

## Reforma systemu ochrony zdrowia na Słowacji



graf. Natalia Gościńska

# Koniec zdrowotnego komunizmu

Aureliusz M. Pędziwol

Reforma słowackiej służby zdrowia rozpoczęła się 1 czerwca 2003 r. Wtedy wprowadzono opłaty za korzystanie z opieki zdrowotnej. Autorzy zmian twierdzą, że efekt był natychmiastowy. W drugim półroczu reformy liczba wizyt u lekarzy zmalała o 10 proc. w porównaniu z rokiem poprzednim, a służby pierwszej pomocy lekarskiej zanotowały o 13 proc. mniej wezwań. W 2003 r. zadłużenie służby zdrowia wzrosło już tylko o 4,75 mld koron, a nie 9 mld koron, jak przewidywano.

Co jednak najważniejsze, bezzasadne okazały się obawy, że utrudniony zostanie dostęp do usług medycznych. To ostatecznie przekonało pomysłodawców przemian do ich kontynuacji. We wrześniu 2004 r. parlament przyjął *reformatorskie puzzle* (jak je określono), czyli pakiet powiązanych ze sobą sześciu ustaw.

mnianych ustaw (o opiece zdrowotnej, o instytucjach opieki zdrowotnej i o organizacjach zawodowych, o ubezpieczalniach i o nadzorze nad opieką zdrowotną, o ubezpieczeniu zdrowotnym, o opiece zdrowotnej opłacanej z publicznego ubezpieczenia zdrowotnego i o pogotowiu ratunkowym). Ostatnim aktem była no-

» Istotą słowackiej reformy stała się zmiana roli państwa, które przestało być mecenasem służby zdrowia »

### Wielki regulator

Istotą reformy stała się zmiana roli państwa. Przestało być ono mecenasem służby zdrowia. *Państwo z pozycji właściciela, menedżera, donatora i inwestora przesunęło się na pozycję efektywnego regulatora* – napisali współautorzy reformy w wydanym niedawno przez bratysławski Instytut Spraw Publicznych IVO raporcie *Słowacja 2005*. Stało się to możliwe dzięki sprawnemu przyjęciu przez słowacki parlament wspo-

welizacja ustawy o lekach, która zmieniła sytuację na farmaceutycznym rynku Słowacji.

### Odpowiedzialność i ryzyko

Reforma słowackiej służby zdrowia rozgrywa się w trójkącie pacjenci – instytucje opieki zdrowotnej – ubezpieczalnie. Na każdym z uczestników tego układu spoczywa część odpowiedzialności. Pacjentów zmusza się do odpowiedzialnej profilaktyki oraz współdziałania w leczeniu.

## Słowacki cennik

opłaty za wybrane świadczenia (średni kurs NBP: 1 korona = 10 groszy)

wizyta lekarska*	20 koron
pogotowie ratunkowe	60 koron
apteka	20 koron za receptę, 10 koron za receptę dla niepełnosprawnych
pobyt w szpitalu**	50 koron dziennie
transport***	2 korony/km
pobyt w uzdrowisku****	50 koron dziennie – diagnozy A 150 koron dziennie – diagnozy B poza sezonem 220 koron dziennie – diagnozy B w sezonie
pobyt osoby towarzyszącej w szpitalu	100 koron dziennie
chirurg lub akuszerka na życzenie*****	5 do 7 tys. koron

\* z wyjątkiem okresowych badań profilaktycznych:

- u pediatry 9 razy do końca 1. roku życia, następnie w 18. miesiącu, potem raz na 2 lata od 3. do 18. roku życia
- u lekarza ogólnego (pierwszego kontaktu) raz na 2 lata od 18. roku życia (dawcy krwi – raz w roku)
- u dentysty raz na pół roku do 18. roku życia, potem raz w roku (ciężarne 2 razy w czasie ciąży)
- u ginekologa raz w roku od 18. roku życia lub w pierwszej ciąży (ciężarne raz ma miesiąc w czasie ciąży i 6 tyg. po porodzie)
- u urologa raz na 3 lata od 50. roku życia

Za wizytę w trybie uprzywilejowanym (bez czekania) obowiązuje dopłata od 100 do 500 koron – kwota jest ustalana przez władze regionalne (województwie)

\*\* do 21 dni w tym samym szpitalu: pierwszy i ostatni dzień liczą się jako jeden dzień

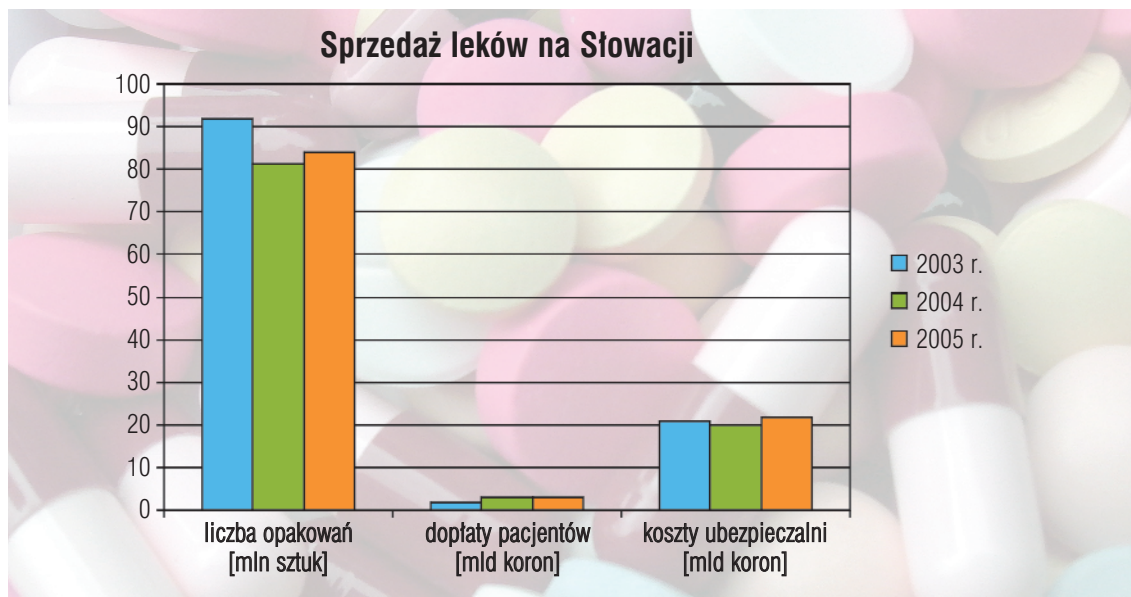
\*\*\* nie dotyczy pogotowia ratunkowego

\*\*\*\* ubezpieczalnia opłaca leczenie:

A – chorych po operacjach i pacjentów w ciężkim stanie (np. choroby onkologiczne; stany pozawałowe)

B – cierpiących na choroby chroniczne (jeden pobyt kuracji rocznic)

\*\*\*\*\* tylko w wybranych szpitalach



” O ile w 2002 r. słowackie towarzystwa ubezpieczeniowe potrzebowały ponad 150 dni na uporanie się ze spłatą należności, o tyle dziś zajmuje im to mniej niż 30 dni ”

Institucje opieki zdrowotnej mają dbać o sprawne i szybkie świadczenie usług oraz o ich wysoką jakość. Towarzystwa ubezpieczeniowe zajmują się prowadzeniem pacjenta w systemie opieki zdrowia oraz zakupem świadczeń. Państwo natomiast kontroluje jakość świadczeń i efektywne gospodarowanie funduszami.

Każdy z uczestników tej gry rynkowej został obciążony pewnym ryzykiem. Jak stwierdza jeden z lekarzy w Bratysławie: *Pacjenci, jeśli nie będą dbali o swoje zdrowie, mogą je utracić, instytucje mogą być ścigane sądownie i płacić odszkodowania, a ubezpieczalnie mogą zbankrutować.*

### Dyscyplinujące opłaty

Reforma rozpoczęła się od współfinansowania leczenia przez pacjenta. Autorzy reformy twierdzą, że opłaty są symboliczne, bo wizyta u lekarza kosztuje zaledwie 20 koron (niewiele więcej niż 2 zł), a za całonocny pobyt w szpitalu trzeba zapłacić tylko 50 koron (5 zł), co nie pokrywa ponoszonych przez placówkę kosztów. Zresztą opłaty wprowadzono przede wszystkim dlatego, że chciano ograniczyć liczbę wizyt u lekarzy (i tak się stało), zmniejszyć korupcję i wzmocnić poczucie odpowiedzialności pacjenta za stan zdrowia. Ważnym problemem było ustalenie stawek za usługi na takim poziomie, by nie uzyskać efektu odwrotnego do zamierzonego. Gdyby bowiem opłaty były

zbyt wysokie, wielu pacjentów rezygnowałoby z wizyty u lekarza, a to z kolei doprowadziłoby do tego, że rozpoczynaliby leczenie w bardziej zaawansowanej fazie choroby. W efekcie ich terapia byłaby więc droższa.

### Powszechna komercjalizacja

Kolejnym etapem zmian była komercjalizacja (przekształcenie w spółki akcyjne) towarzystw ubezpieczeniowych oraz stworzenie niezależnego nadzoru nad nimi. Dzięki tym przekształceniom ubezpieczycieli obciążono odpowiedzialnością za podejmowane decyzje, co znacznie trudniej wyegzekwować w instytucjach publicznych. Przede wszystkim jednak działalność spółek akcyjnych jest precyzyjnie regulowana. Konsekwencją powstania rynku usług zdrowotnych było też powołanie urzędu nadzoru nad nim. Urząd ten zresztą już raz wkroczył do akcji. W październiku 2005 r. wystąpił przeciw należącej do państwa ubezpieczalni SZP, która nie płaciła w terminie za świadczenia. Na skutek interwencji urzędu ubezpieczalnia musiała wypracować plan sanacji i podwyższyć kapitał zakładowy prawie o 0,5 mld koron.

Niezbędna stała się ponadto komercjalizacja zakładów opieki zdrowotnej. Restrukturyzacji wymagają niezbyt gospodarne szpitale, w których w połowie 2004 r. było 38,5 tys. łóżek (wykorzystywanych zaledwie w 64 proc.). Według ocen bratysławskiego *Health Policy Institute* ozna-

cza to, że 25 proc. łóżek (10 tys.), czyli mniej więcej 33 szpitale, należałoby zlikwidować. Konieczna jest też decentralizacja. Mniejsze placówki należy przekazać samorządom wojewódzkim i gminnym. O ile restrukturyzacja nie przyniosła poza Koszycami oczekiwanych skutków, o tyle nowi właściciele mniejszych szpitali skutecznie realizują plany autorów reformy. Systematycznie redukuje się liczbę łóżek na tysiąc mieszkańców i zatrudnienie w szpitalach.

### Redukcja zobowiązań

Jednym z podstawowych celów reformy systemu była stabilizacja finansowa i redukcja zadłużenia służby zdrowia. W pierwszych dwóch latach przekształceń wyraźnie zmniejszyła się dynamika zadłużenia szpitali, mimo że w tym czasie wskutek podwyżek cen energii i podatku VAT znacznie wzrastały koszty. Także towarzystwom

ubezpieczalniom komercjalizację. W chwili zaplanowanej na ten rok likwidacji spółki będzie ona miała na koncie już tylko zobowiązania wobec budżetu państwa (pożyczkę) oraz wierzytelności wobec niepłacących składek.

### Pogotowie lekowe

Zajęto się także medycyną ratunkową. Planowane jest stworzenie sieci ośrodków, które będą tak rozmieszczone, że dotarcie do 77 proc. mieszkańców kraju zajmie ratownikom mniej niż 10 min od przyjęcia zgłoszenia, a do 99 proc. nie więcej niż kwadrans.

Biorąc pod uwagę, że leki to trzecia część kosztów służby zdrowia, szczególnie ważna była zmiana polityki lekowej państwa. Ustalono, że w tym wypadku priorytetem jest utrzymywanie cen farmaceutyków na możliwie najniższym poziomie. Rok 2003 rzeczywiście przyniósł obniż-

” Autor słowackiej reformy systemu opieki zdrowotnej, Rudolf Zajac, kieruje resortem zdrowia od 2002 r. W tym czasie na Węgrzech było już 3 ministrów zdrowia, w Czechach – 5, a w Polsce – 8 ”

ubezpieczeniowym udało się zredukować swoje zobowiązania. W efekcie dług całego systemu wzrósł od końca 2002 r. do połowy 2005 r. tylko o 6,4 mld koron. To, zdaniem autorów cytowanego raportu, świadczy o przestrzeganiu dyscypliny finansowej. Jednocześnie, o ile w 2002 r. ubezpieczalnie potrzebowały ponad 150 dni na uporanie się ze spłatą należności, o tyle dziś czynią to w terminach krótszych niż 30 dni.

Jednocześnie reforma służby zdrowia została wsparta przez spółkę akcyjną Veritel (Wierzyciel), której zadaniem była spłata części długów słowackiej służby zdrowia. Spółka zajęła się wykupem wierzytelności zakładów opieki zdrowotnej (szpitali) i ubezpieczalni. Tam, gdzie było to możliwe, stosowano też bezgotówkowe likwidowanie wzajemnych wierzytelności. W ten sposób za 20,1 mld koron udało się spółce przejąć wierzytelności warte 23 mld koron. Aby nie dopuścić do handlu nimi, w 2004 r. rząd zatwierdził projekt rozliczenia wierzytelności zarówno wobec szpitali, jak i ubezpieczalni. Szpitale mogą spłacić część swych zobowiązań wobec spółki wierzytelnościami wobec ubezpieczalni – resztę spółka może im umorzyć. Ubezpieczalnie będą mogły z kolei spłacić zobowiązania wobec spółki Veritel wierzytelnościami wobec zalegających z płatnością składek ubezpieczeniowych, co uła-

kę wydatków na leki o 4,3 proc. (gdyby nie podwyższono stawki VAT, oszczędności wyniosłyby nawet 9,3 proc.), ale w 2005 r. koszty znów wzrosły – o 9,4 proc. To jednak nie zniechęca ani ministra, ani autorów reformy. Opracowywane są koncepcje zmiany obecnej sytuacji.

### Jeden, trzech, pięciu, ośmiu...

*Równocześnie z przyjęciem pakietu 6 ustaw we wrześniu 2004 r. skończyła się era szwedzkich stołów, na których poczęstunek był serwowany za darmo – napisali współautorzy reformy na wstępie do raportu Instytutu Spraw Publicznych IVO. Co do tego, większość mieszkańców Słowacji rzeczywiście nie ma wątpliwości.*

Wątpliwości, a raczej ostrą krytykę budzi przede wszystkim komercjalizacja opieki medycznej. – *W służbie zdrowia zapanował dyktat ekonomicznych interesów towarzystw ubezpieczeniowych, które przekształciły się w spółki akcyjne. My musimy płacić obowiązkowe ubezpieczenie, ale one nie muszą nam zapewniać opieki zdrowotnej stosownej jakości – kpił pod koniec zeszłego roku Branio Ondrusz, komentator lewicowego czasopisma Slovo. – Reforma Zajaca nie jest dobra. Minister potraktował pacjentów i personel medyczny jak części zamiennie. Jest przekonany, że szpitale mogą funkcjonować jak warsztaty samochodowe – drwiła pół roku*



### Nie do końca zadowoleni

Ustępujący niebawem rząd Mikuláša Dzurindy zaczął przeprowadzać najtrudniejsze reformy państwa mniej więcej 4 lata po ekipie AWS i Unii Wolności w Polsce. Dziś zbiera niemal taki sam plon, jak przed laty ekipa Jerzego Buzka. Słowacy chwalą reformę administracyjną – 60 proc. ankietowanych uważa, że jest *dobra, powinna zostać taka, jaka jest lub w zasadzie dobra, ale wymaga korekt*, a także podatkową (57 proc.), i emerytalną (53 proc.). Nawet zmiany zasiłków socjalnych zyskały uznanie 49 proc. obywateli, których w listopadzie ubiegłego roku o opinię na temat reform zapytał bratysławski Instytut Spraw Publicznych IVO. Najwięcej emocji, jak zwykle, budziła reforma służby zdrowia. Aż 74 proc. respondentów uznało, że *powinna się zmienić w zasadniczy sposób*, 19 proc. uważa ją za *w zasadzie dobrą, ale wymagającą korekt*, a jedynie 2 proc. nie ma żadnych zastrzeżeń. – *Równocześnie w rankingu dotyczącym poważnych problemów społecznym kwestiom opieki zdrowotnej ankietowani nie poświęcili wiele uwagi. Raczej przeciwnie. To dowodzi, że ludzie uczą się żyć w nowej sytuacji* – napisały Zora Butorova i Olga Gyarfaszova z IVO, prezentując w grudniu 2005 r. wyniki badań opinii publicznej.

wcześniej na tych samych łamach Sonia Tomaszowych ze szpitala psychiatrycznego w Pezinku.

Jej wypowiedź była protestem przeciw likwidacji (w ramach bratysławskiej konsolidacji) tej placówki i szpitala gruźliczo-płucnego w Podunajskich Biskupicach: – *Nie chodzi bowiem o bratysławskie szpitale, o nadmiar łóżek. Pacjentów hospitalizowanych w tych ośrodkach nie można przewieźć tramwajem z jednego oddziału na drugi. Te szpitale opiekują się chorymi z całej Słowacji, którym nikt nie oferuje żadnego alternatywnego rozwiązania* – przekonuje Sonia Tomaszowych. Ta krytyka nie może dziwić. Każda reforma dla jednych jest korzystna, inni zaś na niej tracą. W wypadku służby zdrowia zbilansowanie strat i zysków jest szczególnie trudne.

Mimo to główny autor reformy, minister Rudolf Zajac, stoi na czele resortu zdrowia od momentu powołania go na to stanowisko po wyborach w 2002 r. i wszystko wskazuje na to, że dotrwa do końca skróconej o 3 miesiące kadencji rządu. Opozycji nie udało się go odwołać nawet po niedawnym odejściu chadeków z i tak już mniejszościowego gabinetu Mikuláša Dzurindy. W tym samym czasie w węgierskim rządzie kierowało resortem zdrowia już 3 ministrów, w czeskim – 5, a w polskim – 8. To najlepsza miara akceptacji wprowadzanych zmian. ■