

The background of the entire page is a purple-tinted microscopic image of COVID-19 virus particles. The particles are spherical with numerous small, protruding spikes (resembling a crown) and are scattered across the frame. A dark purple rectangular box is centered over the image, containing the title text in white.

# Wpływ COVID-19 na polski system ochrony zdrowia

Autorzy:

**Hubert Bukowski**, *Institut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju INNOWO*

**Prof. dr hab. Marcin Czech**, *Polskie Towarzystwo Farmaekonomiczne, Szkoła Biznesu Politechniki Warszawskiej*

**Łukasz Kozłowski**, *CALPE – Centrum Analiz Legislacyjnych i Polityki Ekonomicznej*

**Prof. dr hab. Ewelina Nojszewska**, *Szkoła Główna Handlowa w Warszawie*

**Dr Małgorzata Starczewska-Krzysztosek**, *Uniwersytet Warszawski*

WARSZAWA / CZERWIEC 2020



Raport został zrealizowany  
we współpracy  
i dzięki wsparciu INFARMY




# Spis treści

<b>STRESZCZENIE</b>	<b>4</b>
<b>1. Wprowadzenie do polskiego systemu opieki zdrowotnej</b>	<b>6</b>
1.1. Dostęp do usług opieki społecznej	6
1.2. Główni uczestnicy polskiego publicznego systemu opieki społecznej	7
1.3. Przepływy finansowe	8
<b>2. Wpływ COVID-19 na dochody systemu opieki zdrowotnej</b>	<b>11</b>
2.1. Prognoza zewnętrzna wpływu COVID-19 na sytuację ekonomiczną	11
2.2. Założenia do poszczególnych scenariuszy ekonomicznych	16
2.3. Metodologia prognozy nakładów na rzecz ochrony zdrowia	18
2.4. Prognoza dotycząca nakładów na służbę zdrowia	24
2.5. Prognoza dotycząca dochodów nieskładkowych	28
<b>3. Wpływ COVID-19 na wydatki na system opieki zdrowotnej</b>	<b>29</b>
3.1. Analiza historyczna	29
3.2. Analiza jakościowa	33
3.3. Tendencje w publicznym systemie opieki zdrowotnej od początku pandemii COVID-19	38
<b>4. Wpływ COVID-19 na postrzeganie polskiego systemu opieki zdrowotnej</b>	<b>40</b>

## STRESZCZENIE

- ▶ Polski system opieki zdrowotnej jest finansowany w 69,4% ze źródeł publicznych. Najważniejszym z nich jest składka na ubezpieczenie zdrowotne, która stanowi 59,1% finansowania ochrony zdrowia ogółem i 85,1% przychodów sektora publicznego w obszarze służby zdrowia. Pozostałymi źródłami finansowania publicznego systemu opieki zdrowotnej są dodatkowo transfery z budżetu centralnego i, w mniejszym stopniu, samorządów.
- ▶ Nie ulega wątpliwości, że obecny kryzys gospodarczy spowodowany przez panującą pandemię, a także bezpośrednie konsekwencje działań ograniczających zakażenia, będą miały wpływ zarówno na dochody, jak i wydatki publicznego systemu opieki zdrowotnej. Sytuacja ta jest jednak złożona i wymaga szczegółowej analizy poszczególnych kategorii przychodów i wydatków służby zdrowia.
- ▶ W celu zbadania możliwego wpływu COVID-19 na sektor publicznej opieki zdrowotnej przygotowano cztery scenariusze po stronie przychodów (analiza dotyczy jedynie płatnika publicznego) i wydatków. Trzy scenariusze zakładają, że obostrzenia nie powrócą, przy różnym nasileniu recesji i tempie ożywienia gospodarczego, natomiast czwarty, najbardziej pesymistyczny scenariusz przewiduje drugą falę COVID-19 i wynikający z niej przedłużony kryzys gospodarczy.
- ▶ Zakładając, że druga fala pandemii nie nastąpi, przewidujemy, że wpływy do NFZ ze składek spadną o 3,1%-4,5% (2,9-4,2 mld zł) w porównaniu z planem finansowym na kwiecień 2020 roku. W najgorszym scenariuszu deficyt ten mógłby się pogłębić do 6,9% (6,4 mld PLN).
- ▶ Zakres strat przychodów NFZ jest mniejszy niż pierwotnie zakładano, ponieważ rządowa ustawa antykryzysowa zawiera zapisy o zwrocie utraconej składki w związku z możliwością odstąpienia od uiszczania składek przez pracodawców i osób prowadzących działalność gospodarczą. Kolejnym czynnikiem kompensującym straty NFZ są zwiększone przychody ze składek potrącanych z emerytur państwowych i składek finansowanych z budżetu przez osoby oficjalnie bezrobotne.
- ▶ Ostatnia prognoza NFZ na czerwiec 2020 r. jest bardziej optymistyczna niż powyższe oszacowania, gdyż zakłada spadek przychodów o 2,1% (1,9 mld PLN) w stosunku do pierwotnego planu. Podejście NFZ ma jednak mniej szczegółowe założenia i nie uwzględnia najnowszych danych ekonomicznych oraz środków legislacyjnych, takich jak Dodatek Solidarnościowy. Nie daje też wglądu w możliwe alternatywne scenariusze i czynniki ryzyka.
- ▶ Po stronie wydatkowej przygotowano analizę historyczną w celu zbadania, czy strata przychodów NFZ ogranicza wydatki funduszu. W przeszłości wydatki na opiekę zdrowotną w relacji do PKB nie były ograniczane przez niższe dochody NFZ, w tym przez niższe wpływy ze składek zdrowotnych. Historycznie wydatki NFZ działały antycyklicznie. Polityka ta była możliwa dzięki buforowi finansowemu w postaci funduszu rezerwowego NFZ. Poziom tego funduszu na koniec 2018 roku, zysk NFZ w 2018 roku oraz dodatkowe środki z budżetu centralnego sugerują, że pod koniec 2019 roku bufor finansowy NFZ był na najwyższym w historii poziomie. W związku z tym NFZ dysponuje wystarczającymi środkami, aby uniezależnić poziom swoich wydatków od przychodów, nawet w przypadku najbardziej pesymistycznego scenariusza.



- 
- ▶ Biorąc pod uwagę fakt, że wydatki NFZ są w dużej mierze niezależne od dochodów (przynajmniej w perspektywie jednego roku), przewidywanie wydatków przyjęło formę jakościowych, eksperckich badań wspartych dyskusjami z odpowiednimi decydentami. Według tej analizy, łączne wydatki NFZ na opiekę zdrowotną mają spaść o 1,2 mld PLN w stosunku do planu NFZ z kwietnia 2020 r., głównie ze względu na spadek wydatków na opiekę szpitalną – największą kategorię kosztów (prawie 0,9 mln PLN bez uwzględnienia refundacji). Drugi co do wielkości spadek wydatków (o 273 mln PLN) dotyczyć będzie kategorii refundacji leków łącznie. Pozostałe kategorie kosztów, które według szacunków ulegną obniżeniu, będą skutkowały zmniejszeniem wydatków o 207 mln PLN.
  - ▶ Z drugiej strony, w wyniku pandemii COVID-19, spodziewany jest wzrost niektórych kategorii kosztów. Dotyczy to leczenia psychiatrycznego i ratownictwa medycznego, których koszty według prognoz mają wzrosnąć o 285 mln PLN. Pozostałe kategorie kosztów są albo społecznie i politycznie wrażliwe (np. opieka podstawowa), trudne do przewidzenia (np. opieka ambulatoryjna), albo w dużym stopniu niedotknięte pandemią (np. świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne).
  - ▶ Powyższe rozważania dotyczą jedynie pośrednich skutków COVID-19, ponieważ to budżet centralny ponosi finansowe konsekwencje pandemii. Przewiduje się, że łączne koszty bezpośrednie dla budżetu centralnego wyniosą 774 mln PLN, przy czym pośrednie efekty COVID-19 dla budżetu centralnego będą nieznaczące. Należy podkreślić, że na rzeczywisty poziom wydatków będą miały wpływ decyzje polityczne oparte przede wszystkim na rzeczywistym kształtowaniu się sytuacji epidemiologicznej.
  - ▶ W celu zbadania postrzegania polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz możliwych sposobów walki z jego niedofinansowaniem, przeprowadzono badanie wśród 1066 respondentów. Z pewnością można stwierdzić, że pandemia COVID-19 znacznie poprawiła opinię o znaczeniu systemu opieki zdrowotnej w Polsce. W oczach respondentów, rząd wydaje się już teraz traktować system jako obszar priorytetowy. Nadal wymaga on jednak znacznych reform, zwłaszcza w celu zmniejszenia barier finansowych i poprawy dostępu do innowacji medycznych. Społeczeństwo popiera to priorytetowe traktowanie i jest świadome potrzeby zwiększenia zasobów przeznaczanych na ochronę zdrowia, choć niechętnie odnosi się do bezpośredniego wsparcia systemu. Może to wynikać w szczególności z widocznych już barier finansowych w dostępie do usług zdrowotnych. Preferowanym wariantem jest ograniczenie finansowania innych obszarów interesu publicznego, zwłaszcza bezpieczeństwa i obronności, lub znalezienie oszczędności w samym systemie opieki zdrowotnej. Chęć zwiększenia składki na opiekę zdrowotną jest niewielka. Nawet wymierna poprawa efektywności nie wystarczy, aby respondenci zgodzili się na ten wariant.
  - ▶ Jest jeszcze zbyt wcześnie, by stwierdzić, czy priorytetyzacja opieki zdrowotnej w oczach społeczeństwa jest zjawiskiem długotrwałym. Wydaje się jednak, że problem polega na powiązaniu wysokiego postrzegania znaczenia ochrony zdrowia (które przez pandemię COVID-19 jeszcze wzrosło) z potrzebą zwiększonego finansowania. Wydaje się, że społeczeństwo nie chce być obciążone finansowaniem opieki zdrowotnej bezpośrednio lub pośrednio poprzez wzrost składki na opiekę zdrowotną i wolałoby, aby rząd podjął się tego zadania.



# Wprowadzenie do polskiego systemu opieki zdrowotnej

## 1.1. Dostęp do usług opieki społecznej

Obywatele polscy mają konstytucyjne prawo do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, które są finansowane ze środków publicznych. Według danych OECD około 92,9% ludności była objęta systemem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w 2018 roku. Obejmuje to osoby opłacające składki ubezpieczeniowe oraz członków ich rodzin. Składki na ubezpieczenie zdrowotne dla osób, które nie otrzymują wynagrodzenia, innych dochodów z pracy lub otrzymujących emerytury, są finansowane ze środków publicznych, zgodnie z zasadą powszechności ubezpieczenia. Rząd jest zobowiązany do zapewnienia bezpłatnej opieki zdrowotnej m.in. dla dzieci, kobiet w ciąży oraz osób niepełnosprawnych.

Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne formalnie gwarantuje dostęp do bardzo szerokiego wachlarza usług zdrowotnych, bez konieczności dokonywania płatności jednorazowych. Z wyjątkiem współfinansowania kosztów leków i niektórych usług uzdrowiskowych, system publiczny zazwyczaj nie wymaga od ubezpieczonych udziału w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Jednak płatności dokonywane przez prywatne gospodarstwa domowe stanowią istotną część całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną.

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne nie są powszechne, choć zyskują na znaczeniu. Nie odgrywają one jeszcze istotnej roli i w dużej mierze ograniczają się do pakietów abonamentów medycznych oferowanych przez pracodawców. Jednak w ostatnich latach obserwuje się ich znaczący wzrost. Sektor prywatny przeżywa rozkwit, świadcząc standardowe usługi podstawowe dla obywateli klasy średniej i wyższej, podczas gdy najbardziej zaawansowane procedury są nadal wykonywane przez publiczny system opieki zdrowotnej.

Publiczne uprawnienia gwarantowane na papierze nie zawsze są szybko dostępne, stąd też popularyzacja prywatnej opieki zdrowotnej. Okres oczekiwania na wizytę np. chirurga ogólnego, pediatry lub położnika nie jest znaczny. Jednak w niektórych przypadkach, np. w obszarze endokrynologii, czas oczekiwania wynosi wiele miesięcy. Według danych OECD z 2018 r. średni czas oczekiwania na liście do wybranych zabiegów może wynosić ponad rok. Tak jak w przypadku operacji zaćmy (544 dni), wymiany biodra (731 dni) czy kolana (852 dni). Należy jednak stwierdzić, że niedawno Ministerstwo Zdrowia podjęło istotne kroki w celu skrócenia czasu oczekiwania na te zabiegi.



## 1.2. Główni uczestnicy polskiego publicznego systemu opieki społecznej

Ministerstwo Zdrowia jest głównym decydentem i regulatorem w polskim systemie opieki zdrowotnej. Poności ogólną odpowiedzialność za zarządzanie sektorem ochrony zdrowia i jego organizacją. Jest odpowiedzialne za krajową politykę zdrowotną, główne inwestycje kapitałowe oraz badania medyczne i edukację. Ministerstwo jest również odpowiedzialne za nadzór nad szkoleniem personelu medycznego, regulowanie zawodów medycznych, finansowanie bardzo drogiego sprzętu medycznego (odpowiedzialność w tym zakresie jest dzielona z samorządami terytorialnymi) oraz za ustalanie i monitorowanie standardów ochrony zdrowia. Ministerstwo finansuje również niektóre usługi ratownictwa medycznego i pełni szereg funkcji nadzorczych.

Decydent i regulator

**Ministerstwo Zdrowia**

Rolę płatnika publicznego pełni Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), którego głównym zadaniem jest finansowanie świadczeń zdrowotnych świadczonych na rzecz osób ubezpieczonych. NFZ negocjuje i podpisuje umowy o świadczenie usług ze świadczeniodawcami (ustalając ich wartość, wielkość i strukturę), monitoruje wypełnianie warunków umowy i odpowiada za rozliczanie umów. NFZ ma ograniczone uprawnienia regulacyjne, ale ma pewien wpływ na ceny kontraktowanych usług. NFZ opracowuje, wdraża i finansuje programy zdrowotne. Ponadto zajmuje się promocją zdrowia, monitorowaniem przepisywania leków i prowadzeniem Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Płatnik publiczny

**Narodowy Fundusz Zdrowia**

Samorządy terytorialne są zazwyczaj właścicielami lub mają tzw. pozycję quasi-właściciela (są organami założycielskimi) dla większości publicznych przychodni i szpitali. Odpowiadają one za prowadzenie inwestycji i pełnią szereg funkcji nadzorczych i kontrolnych, ale nie mają praktycznie żadnego wpływu na ich umowy z NFZ. Odpowiadają także za akcje prozdrowotne i profilaktykę oraz służbę ratownictwa medycznego w swoim regionie.

Właściciele lub quasi-właściciele większości stacjonarnych placówek opieki zdrowotnej

**Samorządy terytorialne**

Świadczeniodawcami usług medycznych są publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne i grupowe praktyki medyczne. Podmioty publiczne dominują w szpitalnej opiece zdrowotnej, natomiast niepubliczni świadczeniodawcy są aktywniejsi w obszarze opieki ambulatoryjnej.

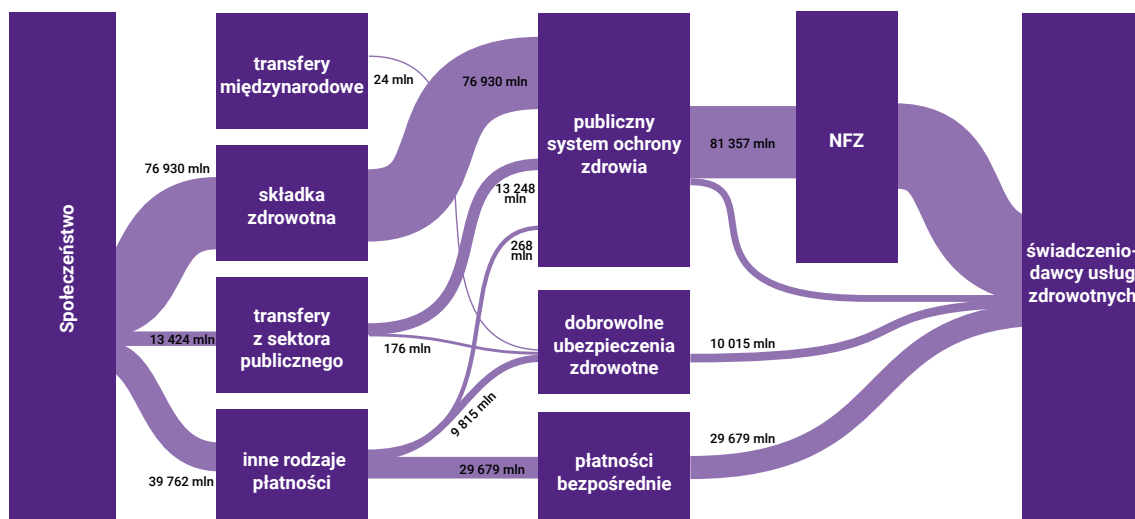
**Świadczeniodawcy usług medycznych**

### 1.3. Przepływy finansowe

Polski system opieki zdrowotnej jest finansowany w 69,4% ze źródeł publicznych. Wśród nich najważniejszym źródłem finansowania jest składka na ubezpieczenie zdrowotne, która stanowi 59,1% całości finansowania ochrony zdrowia i 85,1% przychodów samej publicznej służby zdrowia. Składki te pobierane są od osób zatrudnionych w sektorze pozarolniczym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), a od rolników przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). NFZ płaci ZUS i KRUS za pobieranie składek na ubezpieczenie zdrowotne (zaangażowanie tych funduszy w sferze zdrowia ogranicza się do pobierania składek). Publiczny system ochrony zdrowia jest finansowany dodatkowo z transferów z budżetu państwa i samorządów. W 2017 r. finansowanie z tych źródeł pokrywało 10,3% przychodów publicznego systemu ochrony zdrowia. Większość tej kwoty pochodzi z budżetu centralnego.

Wykres 1

Przepływy finansowe w polskim systemie opieki zdrowotnej w 2017 (w PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia (Główny Urząd Statystyczny 2019)

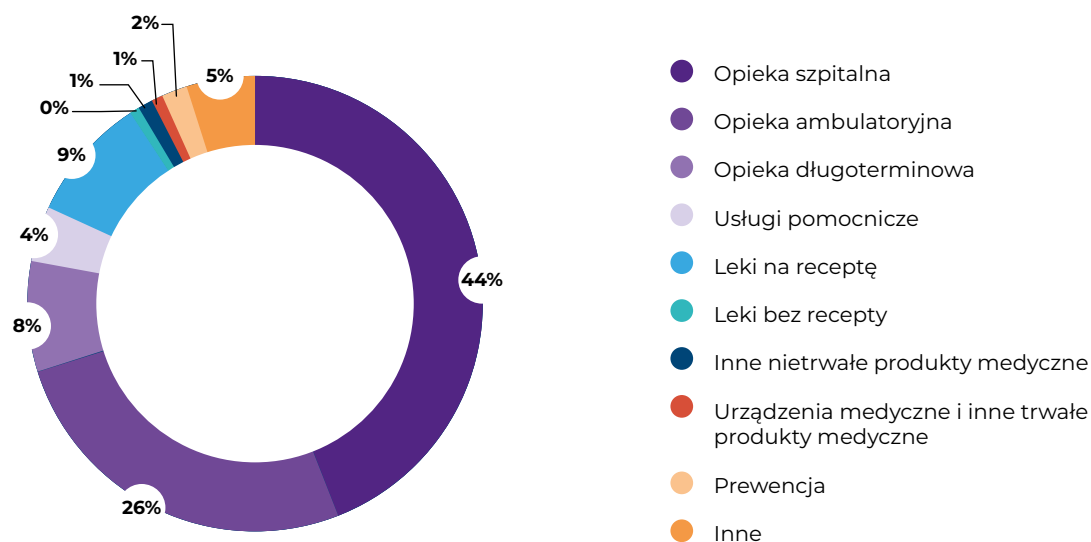
44% wydatków publicznych na opiekę zdrowotną przeznaczane jest na leczenie szpitalne. Około 1/4 łącznej kwoty przychodów publicznego sektora ochrony zdrowia trafia na leczenie ambulatoryjne. Inne kategorie kosztowe są znacznie mniejsze – na trzecim miejscu znajdują się leki wydawane na receptę – 9% całkowitych wydatków publicznych, a na czwartym opieka długoterminowa – 8%.

Prywatne wydatki na opiekę zdrowotną przyjmują formę płatności bezpośrednich i współpłatności lub dobrowolnego ubezpieczenia prywatnego. W 2017 r. około 30,6% wydatków na opiekę zdrowotną pochodziło ze źródeł prywatnych. Największą część tej sumy stanowiły płatności bezpośrednie, tzw. płatności "out of-pocket", które stanowiły 22,8% łącznych wydatków na ochronę zdrowia. Wydatki na leki dostępne bez recepty okazały się najbardziej kosztowną kategorią. Stanowiły one ok. 44% wszystkich wydatków bezpośrednich, co przekłada się na 0,6% PKB - najwyższy wskaźnik wśród krajów OECD. 1/3 wszystkich bezpośrednich wydatków na opiekę zdrowotną przeznaczana jest na opiekę ambulatoryjną. 11% płatności bezpośrednich wynikało z kosztów leków wydawanych na receptę, często współpłatności.



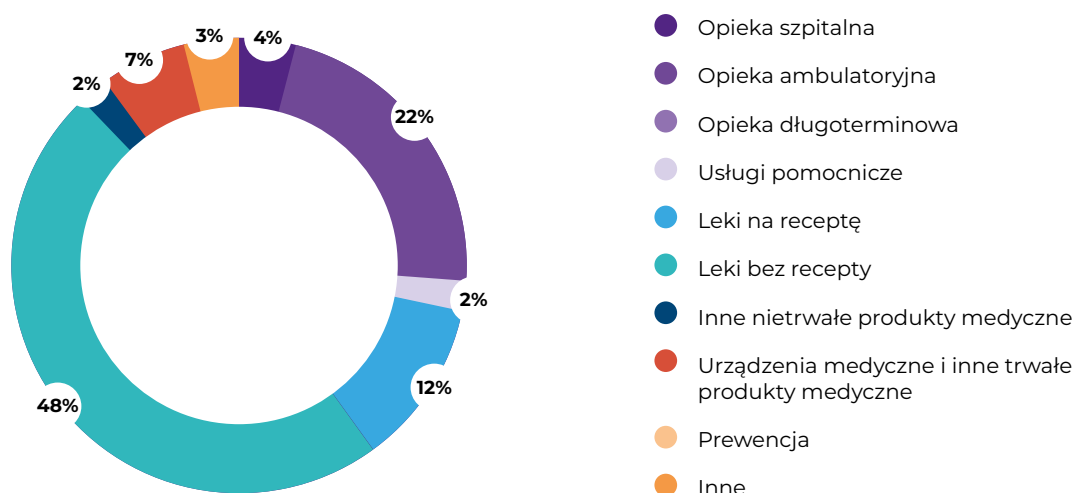


Wykres 2  
Kompozycja wydatków na publiczny system służby zdrowia



Źródło: stats.oecd.org

Wykres 3  
Kompozycja bezpośrednich wydatków na opiekę zdrowotną w 2018 r.

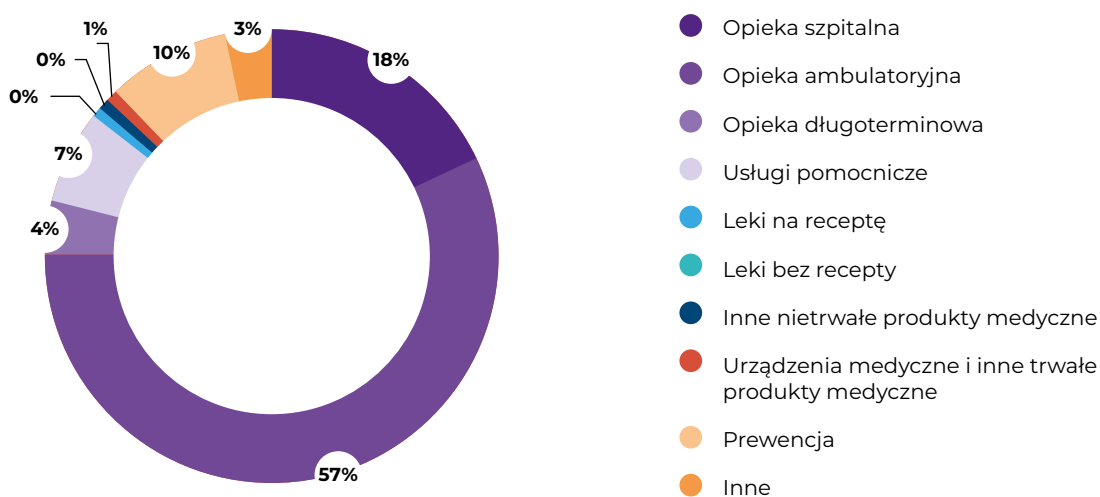


Źródło: stats.oecd.org

7,7% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną miało formę dobrowolnego ubezpieczenia prywatnego. Ten sposób finansowania jest najczęściej stosowany w opiece ambulatoryjnej, przy czym w nawet większym stopniu niż w przypadku wydatków bezpośrednich. Opieka ambulatoryjna pochłania 57% łącznej kwoty dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Prawie 1/5 łącznej sumy przeznaczana jest na opiekę stacjonarną, a 10% na profilaktykę.

Wykres 4

Kompozycja wydatków na opiekę zdrowotną z dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w 2018 r.



Źródło: stats.oecd.org

Należy podkreślić, że prywatne finansowanie opieki zdrowotnej rozwija się dzięki wielu czynnikom. Ze względu na niską satysfakcję pacjentów z publicznej opieki zdrowotnej i długie kolejki do lekarzy specjalistów oraz do niektórych zabiegów chirurgicznych, Polacy (zwłaszcza ci zamożniejsi) są coraz bardziej chętni, by płacić z własnej kieszeni za wizyty lekarskie, jednodniowe pobyty w szpitalu i zabiegi rehabilitacyjne.

Główną przyczyną odchodzenia od publicznej opieki zdrowotnej jest niedofinansowanie, które było i jest głównym problemem polskiego sektora ochrony zdrowia. Poziom finansowania sektora opieki zdrowotnej ze źródeł publicznych jest jednym z najniższych w Europie. W 2018 r. Polska wydała na zdrowie 6,3% produktu krajowego brutto, co jest piątym najniższym wynikiem wśród krajów OECD. Wynik ten mógłby być jeszcze niższy, gdyby nie względnie wysoki udział wydatków prywatnych w całkowitych kosztach ochrony zdrowia.

Aby przeciwdziałać niedofinansowaniu, Parlament zagłosował za zwiększeniem publicznych wydatków na opiekę zdrowotną z obecnych 4,6% do 6% PKB do 2024 roku<sup>1</sup>. Jest to bezprecedensowy wzrost, ponieważ w latach 1990-2017 mieliśmy do czynienia ze zwiększeniem tego wskaźnika jedynie o 0,4 punktu procentowego. Środki te mają być wykorzystane do podniesienia jakości publicznej opieki zdrowotnej, podniesienia płac w tym sektorze i zmniejszenia problemów z dostępnością. W przypadku, gdyby ścieżka wzrostu sektora prywatnego obserwowana w ostatniej dekadzie nie uległa zmianie, wydatki na opiekę zdrowotną do 2024 r. mogłyby osiągnąć ponad 8,5% PKB, co jest wskaźnikiem porównywalnym do osiągniętych obecnie w takich krajach jak Włochy, Hiszpania i Portugalia.

1. Ustawa z 5.07.2018 r. (Dz. U. poz. 1532)





# Wpływ COVID-19 na dochody systemu opieki zdrowotnej

## 2.1. Prognoza zewnętrzna wpływu COVID-19 na sytuację ekonomiczną

COVID-19 zmusił rząd do wprowadzenia środków ograniczających rozprzestrzenianie się choroby, które niestety negatywnie wpłynęły na polską gospodarkę. Do tej pory (lipiec) nasza gospodarka nie wróciła do stanu sprzed pandemii i nie osiągnie tego w tym roku. Spowolnienie zaburzyło rynek pracy, finanse publiczne, a co za tym idzie również dochody NFZ.

Dostępne już dane dają pewien wgląd w zakres spowolnienia<sup>2</sup>:

- ▶ w maju 2020 roku (dane za czerwiec nie zostały jeszcze opublikowane) zatrudnienie w przedsiębiorstwach zatrudniających 10 i więcej osób (38 proc. zatrudnionych w polskiej gospodarce) było o 240 tys. niższe niż w marcu, a przeciętne wynagrodzenie spadło o ponad 370 PLN. Oznacza to, że ta kategoria może spowodować, że przychody NFZ w kwietniu i maju będą niższe o ponad 400 mln PLN. Gdyby niekorzystna sytuacja na rynku pracy utrzymywała się w kolejnych miesiącach (w firmach zatrudniających ponad 10 pracowników), przychody NFZ byłyby niższe o 1,9 mld PLN;
- ▶ w maju 2020 r. liczba bezrobotnych wzrosła o ponad 102 tys. w porównaniu z końcem marca (z 909 tys. do 1011,7 tys.);
- ▶ w okresie styczeń-czerwiec 2020 r. wpływy podatkowe budżetu państwa były o 11,8 mld PLN niższe niż w tym samym okresie 2019 r.

To dopiero początek wpływu COVID-19 na polską gospodarkę. Ponieważ jednak gospodarka nigdy wcześniej nie była w tego typu zamknięciu, oraz nie działano w warunkach takiej niepewności, bardzo trudno jest przewidzieć zmiany, jakie nastąpią. Najbliższym porównaniem do obecnej sytuacji jest kryzys lat 2008-2009. Jednak to porównanie może jedynie pokazać trendy, a nie skalę negatywnych zmian w gospodarce. Kryzys COVID-19 nie tylko zintensyfikował dotychczas obserwowane trendy (spowolnienie), ale także dodał nowe, w tym niespodziewany wcześniej spadek zatrudnienia czy obniżenie wynagrodzeń. Dlatego analiza sytuacji w polskiej gospodarce spowodowanej kryzysem w latach 2008-2009 może być jedynie punktem wyjścia dla prognoz na 2020 rok.

Analiza sytuacji w polskiej gospodarce w latach 2008-2009 opiera się na porównaniu zmian spowodowanych kryzysem do prognoz makroekonomicznych na rok 2009 przygotowanych przez Ministerstwo Finansów (MF). W 2009 r. Ministerstwo Finansów spodziewało się 4,8 proc. wzrostu PKB (zgodnie z ustawą budżetową). Rzeczywisty wzrost PKB wyniósł 1,7 proc., a zatem nie wystąpiła recesja. W tym czasie gospodarka UE skurczyła się znacznie, o ponad 4 procent.

Oslabienie naszej gospodarki trwało cztery kwartały (4. kwartał 2008 – 3. kwartał 2009) i nie miało negatywnego wpływu na zatrudnienie i płace. Zatrudnienie w całej gospodarce było wprawdzie niższe o ponad 1,0 proc. w porównaniu z prognozami MF, ale w sektorze przedsiębiorstw (bez mikrofirm) nastąpił niewielki wzrost zatrudnienia. Nastąpił również wzrost płac, zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Dlatego też, nawet przy słabszym wzroście gospodarczym, rynek pracy nie ucierpiał. Konsumpcja gospodarstw domowych zapobiegła wystąpieniu recesji.

*Tabela 1  
Zmiana podstawowych wskaźników w trakcie kryzysu 2008-2009*

<i>wskaźnik</i>	<i>zmiana w czasie kryzysu</i>
<i>Realny wzrost PKB</i>	<i>spadek o 2/3</i>
<i>Zmiana konsumpcji gospodarstw domowych</i>	<i>spadek o ponad 60%</i>
<i>Zmiana konsumpcji zbiorowej</i>	<i>spadek o 20%</i>
<i>Liczba bezrobotnych</i>	<i>wzrost o 1/3</i>
<i>Zatrudnienie w gospodarce narodowej</i>	<i>spadek o ponad 1%</i>
<i>Zatrudnienie w przedsiębiorstwach zatrudniających co najmniej 10 pracowników</i>	<i>wzrost o ponad 3%</i>
<i>Płace w gospodarce narodowej</i>	<i>wzrost o ponad 0,5%</i>
<i>Płace w przedsiębiorstwach zatrudniających co najmniej 10 pracowników</i>	<i>wzrost o ponad 4%</i>
<i>Płace w sektorze publicznym</i>	<i>wzrost o ponad 7%</i>

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z GUS i Ministerstwa Finansów*

Doświadczenia kryzysu z lat 2008-2009 doprowadziły do wysnucia wnikliwych wniosków, które mogą być wykorzystane w opracowywaniu założeń wstępnych do oceny obecnego kryzysu gospodarczego spowodowanego pandemią:

- ▶ spadek tempa wzrostu PKB o 2/3 w porównaniu z prognozami makroekonomicznymi na rok 2009;
- ▶ prawie równie silny spadek dynamiki konsumpcji gospodarstw domowych;
- ▶ stosunkowo niewielki spadek wzrostu konsumpcji publicznej;
- ▶ bezrobocie zaczęło rosnąć po dwóch miesiącach od początku światowego kryzysu finansowego (bankructwa Lehman Brothers) i przestało rosnąć po 17 miesiącach (w kwietniu 2010 r.). Liczba bezrobotnych zwiększyła się o 725 tys. osób, czyli o 90 proc. Jednak liczba bezrobotnych z prawem do zasiłku dla bezrobotnych wzrosła tylko o 200 tys. osób;
- ▶ zatrudnienie w gospodarce narodowej nieznacznie spadło, jednak nie licząc firm zatrudniających mniej niż 10 osób, wzrosło ono o ok. 3%;



- ▶ wynagrodzenia w gospodarce narodowej również wzrosły, wzrost ten był silniejszy w instytucjach publicznych niż w firmach komercyjnych;
- ▶ wystąpił silniejszy wzrost liczby emerytów ZUS w porównaniu z tym, co sugerował trend demograficzny, część tego wzrostu była prawdopodobnie spowodowana "ucieczką z bezrobocia";
- ▶ nastąpił spadek liczby emerytów, ale wzrost ogólnej wysokości emerytur.

Wszystkie te dane pokazują, że kryzys lat 2008-2009 może być podstawą do prognoz na 2020 rok jako ogólnych trendów, których możemy się spodziewać. Jednak prognozy dotyczące PKB, rynku pracy, finansów publicznych powinny być oparte na realnej sytuacji polskiej gospodarki w drugim kwartale 2020 roku. Dane za ten okres (produkcja przemysłowa, produkcja budowlana, sprzedaż detaliczna, zatrudnienie i płace w sektorze przedsiębiorstw, wskaźniki koniunktury) potwierdziły, że środki zapobiegające rozprzestrzenianiu się pandemii spowodowały głębokie wstrząsy gospodarcze. W drugim kwartale 2020 roku możemy spodziewać się spadku PKB o 9% r./r., spadku zatrudnienia (sektor przedsiębiorstw 10+) o minimum 1% oraz spadku wynagrodzeń o 3,5%. Jest oczywiste, że pandemia spowodowała głęboką recesję, a nie osłabienie gospodarki, jak to miało miejsce w latach 2008-2009.

Dodatkowo nie wiemy, co stanie się w drugiej połowie 2020 roku. Zależy to od sytuacji pandemicznej i poziomu niepewności co do ewentualnego powrotu do ograniczeń.

W związku z tym scenariusz bazowy dla sytuacji w polskiej gospodarce w 2020 r. został oparty na prognozach różnych instytucji światowych i polskich, takich jak prognozy wstępne.

Pierwsza prognoza makroekonomiczna została przedstawiona przez rząd w Uzasadnieniu do ustawy budżetowej na 2020 r. (z 2019 r.). Założono wzrost PKB na poziomie 3,7% r/r. W kwietniu 2020 r. Ministerstwo Finansów przedstawiło aktualizację Programu Konwergencji, w której dokonano zmiany dotychczasowego sumowania PKB i spadku do -3,4%. Najnowsza prognoza polskiego rządu na rok 2020 (z kwietnia br.) wynosiła -3,7% w ujęciu realnym i -0,3% nominalnie. W czerwcu rząd powinien przedstawić prognozy makroekonomiczne na rok 2021 w projekcie budżetu wraz z nowymi prognozami na rok 2020. Niestety, nie zostały one jeszcze opublikowane, prawdopodobnie z powodu wyborów prezydenckich.

Narodowy Bank Polski (NBP) przedstawił w marcu swoje prognozy dla polskiej gospodarki na rok 2020 wraz z wiosennym raportem o inflacji. Prognoza zakładała wzrost PKB o 3,2% rok do roku. Kolejny raport o inflacji powinien być zostać opublikowany na początku lipca. W czerwcu NBP zebrał prognozy ekspertów (prezentacja na stronie internetowej NBP w lipcu b.r.). Pokazują one, że z 50 proc. prawdopodobieństwem spadek PKB w 2020 r. wyniesie od 1,8 do 5,0 proc. Nie jest to jednak oficjalna prognoza NBP.

Polski Instytut Ekonomiczny (PIE) dostarczył analizy i ekspertyzy na potrzeby realizacji rządowej Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju. PIE przygotował i opublikował prognozę spadku PKB w 2020 r.<sup>3</sup> w dwóch scenariuszach: z drugą falą COVID-19 i bez niej. W pierwszym scenariuszu zakłada się spadek PKB o 7,1% r./r., a w drugim spadek PKB o 4,0% r./r. Oba scenariusze zakładają spadek konsumpcji krajowej i silny spadek popytu zagranicznego.

Prognozy gospodarcze Komisji Europejskiej z wiosny 2020 roku zakładają, że polska gospodarka skurczy się o 4,3% r./r. W kolejnych letnich prognozach gospodarczych (lipiec)

3. [https://pie.net.pl/wp-content/uploads/2020/05/Miesiecznik-Makroekonomiczny\\_4-2020.pdf](https://pie.net.pl/wp-content/uploads/2020/05/Miesiecznik-Makroekonomiczny_4-2020.pdf); forecast based on input-output model.

Komisja przewiduje głębszą recesję dla wszystkich krajów UE, w tym Polski. Nowa wartość wzrostu PKB dla polskiej gospodarki w 2020 r. wynosi -4,6%. Komisja Europejska zaznacza również: „Biorąc pod uwagę niezwykle niepewność związaną z prognozami gospodarczymi, ta prognoza nadal opiera się na szeregu mocnych założeń co najważniejsze, zakłada się, że środki ograniczające rozprzestrzenianie się choroby w UE będą stopniowo dalej znoszone i żadna poważna druga fala zakażeń nie spowoduje nowych, powszechnych ograniczeń. Niemniej jednak uwzględnia się w tym kontekście specjalne środki na rzecz dystansu społecznego, które mają wpływ na sektory wymagające kontaktów międzyludzkich. Oczekuje się, że środki polityki fiskalnej i pieniężnej, wiarygodnie zapowiedziane do daty ogłoszenia raportu, będą wspierać ożywienie gospodarcze i zapobiegać bankructwom i zwolnieniom na dużą skalę. Wciąż jednak prawdopodobne jest, że dojdzie do bankructw i utraty zatrudnienia we wszystkich państwach członkowskich. Na poziomie globalnym, wciąż rosnące tempo infekcji, w szczególności w USA i na rynkach wschodzących, pogorszyło światowe perspektywy i oczekuje się, że będzie ono stanowić przeszkodę dla gospodarki europejskiej”<sup>4</sup>

Najnowsze prognozy Banku Światowego (z czerwca) przewidują spadek PKB o 4,2% r/r.<sup>5</sup> Instytucja jest zaniepokojona długoterminowymi skutkami gospodarczymi pandemii: „oprócz bolesnych skutków gospodarczych, pandemia będzie miała również poważne i długotrwałe skutki społeczno-gospodarcze, które mogą osłabić długoterminowe perspektywy wzrostu – spadek inwestycji z powodu zwiększonej niepewności, erozja kapitału ludzkiego wśród tysięcy bezrobotnych oraz możliwość zerwania relacji handlowych i łańcuchów dostaw”.<sup>6</sup>

Międzynarodowy Fundusz Walutowy (MFW) przewidział w kwietniu, że w 2020 roku polska gospodarka znajdzie się w recesji. Według tych prognoz spadek wyniesie 4,6% PKB. Jego prognozy przedstawione w lipcu nie zmieniły tej liczby. MFW zauważa, że „pandemia COVID-19 miała bardziej negatywny wpływ na aktywność w pierwszej połowie 2020 roku niż przewidywano, a odbudowa ma być bardziej stopniowa niż wcześniej prognozowano”. Podobnie jak w przypadku prognoz z kwietnia 2020 r., poziom niepewności tego przewidywania jest wyższy niż zazwyczaj. Prognoza bazowa opiera się na kluczowych założeniach dotyczących skutków pandemii. W gospodarkach o malejących wskaźnikach zakażeń wolniejsza ścieżka odbudowy przedstawiona w zaktualizowanej prognozie odzwierciedla utrzymujący się dystans społeczny do drugiej połowy 2020 r.; bardziej znaczące skutki (przerwanie łańcuchów dostaw) wynikające z większego niż przewidywano wpływu na aktywność w czasie ograniczeń spowodowanych pandemią (tzw. lockdown) w pierwszym i drugim kwartale 2020 r.; a także wpływ na wydajność, ponieważ przedsiębiorstwa, które przetrwały, rozwijają niezbędne praktyki w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Dla gospodarek borykających się z trudnościami w kontrolowaniu wskaźników zakażeń dłuższe zawieszenie działalności będzie dodatkowym obciążeniem.”<sup>7</sup>

Europejski Bank Odbudowy i Rozwoju (EBOR) przewiduje spadek polskiego PKB o 3,5% (maj 2020 r.). Wyjaśnieniem stosunkowo łagodnego spadku PKB było wdrożenie rządowych programów wsparcia dla przedsiębiorstw i gospodarstw domowych: „Polski rząd ogłosił kilka pakietów „tarczy anty kryzysowej” o wartości prawie 15% PKB. Koncen-

4. [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/summer\\_2020\\_economic\\_forecast\\_-\\_overview.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/summer_2020_economic_forecast_-_overview.pdf)

5. Global Economic Prospects: <file:///C:/Users/MAGOSI-1/AppData/Local/Temp/9781464815539.pdf>

6. Tamże

7. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune2020>



trują się one na ochronie zatrudnienia (subsydia płacowe), przedsiębiorstw (zastrzyki płynności), opieki zdrowotnej (poprawa infrastruktury, w tym telemedycyny), wzmocnieniu systemu finansowego (działania Narodowego Banku Polskiego) oraz zwiększeniu inwestycji publicznych. Bank centralny wspierał rząd podczas kilku operacji zakupu papierów wartościowych wspieranych przez rząd od krajowych instytucji finansowych, zwłaszcza od Banku Gospodarstwa Krajowego (BGK) i prowadzonego przez państwo Polskiego Funduszu Rozwoju (PFR). Te dwie instytucje odegrały kluczową rolę w zarządzaniu reakcją na kryzys”.

Fitch, Moody's i S&P, największe światowe agencje ratingowe przygotowały własne prognozy dla Polski. Prognozy dla tych trzech agencji są bardzo zróżnicowane. Niestety, autorzy nie informują, jakie czynniki były kluczowe dla przyjęcia takich założeń o załamaniu w polskiej gospodarce w 2020 roku. Należy jednak wziąć pod uwagę te prognozy, gdyż Fitch, Moody's i S&P oceniają kondycję gospodarek Polski, a prognozy te wpływają bezpośrednio na koszt kapitału pozyskanego na rynku przez polski rząd.

*Tabela 2  
Prognozy PKB dla Polski w 2020 r. opracowane przez agencje ratingowe*

	<i>Fitch</i>	<i>S&amp;P</i>	<i>Moody's</i>
	<i>Czerwiec 2020</i>	<i>Maj 2020</i>	<i>Maj 2020</i>
<i>zmiana PKB (% rok do roku)</i>	<b>-3,2</b>	<b>-4,0</b>	<b>-3,8</b>

*Źródło: Fitch, Moody's, S&P*

Banki komercyjne działające w Polsce również przygotowały prognozy dotyczące wzrostu PKB w 2020 roku. W raporcie wykorzystano prognozę czterech banków działających na polskim rynku, których kapitał pochodzi z różnych krajów: Polska, Francja, Niemcy i USA. W ich prognozach widzimy, podobnie jak w prognozach agencji ratingowych, znaczne różnice.

*Tabela 3  
Prognozy PKB na 2020 r. opracowane przez banki działające w Polsce*

	<i>Credit Agricole</i>	<i>Pekao SA</i>	<i>mBank</i>	<i>Citi</i>
<i>zmiana PKB (% rok do roku)</i>	<b>-3,8</b>	<b>-4,4</b>	<b>-4,2</b>	<b>-5,0</b>

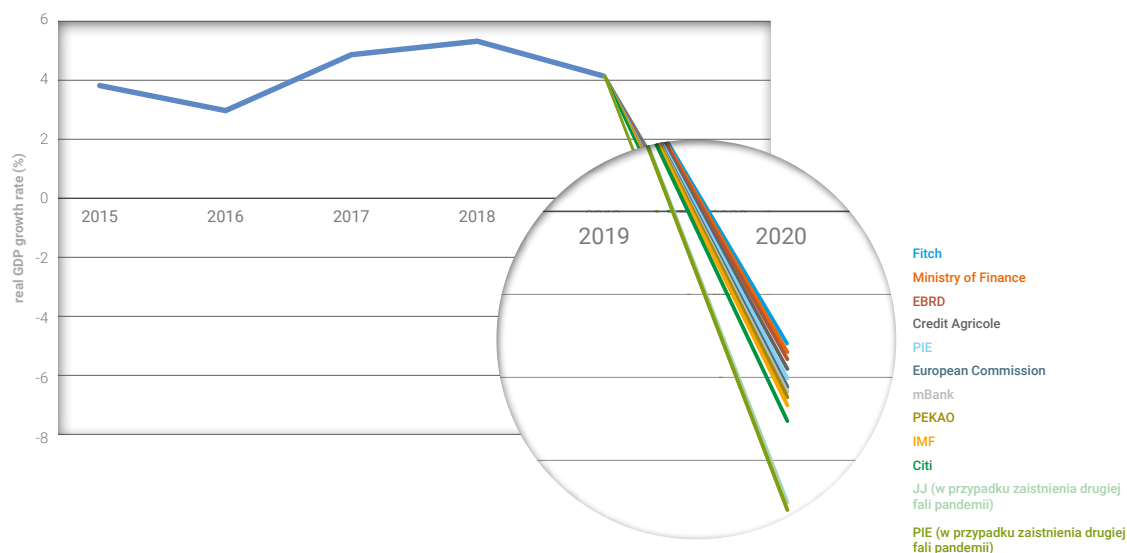
*Źródło: Credit Agricole, Pekao SA, mBank, Citi*

W przypadku prognoz banków można założyć, że różnice te wynikają z różnych portfeli klientów. Modele makroekonomiczne stosowane przez banki są częściowo oparte na danych własnych, które pochodzą ze wszystkich ocen sytuacji klientów.

Prywatna firma konsultingowa *jj consulting* opracowała kolejną prognozę dla scenariusza z drugą falą COVID-19 (podobnie jak Polski Instytut Ekonomiczny). W takiej sytuacji firma prognozuje spadek o 7,0% r/r, zgodnie z prognozą PIE.

Prezentowany zestaw prognoz wykazuje duże rozbieżności w ocenie wpływu COVID-19 na polską gospodarkę w 2020 r. bez drugiej fali. Minimalny spadek wyniósł 3,2 proc. (Fitch), a maksymalny 5,0 proc. (Citi).

Wykres 5  
Wpływ COVID-19 na wzrost gospodarczy – prognozy różnych instytucji



Źródło: Opracowanie własne na podstawie prognoz KE, EBOR, Ministerstwa Finansów, IMF, Fitch, banków komercyjnych, PEI, JJ Consulting

Scenariusz bazowy dla polskiej gospodarki dla tego raportu został obliczony jako średnia wszystkich prezentowanych prognoz (co ciekawe, równa się medianie). Średni spadek PKB w 2020 r. prognozowany jest na poziomie 4,0%. Jest to punkt wyjścia dla wszystkich pozostałych założeń, tj. dla zmian na rynku pracy, finansów publicznych, liczby emerytów i rencistów, itp. Wszystkie te założenia są podstawą do prognozowania przychodów NFZ.

## 2.2. Założenia do poszczególnych scenariuszy ekonomicznych

Dochody NFZ pochodzą głównie ze składek ludności pracującej, bezrobotnych (opłacanych z pieniędzy publicznych) i emerytów. Ponieważ obecny kryzys wpływa na poziom zatrudnienia i płac, tendencję do przechodzenia na emeryturę i zamykania działalności gospodarczej, ma on również wpływ na rewaloryzację składek NFZ. Dlatego też konieczne są scenariusze ekonomiczne dla tych obszarów, aby obliczyć możliwe straty dochodów w budżecie NFZ.

Główne założenia opracowanej prognozy ekonomicznej są następujące:

1. Spadek realnego PKB w 2020 r.: 4,0 %.
2. Deflator PKB: 3,0 %, co oznacza spadek nominalnego PKB o ok. 1,0 %.
3. Zmiany w zatrudnieniu, bezrobociu i wynagrodzeniach opierały się na tendencjach obserwowanych w kryzysach 2008-2009 oraz głównie na sytuacji na rynku pracy w drugim kwartale 2020 r. Dodatkowe dane pochodzą z informacji medialnych





o spodziewanym przez rząd spadku zatrudnienia (190 tys. etatów), wzroście bezrobocia o 415 tys. osób (ok. 45%), wzroście płac nominalnych o 3% oraz wzroście płac realnych o 0,15% przy inflacji 2,8%. Założenia te stanowią podstawę dla scenariusza bazowego (S1).

4. Dodatkowe scenariusze dla jednej fali COVID-19 (S2 – optymistyczny i S3 – pesymistyczny) zakładają odchylenia od scenariusza bazowego o +/- 20 %.
5. Czwarty scenariusz dotyczy sytuacji z drugą falą COVID-19 jesienią 2020 r. (przypadek S4 – najgorszy). Bazuje on na dwóch przedstawionych wcześniej prognozach (PIE i JJ Consulting). W scenariuszu tym przyjęto, że ponieważ spadek PKB w stosunku do scenariusza bazowego (S1) wynosi 75 proc., wszystkie pozostałe wskaźniki również zostaną skorygowane o 75 proc. w stosunku do scenariusza S1.
6. Wszystkie wskaźniki scenariusza przedstawiają oczekiwane zmiany w stosunku do ich poziomów na koniec 2019 r. lub średniej w 2019 r. W scenariuszu tym założono, że ponieważ spadek PKB w stosunku do scenariusza bazowego (S1) wynosi 75%, wszystkie pozostałe wskaźniki również zostaną skorygowane o 75% w porównaniu do S1.

*Tabela 4  
Założenia ekonomiczne dla poszczególnych scenariuszy*

<i>Indicator</i>	<i>Jednostka</i>	<i>S1 (Baseline)</i>	<i>S2 (Best-case scenario)</i>	<i>S3 (Mildly pessimistic scenario)</i>	<i>S4 (Worst- case scenario)</i>
<i>Realne PKB</i>	<i>%, zmiana</i>	<b>-4.0</b>	<b>-3.2</b>	<b>-4.8</b>	<b>-7.0</b>
<i>Deflator PKB</i>	<i>%, zmiana</i>	<b>3.0</b>	<b>3.6</b>	<b>2.4</b>	<b>0.8</b>
<i>Konsumpcja zbiorowa</i>	<i>%, zmiana</i>	<b>2.9</b>	<b>2.3</b>	<b>3.5</b>	<b>5.1</b>
<i>Zatrudnienie w gospodarce narodowej</i>	<i>%, zmiana</i>	<b>-6.0</b>	<b>-4.8</b>	<b>-7.2</b>	<b>-10.5</b>
<i>Zatrudnienie w przedsiębiorstwach zatrudniających co najmniej 10 pracowników</i>	<i>%, zmiana</i>	<b>-5</b>	<b>-4</b>	<b>-6</b>	<b>-8.8</b>
<i>Liczba bezrobotnych</i>	<i>%, zmiana</i>	<b>40</b>	<b>32</b>	<b>48</b>	<b>70</b>
<i>Płace w gospodarce narodowej</i>	<i>%, zmiana</i>	<b>1.0</b>	<b>1.2</b>	<b>0.8</b>	<b>0.3</b>
<i>Płace w przedsiębiorstwach zatrudniających co najmniej 10 pracowników</i>	<i>%, zmiana</i>	<b>3.0</b>	<b>3.6</b>	<b>2.4</b>	<b>0.8</b>
<i>Emeryci ZUS</i>	<i>%, zmiana</i>	<b>4.0</b>	<b>3.2</b>	<b>4.8</b>	<b>5.2</b>
<i>Emeryci KRUS</i>	<i>%, zmiana</i>	<b>-1.0</b>	<b>-1.2</b>	<b>-0.8</b>	<b>-0.8</b>
<i>Deficyt budżetu państwa</i>	<i>mld PLN, level</i>	<b>190</b>	<b>190</b>	<b>290</b>	<b>350</b>

*Źródło: Opracowanie własne*

Dodatkowe założenia do S1, a następnie do pozostałych scenariuszy zostały wymienione poniżej:

- ▶ Spożycie publiczne: nie przewiduje się spadku dynamiki, ponieważ obecnie realizowane są kosztowne rządowe programy antykryzysowe. Założenie to jest zgodne z prognozami zewnętrznymi.
- ▶ Zatrudnienie w gospodarce narodowej: w 1 kw. 2020 r. liczba osób pracujących w gospodarce narodowej spadła o 40 tys. Doświadczenia z lat 2008-2009 pokazują, że spadek ten rósł w kolejnych miesiącach; obecne sygnały wskazują, że w sektorze publicznym spodziewane są stosunkowo duże cięcia zatrudnienia.
- ▶ Zatrudnienie w firmach zatrudniających 10 i więcej pracowników: zatrudnienie w firmach 10+ spadło o 3,7 proc. w kwietniu i maju w stosunku do marca 2020 r. W kolejnych miesiącach spadek ten będzie nieznacznie rósł. W ciągu najbliższych miesięcy zatrudnienie w firmach 10+ spadło o 3,7% w kwietniu i maju w stosunku do marca 2020 roku. Należy jednak pamiętać, że mikroprzedsiębiorstwa mogą doświadczyć większego spadku, w związku z czym ogólny oficjalny spadek zatrudnienia może być silniejszy.
- ▶ Bezrobocie: Dane GUS (BAEL) pokazują, że liczba bezrobotnych wzrosła o 8,8% (w porównaniu z 4 kw. 2010 r.). Z badania "Diagnoza sytuacji na rynku pracy" wynika, że w kwietniu liczba osób, które straciły pracę wzrosła o 660 tys. osób (do 1,5 mln), z czego tylko 20 proc. zarejestrowało się jako bezrobotni, ale przewiduje się, że zarejestrują się w kolejnych miesiącach.
- ▶ Płace w gospodarce narodowej: doświadczenia z lat 2008-2009 pokazują, że wynagrodzenia w gospodarce narodowej rosły, ale w wolniejszym tempie niż w firmach zatrudniających ponad 10 osób. Sygnały z rządu wskazują na możliwe cięcia lub stagnację płac w sektorze publicznym. Struktura zatrudnienia może ulec zmianie, jednak osoby o wyższych kwalifikacjach będą ponownie zatrudniane głównie w sektorze publicznym. Należy założyć, że przeciętne płace mogą nieznacznie wzrosnąć.
- ▶ Płace w firmach zatrudniających powyżej 10 osób: wynagrodzenia spadły w maju o 6,7 proc. w stosunku do marca 2020 roku; doświadczenia z lat 2008-2009 wskazują, że do końca roku płace mogą nieznacznie wzrosnąć.
- ▶ Emeryci ZUS: wzrost liczby emerytów będzie wynikał z „ucieczki z bezrobocia”, a także z braku waloryzacji kapitału. Jednak w przypadku drugiej fali COVID-19 mechanizm ten nie będzie miał miejsca. Kryteria przejścia na emeryturę ograniczą taką możliwość.
- ▶ Emeryci KRUS: osłabienie gospodarki nie będzie miało wpływu na liczbę emerytów KRUS. Raczej naturalna tendencja do zmniejszania liczby emerytów będzie obserwowana nawet w przypadku drugiej fali COVID-19 jesienią.
- ▶ Deficyt rządu centralnego: Aktualizacja programu konwergencji przewiduje deficyt budżetowy w wysokości 8,4% (tj. 190 mld PLN). Ten poziom deficytu budżetowego nie zmieni się w scenariuszu S2, ale wzrośnie z powodu dodatkowych wydatków publicznych związanych z programami antykryzysowymi w scenariuszach S3 i S4.



## 2.3. Metodologia prognozy nakładów na rzecz ochrony zdrowia

Prognoza składek na opiekę zdrowotną opiera się na podejściu oddolnym polegającym na wykorzystaniu szczegółowego podziału przychodów ze składek na opiekę zdrowotną na różne rodzaje płatników, które autorzy uzyskali bezpośrednio od NFZ. Zbiór danych obejmuje okres od 2013 r. do 2019 r. i obejmuje łączne przychody z 75 różnych tytułów w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego. Zostały one zagregowane do 9 szerokich kategorii, reprezentujące główne rodzaje statusu składkowego:

- ▶ Zatrudnieni na umowę o pracę
- ▶ Zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych
- ▶ Samozatrudnieni
- ▶ Bezrobotni
- ▶ Emeryci ZUS
- ▶ Służby mundurowe
- ▶ Inni płatnicy składek ZUS
- ▶ Emeryci KRUS
- ▶ Aktywni rolnicy KRUS

Zatrudnieni na umowę o pracę stanowią największą grupę ludności aktywnej zawodowo. Zalicza się do nich tylko tych, którzy mają umowę o pracę, bez względu na status czasowy (na czas nieokreślony i określony).

Kategoria zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych reprezentuje tych, którzy wykonują jakąkolwiek pracę zarobkową, która nie podlega przepisom prawa pracy. Obejmuje ona przede wszystkim zatrudnionych na umowę zlecenie. O ile stopień objęcia tego typu pracowników ubezpieczeniem społecznym jest częściowy, a jego zakres zależy od kilku czynników, takich jak liczba i wartość umów, o tyle objęcie składką zdrowotną jest powszechne i bezwarunkowe. Grupa ta obejmuje pracowników tymczasowych z nietypowymi formami zatrudnienia.

Do grupy osób pracujących na własny rachunek zaliczają się przedsiębiorcy zobowiązani do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne. Są to przede wszystkim małe przedsiębiorstwa, ale także niektórzy właściciele i współwłaściciele jednostek prowadzących działalność gospodarczą.

Do grupy bezrobotnych zalicza się osoby legalnie zarejestrowane przez miejskie biura pracy jako bezrobotne. Ochroną zdrowotną objęty jest każdy bezrobotny, niezależnie od spełnienia kryteriów uzyskania świadczeń. Składki na ubezpieczenie zdrowotne są finansowane przez państwo za pośrednictwem Funduszu Pracy.

Do kategorii emerytów i rencistów ZUS zaliczają się beneficjenci emerytur, rent inwalidzkich i świadczeń dodatkowych wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Obejmuje ona emerytów i rencistów z powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych, jak również z poszczególnych systemów obsługiwanych przez ZUS (górników, nauczycieli, kolejarzy). Pod uwagę brane są również osoby powracające do pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego, które otrzymują zasiłek przedemerytalny, przyznawany bezrobotnym zbliżającym się do wieku emerytalnego.

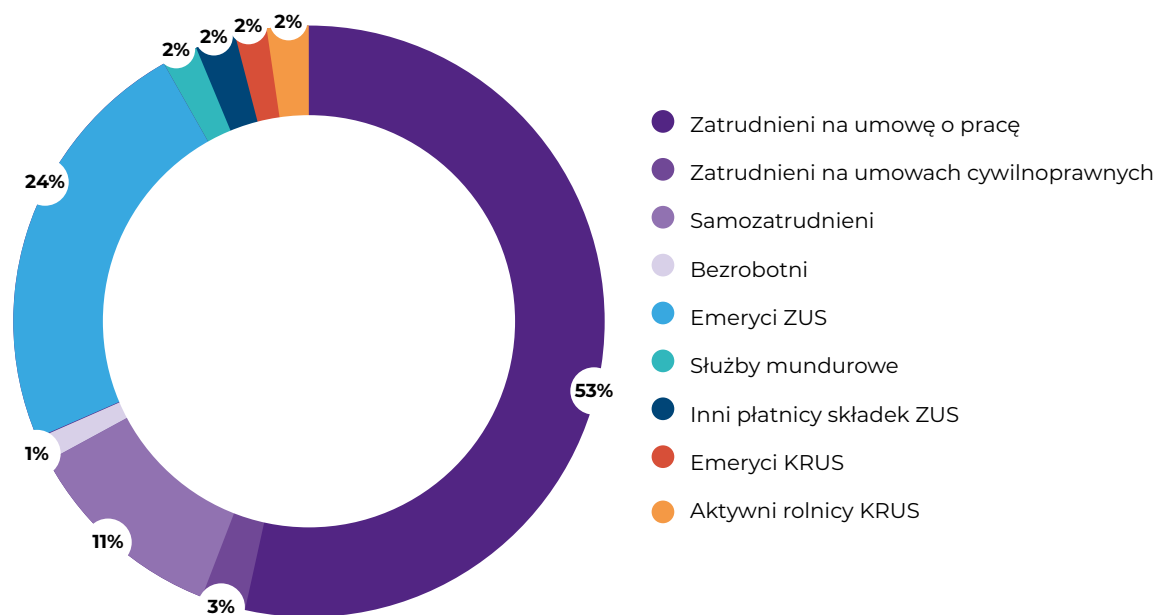
Kategoria służb mundurowych obejmuje członków służb wojskowych, policyjnych, wywiadowczych, więziennych, bezpieczeństwa wewnętrznego, straży granicznej i antykorupcyjnych, których składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne finansowane są z systemów resortowych. Chociaż nie jest to część służby mundurowej, do grupy tej dodano również sędziów i prokuratorów, ponieważ ich ubezpieczenia w podobny sposób zapewnia Ministerstwo Sprawiedliwości.

Inna grupa płatników składek ZUS obejmuje szereg mniej powszechnych tytułów ubezpieczenia zdrowotnego, takich jak stypendyści specjalni, duchowni, pracownicy na urlopie wychowawczym lub członkowie rad nadzorczych. Grupy te mają ze sobą niewiele wspólnego, choć większość z nich jest związana ze świadczeniami socjalnymi, a nie z konkretnym rodzajem aktywności na rynku pracy.

Do kategorii emerytów i rencistów KRUS zaliczają się beneficjenci emerytur, rent inwalidzkich i rodzinnych wypłacanych przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

Do grupy aktywnych rolników KRUS należą rolnicy aktywni zawodowo, a także ich pomocnicy i osoby osiągające dochody ze szczególnych rodzajów produkcji rolnej.

Wykres 6  
Struktura dochodów NFZ 2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Dane NFZ wskazują, że ok. 71,7% dochodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne wiąże się z dochodami z tytułu zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej, podczas gdy pozostałe 28,3% wiąże się z różnego rodzaju świadczeniami państwowymi i społecznymi – głównie emerytalnymi. W kontekście pandemii COVID-19 ta struktura dochodów wskazuje, że tylko częściowo zmiany w napływie składek do NFZ będą zdeterminowane przez dynamikę rynku pracy, natomiast polityka państwa w zakresie świadczeń będzie miała również istotny wpływ.



Innym interesującym wnioskiem, jaki można wyciągnąć ze wstępnej analizy danych NFZ, jest dysproporcja między poziomami średniej miesięcznej składki. Przeciętna osoba zatrudniona na umowę cywilnoprawną generuje średnio tylko jedną trzecią składki zwykłego pracownika kontraktowego – choć należy zauważyć, że posiadanie wielu umów cywilnoprawnych przez jedną osobę nie jest w Polsce rzadkością. Ponadto, osoba bezrobotna generuje składkę w wysokości zaledwie jednej szóstej przeciętnego pracownika. Co ciekawe, osoby pracujące na własny rachunek płacą średnio więcej do publicznego systemu opieki zdrowotnej niż zatrudnieni, co kontrastuje z popularnym poglądem, że przedsiębiorcy w Polsce płacą stosunkowo niewielkie składki. Warto również zauważyć, że przeciętny emeryt z systemu powszechnego generuje składkę prawie dwukrotnie wyższą niż emeryt z systemu rolniczego. Zdecydowanie największa składka jest przypisana członkom służb mundurowych, sędziom i prokuratorom.

Tabela 5

Składka na ubezpieczenie zdrowotne ogółem, średnia i liczba posiadanych tytułów uczestnictwa w ubezpieczeniach zdrowotnych w 2019 r.

	Przychody ze składki zdrowotnej, 2019, mln PLN	Liczba tytułów do ubezpieczenia zdrowotnego, 2019, tysiące	Przeciętna składka miesięczna, 2019, PLN
Zatrudnieni na umowę o pracę	46 948,5	11 753,7	332,86
Zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych	2 727,8	2 209,0	102,90
Samozatrudnieni	9 590,2	2 257,3	354,04
Bezrobotni	691,5	1 005,7	57,30
Emeryci ZUS	21 487,5	8 782,6	203,88
Służby mundurowe	2 025,9	334,3	505,00
Inni płatnicy składek ZUS	1 299,3	1 055,0	102,63
Emeryci KRUS	1 536,4	1 132,9	113,01
Aktywni rolnicy KRUS	1 938,0	1 221,0	132,27
<b>Łącznie</b>	<b>88 245,0</b>	<b>29 751,6</b>	<b>247,17</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W celu prognozowania całkowitych przychodów NFZ przy wykorzystaniu tej szczegółowej struktury składki, dla każdej kategorii wymagane są dwa główne założenia: zmiana liczby płatników, a także zmiana poziomu średniej składki. Są one oparte na wcześniej opisanych scenariuszach ekonomicznych. Scenariusze ekonomiczne nie zawierają jednak bezpośredniego odniesienia do niektórych kategorii zatrudnienia lub świadczeń związanych z określonym rodzajem tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Dlatego też wybór konkretnych wskaźników ekonomicznych, na których opierała się prognoza przychodów, został dokonany poprzez porównanie historycznych korelacji pomiędzy obserwowanymi danymi ekonomicznymi a dynamiką przychodów NFZ i wskaźnikami przypisanymi w każdej kategorii. Pozwoliło to na wybór najdokładniejszych predyktorów z zestawu prognozowanych wskaźników ekonomicznych dla każdego strumienia przychodów. W celu skorygowania o rozbieżności, a tym samym zwiększenia dokładności wskaźników ekonomicznych w prognozowaniu przychodów NFZ, w przypadku niektórych wskaźników konieczne było zastosowanie mnożników.

Należy zauważyć, że prognoza nie uwzględnia zwolnień składkowych wprowadzonych jako środek antykryzysowy przez rząd polski, który na okres 3 miesięcy zniósł w całości obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne dla osób pracujących samodzielnie i przedsiębiorstw zatrudniających do 9 osób, a w 50% dla przedsiębiorstw zatrudniających od 10 do 49 osób. Jednak dochody utracone przez NFZ z tytułu zwolnienia będą w pełni refundowane przez budżet państwa.

W przypadku pracowników zmiana poziomu przeciętnej składki opiera się bezpośrednio na prognozowanym wzroście przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw dla każdego z nich, natomiast zmiana liczby płatników związana jest ze zmianą poziomu zatrudnienia w tej samej kategorii podmiotów gospodarczych.

W przypadku pracowników zatrudnionych na umowę cywilnoprawną przyjmuje się, że zmiana poziomu średniej składki jest równa wzrostowi płac w gospodarce narodowej, natomiast zmiana liczby płatników związana jest ze zmianą zatrudnienia w tej samej kategorii, ale pomnożona przez współczynnik 1,5. Takie założenie odzwierciedla oczekiwany nieproporcjonalny wpływ recesji na pracowników tymczasowych. W warunkach recesji wywołanej epidemią, przedsiębiorstwa najprawdopodobniej zwalniają tych pracowników, których umowy najłatwiej i najtaniej jest rozwiązać – co odpowiada charakterowi umów cywilnoprawnych.

W przypadku osób pracujących na własny rachunek składka zdrowotna obliczana jest na podstawie 75% średniego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale poprzedniego roku. W związku z tym wysokość składki można już teraz precyzyjnie określić, co pozwala na stosowanie takich samych wartości dla każdego scenariusza. Jedyńm jeszcze nieznanym czynnikiem jest zmiana liczby ubezpieczonych przedsiębiorców. Założono, że jej dynamika będzie podążać za zmianami w zatrudnieniu w gospodarce narodowej pomnożonym o współczynnik 0,75. Wydaje się, że segment samozatrudnienia na rynku pracy będzie w mniejszym stopniu dotknięty przez COVID-19, ze względu na dużą skalę udzielanego mu wsparcia antykryzysowego oraz wzrost popytu na osoby pracujące na własny rachunek w niektórych sektorach gospodarki w warunkach ograniczeń, np. w transporcie i usługach dostawczych.

Poziom średniego wkładu osób bezrobotnych można również obliczyć z dużą dokładnością, ponieważ przepisy dotyczące poziomu zasiłków dla bezrobotnych w 2020 r. zostały już określone przez polski parlament w ustawie z 19 czerwca 2020 r. Obejmuje ona podwyższenie standardowego miesięcznego zasiłku dla bezrobotnych z 881,30 PLN do 1 200,00 PLN oraz wprowadzenie dodatku solidarnościowego dla pracowników zwolnionych po 15 marca 2020 roku. Wynosi on 1 400,00 PLN miesięcznie, jest przyznawany na maksymalny okres 3 miesięcy i stanowi podstawę do obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne, finansowanej bezpośrednio z budżetu państwa. Na podstawie okresów uprawniających do różnych świadczeń i ich wysokości w ciągu roku, średni wzrost przeciętnego zasiłku dla bezrobotnych z roku na rok został oszacowany na 37,2% i jest spójny we wszystkich scenariuszach. Zmiana liczby płatników jest uzależniona od przewidywanego wzrostu bezrobocia i waha się od 32 % do nawet 70 %.

Średnią składkę emerytów i rencistów ZUS można również określić dokładnie w oparciu o już dostępne informacje. Poziom emerytur państwowych jest korygowany co roku w marcu i opiera się na wskaźnikach inflacji konsumenckiej i wzroście płac z roku poprzedniego (stosuje się również specjalne zasady dotyczące minimalnego wzrostu sumy nominalnej emerytury). Stosując miesięczne dane ZUS o wysokości przeciętnej emerytury, renty inwalidzkiej i renty rodzinnej, ustalono, że w 2020 r. wzrost rok do roku wyniesie 3%. Przeciętna liczba wypłat jest natomiast powiązana ze scenariuszami gospodar-



czymi i jest dodatnio skorelowana z dotkliwością recesji. Doświadczenia z poprzednich okresów słabszego wzrostu gospodarczego w Polsce pokazują, że pogarszanie się warunków na rynku pracy powoduje, że pracownicy z prawem do pobierania świadczeń emerytalnych mogą odejść z pracy i dołączyć do grona emerytów. Efekty dodatkowych świadczeń emerytalnych (tzw. 13. emerytura) są już uwzględnione w bazie statystycznej od 2019 r., gdyż w roku poprzednim wprowadzono już podobne świadczenie.

Kategoria służb mundurowych obejmuje wyłącznie pracowników, których wzrost wynagrodzeń zależy od decyzji budżetowych podejmowanych przez decydentów politycznych. W ustawie budżetowej na 2020 r. przewidziano wzrost wynagrodzeń urzędników służby cywilnej o 6%. Jednakże specjalny projekt ustawy przeciwdziałającej pandemii COVID-19 przyznaje państwu prawo do odwołania tych podwyżek, jak również do natychmiastowego obniżenia ich wynagrodzeń. Założono, że w bardziej optymistycznych scenariuszach (S1 i S2) wzrost wynagrodzeń będzie zgodny z pierwotnymi przepisami. W mniej optymistycznych scenariuszach oczekujemy jednak, że podwyżki te zostaną zmniejszone lub nawet całkowicie zaniechane. Jeśli chodzi o liczbę stanowisk, zakładamy, że pozostanie ona na niezmiennym poziomie, ponieważ zatrudnienie w sektorze publicznym, zwłaszcza w służbach mundurowych i wymiarze sprawiedliwości, nie podąża tak ściśle za zmianami w całej gospodarce. Co więcej, liczba stanowisk w tej kategorii była historycznie najbardziej stabilna.

Ze względu na swoją niejednorodność, strumień przychodów z innych tytułów ubezpieczenia zdrowotnego jest trudniejszy do przewidzenia w obecnych warunkach niż w innych kategoriach. Ze względu na brak wyraźnego powiązania ze zmiennymi ekonomicznymi przyjęto, że będzie on podążał za trendem w latach 2014-2019 zarówno pod względem średniego poziomu składki, jak i liczby płatników.

Podobnie jak w przypadku emerytur ZUS, poziom składki z ubezpieczenia zdrowotnego rolników został określony na podstawie oficjalnych danych publikowanych po corocznym wzroście emerytur, który miał miejsce w marcu. Nasilenie recesji wpływa również na przewidywane zmiany w liczbie płatników, choć efekty nie są tak wyraźne jak w przypadku systemu emerytur jednolitych i nawet w najbardziej pesymistycznym scenariuszu nie odwracają tendencji spadkowej w liczbie emerytur rolników.

Analiza danych historycznych dotyczących strumienia przychodów NFZ od ubezpieczonych pracujących rolników nie wykazuje wyraźnego związku z wynikami makroekonomicznymi. Większy wpływ na niego ma dominujący trend napędzany przez zmiany strukturalne w sektorze rolnym niż przez cykl koniunkturalny. Wydaje się, że również rolnictwo zostało dotknięte przez pandemię COVID-19 w inny sposób niż pozostałe sektory gospodarki. Z tego powodu prognozy są ekstrapolowane w oparciu o tendencję w latach 2014-2019 i są spójne we wszystkich scenariuszach.

10 czerwca 2020 r. NFZ zatwierdził zaktualizowaną prognozę wysokości składek, która opiera się na zbiorze założeń dotyczących gospodarki i rynku pracy przedstawionych przez Ministerstwo Finansów oraz Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Opiera się ona na podobnych założeniach jak prognoza przygotowana na potrzeby niniejszego raportu - dzieli płatników na kilka zagregowanych grup, do których przypisuje prognozy liczbowe dotyczące oczekiwanego tempa wzrostu wartości średniej składki dla każdej z grup tytułów oraz liczby tytułów.

Tabela 6  
Średnia składka zdrowotna i szacunkowa liczba płatników

	Średnia składka, zmiana rok do roku					Liczba tytułów, zmiana rok do roku				
	NFZ	S1	S2	S3	S4	NFZ	S1	S2	S3	S4
Zatrudnieni na umowę o pracę	3,0%	3,0%	3,6%	2,4%	0,8%	-1,8%	-5,0%	-4,0%	-6,0%	-8,8%
Zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych	3,0%	1,0%	1,2%	0,8%	0,3%	-1,8%	-9,0%	-7,2%	-10,8%	-15,8%
Samozatrudnieni	2,4%	5,8%	5,8%	5,8%	5,8%	-0,1%	-4,5%	-3,6%	-5,4%	-7,9%
Bezrobotni	1,3%	37,2%	37,2%	37,2%	37,2%	45,7%	40,0%	32,0%	48,0%	70,0%
Emeryci ZUS	5,5%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	1,3%	4,0%	3,2%	4,8%	5,2%
Służby mundurowe	7,1%	6,0%	6,0%	4,8%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inni płatnicy składek ZUS	2,8%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	0,0%	5,2%	5,2%	5,2%	5,2%
Emeryci KRUS	6,6%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	-3,6%	-1,0%	-1,2%	-0,8%	-0,8%
Aktywni rolnicy KRUS	15,6%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	0,0%	-2,4%	-2,4%	-2,4%	-2,4%

Źródło: Opracowanie własne

NFZ prognozuje wzrost średniej składki o 3% dla pracowników, co koresponduje ze scenariuszem bazowym niniejszego raportu. Zakłada również spadek liczby pracowników o 1,8%, co jest wartością znacznie niższą niż nawet w najbardziej optymistycznych scenariuszach tego raportu. Ponadto NFZ nie bierze pod uwagę różnic w sytuacji pracowników i pracowników kontraktowych. Wydaje się, że jest to istotne przeoczenie, ponieważ pracownicy zatrudnieni na podstawie niestandardowych umów są znacznie bardziej narażeni na utratę pracy, a także spadek dochodów.

Średni poziom składek osób pracujących na własny rachunek wydaje się być niedoszacowany. Ponieważ ustalono już prawnie, że składka zdrowotna w 2020 r. będzie o 5,8% wyższa niż w 2019 r., trudno jest wyjaśnić założone przez NFZ 2,4%. Zamiast tego, NFZ oczekuje jedynie symbolicznego zmniejszenia liczby płatników w tej kategorii.

NFZ spodziewa się także wzrostu składki dla bezrobotnych o 1,3%, co wyraźnie wskazuje, że nie uwzględnił zmian w wysokości zasiłku dla bezrobotnych i wprowadzenia zasiłku solidarnościowego. Przewiduje również bardzo duży wzrost liczby bezrobotnych, porównywalny z pesymistycznym scenariuszem S3. Wskazuje to, że NFZ jest bardzo optymistycznie nastawiony do danych dotyczących zatrudnienia, a bardzo pesymistycznie do danych dotyczących bezrobocia.

Jeśli chodzi o emerytów i rencistów ZUS, NFZ oczekuje znacznie wyższego wzrostu średniej składki, ale jednocześnie znacznie niższego wzrostu liczby beneficjentów.





W przypadku służb mundurowych spodziewa się wzrostu średniej składki powyżej gwarantowanej podwyżki o 6%, a także przewiduje wzrost ich liczby aż o 6,7% w 2020 roku.

W przypadku pozostałych osób ubezpieczonych w ZUS i pracujących rolników z KRUS NFZ zakłada, że ich liczba pozostanie stabilna. Tendencje historyczne wskazują jednak, że należy oczekiwać zmniejszenia liczby pracujących rolników i zwiększenia liczby pozostałych ubezpieczonych.

## 2.4. Prognoza dotycząca nakładów na służbę zdrowia

Prognoza przeprowadzona zgodnie z metodologią opisaną w poprzednim rozdziale, w scenariuszu bazowym (S1) wskazuje na spadek przychodów ze składek NFZ o ponad 3,5 mld PLN (3,8%), co przekłada się na nominalny wzrost przychodów w stosunku do poziomu z 2019 r. o 1,2 mld PLN. W przypadku ożywienia gospodarczego w kształcie litery V lub U po recesji spodziewamy się, że rzeczywisty spadek przychodów wyniesie od 2,9 do 4,2 mld PLN lub od 3,1% do 4,5%, w zależności od ewentualnego wpływu recesyjnego rynku pracy i skuteczności podjętych działań antykryzysowych, a także ogólnej sytuacji gospodarczej na świecie, na którą duży wpływ ma dalszy rozwój pandemii. Zakładając jednak, że druga fala COVID-19 w Polsce spowoduje podwójną recesję, prognozujemy, że przychody NFZ ze składek mogą spaść nawet do 86,7 mld PLN, a więc o 6,5 mld PLN, czyli 6,9% mniej w stosunku do pierwotnego planu na 2020 r. i 1,7 mld PLN mniej w porównaniu do przychodów za 2019 rok.

Ogólne perspektywy dla budżetu NFZ są zatem znacznie mniej negatywne niż szacunki z początku pandemii COVID-19 w Polsce, wskazujące na zmniejszenie dochodów ze składek nawet o 12 mld PLN w 2020 r., co nie uwzględniało środków antykryzysowych, które zostały wprowadzone w międzyczasie.

Prognozujemy, że zatrudnieni zmniejszą swój ogólny poziom składki do systemu ochrony zdrowia ze względu na powolny wzrost płac i spadek zatrudnienia. Redukcja przychodów przypisywana tej grupie waha się od ok. 250 mln PLN do 1,8 mld PLN w scenariuszach dla pojedynczej fali pandemicznej (S1-S3) i sięga 3,8 mld PLN w scenariuszu S4 uwzględniającym drugą falę. W przypadku pracowników zatrudnionych na umowy cywilnoprawne przychody spadają od 166 mln PLN do 275 mln PLN w scenariuszu S1-S3, a aż o 424 mln PLN w scenariuszu S4. Składki od osób pracujących na własny rachunek mają jednak wzrosnąć o blisko 200 mln PLN w najbardziej optymistycznym scenariuszu, ze względu na ustalony z góry poziom składki obowiązkowej i bardziej pozytywne tendencje w zakresie liczby płatników. Gdyby jednak doszło do drugiej fali COVID-19, przychody NFZ z tego źródła spadłyby o blisko 250 mln PLN.

Z drugiej strony, w naszej prognozie efekt zmniejszonej składki na ubezpieczenie zdrowotne z tytułów związanych z emeryturami jest częściowo niwelowany przez zwiększoną składkę z tytułów na świadczenia emerytalne. Co najważniejsze, emeryci i renciści ZUS mieliby wnieść od 1,3 mld PLN do 1,7 mld PLN (1,8 mld w przypadku drugiej fali) dodatkowych przychodów. Ze względu na zwiększone świadczenia i znacznie zwiększoną liczbę osób, bezrobotni dodaliby 561-713 mln PLN w S1-S3 lub 921 mln PLN w S4.

Pozostałe kategorie mają znacznie mniejszy wpływ na ostateczny wynik prognozy NFZ. Służby mundurowe, w połączeniu z prokuratą i sędziami, wniosą do 122 mln PLN składki. Inne grupy, takie jak emeryci i renciści rolni, miałyby nieistotny wpływ na perspektywy NFZ, niezależnie od scenariusza ekonomicznego.

## Porównanie z prognozą NFZ

Dla porównania, zgodnie z najnowszą prognozą NFZ, przychody wzrosną ogólnie we wszystkich kategoriach, w tym nawet wśród pracowników (+524 mln PLN) i pracowników zatrudnionych na umowy cywilnoprawne (+30 mln PLN), pomimo wyraźnego wpływu obecnej recesji na rynek pracy. Ponieważ prognozy wzrostu płac w NFZ są podobne do naszych, to różnica ta wynika głównie ze znacznie bardziej optymistycznych założeń co do wpływu na liczbę zatrudnionych. Ponadto NFZ traktuje pracowników kontraktowych dokładnie tak samo jak innych pracowników, nie biorąc pod uwagę nieproporcjonalnie większego prawdopodobieństwa zwolnień i cięć płac w tej grupie, która nie korzysta ze stopnia ochrony porównywalnego z umowami o pracę. Prognozowane dochody z tytułu samozatrudnienia są również wyższe niż w naszej prognozie, ponieważ zakłada się jedynie bardzo nieznaczne (mniej niż 0,1%) zmniejszenie liczby płatników z tej kategorii.

Jedną z bardzo istotnych cech prognozy NFZ jest niespójność między liczbą osób tracących pracę a nowo zarejestrowanymi bezrobotnymi. Z jej założeń wynika, że w porównaniu z rokiem 2019 będzie o 211,6 tys. pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, mniej, 39,8 tys. mniej pracowników na umowach cywilnoprawnych i 2 tys. mniej samozatrudnionych – co daje łącznie 253,4 tys. utraconych miejsc pracy netto. Jednak NFZ zakłada również, że liczba bezrobotnych wzrośnie o 45,7%, co oznacza wzrost netto liczby bezrobotnych o 459,9 tys. Dlatego też spadek liczby pracujących stanowi zaledwie 55% prognozowanego wzrostu liczby bezrobotnych.

NFZ prognozuje wzrost przychodów generowanych przez bezrobotnych tylko o 330 mln PLN, głównie ze względu na fakt, że w swojej prognozie nie uwzględnił wzrostu zasiłku dla bezrobotnych i wprowadzenie zasiłku solidarnościowego.

Z drugiej strony, prognozowany przez NFZ poziom przychodów generowanych przez emerytów ZUS jest relatywnie zbliżony do prognoz przedstawionych w niniejszym raporcie.

W przypadku KRUS NFZ prognozuje niższy wzrost przychodów generowanych przez emerytów, a jednocześnie znacznie wyższy wzrost przypisywany pracującym rolnikom, gdyż nie uwzględnia tendencji w zakresie liczby płatników.

Podsumowując, prognoza NFZ opiera się na optymistycznych założeniach w kilku kluczowych obszarach (zatrudnienie, urzędnicy służby cywilnej), nie uwzględnia niektórych ostatnich zmian (wzrost zasiłku dla bezrobotnych, wprowadzenie zasiłku solidarnościowego), nie zawiera szczegółowych założeń dla niektórych określonych grup (umowy cywilne), pomija niektóre z istniejących trendów (inne ubezpieczeni w ZUS i pracujący rolnicy). Dlatego też uważamy, że nasze prognozy dają szerszy obraz możliwych implikacji COVID-19 na perspektywy przychodów NFZ, prezentując jednocześnie zakres alternatywnych scenariuszy, biorąc pod uwagę panującą niepewność.

Tabela 7  
Prognoza przychodów NFZ

	jed- nostka	wyko- nanie 2019	plan kwiecień 2020	plan czerwiec 2020	S1 2020	S2 2020	S3 2020	S4 2020
<b>Dochody NFZ</b>								
Dochody ze składki zdrowotnej	m PLN	88 421	93 158	91 230	89 620	90 263	88 957	86 729
Niedobór vs. planu pierwotnego na 2020	m PLN			-1 928	-3 538	-2 894	-4 200	-6 429
Niedobór vs. planu pierwotnego na 2020	%			-2,1%	-3,8%	-3,1%	-4,5%	-6,9%

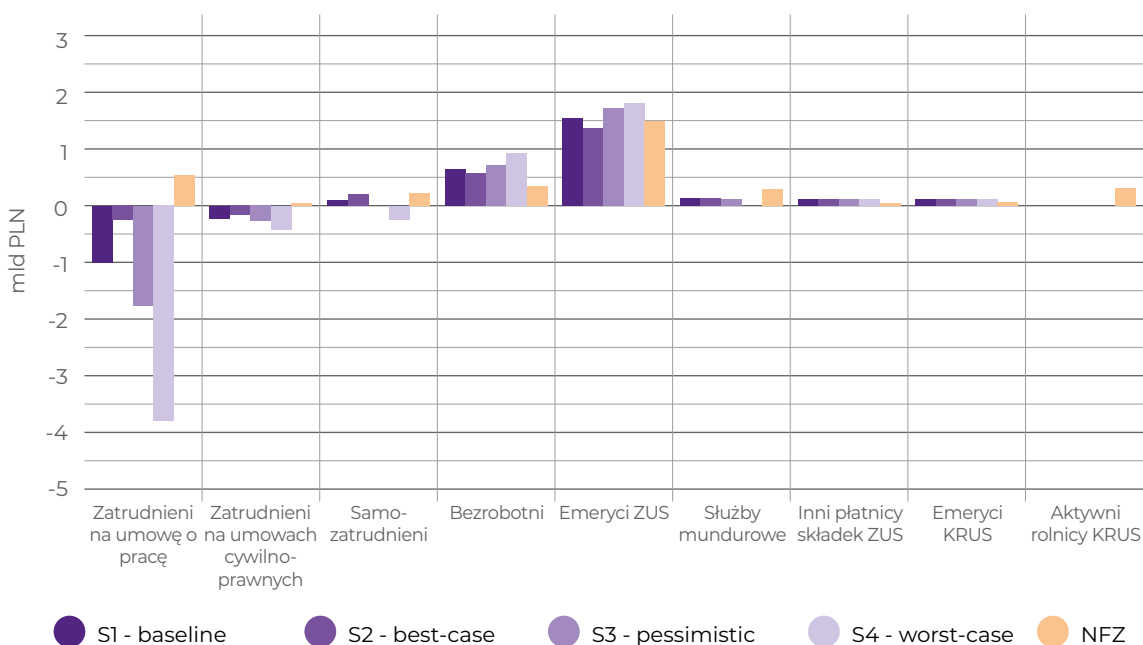


	jednostka	wykonanie 2019	plan kwiecień 2020	plan czerwiec 2020	S1 2020	S2 2020	S3 2020	S4 2020
<b>Dochody NFZ według grup</b>								
Zatrudnieni na umowę o pracę	m PLN	46 949		47 473	45 939	46 693	45 191	43 162
Zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych	m PLN	2 728		2 758	2 507	2 562	2 453	2 304
Samozatrudnieni	m PLN	9 590		9 812	9 690	9 781	9 599	9 347
Bezrobotni	m PLN	692		1 021	1 328	1 252	1 404	1 613
Emeryci ZUS	m PLN	21 487		22 968	23 006	22 829	23 183	23 272
Służby mundurowe	m PLN	2 026		2 313	2 147	2 147	2 123	2 026
Inni płatnicy składek ZUS	m PLN	1 299		1 336	1 415	1 415	1 415	1 415
Emeryci KRUS	m PLN	1 536		1 579	1 643	1 639	1 646	1 646
Aktywni rolnicy KRUS	m PLN	1 938		2 240	1 944	1 944	1 944	1 944
<b>Dochody NFZ według grup – zmiana wobec 2019</b>								
Zatrudnieni na umowę o pracę	m PLN			524	-1 009	-255	-1 758	-3 787
Zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych	m PLN			30	-221	-166	-275	-424
Samozatrudnieni	m PLN			221	100	191	8	-243
Bezrobotni	m PLN			330	637	561	713	921
Emeryci ZUS	m PLN			1 481	1 519	1 342	1 696	1 784
Służby mundurowe	m PLN			287	122	122	97	0
Inni płatnicy składek ZUS	m PLN			36	115	115	115	115
Emeryci KRUS	m PLN			43	106	103	109	109
Aktywni rolnicy KRUS	m PLN			302	6	6	6	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ

### Wykres 7

Prognozowana zmiana przychodów ze składek NFZ według źródeł – w porównaniu z poziomem z 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne

## 2.5. Prognoza dotycząca dochodów nieskładkowych

Dochody o charakterze nieskładkowym mają mniejszy bezpośredni wpływ na wydatki na opiekę zdrowotną, ponieważ alokacja tych środków jest wynikiem uznaniowych decyzji podejmowanych przez decydentów politycznych, a wydatki w różnych obszarach nie są tak silnie skorelowane z dochodami, ze względu na zmiany w strukturze wydatków, jak również wydatki deficytowe.

Dochody budżetu centralnego w pierwszej połowie 2020 r. (styczeń-czerwiec) wyniosły 197,5 mld PLN w porównaniu z 192,2 mld PLN w I połowie 2019 r., co oznacza wzrost o 3%. Jak dotąd wynik ten został wypaczony przez fakt, że w czerwcu nastąpiła wpłata Narodowego Banku polskiego w wysokości 7,4 mld PLN, podczas gdy w poprzednim okresie nie było tego rodzaju nadzwyczajnych dochodów. W okresie styczeń-maj 2020 r. dochody budżetowe zmniejszyły się o 3,6%, a wydatki wzrosły o 11%, co spowodowało wzrost deficytu do 25,9 mld PLN – przy braku deficytu zaplanowanego w ustawie budżetowej na rok 2020. Znaczna część działań antykryzysowych rządu jest finansowana z funduszy pozabudżetowych, takich jak Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 i Polski Fundusz Rozwoju, które na finansowanie swoich programów emitują obligacje o wartości do 100 mld PLN każda. Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 może być wykorzystywany do finansowania różnych pilnych potrzeb związanych z obecną pandemią i został podzielony na części przypisane do każdej sekcji budżetowej. W związku z tym przy analizie kondycji polskiego sektora finansów publicznych należy brać pod uwagę nie tylko stan budżetu centralnego, ale także stan specjalnie dedykowanych środków.

Zakładamy, że ogólny deficyt sektora rządowego i samorządowego wyniesie 190-290 mld PLN, w zależności od stopnia nasilenia recesji zakładanego w scenariuszach. Gdyby doszło do drugiej fali COVID-19 i związanego z nią ograniczenia aktywności społeczno-gospodarczej (tzw. lockdown), mógłby on osiągnąć poziom nawet 350 mld PLN.

Komisja Europejska w swojej wiosennej prognozie przewiduje, że całkowite dochody sektora instytucji rządowych i samorządowych w Polsce w 2020 roku wyniosą 40,8% PKB, podczas gdy w prognozie przed COVID-19 było to 41,8% – co oznacza, że w całym roku spodziewany jest spadek dochodów o 2,4% w porównaniu z poprzednim scenariuszem bazowym.

Jeszcze większej niepewności podlegają dochody samorządów lokalnych. W maju podatek dochodowy od osób fizycznych narastająco - 50,01% z tego stanowią dochody samorządów – spadł o 8,6% w stosunku do roku 2019. Innym istotnym źródłem ich dochodów są subwencje od rządu centralnego. Mogą one podlegać pewnym zmianom w wyniku pandemii i trudniejszej sytuacji gospodarczej, choć ich zakres jest trudny do przewidzenia. Samorządy lokalne zmniejszyły również swoje dochody, zrzekając się podatków od nieruchomości, wprowadzając zamrożenie czynszów za nieruchomości komunalne i wprowadzając systemy ulg w zakresie podatków lokalnych jako środki antykryzysowe, co niewątpliwie będzie miało również duży wpływ na ich sytuację finansową.





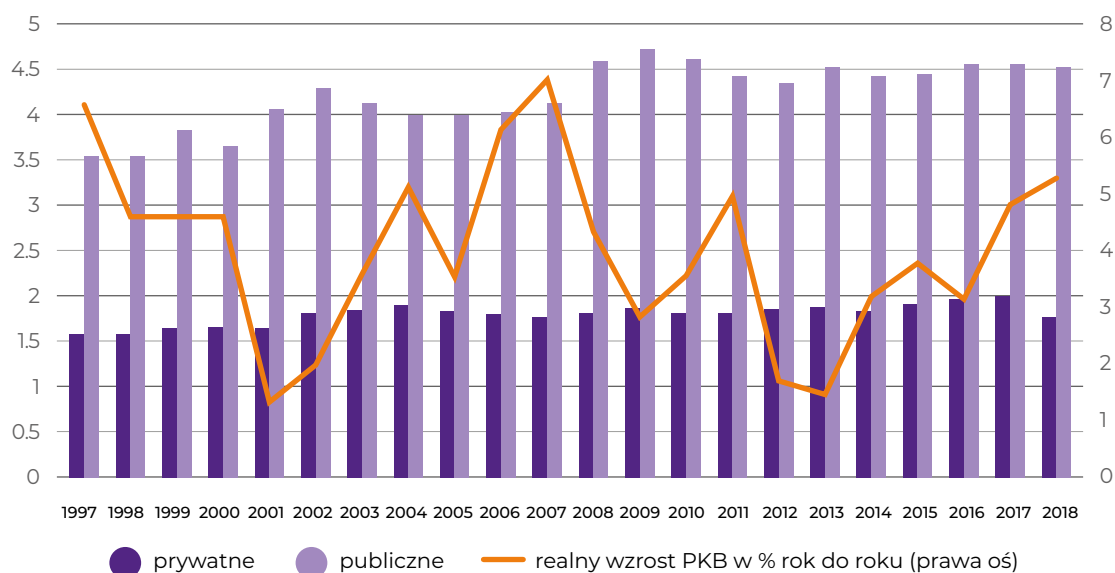
# Wpływ COVID-19 na wydatki na system opieki zdrowotnej

## 3.1. Analiza historyczna

Analizując wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w relacji do PKB, łatwo można postawić hipotezę o odwróconej relacji tego wskaźnika i cyklu gospodarczego. Dotyczy to w szczególności wydatków na publiczną opiekę zdrowotną i może wynikać ze stosunkowo stabilnych kosztów publicznej opieki zdrowotnej w ujęciu nominalnym, nawet w okresach spowolnienia gospodarczego.

Wykres 8

Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce (w % PKB) i roczny wzrost PKB

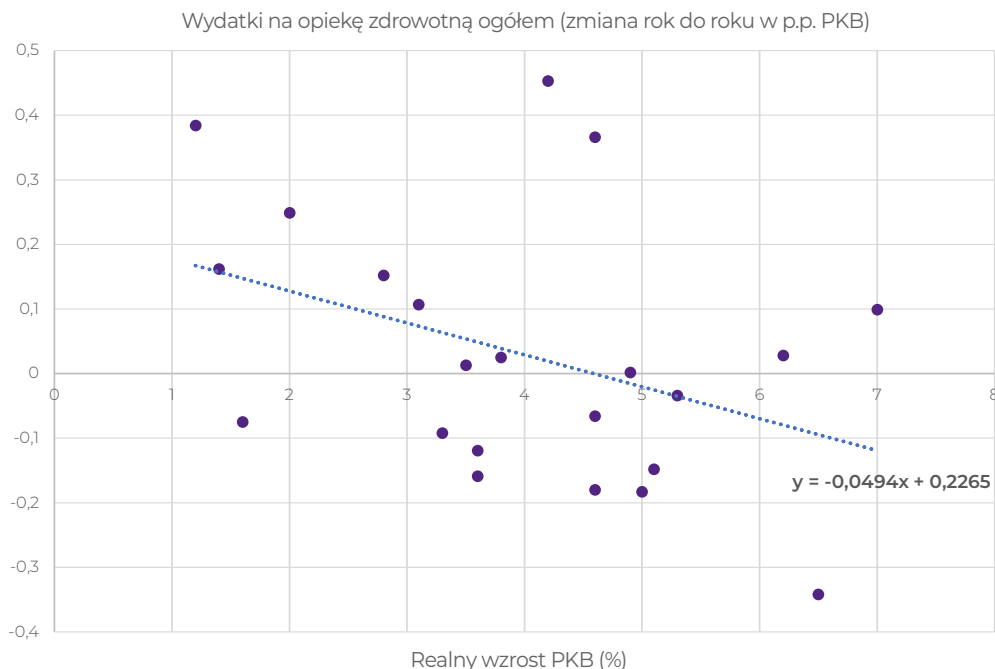


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS i OECD.

Dla potwierdzenia hipotezy przeanalizowano istotność statystyczną regresji liniowej pomiędzy zmianą wydatków na opiekę zdrowotną a wzrostem PKB. Zależność ta była istotna przy poziomie istotności na poziomie 8% (p-value). Mimo że jest ona wyższa niż standardowy poziom używany do potwierdzenia hipotez statystycznych (5%), wydaje się, że relacje tą należy uznać za istotną statystycznie. Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce rosną o 0,05% PKB z każdym punktem procentowym spadku rocznego realnego wzrostu PKB.

Wykres 9

Relacja między zmianą całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną a wzrostem PKB w okresie 1997-2018

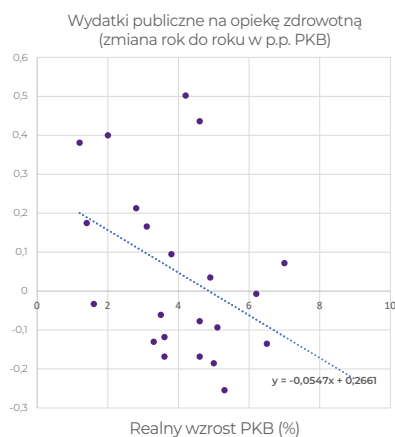


Źródło: Opracowanie własne

Wydatki na publiczną opiekę zdrowotną wydają się być motorem tej relacji, jako że przeprowadzona regresja liniowa pomiędzy publicznymi wydatkami na służbę zdrowia a wzrostem PKB jest statystycznie istotna na poziomie istotności 8% (p-value). Ponadto taka relacja dla wydatków na prywatną służbę zdrowia nie jest istotna statystycznie. Należy również zauważyć, że zidentyfikowana relacja liniowa ma mimo wszystko nachylenie ujemne.

Wykres 10

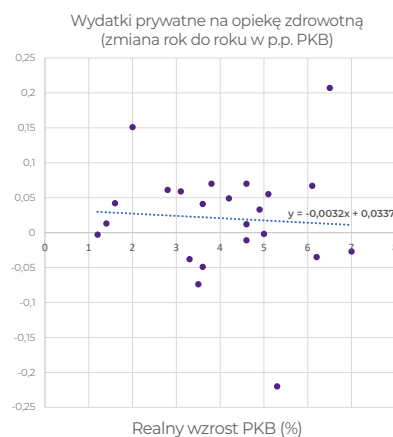
Relacja między zmianą wydatków na publiczną opiekę zdrowotną a wzrostem PKB w okresie 1997-2018



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 11

Relacja między zmianą wydatków na prywatną opiekę zdrowotną a wzrostem PKB w okresie 1997-2018



Źródło: Opracowanie własne



Relatywnie niewielka próba statystyczna oraz możliwy wpływ decyzji politycznych na wyżej analizowaną regresję wymaga analizy poszczególnych spadków finansowań. W 2001 r. wzrost realnego PKB spadł do 1,2% z 4,6% rok wcześniej. Mimo tego, nakłady na służbę zdrowia zwiększyły się z 3,15% PKB do 3,46%. Było to jednak skutkiem zwiększenia stawki składki na opiekę zdrowotną z 7,5 % do 7,75 %. Wydatki na opiekę zdrowotną wzrosły z 3,65% do 4,03%. Umożliwiło to Kasom Chorych (poprzednikom NFZ) odnotowanie jeszcze większego zysku w relacji do PKB niż w 2000 roku. W 2002 r. tendencja spadkowa utrzymywała się, ponieważ wzrost PKB (2,0%) był nadal poniżej potencjalnego poziomu. W efekcie przychody z opieki zdrowotnej spadły o 0,19% PKB. Jednocześnie kontynuowano wzrost wydatków, zwiększając je o 0,25% PKB, co doprowadziło do pogorszenia wyników finansowych kas chorych.

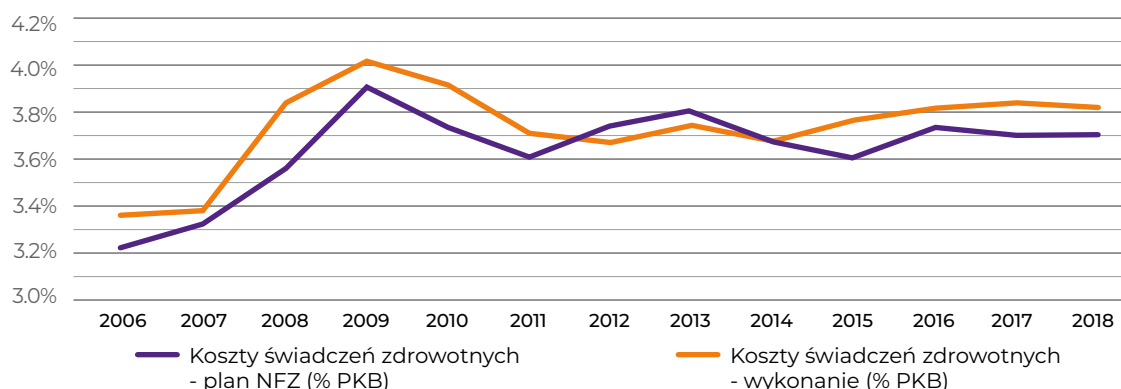
Kolejne spowolnienie gospodarcze miało miejsce w 2009 r., kiedy to realny wzrost gospodarczy spadł z 4,2% do 2,8%. Nie spowodowało to znaczącej zmiany (spadek o 0,02% PKB) składki na opiekę zdrowotną. Wydatki na publiczną opiekę zdrowotną rosły w znacznie szybszym tempie i zwiększyły się o 0,15% PKB. W rezultacie sytuacja finansowa NFZ uległa pogorszeniu. Podczas gdy w 2008 r. osiągnięto zysk w wysokości 0,09% PKB, w 2009 r. zanotowano deficyt w wysokości 0,05% PKB.

W latach 2012-2013 wzrost realnego PKB znalazł się na poziomie odpowiednio do 1,6% i 1,4%, podczas gdy w 2011 r. polska gospodarka odnotowała imponujący wzrost o 5,0%. Spowolnienie to nie doprowadziło do znaczącego spadku składek na opiekę zdrowotną w 2012 r. (0,02% PKB), podczas gdy w 2013 r. odnotowano nawet niewielki wzrost składek (0,06% PKB). Po stronie wydatków, w 2012 r. odnotowano spadek o 0,08% PKB. Jednak w przypadku uwzględnienia nowego projektu ustawy o refundacji leków wprowadzonego w tym roku, wydatki faktycznie wzrosły o 0,04% PKB. W 2013 r. wzrost wydatków był kontynuowany i wyniósł 0,17% PKB. Spowodowało to nieznaczne pogorszenie pozycji finansowej NFZ o 0,04% PKB.

Podsumowując, te konkretne przykłady pogorszenia koniunktury potwierdzają, że utrzymanie zrównoważonego budżetu NFZ w poszczególnych latach nie jest priorytetem funduszu. Należy podkreślić, że takie podejście nie wpływa negatywnie na postawę gospodarczą w dłuższej perspektywie, gdzie obserwowana jest stabilność finansowa. Wydatki na opiekę zdrowotną są zazwyczaj utrzymywane na wyższym poziomie niż sugeruje pierwotny plan NFZ i wydają się być zależne od cyklu gospodarczego. Negatywna różnica między realizacją wydatków NFZ na opiekę zdrowotną a pierwotnym planem została odnotowana dopiero w latach 2012-2013, kiedy miała miejsce konsolidacja fiskalna sektora publicznego. Wpływ na to mogły mieć również różnice między pierwotnymi szacunkami dotyczącymi nowej ustawy refundacyjnej a jej rzeczywistym wpływem.

Wykres 12

Koszty świadczeń zdrowotnych NFZ, plan vs. realizacja.

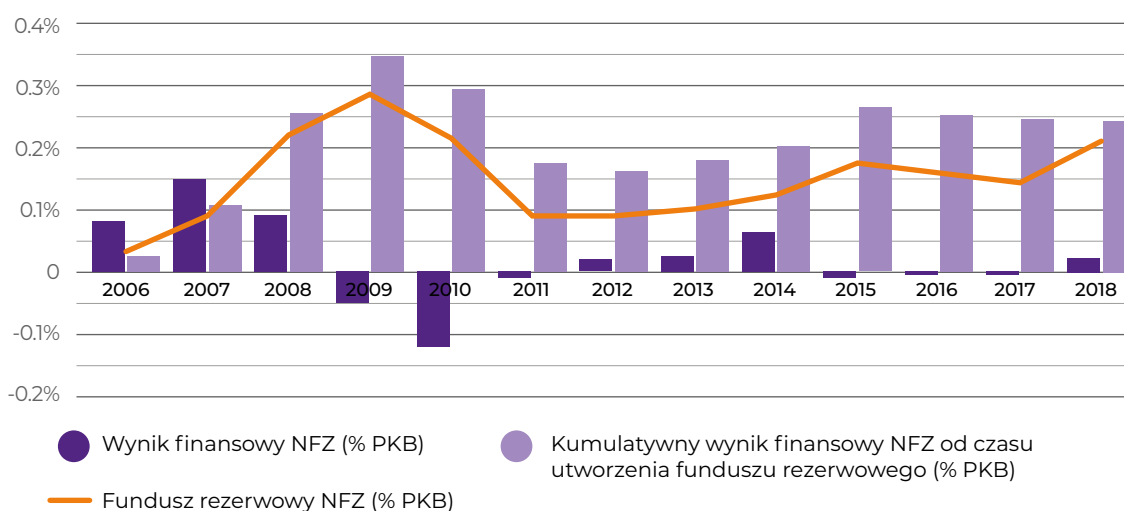


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Nierozwiązana pozostaje kwestia, w jaki sposób NFZ może pozwolić sobie na nieuwzględnianie w swoich decyzjach o wydatkach sytuacji ekonomicznej i wynikających z niej spadków składek na opiekę zdrowotną. W końcu, jak widać z powyższej analizy przypadków, prowadzi to do deficytów NFZ, które muszą być w jakiś sposób finansowane. Mechanizm stojący za tą polityką jest stosunkowo prosty. Od 2006 r. NFZ posiada fundusz rezerwy, który jest finansowany z poprzednich zysków NFZ, a także z wpłat z budżetu centralnego, zazwyczaj na konkretne zadania. Rezerwa kapitałowa funkcjonuje jako bufor finansowy. Dlatego też w okresie dekoniunktury NFZ mógł pozwolić sobie na zachowanie wcześniej zaplanowanego poziomu wydatków i odnotowanie deficytu, który jest pokrywany z funduszu rezerwowego. Jest to rozsądna polityka, którą należy pochwalić, gdyż jest ona cennym narzędziem polityki antycyklicznej. Oczywiście działa ono tak długo, jak długo zapewniona jest długoterminowa wypłacalność ekonomiczna. Jednak od czasu utworzenia NFZ fundusz ten udowodnił, że prowadzi zrównoważoną długoterminową politykę finansową.

W okresie 2006-2017 rezerwa kapitałowa NFZ była nieco niższa niż może sugerować skumulowane wartości wyniku finansowego. Niemniej jednak kierunek zmian w poziomie rezerw kapitałowych naśladuje kierunek kształtowania się wyniku NFZ. W 2018 r. mieliśmy jednak do czynienia ze znacznym wzrostem poziomu funduszu rezerwowego, który nie był zgodny z wynikami finansowymi NFZ rok wcześniej. Wynikało to z uchwalenia przez Sejm ustawy o podwyższeniu rezerwy kapitałowej NFZ o 1,8 mld PLN w celu zwiększenia wydatków na służbę zdrowia<sup>8</sup>. W 2019 r. sytuacja ta powtórzyła się po raz kolejny. Na koniec roku fundusz rezerwy NFZ został podwyższony o 3,0 mld PLN<sup>9</sup>. W efekcie można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, że na koniec 2019 r. fundusz kapitałowy NFZ był na najwyższym poziomie w historii. Szacunek ten utrzymuje się nawet po uwzględnieniu możliwości realizacji części dodatkowych świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem finansowania z rezerwy. Fundusz rezerwy na koniec 2019 r. wynosiła prawdopodobnie znacznie powyżej 0,3% PKB. W związku z tym NFZ jest dobrze przygotowany do radzenia sobie z deficytami wynikającymi z niedoboru dochodów, przewidzianymi w najgorszym scenariuszu oszacowanym w niniejszej publikacji (S4).

Wykres 13  
Fundusz rezerwy NFZ oraz wynik finansowy NFZ



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ

8. Ustawa z 6.12.2018 r. (Dz.U. poz. 2383).

9. Ustawa z 20.12.2019 r. (Dz.U. poz. 2490).





Podsumowując powyższą analizę, wydaje się, że również podczas pandemii COVID-19 wydatki na opiekę zdrowotną w relacji do PKB nie będą ograniczane przez dochody NFZ, w szczególności niższe składki na opiekę zdrowotną. Historycznie, NFZ wykazał, że jego wydatki działają antycyklicznie. Polityka ta była możliwa dzięki buforowi finansowemu w postaci funduszu rezerwowego. Jego poziom w 2018 r., zysk NFZ w 2018 r. oraz dodatkowe finansowanie z budżetu centralnego sugerują, że pod koniec 2019 r. rezerwa kapitałowa NFZ była na najwyższym w historii poziomie, nominalnie i w relacji do PKB. W związku z tym NFZ dysponuje wystarczającymi środkami, aby utrzymać swoje wydatki niezależnie od niższego napływu dochodów.

## 3.2. Analiza jakościowa

Pandemia COVID-19 jest bez cienia wątpliwości poważnym wstrząsem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej i systemu opieki społecznej. Jej oddziaływanie jest wielowymiarowe zaś jego skala zmienia się dynamicznie. Jest więc trudny do określenia ilościowego i wymaga stopniowych korekt w miarę rozwoju sytuacji.

Struktura służby zdrowia zmieniła się od początku pandemii i w związku z tym może wpływać na wzorce wydatków płatnika publicznego. Narodowy Fundusz Zdrowia, władze lokalne, a także Ministerstwo Finansów, które odpowiada za budżet centralny, zapewne dostosują swoje modele finansowania opieki zdrowotnej do wpływu pandemii. Obecnie wszystkie z nich, być może z wyłączeniem samorządów, deklarują stabilną sytuację finansową, przy praktycznie niezmienionych oficjalnych planach. Jednak wpływ pandemii COVID-19 na wydatki na opiekę zdrowotną może przybrać formę bezpośrednią, oddolną, nie będącą bezpośrednią konsekwencją decyzji instytucji centralnych. Nie należy zaniedbywać tej możliwości. Już teraz na rynku ochrony zdrowia istnieje szereg trendów, które warto odnotować i zgodnie z naszą wiedzą będą miały wpływ na wydatki na publiczną ochronę zdrowia w 2020 roku.

Badanie jakościowe, identyfikuje i analizuje te trendy oraz ich konsekwencje. W ramach procesu zostały one omówione z przedstawicielami płatnika publicznego na szczeblu lokalnym i centralnym, Ministerstwem Zdrowia oraz ekspertami systemu ochrony zdrowia. Analiza dotyczy kategorii kosztów NFZ oraz wydatków budżetu centralnego zawartych w części 46- zdrowie. Omówiono potencjalne zmiany w wydatkach bezpośrednio lub pośrednio wynikających z pandemii.

Opieka szpitalna jest największą kategorią kosztową w polskiej ochronie zdrowia. Dlatego też zmiany obserwowane w tej dziedzinie mają największe znaczenie dla ogólnego obrazu sytuacji. Wszystkie ostatnie dane wskazują, że realizacja tej kategorii będzie niższa w porównaniu z planami NFZ (kwietniowymi oraz czerwcowymi). Spadek liczby przyjęć obserwowany był w okresie od marca do maja 2020 roku. Dotyczyło to zarówno przyjęć nagłych, jak i planowych. Ograniczenie dostępu do opieki szpitalnej (planowej) zostało dodatkowo pogłębione szeregiem czynników. Pacjenci zdecydowali się nie korzystać z usług ze względu na obawy zarażenia COVID-19, obawy o złamanie ograniczeń pandemicznych lub niewiedzę o możliwości otrzymania pomocy w wybranej placówce. NFZ publicznie zadeklarował oczekiwanie, że do czerwca 2021 r. straty w świadczonych usługach zostaną zrekomensowane. Innymi słowy, oznacza to, że spadek liczby zabiegów medycznych w trakcie opieki stacjonarnej będzie widoczny nie tylko w pierwszej połowie 2020 r., ale także w całym roku. Ogółem, zgodnie z prognozą, poziom wydatków na opiekę stacjonarną zmniejszy się o 963 mln zł w porównaniu z planem NFZ z kwietnia br. Koszty refundacji leków w ramach tej kategorii wydatkowej spadną o 94 mln PLN.

W czerwcu NFZ opublikował swój nowy plan, który wydaje się uwzględniać pełny efekt pandemii. Przewidywane wydatki na opiekę szpitalną w 2020 roku mają być o 1343 mln PLN wyższe niż w planie kwietniowym, a refundacja leków w tej kategorii pozostanie zasadniczo bez zmian. Spodziewany wzrost wydatków na opiekę szpitalną można wytłumaczyć jedynie tym, że początkowe plany NFZ są zazwyczaj niższe od realizacji. Choć według naszej wiedzy eksperckiej efekt ten, podobnie jak w latach 2012-2013, nie będzie miał miejsca w tym roku. Niższe koszty opieki szpitalnej w porównaniu z planami NFZ nie oznaczają, że ta kategoria będzie spadać rok do roku. Roczna dynamika wzrostu tej kategorii kosztów wyniesie 2,2%, w porównaniu z 4,3% zakładanymi w planie kwietniowym i zdumiewającymi 7,2% zakładanymi w planie czerwcowym.

Istnieje szereg innych kategorii kosztowych NFZ, które mają zmniejszyć się ze względu na pandemię COVID-19. Oczekuje się, że koszty refundacji zmniejszą się w związku z mniejszą liczbą recept realizowanych w aptekach (spadek sprzedaży był widoczny w kwietniu i maju 2020 r.) i mniejszą liczbą osób leczonych w ramach programów lekowych (spowodowaną zmianą zachowań pacjentów, ale również mniejszą podażą świadczonych usług).

Pandemia COVID-19 w oczywisty sposób uderza w sanatoria. Dodatkowo ich typowym pacjentem jest osoba starsza, a więc podatna na zainfekowanie. Dlatego nawet po zniesieniu obostrzeń odnośnie ilości udzielanych usług sanatoryjnych oczekuje się, że popyt na tego typu świadczenia będzie ograniczony. W efekcie spodziewany jest spadek kosztów tej kategorii wydatkowej o 40 mln PLN.

Oczekuje się również, że usługi stomatologiczne zostaną w pewnym stopniu ograniczone. Przewidywane obniżenie ich kosztów wynosi ok. 88 mln PLN, gdyż kwota zakontraktowana przez NFZ może być niższa od oczekiwanej.

Oczekuje się, że wydatki na koordynację i usługi transgraniczne zmniejszą się ze względu na mniejszą mobilność transgraniczną. Ponieważ jednak te kategorie kosztowe są stosunkowo niewielkie, łączny spadek tego rodzaju kosztów wyniesie tylko 39 mln PLN.

Inne kategorie kosztów, które mogą ulec zmniejszeniu ze względu na COVID-19, to usługi zdrowotne zakontraktowane oddzielnie oraz wydatki na substancje odżywcze przeznaczenia leczniczego. Spadek ten będzie wynikał głównie z mniejszej liczby wizyt i recept.

Niektóre wydatki na usługi zdrowotne są wrażliwe politycznie i/lub społecznie, więc nie oczekuje się, aby zmieniły się one znacząco w zakresie poziomu finansowania. W tej grupie znajdują się podstawowe usługi zdrowotne, opieka podstawowa oraz rodzinna, które nie powinny ulec zmianie w porównaniu z kwietniową prognozą NFZ, natomiast prognoza czerwcową przewiduje ich niewielki spadek.

Opieka ambulatoryjna i rehabilitacja mogą pozostać stabilne, ale są trudne do przewidzenia. Przewiduje się, że transport medyczny i profilaktyczna opieka zdrowotna (głównie ze względu na priorytety NFZ) nie ulegną zmniejszeniu. Opieka szpitalna i paliatywna pozostanie na stałym poziomie, pomimo pandemii.

Istnieją pewne kategorie kosztów, które mogą wzrosnąć w wyniku pandemii COVID-19. Jednym z przykładów takiej kategorii jest leczenie psychiatryczne i uzależnień. Eksperci jednogłośnie przewidują, że blokada i strach przed COVID-19, który dręczył społeczeństwo, doprowadziły do pogorszenia ogólnych warunków psychologicznych. Według prognoz leczenie psychiatryczne i uzależnień wzrośnie o 138 mln PLN w stosunku do planu kwietniowego.



Kolejną kategorią, której koszty prawdopodobnie wzrosną, jest ratownictwo medyczne. Ponieważ coraz mniej pacjentów decyduje się na skorzystanie z typowej drogi konsultacji z lekarzem (szczególnie osoby starsze podczas ograniczeń pandemicznych), istnieje większa potrzeba intensywnej opieki. Prognozowany wzrost tej kategorii kosztów to 147 mln PLN, podczas gdy czerwcowy plan NFZ przewiduje wzrost wydatków na ten cel o 110 mln PLN.

Tabela 8  
Prognoza wydatków NFZ i porównanie z planami NFZ

Kategorie wydatkowe NFZ	Jednostka	Plan kwiecień 2020	Prognoza 2020	Prognoza 2020-Plan kwiecień 2020	Plan czerwiec 2020	Plan czerwiec 2020-plan kwiecień 2020
<b>Usługi obce:</b>	<i>mln PLN</i>	97 510	96 507	-1 003	98 890	1 380
<b>Koszty świadczeń zdrowotnych, w tym:</b>	<i>mln PLN</i>	93 384	92 178	-1 206	94 662	1 278
Podstawowa opieka zdrowotna	<i>mln PLN</i>	12 503	12 503	0	12 498	-5
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	<i>mln PLN</i>	5 698	5 698	0	5 742	44
Leczenie szpitalne, w tym:	<i>mln PLN</i>	48 163	47 199	-963	49 506	1343
Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	<i>mln PLN</i>	4 249	4 198	-51	4 283	34
Leki stosowane w chemioterapii	<i>mln PLN</i>	761	718	-43	733	-28
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	<i>mln PLN</i>	3 453	3 591	138	3 372	-80
Rehabilitacja lecznicza	<i>mln PLN</i>	3 066	3 066	0	3 049	-17
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	<i>mln PLN</i>	1 950	1 950	0	1 964	13
Opieka paliatywna i hospicyjna	<i>mln PLN</i>	824	824	0	826	1
Leczenie stomatologiczne	<i>mln PLN</i>	1 958	1 870	-88	1 951	-7
Lecznictwo uzdrowiskowe	<i>mln PLN</i>	800	760	-40	802	2
Pomoc doraźna i transport sanitarny	<i>mln PLN</i>	258	258	0	266	8
Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	<i>mln PLN</i>	273	273	0	268	-5
Świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	<i>mln PLN</i>	2 379	2 343	-36	2 391	12
Zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	<i>mln PLN</i>	1 266	1 266	0	1 254	-12
<b>Refundacja</b>	<i>mln PLN</i>	<b>8 913</b>	<b>8 734</b>	<b>-178</b>	<b>8 974</b>	<b>61</b>
Rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	<i>mln PLN</i>	719	683	-36	719	0
Rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej	<i>mln PLN</i>	50	47	-3	50	0
Rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej	<i>mln PLN</i>	21	21	0	16	-6
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych	<i>mln PLN</i>	586	586	0	596	10

Kategorie wydatkowe NFZ	Jednostka	Plan kwiecień 2020	Prognoza 2020	Prognoza 2020-Plan kwiecień 2020	Plan czerwiec 2020	Plan czerwiec 2020-plan kwiecień 2020
Pozostałe	mIn PLN	504	504	0	419	-85
Inne koszty świadczeń zdrowotnych	mIn PLN	?	58	0	0	?
<b>Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie</b>	<b>mIn PLN</b>	<b>?</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>?</b>
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	mIn PLN	2 258	2 405	147	2 369	110
<b>Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa</b>	<b>mIn PLN</b>	<b>836</b>	<b>832</b>	<b>-4</b>	<b>836</b>	<b>0</b>
Inne koszty usług obcych (reszta)	mIn PLN	1 032	1 032	0	1 024	-8

Źródło: Opracowanie własne, NFZ.

Działania zapobiegające zakażeniu COVID-19 obejmują, ale nie ograniczają się do: kontroli zakażeń na poziomie szpitalnym, ambulatoryjnym i na poziomie populacji, a także ochronie personelu w postaci profilaktyki i przeprowadzania testów. Finansowanie tych działań, zgodnie z dwoma ustawami uchwalonymi przez Parlament<sup>10</sup>, będzie pochodziło z budżetu centralnego. Oznacza to, że wpływ COVID-19 na wydatki NFZ jest ograniczony do skutków pośrednich. Finansowanie działań ograniczających skalę pandemii i jej skutki będą widoczne w wydatkach budżetu centralnego na ochronę zdrowia.

Te bezpośrednie skutki zostały oszacowane łącznie na podstawie dostępnych informacji publicznych<sup>11,12</sup>. W prognozie założyliśmy, że druga fala pandemii nie nastąpi, a liczba zakażeń będzie wygaszana do końca 2020 roku. Tego typu założenia są wysoce niepewne, jednak uważamy, że obecnie są one najbardziej prawdopodobnym scenariuszem. W rezultacie całkowity bezpośredni koszt działań skierowanych przeciwko COVID-19 dla budżetu centralnego został oszacowany na 774 mln PLN.

Tabela 9  
Wydatki z budżetu centralnego na ochronę zdrowia

Kategorie wydatkowe	Jednostka	Realizacja 2019	Plan 2020	Prognoza 2020	Prognoza 2020 - realizacja 2019	Prognoza 2020 -plan 2020
<b>Wydatki z budżetu centralnego na ochronę zdrowia</b>	<b>mIn PLN</b>	<b>6 369</b>	<b>3 211</b>	<b>7 143</b>	<b>774</b>	<b>3 932</b>
Szpitalne ogólne	mIn PLN	2	31	2	0	-29
Szpitalne kliniczne	mIn PLN	455	589	455	0	-134
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	mIn PLN	12	11	12	0	1

10. Ustawa z 2.03.2020 r. (Dz.U. poz. 374) I Ustawa z 30.03.2020 r. (Dz.U. poz. 568).

11. <https://pulsmedycyny.pl/prezes-nfz-koronawirus-zmieniil-system-ochrony-zdrowia-czesc-rozwiazan-zostanie-i-bedzie-rozwijana-989935>

12. <https://www.politykazdrowotna.com/56317,prezes-nfz-dla-polityki-zdrowotnej-min-o-budziecie-funduszu-w-zwiazku-z-epidemia-koronawirusa>



Kategorie wydatkowe	Jednostka	Realizacja 2019	Plan 2020	Prognoza 2020	Prognoza 2020 - realizacja 2019	Prognoza 2020 -plan 2020
Lecznictwo psychiatryczne	mIn PLN	73	74	74	0	0
Lecznictwo ambulatoryjne	mIn PLN	3	2	3	0	0
Inspekcja Sanitarna	mIn PLN	42	44	42	0	-2
Inspekcja Farmaceutyczna	mIn PLN	25	37	25	0	-12
Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	mIn PLN	5	5	5	0	0
Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	mIn PLN	60	65	60	0	-5
Ratownictwo medyczne	mIn PLN	201	161	212	11	51
Publiczna służba krwi	mIn PLN	94	103	94	0	-9
Systemy wsparcia ratownictwa medycznego	mIn PLN	31	38	33	2	-5
Medycyna pracy	mIn PLN	1	1	1	0	0
<b>Programy polityki zdrowotnej</b>	<b>mIn PLN</b>	<b>927</b>	<b>1045</b>	<b>913</b>	<b>-14</b>	<b>-132</b>
<b>Świadczenia wysokospecjalistyczne</b>	<b>mIn PLN</b>	<b>521</b>	<b>222</b>	<b>521</b>	<b>0</b>	<b>300</b>
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	mIn PLN	7	6	7	0	0
Zwalczanie narkomanii	mIn PLN	10	10	10	0	0
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	mIn PLN	7	7	7	0	0
Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	mIn PLN	?	?	1	0	0
Inne	mIn PLN	3 894	759	3 894	0	3 135
<b>Dodatkowe wydatki wynikające z ustaw przeciwdziałających pandemii COVID-19 (z 2 i 31 Marca 2020)</b>	<b>mIn PLN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>774</b>	<b>774</b>	<b>774</b>

Źródło: Opracowanie własne, NFZ.

Podsumowując, prognoza przewiduje, że wydatki NFZ na opiekę zdrowotną będą niższe o 1,2 mld PLN w porównaniu do planu NFZ z kwietnia br. Większość tego spadku wynika ze spadku wydatków na opiekę szpitalną – największą kategorię kosztową (spadek o 869 mln PLN, nie uwzględniając kosztów refundacji). Drugi co do wielkości spadek wydatków dotyczyć będzie refundacji leków. Ta kategoria kosztowa będzie niższa łącznie o 273 mln PLN. Pozostałe kategorie, które odnotują spadek wydatków, to opieka stomatologiczna, koszty koordynacji leczenia sanatoryjnego, koszty opieki transgranicznej, koszty substancji odżywczych wykorzystywanych w terapiach leczniczych i usługi zdrowotne zakontraktowane oddzielnie. Ich łączny efekt wyniesie jednak 207 mln PLN.

Z drugiej strony, istnieje szereg kategorii, których koszty mają wzrosnąć w wyniku pandemii COVID-19. Dotyczy to leczenia psychiatrycznego i ratownictwa medycznego, których koszty będą według prognozy wyższe o 285 mln PLN.

Pozostałe kategorie kosztów są albo wrażliwe społecznie i politycznie (np. opieka podstawowa), trudne do przewidzenia (np. opieka ambulatoryjna), albo w dużym stopniu niedotknięte pandemią (np. świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne).

Powyższe rozważania dotyczą jedynie pośrednich skutków COVID-19, ponieważ to budżet centralny ponosi bezpośrednie finansowe konsekwencje pandemii. Przewiduje się, że łączne koszty bezpośrednie wyniosą 774 mln PLN, natomiast pośrednie efekty COVID-19 dla budżetu centralnego są nieznaczące.

Na rzeczywiste wydatki będą miały wpływ decyzje polityczne oparte przede wszystkim na sytuacji epidemiologicznej. Można mieć nadzieję, że w nadchodzącym sezonie jesiennym opieka zdrowotna nie zostanie zamrożona, jak to miało miejsce na wiosnę, zaś dostawcy usług medycznych będą w stanie przyjąć wszystkich pacjentów z zastosowaniem procedur gwarantujących bezpieczeństwo zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego. Taka zmiana w funkcjonowaniu służby zdrowia, tak bardzo pożądana przez pacjentów, zaważy na ostatecznym kształtowaniu się wydatków polskiego systemu służby zdrowia.

### **3.3. Tendencje w publicznym systemie opieki zdrowotnej od początku pandemii COVID-19**

Główne trendy na rynku farmaceutycznym są trudne do przewidzenia. Spodziewana jest przede wszystkim niższa liczba recept, spowodowana mniejszą liczbą wizyt w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej. Z pewnością skala tego ograniczenia jest zależna od specjalizacji, na przykład spodziewana jest większa liczba recept w leczeniu depresji. Ze względu na niższą liczbę pacjentów odwiedzających szpitale, mniej pacjentów będzie objętych programami lekowymi, zarówno w fazie początkowej, jak i w fazie kontynuacji. W kontekście oceny innowacyjnych metod leczenia w systemie ochrony zdrowia w Polsce, należy wziąć pod uwagę fakt, że w 2020 roku nie nastąpiła majowa i lipcowa nowelizacja list refundacyjnych. Najprawdopodobniej nie ma możliwości nadrobienia zaległości z tym związanych. Jednocześnie specjaliści, podobnie jak lekarze pierwszego kontaktu, rozpoczną przepisywanie leków z listy leków bezpłatnych dla seniorów (75+). Przy braku kompletnego systemu informatycznego monitorującego te działania, wprowadzenie tej zmiany może zwiększyć koszty systemu. Istnieje również potencjalny wpływ finansowy stosowania listy C+ przeznaczonej dla kobiet w ciąży, który jednak nie jest znaczący.

Na poziomie makroekonomicznym należy przypuszczać, że nastąpi zwiększenie zainteresowania możliwością stworzenia zachęt dla lokalnej produkcji farmaceutyków i opracowania odpowiedniego łańcucha dostaw. Możliwe jest promowanie idei lokalnej produkcji substancji czynnych. Byłaby to odpowiedź nie tylko na europejskie, ale i polskie doświadczenia z niedoborami leków w szczególności we wstępnej fazie pandemii.

Patrząc na ogólne tendencje związane z pandemią COVID-19, możemy spodziewać się wzrostu znaczenia zdrowia publicznego, w tym na wspieraniu właściwych zachowań indywidualnych, m.in. w postaci publicznych akcji edukacyjnych. W związku z tym, że wiele usług opieki zdrowotnej zostało przesuniętych do obszaru telemedycyny, można oczekiwać większej koordynacji działań w sektorze opieki zdrowotnej, co może skutkować wzmocnieniem podejścia zorientowanego na pacjenta. W następstwie pandemii miał miejsce wzrost liczby osób, które były konsultowane telefonicznie bez konieczności wizyty w szpitalu. Zaobserwowano szersze wykorzystanie rozwiązań z zakresu e-zdrowia, w tym e-recept, e-wizyt, e-skierowań i innych. Mimo to narastają obawy dotyczące wpływu epidemii COVID-19 na wypełnienie potrzeb zdrowotnych osób z długotrwałymi dolegliwościami zdrowotnymi. Skutki tego zjawiska mogą mieć krótko- i długoterminowe konsekwencje kliniczne. W krótkiej perspektywie czasowej niektóre zbędne usługi



mogły nie być świadczone, co ogranicza koszty. Na obecnym etapie wyższa śmiertelność nie została potwierdzona, ale długoterminowe konsekwencje, w tym wpływ na długość kolejek oczekujących na świadczenie medyczne, są niejednoznaczne. Należy jednak spodziewać się, że w przyszłości może to skutkować większymi potrzebami finansowymi w ochronie zdrowia. Co ciekawe pozytywnym efekt zastosowania środków ochronnych przeciw COVID-19, może być ograniczenie częstości występowania niektórych chorób zakaźnych, a co za tym idzie kosztów ich leczenia.

Patrząc z nieco dłuższej perspektywy już obecnie można postawić wiele pytań, odpowiedzi na które będą decydujące dla kształtowania się sytuacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Istotne będą w szczególności nowe zasady kontraktowania w ramach sieci szpitali w 2021 r. (mają zostać wprowadzone w 2020 r.). Nie znany jest poziom płatności ryczałtowych w stosunku do liczby świadczonych usług (do 06/2021 r. jako rekompensata za rok 2020 i później). Wpływ na zasoby polskiego systemu ochrony zdrowia ma również kwestia zadłużenia szpitala. Ważna jest sprawa kontynuacji lub zaniechania zmian wprowadzonych w następstwie pandemii, a skutkujących zmniejszeniem liczby łóżek (i szpitali). Czy dojdzie do zdefiniowania na nowo marginalnej obecnie roli sektora szpitali prywatnych? I wreszcie, co nie mniej ważne, jaka byłaby relacja między szpitalami powiatowymi/regionalnymi a szpitalami klinicznymi/akademickimi i instytutami, jeśli chodzi o poziom finansowania? Można założyć, że w obszarach priorytetowych, takich jak onkologia, centralizacja usług diagnostycznych i leczniczych w oparciu o duże ośrodki i szpitale onkologiczne będzie promowana i połączona z dodatkowym finansowaniem.

Patrząc z perspektywy europejskiej, bezprecedensowa pandemia koronawirusa wyraźnie wskazuje na potrzebę modernizacji sposobu, w jaki UE zapewnia dostęp do leków dla swoich obywateli. Pokazuje to potrzebę skoordynowanego finansowania zdrowia publicznego, które jest niezbędne do zwalczania tego rodzaju pandemii. Posiadanie odpornego na kryzysy systemu, który zapewni szybki dostęp do bezpiecznych, wysokiej jakości i przystępnych cenowo leków w każdych okolicznościach wydaje się być obecnie kluczowe. Komisja Europejska ma zainicjować strategię farmaceutyczną dla Europy w celu dalszego zapewnienia jakości, bezpieczeństwa i skuteczności leków oraz wzmocnienia globalnej konkurencyjności sektora. Europa powinna również zadbać o to, aby wszyscy pacjenci mogli czerpać korzyści z innowacji przy jednoczesnym powstrzymaniu presji związanej z rosnącymi kosztami leków.<sup>13</sup> W rezultacie wiele praktyk zarządczych wynikających z koncepcji ochrony zdrowia opartej na wartościach może zostać przyspieszonych.

Jako ostateczny wniosek należy podkreślić, że w odniesieniu do pandemii COVID-19 nadal znajdujemy się w nieznanym obszarze. Po pierwsze, matematyczno-epidemiologiczne prognozy modelowania w zakresie zachorowalności i śmiertelności COVID-19 zawiodły w Polsce. Po drugie, badania są nadal częściowo niewiarygodne, zwłaszcza w zakresie technologii serologicznych. Po trzecie, nie dostępne są obecnie leki przeciw COVID-19 podobnie jak nie opracowano jeszcze szczepionki. Wreszcie, obserwujemy wiele wyzwań i dylematów związanych z globalnym i lokalnym przywództwem w zakresie przeciwdziałania pandemii.

---

13. [https://ec.europa.eu/health/human-use/strategy\\_en](https://ec.europa.eu/health/human-use/strategy_en)

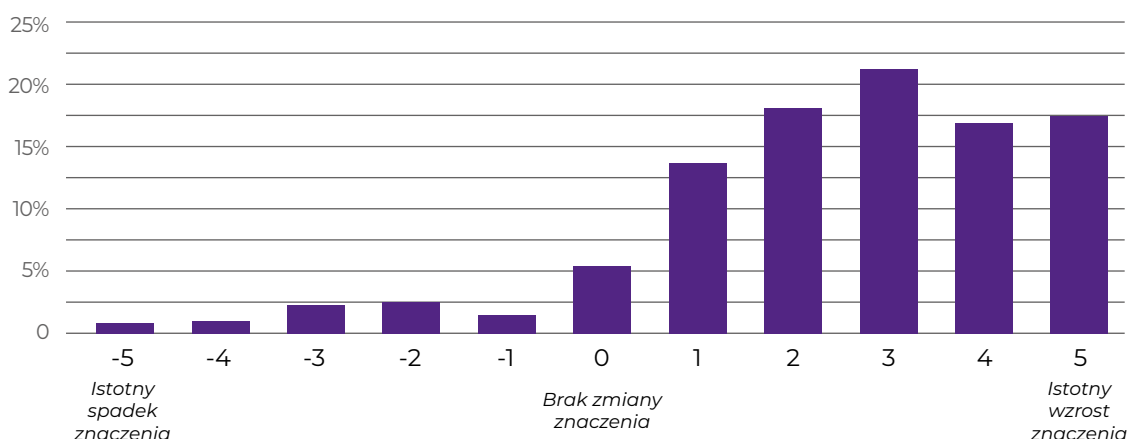


## Wpływ COVID-19 na postrzeganie polskiego systemu opieki zdrowotnej

Według badania ankietowego, na które w czerwcu 2020 r. odpowiedziało 1066 respondentów, postrzegane znaczenie systemu opieki zdrowotnej znacznie wzrosło w wyniku pandemii COVID-19. 87% respondentów zauważyło wzrost znaczenia opieki zdrowotnej, a około 55% oceniło, że waga sprawy wyraźnie wzrosła. Nie powinno to dziwić, gdyż COVID-19 szybko stał się najważniejszym tematem dyskusji i działań politycznych oraz przykuł uwagę mediów. Proces ten został spotęgowany przez kompleksowe działania mające na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się COVID-19 na terenie Polski, co doprowadziło do zmniejszenia czasu poświęcanego przez media na inne rodzaje działalności społecznej i politycznej. Dlatego też pozostaje pytanie, czy wzrost postrzegania znaczenia opieki zdrowotnej jest zmianą długofalową, czy tylko przejściową fluktuacją.

### Wykres 14

W jaki sposób epidemia COVID-19 zmieniła sposób postrzegania znaczenia systemu opieki zdrowotnej?



Nieco większy wzrost znaczenia zgłaszany przez osoby szczególnie podatne na COVID-19 może świadczyć o tym, że efekt jest tylko do pewnego stopnia tymczasowy. 89% osób w najwyższych grupach wiekowych, tj. między 45 a 65 rokiem życia, stwierdziło, że znaczenie systemu opieki zdrowotnej wzrosło w związku z pandemią, w porównaniu z 85% dla osób w wieku 34 lat lub mniej. 90% respondentów z południa Polski, w tym Śląska - regionu o największej liczbie zakażeń COVID-19, stwierdziło, że znaczenie





ochrony zdrowia wzrosło, podczas gdy dla reszty Polski wskaźnik ten wyniósł prawie 87%. Marginalne różnice między grupami dotkniętymi pandemią w większym stopniu a resztą populacji sugerują, że wpływ na wzrost znaczenia opieki zdrowotnej może nie być krótkotrwały.

Wzrost znaczenia opieki zdrowotnej jest znaczny. W takim razie powstaje pytanie: czy istnieje potrzeba finansowania rozwoju systemu opieki zdrowotnej w większym stopniu niż obecnie? 83% respondentów udzieliło na nie pozytywnej odpowiedzi. Liczba ta jest w dużej mierze zgodna z opinią na temat wzrostu znaczenia opieki zdrowotnej.

Wykres 15

Czy widzą Państwo obecnie potrzebę zwiększenia wydatków na publiczną opiekę zdrowotną, aby zapewnić jej efektywne funkcjonowanie?



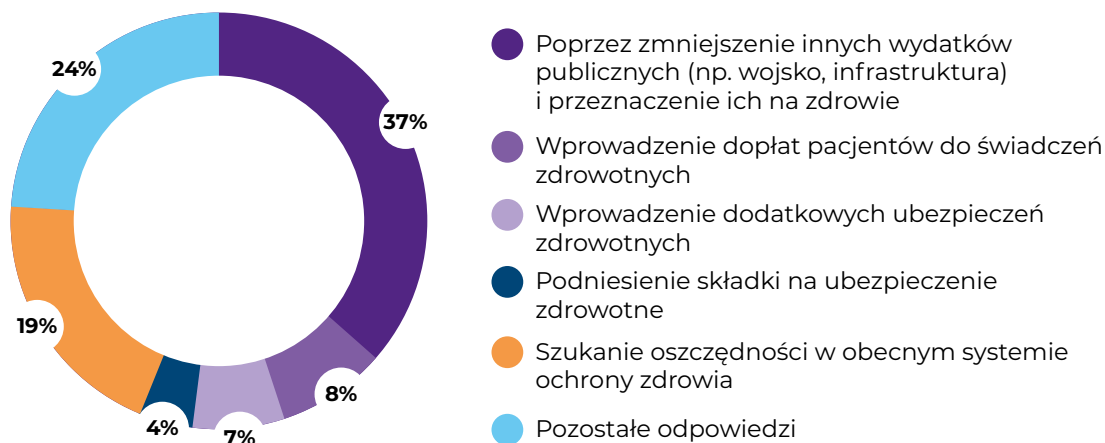
Co ciekawe, nie oznacza to, że problem braku środków finansowych w sektorze opieki zdrowotnej jest jedynie wynikiem COVID-19. Odpowiedzi na kolejne pytania sugerują, że problem ten był widoczny przed pandemią, ale mógł być zaostrzony od momentu jej wybuchu.

Wśród możliwych sposobów zwiększenia zasobów finansowych systemu opieki zdrowotnej najpopularniejszą odpowiedzią było zmniejszenie finansowania w innych dziedzinach (37% wszystkich odpowiedzi). Poszukiwanie oszczędności w systemie zostało zaproponowane przez prawie 1/5 respondentów. Opinie mające bezpośredni wpływ na finanse obywateli nie były popularne, jedynie 4% respondentów chciałoby wzrostu składki na ochronę zdrowia. Prawie 1/4 respondentów sugerowała inne możliwości zwiększenia zasobów ekonomicznych służby zdrowia. Tak znaczna część niesprecyzowanych odpowiedzi świadczy o tym, że finansowanie opieki zdrowotnej jest tematem trudnym, bez łatwych odpowiedzi.

Ponieważ najpopularniejszą odpowiedzią na zwiększenie finansowania opieki zdrowotnej było cięcie środków w innych dziedzinach, pojawiło się kolejne pytanie, odnośnie obszarów, których finansowanie ma zostać zmniejszone. Opinie były niejednoznaczne, przy czym bezpieczeństwo i obrona (26% wszystkich odpowiedzi) oraz infrastruktura (22%) były głównymi kandydatami. Co ciekawe, jako trzecią opcję wybrano wzrost PKB (16%), a rosnące znaczenie ochrony klimatu i środowiska nie powstrzymało 14% respondentów przed zasugerowaniem, że należy zmniejszyć finansowanie tego obszaru na rzecz opieki zdrowotnej.

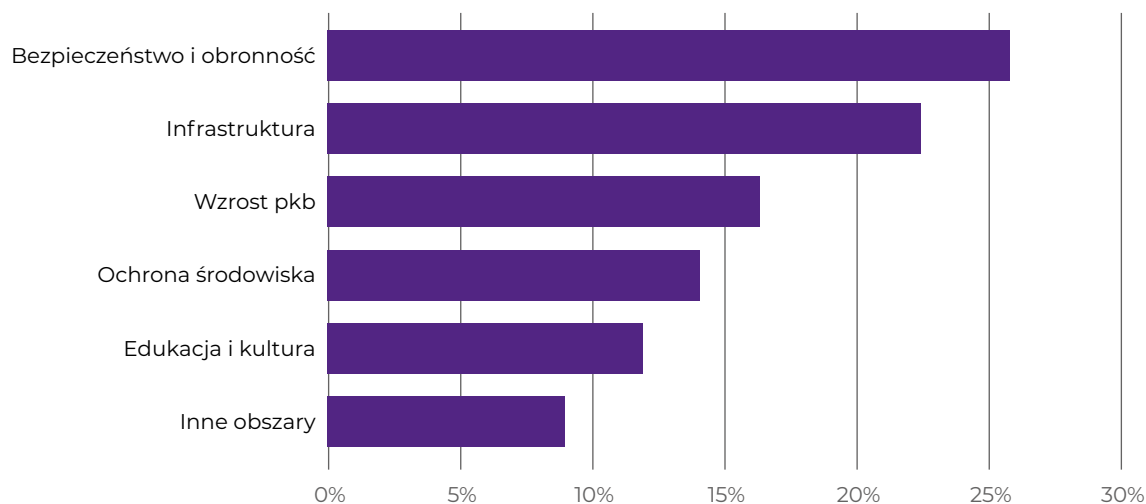
Wykres 16

Jak, Pana(i) zdaniem, można poprawić finansowanie sektora opieki zdrowotnej?



Wykres 17

Które obszary działalności państwa powinny, Pana(i) zdaniem, stracić na znaczeniu na rzecz rosnącego znaczenia sektora opieki zdrowotnej?

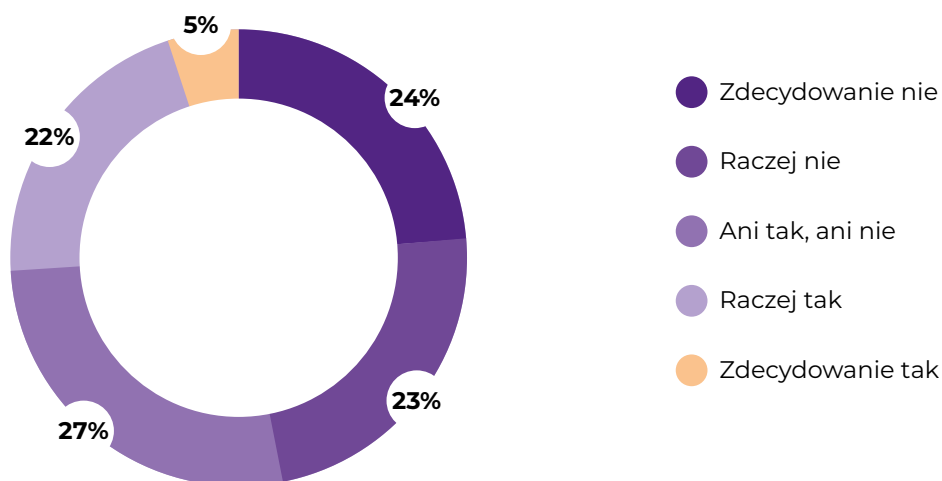


Jak zauważono wcześniej, tylko niewielka część respondentów (4%) sugerowała zwiększenie składki zdrowotnej. Nawet pytani bezpośrednio o tę opcję, tylko 1/4 respondentów zgadza się, że należy zwiększyć składkę, a tylko 5% jest całkowicie przekonana o konieczności zastosowania tego środka. Z drugiej strony prawie połowa wszystkich odpowiedzi jest przeciwna tej podwyżce, podczas gdy 1/4 nie ma zdania na ten temat.



Wykres 18

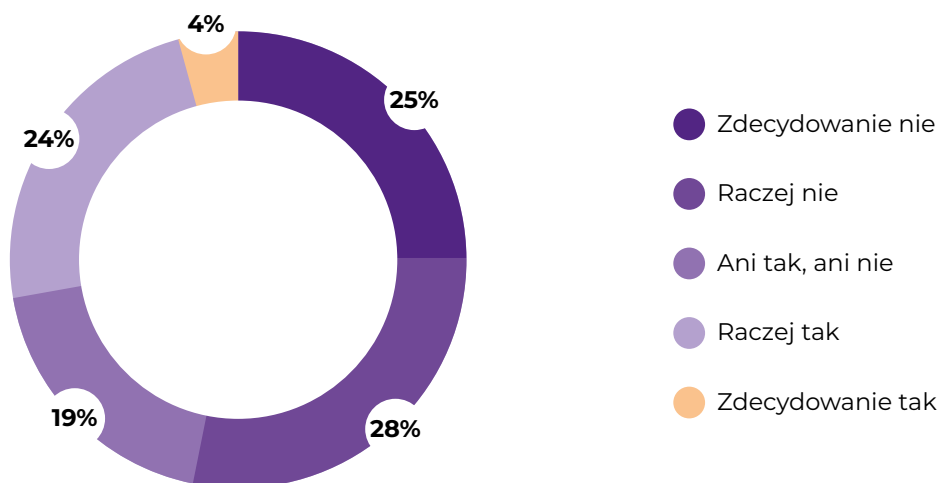
Stawka składki na ubezpieczenie zdrowotne nie zmieniła się od ponad dziesięciu lat. Czy uważa Pan(i), że teraz nadszedł czas, aby zwiększyć składki na opiekę zdrowotną?



Niechęć do zwiększenia składki zdrowotnej jest znaczna nawet w czasach pandemii. Ponadto nawet w przypadku, gdy wraz z podwyżką nastąpiły wymierne pozytywne skutki, nadal nie jest łatwo przekonać opinię publiczną do wyrażenia zgody na zwiększenie składki zdrowotnej. Respondenci, którzy byli przeciwni jej zwiększeniu, nie byli zainteresowani wdrożeniem tego środka, nawet jeśli wiązałoby się to ze skróceniem kolejek do otrzymania usług zdrowotnych i zapewnieniem innowacyjnych terapii, które nie były dotychczas dostępne w systemie. Ponad połowa respondentów nie zmieniła zdania na temat zwiększenia wkładu w opiekę zdrowotną. Jedynie 28% respondentów zgodziło się, że przekonałyby ich to do poparcia wzrostu stawek.

Wykres 19

Gdyby wzrost składki na opiekę zdrowotną był związany ze skróceniem kolejek do lekarza i zapewnieniem terapii niedostępnych obecnie dla polskich pacjentów, czy poparłby Pan(i) wzrost składki? Odpowiedzi respondentów, którzy byli przeciwni podnoszeniu składki na opiekę zdrowotną.



Niechęć do zwiększania obciążeń ekonomicznych systemu opieki zdrowotnej dla obywateli może wynikać z i tak już wysokich barier finansowych dla usług zdrowotnych. Bariery te dotyczą przede wszystkim kobiet, z których 45% zrezygnowało w ostatnim czasie z niezbędnych usług medycznych ze względu na ich koszty, podczas gdy wskaźnik dla całej populacji wyniósł 41%.

Wykres 20

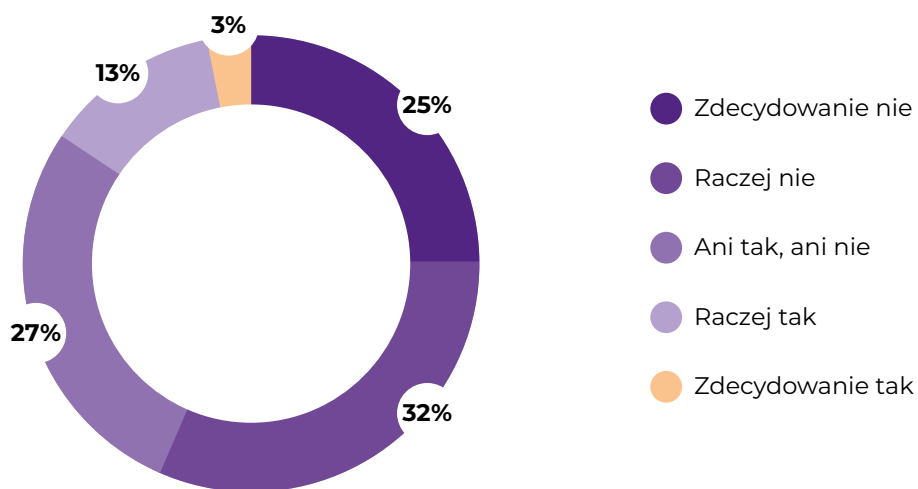
Czy ostatnio zrezygnowałeś/aś z niezbędnych usług medycznych (wizyty lekarskie, badania diagnostyczne lub recepty) ze względu na związane z tym koszty? Odpowiedzi twierdzące



Inne podstawowe problemy polskiego systemu ochrony zdrowia to niewystarczający dostęp do innowacji medycznych i terapeutycznych. 57% respondentów twierdzi, że dostęp ten jest utrudniony, a ponad 1/4 nie ma wyraźnej opinii na ten temat. Jedyne 16% stwierdziło, że innowacyjne produkty i procedury medyczne są łatwo dostępne, przy czym aż 3% respondentów jest przekonanych, że tak jest.

Wykres 21

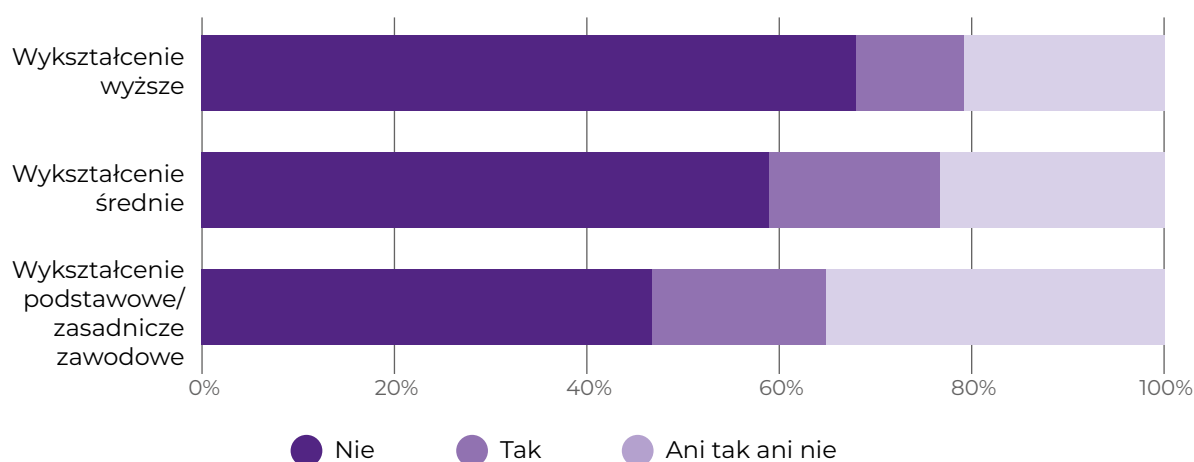
W jakim stopniu zgadzasz się z poniższym stwierdzeniem: Polski system publicznej opieki zdrowotnej zapewnia łatwy dostęp do innowacyjnych leków i terapii?



Co ciekawe, najbardziej wykształceni respondenci są najbardziej świadomi tej kwestii. 68% ankietowanych z wyższym wykształceniem stwierdziło, że dostęp do innowacji w opiece zdrowotnej jest utrudniony, podczas gdy tylko 47% osób z wykształceniem podstawowym wyrażało taką opinię. Potwierdza to hipotezę o utrudnionym dostępie do innowacji w polskim systemie opieki zdrowotnej, ponieważ można założyć, że wyższe wykształcenie idzie w parze z szerszą wiedzą, także o innowacjach medycznych, podczas gdy osoby z najniższym poziomem wykształcenia mogą po prostu nie zdawać sobie sprawy z istnienia nowoczesnych procedur i leków.

Wykres 22

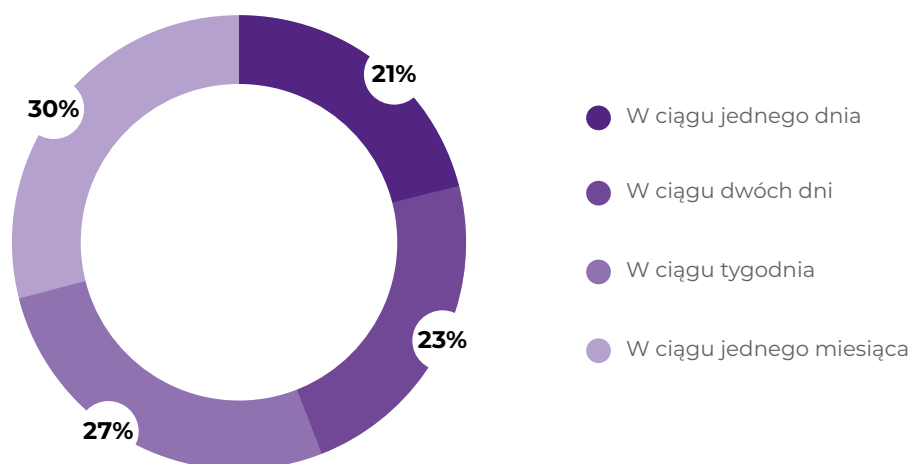
W jakim stopniu zgadzasz się z poniższym stwierdzeniem: *Polski system publicznej opieki zdrowotnej zapewnia łatwy dostęp do innowacyjnych leków i terapii?* Grupowanie w oparciu o wykształcenie respondentów.



Pomimo rozpowszechnionej opinii na temat długiego czasu oczekiwania na usługi medyczne, respondenci uznali ten problem za mniej poważny. 70% wszystkich respondentów skorzystało z usług medycznych w ciągu jednego tygodnia, a 44% w ciągu dwóch dni. Nie oznacza to, że nie ma problemów związanych z terminowym świadczeniem usług zdrowotnych w Polsce. Są one jednak mniej wyraźne i dotyczą konkretnych rodzajów procedur.

Wykres 23

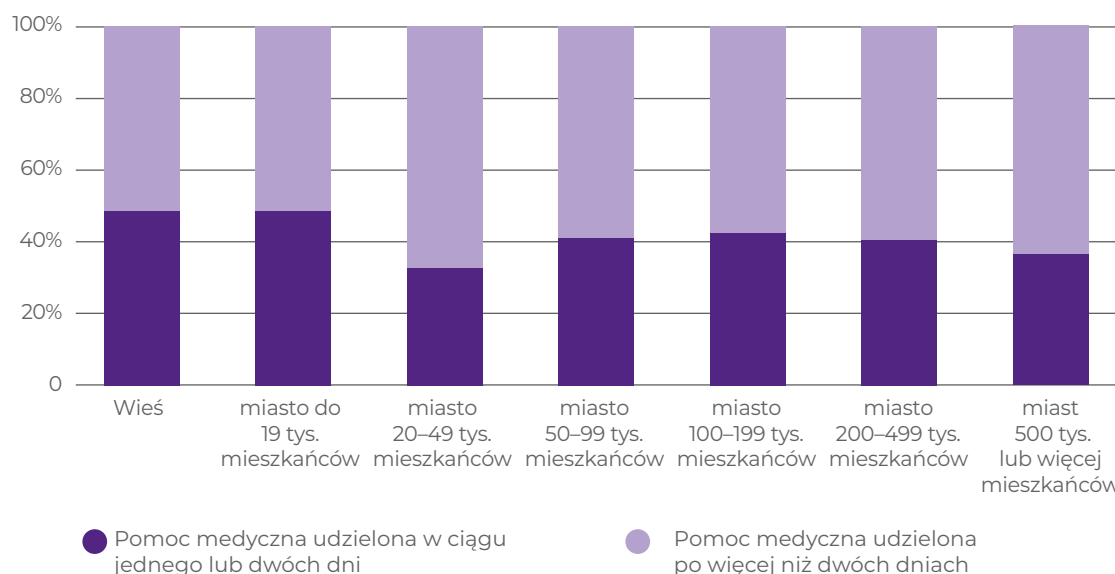
Jak szybko otrzymał Pan/Pani ostatnio niezbędną pomoc medyczną w publicznej placówce medycznej od momentu zaistnienia takiej konieczności?



Analiza czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne wśród różnych grup respondentów daje dodatkowy obraz sytuacji. Czas oczekiwania w publicznej służbie zdrowia jest zależny od wielkości gminy. Najkrótszy jest w małych miastach i wsiach, a najdłuższy w większych miastach (miasta o liczbie mieszkańców od 20 000 do 50 000 mają najdłuższy czasem oczekiwania na świadczenie).

Wykres 24

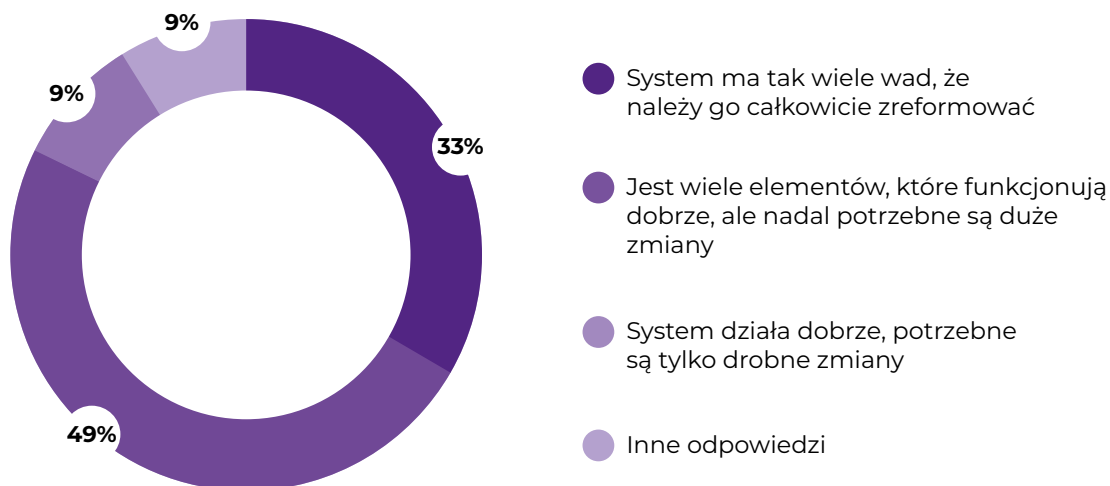
Jak szybko otrzymał Pan/Pani ostatnio niezbędną pomoc medyczną w publicznej placówce medycznej od momentu zaistnienia takiej konieczności? Grupowanie w oparciu o miejsce zamieszkania respondentów



Zdając sobie sprawę z tych problemów, zdecydowana większość (82%) uważa, że polski system opieki zdrowotnej pilnie potrzebuje całościowej reformy lub znacznych modyfikacji. Odsetek respondentów z taką opinią jest zależny od ich wieku i poziomu wykształcenia. 90% osób w najwyższych grupach wiekowych (45-65 lat) uważa, że niewielkie zmiany w systemie ochrony zdrowia nie wystarczą, aby sprostać wymaganiom społeczeństwa. Ten sam odsetek osób z wyższym wykształceniem potwierdza, taki stan rzeczy.

Wykres 25

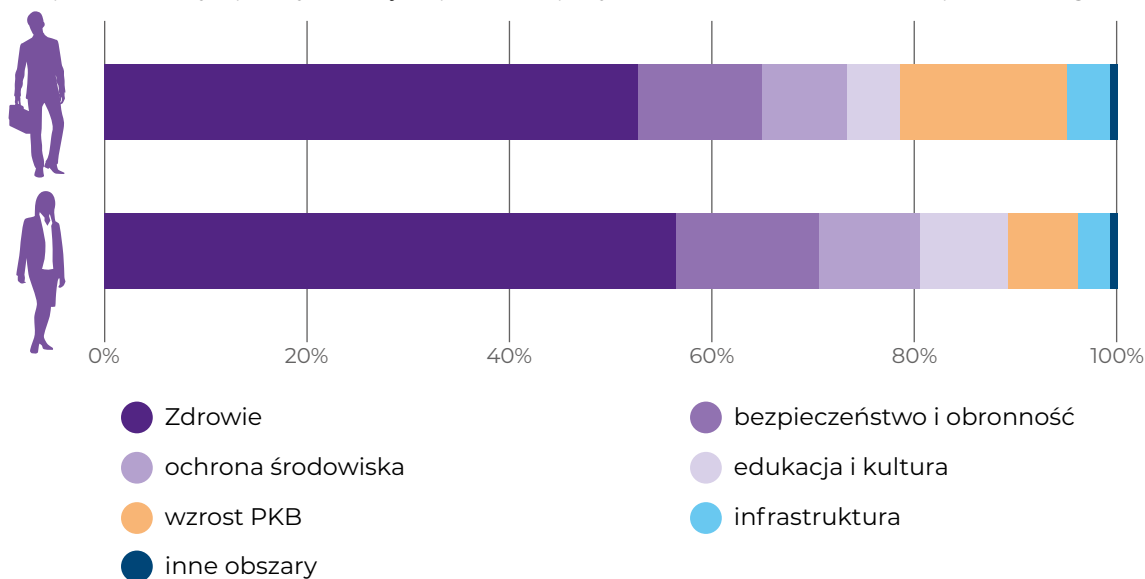
Jak postrzega Pan(i) polski system publicznej opieki zdrowotnej?



Potrzeba reform jest jeszcze bardziej widoczna, biorąc pod uwagę fakt, że respondenci uważają, iż opieka zdrowotna powinna być najważniejszym priorytetem dla rządu, zaś kobiety w większym stopniu zauważają jej istotność. 55% respondentów uważa, że opieka zdrowotna powinna być głównym priorytetem rządu podczas procesu przyznawania środków finansowych.

Wykres 26

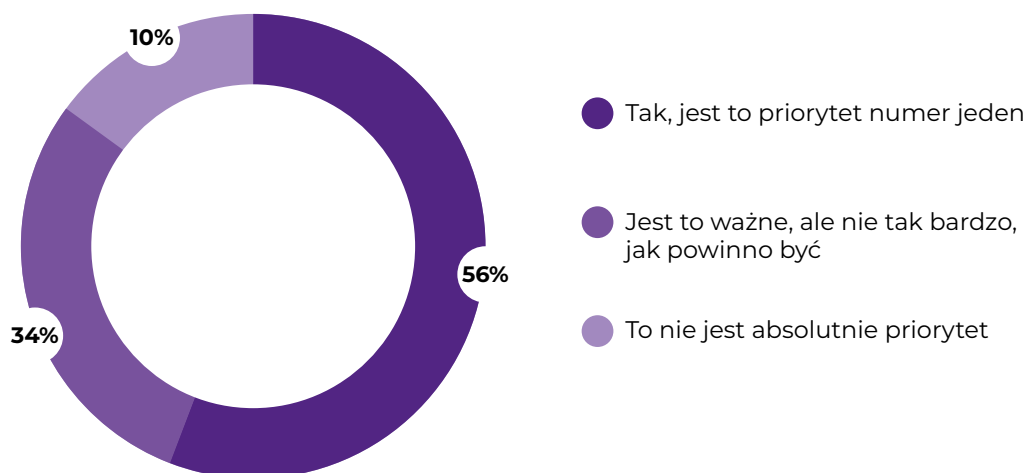
Jaki powinien być priorytet rządu podczas przyznawania finansowania publicznego?



Fakt, że ponad połowa respondentów już teraz uważa opiekę zdrowotną za jeden z priorytetów działań rządu, skłania do refleksji. Jest to nieco zastanawiające, biorąc pod uwagę opinię na temat potrzeb w zakresie reform i problemów napotykanym w systemie opieki zdrowotnej. Opinia ta może być dowodem na to, że społeczeństwo jest świadome, iż zarządzanie publiczną opieką zdrowotną jest niezwykle trudne i pomimo nadania jej priorytetowego znaczenia, trudno jest przeprowadzić zmiany w systemie. Może się też zdarzyć, że respondenci nie są konsekwentni w swoich odpowiedziach lub mogą być niespójni ze względu na swoje poglądy polityczne.

Wykres 27

Czy Pana(i) zdaniem rząd postrzega opiekę zdrowotną jako ważną kwestię?



Podsumowując główne wyniki badania, z pewnością można stwierdzić, że pandemia COVID-19 znacznie poprawiła ocenę znaczenia systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Wydaje się, że rząd już teraz traktuje system ochrony zdrowia priorytetowo, wymaga on jednak nadal znacznych reform. Społeczeństwo popiera to priorytetowe traktowanie i jest świadome potrzeby zwiększenia środków na ochronę zdrowia, choć niechętnie odnosi się do bezpośredniego wsparcia systemu. Może to wynikać w szczególności z widocznych już barier finansowych dla usług zdrowotnych.







