

Publiczne finansowanie świadczeń zdrowotnych a wpływ procesu starzenia się społeczeństwa polskiego

Anna Mitek*

Streszczenie: W artykule zaprezentowano zasady finansowania świadczeń zdrowotnych, uwzględniając głównie finansowanie publiczne za pomocą podstawowego źródła w formie ubezpieczenia zdrowotnego. Zasady i wysokość finansowania świadczeń zdrowotnych została również odniesiona w kontekście świadczeń przeznaczonych głównie dla seniorów. Głównym celem artykułu jest przedstawienie zróżnicowania finansowania świadczeń zdrowotnych, w odniesieniu do problemu finansowania świadczeń wspierających potrzeby osób starszych. Na podstawie danych finansowych NFZ zanalizowano koszty przeznaczane na poszczególne typy świadczeń oraz zachodzące tendencje na przestrzeni czasu. Na wybrane kategorie świadczeń, kierowanych głównie do seniorów, przeznaczane są większe środki, jednak nie są one jeszcze współmierne do prognozowanych zmian społecznych, głównie demograficznych.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, powszechne ubezpieczenie zdrowotne, system zdrowia

Wprowadzenie

Finansowanie świadczeń zdrowotnych należy do zadań polityki zdrowotnej danego państwa, która jednocześnie tworzy fundament publicznego zabezpieczenia społeczeństwa na wypadek zajścia ryzykownych zdarzeń. Źródło finansowania poszczególnych świadczeń ma z reguły charakter publiczny oraz prywatny.

Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych stanowią ważny element funkcjonowania danego państwa. Sposób zarządzania, konstrukcja systemów zabezpieczenia społecznego oraz polityka państwa w dużej mierze wpływają na wysokość finansowania świadczeń o różnym charakterze. W obliczu wyzwań dla obecnego społeczeństwa spodziewać się można zmian w strukturze pacjentów, które mogą przyczynić się do modyfikacji sposobu finansowania. W tym celu zwiększa się konieczność zaspokojenia potrzeb powiększających się grup pacjentów.

Celem artykułu jest przedstawienie finansowania wybranych świadczeń, narażonych na ryzyko zwiększonego popytu w wyniku zmian struktury społecznej, obowiązujących w ramach ochrony zdrowia w Polsce. Przedmiotem analizy jest finansowanie świadczeń

* mgr Anna Mitek, Uniwersytet Szczeciński, e-mail: amitek@wneiz.pl.

zdrowotnych dla wybranej grupy, dostępnych w ramach NFZ. Głównych odbiorców świadczeń określono jako grupa osób starszych, będących w wieku emerytalnym.

1. System finansowania ochrony zdrowia w Polsce

Obecny system finansowania ochrony zdrowia ewoluował po wielu zmian, które miały miejsce w przeszłości, a obecna forma jest wynikiem reformy systemowej z 1999 roku. Obowiązujący do tego czasu system opierał się na tzw. modelu Siemaszki, tradycyjnym modelu postsowieckiej służby zdrowia (Mokrzycka, Kowalska 2012, s. 85). Był to system scentralizowanej opieki zdrowotnej, finansowanej w większości z budżetu państwa. W wyniku wspomnianych reform, wprowadzono w Polsce powszechne ubezpieczenie zdrowotne, jako główne narzędzie i źródło finansowania świadczeń zdrowotnych.

Podstawowym założeniem wdrożonej nowej koncepcji, było zdecentralizowanie systemu finansowania ochrony zdrowia i zastosowanie ubezpieczenia celowego, angażującego również w nowe obowiązki samorząd terytorialny (Mokrzycka, Kowalska 2012, s. 85). Stworzone jednostki zostały odpowiedzialne za organizację udzielania świadczeń, ale również za ich kontraktowanie i finansowanie. W wyniku reformy wprowadzono 16 regionalnych kas chorych funkcjonujących na poziomie województwa oraz tzw. kasę branżową (zrzeszającą głównie pracowników służb mundurowych i ich rodzin) (Ostaszewski 2013, s. 327). W wyniku dalszych zmian wprowadzono scentralizowaną instytucję – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i przywrócono centralny podział środków między regionalne oddziały, pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Późniejsze uaktualnienia ustawowe wzmocniły pozycję NFZ jako podmiot decyzyjny, który jednocześnie jest stroną w całym procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami (Mokrzycka, Kowalska 2012, s. 94).

Obecnie NFZ pełni znaczącą funkcję w finansowaniu służby zdrowia. Główne zadanie to finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i kontraktowanie ich z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami (NFZ 2012c, s. 43). Jest to instytucja funkcjonująca przede wszystkim jako organizator i koordynator całego procesu udzielania i finansowania świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie NFZ jest jednostką uczestniczącą w całym procesie finansowania, bez której nie może obejść się dofinansowanie świadczeń ze środków publicznych. Oprócz NFZ, dwa inne podmioty pełnią ważne role w systemie, a mianowicie Ministerstwo Zdrowia oraz samorządy terytorialne. Głównym zadaniem Ministerstwa Zdrowia (przy współpracy z Ministerstwem Finansów) jest kontrola nad działalnością NFZ oraz nadzór nad gospodarką finansową. Do zadań samorządów terytorialnych należy m.in. identyfikowanie potrzeb zdrowotnych wśród mieszkańców, szacowanie podaży na świadczenia zdrowotne, finansowanie inwestycji wraz z pełnieniem kontroli w tym zakresie (NFZ 2012c, s. 43). System finansowania ochrony zdrowia jest częściowo odgórnie nadzorowany i zarządzany przez centralę NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia. Sprawniej dostrzegane są problemy lokalne na terenie województwa, powiatu czy też gminy również dzięki działaniom

odpowiednich samorządów. System ten jest wspierany również ze środków z budżetu państwa i z budżetów samorządowych, jednak głównym źródłem finansowania świadczeń pozostaje powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

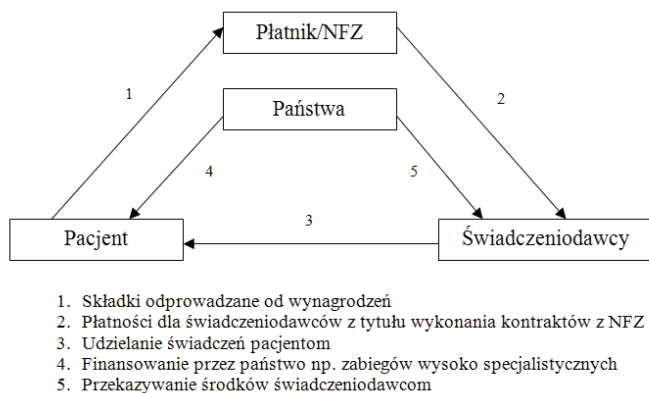
2. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne jako podstawowe źródło finansowania i część zabezpieczenia od ryzyka

System zabezpieczenia społecznego zapewnia dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącanych od wynagrodzenia. Pod względem prawnym, ubezpieczenie jest określane jako „instytucja regulująca zasady udzielania świadczeń zdrowotnych podmiotom uprawnionym, odpowiednio do określonych w przepisach szczegółowych kryteriów i wymogów” (Mokrzycka, Kowalska 2012, s. 96). Z ubezpieczeniem zdrowotnym związane są kwestie dotyczące szczególnego i specyficznego wymiaru ryzyka, uwzględniającego prawdopodobieństwo zachorowania lub utraty ludzkiego zdrowia. Konieczne jest zatem przestrzeganie zasad równego traktowania obywateli oraz solidarności społecznej, a także zapewnienie ubezpieczonemu swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych i wolnego wyboru świadczeniodawców (Ustawa 2003). Tym samym funkcjonowanie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wyklucza indywidualne podejście do każdego rodzaju ryzyka, bardziej skupiając się na zasadzie przymusowej wspólnoty i solidaryzmu wszystkich ubezpieczonych (Mokrzycka, Kowalska 2012, s. 97).

W całym systemie zabezpieczenia społecznego ryzyko choroby jest podwójnie chronione. Konstrukcja systemu zabezpieczenia społecznego pozwala na zabezpieczenie się od ryzyka choroby obejmując dwie sfery, poprzez sferę ubezpieczenia społecznego i sferę ubezpieczenia zdrowotnego¹. Ubezpieczenie chorobowe obsługiwane przez ZUS, które jest w formie zasiłku chorobowego, służy ochronie pracowników przed utratą części dochodów z tytułu niezdolności do pracy, spowodowanej głównie chorobą ubezpieczonego oraz nie uwzględniając samego procesu leczenia. Zadanie to należy do zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, które zapewnia odpowiednie świadczenia bezpośrednio. W ramach tego zabezpieczenia finansowane są głównie świadczenia zdrowotne obejmujące m.in. leczenie, świadczenia rehabilitacyjne, refundację leków, diagnostykę czy też promocję zdrowia i profilaktykę, a także finansowanie leczenia za granicą (Mokrzycka, Kowalska 2012, s. 97). Świadczenia, jakie obejmuje ubezpieczenie zdrowotne, uwzględniają nie tylko leczenie bezpośrednio, ale również wiele innych działań wpływających na stan zdrowia. Główne rozróżnienie między różnymi ubezpieczeniami polega na tym, że w ramach ubezpieczenia społecznego, obsługiwanego przez ZUS, w formie zasiłku chorobowego chroniona jest strefa dochodu pracownika, natomiast sfera ubezpieczenia zdrowotnego zabezpiecza bezpośrednio stan zdrowia ubezpieczonego (Mokrzycka, Kowalska 2012, s. 97).

¹ W artykule autor skupia się głównie na ubezpieczeniu zdrowotnym, stąd też kwestia ta zostanie szerzej przedstawiona.

Ubezpieczenie zdrowotne jako główne źródło finansowania świadczeń zdrowotnych jest elementem systemu, gdzie spotykają się różne strony kontraktów oraz obowiązują różne warunki współpracy. Konstrukcja i relacje w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym są oparte na działaniu trzech głównych podmiotów: ubezpieczonym, ubezpieczycielu i świadczeniodawcy. Współpraca i działalność tych podmiotów w tym samym zakresie tworzy tzw. trójkąt relacji prawno-ubezpieczeniowych (rys. 1). Każda ze stron ma obowiązki i posiada prawa względem innych podmiotów, a ich realizacja następuje w momencie wystąpienia zdarzenia ryzykownego, głównie na skutek choroby lub stanu niezdrowia.



Rysunek 1. Schemat relacji między podmiotami w ubezpieczeniu zdrowotnym

Źródło: Mokrzycka, Kowalska (2012), s. 102.

Pomiędzy ubezpieczonym a świadczeniodawcą pośredniczy NFZ, pełniący funkcję płatnika za udzielone świadczenia. NFZ gromadzi, gospodaruje i zarządza środkami pochodzącymi ze składek odprowadzanych przez pracodawcę od wynagrodzeń ubezpieczonego. Następnie NFZ pokrywa koszty wykonanych usług medycznych u świadczeniodawców, z którymi mają zawarte umowy na świadczenie usług zapisanych w statucie podmiotu. Na tej podstawie świadczeniodawcy udzielają ubezpieczonym pomocy medycznej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie obowiązującego kontraktu.

Istniejący trójstronny podział zadań między różnymi podmiotami jest układem o nietypowym charakterze. Funkcjonujący podział zadań, obowiązków i praw powoduje, że kto inny potrzebuje opieki medycznej, kto inny ją finansuje, a także kto inny jej udziela i rozporządza środkami finansowymi. Dlatego też z tej przyczyny mogą wynikać problemy i komplikacje w relacjach między stronami i ich celami. Istotna jest stosowna współpraca pomiędzy podmiotami i reagowanie na zapotrzebowania, nie tylko pod względem infrastruktury i nowych świadczeń, ale również adekwatności finansowania usług do ich potrzeb. Niewątpliwie jest to problematyczne z uwagi na czynnik ludzki, głównie dlatego, że ubezpieczeniu podlega zdrowie człowieka, co jest trudne do wycenienia oraz do oszacowania optymalnych

i współmiernych kosztów. Dodatkowo należy wspomnieć o ważnej roli państwa, gdzie z budżetu państwa są finansowane wysokospecjalistyczne zabiegi dla pacjentów, a środki publiczne kierowane do świadczeniodawców.

Konstrukcja systemu ubezpieczeń zdrowotnych opiera się więc na trzech różnych filarach-podmiotach, do którego dochodzą również inne podmioty będące we współpracy, bądź w charakterze dodatkowego zabezpieczenia trudnych przypadków – mianowicie pracodawca i państwo (budżet państwa). Całość systemu ma za zadanie dostarczać kompleksowe świadczenie usług. Należy jednak pamiętać, iż wymaga to ciągłego analizowania, reagowania na nowe potrzeby i dostosowywania oferty na nowe potrzeby.

3. Klasyfikacja świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ

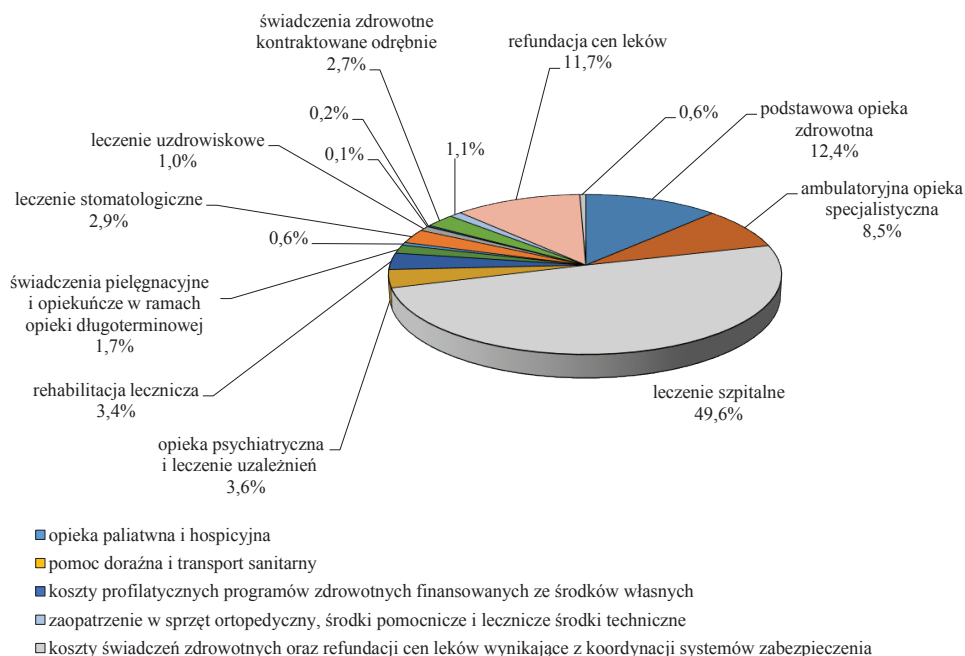
W ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego dostępny jest szeroki katalog świadczeń, którego zakres reguluje ustawa (Ustawa 2004). Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych można pogrupować na: a) świadczenia zdrowotne, b) świadczenia zdrowotne rzeczowe, c) świadczenia towarzyszące (Ustawa 2004, art. 5, s. 34; NFZ 2012b, s. 6). Szczegółowa definicja przytacza, że do świadczeń zdrowotnych należą wszelkie czynności służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia. Głównie są to działania związane m.in. z leczeniem, rehabilitacją, badaniami diagnostycznymi, pielęgnacją chorych czy profilaktyką zdrowotną (NFZ 2012b, s. 6). Natomiast wśród świadczeń zdrowotnych rzeczowych ujęte są środki niezbędne i pomocnicze w procesie leczenia (jak np. leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne). Dodatkowo wyróżniane są świadczenia towarzyszące, które obejmują tzw. świadczenia hotelowe, jak zakwaterowanie i wyżywienie pacjenta (Ustawa 2004, art. 5, s. 37–38).

Wspomniana ustawa określa jeszcze jedną klasyfikację, uwzględniającą podział na dwie kategorie: świadczeń gwarantowanych oraz świadczeń specjalistycznych. Świadczenia gwarantowane są finansowane w całości ze środków publicznych na zasadach i w trybie określonym w ustawie (w ramach ubezpieczenia zdrowotnego lub budżetu centralnego i budżetów lokalnych) (Ustawa 2004, art. 5, s. 35). Z kolei świadczenia specjalistyczne obejmują stopień specjalizacji udzielanej opieki zdrowotnej, często poparty stosownym poziomem specjalizacji lekarskiej. W ramach tych świadczeń ujęte są wszystkie dziedziny medycyny z wyłączeniem świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Ustawa 2004, art. 5, s. 36).

Różnice w kategoriach świadczeń opieki zdrowotnej z uwagi na źródła i ich zakresy finansowania warunkują również pojęcie tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Terminowi temu przypisuje się charakter instytucji (Mokrzycka, Kowalska 2012, s. 119), która określa i definiuje zakres działalności podmiotów leczniczych i zakres kontraktowania świadczeń w NFZ. Jest to szczególnie punkt odniesienia i wyznaczenia granicy publicznej odpowiedzialności oraz możliwości

udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (Mokrzycka, Kowalska 2012, s. 119–120). Jego głównym celem jest ustalenie i określenie zakresu świadczeń, do których uprawnia pobierana składka na ubezpieczenie zdrowotne. Oczywiście niesie to za sobą również z negatywne konsekwencje, np. w postaci utrudnień w dostępie do niektórych świadczeń, z uwagi na duże zapotrzebowanie, kolejki czy brak odpowiednich specjalistów, co nie jest zgodne z zasadą równego dostępu do usług medycznych dla wszystkich ubezpieczonych.

Wspomniany zakres świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest szeroki, obejmując różne kategorie. Na podstawie rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz sprawozdań finansowych z wykonania planu finansowego NFZ, bardziej szczegółowa specyfikacja świadczeń została uwzględniona na rysunku 2.



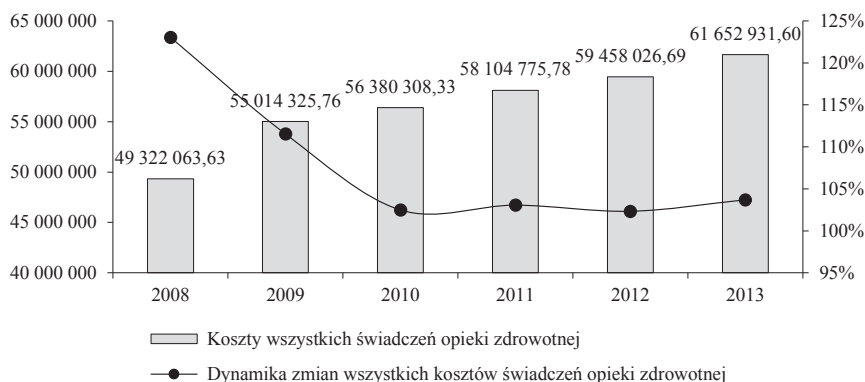
Rysunek 2. Koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w 2013 roku

Źródło: NFZ (2014), s. 36.

Wśród kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach ubezpieczenia z NFZ, aż 82,2% przeznaczane jest na cztery główne rodzaje świadczeń. Pozostałą część, tj. 17,8% wszystkich świadczeń, stanowią zadania mającej charakter specjalistyczny i szczegółowy (NFZ 2014). Prawie większość składki, dokładnie 49,6% całkowitych kosztów świadczeń zdrowotnych na ubezpieczenie zdrowotne, była w 2013 roku przekazywana na leczenie

szpitalne, a 12,4% na finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej (NFZ 2014). Oba zadania są istotne i stanowią fundamentalną część systemu. Trzecim, największym zadaniem finansowanym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, jest pokrywanie kosztów nabywania przez pacjentów leków będących na liście leków refundowanych, w celu umożliwienia dostępu do skutecznych i bezpiecznych środków leczniczych, co stanowiło w 2013 roku prawie 12% całkowitych kosztów NFZ (NFZ 2014). Do największej pozycji w kosztach usług finansowanych przez NFZ, należy zaliczyć również ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, która według ustawy (Ustawa 2004) jest określana jako świadczenie opieki zdrowotnej dla osób niewymagających leczenia w warunkach całonocowych lub całodziennych. W 2013 roku na ten cel przeznaczono około 8,5% całkowitych kosztów NFZ (NFZ 2014).

Na podstawie danych zawartych w sprawozdaniach finansowych NFZ, pozostałe świadczenia, stanowiące indywidualnie niewielki udział, z uwagi na swoją specyfikę są udzielane węższej grupie pacjentów. Podobna struktura była zachowana i obserwowana w okresie od 2008 do 2013 roku, kiedy nie uległa ona znacznym zmianom. Nieznacznie zmniejszył się odsetek kosztów przeznaczanych na refundację leków (o 3,2%), natomiast zwiększyły się koszty na leczenie szpitalne (o 1,3%) i minimalnie odsetek pozostałych świadczeń z grupy o największym udziale (obliczenia własne na podstawie Sprawozdań finansowych NFZ). W przypadku pozostałych świadczeń nie zanotowano większych zmian, choć nawet ich niewielka skala świadczy o zwiększającym się zapotrzebowaniu i wskazaniu kierunku finansowania nowych świadczeń.



Rysunek 3. Wysokość całkowitych kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach NFZ oraz ich dynamika na przestrzeni lat 2008–2013 (w tys. zł i %)

Źródło: NFZ (2009–2014).

Całkowite koszty świadczeń zdrowotnych na przestrzeni lat 2008–2013 wzrosły o prawie 54%, z początkowego stanu 49,3 mld zł w 2008 r. do 61,7 mld zł w 2013 r. (rys. 3). Największą dynamiką wzrostu wartości kosztów świadczeń zdrowotnych w ramach NFZ

charakteryzowały się lata 2008 i 2009. W 2008 roku koszty świadczeń zwiększyły się w ciągu roku o 23%, na co wpływ miało głównie większe finansowanie leczenia szpitalnego i opieki długoterminowej (NFZ 2009). Natomiast w 2009 roku wpływ na prawie 12% wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych miało większe finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie uzdrowiskowe i koszty programów profilaktycznych (NFZ 2010).

W kolejnych latach, od 2010 roku, dynamika wzrostu wartości kosztów całkowitych świadczeń zdrowotnych oscylowała w granicach 3%. Stały poziom dynamiki generowania kosztów przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach NFZ sugeruje stabilizację ich poziomu wzrostu, ale również pomaga w precyzyjniejszym prognozowaniu. Tendencja ta jest oczywiście dostrzegana w poszczególnych świadczeniach zdrowotnych, a w szczególności w wybranych kategoriach świadczeń, które są skorelowane z prognozowanymi zmianami struktury demograficznej, co zostanie szerzej przeanalizowane.

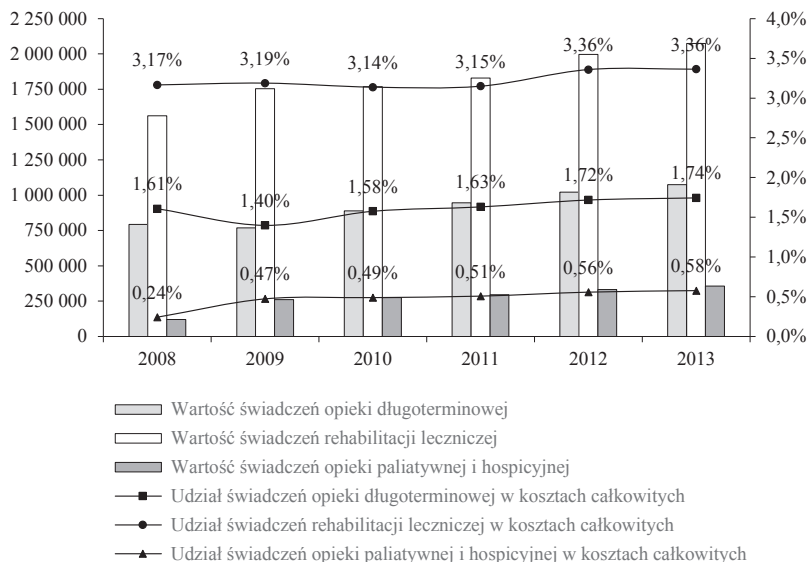
4. Wybrane kategorie świadczeń wspierających potrzeby osób starszych

Zmiany na rynku świadczeń zdrowotnych są naturalną konsekwencją przemian zachodzących w społeczeństwie, tym samym są one nieuniknione. Nowe tendencje w tym kierunku będą wskazywać trend wprowadzania zmian i zwiększonego finansowania kolejnych obszarów. Może to być reakcja na wzrost zapotrzebowania na formy udzielania pomocy w ochronie zdrowia, które są zdeterminowane nie tylko czynnikami demograficznymi i socjologicznymi, ale również technologicznymi. Mowa tu o kierowaniu pewnej grupy świadczeń ku pacjentom w wieku senioralnym, wymagającym coraz większego wsparcia, opieki i pielęgnacji. Dziś do osób starszych kierowane jest wsparcie głównie w formie świadczeń opieki długoterminowej (świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze), rehabilitacji leczniczej czy świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. To wśród tych świadczeń powinna istnieć przypuszczalna tendencja wzrostowa kosztów, która wynika z procesu starzenia się społeczeństwa. Zasadnym staje się też stwierdzenie, że świadczenia powinny być dostosowane do struktury i problemów społeczeństwa. Istnieje zatem konieczność uwzględniania nowego zapotrzebowania na dodatkowe usługi. Konsekwencje zmian demograficznych są coraz bardziej odczuwalne i zwiększa się potrzeba korzystania ze świadczeń dla osób starszych, które w większym stopniu stanowią zadanie opieki długoterminowej.

Dla powyższych kategorii świadczeń zostały przeanalizowane koszty świadczeń na przestrzeni lat od 2008 do 2013 w celu zbadania przypuszczalnych tendencji zwiększonego zapotrzebowania (rys. 4).

Na podstawie sprawozdań finansowych NFZ wysokość finansowania świadczeń opieki długoterminowej wynosiła w 2008 roku 792,5 mln zł i wzrosła do poziomu 1,07 mld zł w 2013 roku, tj. o 35,5%. Natomiast finansowanie rehabilitacji leczniczej zwiększyło się z poziomu 1,6 mld zł w 2008 roku do 2,07 mld zł w 2013 roku (co stanowi wzrost o 32,8%). Z kolei na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej przeznaczono w 2013 roku prawie

trzykrotnie więcej środków niż sześć lat wcześniej (dokładnie 355,5 mln w 2013 r., a 119,4 mln w 2008 r.) (NFZ 2009–2014).



Rysunek 4. Wysokość wybranych kosztów na świadczenia zdrowotne finansowanych w ramach NFZ oraz ich udział w kosztach całkowitych świadczeń zdrowotnych w latach 2008–2013 (w tys. zł i %)

Źródło: NFZ (2009–2014).

Analizując udział tych świadczeń w całości finansowanych usług zdrowotnych, jest on mimo wszystko jeden z mniejszych, a wpływ na tak dużą dynamikę wartości na przestrzeni lat ma oczywiście efekt skali, szczególnie w przypadku świadczeń, których rola jest dużo mniejsza w porównaniu do podstawowego zadania – leczenia szpitalnego.

Udział wybranych świadczeń we wszystkich świadczeniach zdrowotnych w 2013 roku był stosunkowo niewielki i wynosił dla świadczeń opieki długoterminowej 1,7%, dla świadczeń rehabilitacji leczniczej 3,4% i dla świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej ok. 0,6% (NFZ 2014, s. 36). Środki na te cele na przestrzeni analizowanych sześciu lat wzrosły minimalnie. Na tle pozostałych zadań z zakresu ochrony zdrowia finansowanych z NFZ i minimalnej tendencji wzrostowej udziału w całkowitych kosztach analizowanych świadczeń (patrz rys. 4), jedynie koszty przeznaczane na opiekę paliatywną i hospicyjną podwoiły swój udział, który mimo wszystko jest znikomy.

W analizowanych latach wzrastała całkowita wartość kosztów świadczeń zdrowotnych na poziomie średnio ok. 4,6% rocznie, a także nastąpił niewielki wzrost udziału usług kierowanych do seniorów. Z każdym rokiem na każde z tych zadań było przeznaczane więcej funduszy. Wyjątek stanowił rok 2009, kiedy to jednorazowo pomniejszono kwotę przeznaczaną

na finansowanie świadczeń opieki długoterminowej o 23,5 mln zł (NFZ 2010). W tym samym roku zmniejszył się też udział tych świadczeń do ogółu (1,4%). Całkowite wydatki na usługi kierowane do osób starszych w ciągu 6 lat wzrosły o ponad 1,03 mld zł, co w dużej mierze jest wynikiem wzrostu kosztów rehabilitacji leczniczej, będącej najbardziej ogólnym i dostępnym świadczeniem dla szerokiego grona pacjentów, nie tylko w wieku senioralnym.

Świadczenia długoterminowe, jako świadczenia najbardziej ukierunkowane pod względem pomocy osobom starszym, w badanym okresie charakteryzowały się dynamiką zmian kosztów na poziomie średnio 6,5%. Nieco niższą dynamikę wykazywały świadczenia rehabilitacji leczniczej tj. 5,9%, jednak ich wartość świadczeń była największa w badanej grupie. Dynamika zmian świadczeń kierowanych m. in. seniorów jest większa w analizowanym okresie niż średnia dynamika zmian kosztów całkowitych świadczeń zdrowotnych, co może potwierdzać niewielki wpływ zmian demograficznych na konieczność dostosowania struktury finansowania świadczeń zdrowotnych.

Na podstawie powyższych danych obserwuje się podział kosztów przeznaczanych na poszczególne świadczenia, głównie pod względem ich zapotrzebowania oraz powszechności i dostępności. Zrozumiałe jest przeznaczanie największej ilości środków finansowych na leczenie szpitalne czy podstawową opiekę zdrowotną, ponieważ dotyczą one większej grupy osób ubezpieczonych. Jednak przy prognozach finansowych i rozdysponowywaniu środków należy kierować się także intensywnymi zmianami, jakie zachodzą w społeczeństwie, a tym samym zmianach w zapewnieniu leczenia.

Uwagi końcowe

Finansowanie świadczeń zdrowotnych ma wielopłaszczyznowy charakter, uwzględniający wiele dylematów. Z jednej strony powinno być ono jak najbardziej efektywne pod względem ekonomicznym, a z drugiej strony – jego podstawowym zadaniem i celem powinno być zapewnienie środków na leczenie i ratowanie życia ludzkiego. Są to dwa aspekty, które ciężko zrównoważyć. Pogodzenie dwóch kwestii ma istotne znaczenie dla wszystkich użytkowników rynku świadczeń zdrowotnych, głównie dla podmiotów realizujących zadania oraz płatników, ale także dla samych świadczeniobiorców. Każdy potencjalny pacjent oczekuje odpowiedniej opieki przy jak najlepszej jakości usług.

Ubezpieczenie zdrowotne jest obowiązującym rozwiązaniem w finansowaniu potencjalnego ryzyka choroby. Środki finansowe pochodzące ze składek i zarządzane przez NFZ są przeznaczane na szereg świadczeń, jednak ich podział zależy przede wszystkim od zapewnienia podstawowego celu, jakim jest leczenie i ratowanie życia (głównie stanów ostrych). Stąd też, największa część finansowania trafia na główne zadania, jak: leczenie szpitalne, podstawowa opieka zdrowotna, refundacja leków czy leczenie ambulatoryjne.

Zważywszy na fakt, iż skutki procesów demograficznych zaczynają być dostrzegalne w prawie każdej dziedzinie życia, także w kwestii finansowania świadczeń zdrowotnych powinny być w przyszłości obserwowane pewne modyfikacje. Nastawienie na finansowanie

w większym stopniu świadczeń opieki długoterminowej lub innych świadczeń wspierających potrzeby seniorów będzie niezbędne w wyniku wzrostu zapotrzebowania na dane usługi. W badanych okresie nie wystąpił wyraźny efekt i wpływ zmian demograficznych na znaczną zmianę struktury kosztów świadczeń finansowanych przez NFZ i kierowanych do grupy osób w wieku senioralnym. Może to sugerować marginalne traktowanie powyższych świadczeń, ale również trudności w znalezieniu odpowiedniego sposobu i źródła finansowania nowych usług. Obecny udział wybranych i analizowanych świadczeń jest niewielki, kilkuprocentowy, jednak ich dynamika zmian może sugerować zwiększone zapotrzebowanie. Dlatego też istotne jest dostosowanie nowych potrzeb do zasad finansowania wzorowanych na rozwiązaniach innych państw europejskich. Sprostanie tym wymaganiom, w obliczu zmian gospodarczych a także społecznych, jest niełatwym ale koniecznym wyzwaniem dla decydentów polskiego systemu ubezpieczeń społecznych.

Literatura

- Mazur M. (2013). *Finanse systemu ochrony zdrowia*. W: J. Ostaszewski (red.), *Finanse*. Warszawa: Difin.
- Mokrzycka A., Kowalska I. (2012). *Podmioty lecznicze w Polsce w perspektywie reform zdrowotnych*. Warszawa: Difin.
- NFZ (2009). *Łączne sprawozdanie finansowe za okres 1.01–31.12.2008 r. Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia. Pobrano z: <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (25.04.2015).
- NFZ (2010). *Łączne sprawozdanie finansowe za okres 1.01–31.12.2009 r. Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia. Pobrano z: <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (25.04.2015).
- NFZ (2011). *Łączne sprawozdanie finansowe za okres 1.01–31.12.2010 r. Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia. Pobrano z: <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (25.04.2015).
- NFZ (2012a). *Łączne sprawozdanie finansowe za okres 1.01–31.12.2011 r. Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia. Pobrano z: <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (25.04.2015).
- NFZ (2012b). *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych*. Vademecum.
- NFZ (2012c). *Zarys systemu ochrony zdrowia: Polska 2012*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia. Pobrano z: http://akademia.nfz.gov.pl/wpcontent/uploads/2013/08/HiT_Polska_2012_z_okladka_automatyczny_spis_treści.pdf (5.07.2015).
- NFZ (2013). *Łączne sprawozdanie finansowe za okres 1.01–31.12.2012 r. Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia. Pobrano z: <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (25.04.2015).
- NFZ (2014). *Łączne sprawozdanie finansowe za okres 1.01–31.12.2013 r. Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia. Pobrano z: <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (25.04.2015).
- NFZ (b.r.). *Podstawowa opieka zdrowotna*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia. Pobrano z: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna> (5.07.2015).
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz.U. nr 45, poz. 391.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. nr 210, poz. 2135.

PUBLIC FUNDING OF HEALTH SERVICES IN RELATION TO THE NEEDS AND BENEFITS FOR THE ELDERLY

Abstract: The article presents the principles of financing health services, based on the primary public funding by health insurance. The rules and amount of financing health services has been recognized in the context of the benefits intended primarily for seniors. The main aim of this article is to present the diversity of financing health services in relation to the problem of financing services for older people. The article analyzes the costs allocated to different types of benefits and trends occurring within a certain period. On selected categories of benefits, targeted primarily to seniors, they are allocated more resources but they are not yet in proportion to projected social and demographic changes.

Keywords: long-term care, public health insurance, health system

Cytowanie

Mitek A. (2015). Publiczne finansowanie świadczeń zdrowotnych w nawiązaniu do potrzeb i świadczeń dla osób starszych. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 4 (82/2), 791–802. DOI: 10.18276/frfu.2016.4.82/2-68.