

Christoph Sowada, Marzena Woźniak-Tambor

Raport dla WHO o zadłużeniu szpitali

Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy (WHO Euro) w roku 2006 zainicjowało projekt badawczy, którego celem było określenie i analiza przyczyn nieefektywności i deficytów finansowych w wybranych europejskich systemach ochrony zdrowia. Badania polskie zlecono ekspertom z Instytutu Zdrowia Publicznego UJ CM w Krakowie – prof. dr hab. Stanisławie Golinowskiej, dr. Christophowi Sowada i mgr Marzenie Woźniak w ramach umowy zawartej między rządem Polski a Biurem Regionalnym WHO (tzw. Biennial Collaborative Agreement, BCA). Najważniejszy punkt umowy dotyczył sporządzenia raportu i sformułowania rekomendacji dla dalszych reform systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce w kontekście ograniczeń makroekonomicznych. Zamówiony raport *Sources of inefficiency and financial deficits in Poland's health care system* został ukończony w grudniu 2007 roku, jego polska wersja zaś pt. *Źródła nieefektywności i deficytów finansowych w polskim systemie ochrony zdrowia* w czerwcu 2008 roku. Zgodnie z rekomendacją zamawiającego analiza przeprowadzona w ekspertyzie opiera się na tzw. funkcjonalnym modelu WHO, który umożliwia poprzez śledzenie przepływu środków w systemie, poczynając od ich źródeł, przez proces poboru, tworzenia funduszy, alokacji, a kończąc na nabywaniu świadczeń, identyfikację miejsc oraz podmiotów sektora zdrowotnego odpowiedzialnych za powstawanie nieefektywności i nierównowagi finansowej systemu.

Na wstępie opracowania autorzy, wyjaśniając kategorie nieefektywności oraz deficytu finansowego, wskazują na wzajemne zależności pomiędzy tymi negatywnymi zjawiskami trapiącymi nie tylko polski system ochrony zdrowia. Deficyt finansowy z jednej strony może wynikać i często wynika z nieefektywności działań podejmowanych na różnych poziomach systemu. Z drugiej strony deficyt jako wynik niedofinansowania systemu może negatywnie oddziaływać na efektywność, zniechęcając podmioty sektora do podejmowania racjonalnych i efektywnych działań.

Kluczową część ekspertyzy stanowi analiza przepływu środków finansowych w polskim systemie ochrony zdrowia i identyfikacja na jej podstawie przyczyn pojawiania się nieefektywności i nierównowagi finansowej. Analiza ta stanowi podstawę do sformułowania na końcu raportu różnorodnych rekomendacji, kluczowych – zdaniem autorów – odnoszących się do dalszych reform. W odniesieniu do procesu gromadzenia środków autorzy zwracają szczególną uwagę na problem wysokości składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Jej niski poziom już na starcie reformy ochrony zdrowia w 1999 roku istotnie ograniczył zdolność systemu do utrzymania odpowiedniego poziomu jakości i ilości świadczonych usług oraz osiągnięcia równowagi finansowej. Niekompletność ubezpieczenia zdrowotnego: przedmiotowa (brak objęcia wszystkich rodzajów dochodów obowiązkiem oskładkowania) i podmiotowa (wyłączenie pewnych grup ubezpieczonych z obowiązku opłacania składki) także negatywnie wpływa na wysokość przychodów składkowych. Ponadto rząd, dyskrejonalnie zmieniając prawo w obszarze swoich obowiązków jako płatnika składek za niektóre grupy społeczne (np. bezrobotnych bez prawa do zasiłku), chroniąc budżet państwa, osłabiał budżet instytucji ubezpieczeń zdrowotnych, a tym samym zasilanie systemu ochrony zdrowia.

Następnie analizie został poddany proces alokacji terytorialnej zasobów finansowych. Szczególnie w okresie funkcjonowania kas chorych alokacja środków, nieoparta (także z powodu braku odpowiednich informacji) na analizie potrzeb zdrowotnych w przekroju regionalnym, nie sprzyjała efektywnemu wykorzystaniu środków, natomiast stosowany mechanizm wyrównania finansowego nie był w stanie zniwelować różnic wynikających z dysproporcji ryzyka zdrowotnego i przychodów kas w różnych regionach kraju.

Szczególnie dużo uwagi autorzy raportu poświęcają analizie procesu nabywania świadczeń zdrowotnych oraz samemu świadczeniu usług, identyfikując na tych etapach

przepływu środków najwięcej przyczyn nieefektywności i powstawania deficytów finansowych. Na pierwszym miejscu autorzy wymieniają tu brak precyzyjnie określonego koszyka świadczeń gwarantowanych. Brak zapowiedzianej w art. 68 Konstytucji RP ustawy określającej warunki i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych spowodował m.in., iż negatywne konsekwencje relatywnie niskiego poziomu finansowania ze środków publicznych w postaci limitowania świadczeń i niskiej ich wyceny zostały przesunięte ze szczebla publicznego płatnika na świadczeniodawców i pacjentów. Zwrócono uwagę na nieracjonalność w rozmieszczeniu infrastruktury placówek zdrowotnych, jako rezultat m.in. pozbawienia płatnika publicznego oraz w dużej części także organów założycielskich możliwości wpływania na terytorialne rozmieszczenie placówek ochrony zdrowia i ich wyposażenie. Także dyskrecjonalne decyzje polityczne nakierowane na ugaszenie protestów pracowników sektora bez analizy ich wpływu na budżety świadczeniodawców, a nawet bez wskazania źródeł finansowania (np. przy ustawie 203) negatywnie wpłynęły na sytuację finansową zakładów opieki zdrowotnej, zmuszając je często do nadmiernego zadłużenia. Według autorów raportu negatywną rolę w generowaniu deficytów finansowych (szczególnie na poziomie mikro) odegrała ponadto polityka kas chorych/NFZ w zakresie zawierania i rozliczania kontraktów ze świadczeniodawcami. Niejasna, lecz z reguły nierestrykcyjna polityka płacenia za tzw. nadwykonania oraz stosowane mechanizmy finansowania kreowały bodźce do nieefektywnych zachowań producentów świadczeń zdrowotnych.

Szczególnie krytycznie autorzy raportu odnieśli się do statusu prawnego publicznych zakładów opieki zdrowotnej, który zapewnił im daleko idącą autonomię w prowadzeniu gospodarki finansowej, bez ponoszenia odpowiedzialności za kreowanie długów. Jednocześnie także organy założycielskie (głównie samorządy terytorialne i uczelnie medyczne), nie posiadając odpowiednich instrumentów finansowych i prawnych, ale także bodźców ekonomicznych i politycznych, tylko w ograniczonym zakresie są zainteresowane tym, co dzieje się w podległych im placówkach.

Jako kolejne przyczyny nieefektywności i deficytów finansowych autorzy ekspertyzy wymieniają:

- brak informacji o rzeczywistych kosztach świadczonych usług powodujący niedostosowanie oferowanych przez płatnika taryf do kosztów produkcji, a przez to nieracjonalną alokację środków,
- zaniedbania na polu gospodarki zasobami ludzkimi, w tym brak systemów wynagradzania motywujących do efektywnej pracy,
- nieracjonalną gospodarkę zasobami rzeczowymi, szczególnie podejmowanie działań inwestycyjnych bez analizy potrzeb zdrowotnych oraz wszystkich kosztów (także kosztów pochodnych inwestycji),
- problemy organizacyjne na poziomie zakładów, w tym paraliżujący efektywne zmiany system ordynatorski, złą organizację pracy oraz nieumiejętne korzystanie z instrumentu outsourcingu.

Autorzy raportu prezentują także szczegółową analizę poziomu i struktury zadłużenia samodzielnych

publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce, podkreślając, iż podejmowane dotychczas jako przykład tzw. miękkiego budżetowania działania nakierowane na oddłużanie szpitali nie tylko nie rozwiązały problemu, lecz go jeszcze zaostrzyły, niekorzystnie wpływając na zachowania zarządzających szpitalami (wprowadzając element lekceważenia naganności zadłużania się i oczekiwanie oddłużenia placówek).

Kolejne krytyczne punkty autorzy raportu identyfikują w obszarze korzystania ze świadczeń zdrowotnych, szczególnie w odniesieniu do roszczeniowych zachowań pacjentów i wysokiej gotowości do uiszczania opłat nieformalnych.

Swoje przemyślenia autorzy raportu skonfrontowali z opiniami innych ekspertów z zakresu zdrowia publicznego oraz ekonomiki i finansowania ochrony zdrowia. Zewnętrzni eksperci za najważniejsze przyczyny nierównowagi uznali przyczyny tkwiące w sferze regulacji oraz zarządzania sektorem, brak koszyka świadczeń gwarantowanych, brak sieci placówek zdrowotnych, niewłaściwy status prawny świadczeniodawców oraz zaniżenie składki, potwierdzając tym samym opinię autorów raportu o kluczowej negatywnej roli sfery politycznej w badanym obszarze.

Na podstawie przeprowadzonej analizy wzmocnionej projekcją deficytu ubezpieczenia zdrowotnego (opartej na modelu ILO i uwzględniającej wpływ wielu zewnętrznych czynników, w tym zmian demograficznych i ekonomicznych) autorzy formułują szereg konkretnych rekomendacji skierowanych do polityków (*politics*), zarządzających sektorem zdrowotnym (*policy*), płatnika publicznego (Narodowy Fundusz Zdrowia), samorządów terytorialnych, samorządów zawodowych oraz zarządzających zakładami opieki zdrowotnej. We wnioskach raportu autorzy konkludują, iż deficyt finansowy w polskim systemie ochrony zdrowia jest skutkiem zarówno złego zarządzania sektorem, jak i nieefektywnego zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej. Jednak szczególne znaczenie ma obszar polityki oraz *sectoral governance*, który poprzez działania legislacyjne tworzy ramy prawne funkcjonowania zakładów, a także kształtuje zachowania i motywacje zarządzających placówkami. Biorąc pod uwagę fakt, iż czynniki zewnętrzne, takie jak zmiany demograficzne czy rozwój technologii, nie będą sprzyjać równowadze finansowej ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, proces bilansowania sektora zdrowotnego wymaga znacznie większej determinacji decydentów uwzględniającej ekonomiczne mechanizmy nakierowane na wzrost efektywności sektora.

■ O autorach:

dr n. polit. Christoph Sowada – adiunkt w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.

mgr Marzena Woźniak-Tambor – jest absolwentką studiów magisterskich w Instytucie Zdrowia Publicznego (UJ CM Kraków), obecnie doktorantka w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz Uniwersytetu Maastricht (Holandia).