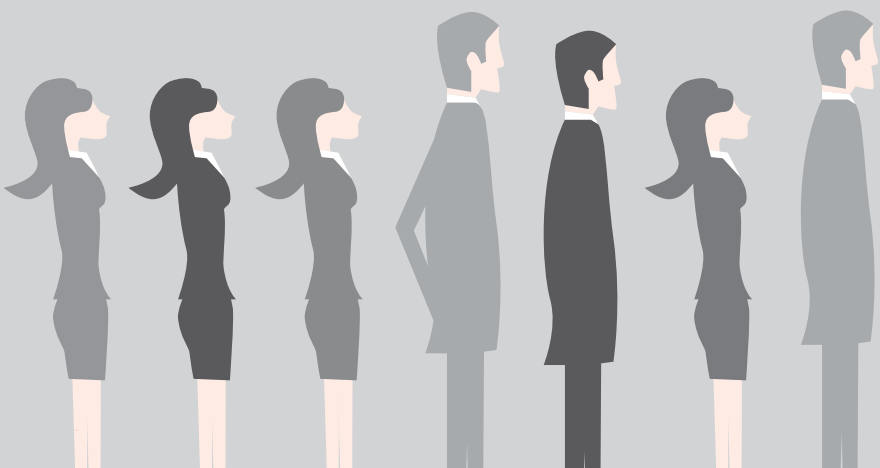


FINANSOWANIE OPIEKI ZDROWOTNEJ PRACOWNIKÓW

Jak zadbać o zdrowie
kluczowej dla rozwoju grupy społecznej?



Październik 2018



Polska Izba Ubezpieczeń

ul. Twarda 18, 00-105 Warszawa

office@piu.org.pl

tel.: + 48 22 42 05 105

faks.: + 48 22 420 51 87



Polityka Zdrowotna

www.politykazdrowotna.com

Raport Polskiej Izby Ubezpieczeń przygotowany we współpracy z „Polityką Zdrowotną”.
Może być cytowany, pod warunkiem podania źródła. Przedrukowywanie, tłumaczenie i adaptacja
raportu do indywidualnych potrzeb wymaga zgody Polskiej Izby Ubezpieczeń.
Dane do raportu zebrano w lipcu i sierpniu 2018 r.

SPIS TREŚCI

KLUCZOWE INFORMACJE Z RAPORTU	5
WSTĘP	10
ROZDZIAŁ 1	
Ile w Polsce wydajemy na zdrowie?	11
ROZDZIAŁ 2	
Jak finansujemy opiekę zdrowotną w Polsce?	15
ROZDZIAŁ 3	
Wydatki NFZ	21
ROZDZIAŁ 4	
Kolejki: dodatkowe środki to za mało	23
ROZDZIAŁ 5	
Koszty chorób dla ZUS	31
ROZDZIAŁ 6	
Skutki ograniczonego dostępu do świadczeń	35
ROZDZIAŁ 7	
Prognozy: struktura demograficzna i epidemiologia nie pozwalają zwlekać	38
ROZDZIAŁ 8	
Prognozy: chorych przybędzie	42
ROZDZIAŁ 9	
Wymierne korzyści z lepszej opieki nad pracownikiem	47
ROZDZIAŁ 10	
Prywatne formy zapewniania opieki zdrowotnej – badania	50
ROZDZIAŁ 11	
Badanie na zlecenie Polskiej Izby Ubezpieczeń na temat finansowania opieki zdrowotnej... 53	
PODSUMOWANIE	59
NOTATKI	61

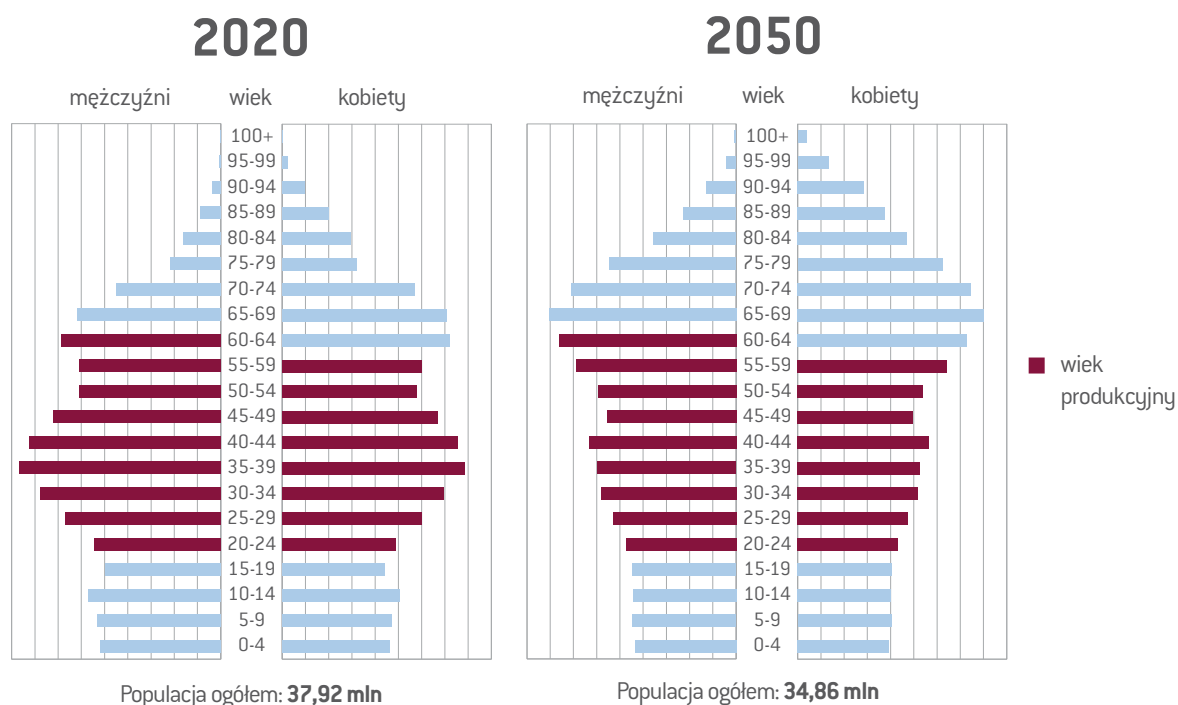


KLUCZOWE INFORMACJE Z RAPORTU

Uporządkowanie prywatnych wydatków na zdrowie oraz zapewnienie pracownikom lepszej opieki zdrowotnej przyniesie korzyści całemu społeczeństwu. Może też pozytywnie wpłynąć na finanse publiczne.

Pracownicy są największym kapitałem społecznym i najważniejszym czynnikiem rozwoju. Niestety ta grupa społeczna starzeje się i jest coraz mniejsza – ludzie w wieku produkcyjnym będzie ubywać. Polacy starzeją się najszybciej w Europie.

Rys. 1. Prognoza ludności rezydującej w Polsce na lata 2020-2050*

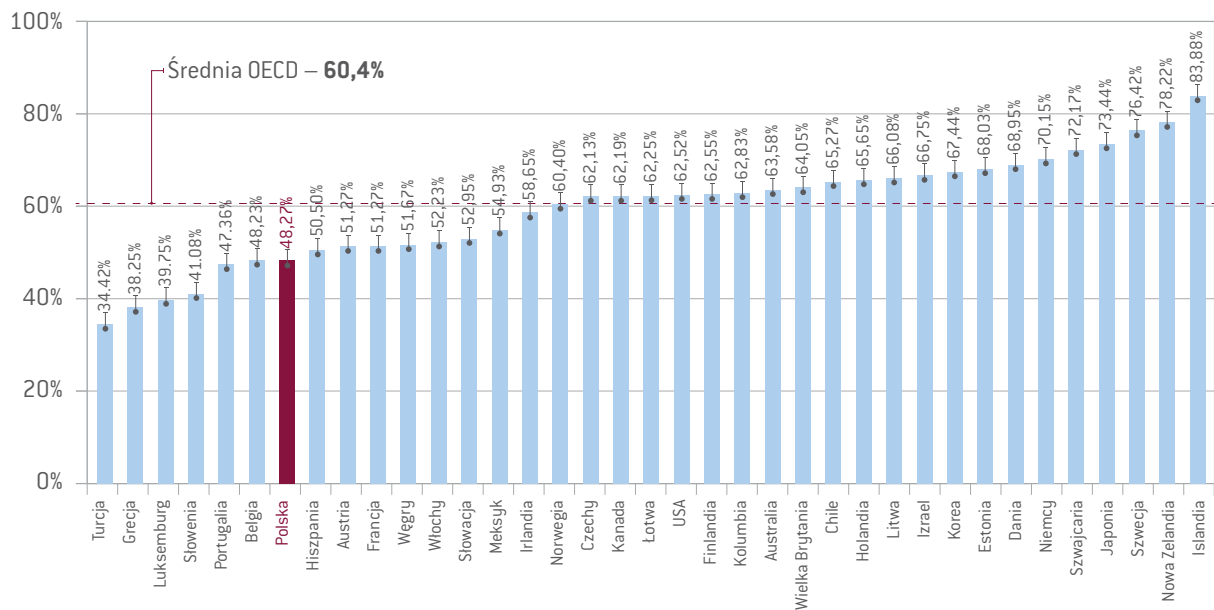


*Prognoza przyjmuje jako punkt wyjścia stan ludności rezydującej w dniu 31 grudnia 2014 r. Wyniki uwzględniają zarejestrowane migracje długookresowe.

Źródło: Prognoza ludności rezydującej w Polsce na lata 2015-2050 za: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-rezydujacej-dla-polski-na-lata-2015-2050,8,1.html>

Mimo wyjątkowo korzystnej obecnie sytuacji na rynku pracy, Polacy kończą aktywność zawodową wcześniej. Efektywny wiek przejścia na emeryturę w naszym kraju to około 61 lat¹, wobec średniej dla państw OECD na poziomie ponad 64 lat.

Rys. 2. Aktywność zawodowa osób w wieku 55-64 lat w proc. (2017 r. lub ostatnie dostępne dane).



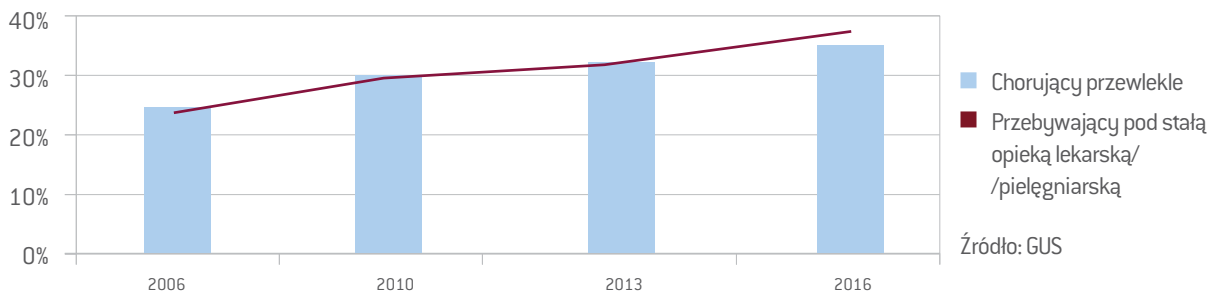
Źródło: OECD, za: <https://data.oecd.org/emp/employment-rate-by-age-group.htm>

31% Polaków uważa, że powodem wczesnego kończenia aktywności zawodowej jest gorszy stan zdrowia mieszkańców Polski niż obywateli innych państw.

Potwierdzają to dane epidemiologiczne:

Ponad 34 proc. Polaków deklaruje, że ma długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające przez 6 miesięcy lub dłużej. Co ważne, odsetek osób z tego typu problemami zdrowotnymi systematycznie rośnie. To efekt m.in. starzenia się społeczeństwa. Aż 36 proc. Polaków jest pod stałą opieką lekarską – wynika z publikacji GUS z czerwca 2016 r.

Rys. 3. Chorujący przewlekłe oraz przebywający pod opieką lekarską/pielęgniarską w latach 2006-2016 w Polsce (proc. respondentów)



Źródło: GUS

oraz koszty poniesione przez pracodawców i państwo:

- **16,3 mld zł** ZUS wydał na renty z tytułu niezdolności do pracy
- **11,3 mld zł** kosztowały ZUS absencje chorobowe
- **6,3 mld zł** pracodawcy zapłacili za absencje chorobowe²

¹ Pensions at a Glance 2017 OECD AND G20 INDICATORS

² ZUS: Informacja o świadczeniach pieniężnych z funduszu ubezpieczeń społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego, IV kwartał/okres I-XII 2017 r.

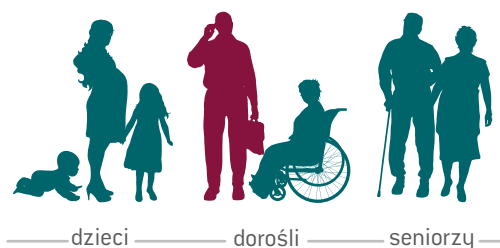
Zły stan zdrowia Polaków odpowiada za straty spowodowane prezenteizmem. Przykładowo, koszty niewydolności serca w Polsce oszacowano na 3,9 mld zł w 2015 r. [9 proc. więcej niż rok wcześniej]. **Z tego około 816 mln zł, czyli jedną piątą, kosztował prezenteizm**, a blisko 500 mln zł kosztowała trwała niezdolność do pracy. Sam absenteizm, czyli nieobecność w pracy, odpowiadał **tylko za 4 proc.** kosztów pośrednich.

Publiczna opieka zdrowotna jest niewydolna, o czym świadczą m.in. rosnące kolejki. Skala potrzeb jest o wiele większa niż możliwości systemu. Specjaliści, do których czas oczekiwania był najdłuższy, to między innymi:



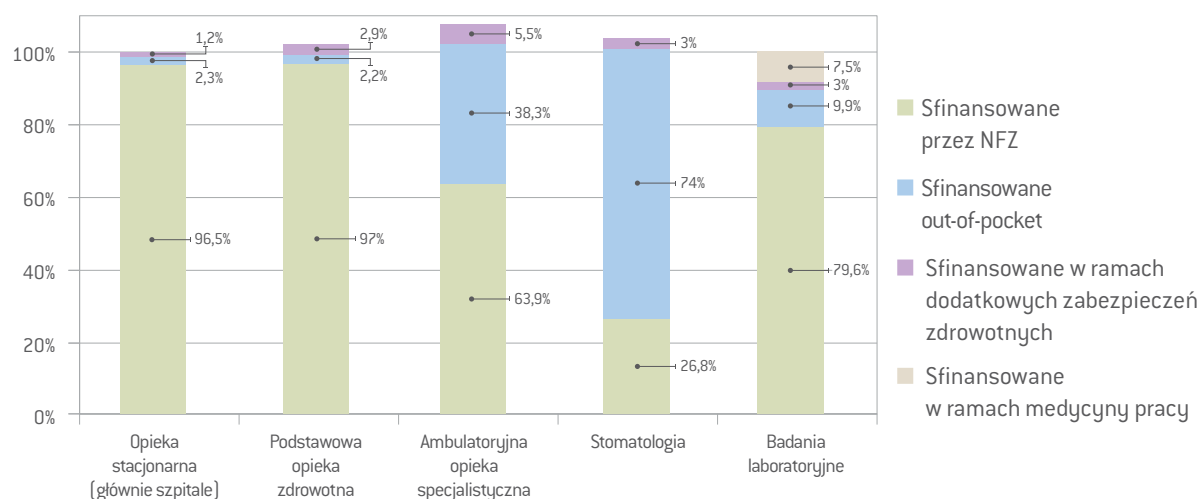
Źródło: Barometr WHC. Stan na kwiecień 2018 r.

Środki wydawane na opiekę zdrowotną muszą pokrywać potrzeby grup społecznych, które powinny być otoczone specjalną opieką: niepełnosprawnych, kobiet w ciąży, seniorów, dzieci. Jednocześnie w Polsce dynamicznie rosną prywatne wydatki na zdrowie.



³ Ocena kosztów niewydolności serca w Polsce z perspektywy gospodarki państwa, Instytut Innowacyjna Gospodarka, 2017

Rys. 5. Struktura finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (proc. korzystających wg struktury finansowania)



*Dane GUS za IV kw. 2016 r. Dane mogą przekraczać 100 proc., ponieważ osoby/gospodarstwa domowe mogły korzystać ze świadczeń finansowanych z różnych źródeł równocześnie

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.

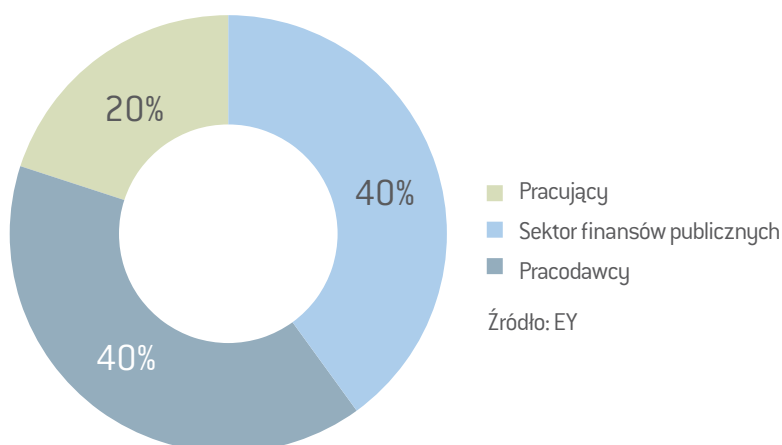
Według danych Narodowego Rachunku Zdrowia, wydatki prywatne na ochronę zdrowia wyniosły w 2015 r. ponad 34,2 mld zł, czyli 1,9 proc. PKB. To stanowiło ponad 30 proc. wydatków ogółem⁴. Wg ekspertów w 2017 r. wydatki prywatne wyniosły już niemal 49 mld zł⁵.

Znacząca część tych pieniędzy wydawana jest nieefektywnie. Utrudniony dostęp do świadczeń może być też, zdaniem ekspertów, jedną z przyczyn znaczących wydatków gospodarstw domowych na leki bez recepty oraz suplementy diety. Polska przoduje pod tym względem wśród państw OECD. Wyższy udział wydatków na farmaceutykę i suplementy w wydatkach out-of-pocket ma jedynie Meksyk. Ponadto dodatkowe formy zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych (np. prywatne ubezpieczenia) nie są w Polsce elementem uzupełniającym system publiczny.

Największymi beneficjentami uporządkowania prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną są państwo i pracodawcy.

Badania jasno wskazują, że usystematyzowanie wydatków i upowszechnienie pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych, będzie z korzyścią nie tylko dla pracowników i pracodawców, ale też dla gospodarki.

Rys. 6. Podział dochodów z tytułu wyższego PKB wygenerowanego przez wprowadzenie pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych, wygląda następująco⁶.



Źródło: EY

Pracownicy będą zdrowsi, a finansowo największe korzyści odniosą przedsiębiorstwa i finanse publiczne poprzez wpływy z podatków, składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz ZUS.

⁴ GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia 2015

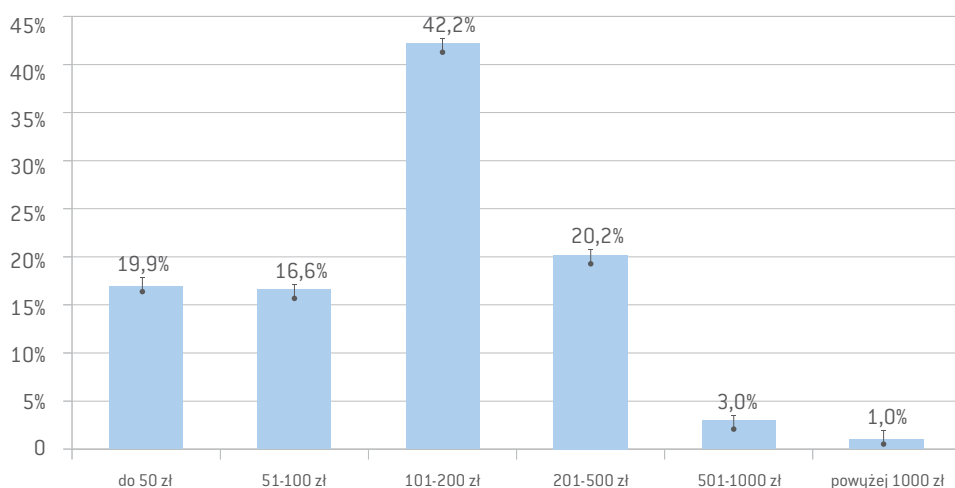
⁵ <http://www.forumfarmaceutyczne.org/2018/07/17/ubezpieczenia-motorem-ryнку-prywatnej-opieki-zdrowotnej/>

⁶ EY, Analiza wpływu DUZ na gospodarkę, 2013 r.

Z badania wykonanego przez Polską Izbę Ubezpieczeń w sierpniu 2018 r. na reprezentatywnej grupie Polaków wynika, że 68 proc. jest niezadowolonych z publicznej opieki zdrowotnej. Ponad 61 proc. ankietowanych deklaruje, że korzysta (także) z prywatnej opieki zdrowotnej.

82,5 proc. korzystających z pakietów medycznych, płaci **mniej niż 100 zł miesięcznie**

Rys. 7. Wydatki miesięczne na pakiet opieki medycznej (N = 211)



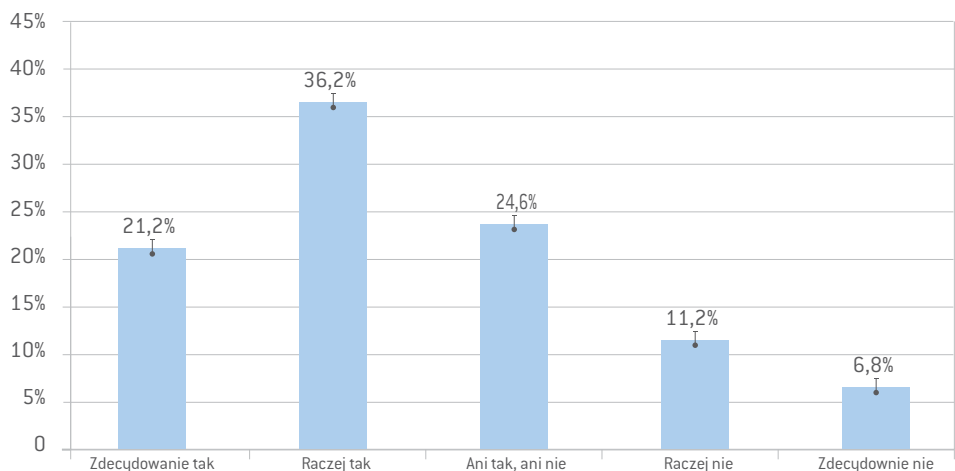
Źródło: PIU

Źródło: EY

Jednocześnie prawie 60 proc. badanych byłoby zainteresowana prywatnym pakietem zdrowotnym, gdyby jego koszty były rozłożone pomiędzy pracodawcę i pracownika, a jedynie niecałe 7 proc. byłoby przeciwne takiemu rozwiązaniu.

Blisko 60 proc. jest zainteresowanych pakietem zdrowotnym przy podziale kosztów pomiędzy pracownika a pracodawcę

Rys. 8. Zainteresowanie otrzymywaniem przez pracownika pakietów prywatnej opieki medycznej od pracodawcy przy założeniu podziału kosztów między pracownikiem a pracodawcą (N = 1000)



Źródło: PIU

WSTĘP

Dobra kondycja zdrowotna społeczeństwa to kluczowy czynnik rozwoju współczesnej gospodarki. Zdrowi obywatele są aktywni zawodowo, pracują wydajniej, generują wyższe dochody na utrzymanie siebie oraz swoich bliskich, przynoszą korzyści pracodawcom i całej gospodarce. Odprowadzają oni także składki do systemu ubezpieczeń społecznych i równocześnie znacznie rzadziej obciążają go kosztami absencji chorobowej czy świadczeń zdrowotnych. Zdrowi pracownicy to także zdrowsi przyszli seniorzy, którzy są dłużej aktywni zawodowo i samodzielni społecznie. Dlatego ochrona zdrowia powinna być priorytetem dla każdego państwa i należy traktować ją, jako inwestycję, a nie koszt.

W Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR)⁷ podkreślono, że zwiększanie dostępności i jakości ochrony zdrowia przyniesie wymierne korzyści dla gospodarki zarówno w krótkim, jak i długim horyzoncie czasowym. To ważna deklaracja. Dodatkowe środki z budżetu państwa, jakie w zeszłym roku trafiły do ochrony zdrowia, poza nielicznymi wyjątkami niestety nie zwiększyły dostępności do świadczeń, na co wskazują dane dotyczące kolejek do poradni i szpitali.

Dotychczasowe obserwacje i powstałe tezy pokazują, że popyt na usługi zdrowotne będzie nadal rosnąć, co spowoduje coraz większe problemy z zapewnieniem opieki zdrowotnej na obecnym poziomie dla wszystkich obywateli. Badania opinii społecznej oraz dane dotyczące czasu oczekiwania na różne typy świadczeń wskazują, że już dziś poziom ten nie jest satysfakcjonujący.

Wśród czynników, które wpływają na rosnące koszty systemu opieki zdrowotnej, są m.in.:

- › **starzenie się społeczeństwa**,
- › **zmiany epidemiologiczne** – większa liczba chorych na choroby przewlekłe, występujące coraz częściej u osób w coraz młodszym wieku,
- › **rosnąca świadomość i oczekiwania pacjentów**, objawiające się m.in. większą liczbą wizyt u lekarzy i badań diagnostycznych,
- › kosztowne **innowacje w medycynie w zakresie technologii i leków**, podnoszące skuteczność leczenia, jakość życia pacjentów, zwiększające możliwość łączenia choroby z życiem zawodowym i społecznym.

Słaba profilaktyka, ograniczenia w dostępie do lekarza specjalisty i diagnostyki powodują znaczne straty nie tylko dla społeczeństwa, ale też dla pracodawców i gospodarki.

Zwiększona chorobowość kojarzy się często z wiekiem senioralnym. Jednak częstotliwość problemów zdrowotnych zaczyna znacznie rosnać już po przekroczeniu 40-45 roku życia. Są to osoby w wieku produkcyjnym, które przez przynajmniej 20 lat powinny być jeszcze aktywne zawodowo. Problemy zdrowotne powodują często czasowe lub stałe wyjście z rynku pracy.

Dlatego, w związku ze zmianami demograficznymi oraz epidemiologicznymi, szczególny nacisk musimy położyć na zdrowie pracowników. Należy też pamiętać, że zgodnie z prawem i naszym systemem wartości, szczególną opieką otaczamy niepełnosprawnych, kobiety w ciąży, dzieci oraz seniorów. Publiczne środki, nawet przy założonym przez rząd wzroście do 6 proc. PKB, mogą okazać się niewystarczające. Wysokie nakłady nie są prostą receptą na skrócenie kolejek. Wskazują na to doświadczenia Polski z ostatniego roku związane z dodaniem środków z budżetu, ale też doświadczenia innych państw.

Potrzebne są zatem decyzje polityczne dotyczące: edukacji pracodawców i osób indywidualnych, które pozwoliłyby premiować inwestowanie we własne zdrowie. Należy poszukać rozwiązań, które zwiększą dostęp do świadczeń dla pracujących tak, by utrzymywać ich w zdrowiu, zdolności do pracy, a w razie choroby szybko zdiagnozować i dać dostęp do specjalistów. Działania te mają szansę ograniczyć liczbę zwolnień lekarskich, rent, czy kosztownych hospitalizacji. Korzystnie wpłyną też na poziom PKB, a także bilans funduszy ubezpieczeń społecznych. Można je realizować np. w formie partnerstwa publiczno-prywatnego.

Uznaje się, że zwiększenie długości życia o 10 proc. skutkuje zwiększeniem wzrostu ekonomicznego kraju o 0,3 punktów procentowych rocznie.⁸ Dlatego też poprawa dostępu do opieki zdrowotnej i jej jakości będzie generować oszczędności dla budżetu państwa oraz pracodawców.

⁷ Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju <https://www.muir.gov.pl/strony/strategia-na-rzecz-odpowiedzialnego-rozwoju/>

⁸ Julio Frenk, Mexican Minister of Health and Chair of the 2004 Meeting of OECD Health Ministers, Health and The Economy: A Vital Relationship, za: http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/health_and_the_economy_a_vital_re-lationship_.html [dostęp: 03.08.2018].

ROZDZIAŁ 1

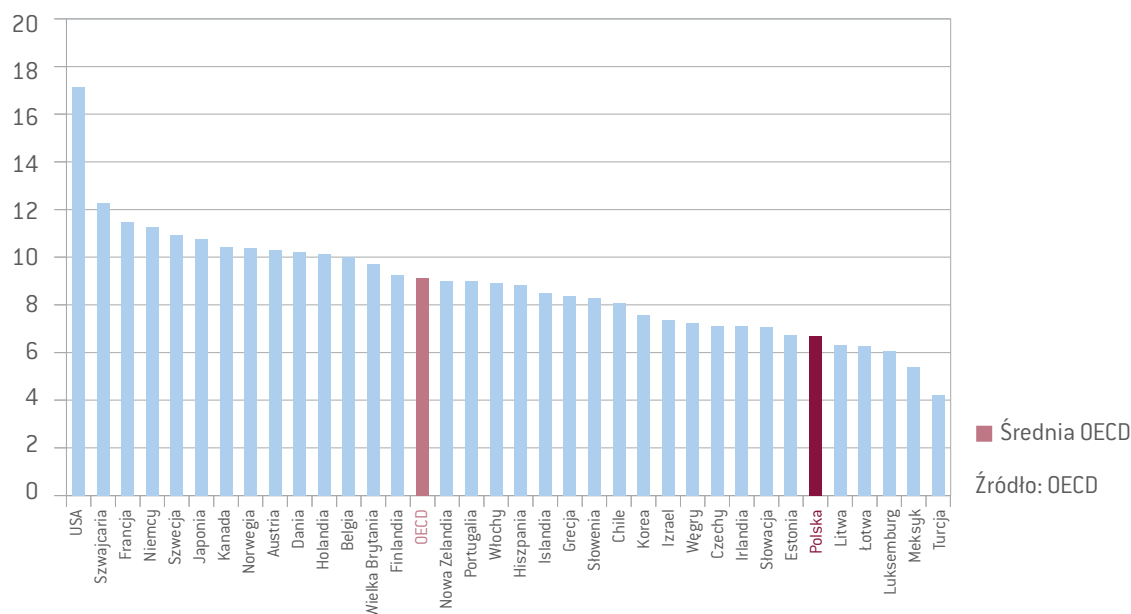
Ile w Polsce wydajemy na zdrowie?

Polska od lat zajmuje ostatnie miejsca pod względem wydatków na ochronę zdrowia. Chodzi nie tylko o państwa Unii Europejskiej, ale też OECD.

Według wstępnych szacunków OECD nakłady, zarówno publiczne, jak i prywatne, na system ochrony zdrowia w Polsce w 2017 r. wyniosły 6,7 proc. PKB. Oznacza to wzrost o 0,2 punktu proc. rok do roku⁹. Jednak na tle innych państw wciąż wydajemy bardzo mało. Wyprzedzamy pod tym względem jedynie Turcję (4,2 proc.), Meksyk (5,4 proc.), Luxemburg (6,1 proc.), Litwę i Łotwę (po 6,3 proc.)¹⁰.

Także pod względem wydatków per capita uplasowaliśmy się pod koniec zestawienia. Niższe wydatki niż Polska miały tylko Chile, Łotwa, Turcja, Meksyk i Kolumbia. Dane z ostatniego kraju dotyczą jednak 2015 r.

Rys. 9. Wydatki na ochronę zdrowia jako proc. PKB w 2017 r. (lub ostatnie dostępne dane)

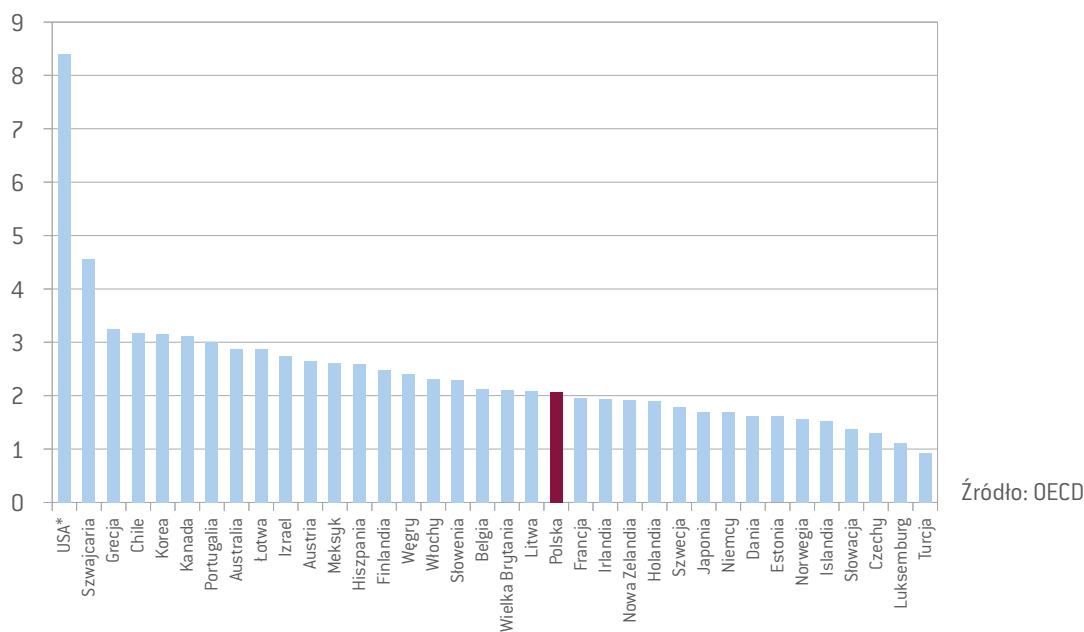


Według danych OECD w Polsce systematycznie rośnie finansowanie opieki zdrowotnej ze środków prywatnych. W 2017 r. wyniosło ono według szacunków 2,1 proc. PKB. Rok wcześniej było to 2 proc. PKB, a w jeszcze wcześniejszych latach oscylowało wokół 1,8-1,9 proc.

⁹ W dokumencie Health at a Glance 2017, OECD podawało, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w 2016 r. wyniosły 6,4 proc., jednak najnowsze szacunki tej organizacji określiły je na poziomie 6,5 proc. PKB.

¹⁰ Spending on Health: Latest Trends, za: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Spending-Latest-Trends-Brief.pdf> (dostęp: 03.08.2018).

Rys. 10. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia jako proc. PKB w 2017 r. (lub ostatnie dostępne dane)



* Ostatnie dane w zestawieniu OECD za 2013 r.

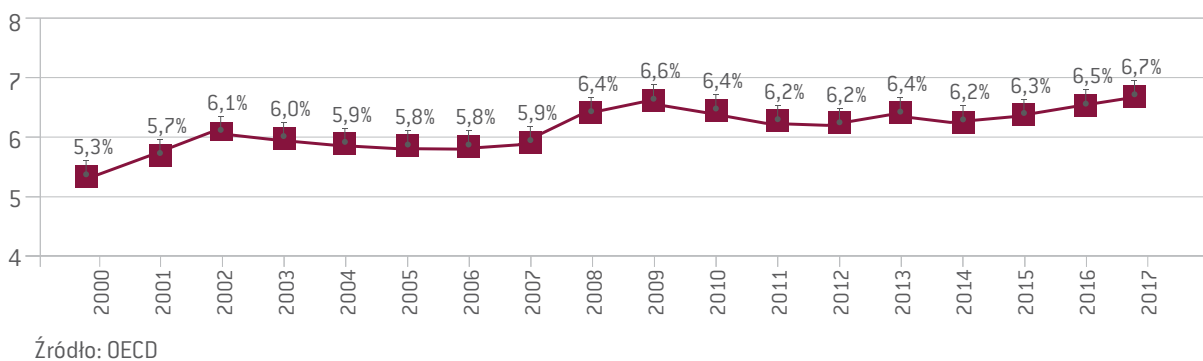
Z kolei wydatki publiczne zatrzymały się. Według szacunków, drugi rok z rzędu wyniosły one 4,6 proc. PKB. Tym samym Polska znalazła się na 30 miejscu z 36 przeanalizowanych państw¹¹.

Tempo wzrostu

Zweryfikowane przez OECD i zamieszczone w publikacji „Health at a Glance 2017” dane wskazują, że choć Polska wydaje na zdrowie relatywnie niewiele, to pozytywnie wyróżnia się pod względem tempa wzrostu nakładów. Wynika to z niskiej bazy oraz dobrej sytuacji gospodarczej, która wpływa na poziom składek trafiających do Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ lub Fundusz).

Z powodu kryzysu finansowego w latach 2009-2016 dynamika wydatków na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca była niższa niż w latach 2003-2009 (1,4 vs. 3,6 proc.). Na Węgrzech oraz w Polsce i Estonii wzrost ten pozostaje od 2009 r. względnie stabilny, ze wskaźnikami rocznymi od 2,7 do 3,6 proc. Dla Polski wzrost nakładów wynosił w latach 2003-2009 6,6 proc. W latach 2009-2016 zwolnił do 3,1 proc.

Rys. 11. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2000-2017 jako procent PKB



¹¹ Health at a Glance 2017, OECD

Wydatki na zdrowie według Głównego Urzędu Statystycznego

OECD opracowując swoje zestawienia, korzysta z danych GUS, często w formie wstępnych szacunków. Natomiast krajowe, kompleksowe zestawienia na temat ochrony zdrowia publikowane są z pewnym opóźnieniem¹². Dane te są już szerzej zweryfikowane. Ostatnie obwieszczenie prezesa Głównego Urzędu Statystycznego dotyczy wydatków z roku 2015¹³. Wynika z niego, że bieżące wydatki na ochronę zdrowia wyniosły wtedy w Polsce ponad 114 mld zł. W porównaniu do roku 2014 wydatki bieżące na ochronę zdrowia były wyższe o ponad 3,2 proc. To niewiele, biorąc pod uwagę potrzeby obywateli, rosnące koszty prowadzenia placówek, w tym presję placową. Warto również podkreślić, że za wzrost ten odpowiadają w głównej mierze wydatki pacjentów z własnej kieszeni. Są one realizowane przez jednorazowe wizyty u lekarzy, nabywanie leków i suplementów oraz zakup polis i abonamentów.

3,2% – o tyle wzrosły wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r.

Z kolei pod względem procentowym najdynamiczniej rosły wydatki na ochronę zdrowia lokalnych samorządów, które ze swoich środków organizują m.in. programy zdrowotne dla mieszkańców.

Z pieniędzy publicznych na ochronę zdrowia wydano w 2015 r., według szacunków GUS, 79,9 mld zł, co oznacza wzrost o zaledwie 1 proc. Instytucje rządowe wydały z tego niespełna 6 mld zł, czyli mniej niż rok wcześniej. Chodzi m.in. o finansowanie ratownictwa medycznego, działania Głównej Inspekcji Sanitarnej oraz Głównej Inspekcji Farmaceutycznej, programy profilaktyki zdrowotnej, finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych, np. przeszczepów, przeciwdziałanie HIV/AIDS, walkę z narkomanią i wsparcie finansowe placówek czy opłacanie składek lub kosztów świadczeń dla nieubezpieczonych, m.in. kobiet w ciąży nie mających prawa do leczenia z innych tytułów¹⁴.

Samorządy w 2015 r. wydały ponad 4,6 mld zł, o blisko 14 proc. więcej niż rok wcześniej. Realizują one m.in. programy profilaktyczne polegające na finansowaniu szczepień, niefinansowanych przez NFZ (szczepienia przeciwko HPV, meningokokom, dla seniorów przeciwko grypie, i inne), a także badań przesiewowych np. w kierunku chorób nowotworowych. Część realizuje też programy przeciwdziałające otyłości lub wadom postawy. Warto zauważyć, że kwota podawana w Narodowym Rachunku Zdrowia nie obejmuje inwestycji m.in. w remonty szpitali, zakup niezbędnego sprzętu czy karettek¹⁵.

Pozycja „schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opartych na składkach”, która w praktyce oznacza wydatki NFZ, wzrosła z 69 mld zł do 69,3 mld zł.

Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych na zdrowie wyniosły według GUS w 2015 r. 26,5 mld zł i były o 6,78 proc. wyższe niż w roku poprzednim. To wydatki m.in. na leki, suplementy, wizyty u lekarzy, fizjoterapię, za które płacą pacjenci z własnej kieszeni, czyli tzw. wydatki out-of-pocket.

Pozycja „inne prywatne wydatki” osiągnęła w 2015 r. poziom 7,7 mld zł, co oznacza wzrost rok do roku o 15,6 proc. W tej kategorii mieszczą się m.in. ubezpieczenia komercyjne oraz różne wydatki pracodawców.

¹² Wynika to m.in. z przepisów. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068 oraz 2017 r. poz. 60) określa, że Narodowy Rachunek Zdrowia publikowany jest 18 miesięcy po okresie sprawozdawczym.

¹³ Z 29 września 2017 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2015 r.

¹⁴ Zrealizowane działania w tym zakresie są opisane m.in. w informacji Najwyższej Izby Kontroli Wykonanie Budżetu Państwa w 2015 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie Planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11369.pdf>

¹⁵ Dane za 2016 r. możemy znaleźć w innych raportach GUS, takich jak „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.” (nie zawiera danych o wydatkach prywatnych) oraz opublikowanym w lipcu 2018 r. „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.”. W przypadku wydatków bieżących publikacja przytacza dane za 2015 r., ale w przypadku całkowitych już za rok 2016.

Wydatki na opiekę zdrowotną w 2016 r. miały większy udział w budżecie państwa oraz gmin (był to wzrost odpowiednio o 12 proc. i 6 proc.). Ponadto zauważyć można nominalny spadek wydatków na ochronę zdrowia w budżetach innych typów samorządów terytorialnych. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia uległa zmianie: 71,3 proc. stanowiły wydatki budżetu państwa (w 2015 r. – 65,2 proc.), powiatów – 9,0 proc. (w 2015 r. – 10,5 proc.), miast na prawach powiatu i województw odpowiednio 8,4 proc. i 6,3 proc., a gmin – nieco powyżej 5 proc. wszystkich wydatków na ochronę zdrowia poniesionych przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego.

Tabela 1. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2013 – 2015 według Narodowego Rachunku Zdrowia

Wyszczególnienie	2013		2014		2015	
	mld zł	% PKB	mld zł	% PKB	mld zł	%PKB
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem¹⁾	105.64	6.38	107.46	6.25	114.1424	6.34
Wydatki publiczne	74.64	4.5	75.93	4.42	79.89	4.44
z tego:						
Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	10.53	0.64	100.17	0.58	105.53	0.59
Instytucje rządowe	6.10	0.37	5.96	0.35	5.94	0.33
Instytucje samorządowe	4.43	0.27	4.06	0.24	4.62	0.26
Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	64.11	3.86	65.91	3.83	69.33	3.85
Wydatki prywatne	31.00	1.87	31.53	1.83	34.26	1.9
z tego:						
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	24.98	1.51	24.85	1.45	26.53	1.47
inne wydatki prywatne	6.02	0.36	6.68	0.39	7.7219	0.43

¹⁾ Łącznie z zagranicznymi schematami finansowania

Źródło: Narodowy Rachunek Zdrowia 2015, za: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-2015,4,8.html>

Jak finansujemy opiekę zdrowotną w Polsce?

Według danych GUS, w 2016 r. największa część wydatków bieżących na ochronę zdrowia, publicznych i prywatnych, dotyczyła usług leczniczych i wynosiła 57,8 proc. Składało się na to leczenie szpitalne – 32,0 proc. oraz ambulatoryjne – 22,1 proc. Kolejne miejsce zajmowały wydatki na artykuły medyczne, m.in. leki – 23,4 proc. oraz nakłady na długoterminową opiekę zdrowotną – 5,8 proc. Najmniejsze wydatki poniesiono na usługi rehabilitacyjne – 2,7 proc., zarządzanie i administrację związane z finansowaniem ochrony zdrowia – 1,6 proc. oraz na profilaktykę i zdrowie publiczne – 2,7 proc. całości nakładów.

Większość tych wydatków poniesiono w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. Uprawnienia do świadczeń finansowanych z NFZ miało 96 proc. członków gospodarstw domowych. Ponadto 6,5 proc. badanych miało uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych, czyli ubezpieczeń i abonamentów¹⁶. Kolejną kategorię stanowiły wydatki gospodarstw domowych z własnej kieszeni.

W całej populacji w Polsce średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę wyniosły w 2016 r. 60,93 zł. Przy czym mieszkańcy miast wydali średnio 68,87 zł, czyli o 40,6 proc. więcej niż mieszkańcy wsi (48,98 zł)¹⁷.

Źródła finansowania poszczególnych segmentów opieki zdrowotnej

Większość świadczeń opieki zdrowotnej finansuje NFZ. Wyjątkiem jest stomatologia, w której główny ciężar finansowania spada na pacjentów. W ostatnich latach korzystnie zmieniła się struktura udziału własnego pacjenta w kosztach zakupu leków refundowanych. Jednak biorąc pod uwagę całość wydatków na produkty lecznicze, pacjenci nadal ponoszą większość kosztów. Dane GUS pokazują też systematyczny wzrost roli ubezpieczeń zdrowotnych i innych zorganizowanych form płacenia za świadczenia. Nadal jednak ich udział w skali wydatków jest niewielki.

Opieka stacjonarna

W 2016 r. NFZ sfinansował 96,5 proc. leczenia szpitalnego i pobyty w innych stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej. W ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych sfinansowane było 1,2 proc. pobyty, a 2,3 proc. świadczeń opłacano bezpośrednio z kieszeni pacjenta¹⁸.

W sumie, w ramach środków spoza NFZ, sfinansowane zostało więc w 2016 r. 3,5 proc. wszystkich pobyty w stacjonarnych zakładach, czyli 3,5 razy tyle co dekadę wcześniej (w 2006 r.)¹⁹.

Podstawowa opieka zdrowotna

W 2016 r. 97 proc. korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (dalej: POZ) zrealizowało je w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Od 2010 r. odsetek ten wzrósł o blisko 2 p.p. W ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych z POZ korzystało 2,9 proc. Polaków, w porównaniu z 1,6 proc. w 2010.²⁰ Z własnej kieszeni za świadczenia z zakresu POZ płaciło w 2016 r. 2,2 proc. ogółu korzystających.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

63,9 proc. pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń w ramach ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej (dalej: AOS), zrobiło to w ramach NFZ. Kolejne 5,5 proc., jak podaje GUS, miało je opłacone w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych, a 38,3 proc. pacjentów zapłaciło za nie out-of-pocket. Jak informuje GUS, w porównaniu do 2010 r., znacznie spadł udział usług specjalistycznych finansowanych w ramach NFZ przy jednoczesnym wzroście tych świadczeń, finansowanych out-of-pocket w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych. Przyczyną tej sytuacji były najprawdopodobniej kolejki do świadczeń.

GUS zwraca też uwagę, że wydatki gospodarstw domowych na AOS były w 2016 r. niemal dziewięciokrotnie wyższe niż poziom ich wydatków na POZ. „Wynikać to może ze znacznie bardziej ograniczonej (w porównaniu z POZ) dostępności do opieki specjalistycznej w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (limity, długi czas oczekiwania itd.)” – zwraca uwagę GUS²¹.

¹⁶ Główny Urząd Statystyczny, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r., za: https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/2/6/1/ochrona_zdrowia_w_gospodarstwach_domowych_w_2016_r..pdf (dostęp: 03.08.2018).

¹⁷ Ibidem

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Ibidem

²⁰ Część osób korzystała z pomocy finansowanej z różnych źródeł, stąd suma przekracza 100 proc.

²¹ Ibidem, str. 83

Stomatologia

W przypadku świadczeń stomatologicznych, wydatki prywatne są wyższe niż publiczne, choć teoretycznie większość popularnych świadczeń jest w koszyku gwarantowanym. Osoby badane przez GUS w ponad 74 proc. deklarowały, że świadczenia stomatologiczne finansowały ze środków prywatnych. W ramach NFZ z usług stomatologicznych skorzystało w tym okresie 26,8 proc., a w ramach ubezpieczeń dodatkowych - 3 proc.

Diagnostyka

W przypadku badań diagnostycznych ważnym źródłem finansowania, poza wcześniej już wskazanymi, jest medycyna pracy.

Z blisko 35,2 mln badań laboratoryjnych, prawie 79,6 proc. było finansowane w ramach NFZ, 3,0 proc. w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, 9,9 proc. ze środków własnych gospodarstwa domowego, a 7,5 proc. w ramach medycyny pracy.

Z kolei w ramach diagnostyki obrazowej, ze środków publicznych NFZ sfinansowanych było 81,6 proc. z 22,5 mln ogółu badań wykonanych w 2016 r. Co dziewiąte badanie wykonano płacąc ze środków własnych gospodarstwa domowego. W ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych sfinansowano 3,8 proc. badań obrazowych, a w ramach medycyny pracy 3,1 proc.

Leki, suplementy, wyroby medyczne

Leki, jakie pacjenci otrzymują w szpitalach i ambulatoriach, w tym kosztowne programy lekowe i chemioterapia, są co do zasady bezpłatne dla pacjenta. Dopłaty obejmują natomiast rynek apteczny.

Źródłem informacji o poziomie odpłatności pacjentów są raporty opierające się o dane pochodzące z aptek. Poziom ten wynosi ok. 26-27 proc. Z danych firmy PEX PharmaSequence wynika, że w maju 2018 r. poziom współpłacenia pacjentów za leki refundowane wyniósł 25,9 proc. i był mniejszy o 1,4 p.p. niż w analogicznym okresie 2017 r.

Okolo 26 proc. – tyle dopłaca średnio pacjent do leku refundowanego

Widoczny spadek dopłat po stronie pacjenta jest efektem silniejszej presji na firmy farmaceutyczne oraz wchodzenia na rynek tańszych odpowiedników leków w związku z wygasającą ochroną patentową. Stąd powtarzana przez wiele lat teza, że pacjent dopłaca jedną trzecią ceny albo nawet więcej, przestała być aktualna. Podczas gdy np. w styczniu 2011 r. średnia cena leku refundowanego wynosiła 26,94 zł, z czego ponad 35 proc. musiał dopłacić pacjent, to już kilka miesięcy po wejściu w życie nowych przepisów refundacyjnych, w lipcu 2012 r., średnia cena leku wynosiła 27,79 zł, z czego 32,2 proc. dopłacał pacjent²². Obecnie pacjenci dopłacają do leków refundowanych mniej niż 26 proc.

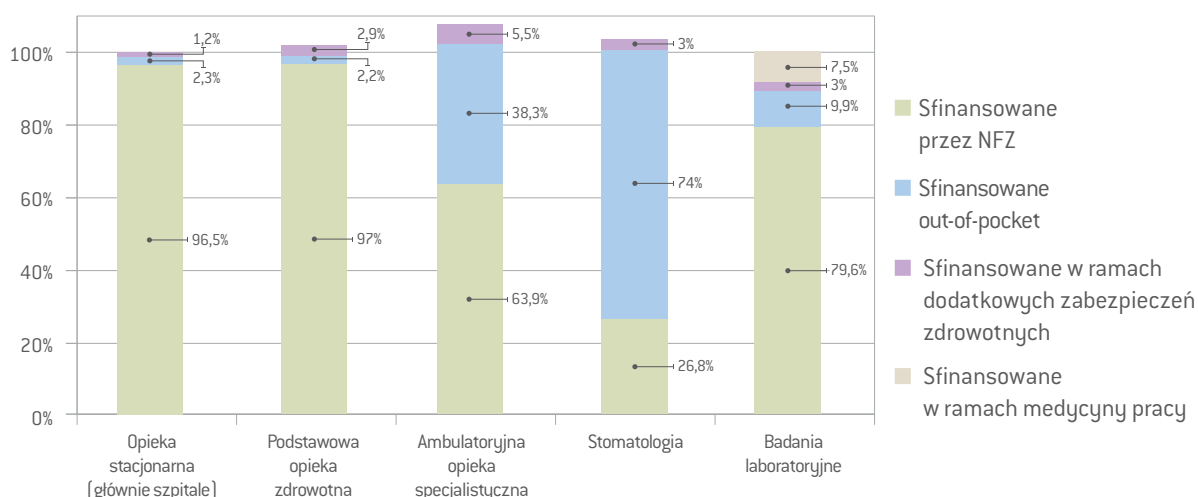
Jednak nie wszystkie produkty lecznicze, z których korzystają pacjenci są refundowane. Chodzi tu zarówno o leki OTC, suplementy, jak i nowoczesne terapie, które nie trafiły na wykazy leków refundowanych.

Biorąc pod uwagę całkowitą sprzedaż w aptekach otwartych, obejmującą poza lekami refundowanymi m.in. nierefundowane leki na receptę, leki OTC, suplementy diety, produkty zielarskie i wyroby medyczne, NFZ dopłaca ok. 25 proc. do produktów nabywanych w aptekach.

Okolo 75 proc. – tyle średnio dopłacają pacjenci z „własnej kieszeni” w aptekach do refundowanych i nierefundowanych produktów

²² Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia na interpelację nr 12736 w sprawie konieczności rozważenia zmiany ustawy o refundacji leków w związku z niepokojącymi danymi dotyczącymi leczenia pacjentów z dn. 11.01.2013 r., za: <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=7E8CDACF> [dostęp: 03.08.2018].

Rys. 12. Struktura finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (proc. korzystających wg struktury finansowania)



*Dane GUS za IV kw. 2016 r. Dane mogą przekraczać 100 proc., ponieważ osoby/gospodarstwa domowe mogły korzystać ze świadczeń finansowanych z różnych źródeł równocześnie

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.

Dużo z własnej kieszeni

Polacy coraz więcej wydają na ochronę zdrowia. Według GUS, w 2007 r. było to 20,87 mld zł, co stanowiło 1,77 proc. PKB. Rok później już 23,22 mld zł, czyli 1,82 PKB. W kolejnych latach wydatki cały czas rosły, by w 2015 r. – to najświeższe dane GUS - osiągnąć 34,25 mld zł, czyli 1,9 proc. PKB²³.

To oznacza, że ich udział systematycznie rośnie i że przekroczyły 30 proc. całkowitych wydatków bieżących na zdrowie.

30 proc. – tyle ze wszystkich wydatków bieżących na zdrowie było pokrywane ze środków prywatnych w 2015 r.

23 proc. – taka część wszystkich wydatków była pokrywana z własnej kieszeni

Polska odnotowuje wysoki udział wydatków out-of-pocket w całkowitych wydatkach na zdrowie. Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych stanowiły w 2015 r. ponad 23 proc. wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia. To około 10 p.p. więcej niż średnia OECD. Jest to niezwykle ważny wskaźnik, monitorowany zarówno przez OECD, jak i WHO. Wydatki out-of-pocket pokazują, jakie koszty ponosi pacjent dodatkowo, poza ubezpieczeniem zdrowotnym i innymi zorganizowanymi formami płacenia za zdrowie.

Płatności out-of-pocket są, zdaniem OECD, źródłem barier w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Stąd organizacja ta, oceniając uniwersalność zasad w dostępie do opieki medycznej, wskazała jako państwa negatywnie wyróżniające się na tle innych: USA, Polskę i Grecję²⁴.

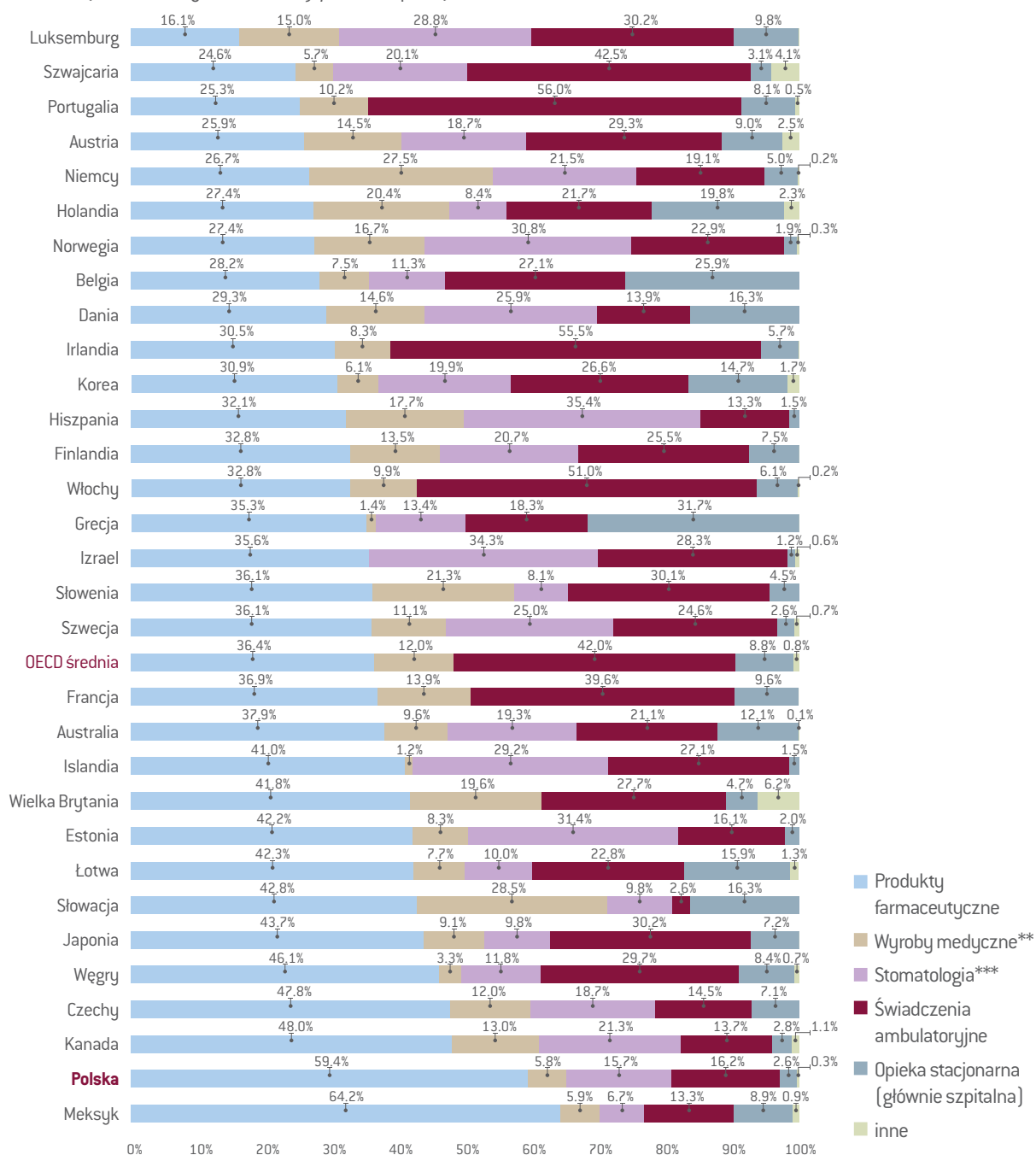
²³ GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia 2015

²⁴ „All OECD countries have universal health coverage for a core set of services, except Greece, the United States and Poland”, za: OECD Indicators, Health at a Glance 2015, str. 10.

Trzeba jednak zaznaczyć, że w obrębie wszystkich prywatnych wydatków, udział out-of-pocket, wynoszący obecnie poniżej 80 proc., spada. Jeszcze kilka lat temu wynosił on ponad 90 proc.

Szacuje się, że ponad połowę tych środków przeznaczono na leki, głównie OTC oraz suplementy diety. Jedna trzecia została wydana na wizyty lekarskie, w tym stomatologiczne.

Rys. 13. Za jakie świadczenia zdrowotne mieszkańcy różnych państw płacą z własnej kieszeni (struktura wydatków out-of-pocket w proc.)*



* dane za rok 2015 r. lub najświeższe
 ** obejmuje m.in. okulary, aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie
 *** w przypadku części państw wliczana w opiekę ambulatoryjną

Źródło: OECD Health Statistics 2017, za: https://www.oecd-ilibrary.org/out-of-pocket-medical-spending-by-services-and-goods-2015-or-nearest-year_5jfkz1z4lg0.xlsx?itemId=%2Fcontent%2Fcomponent%2Fhealth_glance-2017-graph59-en&mimeType=vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet

* Zgodnie z wersją Planu finansowego po zmianach stanowiącą załącznik do zarządzenia nr 51/2018/DEF Prezesa NFZ z 15 czerwca 2018 r. w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 r.

Ważna jest też struktura wydatków w ramach samej kategorii *out-of-pocket*.

OECD w raporcie *Health at a Glance*, zwraca uwagę, że niektóre państwa Europy Środkowej i Wschodniej w tym Polska, Czechy oraz Węgry, w ramach wydatków własnych, ponad połowę przeznaczają na leki. Polskę pod tym względem ze wszystkich państw OECD wyprzedza tylko Meksyk.

OECD zwraca uwagę, że zjawisko to może wynikać nie tylko z wysokiego poziomu współpłacenia za przepisane leki, ale też wysokich wydatków na samoleczenie²⁵.
Może to być efektem kolejek do specjalisty.

Koszty *out-of-pocket*, to jednak tylko 2,5 proc. polskich domowych budżetów. Średnia OECD to 3 proc. Wynika to prawdopodobnie z ogólnie niskich dochodów, a wraz z nimi wydatków na zdrowie. Najwięcej w całej Europie wydają Szwajcarzy, którzy 5,3 proc. domowych budżetów przeznaczają na dodatkowe opłaty na zdrowie. Poniżej 2 proc. wydają Niemcy (1,8 proc.), Brytyjczycy (1,5 proc.) oraz Luksemburczycy i Francuzi (po 1,4 proc.)

Inne szacunki

Poza szacunkami GUS dostępne są też opracowania firm komercyjnych. Jak wynika z cyklicznego raportu firmy badawczej PMR pt. „Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2018. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2018-2023”, wydatki prywatne na opiekę medyczną wyniosły blisko 49 mld zł w 2017 r. i zgodnie z prognozą osiągną 69 mld zł w 2023 r.²⁶

Według tej firmy, w 2017 r. wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce wzrosła o ok. 7 proc. Prognozy na lata 2018-2019 wskazują, że dynamika rynku pozostanie wysoka, co będzie związane z silną konsumpcją gospodarstw domowych, dobrą sytuacją na rynku pracy i wysokimi nakładami inwestycyjnymi w gospodarce.

49 mld zł – na tyle szacowane były wydatki prywatne na opiekę medyczną (w tym m.in. na leki) w 2017 r.

69 mld zł – tyle wydatki prywatne na zdrowie wyniosą w 2023 r.

Z kolei z badań CBOS wynika, że najwięcej - aż 40 proc. – osób, korzystało zarówno ze świadczeń dostępnych w ramach NFZ, jak i opłaconych prywatnie²⁷. Niewiele mniej, 37 proc. osób, korzystało wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej. Wyłącznie z prywatnej opieki zdrowotnej korzystało 7 proc. badanych, płacąc za usługi medyczne z własnej kieszeni lub w ramach dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego czy abonamentu.

CBOS wskazuje, podobnie jak inne instytucje badawcze, że jedynym segmentem, w którym przeważają osoby korzystające z prywatnie finansowanych świadczeń jest stomatologia, 69 wobec 47 proc. Drugim segmentem, za który chętnie płacimy z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia, są wizyty u lekarzy specjalistów, jednak w tym zakresie częściej korzystamy z usług NFZ, 76 wobec 47 proc. 70 proc. badanych, którzy przynajmniej raz skorzystali z usług świadczonych poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, wybiera prywatne leczenie przede wszystkim z powodu krótszego czasu oczekiwania na świadczenie.

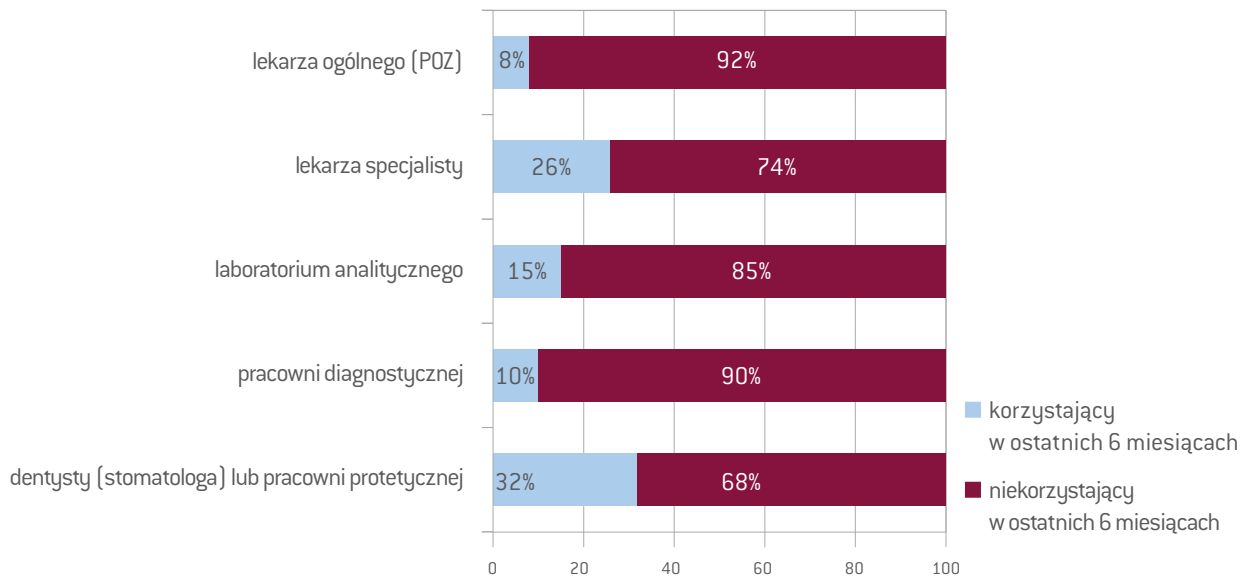
²⁵ OECD Indicators, *Health at a Glance 2017*, za: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1532947362&id=id&accname=guest&checksum=B5957592B39DFF23D3BBA3AB71C699D1 [dostęp: 03.08.2018].

²⁶ PMR, *Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2018. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2018-2023*, za: <http://ceepharmasphinx.pmr-www.nazwa.pl/analysis/1543/ubezpieczenia-i-abonamenty-motorem-ryнку-prywatnej-opieki-zdrowotnej-w-polsce> [dostęp: 03.08.2018].

²⁷ Komunikat z badań CBOS, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, za: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_112_16.PDF [dostęp: 03.08.2018]. Wybrano dane za okres analogiczny do tego, który prezentuje GUS jako najnowsze dane.

Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w systemie publicznym wynosił w minionym półroczu ponad 3,5 miesiąca, przy czym 6 proc. badanych czekało na wizytę ponad rok. Niemal co piąta osoba, która potrzebowała konsultacji specjalisty (17 proc.), nie dostała się do niego w ramach NFZ.

Rys. 14. Jak często Polacy korzystali ze świadczeń zdrowotnych poza publicznym systemem – badanie CBOS dotyczące korzystania ze świadczeń (proc. respondentów)*

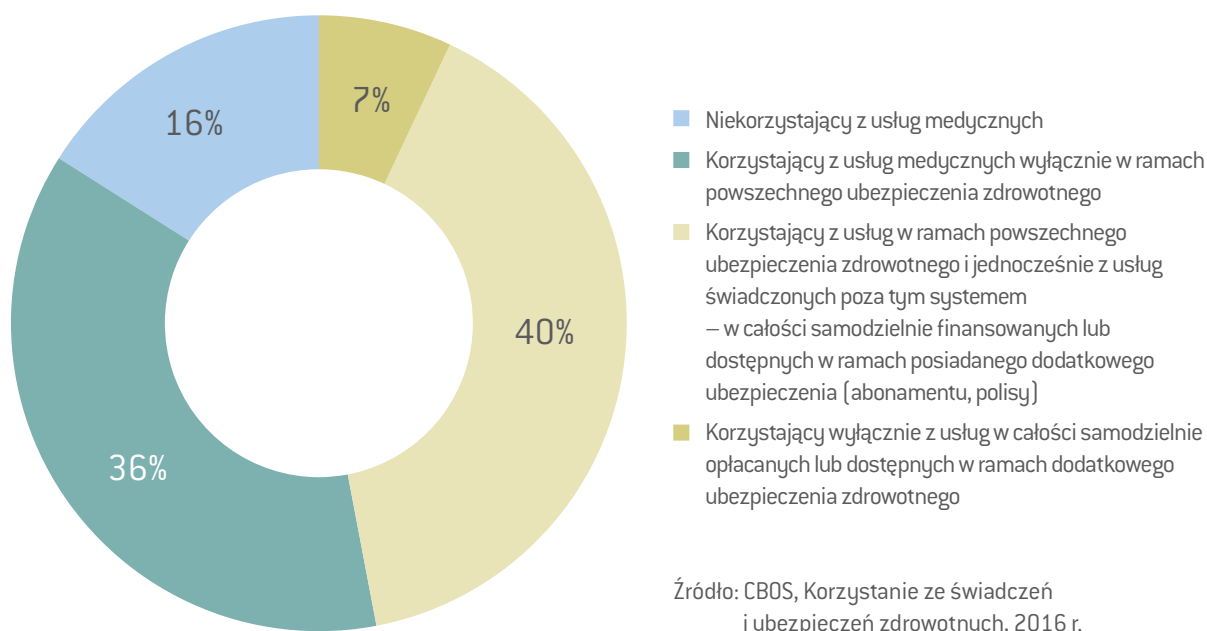


* Odpowiedź na pytanie: Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy korzystał(a) pan(i) z usług świadczonych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – a więc finansowanych przez pana(ią) samodzielnie lub dostępnych w ramach posiadanego przez pana(ią) dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego?

Źródło: CBOS, Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych, 2016 r.

Źródło: CBOS, Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych, 2016 r.

Rys. 15. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ciągu 6 miesięcy poprzedzających sondaż CBOS (proc. respondentów)



Źródło: CBOS, Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych, 2016 r.

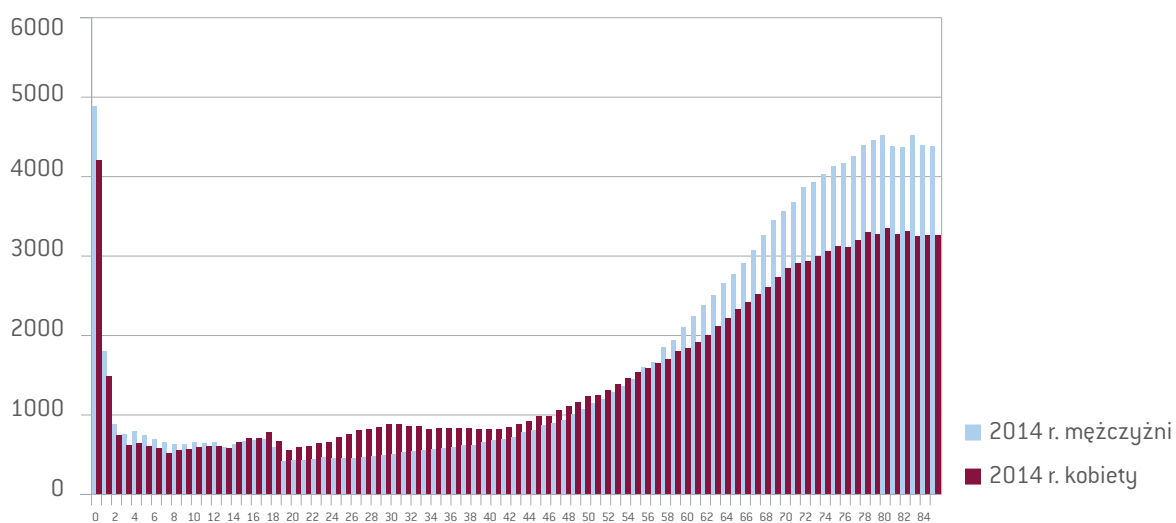
ROZDZIAŁ 3

Wydatki NFZ

Ile kosztuje leczenie zależnie od wieku ubezpieczonego?

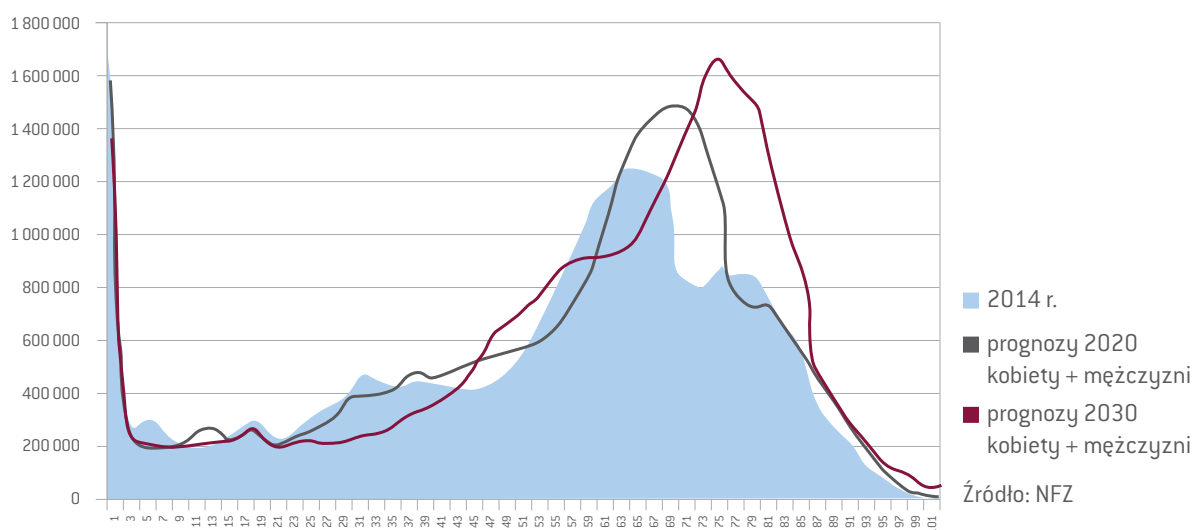
Jak wynika z przygotowanej przez NFZ analizy²⁸, koszty świadczeń zdrowotnych zaczynają szybko wzrastać mniej więcej w połowie czwartej dekady życia ubezpieczonego, czyli w wieku produkcyjnym.

Rys. 16. Wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne 1 osoby w określonym wieku (zł)



Źródło: Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce, NFZ, listopad 2015 r.

Rys. 17. Koszty świadczeń zdrowotnych pacjentów w określonym wieku (tys. zł)



Źródło: NFZ

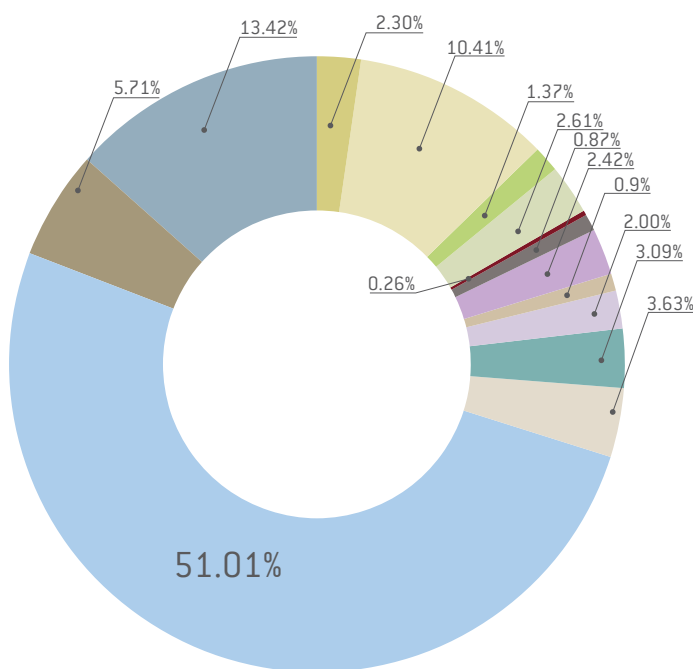
²⁸ Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce, NFZ listopad 2015 r., za: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/o_nfz/publikacje/prognoza_kosztow_swiadczen_opieki_zdrowotnej_finansowanych_przez_nfz.pdf (dostęp: 03.08.2018).

Koszty świadczeń zdrowotnych będą znacząco rosnać ze względu na starzenie społeczeństwa. Z kolei w grupie osób w wieku do 40 roku życia koszty te będą spadać, ponieważ ich udział w całej populacji będzie mały.

Plany finansowe NFZ

Od lat wszystkie autorytety są zgodne, że opiekę zdrowotną powinno się przekierować do poradni POZ i AOS, by pacjenci podejmowali leczenie już na wczesnym etapie choroby. Niestety, w kolejnych planach finansowych NFZ nie jest to uwzględniane.

Rys. 18. Na co NFZ wydaje pieniądze. Koszty wybranych świadczeń w 2018 r. (mld zł)*



Koszty świadczeń opieki zdrowotnej – 78,58 mld zł, w tym:

- podstawowa opieka zdrowotna – 10,55 mld zł
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 4,49 mld zł
- leczenie szpitalne, w tym programy lekowe i chemioterapia – 40,08 mld zł
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 2,85 mld zł
- rehabilitacja lecznicza – 2,43 mld zł
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 1,57 mld zł
- opieka paliatywna i hospicyjna – 0,71 mld zł
- leczenie stomatologiczne – 1,90 mld zł
- lecznictwo uzdrowiskowe – 0,68 mld zł
- koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu – 0,20 mld zł
- świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie – 2,05 mld zł
- zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji – 1,08 mld zł
- refundacja [głównie apteczna] – 8,18 mld zł
- inne – 1,81 mld zł

Źródło: NFZ

Analiza realizacji planu finansowego NFZ za lata 2015²⁹, 2016³⁰ i 2017³¹ pokazuje, że mimo wzrostu przychodów, a także wydatków na świadczenia w lecznictwie szpitalnym oraz POZ, odnotowano niewielki wzrost liczby porad/hospitalizacji oraz liczby pacjentów. Nie uległy też skróceniu kolejki do świadczeń. W przypadku AOS widać spadek liczby realizowanych świadczeń i objętych opieką pacjentów. Wzrost wydatków na świadczenia nie przełożył się na wzrost dostępności. Powodem tego jest spadek siły nabywczej pieniądza, m.in. w wyniku podniesienia niedoszacowanych wycen części procedur i wzrostu kosztów pracy, tu np. podwyżki dla pielęgniarek. Dodatkowe środki z budżetu w zeszłym roku trafiły na zapłatę nadwykonań, zresztą całkowicie słusznie, ale nie zwiększyło to dostępu do świadczeń. Fundusz kupuje dodatkowe świadczenia w najbardziej newralgicznych punktach, m.in. operacje zaćmy, endoprotezoplastyka, w których wypadaliśmy najgorzej z państw UE pod względem długości kolejek.

W planie finansowym na rok 2018 pierwotnie przewidziano spadek wydatków w pozycji AOS o ponad 2,5 proc. Jednak w ciągu roku kwota ta została podwyższona. Na rok 2019 zaplanowano 6-proc. wzrost nakładów na AOS. Jednocześnie, średni wzrost wydatków na wszystkie świadczenia wyniesie 6,4 proc., w tym wydatki na leczenie szpitalne mają być wyższe o 6,2 proc., a na podstawową opiekę zdrowotną o 6,3 proc.

* Zgodnie z wersją Planu finansowego po zmianach stanowiącą załącznik do zarządzenia nr 51/2018/DEF Prezesa NFZ z 15 czerwca 2018 r. w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 r.

²⁹ Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2015 r., za: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_za_2015_rok.pdf (dostęp: 03.08.2018).

³⁰ Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r., za: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_za_2016_rok.pdf (dostęp: 03.08.2018).

³¹ Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 r., za: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_za_2017_rok.pdf (dostęp: 03.08.2018).

ROZDZIAŁ 4

Kolejki: dodatkowe środki to za mało

Niestety, nawet w tych zakresach, w których Fundusz dokupił większą liczbę świadczeń, często kolejek nie udawało się znacząco skrócić. Kolejki te nawet wręcz rosły. Jest to jeden z dowodów, że skala niezaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych Polaków jest bardzo duża. Przykładem mogą być poradnie kardiologiczne. W grudniu 2015 r. w kolejce jako tzw. przypadek pilny czekało 4 579 osób, a w ciągu całego 2015 r. z kolejek wykreślono w związku z realizacją świadczeń 43 817 osób. Rok później z kolejek skreślono ponad 60,2 tys. osób, a mimo to w grudniu 2016 r. na świadczenie w trybie pilnym oczekiwały 6 462 osoby. Oznacza to, że pomimo zwiększenia liczby wykonanych świadczeń, liczba osób w kolejce i tak się zwiększyła. Taką samą sytuację można było zaobserwować w 2017 r. Poradnie w trybie pilnym przyjęły więcej chorych niż w latach 2015 i 2016, ale liczba oczekujących, według stanu na grudzień 2017 r., była znacząco większa niż rok wcześniej.

Powyższe rzutuje na sytuację tzw. przypadków stabilnych. W kolejnych latach liczba osób wykreślonych z kolejki z roku na rok spadała (325,8 tys. w 2015 r., 307,9 tys. w 2016 r. i 295,2 tys. w 2017 r.), a liczba chorych oczekujących w kolejce wzrosła ze 114,6 tys. w 2015 r. do 119,9 tys. w 2016 r., a potem nieznacznie spadła do 118,1 tys. w 2017 r.

Zarówno w przypadkach pilnych jak i stabilnych mediana czasu oczekiwania rosła. W przypadkach pilnych wzrosła z 5 dni w 2015 r. do 11 dni w 2017 r., a w przypadkach stabilnych ze 100 dni w 2015 r. do 115 dni w 2017 r.³²

Nowy pomysł NFZ polega na tym, by pacjenci tzw. „pierzszorazowi” (ze skierowaniem) byli przyjmowani poza kolejnością i opłacani bezlimitowo. To może poprawić sytuację dla części pacjentów. Ponieważ NFZ liczy w statystykach kolejek wyłącznie nowe osoby ze skierowaniami, a nie te, które np. są już pod opieką specjalisty w AOS, zabieg ten może przynajmniej formalnie zlikwidować część kolejek. Pamiętajmy jednak, że w praktyce niekoniecznie musi się tak stać. Osoba, którą lekarz np. endokrynolog, kardiolog czy diabetolog przyjmie poza kolejką, gdy będzie trzeba zgłosić się na kolejną wizytę (przynieść wyniki badań, zmienić dawkowanie leków), nie będzie już traktowana jako „pierzszorazowa”. Są wręcz obawy, że jeśli więcej osób skorzysta z tej formy pomocy, to poza gronem tych, którym kolejne wizyty nie będą już potrzebne, pacjentom wymagającym większej liczby wizyt, terminy ich mogą się wydłużyć. Powód: ograniczona liczba lekarzy, limitowane kontrakty na przyjęcia do AOS, z których będzie chciało w ramach kontynuacji skorzystać więcej osób (dotychczasowe plus nowe przyjęte za pierwszym razem poza kolejką).

Część pacjentów rezygnuje

Jak wynika z danych GUS, główną przyczyną korzystania z prywatnych usług medycznych, poza stomatologicznymi, był zbyt odległy termin wizyty w ramach NFZ. Na taką przyczynę wskazało blisko dwie trzecie gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych finansowanych poza NFZ (61,7 proc.)³³. Tylko 18,5 proc. jako przyczynę zadeklarowało, że ich zdaniem usługi takie są świadczone wówczas przez lepszych specjalistów.

Ponadto 5,3 proc. Polaków, którzy nie skorzystali ze świadczeń wskazywało, że choć miało potrzebę uzyskania pomocy specjalisty, to jednak nie odbyło wizyty. Najczęściej podawane przyczyny to długi termin oczekiwania (46 proc.), brak pieniędzy (13,1 proc.), oczekiwanie na ustąpienie objawów (10,1 proc.), brak czasu (9,8 proc.)³⁴.

Szczególnym przykładem świadczeń, do których kolejki stale rosły, były świadczenia z zakresu rehabilitacji. Choć w trybie pilnym na oddziały rehabilitacyjne przyjmowano z roku na rok coraz więcej osób, kolejka zarówno pod względem liczby oczekujących jak i średniego czasu, jaki pacjent musiał poczekać, rosła. Równocześnie liczba świadczeń wykonywanych w przypadkach stabilnych spadała, pomimo rosnącego zapotrzebowania. Liczba oczekujących zwiększyła się ze 167,2 tys. w 2015 r. do blisko 196 tys. w 2016 r., a mediana oczekiwania wzrosła w tym okresie z niespełna roku tj. 347 dni do 464 dni.

³² Narodowy Fundusz Zdrowia, Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 r., za: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_za_2017_r_.pdf [dostęp: 03.08.2018].

³³ Główny Urząd Statystyczny, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r., za: http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosc/5513/2/6/1/ochrona_zdrowia_w_gospodarstwach_domowych_w_2016_r.pdf [dostęp: 03.08.2018 r.].

³⁴ GUS: Osoby według cech społeczno-demograficznych i przyczyn niekorzystania z porad lekarza specjalisty, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r. – Aneks, http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosc/5513/2/6/1/aneks_tabelaryczny.xlsx [dostęp: 03.08.2018].

NFZ: rzeczywisty czas realizacji świadczenia

Bardzo ciekawe są w tym kontekście dane NFZ ze sprawozdań Funduszu z działalności. Poza liczbą oczekujących w kolejkach, zawierają one informacje o tym, ile średnio pacjent musiał czekać w przypadku już zrealizowanych procedur. Przykładowo, z osób próbujących skorzystać z porady endokrynologa w poradni na 29,4 tys. osób, które wykreślono z kolejki w I kwartale 2018 r., w pierwszym miesiącu od zapisania się w kolejce do lekarza dostało się 5,5 tys., w drugim miesiącu oczekiwania niecałe 3,2 tys. Najwięcej, bo ponad 8 tys., osób dostało się do poradni dopiero między 6. a 12. miesiącem oczekiwania na wizytę. Dla blisko 3,1 tys. realny czas oczekiwania wynosił między 12 a 24 miesiące.

Tabela 2. Kolejki do świadczeń: po jakim czasie pacjentom udawało się skorzystać z wybranych świadczeń zdrowotnych finansowanych z NFZ*

PORADNIE	Liczba oczekujących przypadki pilne	Czas oczekiwania (mediana) przypadki pilne	Liczba oczekujących przypadki stabilne	Czas oczekiwania (mediana) przypadki stabilne
Poradnia kardiologiczna				
2017	8373	10	127482	86
2018	10197	11	129569	90
Dział (pracownia) fizjoterapii				
2017	86016	24	962619	96
2018	98282	28	976127	92
Poradnia neurologiczna				
2017	5939	0	142794	39
2018	7410	1	139121	41
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej				
2017	6131	5	107715	43
2018	6948	6	98982	41
Poradnia okulistyczna				
2017	4413	0	296262	56
2018	5285	0	292133	57
Pracownia endoskopii				
2017	5379	5	106284	42
2018	6036	6	110085	44
Poradnia endokrynologiczna				
2017	5621	17	96015	173
2018	6476	17	95689	178

SZPITALE	Liczba oczekujących przypadki pilne	Czas oczekiwania (mediana) przypadki pilne	Liczba oczekujących przypadki stabilne	Czas oczekiwania (mediana) przypadki stabilne
Oddział kardiologiczny				
2017	1914	0	12739	18
2018	2088	0	12370	18
Oddział reumatologiczny				
2017	3495	16	14845	61
2018	2723	16	13420	64
Oddział rehabilitacyjny				
2017	32299	54	184247	404
2018	34695	53	198825	452
Oddział chirurgiczny ogólny				
2017	2006	0	68174	33
2018	1958	0	68207	33
Oddział neurochirurgiczny				
2017	6217	18	29636	111
2018	6503	22	28371	110
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej				
2017	23580	18	129516	145
2018	26240	23	134488	165
Oddział okulistyczny				
2017	1290	0	16313	33
2018	1111	0	14062	35
Oddział otorynolaryngologiczny				
2017	3729	6	105621	129
2018	3997	7	106622	141

* Średni rzeczywisty czas oczekiwania i liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń w I kw. 2018 r. oraz I kw. 2017 r.

Źródło: opracowanie na podstawie danych NFZ

Liczba osób z listy oczekujących, którym udzielono świadczenia

OGÓŁEM	u których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił							
	do 1 m-ca	pow. 1 do 2	pow. 2 do 3	pow. 3 do 6	pow. 6 do 12	pow. 12 do 24	pow. 24	
Poradnia kardiologiczna								
2017	80803	24744	15599	12003	19841	7283	1271	62
2018	73525	22214	13690	10312	17458	8404	1337	110
Dział (pracownia) fizjoterapii								
2017	1571043	332660	217402	198151	480261	307761	33450	1358
2018	1605227	370201	276581	215157	399515	301184	41853	736
Poradnia neurologiczna								
2017	172743	86060	38461	20165	23325	4373	328	31
2018	153910	72538	35851	20022	20505	4679	278	37
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej								
2017	130375	72054	27379	14507	14168	2108	130	29
2018	110150	58586	25478	11807	11603	2539	92	45
Poradnia okulistyczna								
2017	233835	88277	49139	32206	44789	15665	3390	369
2018	205153	75737	44069	26496	37483	17955	3241	172
Pracownia endoskopii								
2017	89753	37407	23335	12546	12244	3713	494	14
2018	94015	39289	24531	13208	13023	3377	551	36
Poradnia endokrynologiczna								
2017	37470	7814	4909	3465	8223	10767	2048	244
2018	29397	5525	3095	2391	6829	8327	3088	142

OGÓŁEM	u których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił							
	do 1 m-ca	pow. 1 do 2	pow. 2 do 3	pow. 3 do 6	pow. 6 do 12	pow. 12 do 24	pow. 24	
Oddział kardiologiczny								
2017	11064	5122	2738	1342	1176	510	149	27
2018	12055	6248	2826	1323	1031	422	173	32
Oddział reumatologiczny								
2017	9865	3881	1770	1499	1537	645	302	231
2018	9614	3224	2215	1437	1342	622	416	358
Oddział rehabilitacyjny								
2017	21360	3820	2455	1639	2832	2989	4088	3537
2018	21071	4360	3623	2268	2596	2031	3132	3061
Oddział chirurgiczny ogólny								
2017	57995	26492	12866	6942	7626	3034	933	102
2018	55378	26032	12536	6469	7002	2451	785	103
Oddział neurochirurgiczny								
2017	6646	3024	978	597	962	591	322	172
2018	6709	2970	1146	733	744	576	326	214
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej								
2017	27502	7977	3834	2871	4445	4484	3030	861
2018	1223	608	213	177	130	26	55	14
Oddział okulistyczny								
2017	8165	2939	1121	758	1011	604	898	834
2018	8542	3286	1120	726	1004	732	739	935
Oddział otorynolaryngologiczny								
2017	28339	6953	3898	2873	5174	5757	3164	520
2018	26785	6983	3686	2507	4682	5367	2951	609

WHC: jakie terminy proponują placówki?

Kolejki do świadczeń opieki zdrowotnej w sektorze publicznym monitorują m.in. Fundacja Watch Health Care (WHC) oraz Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych.

Pozyskują one dane poprzez tzw. mistery shopping, sprawdzając, jaki termin zostanie wyznaczony jako najbliższa możliwość udzielenia świadczenia w różnych placówkach.

Jak wynika z opublikowanego w czerwcu 2018 r. raportu Fundacji WHC³⁵, średni czas oczekiwania na pojedyncze gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce wynosił w kwietniu i maju 3,7 miesiąca, czyli około 16 tygodni. W porównaniu do danych zebranych w czerwcu i lipcu 2017 r., czas ten uległ wydłużeniu, mimo dodatkowych środków przeznaczanych przez NFZ na skrócenie kolejek.

około 4 miesiące – tyle średnio trzeba poczekać by skorzystać ze świadczenia zdrowotnego według Fundacji WHC

Biorąc pod uwagę poradę specjalisty, w kolejce na wizytę trzeba poczekać średnio 3,4 miesiąca. Porównując dane zebrane w czerwcu oraz lipcu 2017 r., odnotowano wzrost.

23 miesiące – tyle czeka się na wizytę u endokrynologa

Znaczne wydłużenie kolejek nastąpiło w endokrynologii. Firma MAHTA wykonująca badanie dla Fundacji WHC wskazała, że wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę u endokrynologa wyniosło ponad 12 miesięcy. Wskazuje konkretne przykłady przypadków klinicznych, dla których ustalano termin wizyty.

³⁵ Fundacja WHC, Raport 18/27/06/2018 http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometrwhc_raport_062018.pdf

Specjaliści, do których czas oczekiwania był w analizowanym okresie najdłuższy, to między innymi:



Alivia: dodanie pieniędzy pomogło na chwilę

W czerwcu 2018 r. własny raport na temat kolejek opublikowała również Fundacja Alivia³⁶. W swojej analizie zwraca uwagę, że we wrześniu ubiegłego roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył dodatkowe środki na badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, co sprawiło, że sytuacja pacjentów nieznacznie się poprawiła. Fundusz zapowiadał, że kolejki do tych badań skrócą się nawet o 33 – 43 proc.

Niestety kolejki ponownie się wydłużyły. Od lutego do czerwca 2018 r. średni czas oczekiwania w trybie pilnym na badanie rezonansem magnetycznym wydłużył się z 98 do 116 dni. Na tomografię komputerową w trybie pilnym czeka się przeciętnie 34 dni, czyli o dwa dni dłużej niż podczas poprzedniego pomiaru³⁷.

116 dni trzeba czekać na badanie rezonansem magnetycznym w trybie pilnym według Fundacji Alivia

Fundacja prowadzi portal Kolejkoskop.pl, dzięki któremu pacjenci mogą znaleźć najkrótszą kolejkę do badań obrazowych. Portal umożliwia także śledzenie średniego czasu oczekiwania na badanie na poziomie miasta lub województwa w zależności od skierowania, które otrzymał pacjent.

³⁶ Fundacja Alivia: Kolejki do diagnostyki obrazowej rosną <https://www.alivia.org.pl/kolejki-diagnostyki-obrazowej-rosna/>

³⁷ Alivia: Kolejki do diagnostyki obrazowej rosną, czerwiec 2018 r., <https://www.alivia.org.pl/kolejki-diagnostyki-obrazowej-rosna/>

Osoby uprzywilejowane przepisami

Na wydłużenie się kolejek, dla części społeczeństwa, mają wpływ zmiany w zakresie uprawnień dla różnych grup społecznych. W sytuacji ograniczonych zasobów kadrowych i finansowych ułatwienie korzystania z publicznych świadczeń jednej grupie, pomimo słuszności takiego postępowania, ogranicza dostęp pozostałym.

Uprawnienia do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z NFZ, posiadają:

- zasłużeni honorowi dawcy krwi i zasłużeni dawcy przeszczepu,
- inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci,
- uprawnieni żołnierze i pracownicy oraz weterani poszkodowani – w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- kobiety w ciąży (od 01.01.2017 r.),
- świadczeniobiorcy do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (od 01.01.2017 r.),
- działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych (od 31.08.2017r.) – ustawą z 8 czerwca 2017 r. o zmianie ustawy o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych oraz niektórych innych ustaw [Dz.U. 2017, poz. 1386] wprowadzono zmiany pojęcia „osoby represjonowanej” i „kombatanta”, zasad uwzględniania okresów osadzenia i internowania przy ustalaniu prawa do emerytury i renty i obliczaniu ich wysokości oraz korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. Ustawa weszła w życie 31 sierpnia 2017 r.,
- osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (od 01.07.2018 r.).



Ponadto, np. w onkologii, pacjenci objęci pakietem onkologicznym dostali możliwość korzystania z szybkiej ścieżki diagnostyki i leczenia, co – jak wskazywano w wielu publikacjach – wydłużyło czas oczekiwania dla innych chorych z podejrzeniem lub już zdiagnozowanym nowotworem³⁸.

Dodatkowe finansowanie

Leki 75 plus

W 2016 r. ustawowo wprowadzono rządowy program zwany lekami 75 plus. Zgodnie z intencją prawodawcy część leków została udostępniona osobom w wieku 75 lat lub więcej, całkowicie bezpłatnie. Różnica pomiędzy dopłatą od pacjenta do leku refundowanego pokrywana jest z pieniędzy budżetowych.

Za życiem

W 2017 r. uchwalono ustawę dotyczącą programu „Za życiem”, którego celem jest wsparcie rodzin, w których przyjdzie albo przyszło na świat ciężko chore dziecko. Poza bezkolejkowym trybem przyjmowania, osoby te są objęte np. preferencyjnymi zasadami korzystania z wyrobów medycznych.

Niepełnosprawni

Nowe przepisy związane z protestem rodziców osób niepełnosprawnych w Sejmie przewidują nie tylko możliwość przyjęcia poza kolejką, ale dostęp do większej liczby świadczeń w zakresie m.in. rehabilitacji i wyrobów medycznych.

Rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne

Zapotrzebowanie na usługi zdrowotne szybko rośnie, choć w niewielkim stopniu widać to w statystykach świadczeń realizowanych w ramach umów z NFZ. Powodem są narzucane ogólnie limity przyjęć, a coraz częściej także kłopoty w znalezieniu specjalistycznej kadry.

³⁸ Wskazywały na to m.in. raporty Fundacji WHC, Fundacji Onkologia 2025. Na problem ten w 2017 r. zwracał również uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich w piśmie do Ministra Zdrowia, za: https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyst_proc.C4_proc.85piepie_proc.20do_proc.20Ministra_proc.20Zdrowia_proc.20w_proc.20sprawie_proc.20pakietu_proc.20onkologicznego.pdf (dostęp: 03.08.2018).

Na podstawie danych zbieranych przez GUS z placówek POZ, AOS i stomatologicznych, wyraźnie widać, że liczba porad ambulatoryjnych w przeliczeniu na mieszkańca stale rośnie. W 2017 r. w przeliczeniu na 1 mieszkańca wyniosła ona 8,3. Dla porównania, w 2010 r. było to 7,4 porady.

Porady POZ

Segmentem, w którym nie jest limitowana liczba przyjęć chorych, jest podstawowa opieka zdrowotna. NFZ zawiera umowy na opiekę nad pacjentem w określonym przedziale czasowym. Systematycznie przybywa wizyt u lekarzy POZ. W 2017 r., zgodnie z danymi GUS, zrealizowano 169,4 mln wizyt. Wzrost rok do roku wyniósł 1,8 proc. Od roku 2007 r. liczba udzielanych rocznie porad POZ wzrosła o 14,6 proc. Tylko w ciągu ostatnich dwóch lat liczba porad wzrosła o 5 proc.

Zauważmy, że dane NFZ za 2017 r. mówią o mniejszej liczbie, tj. 151,6 mln porad w 2017 r. To oznaczać może, że ok. 15 mln porad zrealizowano poza publicznym systemem³⁹, w ramach ubezpieczeń, abonamentów lub płatności out-of-pocket⁴⁰.

Wzrost liczby świadczeń w POZ nie jest powodowany wyłącznie starzeniem się społeczeństwa. Znacząco rośnie liczba porad udzielanych osobom w wieku 40-65 lat. W 2015 r. udzielono ich niespełna 50 mln, a w 2017 r. ponad 52 mln. Wzrosła też liczba pacjentów korzystających z porad POZ. W 2015 r. było ich niespełna 26,7 mln, a w 2017 r. blisko 27,8 mln.

Porady AOS

Choć kolejki do lekarzy specjalistów są coraz dłuższe, dane NFZ wskazują, że w ramach systemu publicznego korzysta z nich coraz mniej pacjentów. W 2015 r. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w ramach umów z NFZ, udzielono niespełna 76,9 mln porad zachowawczych, w 2017 r. nastąpił spadek do 74,6 mln porad. W przypadku porad zabiegowych w latach 2015-2016 z niespełna 9,6 mln w 2017 r. nastąpił spadek do 9,3 mln.

Zmniejszyła się także liczba pacjentów przyjętych w AOS. Z 18,3 mln pacjentów w 2015 r. do 17,9 mln w 2017 r.

Szpitalne

W przeciwieństwie do AOS, w szpitalach liczba pacjentów i udzielanych świadczeń rosła⁴¹. Tymczasem leczenie szpitalne jest o wiele droższe niż ambulatoryjne.

W 2015 r. z leczenia szpitalnego skorzystało niespełna 9,1 mln osób, a liczba udzielonych im świadczeń wyniosła niespełna 15,5 mln. W 2017 r. było to ponad 9,2 mln osób i 16,1 świadczeń.

³⁹ Dane GUS obejmują informacje ze sprawozdania ZD-3, które wypełniają podmioty lecznicze/przedsiębiorstwa, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, podstawowej i/lub specjalistycznej. W przypadku praktyk zawodowych, wyłącznie praktyki lekarskie indywidualne i indywidualne specjalistyczne oraz grupowe realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych. Brane są też pod uwagę dane otrzymane z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, pochodzących ze sprawozdania resortowego MSWiA-32.

⁴⁰ Narodowy Fundusz Zdrowia, Załącznik do uchwały nr 15, Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 r., za: http://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/284/6458/1/zal_do_uchwaly_nr_15_sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_za_2017_rok.pdf (dostęp: 03.08.2018).

⁴¹ Narodowy Fundusz Zdrowia, Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 rok, za: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_za_2017_rok.pdf (dostęp: 03.08.2018).

Koszty chorób dla ZUS

Ile kosztują zwolnienia lekarskie i renty?

Niezależne od bezpośrednich kosztów leczenia ponoszonych przez NFZ i pacjentów, choroby generują koszty pośrednie. Składają się na nie m.in. koszty absencji chorobowej (głównie w czasie pobytu na zwolnieniu lekarskim) i rent. Obciążają one Zakład Ubezpieczeń Społecznych (dalej: ZUS) i pracodawców. Pracodawcy wypłacają wynagrodzenia chorobowe za pierwsze 33 dni zwolnienia w danym roku. Dopiero potem obowiązek ten spada na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (dalej: FUS).

W 2017 r. w Rejestrze zaświadczeń lekarskich zarejestrowano ponad 21,4 mln zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy łącznie na blisko 281,3 mln dni absencji chorobowej⁴². W porównaniu z 2016 r. nastąpił wzrost zarówno liczby zaświadczeń lekarskich (o 2,4 proc.), jak i liczby dni absencji chorobowej (o 1,8 proc.). Był to zresztą kolejny rok wzrostów⁴³. Kolejny rok z rzędu skróciła się nieznacznie długość zwolnienia lekarskiego i wyniosła 13,12 dnia (w 2016 r. – 13,20 dnia).

Z ogólnej liczby zaświadczeń lekarskich w 2017 r., 19,8 mln wystawiono osobom ubezpieczonym w ZUS. To oznacza 3,1 proc. wzrost rok do roku. Przynajmniej raz na zwolnieniu było blisko 6,6 mln osób (wzrost o 3,4 proc.). W sumie na zwolnieniach przebywaliśmy 245,6 mln dni (o 2,9 proc. więcej w porównaniu do 2016 r.) – średnio 37,35 dnia na jednego ubezpieczonego. Najczęściej zwolnienia wystawiane były na okres do 10 dni (ponad 56 proc.). U kobiet najczęściej absencje występowały w wieku rozrodczym. U mężczyzn liczba dni absencji rośnie wraz z wiekiem i najwyższy ich odsetek (23,7 proc.) odnotowano w grupie wiekowej 50 – 59 lat.

Najczęstszymi przyczynami absencji pracownika w 2017 r. były:

- ciąża, poród i połóg (19,2 proc. dni absencji chorobowej),
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (15,4 proc.),
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (14,0 proc.),
- choroby układu oddechowego (12,8 proc.).

11,3 mld zł – taką kwotę ZUS wypłacił łącznie z tytułu absencji chorobowych w 2017 r.

6,3 mld zł – to koszty dla pracodawców wypłaty świadczeń z tytułu absencji

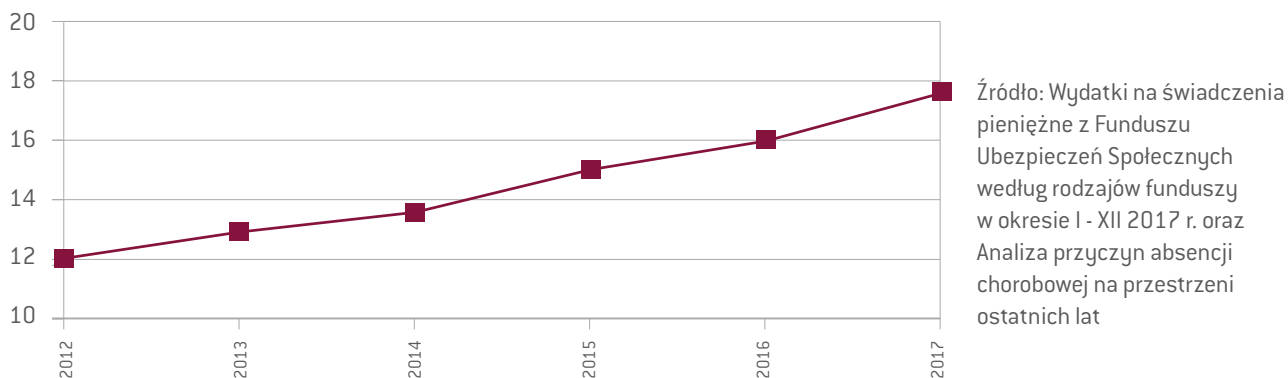
Wypłaty z funduszu chorobowego ZUS wyniosły w 2017 r. 21 mld zł⁴⁴, z czego zasiłki z tytułu absencji chorobowej stanowiły 17,7 mld zł. Pracodawcy zapłacili za nie blisko 6,3 mld zł (wobec 5,7 mld zł rok wcześniej), a FUS 11,3 mld zł (wobec 10,6 mld zł w 2016 r.).

⁴² Absencja chorobowa w 2017 roku, ZUS, za: <http://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2017+roku.pdf/1fae5bd6-b760-4a7e-8dec-0194b19c4cf1> (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁴³ Analiza przyczyn absencji chorobowej na przestrzeni ostatnich lat, ZUS, za: <http://www.zus.pl/documents/10182/39590/Analiza+przyczyn+absencji+chorobowej+w+latach+2012-2016.pdf/c045c950-143c-4b25-98d7-e0bf5d5dae2e> (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁴⁴ Wydatki na świadczenia pieniężne z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych według rodzajów funduszy w okresie I - XII 2017 r. [w:] informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego iv kwartał / okres I - XII 2017 R., za: <http://www.zus.pl/documents/10182/167627/Biul0417.pdf/9c91686e-fe4a-4401-9be6-9058c5c8654a> (dostęp: 03.08.2018). Z Funduszu chorobowego finansowane są także zasiłki macierzyńskie i opiekuńcze.

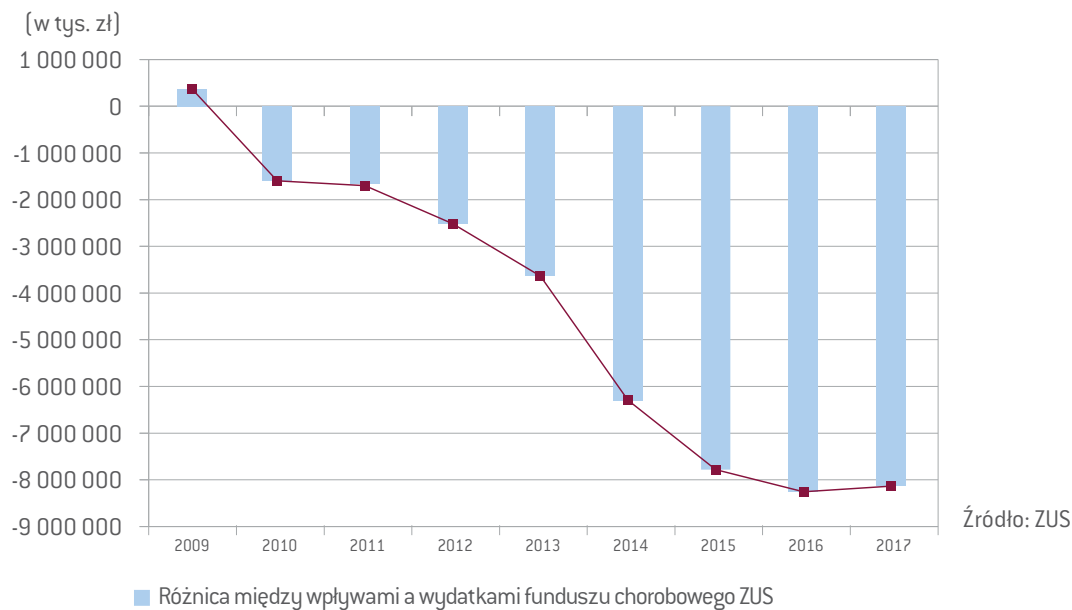
Rys. 19. Wydatki z tytułu absencji chorobowej finansowanej z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i funduszy zakładów pracy w latach 2012-2017 (mld zł)



Absencja chorobowa pracowników obniża ich dochody, ale jej skutki ekonomiczne w istotny sposób wpływają na finanse przedsiębiorstw i gospodarkę narodową. Łączne wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy są znacznie wyższe. Dla przykładu w 2017 r. wynosiły one ponad 36,6 mld zł – czyli ok. 1,8 proc. całego PKB.⁴⁵

Jednocześnie warto zauważyć, że wydatki funduszu chorobowego ZUS od wielu lat przekraczają wpływy otrzymywane przez ZUS z tytułu składek, które pokrywają w ostatnich latach jedynie około 60 proc. zapotrzebowania i wymaga rosnących dopłat z budżetu państwa.

Rys. 20. Sytuacja finansowa funduszu chorobowego



⁴⁵ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2017 r., ZUS, za: <http://www.zus.pl/documents/10182/39540/Wydatki+na+%C5%9Bwiadczenia+z+ubezpiecze%C5%84+spo%C5%82ecznych+zwi%C4%85zane+z+niezdolno%C5%9Bci%C4%85+do+pracy+w+2017+r.pdf/943ee692-aa15-b09f-55ea-e263ebf9200a>

Renty

Należy pamiętać, że świadczenia związane z niezdolnością do pracy to nie tylko zasiłki chorobowe, ale również renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalne, świadczenia rehabilitacyjne i koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

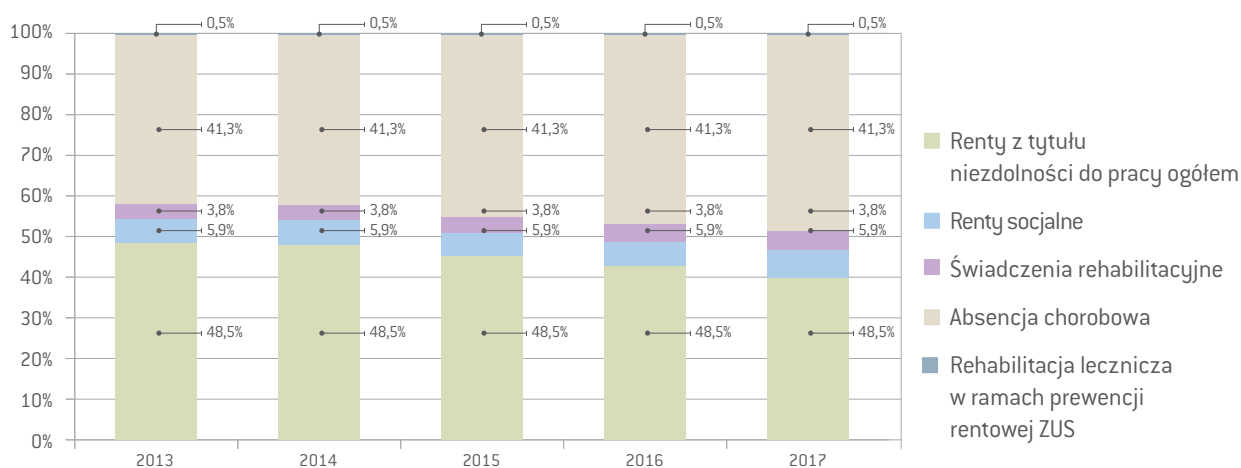
W 2017 r. wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 39,9 proc. świadczeń związanych z niezdolnością do pracy. W 2017 r. pobierało je miesięcznie ok. 844 tys. osób, a kwota wypłat przekroczyła 14,6 mld zł⁴⁶.

14,6 mld zł wydał w 2017 r. ZUS na renty z tytułu niezdolności do pracy

Z tego, z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, renty pobierało 174,5 tys. osób – na kwotę ponad 3,8 mld zł w skali roku.

Proporcje tych wydatków na przestrzeni kilku ostatnich lat przedstawiały się następująco:

Rys. 21. Struktura wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w latach 2013-2017



Źródło: ZUS, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2017 r.

Wydatki te w ujęciu kwotowym przedstawia tabela 3.

⁴⁶ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2017 r., ZUS, za:

<http://www.zus.pl/documents/10182/39540/>

Wydatki+na+%C5%9Bwiadczenia+z+ubezpiecze%C5%84+spo%C5%82ecznych+zwi%C4%85zane+z+niezdolno%C5%9Bci%C4%85+do+pracy+w+2017+r.pdf/943ee692-aa15-b09f-55ea-e263ebf9200a

Tabele 3. Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w latach 2013 - 2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Renty z tytułu niezdolności do pracy					
Wydatki w tys. zł	15 639 961,8	15 598 288,9	15 353 573,4	15 007 081,9	14 608 136,0
Przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców w tys.	1 074,5	1 033,8	982,4	933,8	843,9
w tym:					
Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe					
Wydatki w tys. zł	3 662 522,0	3 692 793,8	3 735 136,4	3 778 503,6	3 844 540,3
Przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców w tys.	197,9	192,1	186,2	180,4	174,5
Renty socjalne					
Wydatki w tys. zł	1 919 435,9	1 971 729,5	1 877 572,2	2 090 128,0	2 497 901,6
Przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców w tys.	254,3	257,8	261,0	264,2	278,3
Świadczenia rehabilitacyjne					
Wydatki w tys. zł	1 234 303,3	1 279 710,8	1 370 389,2	1 525 158,0	1 665 471,5
Przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców w tys.	74,4	75,3	77,9	82,8	87,4
Absencja chorobowa finansowana z FUS i funduszy zakładów pracy					
Wydatki w tys. zł	13 315 467,9	13 522 399,7	15 085 202,3	16 282 733,1	17 650 500,4
Przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców w tys.	197 024,5	194 237,0	209 188,9	220 176,0	229 578,0
Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS					
Koszt rehabilitacji	166 946,9	167 695,6	168 995,9	176 441,1	182 422,6
Liczba osób poddanych rehabilitacji leczniczej w tys.	73,4	77,8	80,7	85,4	88,8

Źródło: ZUS, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2017 r.

Jak podkreśla ZUS, dynamika absencji chorobowej jest wskaźnikiem, m.in. poziomu zdrowia społeczeństwa, kondycji systemu ochrony zdrowia, jak również sytuacji na rynku pracy. Duży wpływ na absencję chorobową pracowników mają także warunki i rodzaj wykonywanej pracy, czynniki psychospołeczne oraz satysfakcja z pracy⁴⁷.

⁴⁷ Absencja chorobowa w 2017 r., ZUS, 2018 r., za: <http://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2017+roku.pdf/1fae5bd6-b760-4a7e-8dec-0194b19c4cf1> [dostęp: 03.08.2018 r.].

Skutki ograniczonego dostępu do świadczeń

Koszty pośrednie dla pacjenta, rodziny, społeczeństwa i gospodarki

Kolejki oraz inne ograniczenia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej to dyskomfort i stres pacjentów, a także ryzyko pogorszenia stanu zdrowia. Są one też powodem utraty szans - m.in. przez obniżoną produktywność samej osoby chorej i jej bliskich, gdy muszą sprawować nad nią opiekę.

W ostatnich latach analiza kosztów pośrednich zyskuje coraz większe zainteresowanie w Polsce, m.in. w kontekście dyskusji o refundacji innowacyjnych leków czy opieki koordynowanej. Powstał szereg raportów dotyczących poszczególnych jednostek chorobowych. Temat ten pojawił się niedawno w kontekście kolejek do świadczeń w publicznym systemie ochrony zdrowia, w tym diagnostyki.

Nie wypracowano jednolitej metodyki obliczania kosztów pośrednich. Najczęściej zalicza się do nich utratę produkcji, wynikającą z nieobecności w pracy osoby chorej (absenteizm), obniżenie produktywności związane ze złym samopoczuciem lub chorobą osoby obecnej w pracy (prezenteizm), utratę produkcji spowodowaną trwałą niezdolnością do pracy lub zgonem. Do kosztów pośrednich zalicza się również koszty opieki nieformalnej, głównie ze strony rodziny. Analizowane są przy tym koszty nie tylko samej jednostki chorobowej, ale też powikłań. Porównania mogą obejmować np. zestawienie kosztów innowacyjnych technologii i terapii tradycyjnych⁴⁸. Niektórzy badacze wśród czynników wpływających na wysokość kosztów pośrednich wymieniają również mechanizm kompensacyjny i efekt zależności grupowej⁴⁹.



Do szacowania kosztów pośrednich przyjmowane są różne metody, np. kosztów frykcyjnych (FCA) lub metoda kapitału ludzkiego (HCA).

FCA, czyli metoda kosztów frykcyjnych, analizuje koszty pośrednie z perspektywy przedsiębiorstwa. Przyjmuje ona, że w przypadku krótkookresowej absencji pracownika, część jego obowiązków przejmuje pozostały personel, a część wykona sam pracownik po powrocie do zdrowia. Kosztem pośrednim jest więc tylko ta część utraconej produkcji pracownika w czasie choroby, która nie zostanie odpracowana po okresie choroby przez samego pracownika lub przez inne osoby⁵⁰. W przypadku długotrwałej absencji lub zgonu chorego, koszty pośrednie ponoszone są do czasu zastąpienia pracownika innym. Jest to tzw. okres frykcyjny.

HCA polega na ocenie utraconej wartości dodanej, wytwarzanej przez pracownika. Poza kosztami związanymi z absencją chorobową, obejmuje też trudniejszy do zbadania koszt prezenteizmu. Strata społeczna, wynikająca z choroby jednostki, jest równa potencjalnej produktywności tej jednostki przez cały okres choroby⁵¹.

⁴⁸ EY, Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia, za: [https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_Metodyka_pomiaru_kosztow_posrednich_17.09/\\$FILE/Raport_Metodyka_proc.20pomiaru_proc.20kosztow_proc.20posrednich_17.09.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_Metodyka_pomiaru_kosztow_posrednich_17.09/$FILE/Raport_Metodyka_proc.20pomiaru_proc.20kosztow_proc.20posrednich_17.09.pdf) (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁴⁹ Krol, M., Brouwer, W.B., Severens, J., Kaper, J. i Evers, S. (2012) „Productivity cost calculations in health economic evaluations: Correcting for compensation mechanisms and multiplier effect”, *Social Science and Medicine*, vol. 75, no. 11, s. 1981-1988.

⁵⁰ M.A. Koopmanschap, F.F. Rutten, B.M. van Ineveld, L. van Roijen, The friction cost method for measuring indirect costs of disease, „*Journal of Health Economics*” 1995, No. 14, s. 171-189.

⁵¹ B. Liliás, How to calculate indirect cost in economic evaluations, „*Pharmacoeconomics*” 1998, No. 1, s. 1-7.

Utracone PKB także można definiować na różne sposoby. Pierwszym z nich jest szacowanie, ile gospodarka narodowa traci na skutek absencji chorobowej, kalectwa czy przedwczesnego zgonu. Drugim natomiast, jakie korzyści można uzyskać, wydając pieniądze publiczne na zdrowie w sposób zapewniający najniższe koszty leczenia, również w ujęciu makroekonomicznym, m.in. przez lepszą organizację systemu, wybór skutecznych technologii i leków⁵².

Eksperci szacują, że z powodu absencji chorobowych, Polska traci co roku aż 5 proc. rzeczywistego PKB. Przy obliczeniach stosując metodę kapitału ludzkiego, wykorzystując informacje statystyczne publikowane przez GUS i ZUS. Przykładowo skalę utraty PKB z powodu absencji chorobowej pracujących w latach 2009-2012, wyceniono na ok. 70-90 mld zł⁵³. Przyjęto, że przeciętny koszt doby absencji chorobowej, wyliczony na podstawie wartości dodanej brutto na jednego pracującego w latach 2009-2013, zawierał się pomiędzy 343 a 404 zł. Z danych ZUS wiemy z kolei, że roczna liczba dni absencji chorobowej wynosiła w tym okresie pomiędzy 205 a 216 mln dni. Roczna utrata PKB z powodu absenteizmu zawierała się więc w przedziale 71,8-86,2 mld zł, co stanowi ok. 5 proc. rzeczywistego PKB.

71,8 - 86,2 mld zł wynosi roczna utrata PKB z powodu absenteizmu

Oczywiście samo eliminowanie uzasadnionych absencji nie jest rozwiązaniem. Może nasilać negatywne zjawiska związane z prezenteizmem. W USA, ze względu na system ubezpieczeń społecznych i rozwiązania prawne w zakresie ochrony miejsca pracy oraz możliwości awansu, dominują krótkie zwolnienia lekarskie. Oszacowano, że prezenteizm generuje tam aż 71 proc. utraty produktywności związanej ze stanem zdrowia⁵⁴.

Ile kosztują poszczególne choroby

Wiele z chorób cywilizacyjnych dotyczy osób w wieku produkcyjnym. Wyzwaniem stojącym przed państwem jest utrzymanie pracowników jak najdłużej w jak najlepszym zdrowiu. To oznacza możliwe cofnięcie lub zatrzymanie objawów choroby, ułatwienie życia oraz kontynuowania ról zawodowych i społecznych. Potrzeby pacjentów zderzają się jednak często z brakiem kompleksowej opieki zdrowotnej i dostępu do nowoczesnych technologii i leków. Poniżej kilka przykładów kosztów chorób opisanych w dostępnych na rynku raportach.

Cukrzyca

Według szacunków ekspertów, koszty cukrzycy w Polsce, wynikające z nieoptymalnego leczenia. W 2013 r. przekroczyły 7 mld zł i według prognoz do 2030 r. wzrosną dwukrotnie, do blisko 14 mld zł. W tych kwotach przeważają koszty powikłań. W 70 proc. są to koszty powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak zawał, niewydolność serca oraz udar mózgu. Koszty powikłań cukrzycy przekraczają 50 proc. łącznych kosztów związanych z chorobą. Zwiększa się również liczba zgonów. Według WHO z powodu hipoglikemii lub hiperglikemii, które w dużej mierze można eliminować, w 2016 r. zmarło w Polsce ok. 6 tys. osób, a prognozy na 2017 r. wskazywały liczbę ok. 8 tys. zgonów. Z powodu powikłań cukrzycy zmarło w Polsce w 2016 r. łącznie ok. 26 tys. chorych, z czego 30 proc., czyli ok. 8 tys., pacjentów w wieku produkcyjnym. W sumie z powodu cukrzycy i jej powikłań zmarło w 2016 r. ok. 32 tys. osób⁵⁵.

3 mln – na tyle szacowana jest liczba osób chorych na cukrzycę w Polsce

⁵² Kwestią tą zajmuje się m.in. W. Wrona, T. Hermanowski, D. Golicki, M. Jakubczyk, T. Macioch, K. Goszczyńska, R. Wójcik, Koszty utraconej produktywności w analizach farmakoekonomicznych, cz. I, Przegląd systematyczny piśmiennictwa, „Przegląd Epidemiologiczny” 2011, t. 65, nr 1, s. 147-152.

⁵³ Justyna Kujawska, Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach ISSN 2083-8611 Nr 214 · 2015 ABSENCJA CHOROBY – SZACUNEK NIETYTUWOWANEGO PKB

⁵⁴ Stewart WF1, Ricci JA, Chee E, Morganstein D. Lost productive work time costs from health conditions in the United States: results from the American Productivity Audit. J Occup Environ Med. 2003 Dec;45(12):1234-46., za: <https://journals.lww.com/joem/pages/articleviewer.aspx?year=2003&issue=12000&article=00004&type=abstract> (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁵⁵ Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, Cukrzyca, Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy?, za: https://docs.wixstatic.com/ugd/e91ac2_fc0a3c8757704a1a86fb820cc28c340a.pdf (dostęp: 03.08.2018 r.).

Niewydolność serca

Instytut Innowacyjna Gospodarka szacował koszty niewydolności serca w Polsce na 3,9 mld zł w 2015 r. Było to o 8,9 proc. więcej niż rok wcześniej⁵⁶. Ponad 60 proc. tej kwoty wygenerowały przedwczesne zgony (ponad 2,4 mld zł). Około 816 mln zł kosztował prezenteizm, a blisko 500 mln zł trwała niezdolność do pracy. Warto zauważyć, że sam absenteizm, czyli nieobecność w pracy, odpowiadał tylko za 4 proc. kosztów pośrednich.

RZS

Według raportu Infarmy, koszty pośrednie są też bardzo wysokie w reumatoidalnym zapaleniu stawów (dalej: RZS). Ponad połowa z 217 tys. pacjentów chorych na reumatoidalne zapalenie stawów to osoby w wieku produkcyjnym. Pracuje jednak tylko 40 proc. z nich. W 2012 r. bezpośrednio koszty leczenia RZS sięgnęły 400 mln zł. Koszty pośrednie były jednak siedmiokrotnie wyższe. Uwzględniając świadczenia społeczne wypłacane przez ZUS i koszty związane z nieobecnością pracowników, całkowite wydatki budżetowe związane z leczeniem RZS sięgają blisko 2,8 mld zł⁵⁷.

⁵⁶ Ocena kosztów niewydolności serca w Polsce z perspektywy gospodarki państwa, Instytut Innowacyjna Gospodarka, 2017, za: http://ingos.pl/public/userfiles/pdf/Ocena_kosztow_niewydolnosc_serca_w_Polsce_z_perspektywy_gospodarki_panstwa.pdf (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁵⁷ Raport HTA Consulting i Infarmy, Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych. Metodyka, badanie pilotażowe i rekomendacje, Warszawa 2014, za: https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Raport_Koszty_posrednie_w_ocenieniu_tehnologii_medycznych_01.pdf (dostęp: 03.08.2018 r.).

Prognozy: struktura demograficzna i epidemiologia nie pozwalają zwlekać

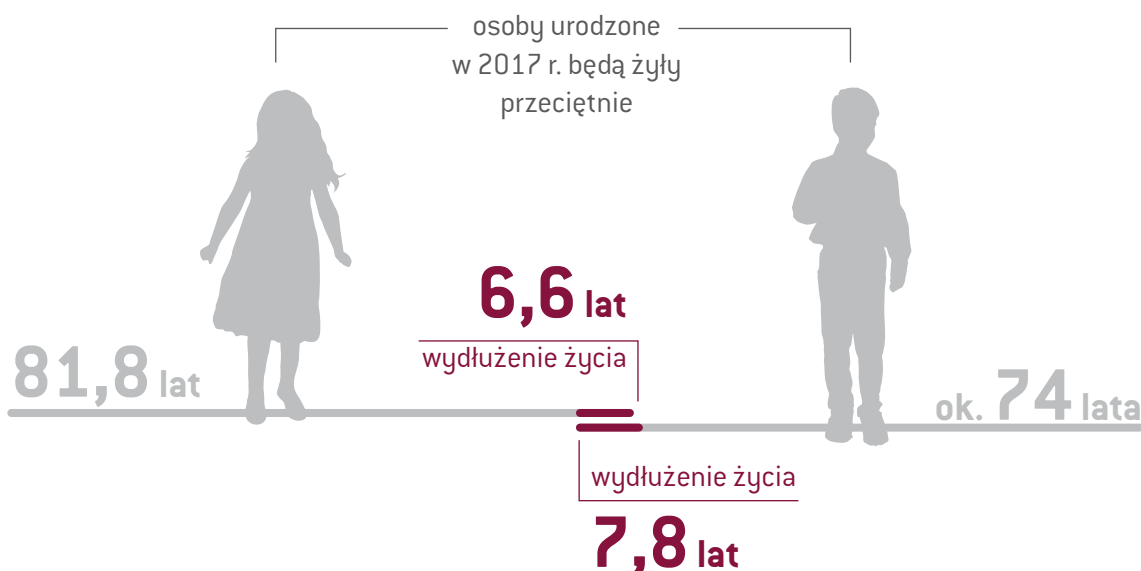
Dane o kolejkach wyraźnie pokazują, że system publicznej ochrony zdrowia już dziś ma problemy z zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych na oczekiwanym poziomie. Eksperti uważają, że o ile nie zostaną podjęte skuteczne działania, dostępność świadczeń jeszcze się pogorszy. By temu zapobiec potrzebne są dodatkowe środki, ale sam wzrost finansowania nie wystarczy.⁸¹

Przed demografią nie uciekniemy

W minionym wieku Polska wyróżniała się na tle Europy niewielkim odsetkiem ludności powyżej 65. roku życia. Jednak obecnie mamy jedno z najszybciej starzejących się społeczeństw w Europie. Powodami są wydłużanie się życia Polaków oraz niski współczynnik dzietności, który nie zapewnia zastępowalności pokoleń. Do tego dochodzi też emigracja osób w wieku produkcyjnym, która nasiliła się po otwarciu unijnych rynków pracy dla Polaków.

Pokolenie tzw. wyżu powojennego osiągnie wiek emerytalny po 2020 r. Osoby 65+ to dziś 16 proc. populacji, a w 2030 r. będą już stanowić 24 proc. Kolejne pokolenia mają żyć coraz dłużej. W ostatnich dekadach w wyniku poprawy jakości życia, postępu w medycynie i opiece zdrowotnej oraz zmian nawyków, znacząco wydłużyło się życie Polaków. GUS prognozuje, że dziewczynka urodzona w 2017 r. przeżyje 81,8 lat, a chłopiec 74 lata. To odpowiednio dłużej o 6,6 lat dla kobiet i 7,8 lat dla mężczyzn niż urodzonych w 1990 r.

Rys. 22. Przeciętne trwanie życia



Korzystne zmiany obserwowane są we wszystkich grupach wiekowych. W 2016 r. sześćdziesięcioletni mężczyzna miał przed sobą jeszcze – średnio – nieco ponad 19 lat życia, a kobieta w tym wieku miała przeżyć kolejne 24 lata. To o 4-5 lat dłużej niż w 1991 r.⁵⁸

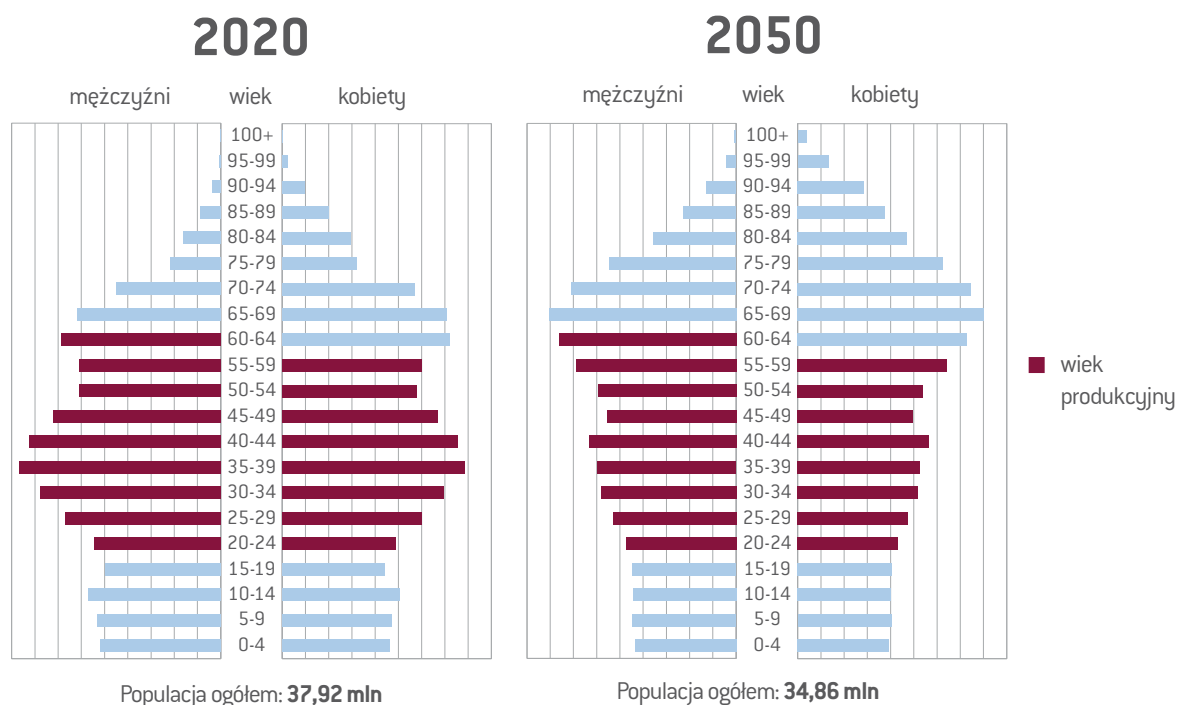
⁵⁸ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2016, Warszawa 2017 r. za:

[https://www.mpips.gov.pl/download/gfx/mpips/pl/defaultopisy/10621/1/1/Informacja proc.20o proc.20sytuacji proc.20osob proc.20starszych proc.20w proc.20Polsce proc.20za proc.20rok proc.202016 proc.20do proc.20konsultacji.pdf](https://www.mpips.gov.pl/download/gfx/mpips/pl/defaultopisy/10621/1/1/Informacja%20o%20proc.20o%20proc.20sytuacji%20proc.20osob%20proc.20starszych%20proc.20w%20Polsce%20za%20proc.20rok%20proc.202016%20do%20proc.20konsultacji.pdf) (dostęp: 03.08.2018 r.).

To spowoduje zmiany struktury demograficznej. Coraz mniej będzie osób młodych i w wieku produkcyjnym, a coraz więcej seniorów.

Taka sytuacja demograficzna wpłynie nie tylko na gospodarkę, ale też na koszty leczenia. Osoba po 65 roku życia generuje dla NFZ około trzykrotnie wyższe koszty niż osoba młodsza. Do 2050 r. udział osób 65+ w społeczeństwie wzrośnie z obecnych kilkunastu procent do ponad 30 proc.⁵⁹

Rys. 23. Prognoza ludności rezydującej w Polsce na lata 2020-2050*



*Prognoza przyjmuje jako punkt wyjścia stan ludności rezydującej w dniu 31 grudnia 2014 r. Wyniki uwzględniają zarejestrowane migracje długookresowe.

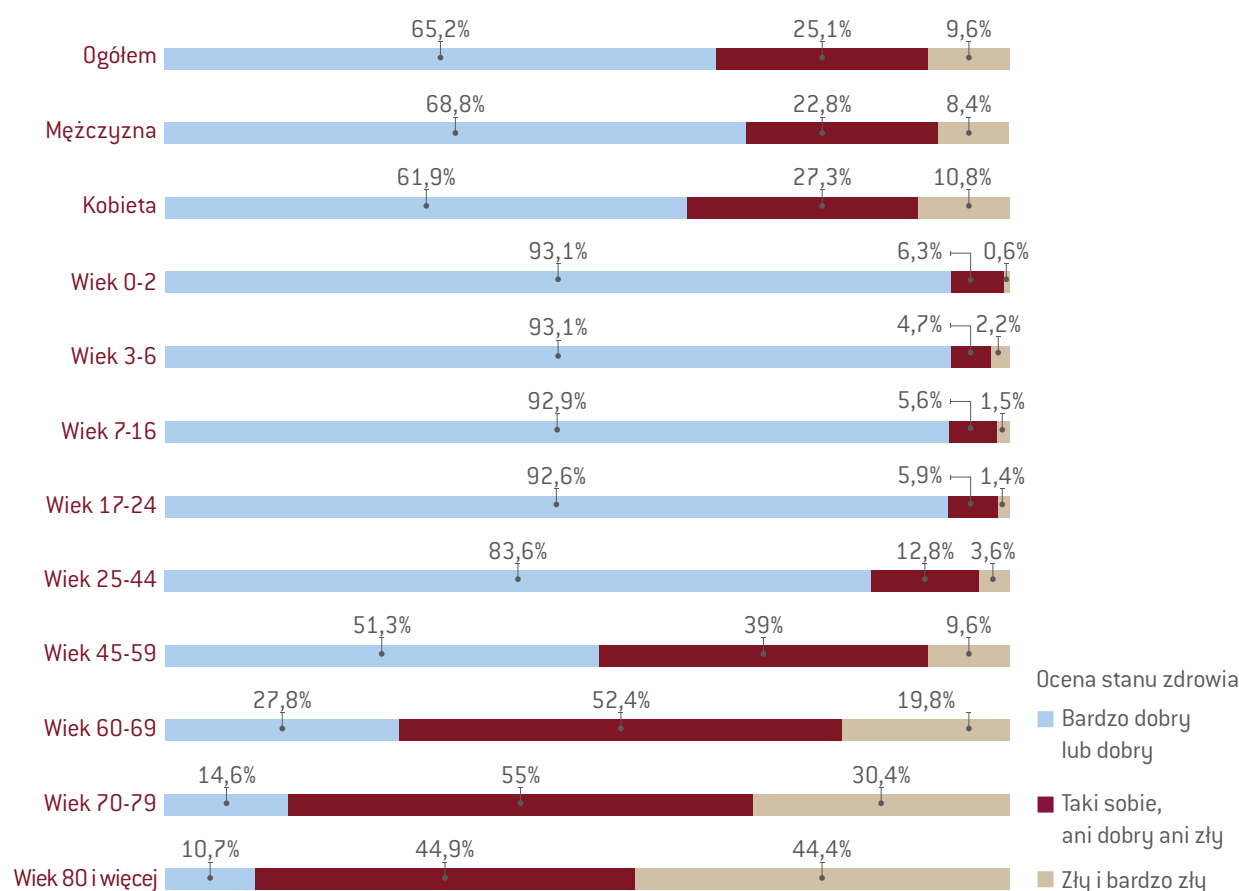
Źródło: Prognoza ludności rezydującej w Polsce na lata 2015-2050 za: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-rezydujacej-dla-polski-na-lata-2015-2050,8,1.html>

Prognozuje się, że ze względu na zmiany demograficzne w 2050 r. Polacy staną się jednym z najstarszych społeczeństw w Europie⁶⁰. Spośród krajów europejskich, jedynie Hiszpania, Portugalia, Grecja, Włochy i Słowenia będą charakteryzowały się wyższym udziałem osób powyżej 65 roku życia w społeczeństwie. Wraz z wiekiem pogarsza się stan zdrowia. 92,6 proc. osób w wieku 17-24 lat ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. W wieku 25-44 lat jest to ponad 83 proc., a po 70-tce zaledwie kilkanaście procent pozytywnie ocenia swój stan zdrowia.

⁵⁹ Prognoza ludności na lata 2014-2050 przewiduje, że osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowić ponad 33 proc. populacji. Z wyliczeń na podstawie nowszych prognoz wynika, że może to być ok. 31,5 proc., <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognozaludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html> [dostęp: 03.08.2018 r.].

⁶⁰ A. Przybyłka, Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, nr 309, 2017 r.

Rys. 24. Członkowie gospodarstw domowych według subiektywnej oceny stanu zdrowia w zależności od wieku (w proc.)



Źródło: GUS, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.

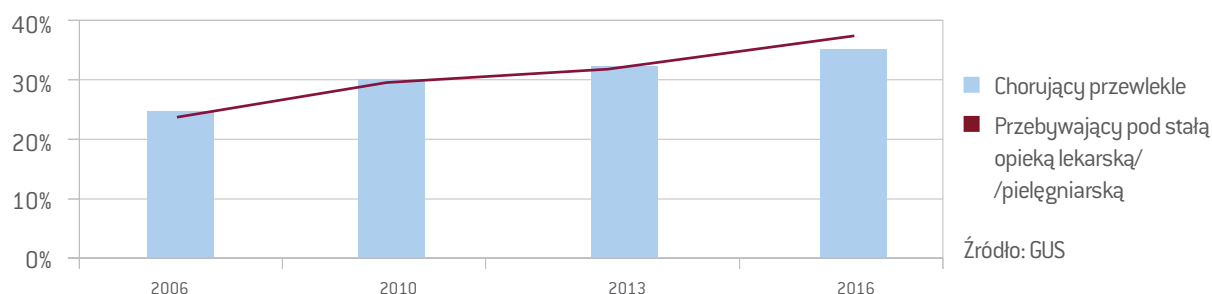
Epidemiologia – rosnąca zachorowalność

Starzenie się społeczeństwa już obecnie powoduje zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej. Obserwujemy także dodatkowe niekorzystne trendy. Rośnie liczba osób ze zdiagnozowanymi chorobami cywilizacyjnymi, także u osób w młodszym wieku. Wpływ na to mają m.in. niezdrowy tryb życia, otyłość czy stres.

Jak jest obecnie: co trzeci Polak chory przewlekle lub długotrwale

Ponad 34 proc. Polaków deklaruje długotrwale problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające powyżej 6 miesięcy. Co ważne, odsetek osób z tego typu problemami zdrowotnymi systematycznie rośnie. To efekt m.in. starzenia się społeczeństwa. Według GUS w 2016 r. aż 36 proc. Polaków było pod stałą opieką lekarską.

Rys. 25. Chorujący przewlekle oraz przebywający pod opieką lekarską/pielęgniarską w latach 2006-2016 w Polsce (proc. respondentów)

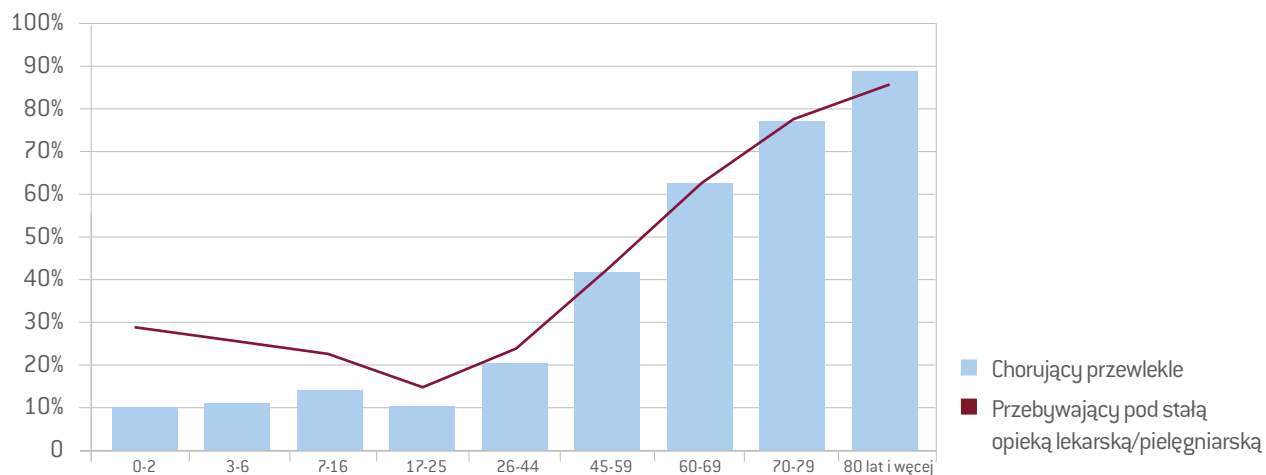


Źródło: GUS, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.

Od 26 roku życia, im starszy respondent, tym częściej przebywa pod tego typu opieką. W przedziale wiekowym 45-59 lat odsetek osób z chorobą przewlekłą to już ponad 40 proc., a w wieku 60-69 lat przekracza on 60 proc.

W grupie osób 80+ na choroby przewlekłe uskarżało się 88,3 proc. osób.

Rys. 26. Chorujący przewlekłe oraz przebywający pod opieką lekarską/pielęgniarską według wieku w Polsce



Źródło: GUS, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.

Prognozy: chorych przybędzie

Prognozy dotyczące liczby przewlekle chorych są pesymistyczne. Na podstawie analizy danych NFZ oraz GUS szacuje się, że liczba pacjentów chorujących na co najmniej jedno schorzenie kardiologiczne w roku 2025 wyniesie 426 tys., co oznacza wzrost o blisko 13 proc.⁶¹. Największy przyrost liczby chorych prognozowany jest w niewydolności serca i niedokrwiennej chorobie serca.

Rosnąć będzie też liczba osób chorujących na choroby nowotworowe. Powodem jest nie tylko starzenie się społeczeństwa, ale także postępy w leczeniu, pozwalające na znaczne wydłużenie czasu przeżycia. Sprawiają one, że dla części pacjentów, którzy jeszcze niedawno mieli małe szanse na 5-letnie okresy przeżycia, rak staje się dziś chorobą przewlekłą. Nowotwory są obecnie drugą co do częstości przyczyną zgonów mieszkańców Polski, odpowiadają za ok. jedną czwartą zgonów. Ministerstwo Zdrowia uważa, że wyłącznie z powodu zmian demograficznych należy się spodziewać, iż w roku 2029 liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych wzrośnie o 18 proc. w stosunku do roku 2016 i przekroczy 213 tys.⁶².

Prognozowany jest też wzrost zapadalności na cukrzycę. Już teraz szacuje się, że choruje na nią ok. 3 mln pacjentów, z których blisko jedna trzecia nie jest jeszcze zdiagnozowana. Według prognozy opartej na świadczeniach zdrowotnych zrealizowanych w ramach publicznej opieki zdrowotnej, szacuje się, że do 2029 r. zapadalność rejestrowana na cukrzycę wzrośnie o 9 proc. i wyniesie 150 tys. przypadków rocznie⁶³.

Coraz częściej będą występowały także przewlekle choroby układu oddechowego. Zapadalność rejestrowana przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w roku 2029 wyniesie według prognoz 110 tys., co oznacza wzrost o 11 proc. Do 2029 r. wzrośnie również o 7 proc. zapadalność na choroby śródmiąższowe płuc, zaś o 5 proc. na przewlekle choroby zapalne płuc. Aż o 16 proc. częściej będzie diagnozowana niewydolność oddechowa. Jednocześnie nastąpi 1 proc. spadek zapadalności rejestrowanej na astmę⁶⁴.

Należy przy tym pamiętać o wzroście częstości występowania zjawiska wielochorobowości. Prawie 83 proc. osób w wieku powyżej 50 roku życia cierpi na przynajmniej jedno schorzenie o charakterze przewlekłym, zaś średnio liczba deklarowanych przez jednego pacjenta chorób wynosi trzy⁶⁵.

Prognozy finansowe: potrzeba znacznie więcej środków

W prognozie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia podjęto próbę oszacowania kosztów starzenia się społeczeństwa dla publicznego systemu ochrony zdrowia. Przyjęto założenia, że technologicznie, płacowo, cenowo oraz w innych obszarach związanych z kosztami, zatrzymamy się na poziomie bazy z 2014 r., czyli 53 mld zł. Wyniki prognozy przedstawiają się następująco: w 2020 r. koszty opieki zdrowotnej wzrosną o 5 proc., czyli o 2,6 mld zł w stosunku do roku 2014. Na rok 2030 prognozuje się dalszy wzrost – w stosunku do roku bazowego o prawie 6,4 mld zł, czyli o 12 proc. Dla AOS wzrost między 2014 a 2020 r. ma wynieść 3,3 proc., a w perspektywie 2014 – 2030 – 7,4 proc.⁶⁶ Należy podkreślić, że zaobserwowane od 2014 r. realne wzrosty nakładów nie mieszczą się w założeniach analizy, ponieważ były one związane przede wszystkim ze wzrostem płac personelu (podwyżek dla lekarzy, pielęgniarek) oraz korekty taryf świadczeń opieki zdrowotnej, m.in. w zakresie neonatologii i pediatrii.

Inne kraje będą mieć podobne problemy. W raporcie OECD o finansowych aspektach systemów ochrony zdrowia eksperci wskazują, że publiczne wydatki na ten cel stanowią w krajach OECD ok. 6 proc. PKB⁶⁷. W perspektywie kolejnych 15 lat, o ile nie dojdzie do głębokich systemowych zmian, udział ten, mimo obserwowanych w ostatnich latach spadków tempa wzrostu, osiągnie 9 proc. PKB, co oznacza 50-proc. wzrost wydatków publicznych. Zgodnie z prognozą, w 2060 r. udział ten sięgnie aż 14 proc. PKB.

⁶¹ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla Polski, str. 11, za: <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-kardiologiczne-i-onkologiczne/> (dostęp 20.03.2018 r.)

⁶² Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski, str. 5, za: <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-kardiologiczne-i-onkologiczne/> (dostęp 20.03.2018 r.)

⁶³ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa świętokrzyskiego, za: http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/13_swietokrzyskie.pdf (dostęp: 03.08.2018 r.) i dla innych regionów. Z czterech wariantów uwzględnianych w mapach potrzeb wybraliśmy Wariant demograficzny „uśredniony”.

⁶⁴ Projekt dokumentu Polityka Lekowa Państwa na lata 2018-2022

⁶⁵ Główny Urząd Statystyczny, Stan zdrowia ludności Polski w 2014, za: <http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosc/5513/6/6/1/publikacja.zip> (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁶⁶ Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce, NFZ listopad 2015 r., za: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_kosztow_swiadczen_opieki_zdrowotnej_finansowanych_przez_nfz.pdf (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁶⁷ Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, OECD, 2015 r., <http://www.oecd.org/health/health-systems/Fiscal-Sustainability-Health-Systems-Policy-Brief.pdf> (dostęp: 03.08.2018 r.).

Należy mieć na uwadze, że w Polsce problem rosnących kosztów ochrony zdrowia może być pod wieloma względami większy. Z prognoz demograficznych wynika, że nasze społeczeństwo starzeje się szybciej niż większość Europy, a zapotrzebowanie na świadczenia i leki rośnie wraz z wiekiem. Jednocześnie nasilają się braki kadrowe, a rosną aspiracje płacowe pracowników medycznych. Rosną także oczekiwania pacjentów, którzy coraz częściej chcą systematycznie dbać o zdrowie, wykonują badania profilaktyczne, częściej umawiają się na wizyty lekarskie. Bogacenie się społeczeństwa i idąca z tym w parze rosnąca świadomość zdrowotna Polaków przekłada się również na czerpanie z innych źródeł, np. z Internetu, wiedzy o technologiach medycznych i jakości świadczeń.

Wyzwanie: utrzymać zdrowie i zatrudnienie

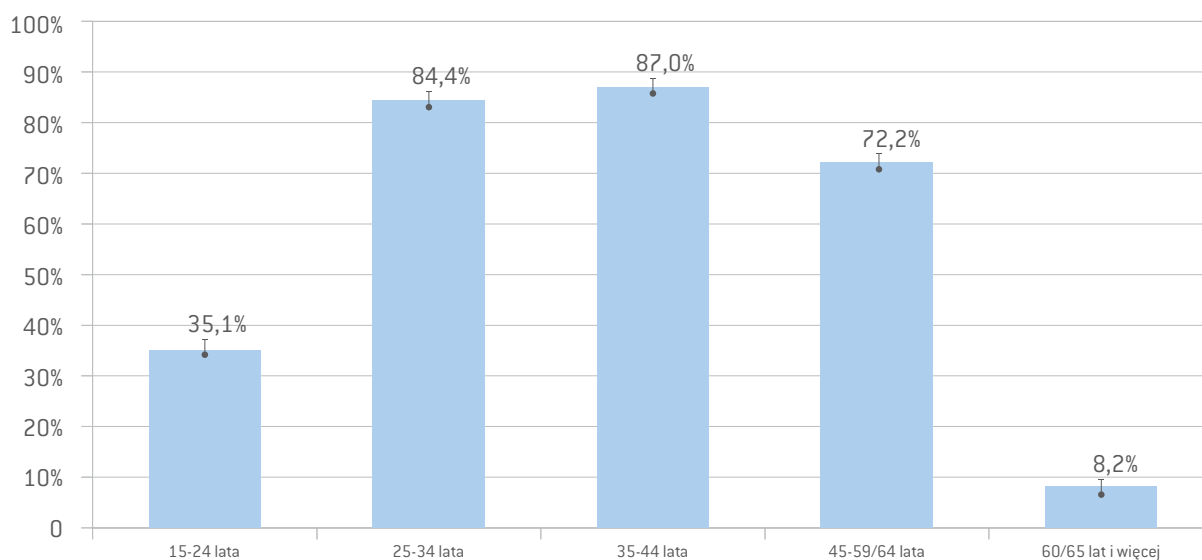
W obliczu opisanych wcześniej wyzwań demograficznych i epidemiologicznych, kluczowym wyzwaniem dla europejskich państw, nie tylko Polski, jest utrzymanie obywateli jak najdłużej w dobrym stanie zdrowia. Chodzi o utrzymanie ich produktywności, z której korzystają pracodawcy i cała gospodarka oraz minimalizowanie kosztów leczenia oraz innych form pomocy. W chwili obecnej Polska pod tym względem wygląda niestety niekorzystnie.

Aktywność zawodowa i wiek wyjścia z rynku pracy

W I kwartale 2018 r. ludność aktywna zawodowo w wieku 15 lat i więcej liczyła 17 mln osób, z tego 16,3 mln to pracujący, a 709 tys. bezrobotni. Populacja biernych zawodowo wyniosła 13,4 mln osób⁶⁸.

Liczba osób niepracujących, czyli zarówno bezrobotnych, jak i biernych zawodowo w wieku 15+, przypadających na 1000 osób pracujących, wynosiła w ostatnich kwartałach w granicach 860-880. Jak wynika z danych GUS, współczynnik aktywności zawodowej Polaków wynosił 56 proc., przy czym dla osób w wieku 35-44 lata wynosił 87 proc., w grupie osób będących kilkanaście lat przed osiągnięciem wieku emerytalnego, czyli 45-50 dla kobiet i 45-64 lata dla mężczyzn, spadał o blisko 15 p.p. Po osiągnięciu wieku emerytalnego (60/65 lat) pracowało tylko 8,1 proc. Polaków.

Rys. 27. Współczynnik aktywności zawodowej w I kw. 2018 r. według wieku (dane BAEL)

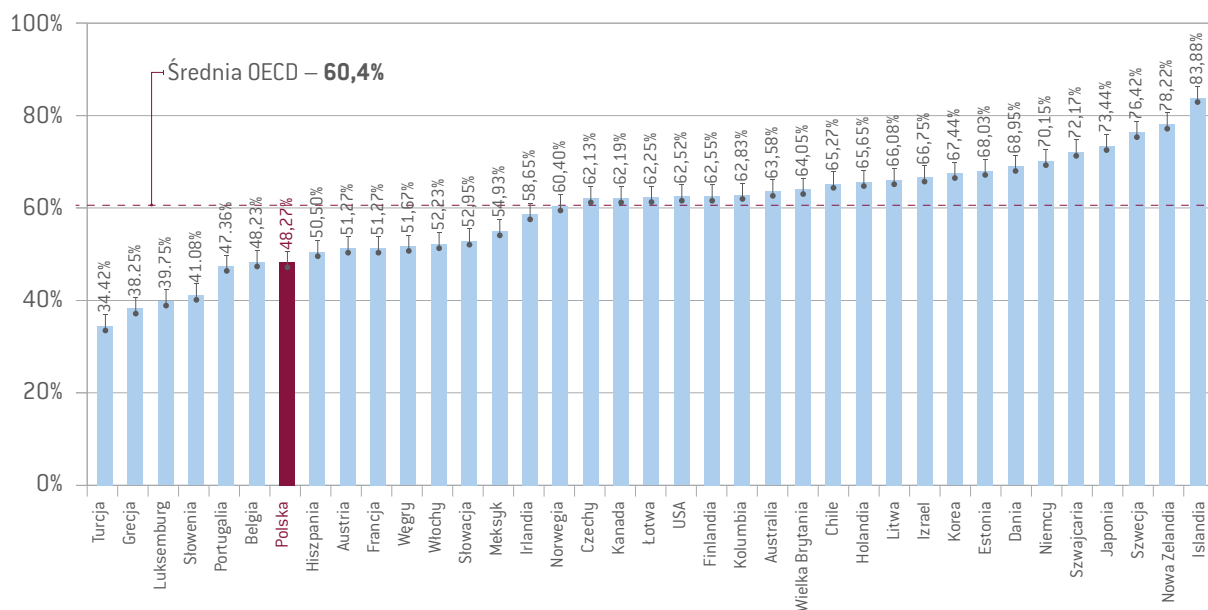


Źródło: GUS, Informacja o rynku pracy w pierwszym kwartale 2018 r.

⁶⁸ Główny Urząd Statystyczny, Informacja o rynku pracy w pierwszym kwartale 2018 r., za: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5475/12/33/1/informacja_o_rynku_pracy_w_pierwszym_kwartale_2018.pdf (dostęp: 03.08.2018).

Polska pod tym względem wypada niekorzystnie na tle większości państw OECD, zwłaszcza jeśli chodzi o osoby w wieku 55-64 lata, co widać na poniższym wykresie⁶⁹.

Rys. 28. Aktywność zawodowa osób w wieku 55-64 lata w proc. (2017 r. lub ostatnie dostępne dane)

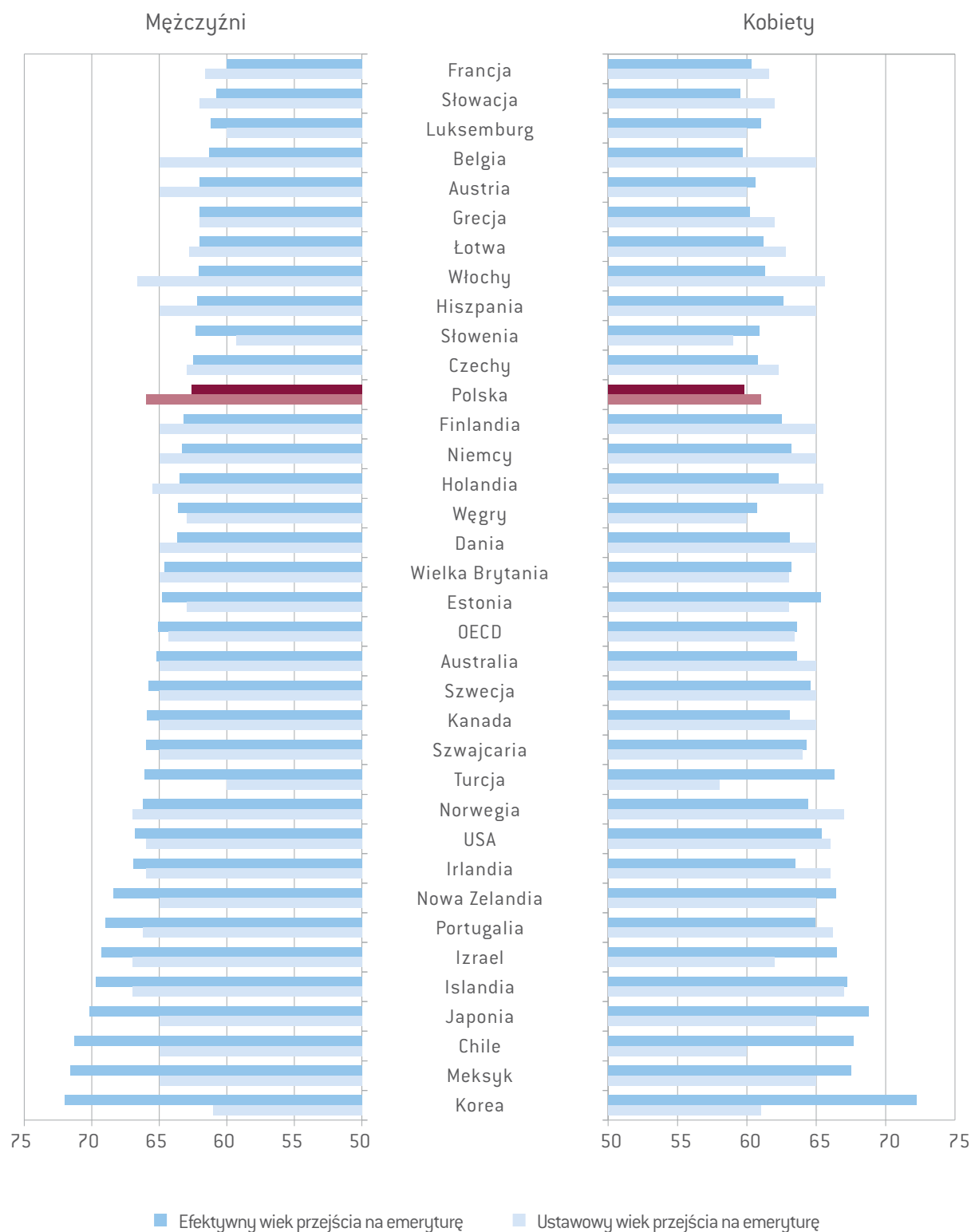


Źródło: OECD, za: <https://data.oecd.org/emp/employment-rate-by-age-group.htm>

Negatywnie odbiegamy od średniej dla państw OECD pod względem efektywnego wieku wyjścia z rynku pracy. Współczynnik ten w 2016 r. dla OECD wynosił 64,3 lata i był o 1,5 roku niższy dla kobiet niż dla mężczyzn. Najniższy współczynnik zanotowano we Francji i na Słowacji - ok. 60 lat, zaś najwyższy w Korei - 72,1 lata. Polska osiągnęła wynik nieco ponad 61,2 lata (wobec 61 lat w poprzednim roku). Obniżenie wieku emerytalnego może powodować spadek tego wskaźnika.

⁶⁹ Pensions at a Glance 2017 OECD AND G20 INDICATORS, za: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/pension_glance-2017-en.pdf?expires=1532705579&id=id&acname=guest&checksum=0D3D9A50CAD40C6BA7CF1C3EBB2EE953 {dostęp: 03.08.2018 r.}

Rys. 29. Ustawowy i efektywny wiek wyjścia z rynku pracy (wiek w latach)



Źródło: OECD

Nic dziwnego, że Polska w rankingu PwC „Golden Age Index”, oceniającym poziom wykorzystania potencjału osób w wieku powyżej 55 lat na rynku pracy, nadal zajmuje odległe 30. miejsce spośród 35 krajów OECD. Rok wcześniej zajmowaliśmy w tym rankingu 29. miejsce.

Utrzymywanie aktywności zawodowej co najmniej do osiągnięcia ustawowego wieku emerytalnego, a najlepiej także dłużej, jest ważne zarówno dla gospodarki jak i budżetów przyszłych emerytów. Będą oni potrzebowali środków nie tylko na życie, ale też realizację rosnących wraz z wiekiem potrzeb zdrowotnych. Jak wynika z raportu OECD⁷⁰ dotyczącego systemów emerytalnych na świecie, obecni 20-latkowie w Polsce na starość mogą otrzymać „na rękę” jedynie 38,6 proc. ich ostatniej pensji netto. Gorzej pod tym względem wypada tylko Meksyk. Wielka Brytania ma najniższy wskaźnik zastąpienia płacy z obowiązkowego filaru, ale wraz z dobrowolnym będzie wypłacać emerytom ponad 50 proc. ich ostatniej pensji. W Holandii, będącej na drugim biegunie, przyszli emeryci mogą liczyć na świadczenie w wysokości ok. 97 proc. pensji.

Polscy seniorzy z problemami zdrowotnymi

Polscy seniorzy są jednymi z najgorzej oceniających swój stan zdrowia w Europie. Wskazują na to nie tylko dane OECD, ale także Badania Zdrowia, Starzenia się i Przechodzenia na Emeryturę w Europie⁷¹. Starsi mieszkańcy Polski częściej mają problemy zdrowotne i prowadzą niezdrowy tryb życia w porównaniu do mieszkańców innych krajów. Swój stan zdrowia bardzo dobrze oceniają starsi Szwedzi oraz Francuzi. Doskonali lub bardzo dobry stan zdrowia deklarowało 43 proc. Szwedów i 36 proc. Szwedek oraz 20 proc. Francuzów i 16 proc. Francuzek, podczas gdy w Polsce jedynie niecałe 10 proc. mężczyzn oraz 6 proc. kobiet. 55 proc. Polaków i 61 proc. Polek nie oceniło swojego stanu zdrowia jako bardzo dobry lub dobry⁷².

Stan zdrowia ma ważny wpływ na decyzję o przejściu na emeryturę lub rentę. W 2011 r. przeprowadzono na zlecenie Kancelarii Prezydenta RP badanie przyczyn dezaktywizacji zawodowej Polaków. W efekcie powstał raport OBOP „Polacy na temat aktywności zawodowej seniorów”⁷³. Respondenci wskazując najczęstsze powody wcześniejszego kończenia aktywności zawodowej, mówią o tym, że pracodawcom w Polsce nie zależy na starszych pracownikach (34 proc.) oraz, że stan zdrowia Polaków jest gorszy niż mieszkańców innych krajów (31 proc.).

31 proc. Polaków uważa, że powodem wczesnego kończenia aktywności zawodowej jest gorszy stan zdrowia mieszkańców Polski niż obywateli innych państw

Kwestia stanu zdrowia jest, zdaniem Polaków, kluczowa dla utrzymania osób starszych na rynku pracy. Im częściej i dłużej chorują, tym bardziej rośnie ryzyko rezygnacji z aktywności zawodowej przez nich samych lub przez ich pracodawców.

Z kolei z danych zebranych w badaniu SHARE wynika, że w przypadku Polski jedynie 50,4 proc. mężczyzn w wieku 50–64 lat deklarowało plany utrzymania zatrudnienia. Dla porównania w Szwecji było to powyżej 80 proc. W przypadku kobiet sytuacja wygląda znacznie gorzej. Odsetek ten wynosił jedynie 31,1 proc.⁷⁴.

⁷⁰ Pensions at a Glance 2017 OECD AND G20 INDICATORS, za: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/pension_glance-2017-en.pdf?expires=1532705579&id=id&accname=guest&checksum=0D3D9A50CAD40C6BA7CF1C3EBB2EE953 (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁷¹ Za: <http://www.share-project.org/> (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁷² Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2016 r.

⁷³ Badanie przeprowadzone na zlecenie Kancelarii Prezydenta RP, Polacy na temat aktywności zawodowej seniorów – raport z badania, za: www.prezydent.pl/download/gfx/prezydent/pl/./2355/5/./50_raport_z_badiania.pdf (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁷⁴ Autorzy raportu sugerują, że - powołując się na fakt, że pomiędzy wskaźnikiem zatrudnienia wśród osób zdrowych a wśród deklarujących problemy zdrowotne jest nieduża różnica - jedną z podstawowych determinant wyjścia z rynku pracy wśród osób starszych w Polsce jest nabycie praw do świadczeń, nie zaś stan zdrowia (rzędu 8,5 pkt. proc.) W Szwecji, Niemczech, Czechy czy Hiszpania różnica ta jest większa (przekracza 15 p.p.).

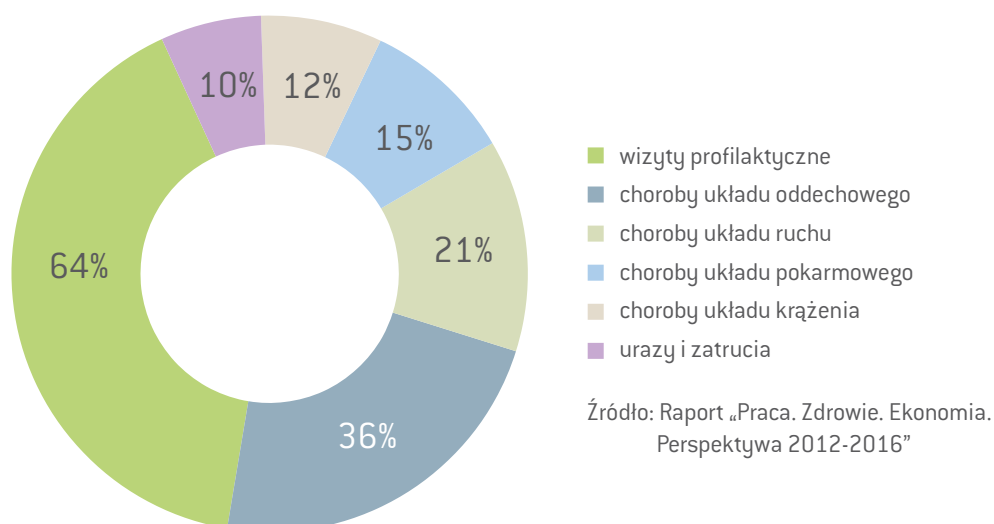
Wymierne korzyści z lepszej opieki nad pracownikiem

Poprawa stanu zdrowia pracowników i zapewnienie im szybkiego dostępu do opieki zdrowotnej może zredukować nawet o 70 proc. koszty dla ich pracodawców⁷⁵. Pokazują to raporty firmy Medicover Polska. Od kilku lat analizuje ona koszty i korzyści dotyczące prywatnej opieki nad pracownikami na podstawie swoich baz danych oraz informacji ZUS i NFZ. Liczebność analizowanej populacji wynosiła ponad 162 tys. osób w 2012 r. i wzrosła do ponad 255 tys. osób w roku 2016⁷⁶.

Badanie to pokazuje m.in., że pracownicy mając dostęp do opieki, korzystają z niej nie tylko w sytuacji zaistnienia problemów zdrowotnych. Najwięcej, bo ponad 64 proc., wizyt miało charakter profilaktyczny. Były to zarówno badania w ramach obowiązkowej medycyny pracy, jak i indywidualna profilaktyka zdrowotna.

Na drugim miejscu pod względem przyczyny wizyt znalazły się choroby sezonowe (36 proc.), najczęściej infekcje górnych dróg oddechowych. Jednocześnie co piąta osoba zgłaszała się do lekarza z powodu problemów związanych z układem ruchu, najczęściej chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa i dużych stawów.

Rys. 30. Najczęstsze przyczyny wizyt osób korzystających z opieki w Medicover Polska



Jednocześnie, najwięcej zwolnień lekarskich wystawianych jest w związku z ciążą (42 proc.), zaś na drugim miejscu znajdują się infekcje dróg oddechowych (25 proc.).

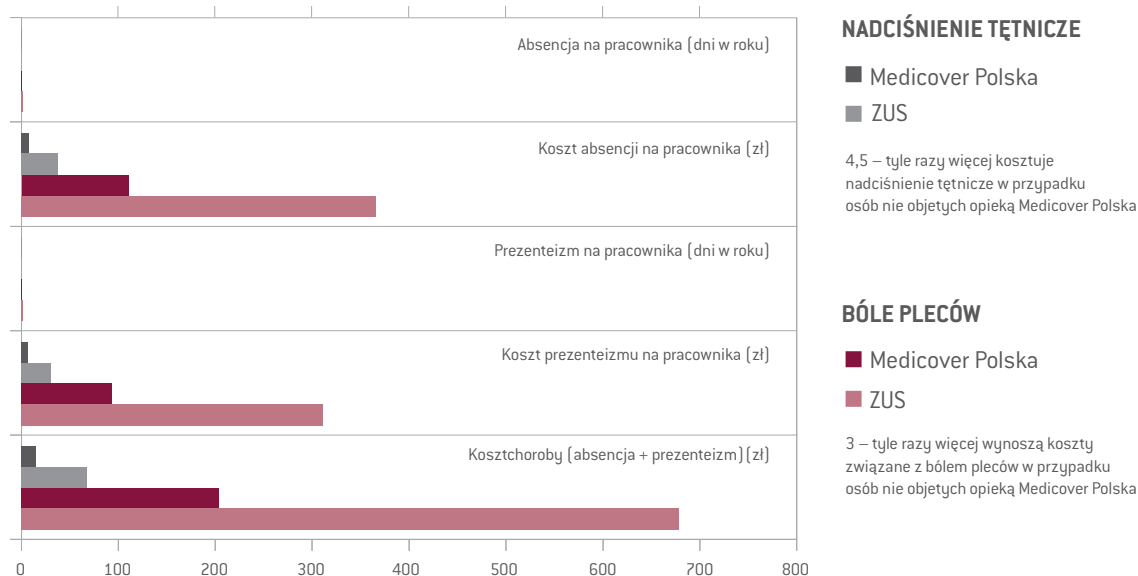
W raporcie przedstawiono na przykładach różnych chorób, jakie korzyści pracodawcy i państwo mogą odnieść z poprawy dostępności i jakości opieki dla pracowników⁷⁷. Autorzy raportu wskazali, że koszty absencji i prezentyzmu można obniżyć aż o 78 proc.

⁷⁵ M. Pęciłto, 2012, Koszty absencji chorobowej i działania ją ograniczające, Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka nr 9.

⁷⁶ Raport „Praca. Zdrowie. Ekonomia. Perspektywa 2012-2016, Medicover”, za: https://prowly-uploads.s3.amazonaws.com/uploads/landing_page_image/image/73985/RAPORT_Praca.Zdrowie.Ekonomia_Perspektywa_2012_2016.pdf (dostęp: 03.08.2018 r.).

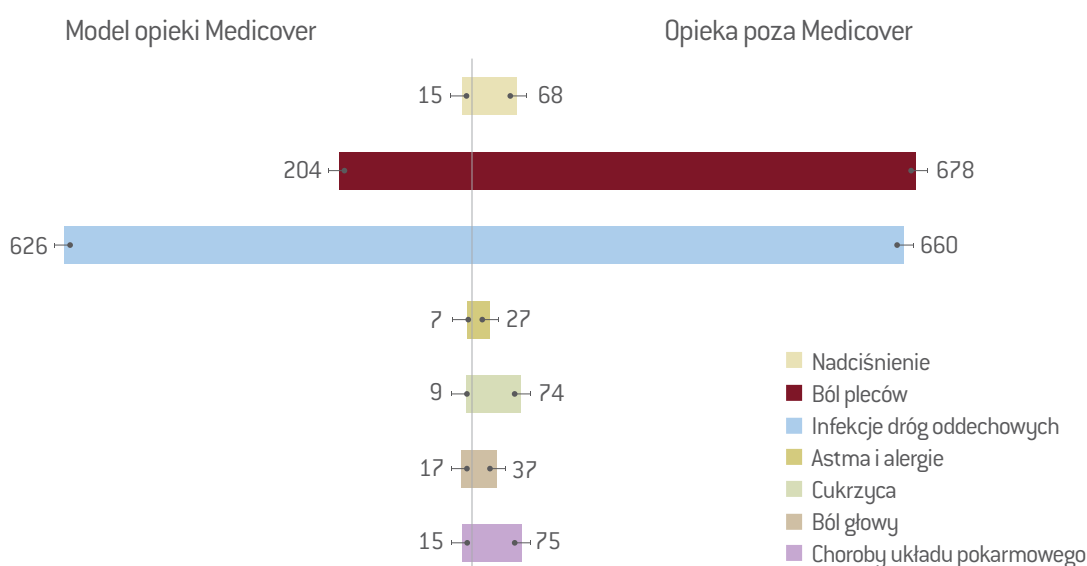
⁷⁷ Ibidem

Rys. 31. Koszty wybranych problemów zdrowotnych w przeliczeniu na jednego pracownika pod opieką Medcover oraz ogólnie w Polsce



Źródło: Raport „Praca. Zdrowie. Ekonomia. Perspektywa 2012-2016”

Rys. 32. Szacowane koszty absencji i prezenteizmu dla wybranych częstych schorzeń w przypadku osób objętych opieką Medcover Polska i niekorzystających z takiej opieki (zł)



Źródło: Raport „Praca. Zdrowie. Ekonomia. Perspektywa 2012-2016”

Z powyższych danych wyliczono, że oszczędność dla pracodawcy, którego pracownicy są objęci taką opieką zdrowotną, w skali roku wynosi 726 zł w przeliczeniu na każdego pracownika. Autorzy oszacowali, że zastosowanie tego typu rozwiązań w skali kraju mogłoby wygenerować 11,85 mld zł oszczędności.

Możliwe rozwiązania

Jak wykazano na podstawie danych NFZ, samo zwiększanie publicznego finansowania świadczeń zdrowotnych, w tempie nawet kilku procent rocznie, nie powoduje polepszenia dostępu do świadczeń. Polskie doświadczenia pokazują, że placówki opieki zdrowotnej przeznaczają pieniądze w pierwszej kolejności na podwyżki dla pracowników, zakup sprzętu i leków oraz dodatkowe świadczenia dla grup uprzywilejowanych.

Publiczne systemy opieki zdrowotnej w wielu krajach stoją przed wyzwaniami związanymi z presją wydatkową. Państwa często wspierają rozwiązania angażujące pracowników i pracodawców w systemy uzupełniające publiczne ubezpieczenia.

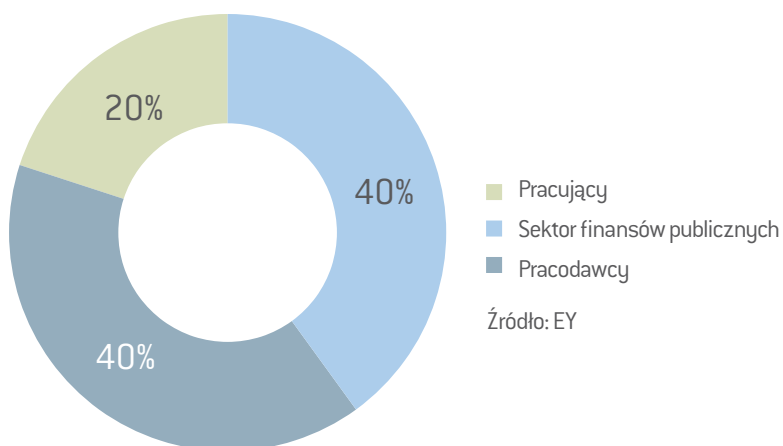
W Polsce na razie takie działania realizowane są w systemie ubezpieczeń emerytalnych. Państwo zachęca obywateli do dodatkowego oszczędzania m.in. ulgami podatkowymi czy dopłatami z budżetu do pracowniczych programów emerytalnych. Po reformie emerytalnej przyznano, że publiczny system bazujący na składkach odprowadzanych przez pracowników oraz przedsiębiorców nie zapewni odpowiedniego poziomu zastąpienia pensji i bezpieczeństwa finansowego. Tymczasem seniorzy, poza opłacaniem rachunków i zakupem podstawowych dóbr, będą musieli mieć m.in. środki na leki i świadczenia medyczne. Polski system emerytalny stara się zachęcać pracowników do samodzielnego oszczędzania oraz pozostania jak najdłużej na rynku pracy.

Niestety ubezpieczenia zdrowotne nie mają wsparcia rządu. Rozwijają się same, ale nadal skala korzystania z polis jest dość wąska i koncentruje się na zapewnieniu opieki ambulatoryjnej.

Premia za odpowiedzialność

Według szacunków EY, upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych spowodowałoby realny dodatkowy wzrost PKB. Skorzystaliby z niego w największym stopniu przedsiębiorcy (ponad 40 proc. dochodów z dodatkowo wypracowanego przez zdrowszych pracowników PKB) oraz sektor finansów publicznych (niemal 40 proc.). Dochody pracowników powiększyłyby się o pozostałe 20 proc. Pracownicy dodatkowo osiągnęliby niemierzalne korzyści związane z lepszym stanem zdrowia. Wydatki na zdrowie należy traktować jak inwestycję. Zdrowsi pracownicy mogą w krótkiej perspektywie przynieść wymierne korzyści ekonomiczne, których beneficjentami będą wszyscy Polacy.⁷⁸

Rys. 33. Podział dochodów z tytułu wyższego PKB wygenerowanego przez wprowadzenie pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych



Źródło: EY, Analiza wpływu DUZ na gospodarkę, 2013 r.

⁷⁸ Przy zebraniu składek o wartości 5,8 mld zł EY szacuje, że wydatki zdrowotne wzrosną o 4,7 mld zł. Źródło: Analiza wpływu rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na gospodarkę Polski, za: <https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/raport%20EY%20DUZ%202013%20www.pdf>

ROZDZIAŁ 10

Prywatne formy zapewniania opieki zdrowotnej - badania

Jakiej opieki zdrowotnej oczekują Polacy?

Na to, że system opieki zdrowotnej w Polsce nie działa dobrze wskazują międzynarodowe porównania, informacje o kolejkach oraz badania opinii publicznej. Według sondażu CBOS, aż 66 proc. respondentów negatywnie ocenia funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce⁷⁹.

66 proc. Polaków negatywnie ocenia funkcjonowanie opieki zdrowotnej

Wśród niezadowolonych dominują osoby między 25 a 34 rokiem życia, absolwenci wyższych uczelni, mieszkańcy miast. Negatywnie oceniają system opieki zdrowotnej także osoby pracujące na własny rachunek, kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wykształceniem oraz pracownicy administracyjno-biurowi.

Odsetek niezadowolonych spada po 55 roku życia.

Prywatne formy zapewniania opieki zdrowotnej - badania

GUS

GUS, badając gospodarstwa domowe, od ponad dekady zbiera dane dotyczące dodatkowych dobrowolnych zabezpieczeń zdrowotnych. W kolejnych edycjach badania (dotyczących lat 2010, 2013 i 2016) widoczny jest stopniowy wzrost wydatków na zdrowie oraz liczby osób posiadających tzw. dodatkowe zabezpieczenia zdrowotne. Wciąż stanowią one jednak niewielki odsetek społeczeństwa. GUS tłumaczy to m.in. wciąż dość niskim poziomem dochodów Polaków i niewielkim zainteresowaniem pracodawców opłacaniem dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych dla pracowników⁸⁰.

W 2016 r. uprawnienia do świadczeń w ramach polis zdrowotnych i abonamentów miało 6,5 proc. respondentów, o 0,5 p.p. więcej niż w 2013 r.

6,5 proc. – tylu Polaków miało wykupione dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne w 2016 r. według GUS

6 proc. – tyle osób deklarowało, że ma zamiar je wykupić

Nieznacznie, bo o 0,8 proc., zwiększył się także odsetek osób deklarujących zamiar wykupienia dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych i wyniósł on 6 proc. w 2016 r.

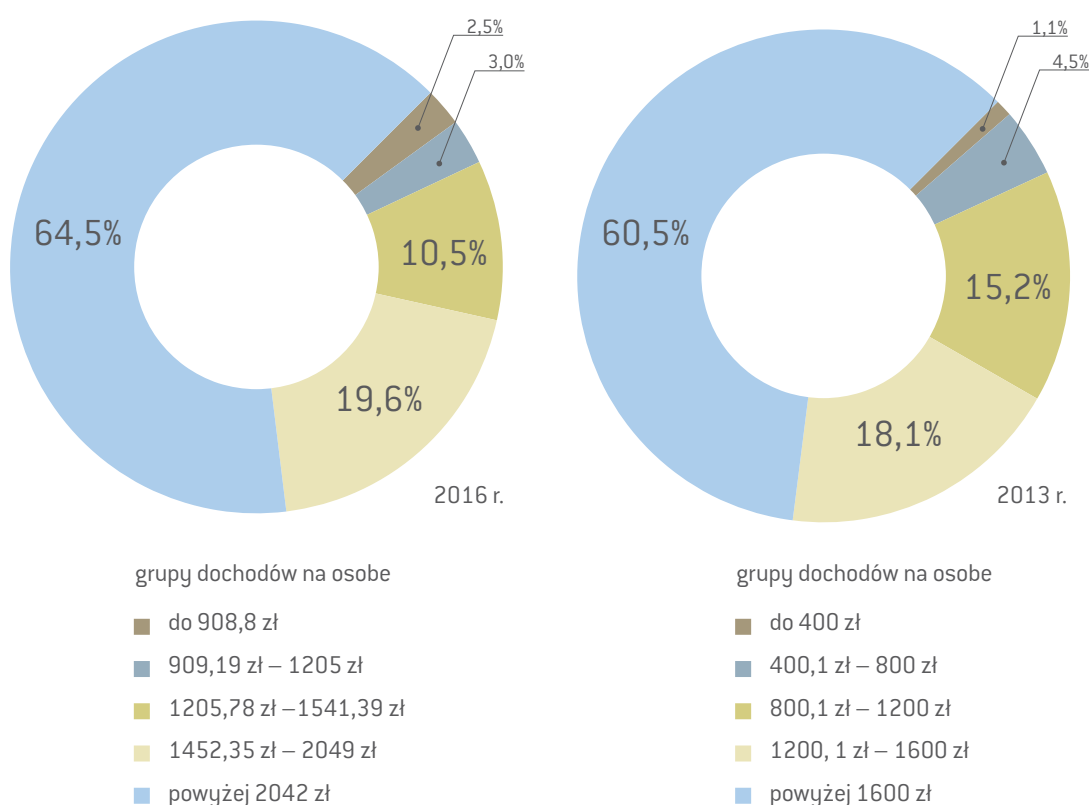
⁷⁹ CBOS, Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej.

⁸⁰ Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.

Z zebranych przez GUS informacji wynika, że ubezpieczenia lub abonamenty ambulatoryjne miało 5,9 proc. Polaków (szpitalne cieszą się mniejszym zainteresowaniem). W 46,4 proc. były one opłacone w ramach umowy grupowej przez pracownika (w 2013 r. było to 47,3 proc.), a w 26,7 proc. przez pracodawcę (wobec 23,7 proc. trzy lata wcześniej). W pozostałych przypadkach dostęp do świadczeń był współfinansowany przez obie strony.

Analiza dochodów osób posiadających dodatkowe zabezpieczenia zdrowotne jednoznacznie wskazuje, że nie są to produkty jedynie dla zamożnych obywateli. Co trzecia osoba, która je posiada, ma w gospodarstwie domowym dochód na osobę niższy niż 2042 zł, w tym 15 proc. ma mniej niż 1541,39 zł na osobę.

Rys. 34. Wysokość dochodów, jakie miały osoby uprawnione do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (w proc. według grup dochodu na osobę w gospodarstwie domowym)



Źródło: GUS, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.

Polska Izba Ubezpieczeń

Z danych Polskiej Izby Ubezpieczeń wynika, że na koniec 2016 r. liczba osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne wyniosła 1,86 mln. Na koniec kolejnego roku było ich już 2,27 mln, co daje 22-proc. wzrost rok do roku. Natomiast dane o liczbie osób posiadających abonamenty medyczne są nieprecyzyjne, ponieważ brakuje instytucji, która zbierałaby je od firm. Mówi się o około 2 mln osób korzystających z tego rozwiązania⁸¹. W sumie dawałoby to znacznie większą liczbę osób niż wynika z danych zebranych przez GUS z gospodarstw domowych. Różnice te mogą wynikać z nieprecyzyjnych deklaracji respondentów, ale też z różnic definicyjnych⁸².

PIU w statystykach dotyczących ubezpieczeń zdrowotnych uwzględnia takie produkty, w których ryzyko choroby jest ryzykiem wiodącym, i które zapewniają pokrycie przez ubezpieczyciela kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce, a także pomoc w organizacji leczenia, którego koszty są pokrywane. W tej kategorii mieszczą się też polisy gwarantujące zwrot udokumentowanych, wcześniej poniesionych wydatków świadczeń zdrowotnych. Nie są natomiast brane pod uwagę ubezpieczenia, w których w przypadku choroby, np. nowotworowej, ubezpieczony dostaje pieniądze i może przeznaczyć je na

⁸¹ Szacunki takie publikuje m.in. PMR.

⁸² GUS w kwestionariuszu „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” pyta: Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (ubezpieczenia i abonamenty)? <http://form.stat.gov.pl/badaniaankietowe/2017/Ankiety/DS-50I.pdf> (dostęp: 03.08.2018).

dowolny cel. PIU w statystykach dotyczących ubezpieczeń zdrowotnych nie uwzględnia też np. ubezpieczeń turystycznych i assistance.

CBOS i Kantar Public

Według CBOS, od 2014 r. sukcesywnie przybywa osób objętych dodatkowym, dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. W ciągu ostatnich dwóch lat ich odsetek zwiększył się o 5 p.p. (z 23 proc. do 28 proc.), przy czym w większym stopniu wzrósł udział pracodawców w finansowaniu tych produktów⁸³.

Widoczne są więc znaczne różnice między deklaracjami dotyczącymi różnych form dodatkowego zabezpieczenia zdrowotnego, a danymi rynkowymi.

Jeżeli chodzi o gotowość Polaków do samodzielnego płacenia za ubezpieczenie zdrowotne i kwoty, jaką są w stanie na to wydać, wyniki badań bywają sprzeczne. Według danych z kolejnych edycji „Diagnozy społecznej”, zainteresowanie samodzielnym zakupem polis systematycznie spada. W 2016 r. wynosiło już tylko 26,5 proc., wobec blisko 33 proc. w 2010 r.⁸⁴

Jednak spadek ten może mieć różne przyczyny, np. taką, że coraz więcej osób ma polisy zdrowotne – na co wskazują m.in. dane PIU, więc nie jest zainteresowana już ich kupnem lub np. oczekują, że sfinansuje je pracodawca. Można przypuszczać, że bardzo wiele zależy także od formy zadania pytania i grupy respondentów.

Podobnie różne są wyniki badań dotyczących gotowości do płacenia wyższej składki na NFZ. Badanie, przeprowadzone przez Kantar Public na zlecenie Pracodawców RP, wskazuje, że aż 39 proc. badanych jest skłonnych zmniejszyć swoje dochody w celu zwiększenia składki zdrowotnej. 18 proc. respondentów zgodziłoby się na zwiększenie podatków. Warunkiem zwiększonych nakładów na ochronę zdrowia mają być skrócone kolejki do lekarza i zwiększenie dostępności usług medycznych⁸⁵.

Razem dla Zdrowia

Z kolei, z raportu inicjatywy Razem dla Zdrowia (organizacji My Pacjenci przygotowanego we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską oraz Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych) wynika, że choć co trzeci respondent w ciągu roku wydał na prywatne wizyty i badania ponad 1000 zł, a co czwarty – od 500 do 1000 zł, to pieniędzy tych nie byłoby skłonni przekazać publicznemu systemowi. Na pytanie, czy są oni za podniesieniem składki zdrowotnej, twierdząco odpowiedziało jedynie 22 proc. ankietowanych. O wiele więcej, bo 41 proc., zgodziłoby się na dopłaty do świadczeń opieki zdrowotnej z własnej kieszeni⁸⁶.

Z dużej części przytoczonych badań wynika, że Polacy są gotowi płacić więcej za ochronę zdrowia w zamian za szybszy dostęp do lekarza i lepszą jakość świadczeń. Wiele osób w ogóle się jednak nad tym nie zastanawiało. Dlatego ważną rolę mogłyby tu odegrać działania pracodawców, zachęty finansowe państwa oraz kampanie edukacyjne.

⁸³ Badanie CBOS przeprowadzono w czerwcu 2018 r. na liczącej 989 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

⁸⁴ Rada Monitoringu Społecznego, Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i Jakość Życia Polaków, Warszawa 2015 r., za: http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf (dostęp: 03.08.2018 r.).

⁸⁵ Polacy mogą płacić wyższe składki zdrowotne w zamian za lepszy dostęp do lekarzy, za: <http://www.polisynazdrowie.pl/aktualnosci/polacy-moga-placic-wyzsze-skladki-zdrowotne-w-zamian-za-lepszy-dostep-do-lekarzy> (dostęp: 03.08.2018).

⁸⁶ Razem dla Zdrowia, Finansowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia w oczach pacjentów. System ochrony zdrowia - organizacja i finansowanie, za: https://mypacjenci.org/images/Razem_dla_Zdrowia/Raporty/Finansowanie-i-organizacja-systemu-ochrony-zdrowia-w-oczach-pacjentow.pdf (dostęp: 03.08.2018).

Badanie na zlecenie Polskiej Izby Ubezpieczeń na temat finansowania opieki zdrowotnej

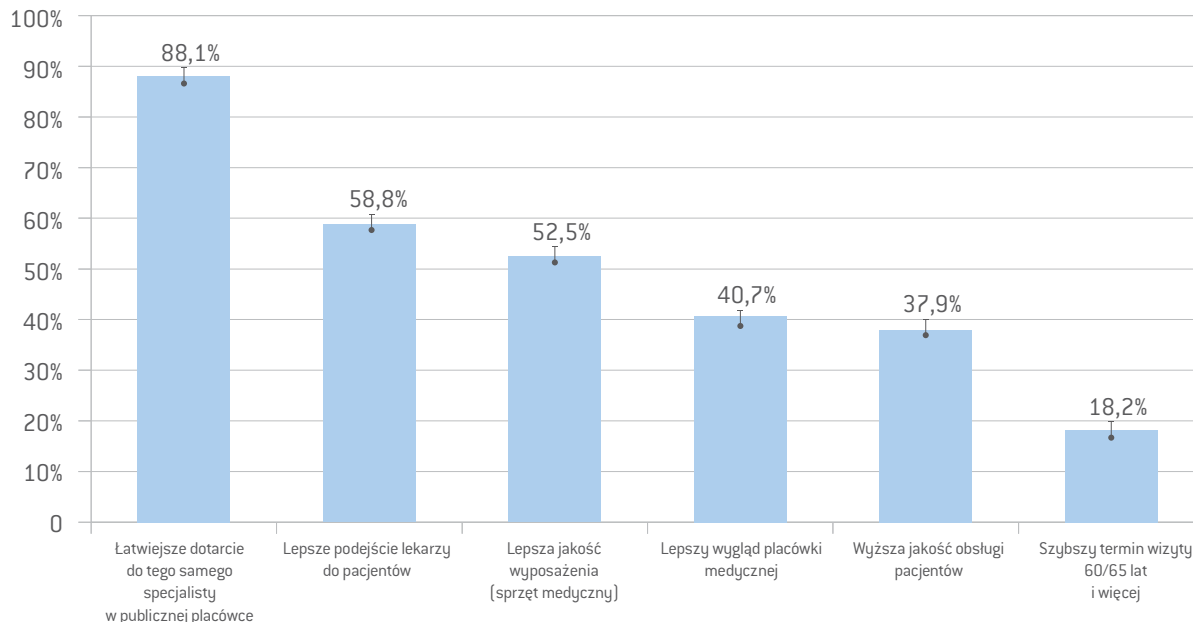
Aż 68 proc.

Polaków jest niezadowolonych z publicznej opieki zdrowotnej, a niemal 90 proc. korzystających z prywatnej opieki, robi to ze względu na krótszy czas oczekiwania na wizytę

– to główne wnioski z badań na temat finansowania opieki zdrowotnej, przeprowadzonych w lipcu i sierpniu 2018 r. przez Havas Media Group na zlecenie Polskiej Izby Ubezpieczeń. Reprezentatywną grupę Polaków spytano m.in. o stosunek do różnych modeli współpłacenia za opiekę medyczną, a także o gotowość pracowników do współdzielenia kosztów prywatnego pakietu medycznego z pracodawcą. Celem badania było lepsze zrozumienie postaw Polaków wobec różnych metod współfinansowania opieki zdrowotnej.

Ponad 61 proc. ankieterów deklaruje, że korzysta także z prywatnej opieki zdrowotnej. Jako motywację, respondenci podawali szybszy termin wizyty (88 proc.), ale także subiektywnie wyższą jakość obsługi pacjenta (59 proc.) i lepsze podejście lekarzy do pacjentów (52 proc.).

Rys. 35. Motywacja przy korzystaniu z prywatnej opieki medycznej zamiast publicznej



Źródło: Havas Media Group na zlecenie PIU

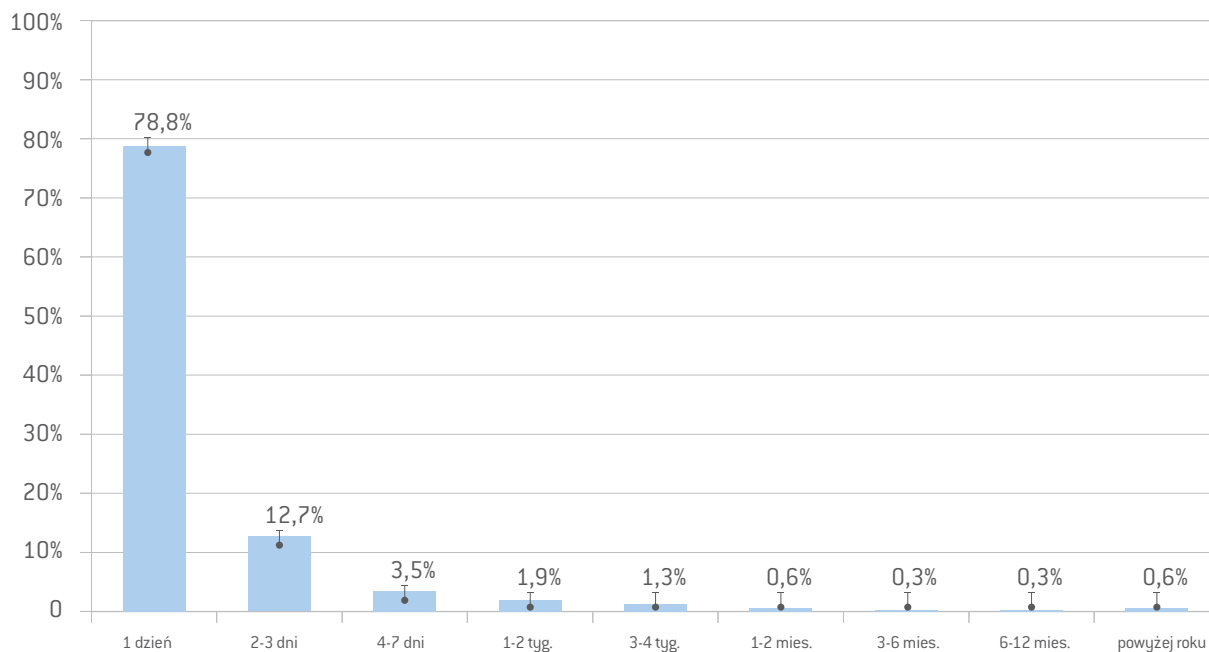
Z badania wynika, że blisko połowa (46 proc.) badanych jest za zwiększeniem finansowania opieki zdrowotnej przez obywateli, jak to się dzieje w innych krajach europejskich. Główną motywacją jest dla nich skrócenie czasu oczekiwania na wizytę (44 proc.) oraz hospitalizację (30 proc.).

50 proc. z nas zapłaci z własnej kieszeni większą składkę zdrowotną w zamian za szybsze terminy do lekarza

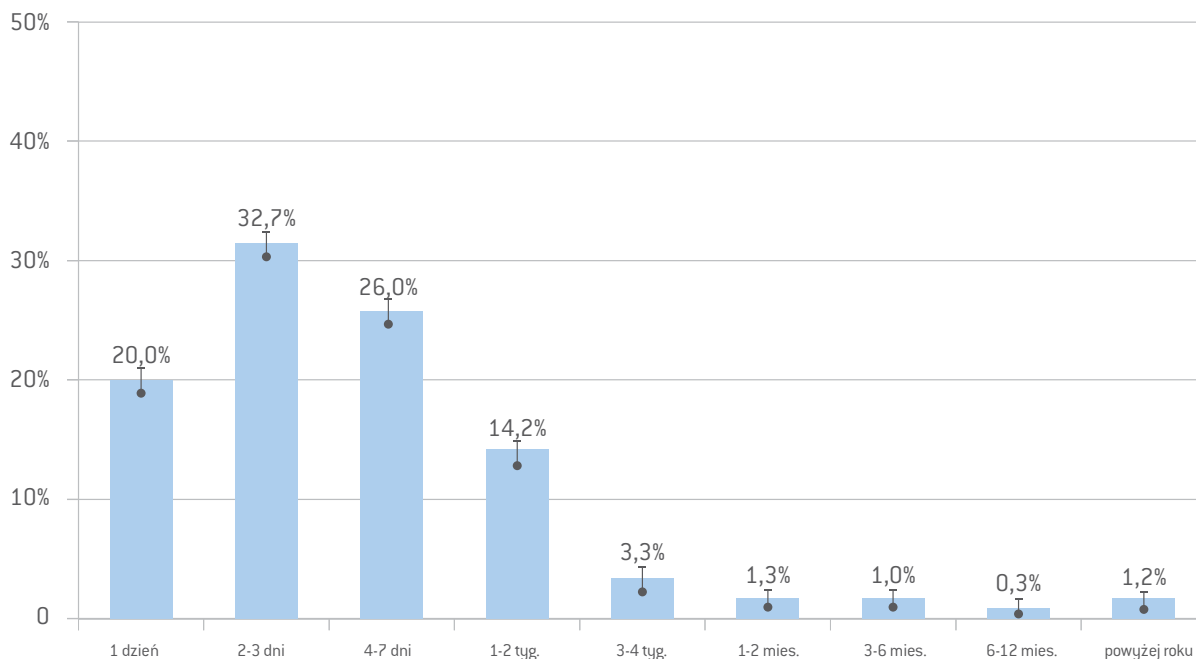
Zdaniem blisko 80 proc. respondentów pacjent nie powinien czekać dłużej niż 1 dzień na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu. Tyle samo respondentów uważa, że czas oczekiwania na wizytę u specjalisty nie powinien przekraczać tygodnia.

Rys. 36. Jak długo Twoim zdaniem pacjenci powinni czekać na:

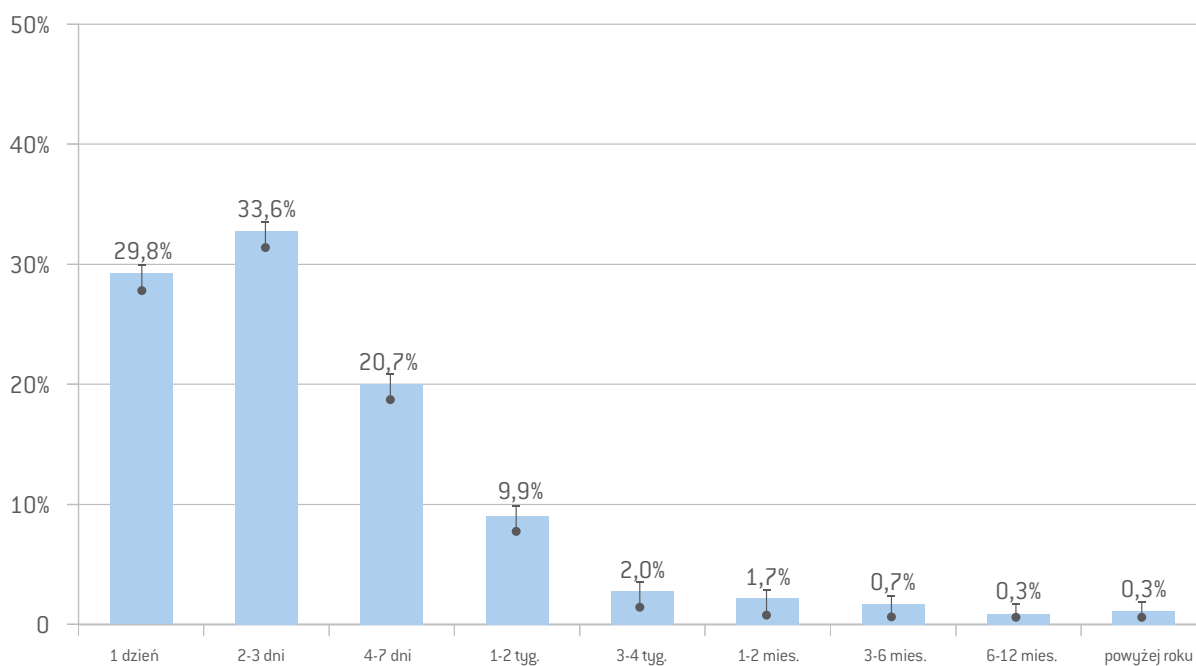
wizytę u lekarza POZ



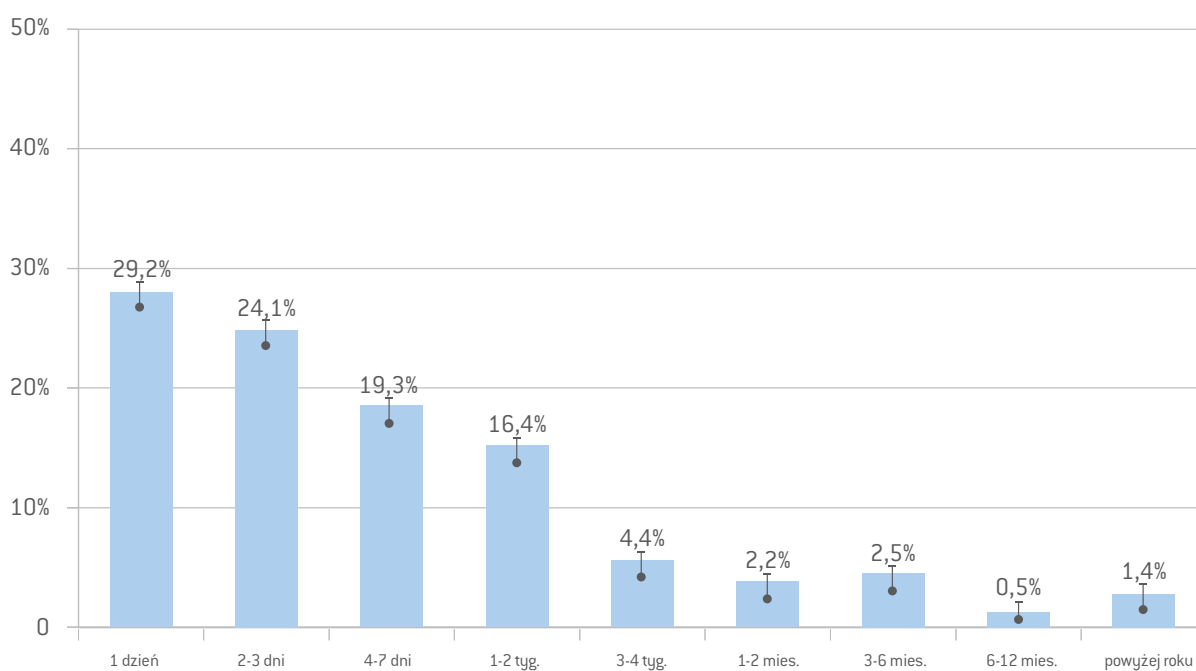
wizytę u lekarza specjalisty



wizytę u lekarza POZ



leczenie szpitalne



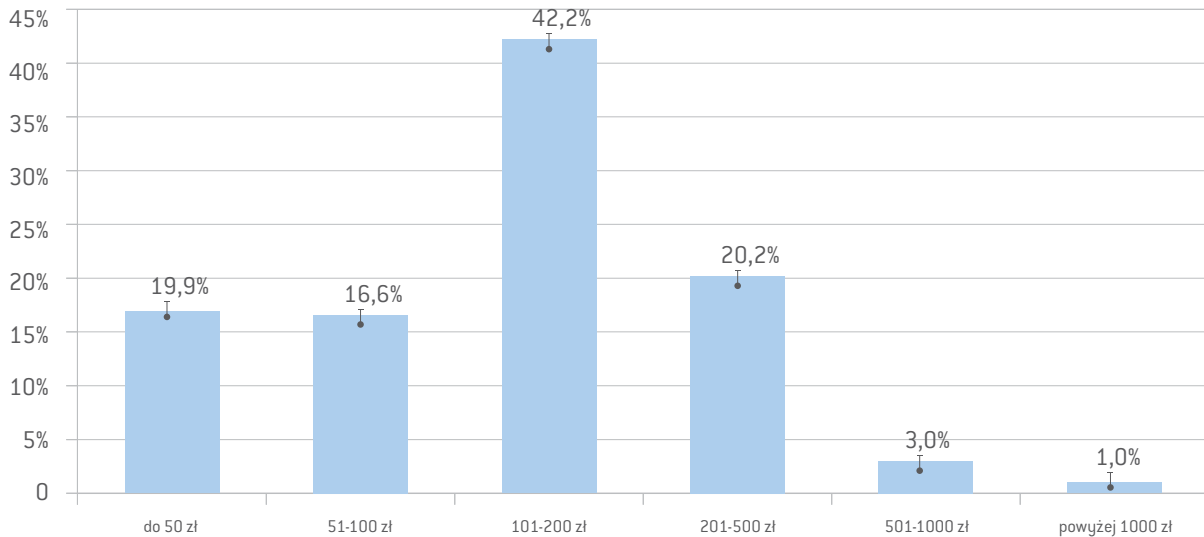
Źródło: Havas Media Group na zlecenie PIU

Wśród respondentów ponad połowa korzysta już zresztą zarówno z prywatnej jak i publicznej opieki zdrowotnej. Przy tym dwie trzecie osób biorących udział w badaniu i korzystających z prywatnej opieki zdrowotnej, zadeklarowało, że wydaje na te świadczenia powyżej 100 zł miesięcznie. Co piąta osoba, korzystająca z komercyjnej opieki, wydaje od 200 do 500 zł miesięcznie.

2/3 badanych,

korzystających z prywatnych świadczeń,
wydaje na nie **powyżej 100 zł** miesięcznie

Rys. 37. Wydatki na prywatną opiekę medyczną (N = 604)



Źródło: Havas Media Group na zlecenie PIU

Jednocześnie ponad jedna piąta badanych zadeklarowała, że posiada już ubezpieczenie zdrowotne lub inny pakiet prywatnej opieki zdrowotnej. W przypadku pakietów opieki medycznej np. w formie polis, zdecydowana większość osób (82,5 proc.) płaci mniej niż 100 zł miesięcznie. To bardzo ważna informacja, ponieważ większość pakietów zdrowotnych posiada szeroki dostęp do specjalistów i badań diagnostycznych. W ramach tych pakietów oferowane są także często wizyty profilaktyczne, czyli tak zwane „check-ups”. Oznacza to, że niezależnie od wszystkich innych zalet,

przedpłacona opieka zdrowotna jest tańszym rozwiązaniem zarówno dla respondentów jak i dla systemu.

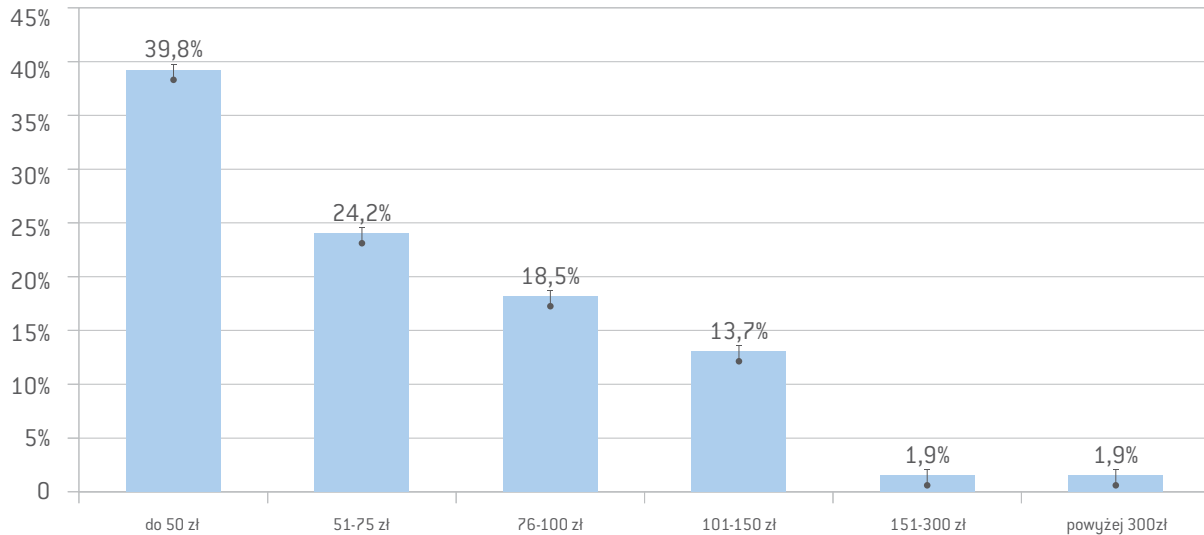
W dodatku obejmuje ona zazwyczaj zarówno działania profilaktyczne, jak i szybką diagnostykę i leczenie, w tym w razie potrzeby wielokrotne wizyty i badania w przypadku poważniejszego zachorowania. Rosnąca popularność pracowniczych pakietów zdrowotnych (22-proc. wzrost liczby ubezpieczonych w 2017 r.⁸⁷) pokazuje, że przeniesienie ryzyka zdrowotnego i wymierna, wynikająca z tego korzyść finansowa, znajduje uznanie w oczach coraz większej grupy Polaków.

⁸⁷ <https://piu.org.pl/niemal-23-mln-polakow-ma-polisy-zdrowotne/>

82,5 proc.

korzystających z pakietów medycznych,
płaci **mniej niż 100 zł miesięcznie**

Rys. 38. Koszt pakietu medycznego (N = 211)

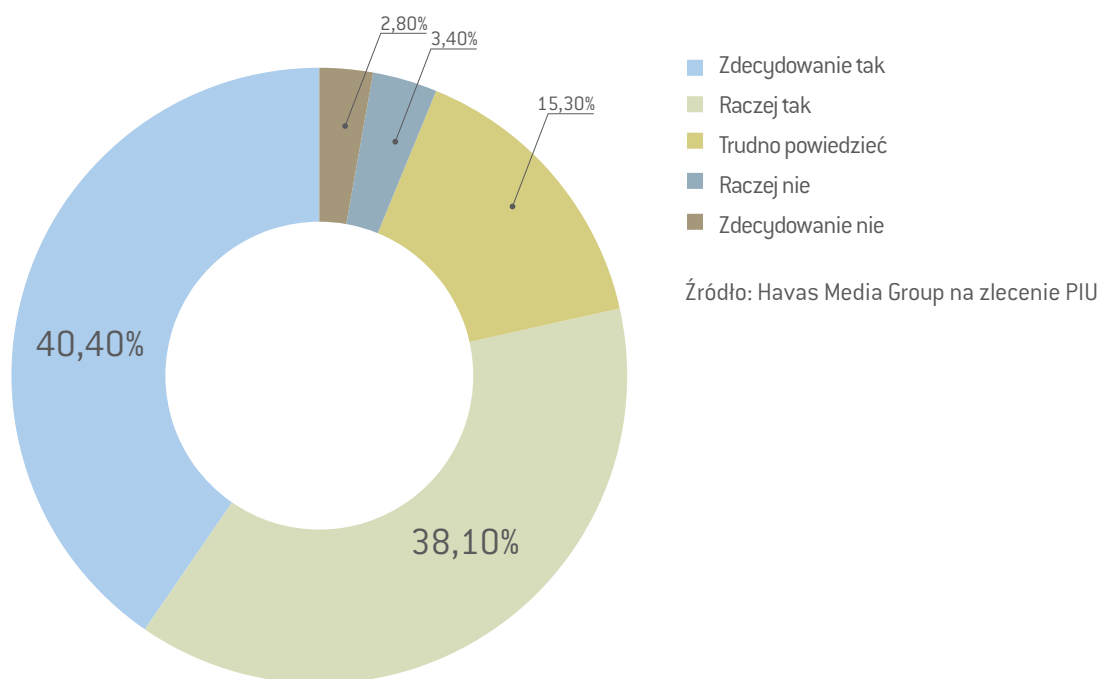


Źródło: Havas Media Group na zlecenie PIU

Zwraca uwagę fakt, że badani byli bardzo pozytywnie nastawieni do opieki zdrowotnej finansowanej przez pracodawcę. Nawet obowiązkowe badania pracownicze są postrzegane przez połowę respondentów jako ważny element troski o zdrowie pracownika. Jedna trzecia badanych przyznała, że jest to ich **jedyny kontakt z lekarzem**, a jedynie 10 proc. uważa je za niepotrzebny obowiązek. Medycyna pracy jest zgodnie z prawem jednym z trzech obowiązkowych „styków” obywatela z opieką zdrowotną. Utrudnienia w dostępie do specjalistów, brak czasu, koszty leczenia prywatnego i inne przyczyny, często są powodem odwlekania decyzji o konsultacji lekarskiej i późnym kontaktem z lekarzem, rozpoznaniem i podjęciem leczenia. Fakt ten nabiera szczególnego znaczenia w świetle choćby doniesień WHO, że główną przyczyną przedwczesnych zgonów są choroby przewlekłe układu krążenia, oddechowego oraz nowotwory.

Co istotne, ponad połowa respondentów uważa zakres obowiązkowych badań pracowniczych za zbyt wąski, a 80 proc. respondentów sądzi, że pracodawca powinien zapewnić pracownikom cykliczne wizyty u lekarza, który zbada ich ogólny stan zdrowia i przedstawi zalecenia co do stylu życia.

Rys. 39. Czy Twoim zdaniem pracodawca powinien zapewnić pracownikom cykliczne wizyty u lekarz, który zbada ich ogólny stan zdrowia i przedstawi zalecenia co do stylu życia?



Prawie 60 proc. badanych byłoby zainteresowanych współpłaceniem za prywatny pakiet zdrowotny, gdyby jego koszty były rozłożone pomiędzy pracodawcę i pracownika, a jedynie niecałe 7 proc. byłoby przeciwne takiemu rozwiązaniu.

PODSUMOWANIE

W obliczu zmian struktury demograficznej w naszym kraju, a także rosnącej zapadalności m.in. na choroby przewlekłe wynikającej ze stylu życia, szczególnie ważne staje się utrzymanie populacji osób w wieku produkcyjnym możliwie jak najdłużej w dobrym stanie zdrowia. Korzyści z tego płynące to m.in. produktywność, niższe koszty dla systemu ubezpieczeń społecznych (zasiłki, renty, leczenie szpitalne), a także inwestycja w przyszłość (zdrowy pracownik, to zdrowszy i mniej kosztochłonny dla systemu senior, a długi okres pracy to wyższa emerytura).

Obeenie na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada około 29 osób w wieku poprodukcyjnym. W perspektywie kolejnych około pięćdziesięciu lat, zdaniem ekspertów, te proporcje się zrównają.

Ma to kluczowe znaczenie dla państwa, zwłaszcza zaś systemów ubezpieczeń. W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych osoby w wieku produkcyjnym rzadziej korzystają ze świadczeń, a z kolei odprowadzają wyższe składki. W przypadku emerytów, składka pobierana jest od świadczenia, ale wysokość samego świadczenia zależy w dużej mierze od kondycji gospodarki, liczby i dochodów osób obecnie aktywnych na rynku pracy, odprowadzających składki do ZUS.

Kwestią kluczową jest więc utrzymanie osób pracujących jak najdłużej w dobrym zdrowiu, tak by mogły kontynuować pracę zawodową, a gdy ją już zakończą i przejdą na emeryturę, by nadal generowały możliwie niskie koszty dla systemu ochrony zdrowia – co osiągnąć można dzięki edukacji zdrowotnej, profilaktyce i prewencji.

Pracownicy nie są jednak w polskim prawodawstwie traktowani jako grupa uprzywilejowana i dodatkowe środki finansowe, rozwiązania prawne ułatwiające dostęp do opieki, w pierwszej kolejności trafiają na zapewnienie świadczeń zdrowotnych ciężarnym, dzieciom, niepełnosprawnym i seniorom. Jest to uzasadnione względami społecznymi, jednak mając tego świadomość należy rozpocząć dyskusję nad tym, w jaki sposób, przy ograniczonych środkach publicznych, zapewnić odpowiednią opiekę zdrowotną, w tym profilaktykę pracownikom. I co ważne, robić to efektywnie.

Obeenie, choć wydatki prywatne na ochronę zdrowia stale rosną, są nieusystematyzowane i wydawane nieefektywnie. Wiele miliardów złotych wydają Polacy na nieprzepisane im leki i suplementy, zamiast zdiagnozować przyczynę swoich problemów i podjąć leczenie lub np. skorzystać z porad profesjonalnego dietetyka, gastrologa czy seksuologa. Kupują też pojedyncze wizyty lekarskie, spotkania z fizjoterapeutą, które mają zapewnić im poprawę zdrowia bez konieczności czekania długo na wizytę. Działaniom tym często brakuje ciągłości. Konieczność płacenia za każdą wizytę czy inne świadczenie osobno, w przypadku wydatków out-of-pocket powoduje, że korzysta się z nich głównie w razie wystąpienia problemu zdrowotnego.

Jak pokazuje badanie wykonane na zlecenie Polskiej Izby Ubezpieczeń w lipcu i sierpniu 2018 r. na reprezentatywnej grupie pacjentów, ponad połowa korzysta już zresztą zarówno z prywatnej jak i publicznej opieki zdrowotnej. Przy tym 2/3 osób biorących udział w badaniu i korzystających z prywatnej opieki zdrowotnej, zadeklarowało, że wydaje na nią powyżej 100 zł miesięcznie.

Jak wskazują cytowane w raporcie informacje Medcover, osoby objęte dodatkowym zabezpieczeniem zdrowotnym, bardzo często odbywały wizyty profilaktyczne. Panuje zaś ugruntowana opinia, że profilaktyka zwiększa szanse na uniknięcie choroby lub wczesne jej wykrycie, generując przy tym oszczędności dla chorych, systemu ochrony zdrowia i pracodawców, a także całej gospodarki – o czym wspomniano w części poświęconej kosztom pośrednim chorób.

Jednocześnie, co widać w badaniu przeprowadzonym na zlecenie PIU, pracownicy bardzo dobrze postrzegają każdą formę dbałości pracodawcy o ich zdrowie. Obowiązkowe badania pracownicze są postrzegane przez połowę respondentów jako ważny element troski o zdrowie pracownika. Jedna trzecia badanych przyznała, że jest to ich jedyny kontakt z lekarzem. Niestety ponad połowa respondentów uważa zakres obowiązkowych badań pracowniczych za zbyt wąski, a 80 proc. respondentów uważa, że pracodawca powinien zapewnić pracownikom cykliczne wizyty u lekarza, profilaktykę i zalecenia co do stylu życia. Zwraca uwagę fakt, że prawie 60 proc. badanych byłaby zainteresowana prywatnym pakietem zdrowotnym, gdyby jego koszty były rozłożone pomiędzy pracodawcę i pracownika, a jedynie niecałe 7 proc. byłoby przeciwne takiemu rozwiązaniu.

Część pracodawców, a także osób prywatnych kupuje opiekę zdrowotną w sposób bardziej usystematyzowany, „wychodząc” częściowo z publicznych kolejek. Oszczędzają dzięki temu środki własne i publiczne, dzięki skróconym absencjom chorobowym i odciążeniu publicznego płatnika, skróconemu czasowi oczekiwania pod gabinetem (zwykle wizyty są na konkretną godzinę lub wręcz zdalne). Niestety brakuje w systemie mechanizmów zachęcających do tego typu działań. Niezależnie od starań pracowników o zdrowie, płacą oni taką samą składkę i nie mogą skorzystać z ulg. Cytowane wcześniej badanie PIU wykazało, że pomimo tego 64 proc. pracodawców finansuje przynajmniej połowę ceny ubezpieczenia zdrowotnego lub innej formy zabezpieczenia zdrowotnego dla swoich pracowników.

Inwestycje w zdrowie pracowników wpisują się w przyjętą przez rząd Strategię na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju⁸⁸. Skutki choroby nie ograniczają się do efektów klinicznych, lecz często wpływają także na zdolność pacjenta do wykonywania pracy. Nieobecność w pracy lub obniżona wydajność chorego pracownika ma wpływ na działalność całej firmy. Głównie chodzi o koszty finansowe. Negatywne skutki choroby odczuwa zatem całe społeczeństwo. Konsekwencje mogą być także bardzo dotkliwe dla sektora finansów publicznych, gdyż ww. efekty prowadzą do obniżenia wpływów podatkowych i ze składek oraz zwiększenia wydatków publicznych (w tym zasiłków chorobowych, rent z ZUS oraz wydatków NFZ).

⁸⁸ <https://www.mii.gov.pl/media/48672/S0R.pdf>





POLITYKA
Z DROWOTNA

