na 5 lat. Prezesa funduszu powołuje Prezes Rady Ministrów, a jego następców Rada Funduszu.

5. Fundusz organizacyjnie składa się z:

- centrali funduszu,
- oddziałów wojewódzkich (zgodnie z podziałem terytorialnym państwa).

Przy oddziałach wojewódzkich prezes funduszu powołuje rady społeczne (art. 46), składające się z 14 osób, na wniosek: sejmiku wojewódzkiego, wojewody, organizacji związkowych, okręgowej rady lekarskiej itp.

6. Fundusz zawiera umowy o realizację świadczeń zdrowotnych w drodze konkursu albo rokowań (ustalenie ceny i liczby świadczeń).

7. Fundusz sporządza krajowy plan potrzeb zdrowotnych (art. 108) i ustala środki na ich finansowanie z zachowaniem zasady równoważenia kosztów z przychodami.

8. Minister, któremu podlegają sprawy zdrowia ustala wykaz świadczeń zdrowotnych w osobnym rozporządzeniu.

9. Ubezpieczony ma prawo do wyboru lekarza ubezpieczenia społecznego 2 razy do roku (art. 114).

10. Ubezpieczony nie dysponuje rejestracją udzielanych świadczeń, może jednak specjalnie się o to zwrócić.

Zaproponowane rozwiązanie budzi wiele zastrzeżeń, wśród których trzeba wymienić:

1. Fundusz jest instytucją państwową centralnie kierowaną, pozbawioną cech samorządności i demokratycznych organów. Zarządzający funduszem pochodzą z mianowania, a nie z wyboru. Jest to zatem rozwiązanie typowe dla scentralizowanych systemów.

2. W art. 49 stwierdza się: „Ubezpieczony w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo do świadczeń odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej [...] w ramach posiadanych przez Fundusz Środków Finansowych”.

3. Zakres świadczeń Funduszu jest określony tak ogólnie, że niczego nie gwarantuje.

4. Składkę pobiera się na zasadzie „opodatkowania” każdego przychodu, w tym renty, zasiłku, alimentów, stypendium. Jest to rozwiązanie, które niesie za sobą podwójne transfery. Wymienione wyżej przykłady dobitnie o tym świadczą. Jeżeli źródłem finansowania wymienionych świadczeń jest budżet państwa, to zbędne jest przekazywanie ich świadczeniobiorcom „brutto”, a potem pobieranie składki na ubezpieczenia zdrowotne. Zastosowane rozwiązanie ma sens, jeżeli mielibyśmy do czynienia np. z samorządnymi kasami chorych, a nie z funduszem państwowym.

5. Tryb planowania określony jest pod względem organizacyjnym. Nie ma w ustawie mowy o ustalaniu zapotrzebowania na środki finansowe na podstawie rachunku kosztów świadczeń medycznych.

6. W ustawie nie określa się listy świadczeń wchodzących do ubezpieczenia, nie podaje się zasad sporządzania rachunku kosztów tych świadczeń, mówi się natomiast, jak gromadzić środki.

7. W rozdziale 9. zawarte są przepisy dotyczące gospodarki finansowej. Sprowadza się to głównie do enumeracji przychodów, klasyfikacji funkcjonalnej kosztów (art. 132). Nie ma natomiast ustalonego klucza, według którego dokonuje się podziału Funduszu na oddziały. Nie ma mowy np. o środkach wyrównawczych między oddziałami.

8. Ubezpieczony nie ma rejestracji udzielonych świadczeń, może jedynie specjalnie się o to upomnieć.

9. Nadzór nad Funduszem sprawuje minister zdrowia, a Rada Ministrów przedstawia Sejmowi i Senatowi sprawozdanie z działalności Funduszu (art. 174). Fundusz jest zatem praktycznie wyjęty spod kontroli parlamentarnej.

BIBLIOGRAFIA

- Frączkiewicz-Wronka A., 1995, *Ubezpieczenia zdrowotne jako element systemu ochrony zdrowia obywateli – aspekty społeczne i ekonomiczne*, Akademia Ekonomiczna, Katowice.
- Frączkiewicz-Wronka A., 1998, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską*, Akademia Ekonomiczna, Katowice.
- Golinowska S., 2000, *Polityka społeczna, Koncepcje – instytucje – koszty*, Poltext, Warszawa.
- Indulski J., Matulewicz U., Bryła U., 1994, *Ekonomika zdrowia a problem efektywności ochrony zdrowia*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
- Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, 1993, red. S. Golinowska, IPISS, Warszawa.
- Organizacja i finansowanie ubezpieczeń zdrowotnych. Materiały z ogólnopolskich konferencji naukowych*, 1996, red. L. Frąckiewicz, Katowice.
- Piotrowska-Marczak K., 2002, *Finansowe aspekty reformy ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, informacja nr 901, maj.
- Reforma systemu ochrony zdrowia*, 1999, red. A. Frąckiewicz-Wronka, W. Koczur, Akademia Ekonomiczna, Katowice.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia*, DzU, 2003, nr 45, poz. 391.

Krystyna Piotrowska-Marczak

REFORMATION OF THE HEALTH SERVICE FINANCING SYSTEM IN POLAND

In international practice the health service financing systems may take one of the three forms: with the State playing an essential role (for instance NHS in the UK); based on self-governing institutions financed by contributions paid by the population (Health Authorities in Germany); and taking advantage of personal insurance (e.g. USA).

In Poland the reform of the health service system has been attempted for almost 20 years. As a result, the years 1999–2002 were the period of Health Authorities, and in 2003 the National Health Fund was established. A system whose implementation was not completed was replaced with a new one. The previous system of Health Authorities provoked a lot of criticisms; yet, it was not evaluated accurately and thoroughly, although it gave some room for corrections, for instance regarding the management of finance. The system flaws resulted from inadequately elaborated solutions at its introduction.

Also the new Fund-based system is arousing many controversies already at its start, the main source of which is the fact that the Fund seems to express a centralised approach to society's healthcare.