

CALPE



FEDERACJA
PRZEDSIĘBIORCÓW
POLSKICH



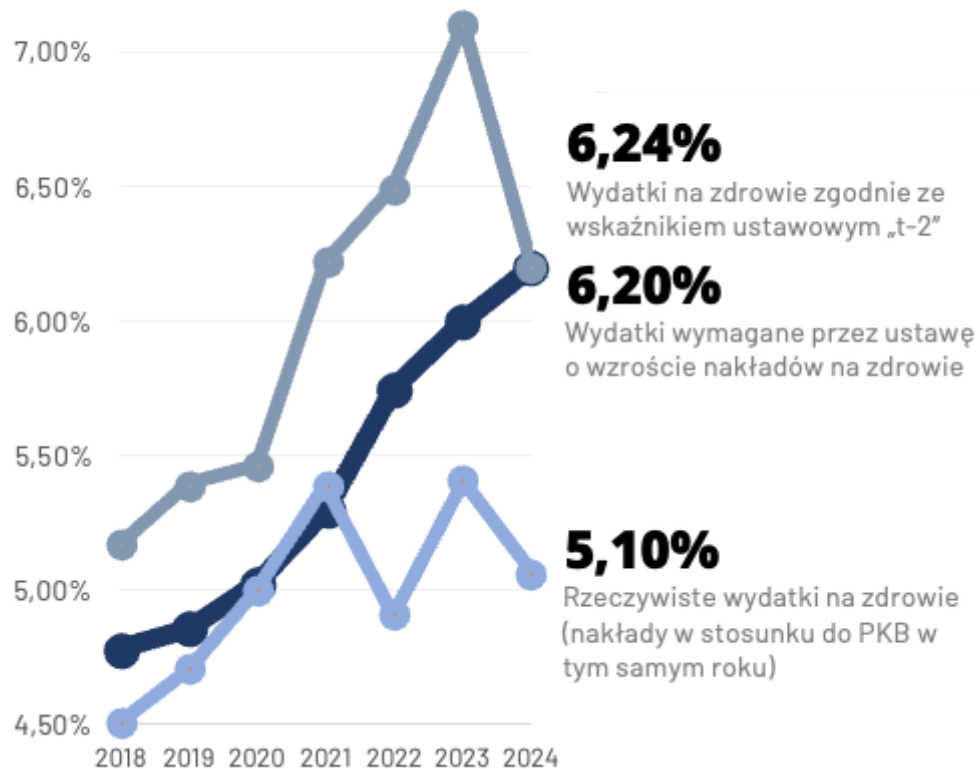
Rekomendacje dla poprawy poziomu oraz stabilności finansowania systemu ochrony zdrowia

Warszawa, 9 stycznia 2024 r.



Diagnoza – planowanie w „wariancie minimum” na 2024 r.

Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w relacji do PKB

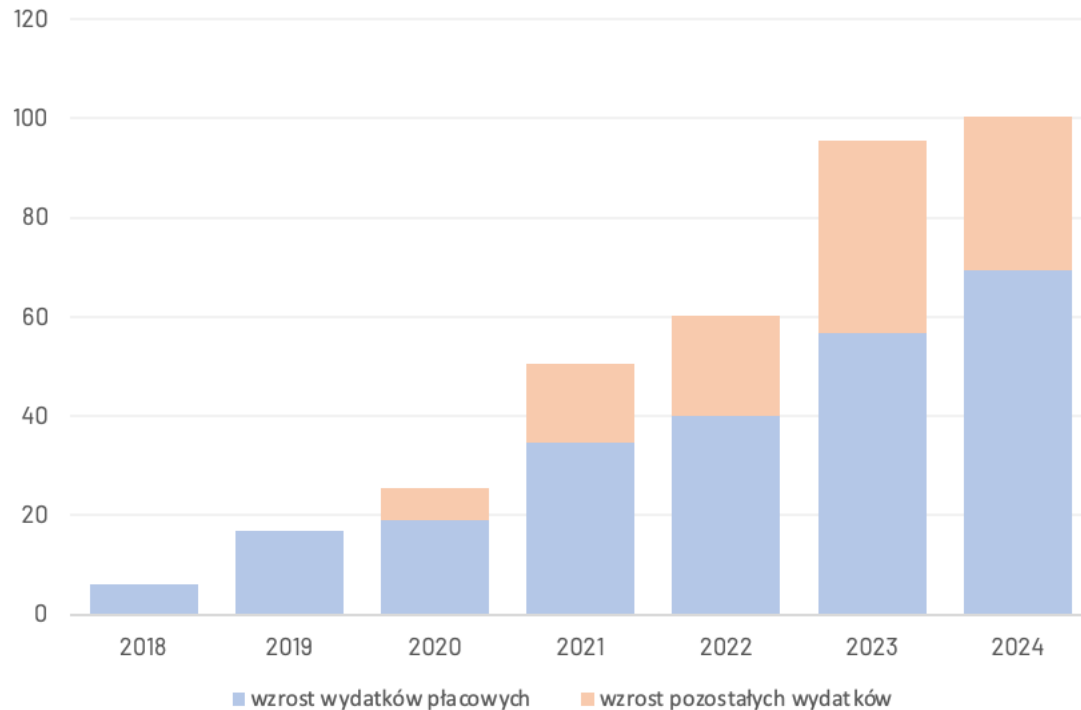


Projekt budżetu państwa i plan finansowy NFZ na 2024 r. przewidują realizację minimalnego dopuszczalnego poziomu wydatków na zdrowie, zgodnie z ustawową regułą „t-2” i niewiele ponad to.

W praktyce oznacza to, że planowane jest znaczące ograniczenie poziomu finansowania zdrowia w relacji do PKB. Zgodnie z najbardziej porównywalną miarą nakładów na zdrowie dla roku „t”, nakłady zmniejszą się z 5,41% do 5,10%. Nominalnie nakłady na zdrowie wzrosną tylko o 5,9 mld zł.



Diagnoza – wysokie obciążenie kosztami podwyżek płac



31 mld zł

wzrost pozostałych wydatków

+

=

100,4 mld zł

łączny wzrost wydatków

69,4 mld zł

wzrost wydatków płacowych

Zaplanowane na 2024 r. dodatkowe 5,9 mld zł na zdrowie nie wystarcza nawet na pokrycie rosnących kosztów bieżącej działalności, w tym kosztów związanych z realizacją ustawy o najniższym wynagrodzeniu osób wykonujących zawody medyczne, które w tym roku wyniosą łącznie 12,6 mld zł.



Diagnoza – wyczerpanie rezerw finansowych systemu

Czynniki wpływające na wielkość funduszu zapasowego, wg stanu na wrzesień 2023 r.

(kwoty w mln zł)

stan funduszu zapasowego na koniec 2021 r.	5 651
zysk za 2021 r. przeznaczony na fundusz zapasowy	10 428
dotacja z budżetu państwa na zasilenie funduszu	2 322
stan funduszu zapasowego na koniec 2022 r.	18 401
zysk za 2022 r. przeznaczony na fundusz zapasowy	7 236
limit transferu do funduszu przeciwdziałania COVID-19	-5 500
planowana strata NFZ zgodnie z planem finansowym	-18 351
stan funduszu zapasowego na koniec 2023 r.	1 786

Wyczerpane zostały proste możliwości pokrycia luki w finansowaniu ochrony zdrowia. W 2023 r., w obliczu wycofania na bezprecedensową skalę finansowania po stronie budżetu państwa oraz zwiększenie zakresu odpowiedzialności NFZ przy zmniejszonym dopływie środków finansowych, konsumowane były rezerwy finansowe zakumulowane na funduszu zapasowym w poprzednich latach.

Skala konsumpcji tych środków, sięgająca zgodnie z planem już 21,7 mld zł, oznacza, że od 2024 r. zacznie brakować źródeł pokrywania niedoborów w bieżącym finansowaniu systemu ochrony zdrowia.





Diagnoza – rosnące koszty, ale nie liczba świadczeń

Zmiana liczby realizowanych świadczeń oraz kosztów ich realizacji w latach 2016-2022

	liczba wykonanych świadczeń	finansowanie - nominalny wzrost	finansowanie - wzrost skorygowany o inflację (CPI)	finansowanie - wzrost skorygowany o nominalny PKB
podstawowa opieka zdrowotna	5,3%	61,0%	19,0%	-9,0%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna ¹	-6,8%	17,6%	-13,0%	-33,5%
leczenie szpitalne	-1,6%	98,3%	46,6%	12,1%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	-0,4%	74,8%	29,2%	-1,2%
świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze	9,0%	113,1%	57,5%	20,5%
opieka paliatywna	83,2%	142,7%	79,4%	37,2%
rehabilitacja lecznicza ²	121,2%	80,7%	33,6%	2,2%
leczenie stomatologiczne	11,2%	26,0%	-6,8%	-28,8%
świadczenia odrębnie kontraktowane	20,7%	43,6%	6,2%	-18,8%
ratownictwo medyczne	-7,9%	68,9%	24,8%	-4,5%
razem	33,8%	79,6%	32,8%	1,5%

¹Porównywalność danych o finansowaniu AOS od 2022 r. jest ograniczona ze względu na zmianę metodyki NFZ

²Świadczenia realizowane w trybie ambulatoryjnym

Jednocześnie, mimo wzrostu w latach 2016-2022 poziomu nominalnych nakładów na ochronę zdrowia o niecałe 80%, liczba wykonywanych świadczeń zwiększyła się o prawie 34%, głównie za sprawą rehabilitacji i opieki paliatywnej.

W kluczowych obszarach, takich jak ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne, liczba świadczeń się zmniejszyła, mimo wyraźnego wzrostu nominalnych nakładów.





Główne rekomendacje

Stabilność finansowania ochrony zdrowia

- Likwidacja reguły „t-2”
- Przywrócenie dotacji celowych z budżetu państwa do NFZ

Poziom finansowania ochrony zdrowia

- Eliminacja odpisu z NFZ do AOTMiT i ABM
- Uruchomienie środków Funduszu Medycznego
- Ujednolicenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne
- Finansowanie przez budżet państwa składek osób uprawnionych do świadczeń
- Urealnienie wartości składek finansowanych przez budżet państwa dla wybranych grup zawodowych





Likwidacja reguły „t-2”

Dlaczego zmiana jest potrzebna?

Reguła „t-2” stanowi, że wydatki na ochronę zdrowia muszą stanowić określoną relację w stosunku do wartości PKB sprzed dwóch lat.

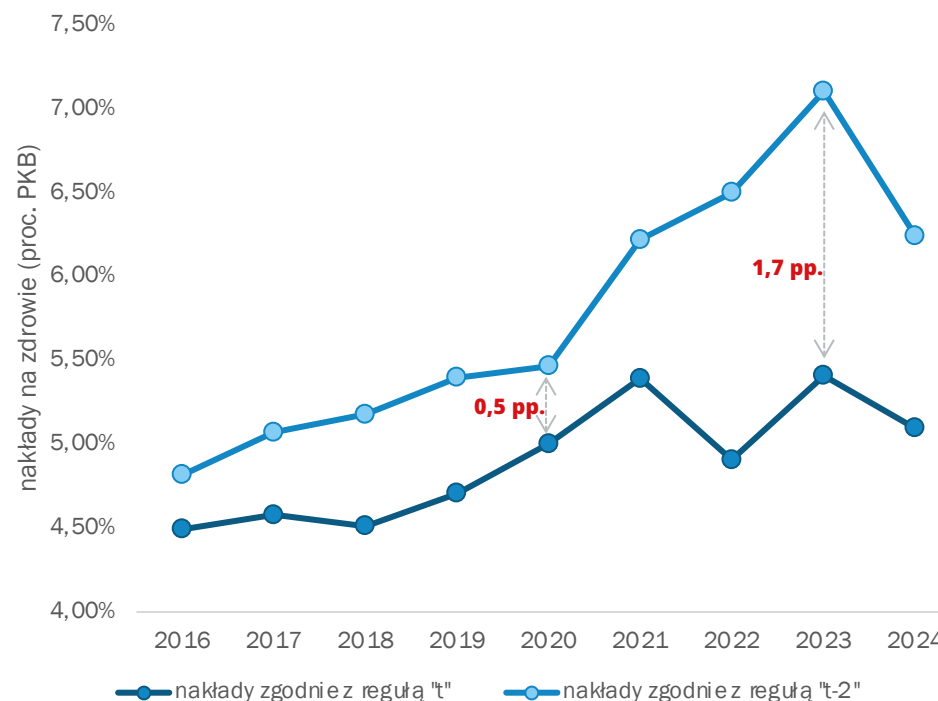
W praktyce jej zastosowanie obniża nakłady na zdrowie w stosunku do PKB z roku bieżącego o między 0,4-1,7 pkt proc.

Działanie reguły nie jest zatem stałe w czasie – czasami zaniża ono wymagane nakłady w mniejszym, a czasami w większym stopniu, w zależności od aktualnych uwarunkowań.

W jaki sposób może zostać wprowadzona?

Konieczna jest modyfikacja art. 131c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w kierunku wprowadzenia reguły „t”, odwołującej się do roku bieżącego przy ustalaniu wymaganej kwoty nakładów. Wiążąca w tym przypadku powinna być prognozowana wartość PKB przyjęta na potrzeby prac nad budżetem państwa na kolejny rok.

Wpływ ustawowej reguły na wskaźnik nakładów na zdrowie do PKB



Skutek dla finansowania ochrony zdrowia
nakłady wyższe o 33,6 mld zł w 2027 r.

Źródło finansowania: budżet państwa, składka zdrowotna



Przywrócenie dotacji celowych z budżetu państwa do NFZ

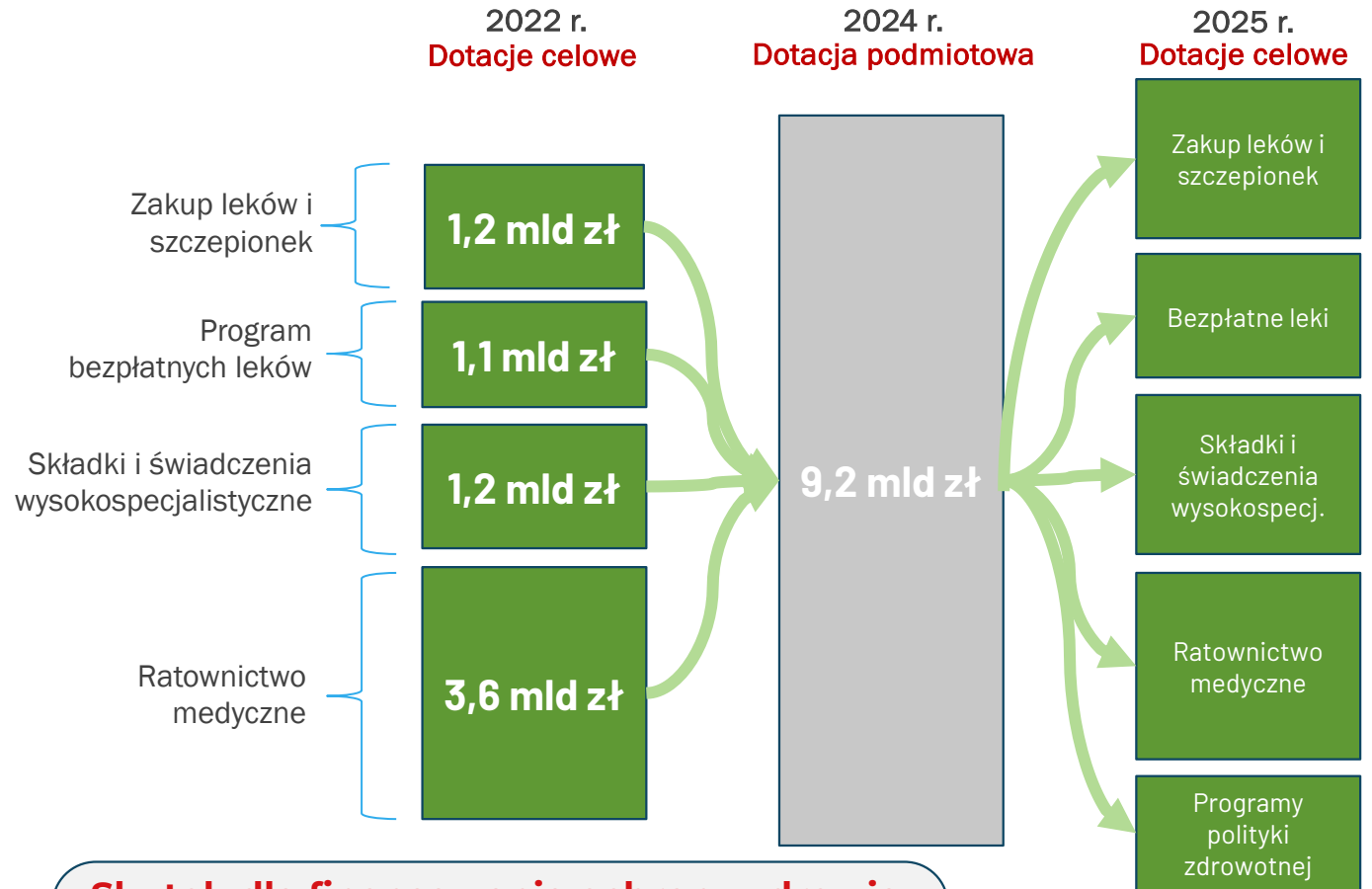
Dlaczego zmiana jest potrzebna?

Zgodnie z nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, od 2023 r. zniesione zostały dotacje celowe z budżetu państwa do NFZ, służące pokryciu kosztów realizacji programu bezpłatnych leków, świadczeń wysokospecjalistycznych, ratownictwa medycznego, a także rekompensacie wartości składki zdrowotnej za osoby wyłączone z obowiązku ich opłacania. Ponadto z budżetu państwa do NFZ został przeniesiony obowiązek finansowania zakupu leków w ramach realizacji programów polityki zdrowotnej oraz zakupu szczepionek.

W konsekwencji zakres obowiązków NFZ uległ powiększeniu, a finansowanie – pomniejszeniu. W 2024 r., po wyczerpaniu funduszu zapasowego NFZ, zaplanowano dotację podmiotową z budżetu państwa. Nie jest to jednak rozwiązanie systemowe, bowiem taka forma dotacji ma charakter doraźny, a jej wartość nie musi odzwierciedlać faktycznych kosztów realizacji zadań.

W jaki sposób może zostać wprowadzona?

Istnieje potrzeba przywrócenia zapisów ustawowych gwarantujących NFZ dotacje celowe na realizację zadań, o których mowa w nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.



Skutek dla finansowania ochrony zdrowia

poprawa stabilności i przewidywalności dotacji budżetowych do NFZ, umożliwiająca długoterminowe planowanie finansowe

Źródło finansowania: budżet państwa





Eliminacja odpisów z NFZ do AOTMiT i ABM

Dlaczego zmiana jest potrzebna?

Odpisy z NFZ na rzecz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych stanowią istotne dodatkowe obciążenie, które ogranicza możliwości Funduszu w zakresie realizacji jego podstawnej działalności, tj. finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

W planie finansowym NFZ na 2024 r. zaplanowano odpisy na rzecz AOTMiT w kwocie 82 mln zł oraz na rzecz ABM w kwocie 460 mln zł – co daje łącznie 542 mln zł. Nie istnieją szczególne przesłanki uzasadniające nałożenie na NFZ obowiązku finansowania działalności tych agencji, w miejsce budżetu państwa.

W jaki sposób może zostać wprowadzona?

Budżet państwa w części 46 powinien uwzględniać środki niezbędne dla zapewnienia funkcjonowania AOTMiT i ABM, przekazywane w formie dotacji. Odpisy z NFZ na rzecz tych instytucji powinny zostać zlikwidowane.

ROZNY PLAN FINANSOWY NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA NA ROK 2024

Przychody i koszty Narodowego Funduszu Zdrowia - łącznie

		w tys. zł
Poz.	Wyszczególnienie	Plan finansowy NFZ na rok 2024
1	2	3
1	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1 + 1.2)	153 346 837
1.1	od ZUS	149 212 518
1.2	od KRUS	4 134 319
2	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1 + 2.2)	0
2.1	w stosunku do ZUS	0
2.2	w stosunku do KRUS	0
3	Przychody ze składek z lat ubiegłych (3.1+3.2)	45 000
3.1	od ZUS	45 000
3.2	od KRUS	0
4	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (4.1 + 4.2)	303 060
4.1	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	298 515
4.2	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	4 545
5	Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5-9 ustawy	82 310
6	Odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e ustawy	460 041
A	Przychody netto z działalności (1-2+3-4-5-6) + A1 + A2 + A3 + A4 + A5 + A6	166 931 363

Skutek dla finansowania ochrony zdrowia

+0,5 mld zł w warunkach 2024 r.

Źródło finansowania: budżet państwa



Uruchomienie środków Funduszu Medycznego

Dlaczego zmiana jest potrzebna?

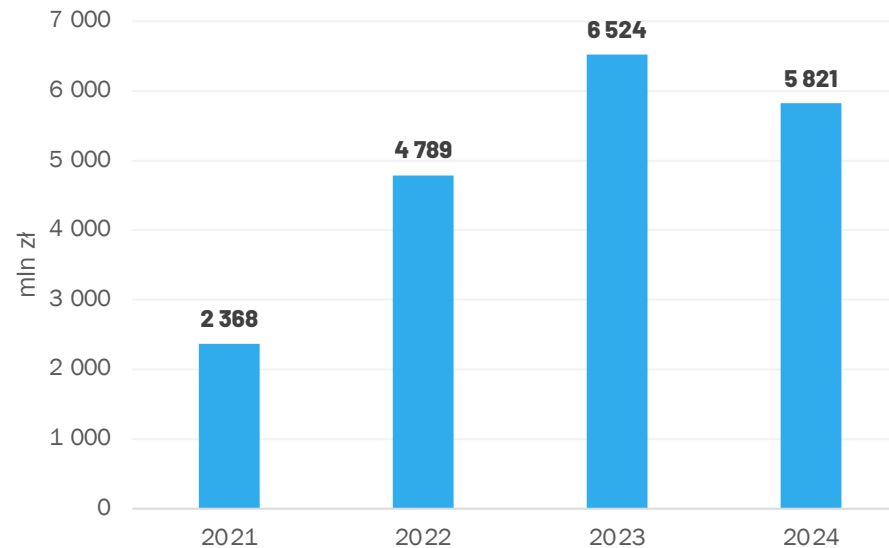
Fundusz Medyczny na przestrzeni ostatnich lat akumulował środki, osiągając przychody znacząco przewyższające ponoszone wydatki. Zgodnie z planem finansowym załączonym do projektu budżetu państwa na 2024 r., stan funduszu na początek roku wynosił 6,5 mld zł, zaś na jego koniec zmniejszy się do 5,8 mld zł.

Oznacza to, że możliwości finansowe Funduszu Medycznego pozwalają na zwiększenie jego rocznych wydatków na 2024 r. z obecnie zaplanowanych do 5,1 mld zł, do nawet 10,9 mld zł. Wykorzystanie tych rezerw finansowych w najbliższym czasie może stanowić istotne pomostowe źródło pokrycia nakładów na ochronę zdrowia, zanim zostaną wprowadzone rozwiązania systemowo zapewniające trwały strumień środków do NFZ.

W jaki sposób może zostać wprowadzona?

Należy rozważyć rozszerzenie katalogu określonego w art. 7 ustawy o Funduszu Medycznym, aby umożliwić dofinansowanie bieżącej działalności NFZ ze zgromadzonej nadwyżki środków.

Stan środków Funduszu Medycznego na koniec roku



Skutek dla finansowania ochrony zdrowia

+5,8 mld zł w warunkach 2024 r.

Źródło finansowania: Fundusz Medyczny





Ujednolicenie podstawy wymiaru składki zdrowotnej

CALPE

Dlaczego zmiana jest potrzebna?

Obecnie składkę zdrowotną oblicza się od innej podstawy niż pozostałe składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe, wypadkowe i chorobowe). O ile w przypadku składek na ubezpieczenia społeczne podstawą jest wynagrodzenie brutto, to podstawę składki zdrowotnej pomniejsza się dodatkowo o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe finansowanych przez ubezpieczonych.

Obecny system jest niepotrzebnie skomplikowany, a wskazana reguła pomniejsza potencjalne przychody NFZ z tytułu składki zdrowotnej. Dzięki uproszczeniu przepisów dotyczących podstawy wymiaru, możliwe jest dofinansowanie ochrony zdrowia bez podnoszenia nominalnej stawki składki zdrowotnej.

W jaki sposób może zostać wprowadzona?

Proponowane rozwiązanie może być wdrożone poprzez uchylenie ust. 6 w art. 81 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Składka emerytalna

+9,5 mld zł

Wpływ wyłączenia z podstawy wymiaru

-43,18 zł / -79,65 zł

Wpływ na płacę minimalną / średnią

Składka rentowa

+1,5 mld zł

Wpływ wyłączenia z podstawy wymiaru

-6,64 zł / -12,24 zł

Wpływ na płacę minimalną / średnią

Składka chorobowa

+2,4 mld zł

Wpływ wyłączenia z podstawy wymiaru

-10,84 zł / -19,99 zł

Wpływ na płacę minimalną / średnią

W celu ograniczenia jednorazowego wpływu proponowanej zmiany na ubezpieczonych, wdrożenie proponowanego rozwiązania może zostać podzielone na etapy, polegające na włączaniu kolejnych typów składek do podstawy wymiaru.

Skutek dla finansowania ochrony zdrowia

+13,4 mld zł w warunkach 2024 r.

Źródło finansowania: składka zdrowotna



Finansowanie z budżetu składek osób uprawnionych

Dlaczego zmiana jest potrzebna?

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, poza ubezpieczonymi, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej mają m.in. członkowie rodziny osoby ubezpieczonej. W praktyce oznacza to, że mimo opłacania składki za 26,4 mln ubezpieczonych, w praktyce – jak wynika z danych NFZ – do świadczeń uprawnionych jest 35,7 mln osób.

Mimo braku wpływów ze składki za te osoby, konieczne jest zapewnienie środków na ich leczenie. Inne systemy opieki zdrowotnej, np. w Czechach, rozwiązują ten problem poprzez ustanowienie zasady, że za każdym uprawnionym idzie składka – w tym przypadku finansowana przez budżet państwa.

W jaki sposób może zostać wprowadzona?

W celu zapewnienia adekwatnego finansowania świadczeń osób uprawnionych do opieki zdrowotnej, należy wprowadzić ustawy mechanizm składki zdrowotnej dla wszystkich osób uprawnionych, finansowanej z budżetu państwa.

Początkowo podstawa obliczania takiej składki mogłaby wynosić 15% minimalnego wynagrodzenia za pracę. W kolejnych latach, w miarę poprawy sytuacji budżetowej, wskaźnik ten mógłby być podnoszony.

Nazwa OW NFZ	ogółem liczba ubezpieczonych
Dolnośląski	2 719 946
Kujawsko-Pomorski	1 865 797
Lubelski	1 899 605
Lubuski	923 925
Łódzki	2 312 952
Małopolski	3 219 528
Mazowiecki	5 434 583
Opolski	838 301
Podkarpacki	1 890 476
Podlaski	1 055 938
Pomorski	2 216 774
Śląski	4 114 004
Świętokrzyski	1 092 972
Warmińsko- Mazurski	1 233 066
Wielkopolski	3 399 677
Zachodniopomorski	1 517 633
Ogółem	35 735 177

Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie		
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia
1	2	3	4	5	6	7	8
Ogółem		34 106 175	26 371 921	7 734 254	22 776	17 242	5 534
1	Dolnośląski	2 582 006	2 038 438	543 568	1 934	1 599	335
2	Kujawsko-Pomorski	1 770 673	1 378 319	392 354	1 012	812	200
3	Lubelski	1 821 349	1 409 337	412 012	1 036	956	80
4	Lubuski	872 801	682 707	190 094	414	261	153
5	Łódzki	2 220 429	1 762 183	458 246	716	572	144
6	Małopolski	3 096 216	2 345 362	750 854	2 266	1 815	451
7	Mazowiecki	5 165 534	3 983 889	1 181 645	4 977	3 820	1 157
8	Opolski	803 697	630 930	172 767	276	225	51
9	Podkarpacki	1 818 611	1 365 221	453 390	472	437	35
10	Podlaski	1 015 491	775 671	239 820	426	321	105
11	Pomorski	2 098 142	1 587 610	510 532	3 346	2 104	1 242
12	Śląski	3 959 836	3 062 505	897 331	1 543	1 251	292
13	Świętokrzyski	1 046 985	820 040	226 945	141	108	33
14	Warmińsko-Mazurski	1 166 590	901 271	265 319	347	211	136
15	Wielkopolski	3 237 921	2 504 277	733 644	2 065	1 673	392
16	Zachodniopomorski	1 429 894	1 124 161	305 733	1 805	1 077	728

Skutek dla finansowania ochrony zdrowia

+5,3 mld zł w warunkach 2024 r.

Źródło finansowania: budżet państwa





Urealnienie wartości składek z budżetu dla grup zawodowych

Dlaczego zmiana jest potrzebna?

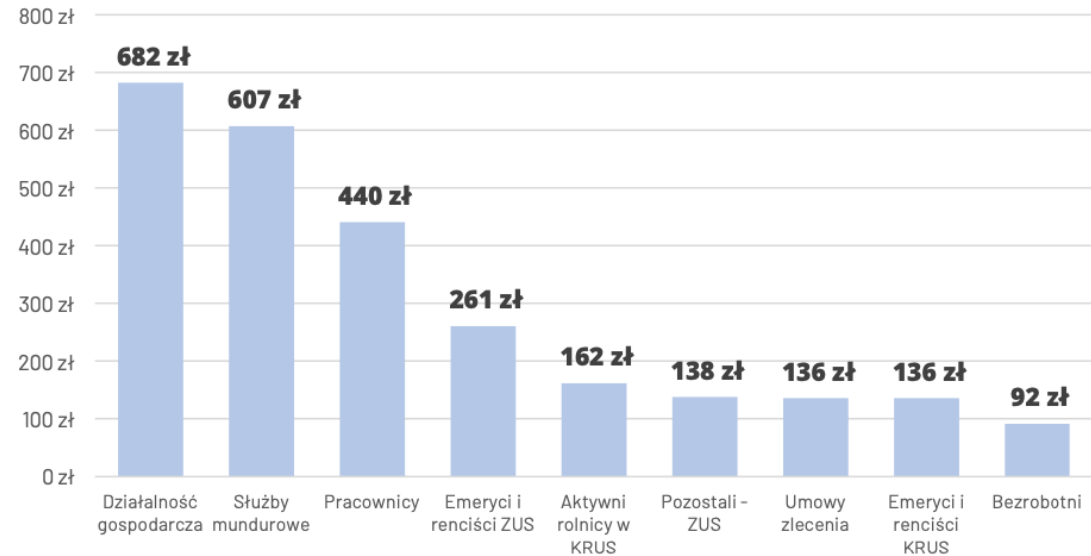
Istnieją znaczące dysproporcje w przeciętnej wartości odprowadzanej składki zdrowotnej, w zależności od grupy zawodowej. Np. w 2021 r. średnia miesięczna wartość składki za jednego pracownika wynosiła 389 zł, podczas gdy średnia miesięczna składka za ubezpieczonego rolnika wynosiła 154 zł.

Zgodnie z wolą ustawodawcy obciążenia finansowe rolników z tytułu składki zdrowotnej są ograniczone – 1 zł miesięcznie za hektar przeliczeniowy, z całkowitym zwolnieniem gospodarstw do 6 ha. Partycypacja finansowa budżetu państwa powinna jednak odzwierciedlać faktyczny koszt zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej, także grupom zawodowym w szczególnej sytuacji na gruncie przepisów.

W jaki sposób może zostać wprowadzona?

Rozwiązanie może zostać wprowadzone poprzez gwarancję, że do NFZ będzie wpływać składka za rolnika obliczana co najmniej od podstawy minimalnego wynagrodzenia. Różnica między składką płaconą przez rolnika a całkowitą wartością składki byłaby finansowana przez budżet państwa. Tym samym, zmiana nie miałaby wpływu na wysokość składki płaconej przez rolników.

Szacunkowa średnia miesięczna kwota składki zdrowotnej wg tytułu do ubezpieczenia w 2022 r.



Skutek dla finansowania ochrony zdrowia

+2,8 mld zł w warunkach 2024 r.

Źródło finansowania: budżet państwa



Podsumowanie

- Szacujemy, że proponowane rozwiązania mogą zwiększyć poziom finansowania ochrony zdrowia o 27,8 mld zł.
- Realizacja tych rekomendacji w warunkach 2024 r. mogłaby umożliwić osiągnięcie nakładów na zdrowie na poziomie 220 mld zł – wobec planowanych obecnie 192,2 mld zł. Dzięki temu wskaźnik nakładów w relacji do PKB dla roku „t” wzrósłby do 5,83%, zamiast zmaleć do 5,10%.
- Rekomendowane rozwiązania wskazują na zdywersyfikowane źródła wzrostu finansowania ochrony zdrowia – tylko 31% to dodatkowe obciążenie budżetu państwa, zaś 48% stanowią przychody ze składki zdrowotnej, a 21% środki Funduszu Medycznego.
- Łączne wydatki na ochronę zdrowia, uwzględniając zaplanowane już środki, wzrosłyby w porównaniu z poprzednim rokiem o 33,7 mld zł. Biorąc pod uwagę koszt realizacji ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników medycznych wynoszący 12,6 mld zł, pozostawiałoby to 21,1 mld zł do wykorzystania na inne zadania.
- Proponowany model zapewnia większą stabilność i przewidywalność źródeł finansowania ochrony zdrowia.

Zestawienie szacunkowych skutków finansowych rekomendacji

Działanie	Wartość (mld zł)	Źródło finansowania
Uruchomienie środków Funduszu Medycznego	5,8	Fundusz Medyczny
Ujednoczenie podstawy wymiaru składki	13,4	składka zdrowotna
Finansowanie z budżetu składek os. uprawnionych	5,3	budżet państwa
Urealnienie wartości składek pokrywanych z dotacji	2,8	budżet państwa
Zniesienie odpisów z NFZ na AOTMiT i ABM	0,5	budżet państwa
Suma	27,8	

Wpływ rekomendowanych rozwiązań na ścieżkę nakładów na zdrowie w relacji do PKB

