

Jak działa system ochrony zdrowia w Polsce?

Warszawa, 13 grudnia 2016 r.

Dorota M. Fal

Konferencja szkoleniowa / warsztaty Polskiej Izby Ubezpieczeń

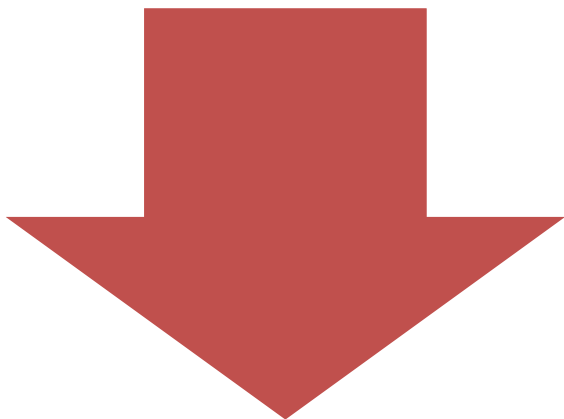
„Aktualne zasady finansowania procedur medycznych, w tym rehabilitacji, w systemie publicznej opieki zdrowotnej. Wskazania do leczenia rehabilitacyjnego w systemie prywatnym.”

Otoczenie prawne systemu opieki zdrowotnej

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

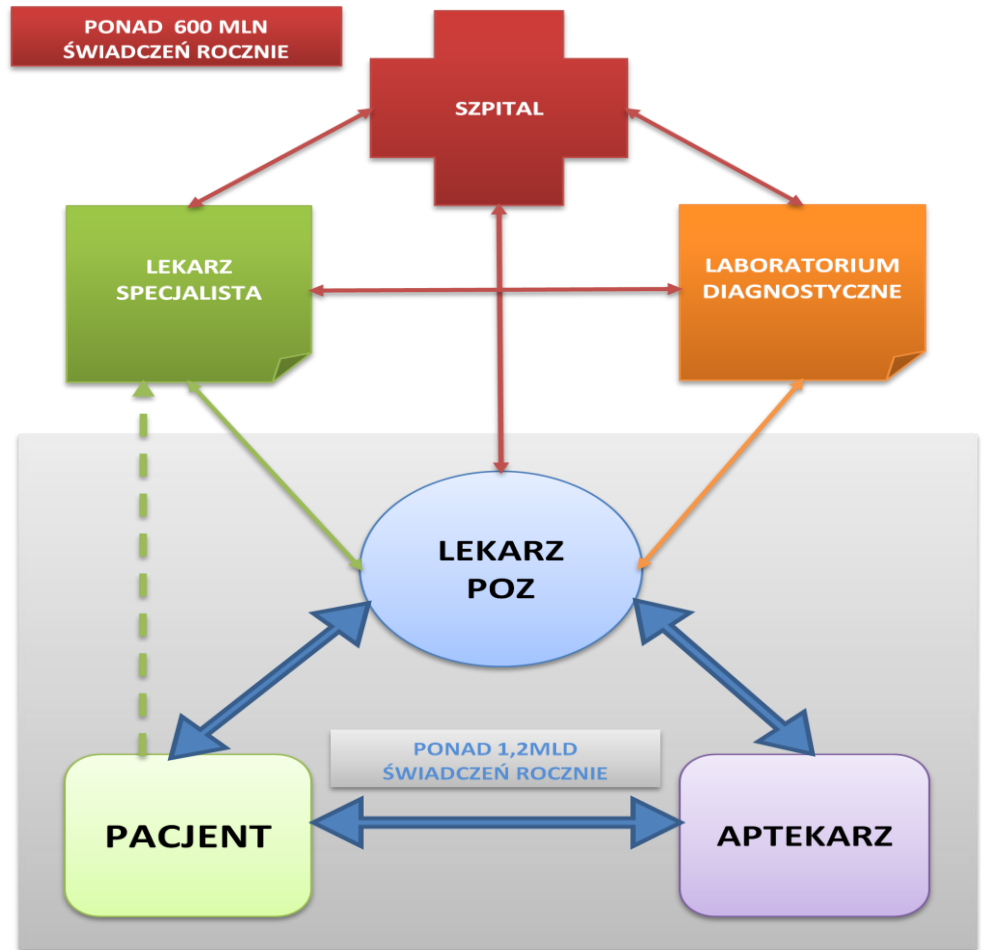
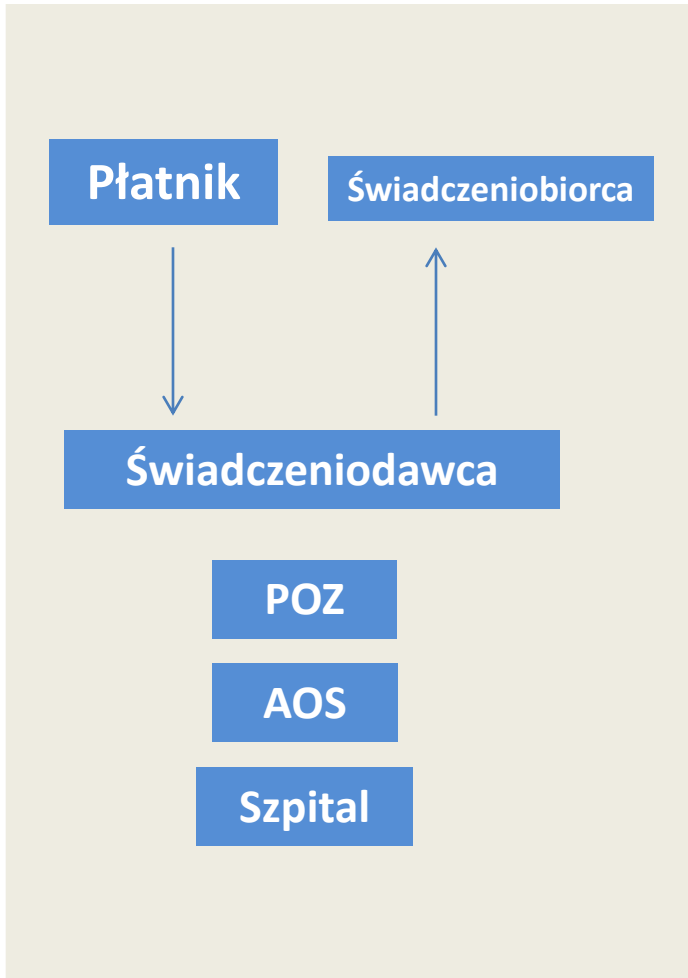


Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego (wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r.)

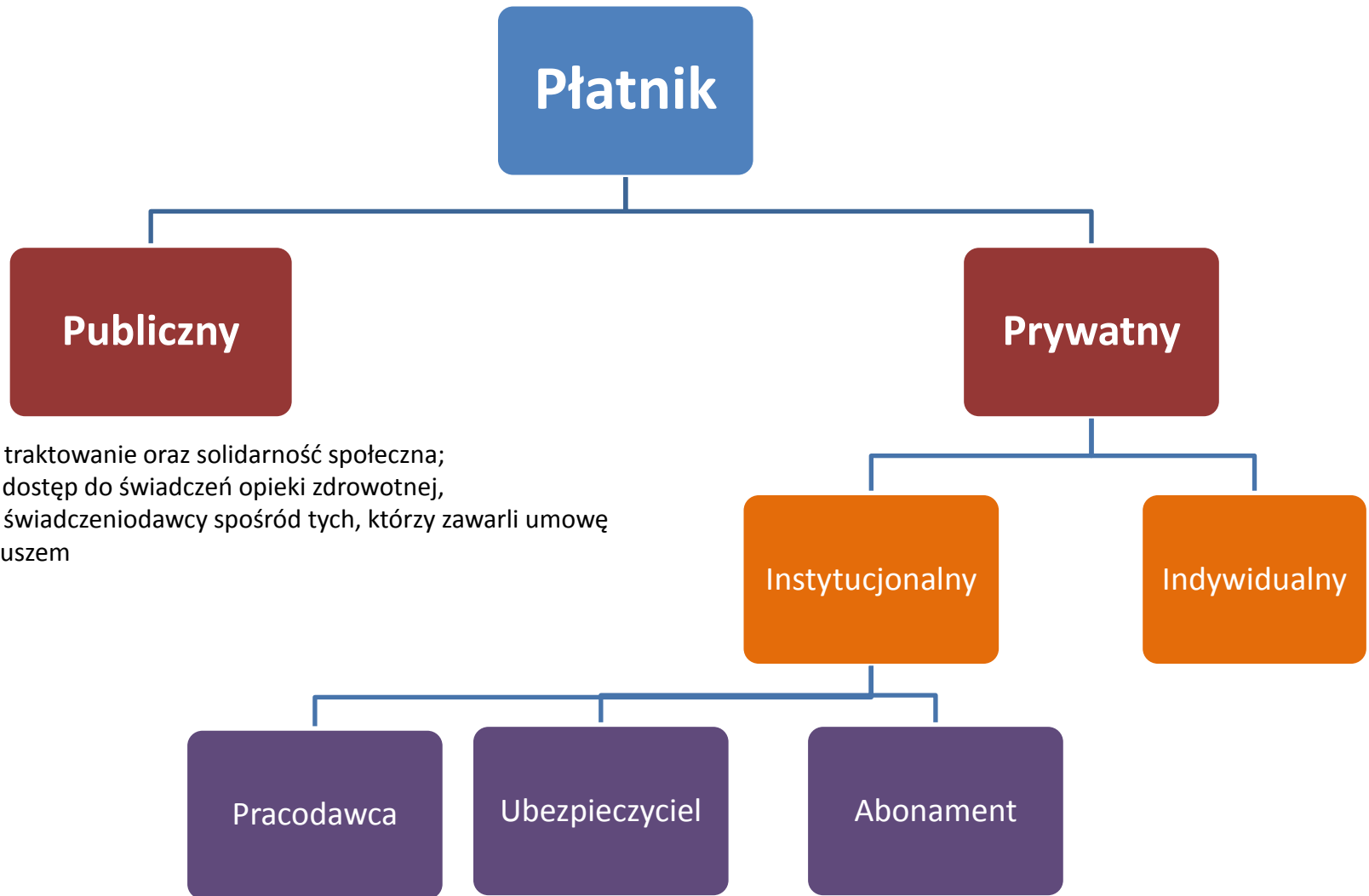
nie przesądza, który model organizacyjno-prawny systemu opieki zdrowotnej w Polsce powinien zostać wprowadzony w przyszłości. Powinien być on jednak oparty na równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych.



System ochrony zdrowia w Polsce



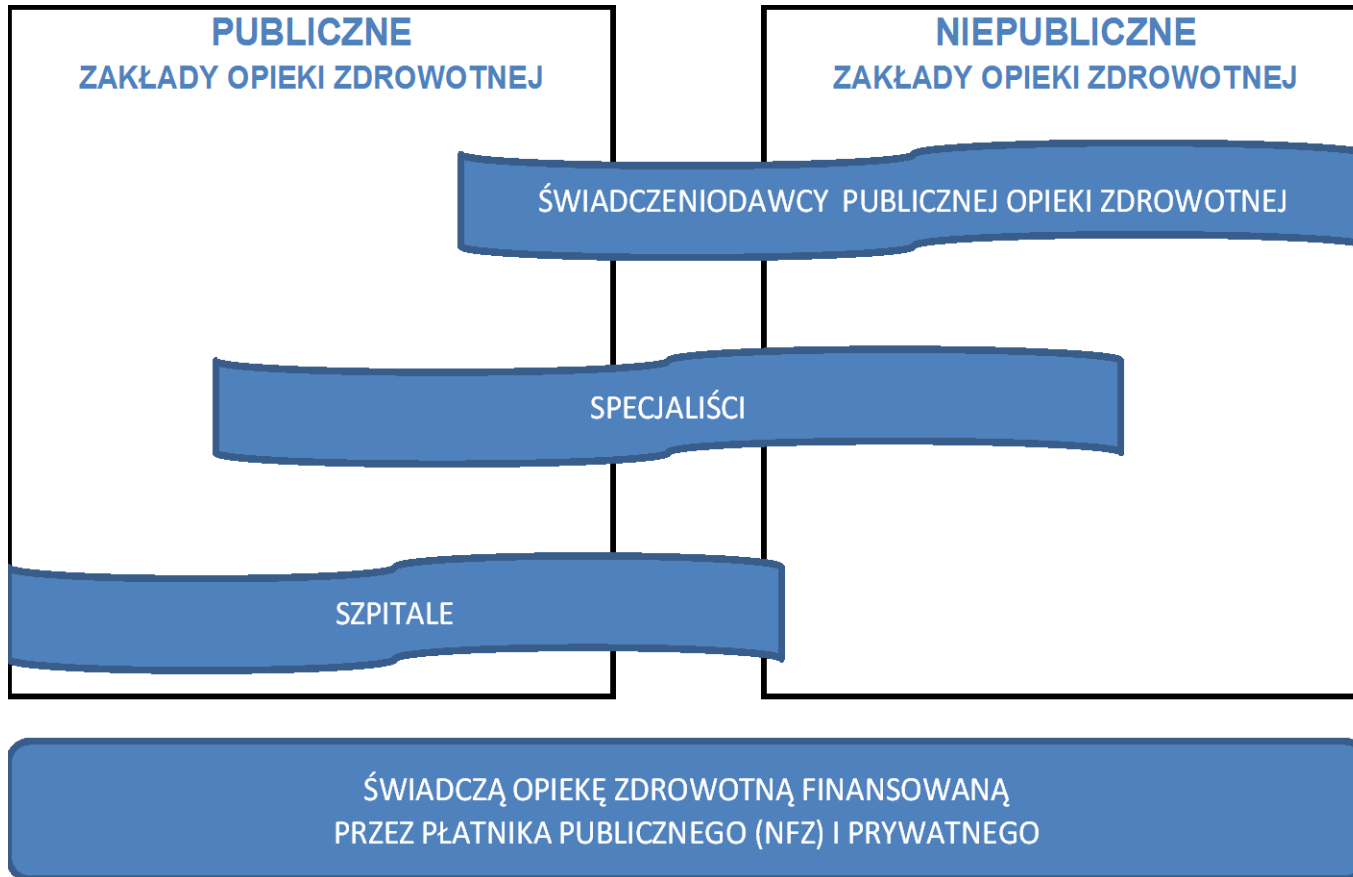
System ochrony zdrowia w Polsce



- równe traktowanie oraz solidarność społeczną;
- równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej,
- wybór świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowę z Funduszem

Sposoby finansowania usług medycznych

Publiczne i prywatne zakłady opieki zdrowotnej



Struktura uczestników systemu

Ministerstwo Zdrowia

- wytycza kierunki polityki zdrowotnej kraju oraz posiada uprawnienia kontrolne, a także działających przy nim konsultantów krajowych w poszczególnych specjalnościach medycznych

Narodowy Fundusz Zdrowia

- instytucja ubezpieczenia zdrowotnego pełniąca funkcję płatnika

Organy kontroli i nadzoru

- Państwowa Inspekcja Sanitarna (tzw. Sanepid)
- Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna
- Rzecznik Praw Pacjenta
- Wojewodowie i działające przy nich wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz konsultanci wojewódzcy w poszczególnych specjalnościach medycznych

Świadczeniodawcy

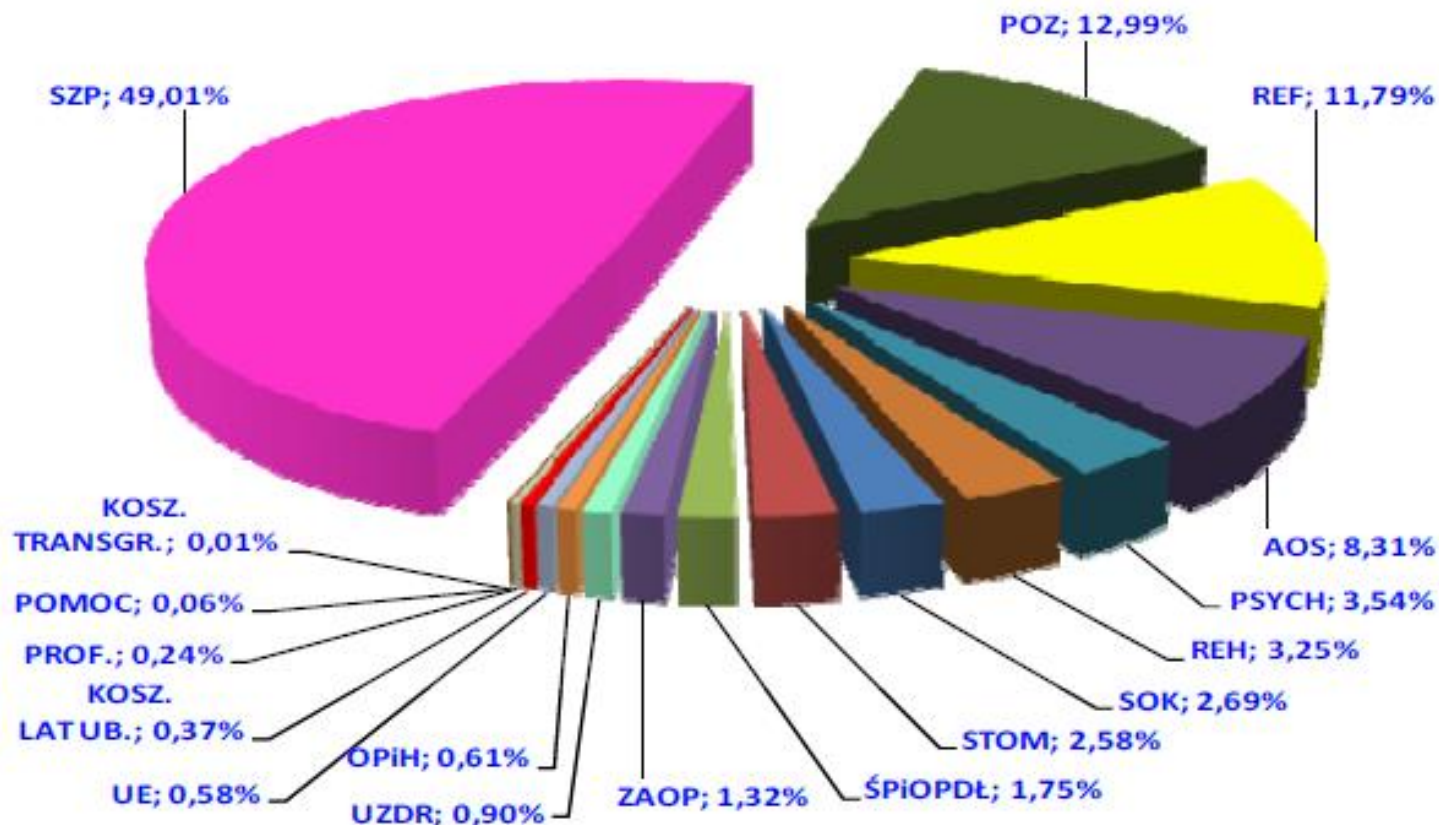
- podmioty lecznicze, które mogą prowadzić działalność jako przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia oraz kościoły. Do podmiotów wykonujących działalność leczniczą zalicza się również praktyki lekarskie, lekarsko-dentystyczne, pielęgniarskie oraz położnych
- apteki
- inni świadczeniodawcy, którzy udzielają świadczeń na podstawie umowy z NFZ

Świadczeniobiorcy

- Pacjenci, którzy który zwracają się o udzielenie lub korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Źródło: Opracowano na podstawie http://pl.wikipedia.org/wiki/System_opieki_zdrowotnej_w_Polsce

Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej NFZ w 2015 r.

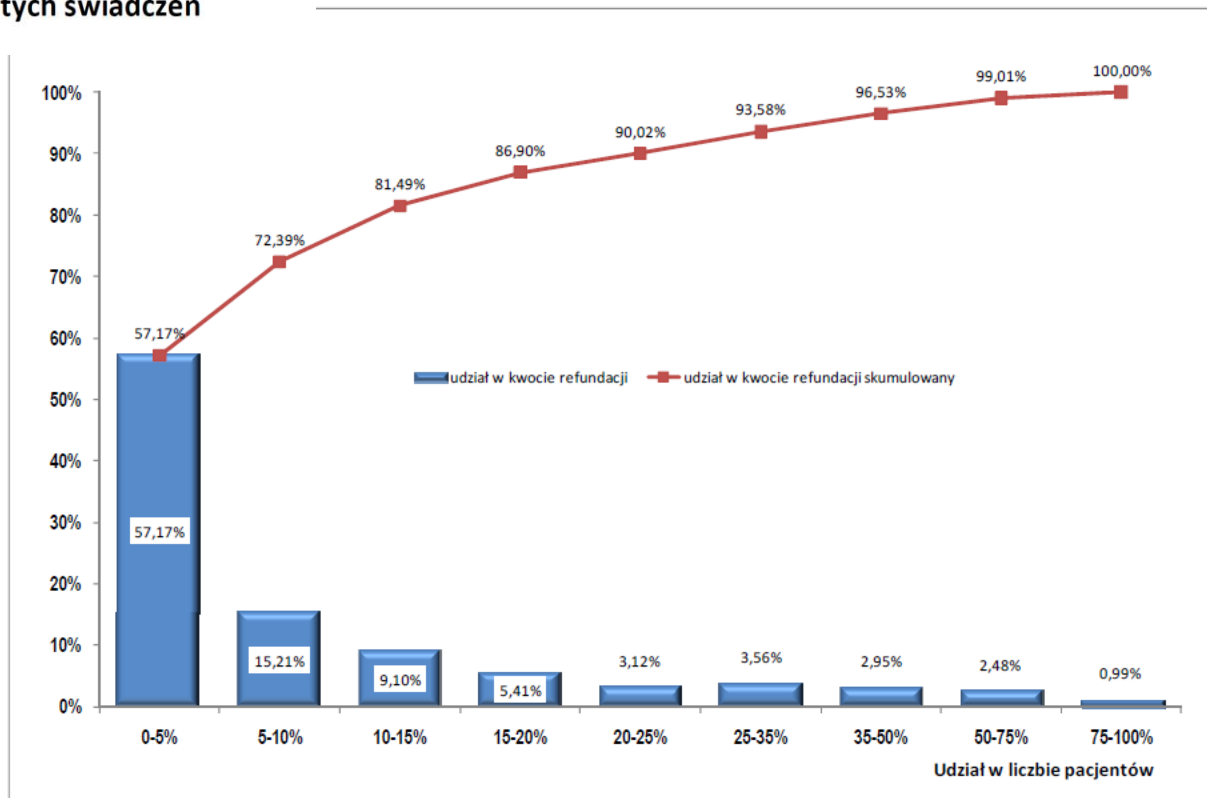


SZP – leczenie szpitalne, POZ – podstawowa opieka zdrowotna, REF – refundacja, AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, PSYCH – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, REH – rehabilitacja lecznicza, SOK – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, STOM – leczenie stomatologiczne, ŚPIOPDŁ – świadczenia pielęgnacyjne i opieka długoterminowa, ZAOP – zaopatrzenie w wyroby medyczne, UZDR – leczenie uzdrowiskowe, OPIH – opieka paliatywna i hospicyjna, UE – świadczenia udzielane w ramach przepisów o koordynacji rzeczowych świadczeń pomiędzy państwami UE, PROF. – profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych Funduszu, Kosz. Lat Ub. – koszty świadczeń z lat ubiegłych, POMOC – pomoc doraźna i transport sanitarny.

Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Udział w środkach NFZ

Analiza korzystania ze świadczeń opieki
zdrowotnej w 2009 r.
i rozkładu indywidualnych wydatków
Narodowego Funduszu Zdrowia związanych
z finansowaniem tych świadczeń

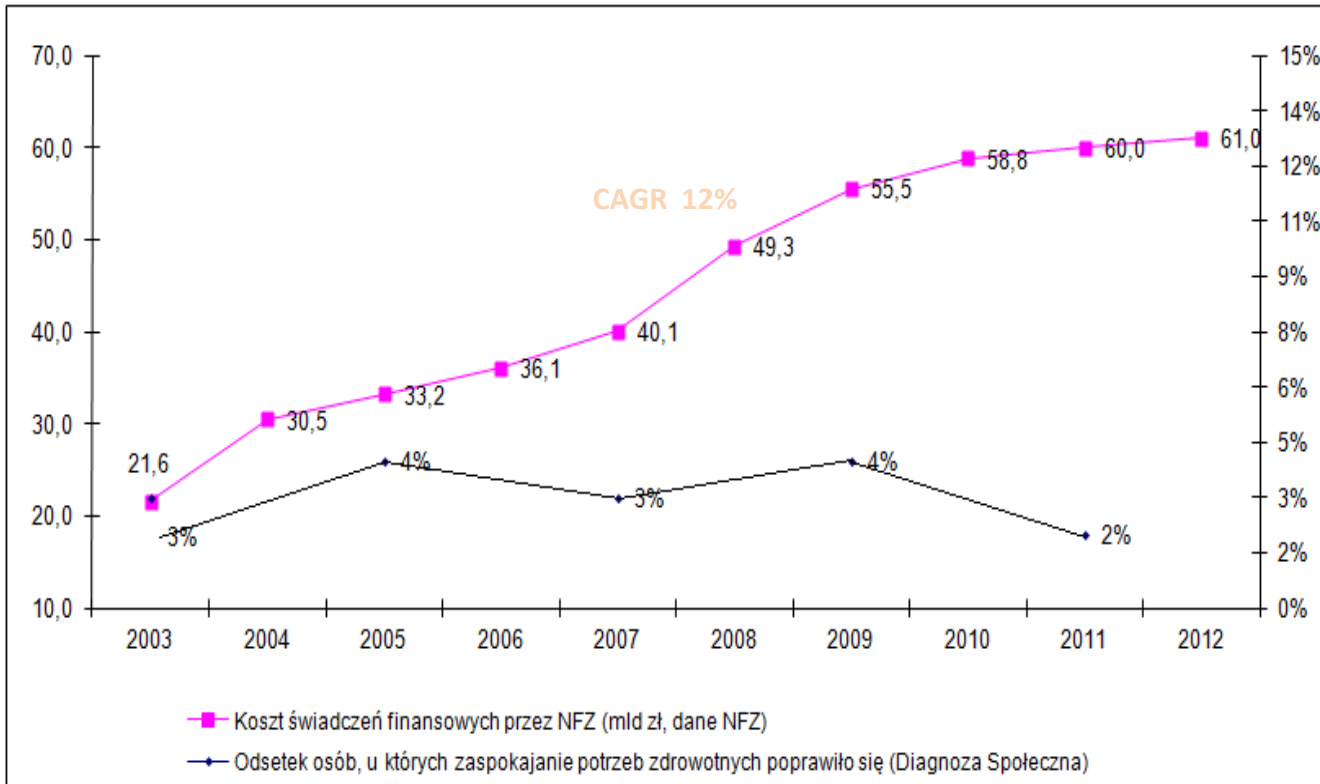


Wykres 1.1 - Udział w wydatkach NFZ na leczenie odniesiony do udziału w populacji pacjentów

5% ubezpieczonych konsumuje 57% środków
70% ubezpieczonych w ogóle korzysta ze świadczeń

Wydatki publiczne

Rosnący budżet NFZ nie przekłada się na zadowolenie pacjentów



Powody rosnących wydatków publicznych:

- Wzrost PKB
- Wyższe wpływy
- Lepsza ściągalność składki
- Rosnące wynagrodzenia

Według sondażu CBOS z marca 2012 78% Polaków nie jest zadowolonych z publicznej opieki zdrowotnej.

Wydatki publiczne

| Rok | Wartość kosztów świadczeń zdrowotnych wg. planu finansowego NFZ | Dynamika wzrostu kosztów |
|------|---|--------------------------|
| 2010 | 54,08 | |
| 2011 | 58,40 | 7,99% |
| 2012 | 60,94 | 4,34% |
| 2013 | 63,23 | 3,77% |
| 2014 | 64,52 | 2,03% |
| 2015 | 68,48 | 6,14% |
| 2016 | 69,50 | 1,49% |
| 2017 | 73,71 | 6,05% |

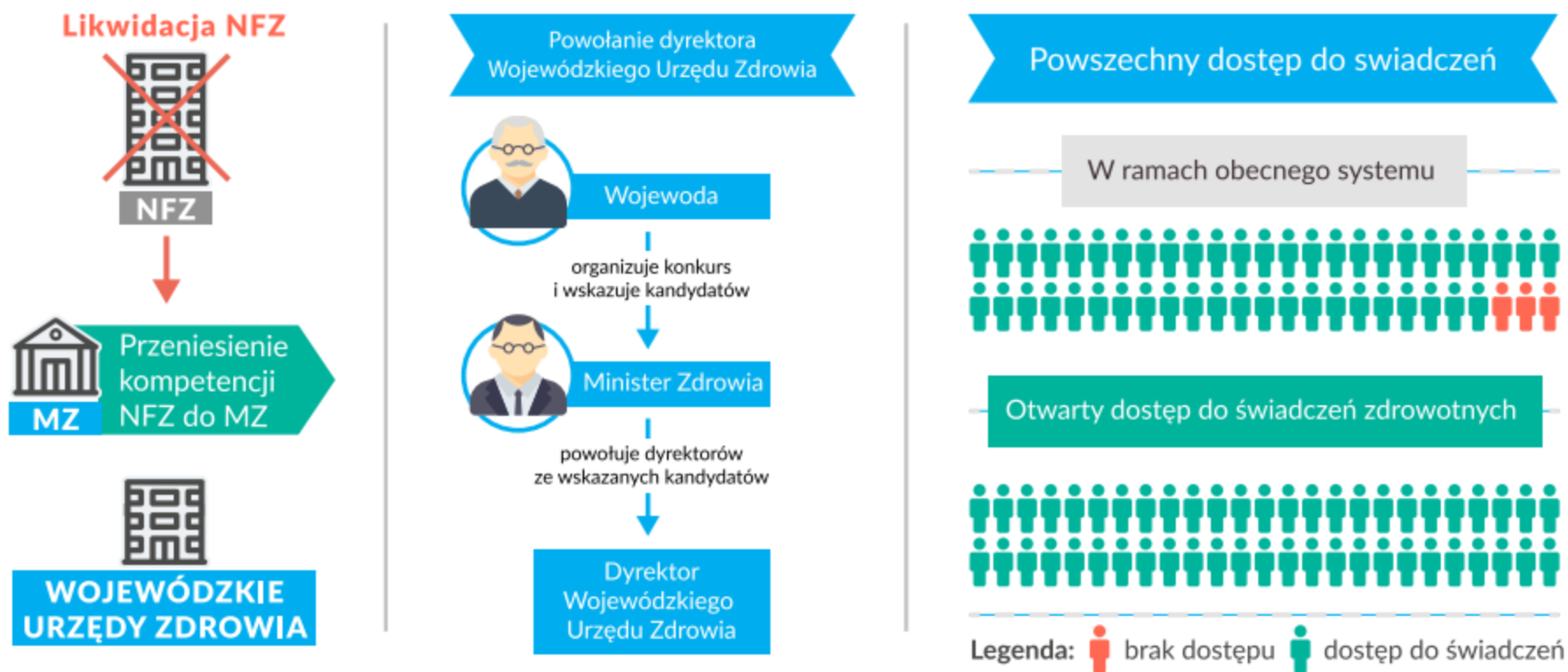
- Wg badania CBOS najwięcej osób (40% ogółu badanych) leczyło się w sposób „mieszany” tj. w ramach NFZ i prywatnie.
- Podstawową motywacją wyboru leczenia prywatnego był krótszy czas oczekiwania na wizytę czy badanie (jest to deklaracja 70% badanych, którzy przynajmniej raz skorzystali z usług świadczonych poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym). Należy dodać, że prawie co piąty ankietowany, który potrzebował konsultacji specjalisty (17%), nie dostał się do niego w ramach świadczeń publicznej opieki zdrowotnej.
- Niezależnie od korzystania z publicznej opieki zdrowotnej, prawie co drugi ankietowany (47% ogółu badanych), leczył się „prywatnie” – poza systemem finansowanym czy współfinansowanym przez NFZ.
- Stosunkowo najmniej respondentów wykonywało badania diagnostyczne (10%) i analizy laboratoryjne (15%) poza systemem świadczeń gwarantowanych przez państwo.

Źródło: Plany finansowe NFZ oraz Raport CBOS „Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych”

- Zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne i tworzenie kolejnych programów nie przynosi oczekiwanych efektów: kolejki pacjentów do lekarzy nie maleją, nie skraca się też czas oczekiwania na większość zabiegów.
- Kolejna już kontrola wykonania zadań przez NFZ wykazała, że pomimo ponownego zwiększenia – tym razem o ponad 4 mld zł – wartości umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami oraz wprowadzenia tzw. pakietu kolejkowego dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych w 2015 r. nadal się nie poprawił.
- NIK zwraca uwagę, że dzieje się tak pomimo niepełnego wykorzystania potencjału świadczeniodawców: blisko 90 proc. szpitali deklaruje, że mogłaby wykonywać więcej zabiegów bez zwiększania zatrudnienia i zakupu dodatkowego sprzętu, a zawarte kontrakty mogłyby być wyższe o ok 18 proc.
- W porównaniu do roku 2014, średni czas oczekiwania na świadczenia w 2015 r. wydłużył się w przypadku siedmiu spośród dziewięciu analizowanych rodzajów oddziałów szpitalnych oraz pięciu (spośród dziewięciu analizowanych) rodzajów poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Priorytet I: Budowa sprawnego systemu zarządzania powszechnie dostępnej służby zdrowia



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Jakość opieki zdrowotnej mierzona wynikami leczenia w rankingu EHCI 2015

Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2015



- Niezależnie od kryzysów finansowych i ograniczeń wydatków, skuteczność leczenia w europejskich systemach opieki zdrowotnej nieustannie poprawia się.

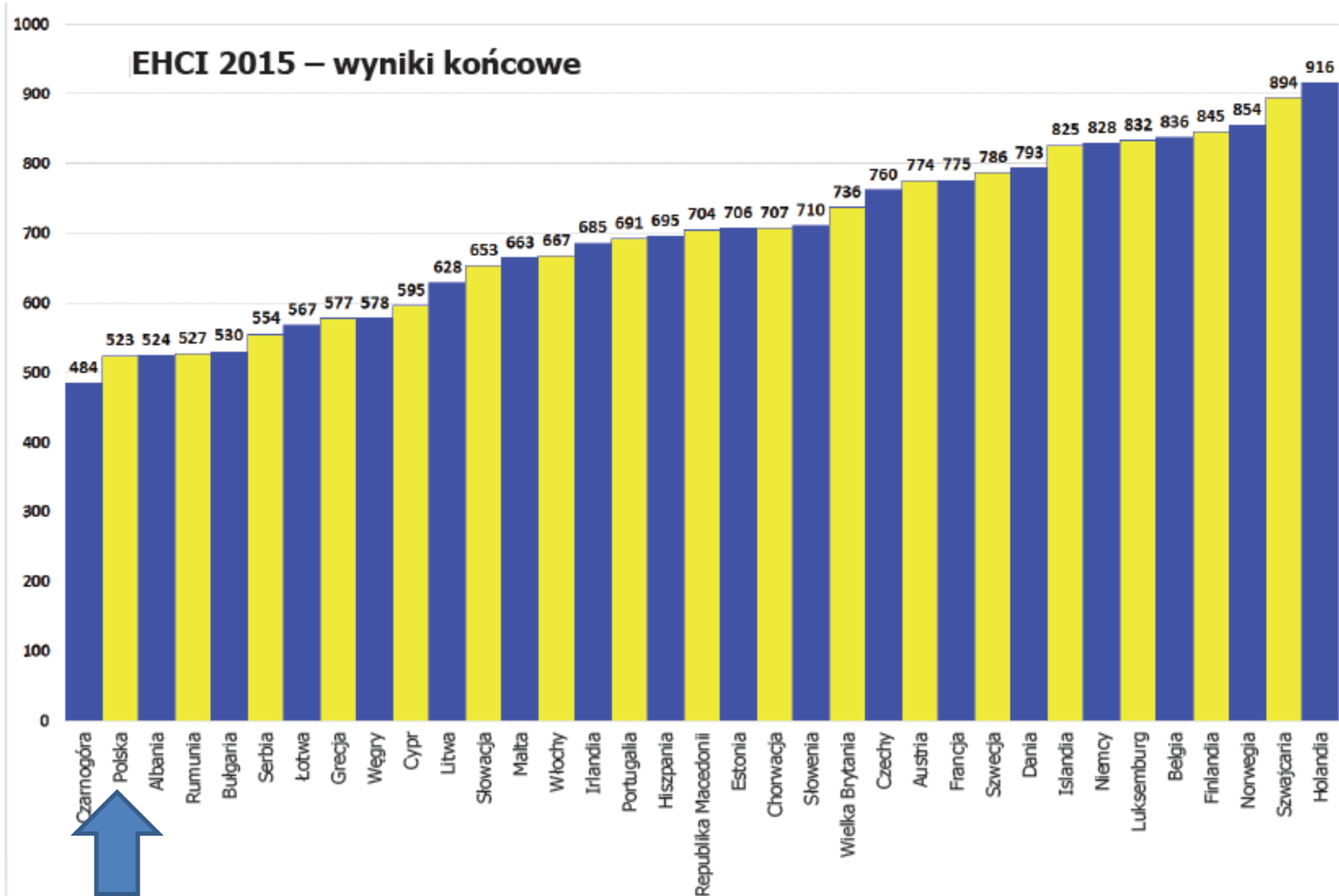
- W tej kategorii wartości graniczne dla wyniku zielonego, żółtego i czerwonego nie zmieniły się od 2006 roku, podczas gdy liczba krajów uzyskujących zielony wynik wzrosła z dziewięciu w 2006 r. do dwudziestu trzech w 2015 r. Poniżej znajduje się „mapa jakości opieki zdrowotnej” w Europie, przygotowana na podstawie punktacji uzyskanej w podkategorii „Wyniki leczenia” w rankingu EHCI 2015



Health Consumer
Powerhouse

Dzięki uprzejmości Johana Hjertqvista – Prezesa Health Consumer Powerhouse, „Europejski Konsumencki Inteks Zdrowia 2015”

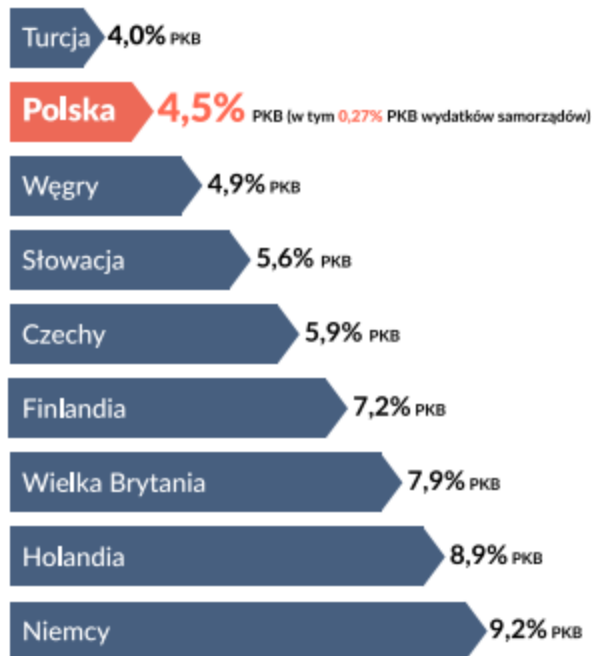
Porównanie systemów opieki zdrowotnej w rankingu EHCI 2015



Dzięki uprzejmości Johana Hjertqvista – Prezesa Health Consumer Powerhouse, „Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2015”

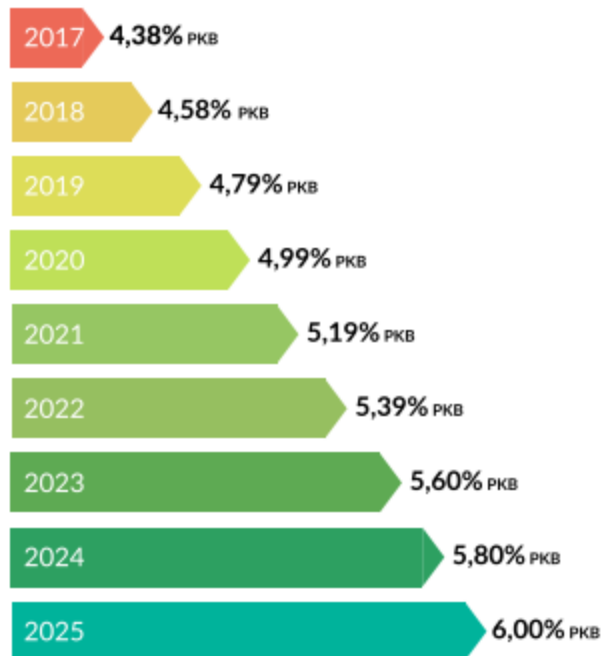
Priorytet III: Projektowane zwiększenie nakładów na zdrowie w latach

Nakłady publiczne w państwach OECD



Dane OECD i GUS za 2013 rok wg metodologii SHA2011.

Mapa wzrostu nakładów na zdrowie



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

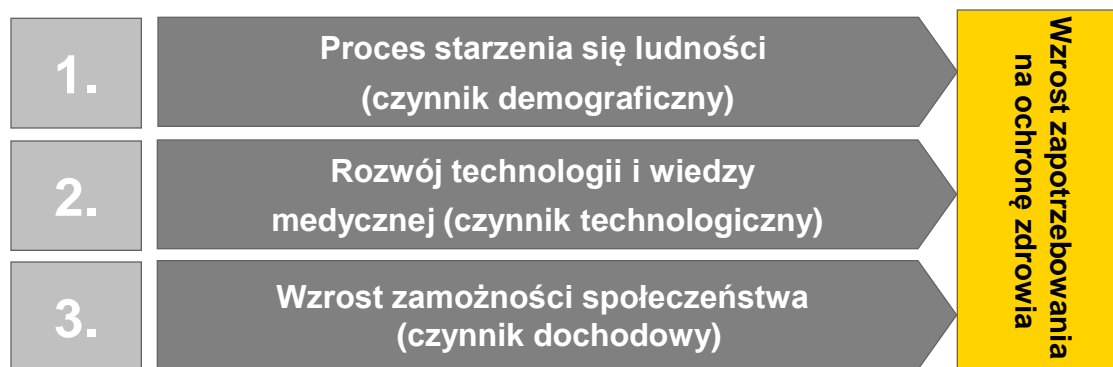
Powody rosnącej presji na wydatki zdrowotne

- **Starsi - wielochorobowość, rosnąca długość życia**
- **Dzieci - leczenie chorób rzadkich, diagnostyka genetyczna, terapie indywidualne**

- **Osoby w wieku produkcyjnym – poprawa kondycji zdrowotnej zwiększy wydajność pracy. Przy zmniejszającym się odsetku tych osób w całej populacji WYDAJNOŚĆ jest podstawowym motorem wzrostu.**

Wzrost naturalny zgodny ze zmianą demografii i rozwojem technologii znacząco obciążą budżet OZ

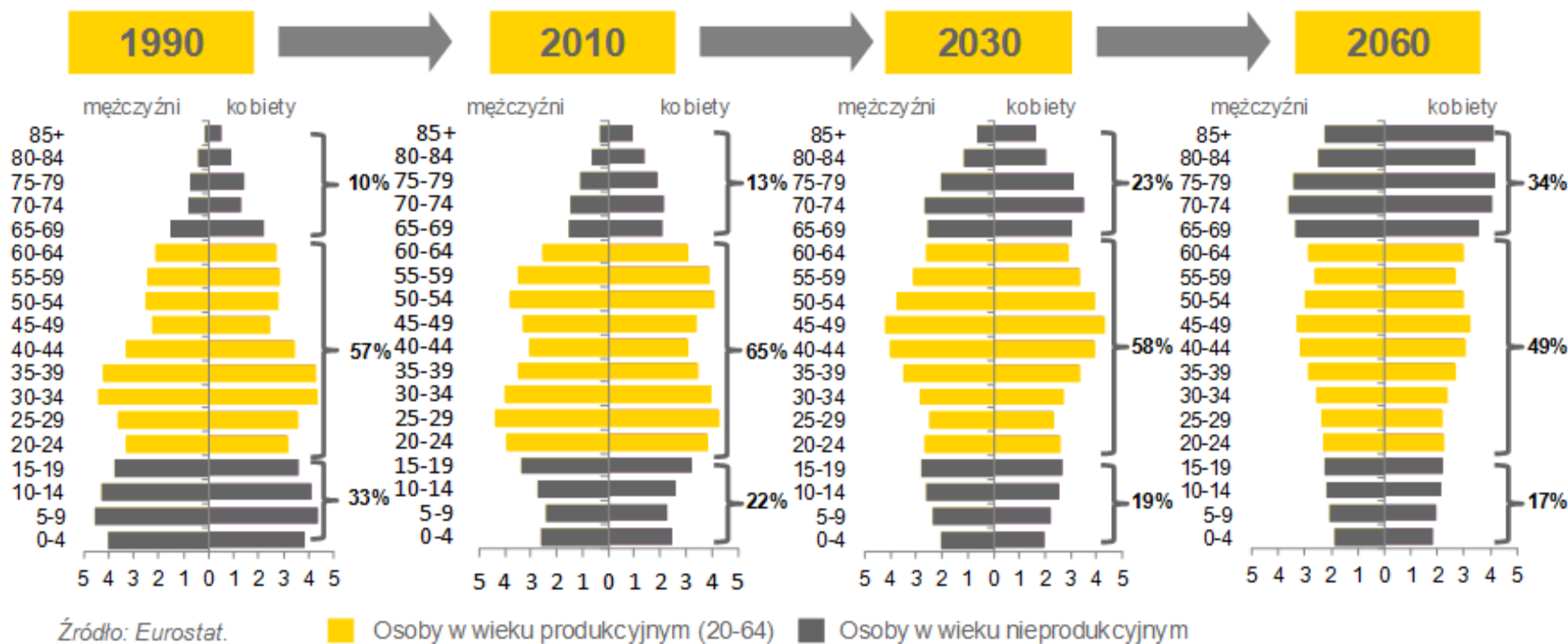
De facto FINANSUJĄ SYSTEM - wzrost wydajności zwiększy środki na OZ wszystkich grup.



W nadchodzących dekadach odsetek osób starszych w populacji Polski istotnie wzrośnie

- Liczba osób w wieku 65+ wzrośnie z 5,1 mln w 2010 roku (13% ludności) do 11,3 mln w 2060 roku (ponad 34% populacji).
- Odsetek osób w wieku produkcyjnym (20-64 lata) spadnie z 65% w 2010 do 49% w 2060 roku.

Piramidy płci i wieku dla Polski w latach 1990-2060



Źródło: Eurostat.

Osoby w wieku produkcyjnym (20-64)

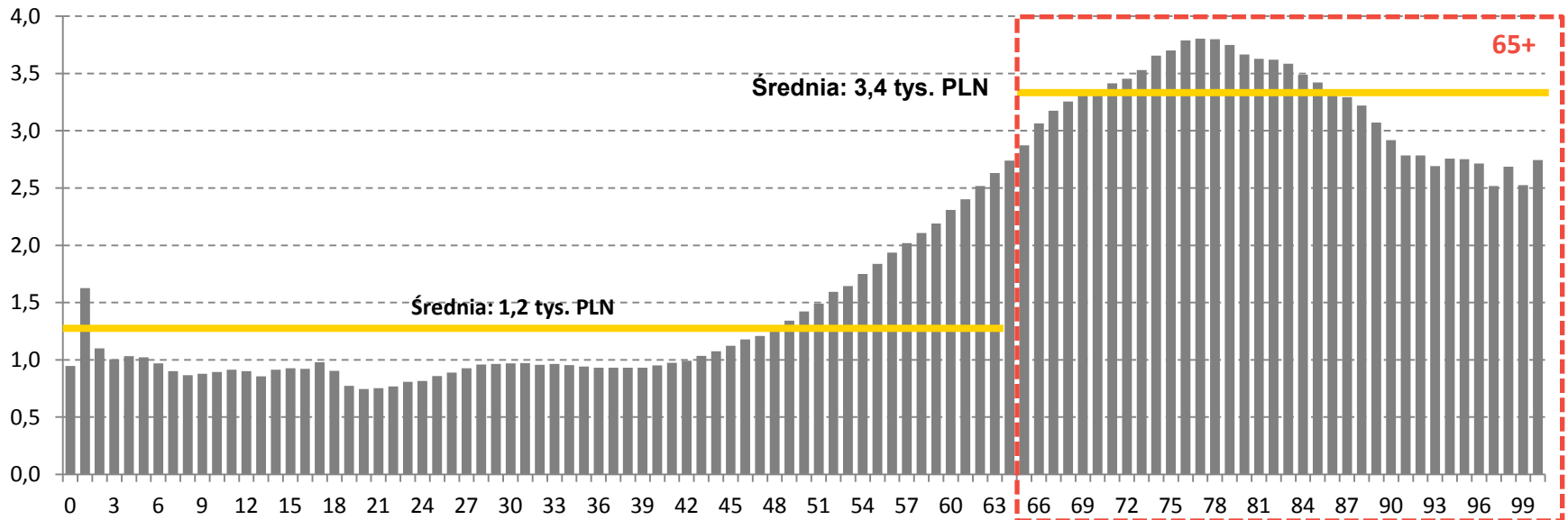
Osoby w wieku nieprodukcyjnym

Źródło: Raport pt. „Rola i funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski”, Polska Izba Ubezpieczeń przy współpracy Ernst & Young

Wydatki na ochronę zdrowia rosną wraz z wiekiem

- Oznacza to, że przy braku istotnych zmian w strukturze zachorowalności według wieku, starzenie się populacji będzie prowadzić do wzrostu zapotrzebowania oraz zmiany struktury popytu na świadczenia zdrowotne. To z kolei będzie rodzić konsekwencje dla systemu finansowania oraz dla podaży usług medycznych.

Profil wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce na mieszkańca w zależności od wieku w 2011 roku (tys. PLN)

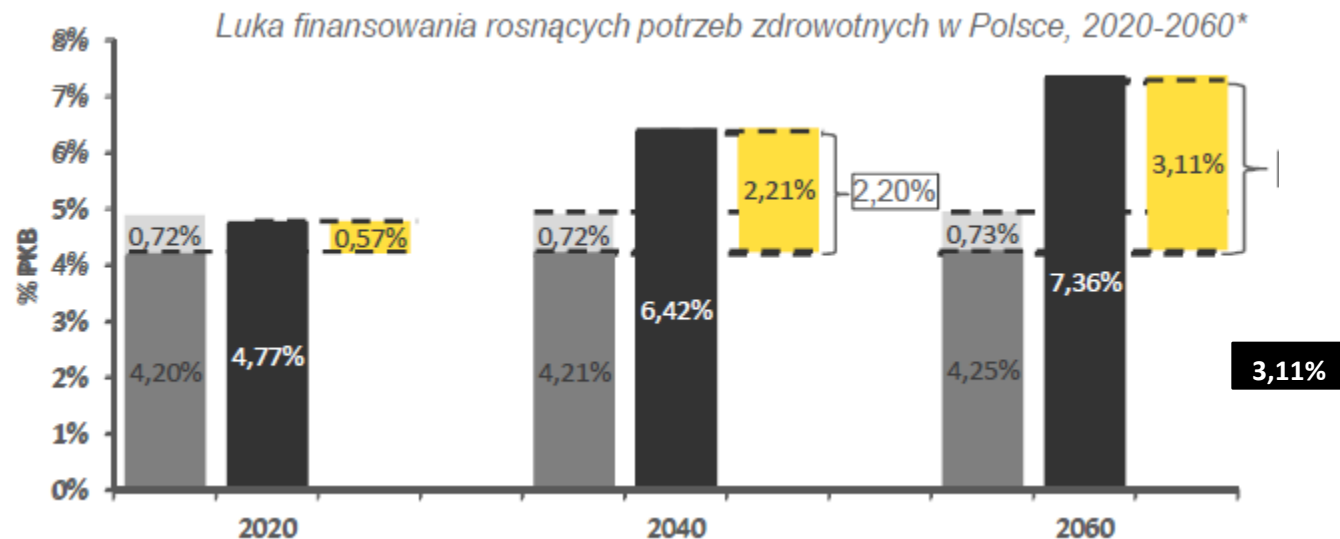


Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dzięki uprzejmości Ernst & Young

Luka budżetowa będzie rosła

- Przy założeniu utrzymania obecnego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce, do 2060 roku luka w finansowaniu potrzeb zdrowotnych ze środków publicznych może sięgnąć 3,1% PKB.
- W przypadku stopniowego zwiększenia składki na ubezpieczenie zdrowotne (z 9% w 2015 r. do 11% podstawy wymiaru składki w 2019 r.) lukę w finansowaniu uda się zniwelować **wyłącznie w krótkim okresie**.



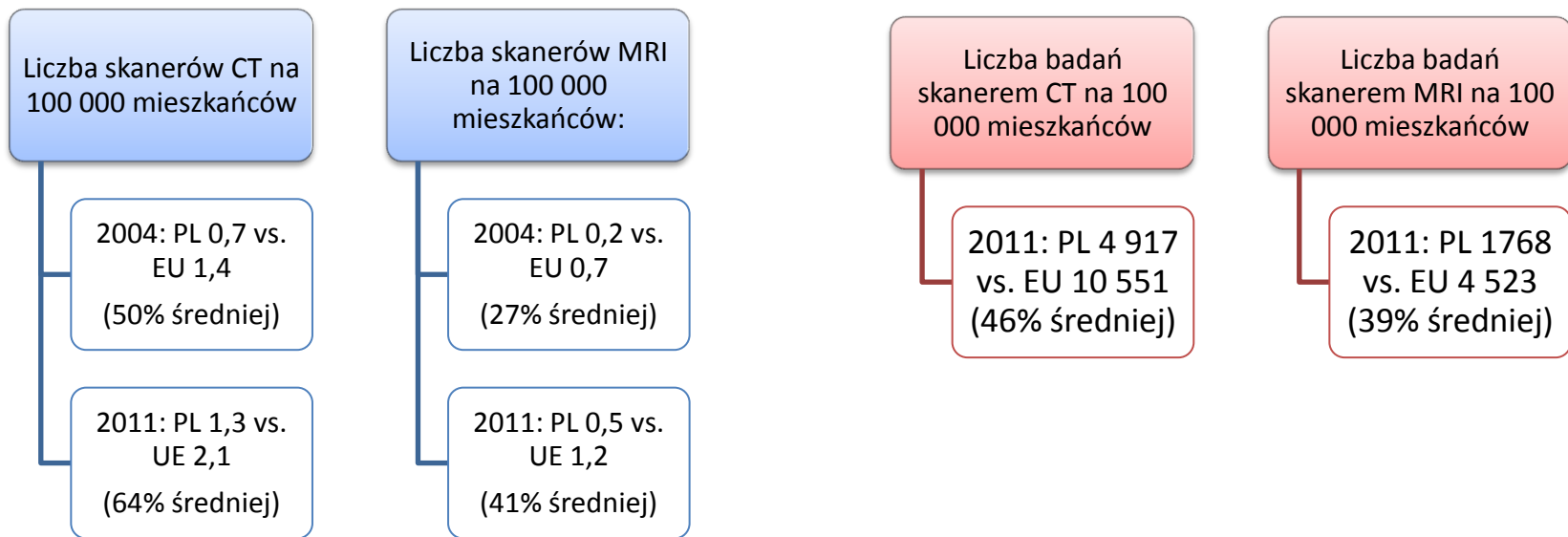
* W analizie przyjęto konserwatywne założenie, że obecnie zgłaszane zapotrzebowanie na świadczenia w ochronie zdrowia odpowiada bieżącemu finansowaniu.
Dostępne finansowanie oszacowano na podstawie danych Ministerstwa Finansów. Popyt na podstawie European Commission, The 2015 Ageing Report (scenariusz AWG risk).

Źródło: „Systemowe aspekty finansowania ochrony zdrowia w Polsce”, EY, 2015.

Zasoby w ochronie zdrowia – sprzęt medyczny

- **Ilość sprzętu rośnie, ale jest zdecydowanie niższa w Unii Europejskiej:**

- Powód - limity zabiegów, które powodują, że wykorzystanie sprzętu jest niższe niż potencjalnie możliwe:



Źródło: „Rynek zdrowotny w Polsce – wydatki państwa i obywateli na leczenie w kontekście pakietu onkologicznego”, EY, 2014

Zasoby – kadra medyczna

Praktykujący lekarze (oś OX) oraz absolwenci kierunków lekarskich (oś OY) w wybranych krajach europejskich w latach 2008-2011* (na 100 tys. ludności)



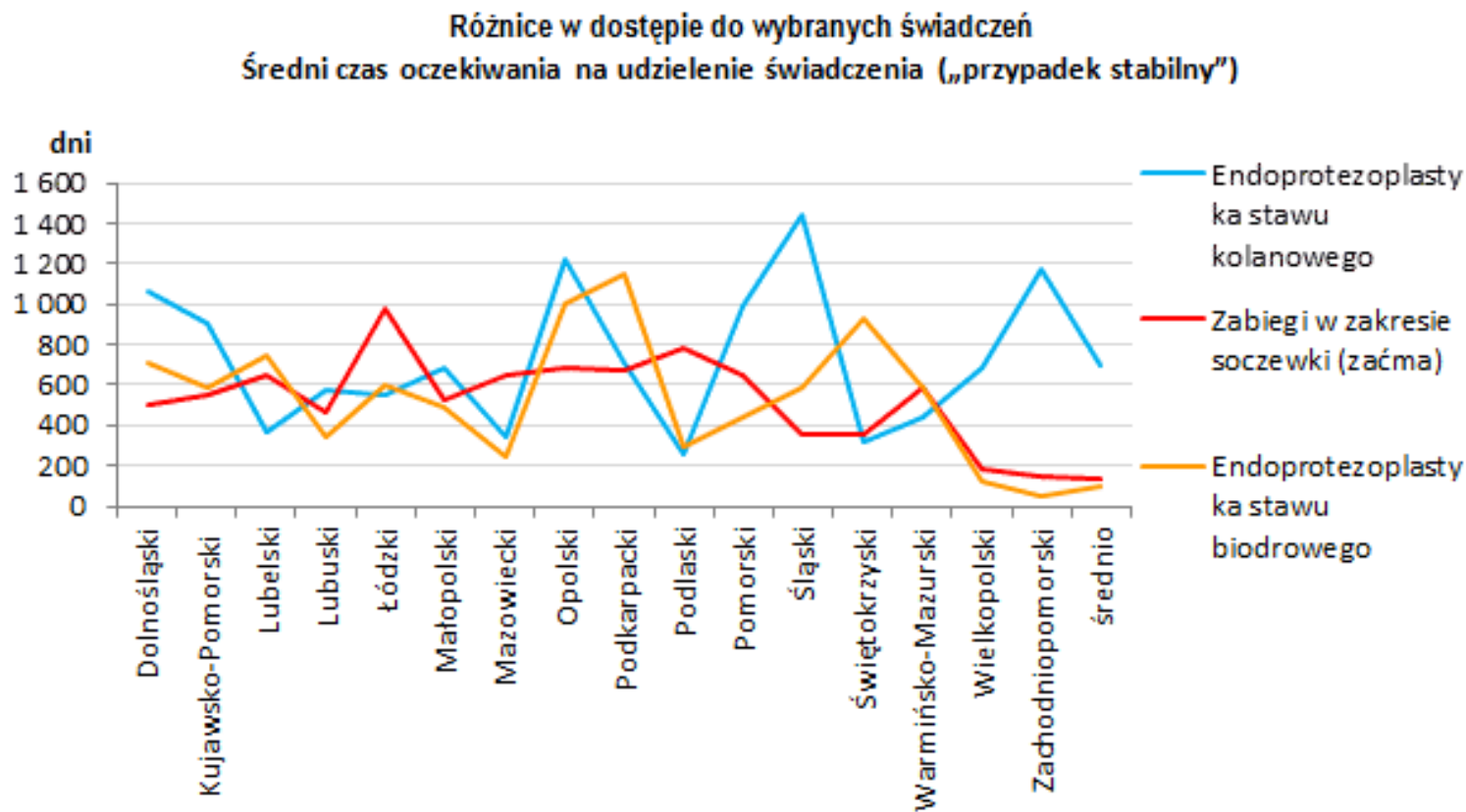
- **Polska ma jedną z najniższych liczbę praktykujących lekarzy na 100 tys. ludności w Europie.**
- **Niska liczba absolwentów medycyny grozi dalszym pogarszaniem się sytuacji.**

*W przypadku krajów, dla których dane w bazie Eurostat nie były dostępne dla roku 2011, uwzględniono obserwacje nie starsze niż 2008 rok.

Źródło: „Rynek zdrowotny w Polsce – wydatki państwa i obywateli na leczenie w kontekście pakietu onkologicznego”, EY, 2014 - na podstawie Eurostat.

Równy dostęp?

Szczególnie długo oczekiwano na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego, endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz zabiegów związanych z leczeniem zaćmy. Średni rzeczywisty czas oczekiwania (obliczony na podstawie rzeczywistych czasów oczekiwania osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia) w poszczególnych OW NFZ był zróżnicowany i mógł przekraczać nawet 1400 dni.

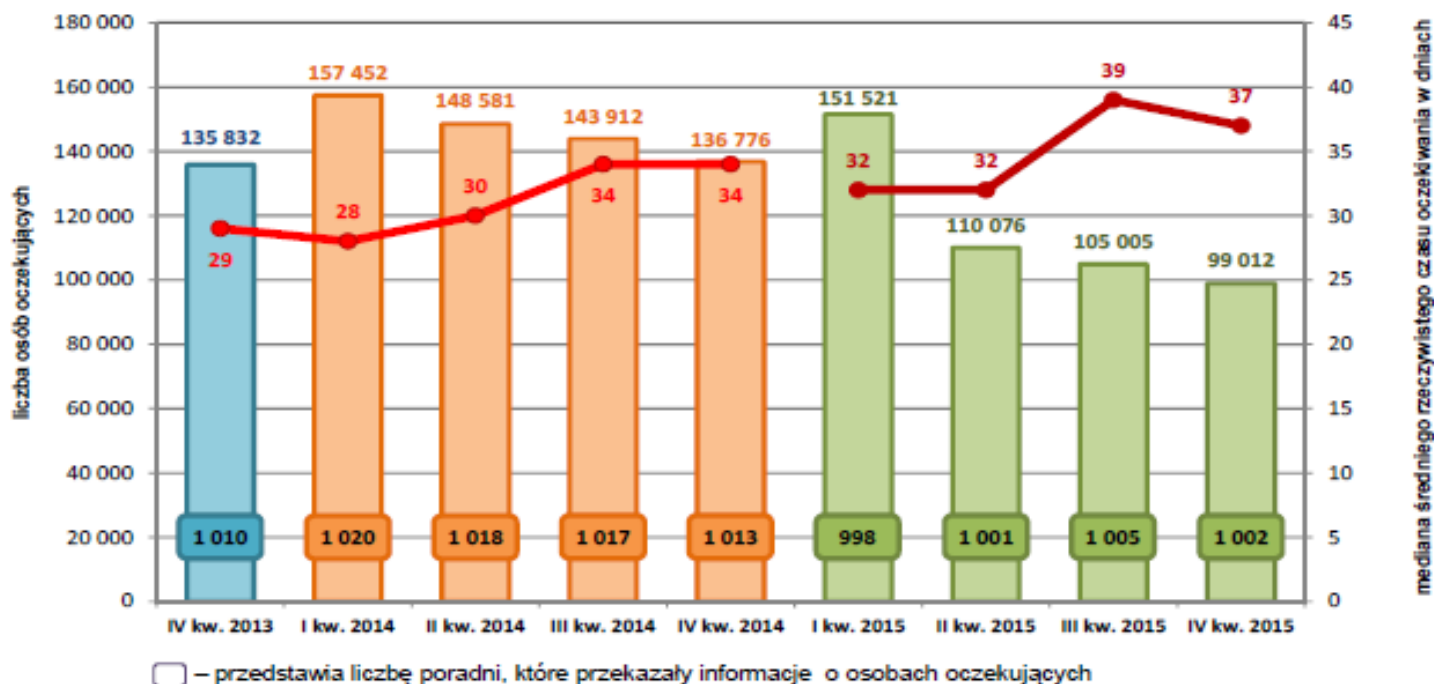


Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Czas oczekiwania-poradnie chirurgiczne

W poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 136 776 do 99 012 osób (o 27,6%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 34 do 37 dni (o 8,8%)

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej w latach 2013–2015, „przypadki stabilne”

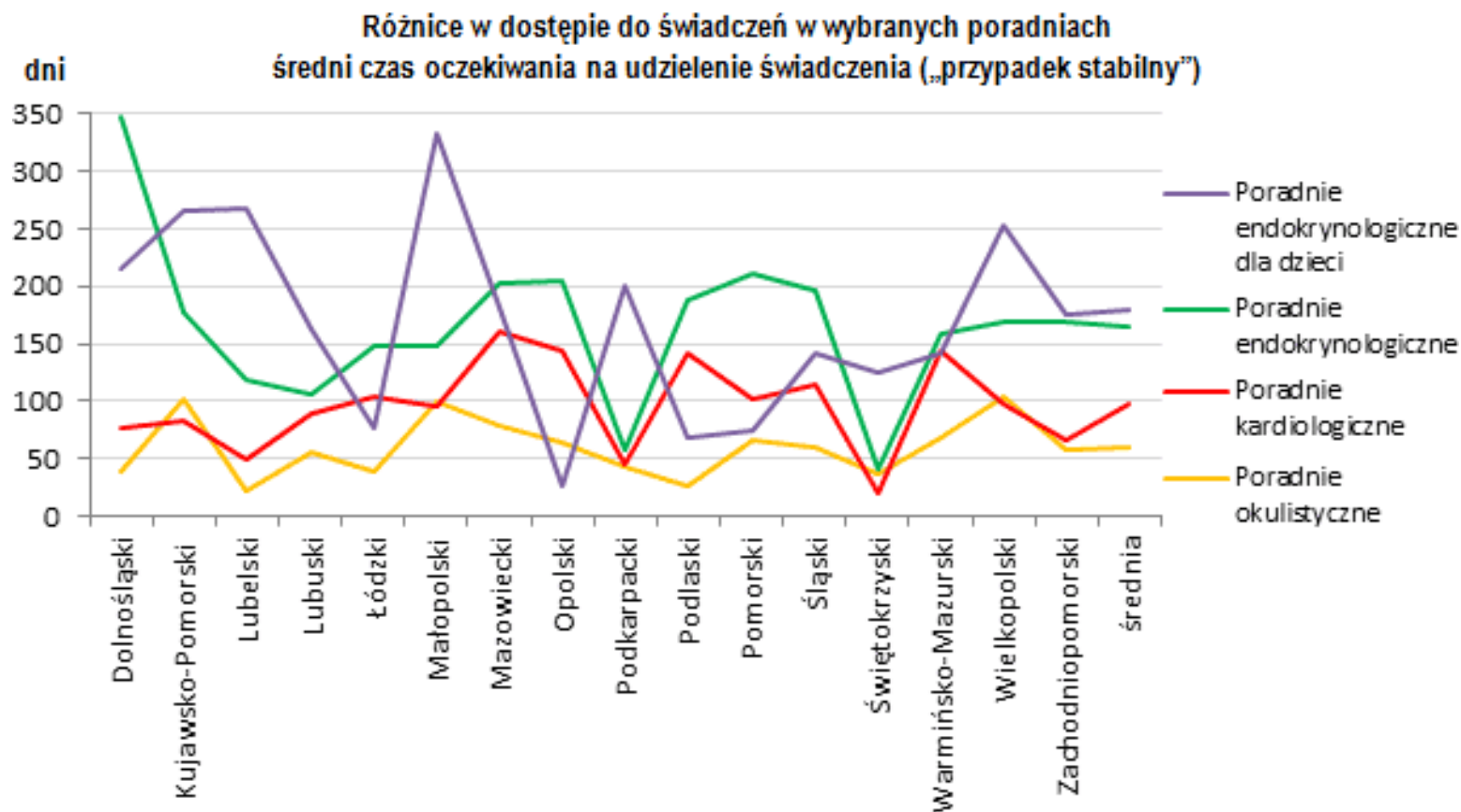


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Poradnie specjalistyczne- równy dostęp?

Według NIK w 2015 r. NFZ nie zapewnił **równego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich ubezpieczonych**, co naruszało podstawową zasadę ustawy o świadczeniach, czyli zapewnienia ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Było to spowodowane m.in. nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju.

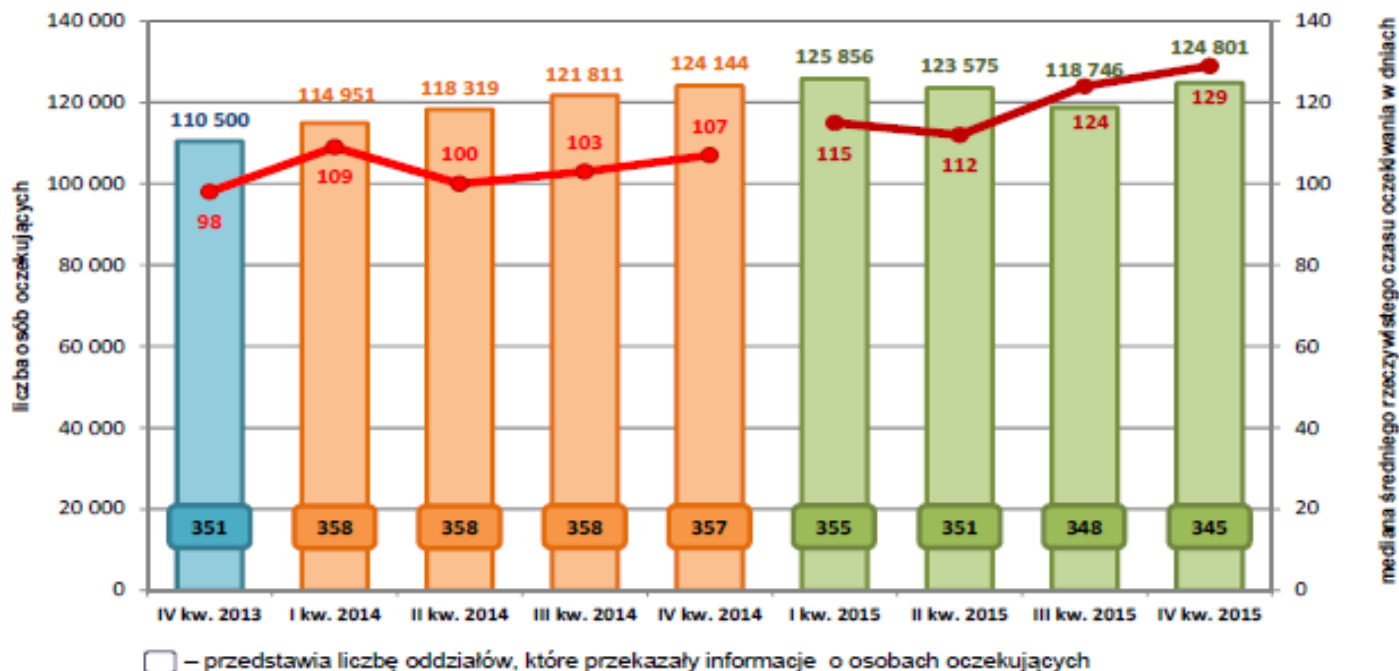


Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Czas oczekiwania- szpitale chirurgiczne

W leczeniu szpitalnym (przypadki stabilne) w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 124 144 do 124 801 osób (o 0,5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 107 do 129 dni (o 20,6%).

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej w latach 2013–2015, „przypadki stabilne”

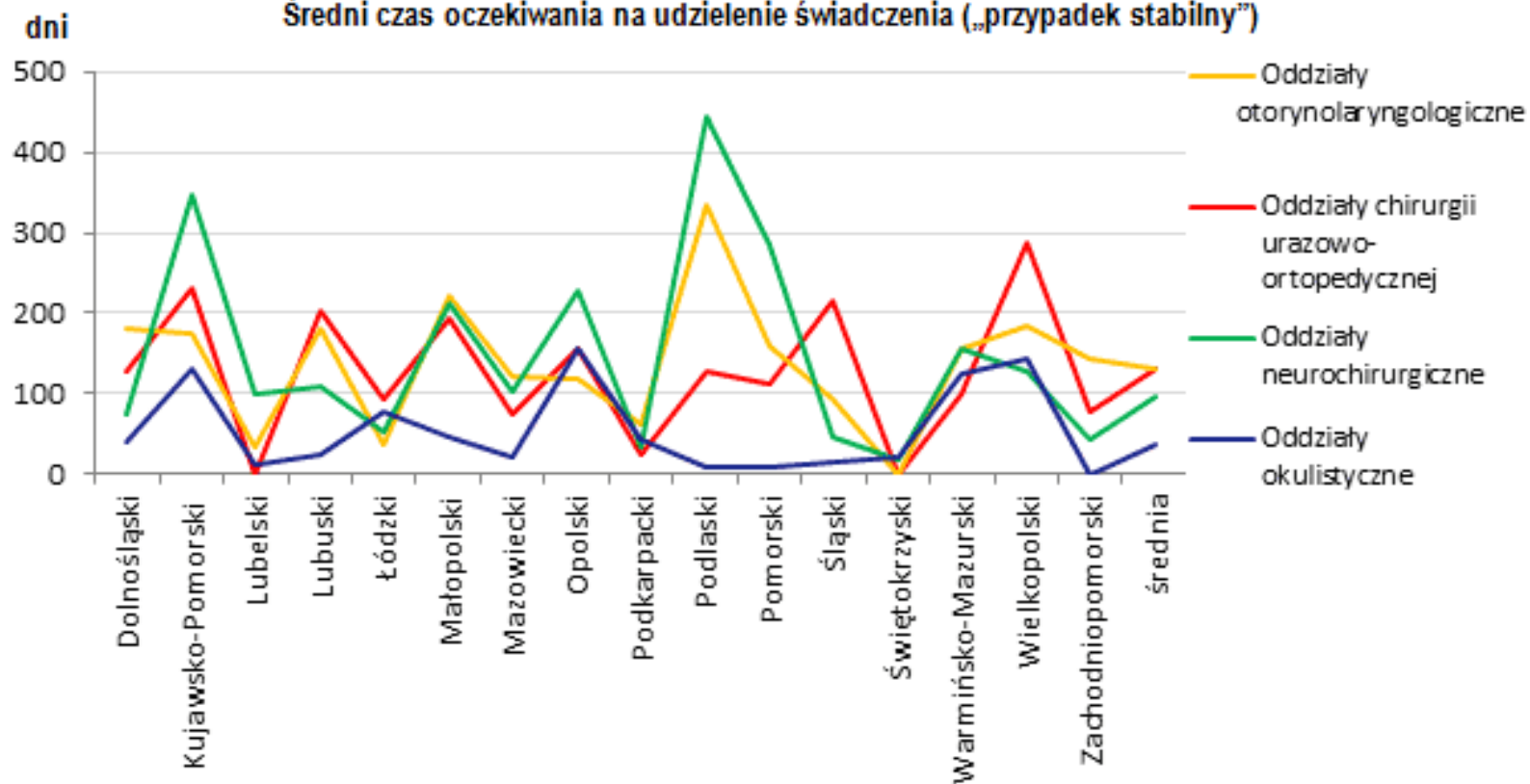


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Szpitale- równy dostęp

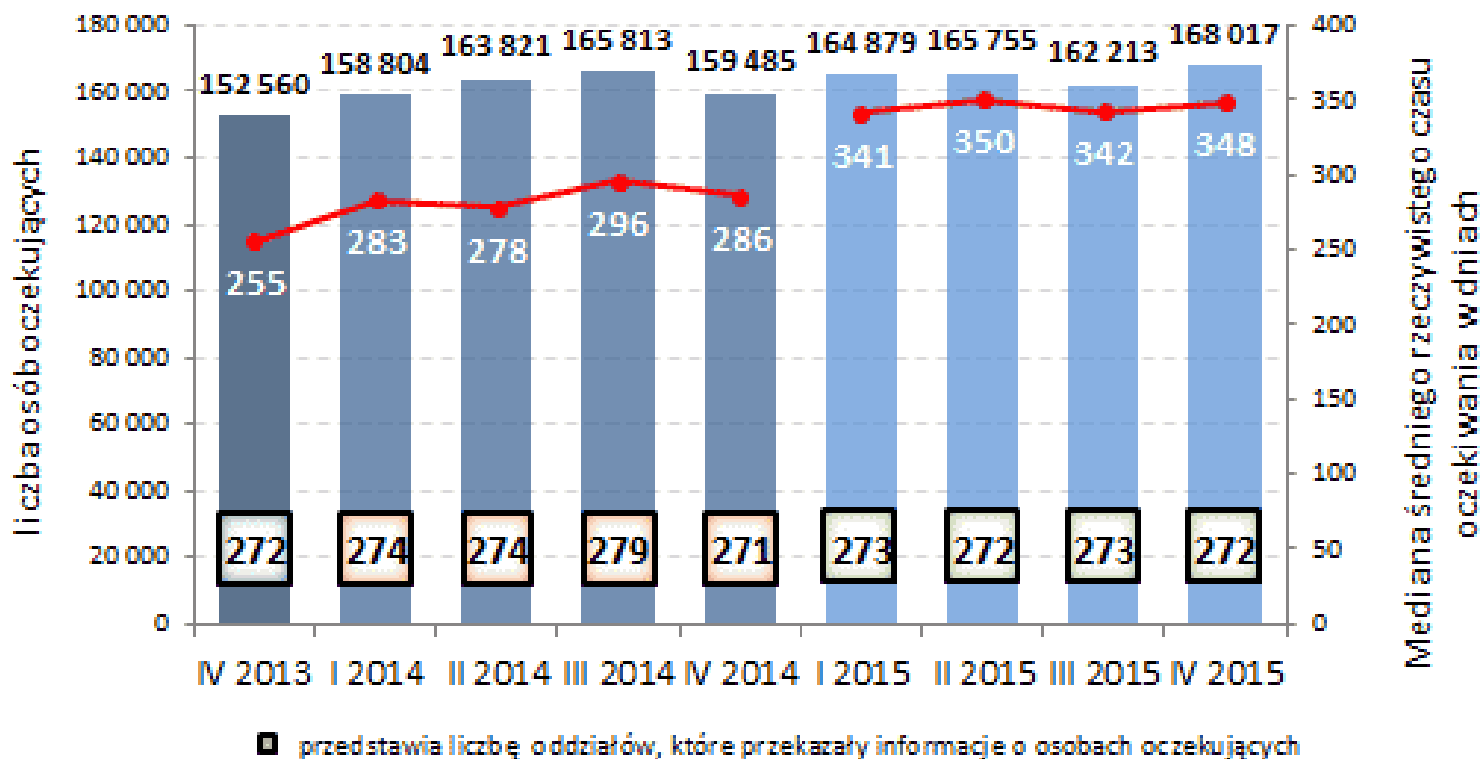
Różnice w dostępie do świadczeń w wybranych szpitalach
Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia („przypadek stabilny”)



Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Oddziały rehabilitacyjne

W oddziałach rehabilitacyjnych średni czas oczekiwania („przypadek stabilny”) wzrósł o 62 dni (z 286 do 348 dni, tj. o 21,7 proc.).

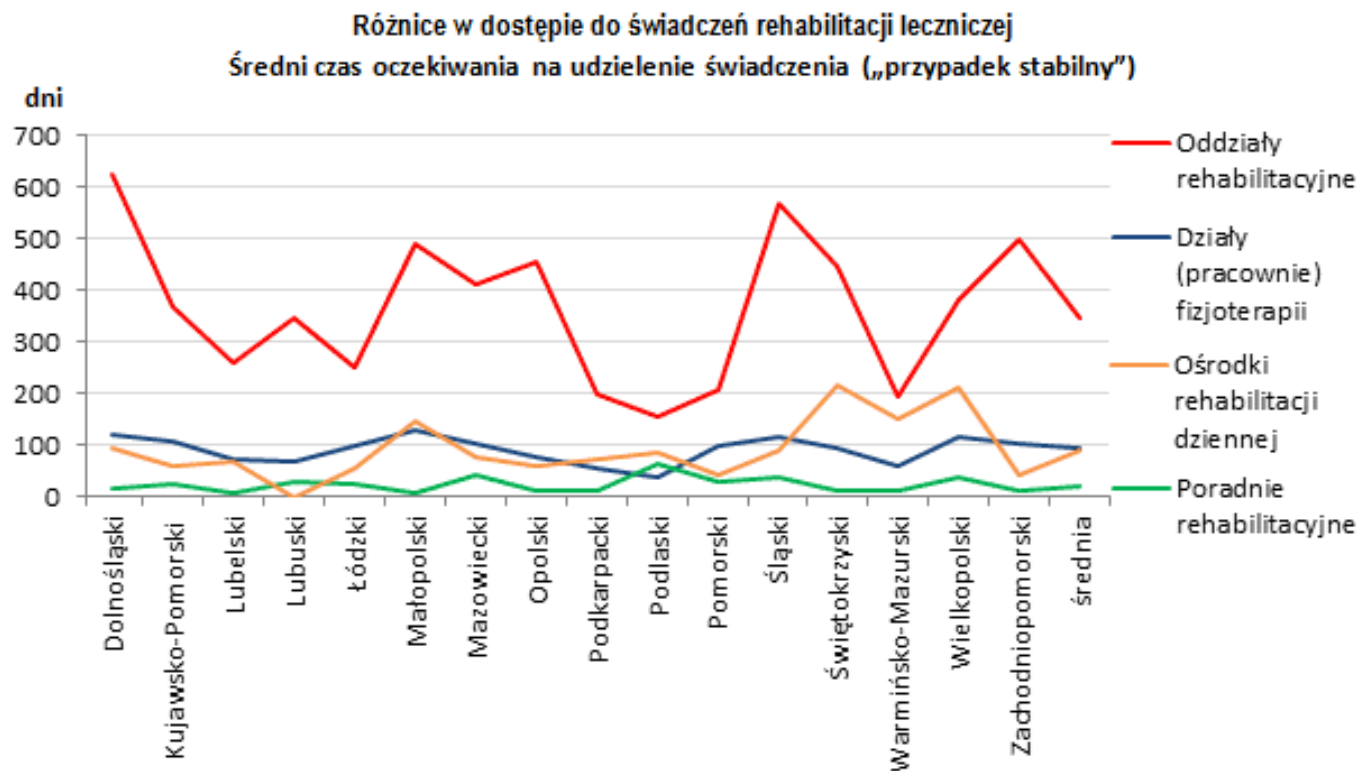


Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Rehabilitacja- równy dostęp?

Najdłużej na udzielenie świadczenia (a co za tym idzie - na przyjęcie do oddziału) trzeba było czekać w przypadku oddziałów: otorynolaryngologicznych dla dzieci (167 dni), audyologiczno-foniatrycznych (165 dni), leczenia oparzeń (162 dni), urologicznych dla dzieci (152 dni), otorynolaryngologicznych (131 dni) oraz chirurgii urazowo - ortopedycznej (129).

Również średni czasu oczekiwania w dniach („przypadek stabilny”) w **rehabilitacji leczniczej** był zróżnicowany w poszczególnych województwach.



Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Czas oczekiwania - rehabilitacja

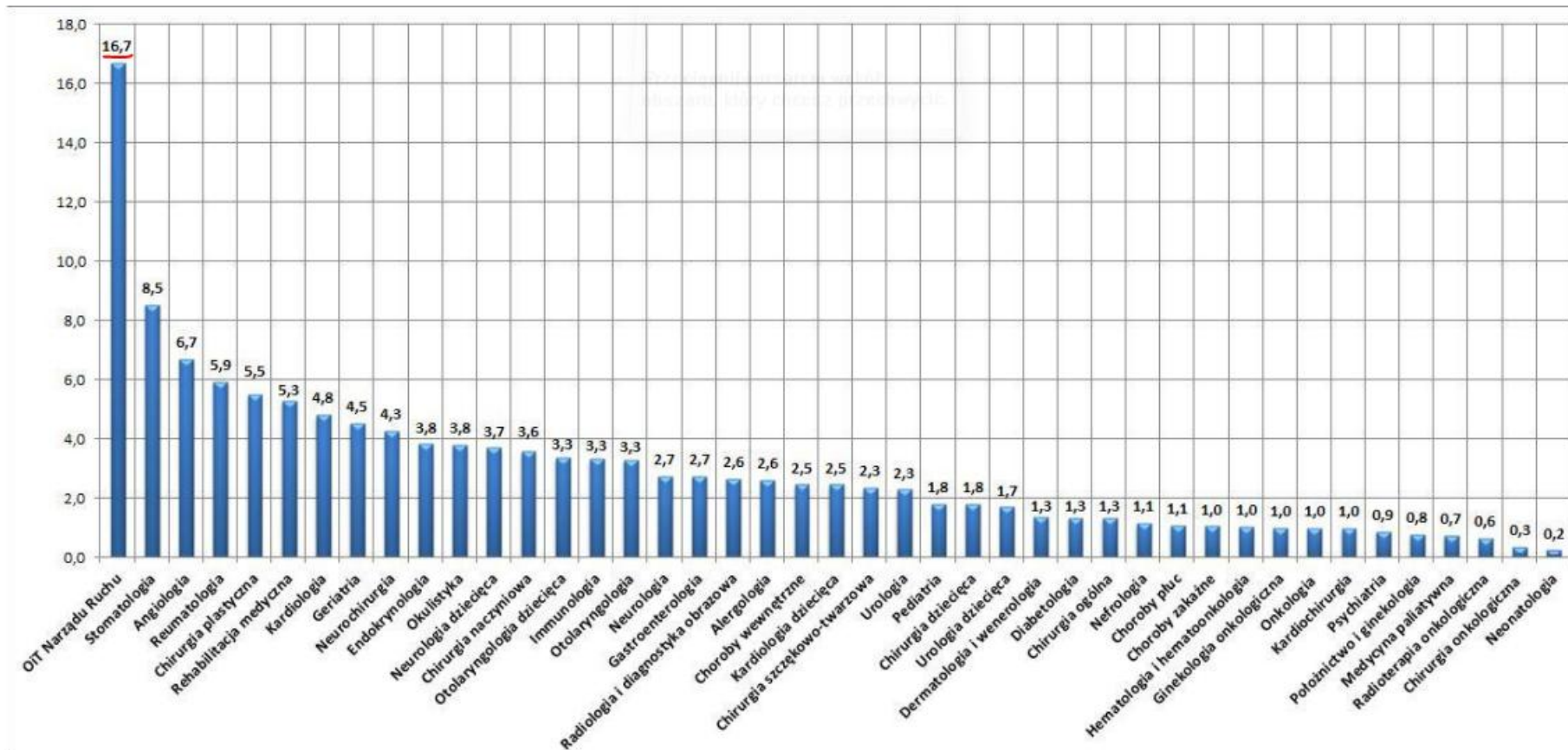
Najdłużej oczekiwano („przypadki stabilne”) na świadczenia udzielane w rehabilitacji leczniczej w następujących komórkach organizacyjnych:

| | |
|--|------------------|
| oddziałach paraplegii | średnio 1234 dni |
| oddziałach rehabilitacyjnych | średnio 348 dni |
| oddziałach rehabilitacji narządu ruchu | średnio 282 dni |
| oddziałach rehabilitacji pulmonologicznych | średnio 232 dni |
| zakładach rehabilitacji leczniczej | średnio 226 dni |

Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Czas oczekiwania

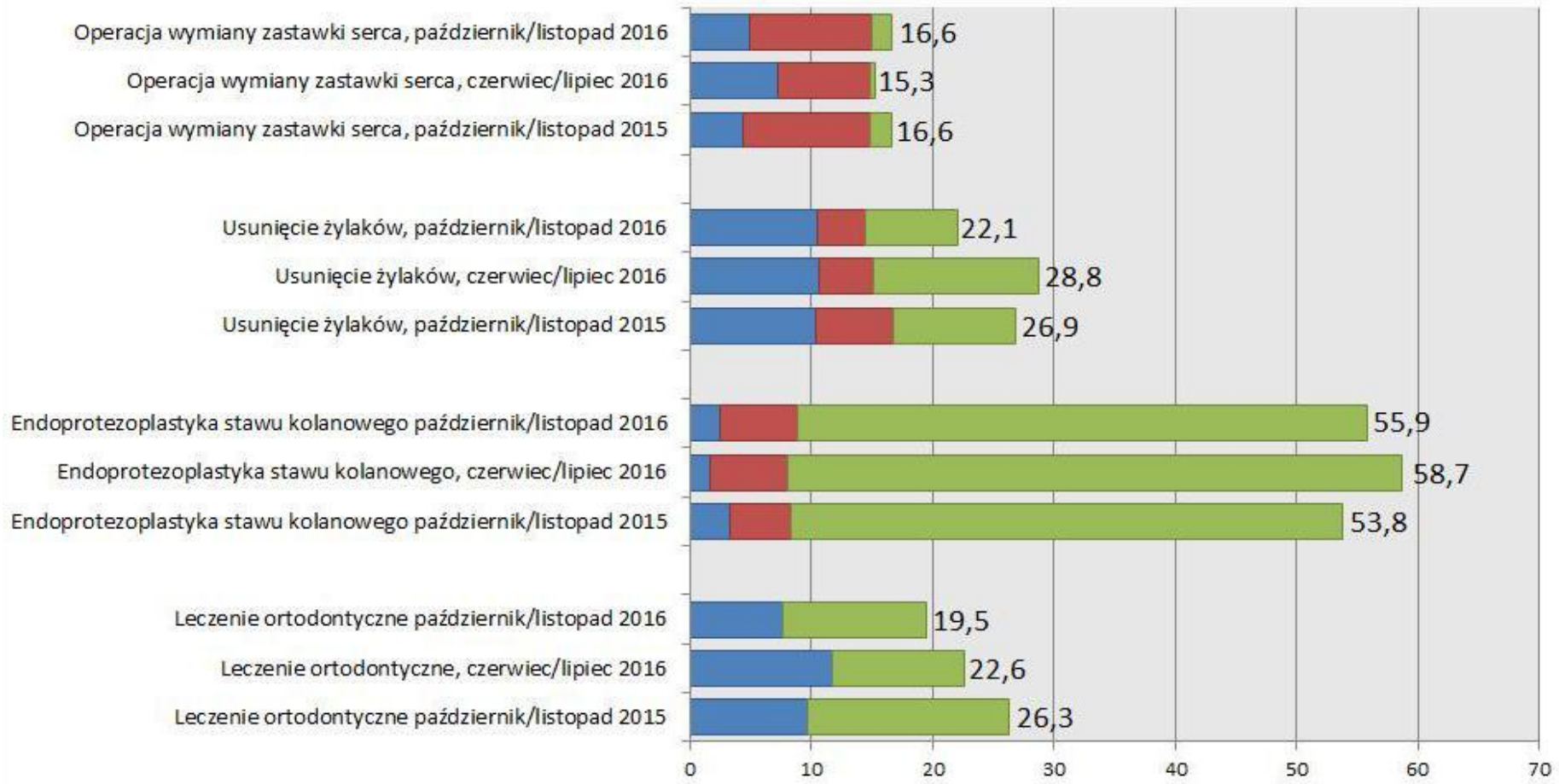
Według Barometru WHC niezmiennie najdłużej pacjenci muszą czekać na świadczenia w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (OiT) – średnio 16,7 mies.



Źródło: „Barometr Fundacji Watch Health Care nr 14/2/08/2016”, www.korektorzdrowia.pl.

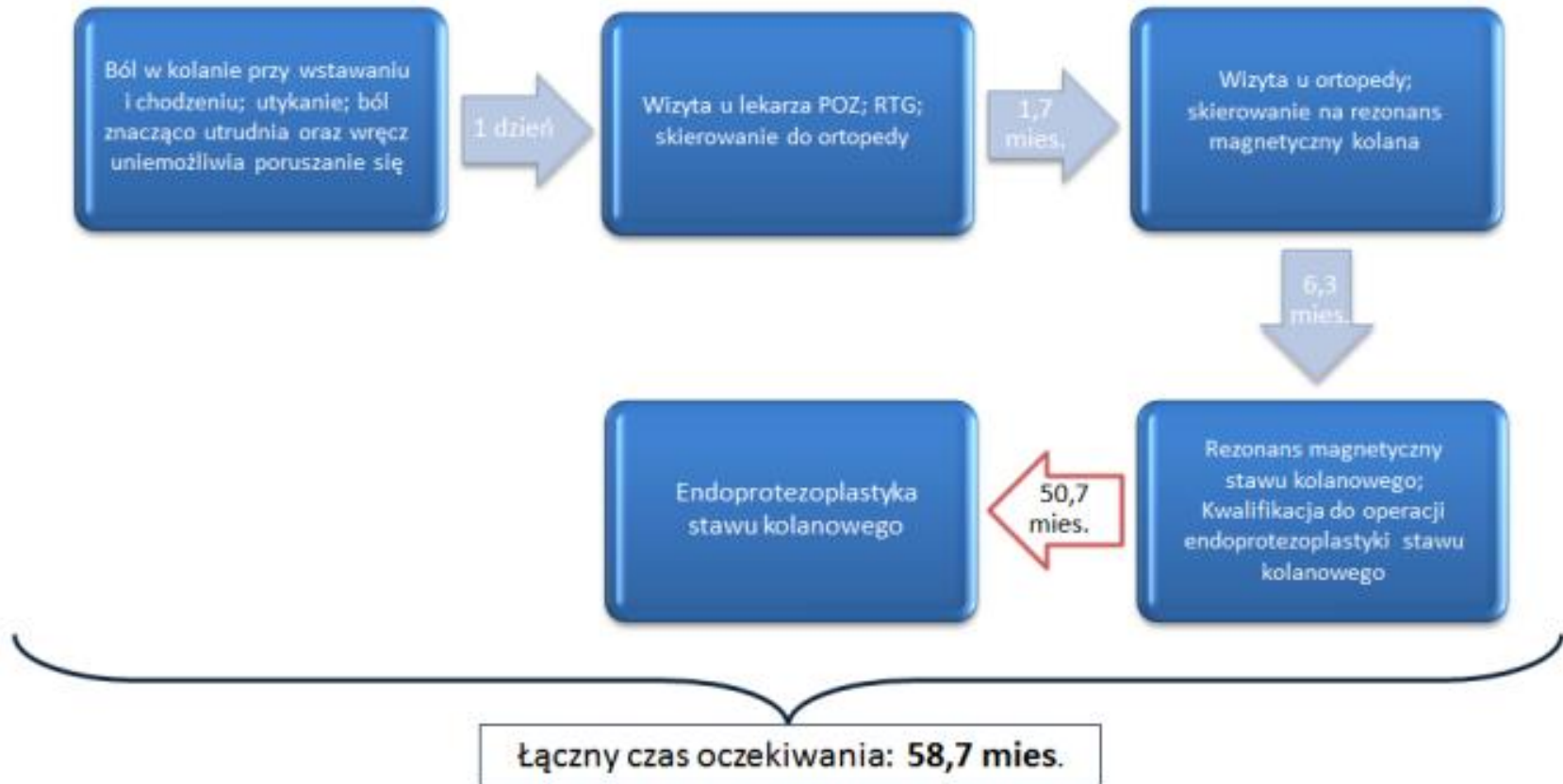
Wpływ poszczególnych etapów leczenia na skumulowany czas oczekiwania (wartości w mies.) od postawienia rozpoznania do wyleczenia lub przeleczenia (październik/listopad 2015 r. vs. czerwiec/lipiec 2016)

■ wizyta u specjalisty ■ diagnostyka ■ leczenie



Źródło: „Barometr Fundacji Watch Health Care nr 14/2/08/2016”, www.korektorzdrowia.pl.

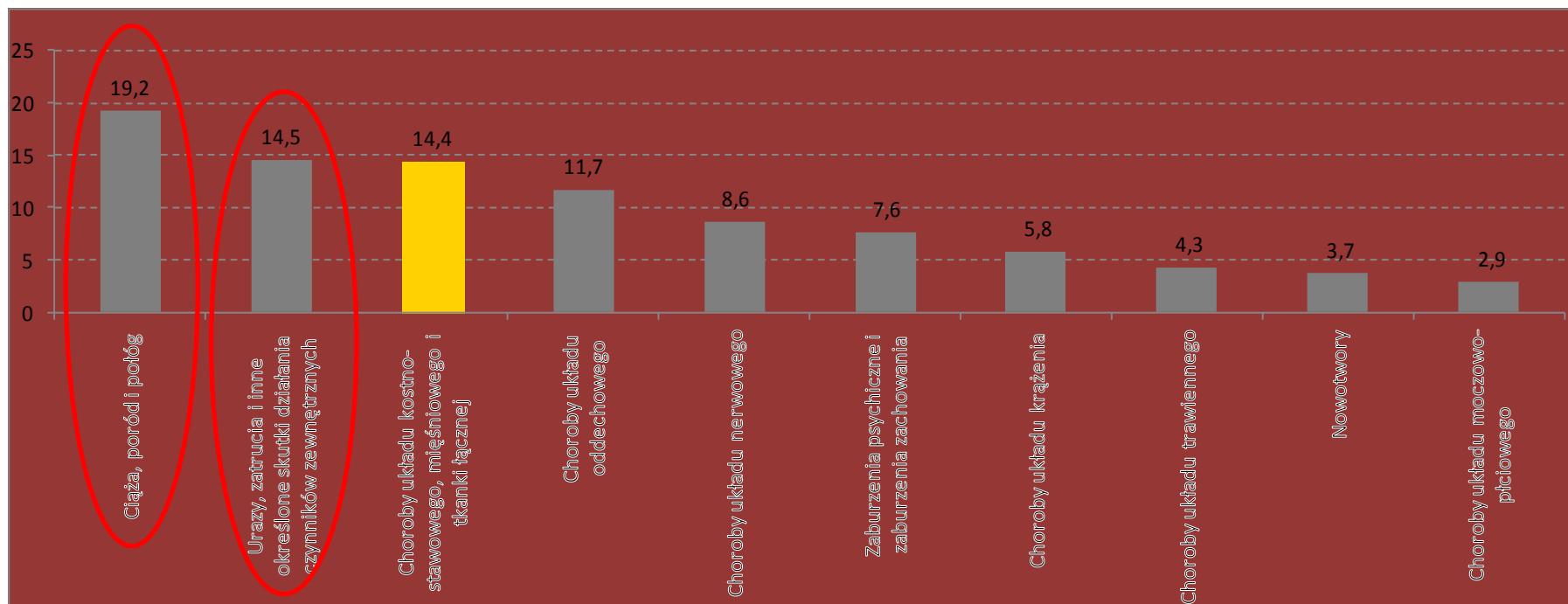
Przykład zbyt długiego oczekiwania na świadczeni (c.d.)



Źródło: „Barometr Fundacji Watch Health Care nr 14/2/08/2016”, www.korektorzdrowia.pl.

Schorzenia narządu ruchu stanowią istotną przyczynę absencji chorobowej pracowników

- Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowią trzecią najczęstszą przyczynę absencji chorobowej ubezpieczonych w ZUS. Odpowiadają za 14,4% wszystkich dni absencji.



Źródło: ZUS.

Badania opinii 10.2016

- 95 proc. Polaków chce ponosić koszty związane z ochroną zdrowia
- Niemal połowa respondentów uważa, że wysokiej jakości usługi medyczne są dla nich niedostępne.
- Żadna z osób z grupy wiekowej 60+ nie jest zadowolona z obecnie funkcjonującego systemu.
- Co piąty Polak chciałby zastąpić państwową ochronę zdrowia prywatną – ten trend jest zauważalny szczególnie u młodszych osób.
- Zaledwie co piąty uważa, że państwo zapewnia jemu i jego rodzinie wysoką jakość usług, kiedy tego potrzebuje, jednak aż 40 proc. Polaków nie jest w ogóle przekonanych co do tego faktu.
- 70 proc. badanych twierdzi, że dotychczasowa polityka zdrowotna zmierza w złym kierunku i prowadzi ochronę zdrowia do krytycznego stanu

Zdrowie i opieka medyczna są dla naszego społeczeństwa priorytetowym zagadnieniem – do tego stopnia, że część z nas byłaby skłonna ponosić dodatkowe koszty, jeśli zapewniłoby to lepszy dostęp do specjalistów, szybszą diagnostykę i wdrażanie lepszych terapii.

Źródło: Według badań przeprowadzonych przez ARC Rynek i Opinia

Dziękuję za uwagę
