

Co można zrobić bez pieniędzy, a czego bez pieniędzy zrobić się nie da



Fot. Gettyimages/Mark Owen

Ochrona zdrowia to chyba najtrudniejsza ze spraw publicznych. I dlatego o opiece zdrowotnej trzeba rozmawiać. Zwłaszcza w takim kraju jak Polska, gdzie z powodu niskiego poziomu zamożności większość społeczeństwa zdana jest na publiczną służbę zdrowia. Jaka jest polska ochrona zdrowia, każdy widzi. Na jej obecną sytuację pracowały wytrwale wszystkie poprzednie ekipy rządzące, ale obecna także zdążyła już dołożyć swoje. Jaki jest skutek lat niedofinansowania i nieprzemysłanych posunięć organizacyjnych? Co możemy zmienić i jak? Prezentujemy analizę Krzysztofa Czerkasa i Piotra Magdziarza.

Fakty dotyczące stanu polskiej ochrony zdrowia są porażające. Aby się o tym przekonać, wystarczy przejrzeć niektóre statystyki publikowane przez międzynarodowe firmy specjalistyczne.

W ogonie Europy

W rankingu Euro Health Consumer Index (EHCI) 2016, przygotowywanym co roku przez szwedzki think tank Health Consumer Powerhouse i oceniającym poziom ochrony zdrowia w poszczególnych krajach Europy, wśród 35 sklasyfikowanych krajów europejskich Polska zajęła 31. miejsce (523 pkt), wyprzedzając nieznacznie Albanie. Pośród członków UE gorzej od nas wypadły jedynie Bułgaria i Rumunia – za to o wiele lepiej Czechy i Estonia, czyli kraje, które na początku reform zdrowotnych miały sytuację podobną do naszej.

Warto wspomnieć, że w 2015 r. czołówkę w tym rankingu stanowiły: Holandia (916 pkt), Szwajcaria (894 pkt) i Norwegia (854 pkt). Wykres obrazujący pozycję Polski w rankingu EHCI na tle innych krajów przedstawia rycina 1.

Według OECD Health Statistic za 2015 r. pod względem wydatków ponoszonych na zdrowie jako procent PKB (uwzględniając łącznie środki publiczne i prywatne) Polska na 36 sklasyfikowanych krajów europejskich zajmuje 31. miejsce – 6,3 proc. PKB, a wśród 28 krajów Unii Europejskiej 26. miejsce, wyprzedzając jedynie Łotwę i Rumunię. Czołówkę w tym rankingu stanowią: Szwajcaria – ok. 11,5 proc. PKB, a dalej Niemcy, Szwecja, Francja i Holandia – po ok. 11 proc. PKB.

Według tego samego źródła pod względem liczby lekarzy na tysiąc mieszkańców wśród 22 sklasyfikowanych krajów europejskich Polska z liczbą 2,31 lekarza

POŚRÓD CZŁONKÓW UE GORZEJ OD NAS

WYPADAJĄ JEDYNIĘ BUŁGARIA I RUMUNIA –

ZA TO DALEKO LEPIEJ CZESCI, ESTOŃCZYCY –

KRAJE, KTÓRE MIAŁY NA POCZĄTKU

REFORM ZDROWOTNYCH SYTUACJĘ

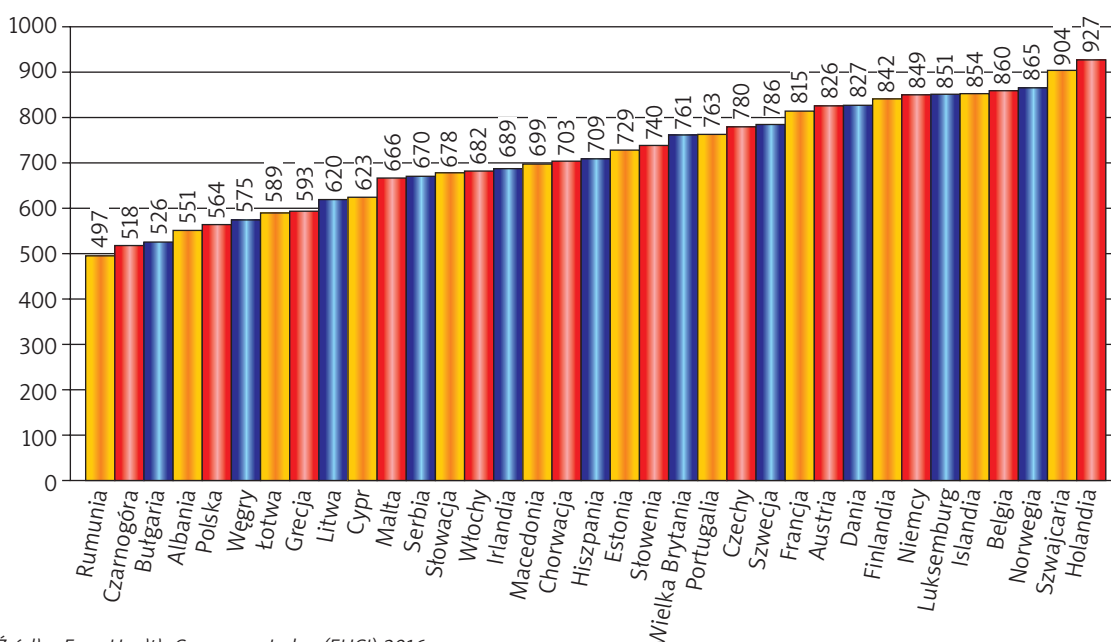
PODOBNA DO NASZEJ

zajmuje przedostatnie miejsce i wyprzedza jedynie Turcję. Liderem w tym rankingu jest Austria (5,05 lekarza na tysiąc mieszkańców), a kolejne miejsca zajmują Norwegia (4,43) i Litwa (4,31). Natomiast pod względem liczby pielęgniarek na tysiąc mieszkańców wśród 23 sklasyfikowanych krajów europejskich Polska z liczbą 5,24 pielęgniarki zajmuje 20. miejsce i wyprzedza tylko Hiszpanię, Łotwę i Turcję. Liderami w tej kategorii są: Szwajcaria (17,56), Norwegia (16,89) i Islandia (15,33).

Wykresy obrazujące pozycję Polski według rankingu OECD Health Statistic na tle innych krajów pokazano na rycinach 2, 3 i 4.

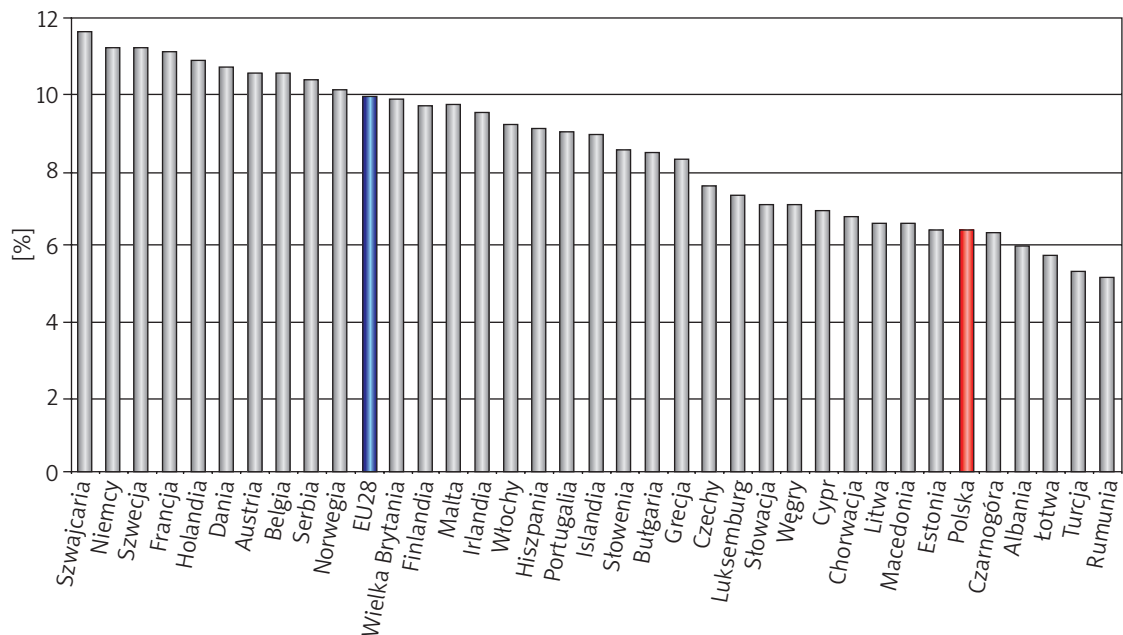
Rak

Najbardziej niepokojącym i jednocześnie najmocniej zaniedbanym obszarem ochrony zdrowia w Polsce jest onkologia. Zgodnie z danymi Polskiego Rejestru Nowotworów oraz OECD Health Statistic za 2015 r. sytuacja w tym obszarze jest porażająca. Co roku przybywa w kraju 160 tys. chorych na nowotwory, a umiera ponad 90 tys. Zdaniem ekspertów mniej więcej co trzeci



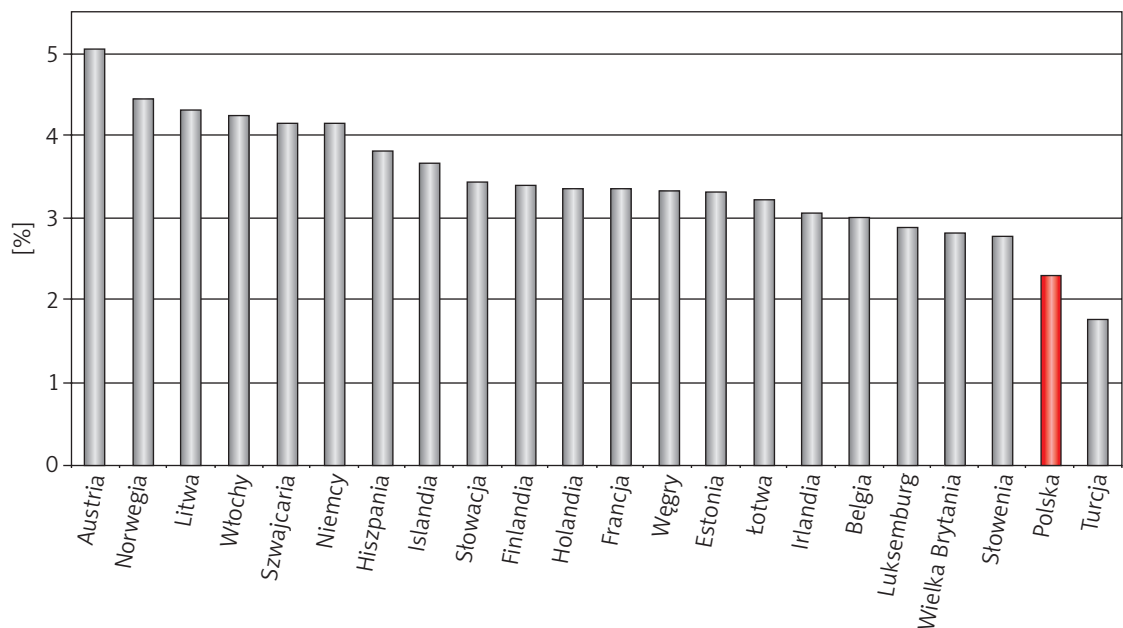
Źródło: Euro Health Consumer Index (EHCI) 2016

Rycina 1. Ranking poziomu ochrony zdrowia Euro Health Consumer Index (EHCI) 2016



Źródło: OECD Health Statistic 2016; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database

Rycina 2. Wydatki na zdrowie (publiczne i prywatne) w 2015 r. jako procent PKB



Źródło: OECD Health Statistic 2016

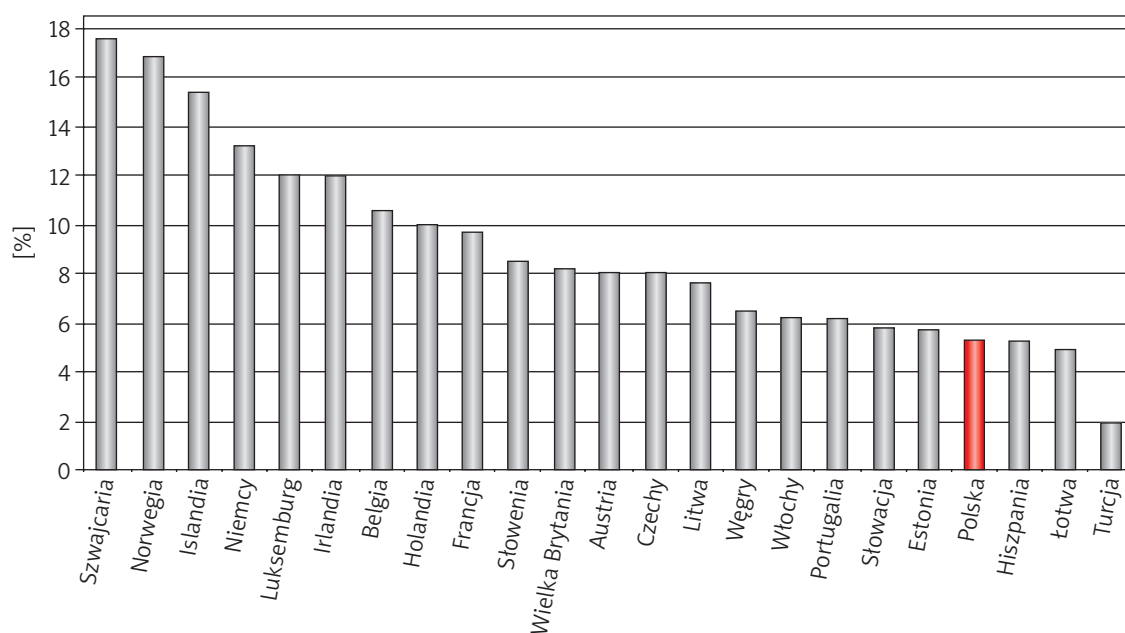
Rycina 3. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w 2015 r.

polski pacjent onkologiczny mógłby żyć, gdyby zmieniono system opieki nad chorymi na nowotwory. Jednocześnie prognozy na przyszłość są wręcz przerażające. Szacuje się, że w ciągu najbliższej dekady liczba chorych na nowotwory w Polsce przekroczy milion, a rocznie przybywać będzie ok. 300 tys. nowych przypadków. Z tym problemem ma się zmierzyć ok. 1000 lekarzy onkologów i ok. 300 radioterapeutów. Jeżeli w krótkim czasie nie zrobi się nic dla poprawy sytuacji, nowotwory po prostu zdziesiątkują nasze społeczeństwo.

Rycina 5 obrazuje pozycję Polski w Europie pod względem liczby zgonów, których przyczyną były choroby nowotworowe, na 100 tys. mieszkańców, według rankingu OECD Health Statistic za 2015 r.

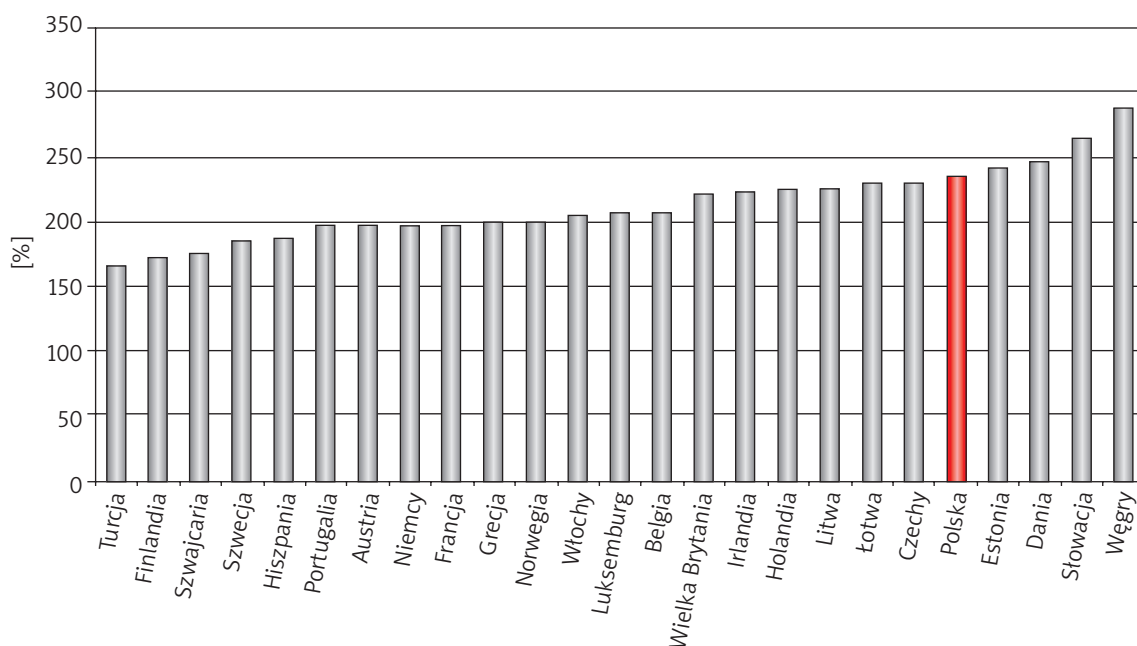
Kolejki

Podobne statystyki porównawcze można cytować w nieskończoność. Na przykład takie, że wśród europejskich krajów należących do OECD Polska ma najdłuższy czas oczekiwania na operację zaćmy i drugi



Źródło: OECD Health Statistic 2016

Rycina 4. Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców w 2015 r.



Źródło: OECD Health Statistic 2016

Rycina 5. Liczba zgonów z powodu choroby nowotworowej na 100 000 mieszkańców

pod względem długości czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego i endoprotezoplastykę stawu kolanowego (wyprzedza nas tylko Estonia).

Sytuacja nie wygląda lepiej również z krajowej perspektywy. Według Barometru Fundacji Watch Health Care nr 15/3/12/2016 średni czas oczekiwania na pojedyncze gwarantowane (notabene w tym przypadku słowo „gwarantowane” brzmi jak kpina) świadczenia zdrowotne w Polsce pod koniec 2016 r. wynosił 2,9 miesiąca. Najdłuższy czas oczekiwania według spe-

cializacji dotyczył świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (13,3 miesiąca), zaś najdłuższy czas oczekiwania na operację dotyczył operacji zaćmy (23,5 miesiąca). Średni czas oczekiwania na konsultację u lekarza specjalisty wynosił 2,4 miesiąca, w tym najdłuższy na konsultację endokrynologiczną (9,2 miesiąca). Średni czas oczekiwania na badanie diagnostyczne wynosił 2,2 miesiąca, w tym najdłuższe było oczekiwanie na diagnostyczną artroskopię stawu biodrowego (19,5 miesiąca). Z analizy etapowości czasu oczekiwa-



Fot. Gettyimages/John Holcroft

NAJBARDZIEJ NIEPOKOJĄCYM I JEDNOCZEŚNIE

NAJMOCNIEJ ZANIEDBANYM OBSZAREM

OCHRONY ZDROWIA W POLSCE JEST ONKOLOGIA

nia na leczenie w przypadku zwyrodnienia stawu kolanowego (przypadek stabilny) wynika, że łączny czas oczekiwania pacjenta – od początku oczekiwania na diagnostykę do przeprowadzenia operacji – wynosił ok. 4,7 roku (sic!), natomiast np. w przypadku żyłaków kończyn dolnych czas od początku oczekiwania na diagnostykę do przeprowadzenia operacji wynosił średnio 1,8 roku. Na ruchomy aparat ortodontyczny dzieci w wieku do 12 lat muszą oczekiwać średnio około 1,6 roku!

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w „Biuletynie Ministerstwa Zdrowia” strata, jaką wygenerowały samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ) w 2015 r. w liczbie 1082 podmiotów leczniczych, wyniosła ok. 320 mln zł! Natomiast według danych przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia zobowiązania ogółem SPZOZ-ów na koniec 2015 r. wynosiły ok. 10,81 mld zł, z czego 1,75 mld zł stanowiły zobowiązania wymagalne. Te ostatnie na koniec III kwartału 2016 r. wzrosły do poziomu 2,09 mld zł.

Powyższe dane dowodzą, że sytuacja polskiej służby zdrowia jest dramatyczna i wymaga natychmiastowych działań naprawczych. Czy stać nas bowiem – jako państwo i obywateli – na dalsze utrzymywanie status quo w polskiej ochronie zdrowia? Czy chcemy podtrzymać ten rachityczny, niewydolny, niesprawny i stopniowo chylący się ku upadkowi sektor gospodarki narodowej?

Sprawdzone systemy

To wielki błąd, że z każdą zmianą rządu następuje zmiana koncepcji polskiej ochrony zdrowia. Prace nad nią powinny być kontynuowane bez względu na to, z której strony sceny politycznej wywodzi się ekipa rządząca. Inaczej nigdy nie odniesiemy sukcesu.

Przykładowo Holandia, będąca dzisiaj liderem rankingu EHCI, wprowadziła w 2006 r. gruntowną reformę służby zdrowia, która wyparła funkcjonujący przez poprzednie 60 lat system publicznych ubezpieczeń zdrowotnych. Główne zmiany polegały na wprowadzeniu standardowego zakresu podstawowego ubezpieczenia, wzmocnieniu roli prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych oraz – co ważne – zminimalizowaniu roli rządu w służbie zdrowia. W świetle reformy to ubezpieczyciele oraz dostawcy usług medycznych wraz z pacjentami decydują o cenach składek, jakości opieki medycznej oraz zakresie ochrony ubezpieczeniowej. W Holandii ochrona zdrowia jest finansowana z trzech źródeł: przez pracodawcę, który płaci składkę uzależnioną od poziomu dochodów pracownika, rząd, który wpłaca niewielką kwotę na każdego pacjenta, oraz samego pacjenta, który ma obowiązek ubezpieczyć się w jednym z prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych. Najubożsi mogą otrzymać zasiłek, co sprawia, że system jest w stanie objąć ochroną praktycznie 100 proc. społeczeństwa.

Z kolei Czechy, zajmujące najlepszą pozycję w rankingu EHCI wśród tzw. krajów postkomunistycznych (13. pozycja w rankingu wobec 31. pozycji Polski) i będące liderem w transformacji systemu opieki zdrowotnej wśród państw Grupy Wyszehradzkiej, zbudowały swój system w oparciu o solidaryzm społeczny, zakładający równość obywateli niezależnie od tego, jakie świadczenia uzyskują oni aktualnie lub będą uzyskiwali w przyszłości. Służba zdrowia jest finansowana z powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, które są obowiązkowe, oraz z bezpośrednich wpłat budżetu centralnego i budżetów regionalnych. Kraj niemal czterokrotnie mniejszy od Polski wydaje dzisiaj ze środków publicznych na ochronę zdrowia swoich obywateli ok. 6 proc. PKB, czyli tyle, ile polski minister zdrowia obiecuje wydawać za 8 lat (dzisiaj przeznaczamy na ten cel ok. 4,4 proc. PKB). W Republice Czeskiej usługi zdrowotne świadczone są przez podmioty publiczne i prywatne. Podmioty prywatne dominują wśród placówek opieki ambulatoryjnej.

Podobne, sprawdzone systemy finansowania ochrony zdrowia funkcjonują od lat w innych krajach europejskich.

Gra o władzę

Tymczasem w Polsce politycy głównie prowadzą grę o władzę. W tej grze często muszą się uciekać do rozwiązań, które z ekonomicznego, a nawet społecznego punktu widzenia są mało korzystne, ale pozwalają zwiększyć zakres władzy. Tak było, gdy rząd Leszka Millera likwidował kasy chorych i tworzył Narodowy Fundusz Zdrowia, tak było, gdy rząd Donalda Tuska tworzył podstawy oddłużania szpitali w celu ich komercjalizacji, tak będzie zapewne teraz, gdy rząd Beaty Szydło zamierza odejść od systemu ubezpieczeniowego, a pieniędzmi przeznaczonymi na opiekę zdrowotną chce zarządzać centralnie z poziomu budżetu państwa.

Naprawdę dobra zmiana

Jak Polska długa i szeroka, słychać coraz bardziej podniesione i zniecierpliwione głosy, że ochrona zdrowia jest zła, coraz gorsza i nie widać pozytywnych wyników niekończącego się reformowania systemu. Po analizie propozycji zmian legislacyjnych, wypowiedzi różnych osób reprezentujących zaangażowane instytucje oraz dyskusji medialnych można odnieść wrażenie, że uwaga wszystkich zainteresowanych koncentruje się na szczegółowych rozwiązaniach, z jakimi mamy do czynienia tu i teraz, natomiast brakuje refleksji zarówno nad docelowym systemem ochrony zdrowia i drogą dojścia do niego, jak i nad solidnymi i rzetelnymi podstawami, także ekonomicznymi, niezbędnymi do skonstruowania tego systemu.

Ponadto w Polsce pogłębia się kryzys finansów publicznych, a wzrost gospodarczy jest spowolniony. Według informacji Głównego Urzędu Statystycznego produkt krajowy brutto (PKB) w minionym roku wzrósł tylko o 2,8 proc. To mniej o 1,1 punktu procentowego niż rok wcześniej, kiedy to polska gospodarka rozwijała się w tempie 3,9 proc. Wynik za zeszły rok jest najniższy od trzech lat. W konsekwencji system ochrony zdrowia, a więc również stan zdrowia Polaków, zależeć będzie w dużej mierze od uwarunkowań gospodarczych, od wielkości wydatków na zdrowie, będących pochodną wzrostu gospodarczego, oraz od mądrości ich dokonywania.

Coraz częściej słyzy się opinie, że w polskiej ochronie zdrowia zaczynamy wracać do niechlubnych rozwiązań z lat 70. i 80. ubiegłego stulecia. Zamiast korzystać z najlepszych międzynarodowych wzorów, praktyk i rozwiązań dostępnych na wyciągnięcie ręki – wszak Polska od ponad 10 lat jest członkiem Unii Europejskiej – decydenci wolą odwoływać się do rozwiązań z czasów swej młodości, co psychologicznie może być zrozumiałe, lecz z pewnością nie przyczyni się do poprawy kondycji i zdrowia Polaków. Przeciwnie, cofnie nas o dwie dekady, co jeszcze bardziej zwiększy



Fot. Gettyimages/Jonathan McHugh

TO WIELKI BŁĄD, ŻE Z KAŻDĄ ZMIANĄ RZĄDU

NASTĘPUJE ZMIANA KONCEPCJI

POLSKIEJ OCHRONY ZDROWIA

dystans Polski wobec pozostałych krajów Unii Europejskiej. Można przewrotnie powiedzieć, że w okresie ćwierćwiecza transformacji ustrojowej zatoczyliśmy w Polsce wielkie koło i zmierzamy do punktu początkowego tej drogi, którą już razem przeszliśmy. A przy okazji chcemy – nie wiadomo po co – pokazać innym krajom europejskim, że ich wzorce z naszego punktu widzenia nie są warte naśladowania, bo my mamy nasz własny, „lepszy” pomysł na ochronę zdrowia.

Dlatego nie wystarczy podtrzymywać i konserwować dotychczasowy, dramatycznie zły stan ochrony zdrowia i tylko lekko go modyfikować poprzez wprowadzanie minimalnych działań o charakterze kosmetycznym. Polska służba zdrowia pilnie potrzebuje rządu z prawdziwego zdarzenia, z ministrem zdrowia mającym spójną, precyzyjną i dalekosiężną wizję polityki zdrowotnej i socjalnej na miarę potrzeb i wyzwań społeczeństwa XXI wieku.

Krzysztof Czerkas, Piotr Magdziarz

Krzysztof Czerkas jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali oraz ekspertem Formedis Medical Management and Consulting.

Piotr Magdziarz jest prezesem zarządu Formedis Management and Consulting.