



graf. Natalia Gościński

Rada Ministrów nie zostawia złudzeń – system ochrony zdrowia jest o krok od bankructwa

Początek końca

Krystyna Knypl

Treść przedstawionej przez Radę Ministrów *Informacji dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia* nie została przeanalizowana przez media, bo ich uwagę przykuły bardziej spektakularne wydarzenia i nie miały czasu się zająć wnikliwą lekturą liczącego prawie 130 stron dokumentu. Nikt się nim nie zainteresował także podczas sejmowej debaty o zdrowiu. A szkoda, bo z raportu wynika, że służba zdrowia stanęła nad przepaścią.

Zdaniem autorów ministerialnego dokumentu, najważniejsze problemy systemu ochrony zdrowia to brak równowagi finansowej, zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zły stan techniczny infrastruktury, niedostateczne finansowanie ochrony zdrowia z funduszy UE, niskie wynagrodzenie personelu medycznego,

bę rocznie i jedynie w Meksyku i Turcji odnotowano niższe kwoty (odpowiednio: 583 dolary i 452 dolary). W Słowacji przeznaczana się na ten cel o 100 dolarów, na Węgrzech o 428 dolarów, a w Czechach aż o 1298 dolarów więcej! Gdy porównamy Polskę z krajami starej Unii Europejskiej, przepaść będzie jeszcze

„ 12,5 proc. budynków szpitalnych w Polsce jest pod opieką konserwatora zabytków ”

opóźnienie we wprowadzaniu nowych technik medycznych, ograniczony dostęp do leków, kolejki do lekarzy specjalistów oraz korupcja.

Rekord świata

O niedofinansowaniu i zadłużeniu polskiej służby zdrowia napisano być może zbyt wiele, ale z pewnością zrobiono zbyt mało, aby tę sytuację zmienić. Według OECD, wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wynoszą 677 dolarów na oso-

głębsza. W Wielkiej Brytanii rocznie średnio na leczenie obywatela wydaje się 2231 dolarów, a w Niemczech 2296 dolarów. Finansowanie wyrażone odsetkiem PKB świadczy o tym, jak marginalizowana jest w naszym kraju ochrona zdrowia. 6 proc. PKB w porównaniu z 7,5 proc. w Czechach, 7,8 proc. na Węgrzech, 7,7 proc. w Wielkiej Brytanii i 11,1 proc. w Niemczech pokazuje, że zbliżamy się do swego rekordu świata.

Zabytkowa medycyna

Czytając część raportu dotyczącą wieku budynków, w których mieszczą się szpitale samorządu terytorialnego, można odnieść wrażenie, że jest to przewodnik z historii architektury. Wynika z niego, że 3 obiekty zostały wybudowane jeszcze w XVIII w., 130 budynków pochodzi z XIX w., a prawie co piąty powstał przed II wojną światową (tab. 1.)!

To nie jest żart. 12,5 proc. budynków szpitalnych jest pod opieką konserwatora zabytków i – jak piszą autorzy raportu – *w wypadku 6,3 proc. budynków nie jest możliwe przeprowadzenie modernizacji w celu dostosowania ich do aktualnych przepisów prawa.*

Jeszcze gorzej jest z budynkami szpitali klinicznych i instytutów, które mają średnio po 48 lat, a 3 z nich zostały wybudowane w XVII w. Jedno, co można z pewnością stwierdzić – trwałość dorobku oświecenia i w tym wypadku jest imponująca. Aby jednak te zabytkowe obiekty mogły być wykorzystywane zgodnie z obecnym

Tab. 1. Szpitale jednostek samorządu terytorialnego (średni wiek budynków 42 lata)

Czas powstania	Liczba obiektów zoz	Odsetek ogólnej liczby
XVIII w.	3	0,1
pierwsza połowa XIX w.	28	0,7
druga połowa XIX w.	102	2,4
1900–1909	183	4,3
1910–1919	101	2,4
1920–1929	137	3,2
1930–1939	250	5,8
1940–1949	77	1,8
1950–1959	257	6,0
1960–1969	704	16,4
1970–1979	672	15,7
1980–1989	860	20,1
1990–1999	584	13,6
2000–2006	207	4,8
brak danych	119	2,8
ogółem	4284	100

„ Jedynym gestem odważnie wykonywanym przez polityków jest sięganie do naszych kieszeni. Pozwala im to uniknąć bólu związanego z podejmowaniem decyzji politycznych i rozwiązań koncepcyjnych „

przeznaczeniem, na ich remonty i modernizacje w latach 2006–2010 trzeba będzie przeznaczyć aż 6,5 mld zł.

Równie wiekowy jest sprzęt medyczny. W najgorszym stanie są urządzenia radiologiczne i służące do sterylizacji. Stacjonarny aparat RTG ma średnio 16 lat, a sprzęt do sterylizacji średnio 12 lat. Najmłodsze są aparaty do wykonywania rezonansu magnetycznego (ich średni wiek to 5 lat), ale tylko dlatego, że ta metoda jest względnie nowa. Według szacunków Ministerstwa Zdrowia, w najbliższych 5 latach na modernizację urządzeń medycznych trzeba wydać 217,5 mln zł, a na zakup nowych – 3,2 mld zł.

Naprawianie i finansowanie

W ocenie autorów raportu system ochrony zdrowia wymaga natychmiastowych działań. Należy uruchomić system ratownictwa medycznego i utworzyć sieć szpitali. Konieczne jest także zdefiniowanie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, usprawnienie po-

wszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, utworzenie systemu informacji w ochronie zdrowia oraz wprowadzenie nowych form ubezpieczeń. Niezbędne jest również włączenie funduszu chorobowego administrowanego przez ZUS do systemu ubezpieczeń zdrowotnych, wprowadzenie finansowania kosztów leczenia wypadkowego w ramach obowiązkowych ubezpieczeń OC i opracowanie projektu ustawy o ustroju ochrony zdrowia. Pod każdym z punktów można się podpisać obiema rękami. Najwyraźniej jednak kolejne ekipy ministerialne kierują się przeświadczeniem, że zamiast wdrażać, wystarczy postulować.

Od 1999 r. na stworzenie systemu ratownictwa medycznego przeznaczono z budżetu państwa zaledwie 300 mln zł i zupełnie bezpłatnie zafundowano przedłużające się przyjęcie nowej ustawy, która ma podobno wejść w życie w styczniu 2007 r.

Ze sprawnie działającym ratownictwem medycznym powinna być połączona sieć szpitali. Nad jej utworzeniem ministerialni urzędnicy

Tab. 2. Projekcja wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w latach 2007–2009 (mln zł)

Składnik nakładów	2007	2008	2009
przychody NFZ netto	39 600	41 000	42 360
obowiązkowe ubezpieczenia pielęgnacyjne	0	1667	4084
ubezpieczenia dobrowolne	0	1200	2200
zwrot kosztów leczenia powypadkowego	325	325	325
wydatki prywatne na ochronę zdrowia (łącznie)	325	1525	2525

począć już od dawna i obiecują przedstawienie owoców owego trudu w grudniu 2006 r. To o tyle konieczne, że polskie leczenie szpitalne charakteryzuje się dużą liczbą łóżek (51 na 10 tys. mieszkańców (np. w Szwecji – 24, w Belgii – 40, a w USA – 28). Poza zawyżoną w naszych szpitalach liczbą łóżek zwraca uwagę niewłaściwa ich struktura – mamy za dużo łoż-

prawdę powinno być zadaniem najważniejszym. Bez odpowiednich baz danych trudno o jakąkolwiek racjonalizację wydatków.

Włączenie funduszu chorobowego administrowanego przez ZUS do systemu ubezpieczeń zdrowotnych jest rozwiązaniem znanym w Polsce od 1920 r. (przedwojenne kasy chorych były dysponentem wypłacanych zasiłków chorobowych). Ubezpieczenie pielęgnacyjne (początkowo 0,5 proc., a docelowo 1,2 proc.), leczenie ofiar wypadków w ramach obowiązkowych ubezpieczeń OC oraz wprowadzenie nowych form ubezpieczeń to z kolei, mówiąc wprost, jeszcze głębsze sięgnięcie do kieszeni obywateli. Musimy przy tym pamiętać, że składka i tak wzrośnie do 9,0 proc. w 2007 r., a w 2009 r. będziemy płacić 10,2 proc. na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Oznacza to spore obciążenie dla każdego obywatela, ale i tak zabraknie ponad 15 mld zł do uzyskania planowanych 6 proc. PKB. Jak dynamicznie będzie wzrastał drenaż naszych kieszeni, pokazano w tab. 2.

” Według szacunków Ministerstwa Zdrowia w najbliższych 5 latach na modernizację urzędów medycznych trzeba wydać 217,5 mln zł, a na zakup nowych – 3,2 mld zł ”

żek do hospitalizacji w trybie ostrym i niedobór miejsc przeznaczonych dla pacjentów wymagających opieki długoterminowej. Zmniejszenie liczby łóżek i zmiana ich przeznaczenia są zbyt trudnym zadaniem, jak na decyzję polityczną, a prawa rynku nie działają jeszcze dostatecznie silnie w segmencie szpitalnym, aby wymusić powstanie tego, na co jest zapotrzebowanie.

Do kieszeni obywateli

Głównym akuszerem rodzącego się w bólach koszyka świadczeń gwarantowanych jest powołana we wrześniu 2005 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych. AOTM, wsparta wiedzą 22 ośrodków doradczych, 11 akademii medycznych, 11 ośrodków badawczo-rozwojowych i dysponująca budżetem w wysokości 5,3 mln zł (na 2006 r.), w połowie przyszłego roku ma przedstawić, co się należy ubezpieczonemu w ramach powszechnego ubezpieczenia. Podobne agencje istnieją w 20 krajach, a w sprawie wyceny doradza im Bank Światowy. Warto tu podkreślić, że utworzenie systemu informacji w ochronie zdrowia, choć wymienione w dokumencie na odległym miejscu, tak na-

Dane wskazują, że jedynym gestem odważnym wykonywanym przez polityków jest sięgnięcie do naszych kieszeni. Pozwala im to uniknąć bólu związanego z podejmowaniem decyzji politycznych i rozwiązań koncepcyjnych. Ponieważ drenowanie kieszeni nie wystarcza do sprawnego funkcjonowania systemu, trzeba zadbać o winnego na wypadek niepowodzenia.

Początek i koniec reformy

Przedstawiony przez Radę Ministrów dokument zawiera sporo informacji o stanie systemu ochrony zdrowia i jest to chyba jego najmocniejsza strona. Zdecydowanie słabsze jest omówienie kierunku, w jakim powinny pójść zmiany finansowania służby zdrowia. Nie ma żadnych informacji o priorytetach w działaniu rządu. Co jest bardziej istotne: podniesienie płac personelu czy dokładniejsze zdefiniowanie źródeł zwiększonego finansowania? Ogólnikowe stwierdzenie, że oczekiwany wzrost gospodarczy wszystko załatwi, nie wystarcza. Wydaje się także, że proponowana reforma ochrony zdrowia zaczyna się i kończy w kieszeni podatnika. ■