

Mariusz Tarhoni, Krzysztof Kuszewski¹

SYTUACJA EKONOMICZNA PŁATNIKA PUBLICZNEGO A FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W LATACH 1999 – 2010

ECONOMICAL SITUATION OF PUBLIC PAYER AND FINANCING OF MEDICAL BENEFITS DURING THE YEARS OF 1999 – 2010

1. Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

Wielkość przesunięć środków pieniężnych pomiędzy Oddziałami Wojewódzkimi NFZ wynikających z algorytmów wyrównania w skali kraju jest znacznie większa od zmniejszenia planowanego przychodu składki w NFZ na rok 2010.

W pracy przedstawiono dane finansowe obrazujące podział środków pieniężnych w publicznym ubezpieczeniu zdrowotnym w Polsce w latach 1999 – 2009 oraz przyjęty plan na rok 2010. Dane te zostały zagregowane tak, aby można było porównać wprowadzony od 1 stycznia 1999 r. system 17 Kas Chorych, działający do 31 marca 2003 r., z powstałym od 1 kwietnia 2003 systemem 16 Oddziałów Wojewódzkich NFZ. Nieustanny wzrost wydatków na finansowane ze środków publicznych świadczeń i usług medycznych wymusza potrzebę racjonalizacji kosztów oraz systemu finansowania tych świadczeń. W perspektywie 10 lat można zauważyć zmienne tendencje podziałowe w przyjmowanych algorytmach wyrównania finansowego. Dane te pozwalają na wyciągnięcie wniosków dotyczących wzrostu poziomu finansowania świadczeń medycznych w poszczególnych województwach. Nie sposób odpowiedzieć jednoznacznie, czy znaczny w ostatnich latach wzrost finansowania jednostek ochrony zdrowia jest proporcjonalny do wzrostu dostępności oraz jakości świadczeń medycznych. Zmiany podziału przepływu środków pieniężnych z województw, które oddają do tych, które pobierają, częste zmiany w obrębie tego samego województwa z oddającego na przyjmujące mogą być pomocne przy ocenie racjonalnego poziomu finansowania np. szpitali i pomocne w sformułowaniu zasad „wrażliwości” (optymalny i możliwy poziom finansowania) finansowej dla danej populacji ubezpieczonych.

Słowa kluczowe: algorytm wyrównania międzykaszowego i międzyoddziałowego, przepływy finansowe, alokacja środków w ubezpieczeniu zdrowotnym

ABSTRACT

The authors of the publication analyse financial effects which are the result of applying division algorithms concerning public payer organizational units during the years of 1999 – 2010.

Unpublished financial data illustrating the division of financial resources in public health insurance in Poland in the years 1999 – 2009 and accepted plan for 2010 are presented. This data has been aggregated in such a way that the system of the 17 “Kasa Chorych” introduced on the 1st of January 1999, working until the 31st of March 2003 could be compared with the introduced on the 1st of April 2003 system of Voivodship Branches of NFZ (National Health Fund).

Perpetual increase of expenses for benefits and medical services financed from public resources forces the necessity of rationalizing costs and financing system of these benefits. In 10 years perspective the changing tendencies of partition in the accepted algorithms of financial leveling can be seen. The obtained results allow drawing conclusions according to the rise of the level of medical benefits financing in each voivodship. There is no way of saying unmistakably whether substantial increase in financing of health care units is proportional to increased accessibility and quality of medical benefits. The changes of diversity of financial resources flow from voivodships which give away to those which take, frequent changes inside one and the same voivodship from giving away to taking can be helpful in the evaluation of rational level of financing of e.g. hospitals and helpful in forming rules of financial “sensitivity” (optimal and possible to finance) for the insured population in question. The result of the conducted analysis shows that flow of the amount of financial resources between the NFZ Voivod Branches resulting from leveling algorithms in the whole country is bigger than the planned lowering of income from premium in NFZ for the year 2010.

Key words: the leveling algorithm between health funds and branches, financial flow, allocation of funds in health insurance

WSTĘP

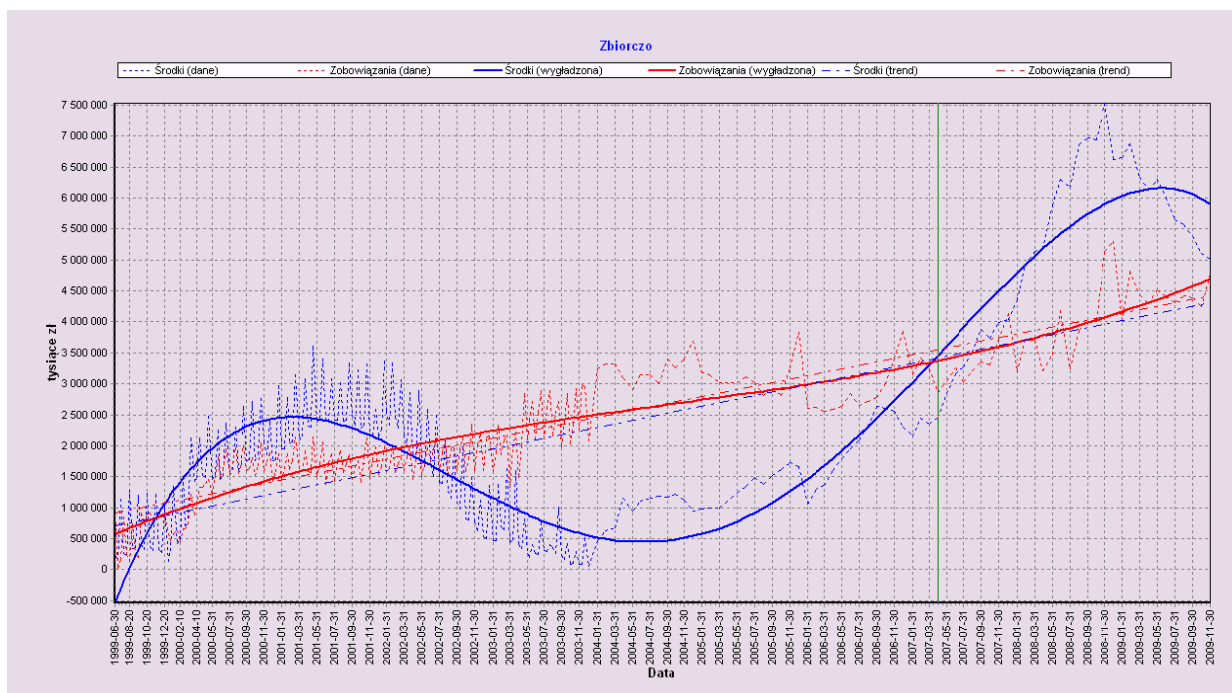
W Polsce wprowadzono po 1 stycznia 1999 roku system finansowania ochrony zdrowia mający znamiona systemu ubezpieczeniowego z elementami finansowania budżetowego. Po kilku latach społecznej dyskusji w środowiskach politycznych powstało przekonanie o konieczności dostosowania służby zdrowia do nowego ustroju Państwa. Znany jest w świecie efekt znacznego wzrostu kosztów szeroko pojętych usług medycznych, które na początku lat siedemdziesiątych zaczęły przyswierać znacznie bardziej niż PKB. Przyczyną tego zjawiska między innymi było wprowadzenie nowych kosztownych technologii medycznych.

Przygotowanie i uruchomienie w latach 1997 – 1999 opartego na składce ubezpieczeniowej powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce wraz ze związanymi z nim instytucjami, takimi jak Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych i Krajowy Związek Kas Chorych spowodowało rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy. Możliwe stało się monitorowanie zjawisk ekonomicznych związanych z kosztami usług medycznych, z wyborem technologii medycznych oraz poprzez wprowadzenie niepublicznych podmiotów świadczących usługi medyczne. Przykładem innych krajów Europy zauważono w Polsce potrzebę poszukiwania rozwiązań przekładających się na zwiększenie jakości i dostępności usług medycznych przy jednoczesnym zmniejszeniu ich kosztów jednostkowych. (1,10,12)

Od początku działania systemu PUZ (Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego) przyjęto rozwiązania, które miały prowadzić do wyrównania poziomu środków finansowych przekazywanych do wszystkich jednostek płatnika (Kas Chorych) w ramach założonego w Ustawie Zasadniczej (art. 68) pojęcia solidaryzmu społecznego. Polegał on na doprowadzeniu do równej dostępności ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych. Od 1 kwietnia 2003 roku została wprowadzona w życie nowa ustawa „zdrowotna”, która w miejsce systemu zdecentralizowanych samodzielnych 17 Kas Chorych zaproponowała 16 Oddziałów Wojewódzkich NFZ jako system centralnie sterowany przez posiadającą jedynie osobowość prawną Centralę. W tym czasie, aby móc operować danymi finansowymi i ekonomicznymi systemu, należało doprowadzić do korelacji starych danych z lat od 1 stycznia 1999 r. do 31 marca 2003 r. Kas Chorych z powstałym ich następcą. Został przygotowany materiał przedstawiający w sposób ciągły dane finansowe obu systemów płatniczych, który umożliwia prace badawcze dotyczące aspektów ekonomicznych w finansowaniu ochrony zdrowia.

PRZYCHODY I WYDATKI W SYSTEMIE FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Koniunktura ekonomiczna naszego kraju w analizowanym okresie czasu wpływała na zmiany wiel-



Ryc. 1. Środki pieniężne i zobowiązania zbiorczo w latach od 1 stycznia 1999 r. do 30 listopada 2009 r. w systemie płatniczym Kas Chorych oraz środki pieniężne i zobowiązania w NFZ (od 1 kwietnia 2003 r.). Opracowanie własne, dane: DEF UNUZ, Centrala NFZ

Fig.1. Financial resources and liabilities comprehensively in the years: from January 1st, 1999 until November 30th, 2009 in the payment system of Kasa Chorych and financial resources and liabilities in NFZ (from April 1st, 2003)

kości środków pieniężnych w systemie finansowania świadczeń i usług medycznych. Należy zauważyć, co ilustruje rycina 1., że wielkość środków pieniężnych w systemie zmienia się i znajduje się w różnych relacjach w proporcji do ponoszonych wydatków np. wyrażonych przez zobowiązania.

Po raz pierwszy od II kw. 2001 system osiągnął przewagę środków pieniężnych nad zobowiązaniami na przełomie I i II kw. 2007 r. Sytuacja taka jest korzystna do przeprowadzania ewentualnych zmian w organizacji i strukturze instytucji płatniczej. Dane finansowe są zagregowane do dnia 30 listopada 2009 r.¹ Rycina 1. obrazuje zmniejszenie wpływów składki spowodowane kryzysem, funkcja środków pieniężnych na początku III kw. 2009 r. osiąga maksimum.

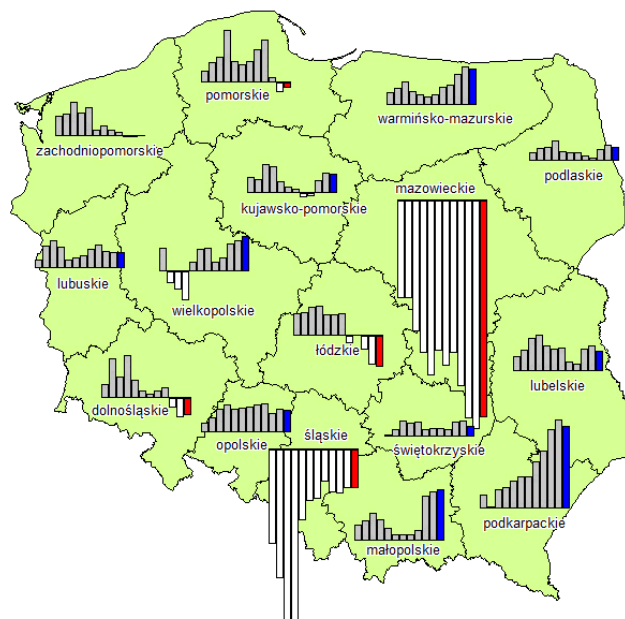
Fluktuacja w czasie środków pieniężnych spowodowana czynnikami makroekonomicznymi nie wpływa jak widać na ogólny trend zobowiązań. Innymi słowy można powiedzieć, że poszczególne wydatki zawarte w planach finansowych utrzymują się na stałym poziomie wzrostu, również jeśli analizuje się je rok do roku. Podobnie zjawisko to wygląda w innych krajach europejskich. Wniosek, który z tego wypływa jest jeden – świadczeniodawcy zwiększają dostępność w ramach środków pochodzących z ubezpieczenia publicznego w sposób stały, niezależny od tego, czy system ma przewagę środków pieniężnych nad zobowiązaniami czy odwrotnie. Oczywiście w okresach dobrej koniunktury, kiedy występuje przewaga pieniędzy w systemie, co przekłada się na zakup przez płatnika świadczeń i usług medycznych nadlimitowych w roku następnym, presja świadczeniodawców (ze szczególnym uwzględnieniem szpitali²) jest znacznie większa, a budowanie budżetu na przyszły rok jest liniowe i proporcjonalne do wykonania, a nie do wielkości planowanej. Zjawisko to działa odwrotnie w okresach, w których płatnik dostępnymi sobie metodami ogranicza finansowanie i nie płaci za świadczenia nadlimitowe (8,9,11).

Lata 2006 – 2008 charakteryzowały się nadwyżką środków pieniężnych w stosunku do zobowiązań, podobnie jak cały rok 2009. Światowy kryzys gospodarczy spowodował zmniejszenie przewidywanych wpływów składki do NFZ na poziomie, który może być odczuwalny w wymiarze od 400 mln PLN do około 1 mld PLN. Przy budżecie, który wynosi ok. 58 mld PLN, nie są to kwoty mogące prowadzić do zaburzeń systemu. Nie oznacza to, że taka dekoniunktura i zmniejszenie

przyrostu wpływu środków pieniężnych nie wywoła reakcji politycznych, które w efekcie będą się wyrażały tezą, iż finansowanie systemu ochrony zdrowia w sektorze publicznym ulega załamaniu. Autorzy nie stawiają tezy, że zjawisko zmniejszenia wpływów do NFZ należy traktować jako pozytywne. Natomiast w perspektywie sprawności całego systemu nie jest ono ani niczym nowym, ani nie przekłada się na wskaźniki epidemiologiczne, które charakteryzują zmiany stanu zdrowia w społeczeństwie (1,6,7,11).

WYRÓWNANIE FINANSOWE

Do tej pory nigdzie nie publikowano danych dotyczących podziału środków pieniężnych według przyjmowanych algorytmów wyrównawczych. Na ryc. 2. przedstawiono w sposób graficzny podział środków pieniężnych w latach 1999 – 2009 oraz prognozowane wyrównanie finansowe na rok 2010. Sam algorytm wyrównawczy wynika z zapisów konstytucji, jak i przyjętych przez Polskę międzynarodowych umów. Może być traktowany jako narzędzie w zakresie zmniejszania nierówności w zdrowiu. (1,3,4)



Ryc. 2. Podział środków pieniężnych na poszczególne Regionalne Kasy Chorych oraz Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 1999 – 2009. Opracowanie: własne, dane: Ministerstwo Zdrowia, UNUZ Dep. Ekonomiki Finansów, Centrala NFZ.

Fig2. Division of financial resources between each Regionalna Kasa Chorych and Voivod Branches of National Health Fund (NFZ) in the years 1999 – 2009.

Na rycinie 2. autorzy celowo przedstawili wielkość wyrównania finansowego w poszczególnych ostatnich

1 Do dnia 20 stycznia 2010 Centrala NFZ nie posiadała jeszcze danych za grudzień 2009 r.

2 Przeważająca liczba szpitali w Polsce jest publiczna. Właścicielami tych jednostek są samorządy gminne, powiatowe, wojewódzkie a także Ministerstwo Zdrowia. Taka struktura ułatwia wywoływanie presji na płatnika dotyczącej podniesienia zakontraktowanych ilości świadczeń – obrotu jednostki, jej zysku lub zmniejszenia strat.

dziesięciu latach na mapie Polski, aby można było zobaczyć na jednym rysunku zmiany wyrównania finansowego przyjmowane w kolejnych rozporządzeniach.

Chronologicznie lata 1999, 2000, 2001 itd. przedstawiono w porządku od strony lewej do prawej. W latach 1999 – 2008 wzięto pod uwagę wykonania, natomiast w roku 2009 przyjęto wielkości planu finansowego poszczególnych Oddziałów NFZ. Kolorem szarym oznaczono wielkości przyjmowanych środków finansowych pochodzących z wyrównania, kolorem białym wielkości środków oddawanych do systemu. Planowany na rok 2010 podział środków przedstawiono odpowiednio: dla oddziałów oddających środki – kolorem ciemno szarym, dla oddziałów przyjmujących środki – kolorem czarnym.

W niektórych województwach, czyli dla niektórych Regionalnych Kas Chorych, a później Oddziałów Wojewódzkich NFZ wielkość środków pieniężnych przeznaczonych na wyrównanie finansowe zachowuje się w kolejnych latach według stałego trendu. Niestety dla niektórych relacje wyrównania zmieniają się bardzo mocno np. w województwie śląskim (Śląska RKCh, Śląski OW NFZ) lub radykalnie z oddawania do przyjmowania środków np. w województwie wielkopolskim (Wielkopolska RKCh, Wielkopolski OW NFZ). Szerza analiza i porównanie przyjmowanych założeń dla poszczególnych algorytmów wymaga dalszej pracy i będzie przez Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa kontynuowana. (1,3)

Celem tej publikacji jest przedstawienie zmian wyrównania finansowego w poszczególnych latach i wskazanie, że wielkości środków pieniężnych pochodzące z wyrównania są większe od różnicy zmniejszenia planowanych przychodów NFZ na rok 2010. Można przyjąć tezę, że odpowiedzialność w wyznaczeniu algorytmu wyrównania finansowego ma większy wpływ na finansowanie np. szpitali niż zmniejszenie poboru składki wynikające z kryzysu ekonomicznego. (6,7,10,11,12)

W każdym systemie płatniczym, szczególnie publicznym, należy stosować zasadę eliminacji nierówności w zdrowiu. W Polsce problem ten reguluje zapis konstytucyjny, jednak nigdzie na świecie nie istnieją regulacje, które całkowicie znoszą faktyczne nierówności w zdrowiu. Próbuje się rozwiązać to zjawisko za pomocą zmiennej alokacji środków finansowych na świadczenia medyczne.

Od 1999 roku, na mocy różnych aktów prawnych, wprowadzano przesunięcia finansowe pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi płatnika. Wielkość tych przesunięć w skali kraju jest większa od zmniejszenia planowanego przychodu składki w NFZ na rok 2010. Przepływy środków pieniężnych wynikające ze stosowania wyrównania (mogą one być dodatnie – środki pieniężne przyjmowane przez jednostkę, ujemne – środki pieniężne oddawane przez

jednostkę) w stosunku do zmian w planach finansowych Oddziałów Wojewódzkich NFZ wynikających ze zmniejszenia wpływów składek można przedstawić na kilku wybranych przykładach. Lubelski Oddział wojewódzki NFZ według planu powinien otrzymać mniej w 2010 roku od roku poprzedniego o 112 093 tys. PLN, natomiast Oddział ten dotowany jest kwotą pochodzącą z wyrównania międzyoddziałowego w wysokości 116 394 tys. PLN. Odpowiednio dla Mazowieckiego OW NFZ kwota wynikająca ze zmniejszenia wpływów do budżetu NFZ wynosi 164 818 tys. PLN, a oddawana w wyniku stosowania algorytmu – 902 774 tys. PLN. Podkarpacki OW NFZ – 110 626 tys. PLN mniej przy dotacji wyrównawczej w wysokości 388 914 tys. PLN, dla Zachodniopomorskiego OW NFZ 67 351 tys. PLN mniej przy wyrównaniu wynoszącym więcej o 21 705 tys. PLN. (3,10)

W skali kraju zmniejszenie finansowania świadczeń w rodzajach, lecznictwo szpitalne nie przekroczy 141 mln PLN, a AŚS nie przekroczy 158 mln PLN – są to kwoty niewielkie w porównaniu z budżetem NFZ. Zaplanowano mniej środków w pozycji refundacja leków, ale te zobowiązania NFZ są regulowane innymi przepisami. 1 446 685,00 tys. PLN stanowi całkowitą różnicę w budżecie 2009 do 2010, praktycznie świadczeniodawcy powinni odczuć zmniejszenie finansowania w wymiarze jedynie ok. 400 mln PLN.

W systemie płatniczym, którego zadaniem jest finansowanie ochrony zdrowia, istnieją różne regulatory wzajemnych relacji finansowych pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem. Znaczna część tych regulacji wynika z przyjmowanych rozwiązań legislacyjnych. Jednym z takich regulatorów jest wyrównanie finansowe, do wyliczeń którego przyjmuje się następujące wielkości istotne z punktu widzenia wyniku podziału, a które przedstawione zostały poniżej w ujęciu historycznym w poszczególnych rozporządzeniach:

1. Wynikające z Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 października 1998 r. Dz. U. 98.134.874, (ustawa o PUZ) liczba osób ubezpieczonych do 60 roku życia włącznie, liczba osób ubezpieczonych powyżej 60 roku życia, korektor „wiekowy”, korektor „dochodowy”,
2. Wynikające ze zmian Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 1998 r. zm. Dz. U. 1999.72.809, (ustawa o PUZ) liczba osób ubezpieczonych do 60 roku życia włącznie, liczba osób ubezpieczonych powyżej 60 roku życia, korektor „wiekowy”, korektor „dochodowy” (zmieniły się tylko wartości korektorów),
3. Wynikające ze zmian Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 1998 r. zm. Dz. U. 1999.7289 zm. Dz. U. 2001. 86. 948, (ustawa o PUZ) liczba osób ubezpieczonych do 60 roku życia włącznie, liczba osób ubezpieczonych powyżej 60 roku

życia, korektor „wiekowy”, korektor „dochodowy” (zmieniły się wartości korektorów),

4. Wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2005 r. Dz. U. 05.126. 161, (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) udział planowanych wydatków na świadczenia wysokospecjalistyczne uwzględniający finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych w latach poprzednich, liczba ubezpieczonych i-tej grupie ubezpieczonych w roku planowania, liczba ubezpieczonych dla x-tego oddziału wojewódzkiego Funduszu i-tej grupie ubezpieczonych w roku planowania ($x = 1, \dots, 16$), średni wskaźnik ryzyka zdrowotnego, w algorytmie tym przyjmuje się znaczną ilość wskaźników odnoszących się do roku poprzedniego i określających migrację ubezpieczonych i dostępność do świadczeń wysokospecjalistycznych,
5. Wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. Dz. U. 07.171. 1210, (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) w stosunku do poprzedniego algorytmu zmienia się jego formuła matematyczna, natomiast nadal pozostaje on oparty na wskaźnikach odnoszących się do roku poprzedniego i określających migrację ubezpieczonych i dostępność do świadczeń wysokospecjalistycznych,
6. Wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. Dz. U. 09.193. 1495, (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), wskaźnik ten oparty jest na grupach ubezpieczonych, wskaźniku ryzyka zdrowotnego dla danej grupy,

W punktach 1–3 dotyczących przyjmowanego algorytmu wyrównania międzykasowego (PUZ) następują zmiany jedynie w przyjętych korektorach „wiekowym” i „dochodowym”.

W punktach 4–6 (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) każde z rozporządzeń oparte jest na innym sposobie obliczenia wyrównania. (2,3,8)

System NFZ (centralnie sterowany) w okresie działania ustawy o ubezpieczeniu w NFZ (zakwestionowanej przez TK) nie wypracował w zasadzie żadnego sposobu wyrównania międzyoddziałowego. Już po wprowadzeniu nowej ustawy przyjęto pierwsze rozporządzenie dotyczące algorytmu wyrównania. Jest ono zmieniane praktycznie w okresie krótszym niż dwa lata. Zachodzi pytanie, czy częsta zmiana kwot korygujących równe szanse ubezpieczonych w dostępie do świadczeń, przy zmianie sposobu ich wyliczenia, rzeczywiście prowadzi w kierunku niwelowania nierówności w zdrowiu?

Reasumując, podjęty w tej publikacji temat należy potraktować jako początek pewnego cyklu działań,

których celem jest systemowa analiza uwarunkowań ekonomicznych w systemie finansowania świadczeń zdrowotnych. Okres dziesięciu lat pozwala na wyciągnięcie wniosków, które mogą posłużyć do uzyskania jak największych efektów zdrowotnych przy zastosowaniu ograniczonej, dostępnej ilości środków finansowych. Projektowany system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, który najprawdopodobniej obejmie jako grupę docelową ludzi młodych i mających większe możliwości finansowe, lepiej wykształconych i prawdopodobnie mieszkających w dużych ośrodkach miejskich, będzie wymagał również stosowania algorytmu wyrównawczego, który w tym wypadku przełoży się na niepubliczne instytucje finansowe w ochronie zdrowia (2,6,7).

Nadmierna i pochopna regulacja dotycząca systemu finansowania świadczeń zdrowotnych może prowadzić do następstw niekorzystnych. Odwrócenie skutków wymaga znacznego czasu i odbywa się kosztem infrastruktury, ale przede wszystkim ubezpieczonych z danego regionu. W pierwszych latach reformy, oprócz algorytmu wyrównania finansowego, znaczne środki finansowe były przesuwane pomiędzy Kasami Chorych na skutek niskiej identyfikacji poboru składki przez ZUS. Często w wyniku podziału niezidentyfikowanych pieniędzy, niektóre jednostki traciły parę procent swoich przychodów. Można to porównać do rocznego budżetu instytutu bądź dużego szpitala klinicznego. Nowy podział administracyjny Polski spowodował, że na terenie dzisiejszych województw znalazły się części z dawnych 49.

Prowadziło to do zastania przez dyrektorów Regionalnych Kas Chorych na terenie swojego województwa często znacznych różnic w alokacji środków finansowych nie wspominając już o infrastrukturze. Jedno jest pewne, pomimo iż od wprowadzenia systemu Kas Chorych w Polsce minęło już 10 lat, zmiany te nie wszędzie udało się wyrównać w myśl równego dostępu ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych i zmniejszenia tym samym nierówności w zdrowiu.

Gdyby w Polsce istniał nadal samorządny system Kas Chorych, rozkład wyrównania międzykasowego byłby inny, niż ten przyjęty na rok 2010 i lata następne. (3,12)

Finansowanie ochrony zdrowia jest tematem bardzo wrażliwym społecznie wykorzystywanym często medialnie i przekładającym się na działania polityczne. Jedną pomyłką dotyczącą np. faktycznej oceny składki pobieranej od osób ubezpieczonych w KRUS może być trudna do korekcji przez długie lata.

Problem równego dostępu Polaków do szeroko rozumianych świadczeń zdrowotnych powinien zostać potraktowany jako determinanta, której celem jest zrzeszenie partnerów zajmujących się społecznymi i ekonomicznymi uwarunkowaniami nierówności w zdrowiu na poziomie naszego kraju, części składowej Unii Europejskiej.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Rozpoczęte w Zakładzie Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH od 2005 roku prace polegające na stworzeniu bazy danych dotyczących finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce od 1999 roku do chwili obecnej okazały się przydatne przy ocenie działania systemu płatniczego i planowaniu jego działań w przyszłości. Zagregowanie tych danych tak, aby stanowiły ciągłość i opracowanie zmian finansowania poszczególnych jednostek organizacyjnych płatnika prowadzi bezpośrednio do możliwości planowania rozkładu środków pieniężnych przy zmianie systemu finansowania (a także wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych), pozwala ocenić skalę takich zjawisk jak np. zmniejszenie się wpływu składki na ubezpieczenie zdrowotne spowodowanego kryzysem. (1,3,5,6)

Zmniejszenie planowanych wydatków w budżecie NFZ o kwotę ok. 1,4 mld PLN, gdzie faktycznie na „wrażliwe” pozycje planu finansowego, takie jak leczenie szpitalne i ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne powinno być mniej o ok. 400 mln PLN, nie wprowadzi dysfunkcji w działaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. (1,8) Nie jest to zdarzenie optymistyczne, jednak cykliczne w czasie. Można mieć w zasadzie pewność, że zmniejszenie finansowania wpłynie na wzmocnienie idei dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (DUZ) i pewne przegrupowanie na rynku publicznych i niepublicznych świadczeniodawców wymuszone również przesunięciem o rok konkursu ofert.

PIŚMIENNICTWO

1. Kawiorska Danuta Narodowe Rachunki Zdrowia, wyd. Zakamycze 2004, wydanie I
2. Wasem Juergen, Projekt Ministerstwa Zdrowia i Banku Światowego, „Rozwój Służby Zdrowia 3466-POL” TOR 3.4.1.14/A, Inicjatywy sektora prywatnego w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego i świadczeń zdrowotnych w Polsce, Zadania 3. Regulacja rynków prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, Warszawa, kwiecień 2001.
3. Plan finansowy NFZ na rok 2009, 2010: Zmiana planu finansowego NFZ na 2010 r. zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 16 grudnia 2009 r., Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 rok z dnia 31 lipca 2009 r., Plan finansowy na 2009 rok po wszystkich zmianach, Zmiana planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 17 grudnia 2009 r.
4. Prof. dr hab. Jadwiga Suchecka Katedra Ekonometrii Przestrzennej, Uniwersytet Łódzki „Nierównomierno-

ści w finansowaniu i dostępności świadczeń medycznych”.

5. Laskowska I., Równość w finansowaniu i dostępności świadczeń medycznych, [w]: Suchecki B. (red.), Dane panelowe i modelowanie wielowymiarowe w badaniach ekonomicznych, Wydawnictwo ABSOLWENT, Łódź, 2000.
6. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 r., Warszawa, GUS, 2006.
7. Sobczak A., Sektor publiczny ochrony zdrowia a prywatne ubezpieczenia zdrowotne- analiza relacji na przykładzie wybranych krajów Unii Europejskiej, w: K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), Ochrona zdrowia i gospodarka. Sektor publiczny a rynek, Wyd Nauk Wydz Zarządz UW, Warszawa, 2007.
8. Malinowska-Misiąg E, Misiąg W, Tomalak M, Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce - Analiza regionalna, Warszawa: Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, 2008.
9. Sobiech J, Rój J. Zarządzanie finansami szpitala, wyd. 1, Kraków 2006.
10. Thomas Getzen, Ekonomia zdrowia, wyd. 1, Warszawa, Wyd Nauk PWN, 2000.
11. Wojtyński Bogdan, Goryński Paweł, Sytuacja zdrowotna ludności w Polsce, wyd. NIZP-PZH, Warszawa 2008.
12. Włodarczyk CW, Shickle D, Czabanowska K, Morgan NE, Zdrowie publiczne w krajach europejskich, Wybrane zagadnienia, Kraków: Wyd Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydanie I, 2007.

ZAŁĄCZNIK

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 1998 r. Dz. U. 98.134.874,
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 1998 r. zm. Dz. U. 1999.72.809,
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 1998 r. zm. Dz. U. 1999.7289 zm. Dz. U. 2001. 86.948,
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2005 r. Dz. U. 05.126.161,
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. Dz. U. 07.171.1210,
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. Dz. U. 09.193.1495.

Otrzymano: 19.01.2010 r.

Zaakceptowano do druku: 28.01.2010 r.

Adres do korespondencji:

Mariusz Tarhoni
00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24
mtarhoni@pzh.gov.pl
Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
oraz Szpitalnictwa
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH