

POLSKA AKADEMIA NAUK
Wydział Nauk Medycznych
Komitet Zdrowia Publicznego

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027:
**„WYDATKI NA ZDROWIE” A FINANSE PUBLICZNE.
STAN OBECNY I PROGNOZA NA LATA 2025-2027**
– Polskie Zdrowie 2.0

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):
Bernard Waśko

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji Projektu KZP PAN pt.:
**„Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu
o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”**

Policy Brief nr III.5
wersja preprint

Warszawa, styczeń 2025 r.

POLICY BRIEF

Dla zapewnienia opieki zdrowotnej kluczowe znaczenie mają utrzymanie sprawności systemu ochrony zdrowia oraz zagwarantowanie stabilnych ram finansowania w najbliższych latach. Wydaje się zasadnym wprowadzenie rozwiązań, które będą ograniczać zobowiązania płatnika publicznego oraz w sposób planowy, stabilny i przewidywalny zwiększać jego przychody. Narzędziem do osiągnięcia tego celu są poniższe rekomendacje.

1.	Poszukiwanie rozwiązań redukujących część dotacyjną z budżetu państwa w kierunku przywrócenia systemu samofinansującego się ze składki ubezpieczenia zdrowotnego
2.	Zawieszenie ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych lub jej nowelizacja poprzez: - zmianę przepisów w taki sposób, aby zagwarantowane ustawowo płace minimalne wchodziły w życie 1 stycznia zamiast 1 lipca - zastąpienie kwoty bazowej ustalonej na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie inną wypracowaną we współpracy z partnerami społecznymi stawką bazową, indeksowaną w podobny sposób jak świadczenia emerytalne i rentowe
3.	Zagwarantowanie zrównoważonego podziału przyrostu środków na wynagrodzenia i inwestycje w nowe technologie oraz dostępność świadczeń
4.	Nieuwzględnianie wzrostu wynagrodzeń kontraktowych w wycenach świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku, gdy poziom wynagrodzenia danego pracownika (w przeliczeniu na etat) przekracza ustaloną wielokrotność średniego wynagrodzenia w gospodarce
5.	Weryfikacja wymogów dotyczących minimalnych zasobów kadrowych dla świadczeniodawców określonych w koszyku świadczeń gwarantowanych, uwzględniająca ich aktualną zasadność i racjonalność, postęp technologiczny oraz analizę możliwości rozszerzania kompetencji różnych grup personelu medycznego
6.	Wprowadzenie regulacji umożliwiających kierowanie niewykorzystanych środków z Funduszu Medycznego do NFZ na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Uzasadnienie do poszczególnych punktów:

Ad 1. System mieszany jest nieprzewidywalny i mniej stabilny, zmniejsza też autonomię systemu ochrony zdrowia. Dotacje co do zasady są zależne od bieżącej sytuacji budżetowej państwa, od tego, czy kraj jest np. objęty procedurą nadmiernego deficytu czy nie. Ponadto system z dużym udziałem dotacji jest włączony w coroczny, polityczny proces decyzyjny. Ostatecznie dotacje są finansowane z innych podatków lub emisji długu, co zaburza transparentność i spójność systemu. Wprowadzanie przepisów zmniejszających wpływy ze składki na ubezpieczenie zdrowotne utrudni osiągnięcie niniejszego celu.

Ad 2. Ustawa spełniła już swoje cele systemowe, tj. podniesienie atrakcyjności rynku pracy, spłaszczenie różnic w wynagrodzeniach w relacji do krajów UE, zahamowanie emigracji pracowników medycznych z RP. Obecnie zwiększa zobowiązania NFZ w zakresie środków przeznaczanych na podwyżki wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia kosztem zaspokojenia potrzeb pacjentów, które dotyczą poprawy dostępności do świadczeń, refundacji nowych leków lub świadczeń zdrowotnych, ponieważ wzrost przychodów ze składki płaconej przez ubezpieczonych w całości przeznaczany jest na przyrost wynagrodzeń pracowników sektora ochrony zdrowia.

Planowanie finansowe po stronie znakomitej większości interesariuszy systemu ochrony zdrowia odbywa się w ramach roku kalendarzowego. Dotyczy to zarówno planu finansowego NFZ, ustawy budżetowej, jak i budżetów podmiotów leczniczych. Założenia do tworzenia planu finansowego NFZ na rok następny powinny uwzględniać wszystkie determinanty wpływające na prognozowane koszty świadczeń, w tym skutki przyrostu wynagrodzeń minimalnych wynikające z ustawy, oparte na znanych i faktycznych wskaźnikach, a w konsekwencji na zatwierdzonej przez ministra zdrowia rekomendacji AOTMiT dotyczącej zmiany wycen świadczeń na okres objęty planowaniem. Wprowadzenie stawki bazowej jest uzasadnione przez dynamiczny wzrost płac w sektorze ochronie zdrowia w ostatnich latach, zaspokajający znaczącą większość oczekiwań formułowanych przez specjalistów zawodów medycznych, w szczególności w relacji do wynagrodzeń pracowników innych sektorów publicznych (edukacja, bezpieczeństwo, wymiar sprawiedliwości, administracja rządowa i samorządowa).

Ad 3. Konieczna wydaje się faktyczna realizacja postulatu określonego w stanowisku Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia z listopada 2021 r., w którym zadeklarowano kierowanie połowy wzrostu nakładów na system ochrony zdrowia na wzrosty wynagrodzeń, a połowy na wzrost dostępności świadczeń oraz nowe technologie. Gwarantuje to konsekwentną poprawę warunków płacowych w systemie przy jednoczesnym zagwarantowaniu środków na poprawę sytuacji pacjentów.

Ad 4. Obecnie w wielu obszarach ochrony zdrowia występują tzw. „kominy płacowe”. Prowadzi to do radykalnego zwiększenia zobowiązań placówek oczekujących kompensacji kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ad 5. Ograniczenie dynamicznego wzrostu kosztów realizacji niektórych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej.

Ad 6. Na koniec czerwca 2024 r. ilość środków na rachunku bankowym Funduszu Medycznego wynosiła ok. 6,8 mld PLN (bez uwzględnienia planowanej na grudzień dotacji w wysokości 4 mld PLN). Zasadne wydaje się zwiększenie płynności płatnika poprzez skierowanie do NFZ niewykorzystanych środków Funduszu Medycznego, w tym adekwatnych środków na finansowanie świadczeń nielimitowanych na świadczenia zdrowotne wykonane dla osób poniżej 18 r.ż. Jest to rozwiązaniem doraźnym, a nie systemowym.

Opis sytuacji

Sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia wymaga stworzenia stabilnych, przewidywalnych i odpornych na wahania koniunkturalne ram finansowania oraz ciągłości realizacji zobowiązań płatnika publicznego przy jednoczesnym zwiększeniu efektywności wydatkowania środków.

Takie założenia stały u podstawy systemu ochrony zdrowia opartego na ubezpieczeniu zdrowotnym, czyli obowiązkowej składce zdrowotnej opłacanej przez zdecydowaną większość obywateli, uzależnionej od osiąganego dochodu z pracy lub innej działalności zarobkowej. Rozwiązanie takie stanowiło odejście od finansowania ochrony zdrowia z budżetu państwa, zostało wprowadzone poprzez uchwalenie w 1998 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, będąc jedną z 4 wielkich reform o charakterze ustrojowym wprowadzonych przez rząd AWS.

Instytucjami, które w imieniu obywateli dysponowały opłacaną przez nich składką zdrowotną, było od 1999 r. 16 regionalnych kas chorych oraz tzw. kasa branżowa dla służb mundurowych. Kasy te zostały w 2002 r. połączone i powstała jedna instytucja centralna, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ, ze wspólnym budżetem oraz oddziałami we wszystkich miastach wojewódzkich.

Pomimo faktu, że stopniowo, z roku na rok NFZ przejmował od ministra zdrowia finansowanie coraz większego zakresu tzw. świadczeń wysokospecjalistycznych (zaczynając od dializoterapii, a na transplantologii kończąc), przez 25 lat budżet NFZ był praktycznie samofinansujący się ze składki zdrowotnej (pochodzącej z ZUS, KRUS lub budżetu państwa za osoby nieubezpieczone lub bezrobotne) oraz dotacji celowych (np. na ratownictwo medyczne czy bezpłatne leki dla seniorów).

Narodowy Fundusz Zdrowia od czasu swego powołania był sporadycznie i w niewielkim stopniu zasilany dodatkowymi środkami pochodzącymi z budżetu państwa.

W okresie ostatnich trzech lat doszło do znaczących turbulencji dotyczących finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Po pierwsze, w trakcie pandemii COVID-19 (głównie w roku 2020 oraz częściowo 2021) doszło do zmniejszenia liczby wykonywanych świadczeń finansowanych przez NFZ, dodatkowo część z tych świadczeń została sfinansowana dotacjami z funduszu przeciwdziałania COVID-19. W efekcie zbudowano rezerwy finansowe NFZ w postaci funduszu zapasowego, który osiągnął poziom około 23 mld PLN w końcu 2022 r.

Po drugie, doszło w okresie pandemii do dynamicznego wzrostu płac w systemie ochrony zdrowia, których utrzymanie wymagało podniesienia wycen świadczeń, a w konsekwencji wydatków NFZ.

Po trzecie, budżet państwa i Ministerstwo Zdrowia, które jeszcze w 2022 r. finansowało ratownictwo medyczne, programy leczenia AIDS i hemofilii, darmowe leki dla seniorów, zakupy szczepionek, leczenie bezrobotnych i nieubezpieczonych, przeniosło te zadania od 2023 r. na budżet NFZ.

Jednocześnie w okresie pandemii, w sierpniu 2021 r. doszło do uchwalenia nowelizacji Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podnoszącej tempo wzrostu poziomu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w relacji do PKB w taki sposób, aby w 2027 r. osiągnąć 7% wartości PKB z roku 2025. Ustawa ta do czasu pandemii w sposób dość przewidywalny określała potrzeby wydatkowe państwa w obszarze ochrony zdrowia, niestety pomimo dokonanej nowelizacji przestała od 2023 r. pełnić taką rolę, co ilustrują dane przedstawione w tabeli nr 1.

Tabela 1. Prognoza vs faktyczne wykonanie planu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w relacji do PKB wg zasady (t-2) oraz w mld PLN w latach 2020-2024

wydatki	rok				
	2020	2021	2022	2023	2024
plan w mld PLN	106,4	120,5	133,6	157,3	190,9
wykonanie w mld PLN	109,8	122,8	150,9	186,5	215,0*
plan jako odsetek PKB (zgodnie z Ustawą)	5,03%	5,30%	5,75%	6,00%	6,20%
wykonanie jako odsetek PKB	5,19%	5,40%	6,49%	7,11%	7,00%*

* szacunek na dzień 31.12.2024 r.

Źródło: opracowanie własne.

Czy pula środków pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia pozwoli na bieżące finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce?

Luka finansowa w systemie ochrony zdrowia wymaga nie tylko zapewnienia dodatkowych środków, ale stanowi wyzwanie dla podjęcia działań, które w przyszłości będą miały wpływ na jej wielkość. To pokazuje również ogromne wyzwania w finansach publicznych w sytuacji, w której wobec Polski została wszczęta procedura nadmiernego deficytu EDP przez Komisję Europejską, a na dodatek wystąpiły nieprzewidziane, dodatkowe wydatki w kwocie 23 mld PLN, związane z likwidacją skutków powodzi oraz konieczność podnoszenia wydatków na zbrojenia w związku z wojną toczącą się za naszą wschodnią granicą.

System ochrony zdrowia przestał być od 2024 r. systemem samofinansującym się ze składek, a zaczął być zależny od coraz wyższych nakładów pochodzących z budżetu państwa.

Najbliższe lata przyniosą transformację systemu z bazującego w znakomitej większości na przychodach ze składek ubezpieczenia zdrowotnego w kierunku mieszanego finansowania składkowo-budżetowego. Udział nakładów budżetowych w całości wydatków na ochronę zdrowia wzrośnie kilkukrotnie i osiągnie w 2027 r. poziom wyższy niż chociażby wydatki na program socjalny 800+. W skrajnym scenariuszu ponad 1/3 wydatków NFZ będzie finansowana z dotacji pochodzącej z budżetu państwa. To oznacza wydolność składkową NFZ na poziomie niższym niż 67%, podczas gdy obecnie wydolność systemu emerytalnego w ZUS to ponad 85%, czyli relatywny deficyt w NFZ (skala niepokrycia wydatków składkami) będzie ponad dwukrotnie wyższy niż w Funduszu Ubezpieczeń Społecznych zarządzanym przez ZUS, tj. ok. 33% vs 15%. Zdrowie, które jeszcze niedawno było źródłem relatywnie niewielkich zobowiązań po stronie budżetu państwa, stanie się jedną z trzech dziedzin o największym wpływie na wydatki państwa (obok systemu ubezpieczenia społecznego oraz obronności).

Plan finansowy NFZ począwszy od roku 2024 zakładał dodatkową, pokaźną dotację podmiotową z budżetu państwa w kwocie ok 9 mld PLN, obliczoną w taki sposób na etapie jego tworzenia w roku 2023, aby osiągnąć minimalny, wymagany Ustawą poziom wydatków ogółem na ochronę zdrowia, tj. 6,2%.

Poziom ten okazał się jednak dalece niewystarczający dla zapewnienia bieżącej działalności operacyjnej NFZ i dodatkowych zadań nałożonych w 2024 r. Plan podlegał więc od początku roku kilkukrotnej nowelizacji polegającej na podwyższeniu przychodów o ok. 24 mld PLN. Kwota ta jednak nie pokryje w całości potrzeb wydatkowych NFZ do końca 2024 r., wynikających np. z regulacji zobowiązań za świadczenia nielimitowane.

Z podobną sytuacją – tylko w narastającej skali – system ochrony zdrowia musi zmierzyć się w kolejnych latach. Skala wyzwań została przedstawiona na wykresie 1, w dwóch wariantach, z których pierwszy zakłada kontynuację działalności w latach 2025-2027 z zapewnieniem

porównywalnej dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych jak w roku 2024 i obowiązywaniem dotychczasowych regulacji wpływających na koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Drugi wariant zakłada jak wyżej, plus opcjonalnie wystąpienie dodatkowych zdarzeń, takich jak uchwalenie obywatelskiego projektu zmiany ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz przyjęcie propozycji zmian dotyczących obniżenia składki na ubezpieczenie zdrowotne dla osób prowadzących działalność gospodarczą jako osoba fizyczna.

Metodologia

Niniejsze obliczenia powstały w znacznej mierze na podstawie dokumentów wytworzonych przez instytucje administracji rządowej. W przypadku założeń makroekonomicznych przyjęto dane opublikowane w Wieloletnim Planie Finansowym Państwa na lata 2024-2027, zaakceptowanym przez Radę Ministrów 30 kwietnia 2024 r. [1] oraz dane z aktualnych prognoz dotyczących wzrostu PKB [2].

W opracowaniu skoncentrowano się na przychodach i wydatkach NFZ. W przypadku pozostałych wydatków, w części zaliczanej do nakładów na ochronę zdrowia, tj. m.in. budżetu Ministerstwa Zdrowia czy części budżetów innych ministerstw, założono łączne wydatki na poziomie ok. 29 mld PLN w 2025 r. W latach kolejnych założono wzrost tych wydatków średnio o ok. 11%.

Wartość planowanych przychodów NFZ opracowano na podstawie przyjętej przez ministra zdrowia oraz ministra finansów prognozy przychodów NFZ na kolejne trzy lata [3].

Dla oszacowania kosztów płatnika przyjęto dwa scenariusze:

1. Scenariusz minimalny, zakładający utrzymanie porównywalnej do obecnej sprawności systemu ochrony zdrowia, w tym:

a. kontynuację częściowej zapłaty (70%) za świadczenia ponadlimitowe (nadwykonania) jak wyżej przy braku zapłaty za nadwykonania w ryczałcie;

b. częściowe zatwierdzanie nowych taryf opracowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (obok wynikających z funkcjonowania ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych);

c. powstanie nowych zobowiązań związanych z wprowadzaniem do systemu nowych technologii lekowych i nielekowych.

2. Scenariusz maksymalny, jak powyżej, oraz w zależności od podjęcia decyzji dotyczących:

a. przyjęcia kosztów nowelizacji obywatelskiego projektu zmiany ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych [4] na poziomie ok. 4 mld PLN rocznie począwszy od 1 stycznia 2025 r., rosnących w kolejnych latach.

b. przyjęcia propozycji zmian dotyczących składki na ubezpieczenie zdrowotne dla osób prowadzących działalność gospodarczą jako osoba fizyczna [5] powodujących ubytek przychodów z składki w wysokości ok. 4,5 mld PLN rocznie od 1 stycznia 2025 r., rosnących w kolejnych latach.

Perspektywa finansowania ochrony zdrowia w latach 2025-2027

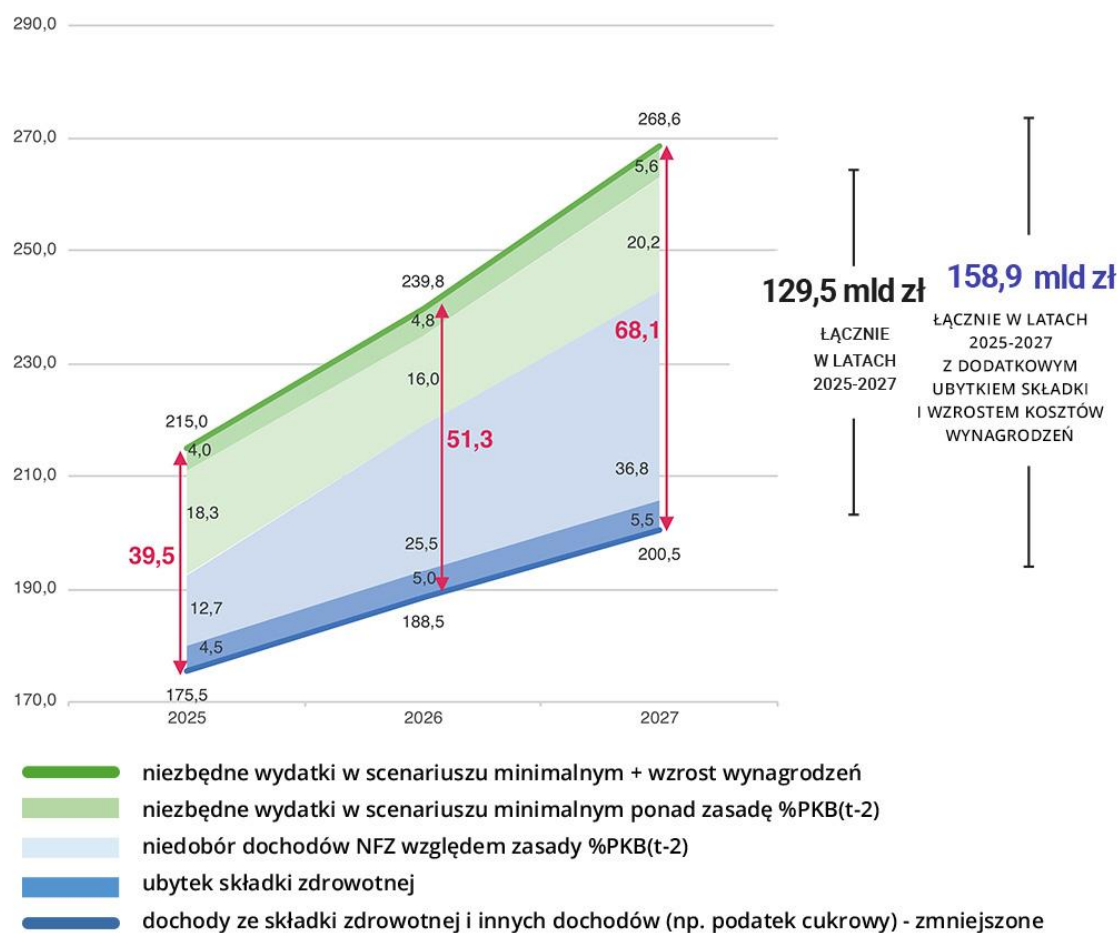
Pierwszy ze scenariuszy – minimalny – zakłada utrzymanie finansowania systemu na porównywalnym jak obecnie poziomie. Przyjmuje finansowanie wszystkich świadczeń nielimitowanych oraz znacznej części świadczeń ponadlimitowych, zwiększenie liczby finansowanych technologii medycznych (w tym leków refundowanych), podniesienie taryf w priorytetowych zakresach. Jest to scenariusz najbardziej podobny do zachowania *status quo*.

Dla scenariusza minimalnego luka finansowa wyniesie 31 mld PLN w 2025 r., 41,5 mld PLN w 2026 r. oraz wzrośnie do poziomu 57 mld PLN w 2027 r. Łącznie w latach 2025-2027 suma środków, którą należy skierować do NFZ z budżetu państwa, wyniesie 129,5 mld PLN.

Kwota ta rośnie dodatkowo o:

a. 14,4 mld PLN w przypadku przyjęcia nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych – do poziomu 143,9 mld PLN

b. 29,4 mld PLN w przypadku przyjęcia nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz wprowadzenia zmian w składce zdrowotnej – do poziomu 158,9 mld PLN.



Wykres 1. Luka finansowa NFZ – scenariusz minimalny i maksymalny w latach 2025-2027

Wnioski

1. Luka finansowa w NFZ wynika z:

- skokowego wzrostu wydatków NFZ w 2023 r., wywołującego trwałe skutki w kolejnych latach
- braku pokrycia dla tych wydatków ze składki zdrowotnej i innych dochodów
- nieadekwatności poziomu składki zdrowotnej do wyznaczonych celów, wyrażonych w procencie PKB
- rozstrzygnięć dotyczących projektu nowelizacji ustawy o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia oraz sposobu naliczania składki zdrowotnej (od nich zależeć będzie rzeczywista wielkość luki finansowej).

2. Począwszy od 2024 r. potrzeby wydatkowe NFZ przekraczają znacznie poziom przychodów ze składek i muszą być finansowane dodatkowo dotacją podmiotową z budżetu państwa. Kwota tej dotacji w kolejnych latach będzie znacząco rosła w zależności od przyjętych wariantów, tj. dodatkowych obciążeń lub zmniejszającego się tempa wzrostu przychodów.
3. Luka finansowa NFZ w scenariuszu zakładającym utrzymanie sprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na obecnym poziomie (scenariusz minimalny) wynosi 129,5 mld PLN. W przypadku uchwalenia nowelizacji ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia oraz zmiany sposobu naliczania składki zdrowotnej luka ta wzrośnie o 29,4 mld PLN do poziomu 158,9 mld PLN.
4. Ustawa o minimalnych nakładach na ochronę zdrowia determinowanych odsetkiem PKB przestała pełnić swoją rolę. Określone w niej wskaźniki na lata 2024-2027 nie zabezpieczają nawet w minimalnym wariantcie potrzeb wydatkowych NFZ, przestały więc służyć jako właściwe narzędzie do planowania budżetu wydatków na ochronę zdrowia, a w konsekwencji budżetu państwa.
5. Konieczne jest wdrożenie rozwiązań zwiększających wysokość oraz przewidywalność dochodów NFZ oraz zmniejszenie presji wydatkowej wynikającej z wielu zobowiązań.
6. Przywrócenie pełnego systemu składkowego wymaga redukcji części dotacyjnej. System mieszany jest nieefektywny, nieprzewidywalny oraz narusza stabilność systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Krokiem idącym w tym kierunku byłoby urealnienie składki na ubezpieczenie zdrowotne, której poziom nominalny to 9%, ale efektywnie i tak wynosi już ok 11%, uwzględniając dopłaty z budżetu (czyli z wpływów podatkowych), kosztem zmniejszenia należnego podatku PIT. Taka zmiana miałaby neutralny wpływ na finanse publiczne i dodatkowe obciążenia podatkowe obywateli.
7. Dotacje co do zasady są zależne od bieżącej sytuacji budżetowej państwa. System z dużym udziałem dotacji jest włączony w coroczny, polityczny proces decyzyjny. Wydatki na dotacje są finalnie i tak pokrywane z podatków lub emisji długu publicznego.

Bibliografia

1. Ministerstwo Finansów. *Wieloletni Plan Finansowy Państwa na lata 2024-2027*. [Online] 01.07.2024. <https://www.gov.pl/web/finanse/wieloletni-plan-finansowy-panstwa>
2. Minister Finansów. *Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw*. [Online] 01.07.2024. <https://www.gov.pl/attachment/1b1506a4-1781-41e9-ae6a-a9439776da91>
3. Dokument otrzymany w trybie dostępu do informacji publicznej.
4. Na podstawie dokumentu przesłanego przez Ministerstwo Zdrowia do Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia 9 maja 2024 r. oraz prezentacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przedstawionej podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia 14 maja 2024 r.
5. Kancelaria Premiera. *Prezentacja Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów wykorzystana podczas konferencji prasowej 21 marca 2024 r.* [Online] 01.07.2024. <https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=sWtXI5WNk3c>