

Rozdział 6

Ochrona zdrowia

Stanisława Golinowska

Podstawowe wskaźniki zdrowotności społeczeństwa polskiego uległy w latach 90. istotnej poprawie. Wzrosło przeciętne trwanie życia i zmniejszyła się zachorowalność na podstawowe choroby społeczne i cywilizacyjne. Ogólna poprawa zaopatrzenia, większa dostępność żywności, moda na zdrowy styl życia, a także poprawa sytuacji ekologicznej zaowocowały korzystnymi zmianami statusu zdrowotnego populacji.

Poprawa ta dokonała się w sytuacji poważnych trudności w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Polska może być przykładem na to, że słabe funkcjonowanie służby zdrowia nie ma zasadniczego wpływu na efekty zdrowotne całej populacji. Służba zdrowia zajmuje się bowiem medycyną naprawczą i swoje działania adresuje przede wszystkim do osób, które mają już ze zdrowiem kłopoty. Decyduje o jakości życia osób dotkniętych chorobą, a nie całego społeczeństwa.

W systemie ochrony zdrowia od dłuższego czasu ma miejsce instytucjonalny i finansowy kryzys, który przejawia się w tendencji do tworzenia bądź odtwarzania nierównowagi i częstych zmian organizacyjnych. Wprowadzona w 1999 r. reforma zdrowotna nie przyniosła oczekiwanych rezultatów i w znacznym zakresie wycofano się z niej, likwidując kasy chorych i centralizując w 2003 r. funkcje płatnicze w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ).

Prywatyzacja usług zdrowotnych, przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnych usług specjalistycznych, zwiększyła możliwości partycypacji w systemie na zasadach odpłatności indywidualnej. Zamożniejsze grupy ludności korzystają z tego, wspomagane niejednokrotnie przez swoich pracodawców, którzy wykupują dla nich pakiety świadczeń zdrowotnych.

Publiczna służba zdrowia dominuje w opiece stacjonarnej. Jest to najbardziej dotknięta kryzysem część systemu – zadłużona, z kolejkami pacjentów oczekującymi na zabiegi, ze sfrustrowaną niedopłacaniem kadrą, głównie pielęgniarską.

W prezentowanym rozdziale przedstawione zostaną główne problemy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Opisane zostaną podstawowe dylematy oraz propozycje reform tego systemu.

1. Sytuacja zdrowotna polskiego społeczeństwa

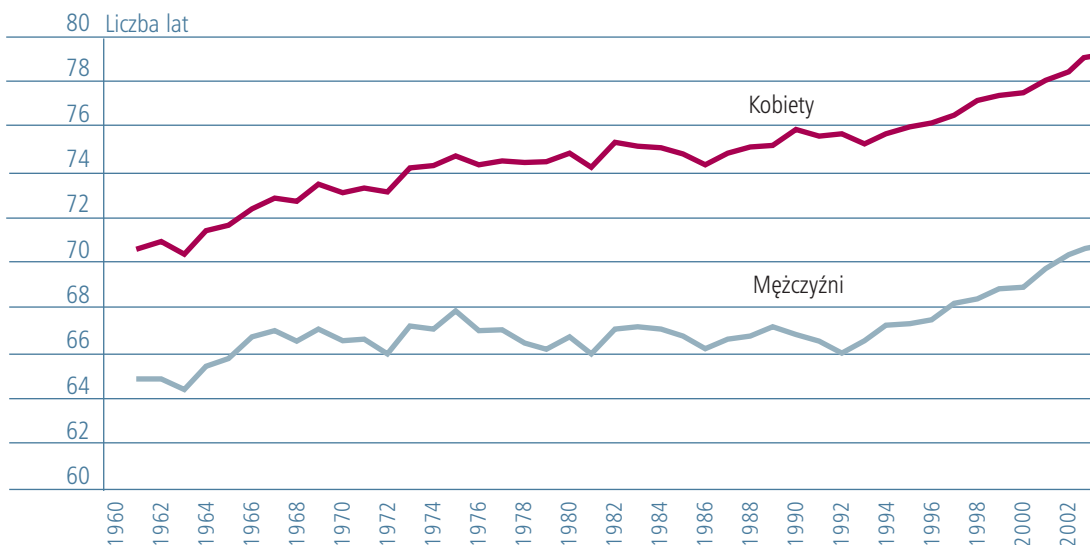
W ciągu ostatnich lat sytuacja zdrowotna polskiego społeczeństwa uległa zauważalnej poprawie, chociaż w porównaniu z przeciętnymi wskaźnikami dla krajów Unii Europejskiej są to nadal wskaźniki gorsze.

Po pierwsze nastąpiła poprawa wskaźnika przeciętnej oczekiwanej długości życia (*LE – life expectancy*). Jak widać to na poniższym wykresie 1, przeciętne oczekiwane trwanie życia kobiet i mężczyzn w Polsce miało nieco inny przebieg. O ile w przypadku kobiet linia trwania życia na ogół systematycznie się wznosiła, to w przypadku mężczyzn mieliśmy do czynienia z większymi wahaniami. Przez 20 lat (1975-1995) przeciętna oczekiwana długość życia mężczyzn nie wzrastała. Wahania te stały się podstawą do

sformułowania tezy o występowaniu zjawiska nadumieralności mężczyzn. Spadek przeciętnego trwania życia mężczyzn był zbieżny z okresami przyspieszania procesu industrializacji, a następnie występowania głębokich sytuacji kryzysowych: przełom lat 70. i 80. oraz przełom lat 80. i 90. *Nota bene* w tych momentach obserwujemy także słabe wahania wskaźnika *LE* dla kobiet.

Obecnie przeciętna oczekiwana długość życia w Polsce wynosi 74,3 lata dla ogółu populacji, 78,4 dla kobiet i 70,2 dla mężczyzn. W latach 90. wskaźnik uległ poprawie o prawie trzy lata: 2,1 dla kobiet i 3,5 dla mężczyzn.

Wykres 1. Przeciętne oczekiwane trwanie życia kobiet i mężczyzn w Polsce



Źródło: na podstawie danych GUS, Rocznik Demograficzny 2002 oraz OECD 2004

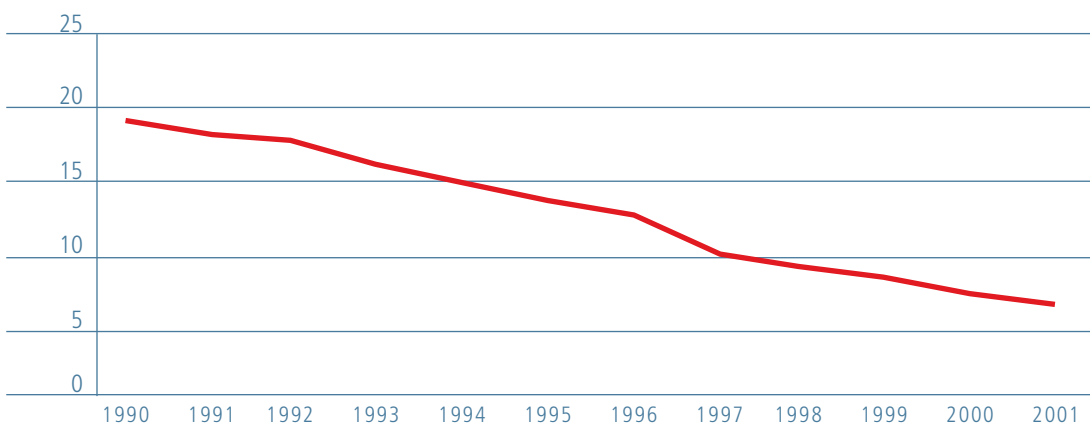
Wskaźnik oczekiwanej długości trwania życia jest w Polsce niższy niż w krajach Unii Europejskiej. Wg danych OECD wskaźnik unijny jest wyższy od polskiego o ponad 4 lata dla ogółu populacji, blisko 3 lata dla kobiet, a ponad 5 lat dla mężczyzn. W 2002 r. jedynie w pięciu krajach należących do rozszerzonej UE zanotowano niższą wartość wskaźnika niż w Polsce, przy czym są to wszystkie nowe kraje członkowskie.

Wskaźnik oczekiwanej długości trwania życia nie daje pełnego obrazu rzeczywistej sytuacji zdrowotnej populacji. Faktycznemu wydłużeniu oczekiwanej długości życia towarzyszyć może bowiem zwiększenie obciążenia chorobami, niesprawnościami i w sumie – pogorszenie jakości przedłużonego życia. Dlatego, zgodnie z postulatami WHO, stosuje się skorygowany wskaźnik *LE*, znany z akronimu *HALE* (*health adjustment life expectancy*), który określa spodziewaną liczbę lat przeżytych w dobrym stanie zdrowia. Łączy on informację dotyczącą oczekiwanej długości życia oraz jakość zdrowia populacji. Wskaźnik *HALE* obliczony dla Polski wyniósł 65,8 lat w 2002 r., czyli był o 8,5 lat niższy

niż wskaźnik *LE*. To oznacza, że życie w dobrym zdrowiu jest istotnie krótsze niż życie w ogóle. Z tą wartością *HALE* pozycja Polski w UE jest niska. Jedyne Litwa, Łotwa, Estonia i Węgry mają gorsze wskaźniki. Różnica pomiędzy Polską a krajem o najwyższej wartości *HALE* w Unii Europejskiej (Włochy – 73,2 lat) wynosi ponad 7 lat. Odnotować należy pozytywne kształtowanie się tendencji wskaźnika *HALE* w ostatnim czasie. W ciągu tylko dwóch lat (2000-2002) wzrósł o 1,5 roku.

Kolejny wskaźnik wyraźnej poprawy sytuacji zdrowotnej w Polsce dotyczy dynamicznego spadku umieralności niemowląt. W latach 90. umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych zmniejszyła się z wysokiego poziomu bliskiego 20 do poziomu znacznie niższego niż 10. Stanowi to poprawę w skali o ponad 60%. W porównaniu ze starymi krajami unijnymi, ten znacznie poprawiony wskaźnik umieralności niemowląt w Polsce jest wciąż dużo gorszy. Średni wskaźnik dla UE wynosi około 5. Jednym z głównych czynników ryzyka umieralności niemowląt w Polsce jest niska masa urodzeniowa.

Wykres 2. Wskaźnik umieralności niemowląt – na 1000 urodzeń żywych



Źródło: na podstawie danych GUS - Rocznik Demograficzny 2002

Podstawowy problem zdrowotny w Polsce dotyczy wysokiej zachorowalności i umieralności związanej z chorobami układu krążenia oraz z chorobą niedokrwienną serca i chorobami naczyniowymi mózgu. Standaryzowany wskaźnik umieralności z powodu chorób układu krążenia po okresie wzrostu na początku lat 90. (kryzys transformacyjny) ukazuje wyraźną tendencję spadkową. W latach 1990-2001 umieralność wśród kobiet spadła o ponad 25%, a wśród mężczyzn o ponad 28%. Jednak pomimo tendencji spadkowej umieralność w Polsce z tego powodu jest nadal wyraźnie wyższa niż w krajach UE. Choroby układu krążenia wciąż stanowią główną przyczynę hospitalizacji oraz porad ambulatoryjnych i obserwuje się tu tendencję wzrostową.

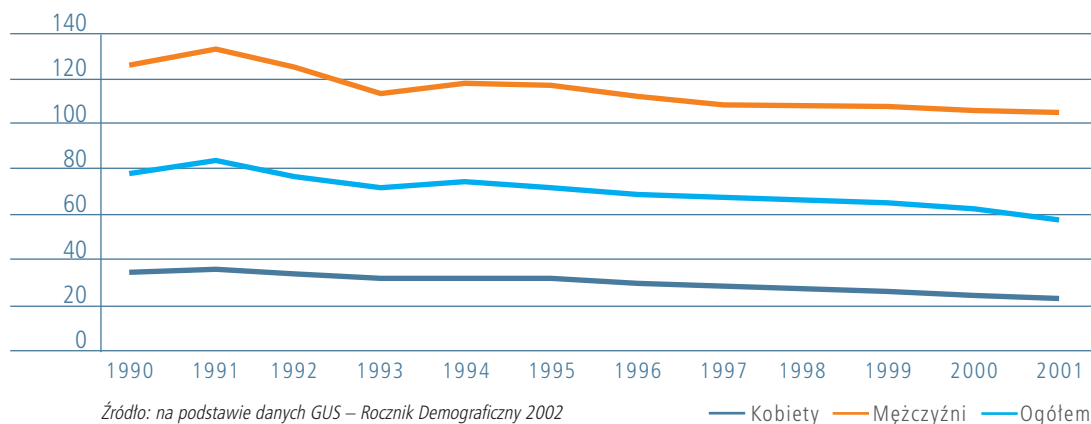
Drugą po chorobach układu krążenia przyczyną zgonów w Polsce są nowotwory złośliwe. W przeciwieństwie do chorób układu krążenia, liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych nie wykazuje od 1990 r. tendencji malejących. W pierwszej dekadzie XXI w. obserwujemy nawet pewien wzrost. Poziom umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce jest wyższy niż w starych krajach UE, ale różnica ta nie jest aż tak duża jak w przypadku chorób układu krążenia. Polska należy do krajów o najwyższym poziomie zachorowań i umieralności na raka szyjki macicy w Europie. W krajach unijnych, dzięki wczesnej diagnostyce, sytu-

acja w tym zakresie uległa w ciągu ostatnich lat znacznej poprawie. Natomiast w Polsce widoczne są wyraźne zaniedbania dotyczące badań profilaktycznych i wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych.

Trzecią, co do znaczenia, grupą przyczyn zgonów są tzw. przyczyny zewnętrzne, czyli wypadki, urazy, zatrucia i samobójstwa. W latach 90. ogólny wskaźnik umieralności z tych powodów obniżył się o około 25%. Przyczyny zewnętrzne stanowią niewspółmiernie większe zagrożenie dla życia mężczyzn niż kobiet. Widać wyraźnie duże różnice w zależności od płci (wykres 3). Wskaźnik zgonów na 100 tys. mieszkańców jest dla kobiet blisko czterokrotnie niższy niż dla mężczyzn (26,7 w przypadku kobiet, 95 dla mężczyzn). Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów największe znaczenie mają wypadki komunikacyjne, na które przypada ponad 25% wszystkich zgonów z powodów zewnętrznych.

Mimo wyraźnej tendencji spadkowej, notowanej w ciągu ostatnich lat, wskaźniki umieralności z powodu tzw. przyczyn zewnętrznych są w Polsce znacznie wyższe niż w starych krajach członkowskich UE. W 1999 r. wskaźnik standaryzowany dla Polski był wyższy od średniej unijnej o blisko 15 zgonów na 100 tys. mieszkańców.

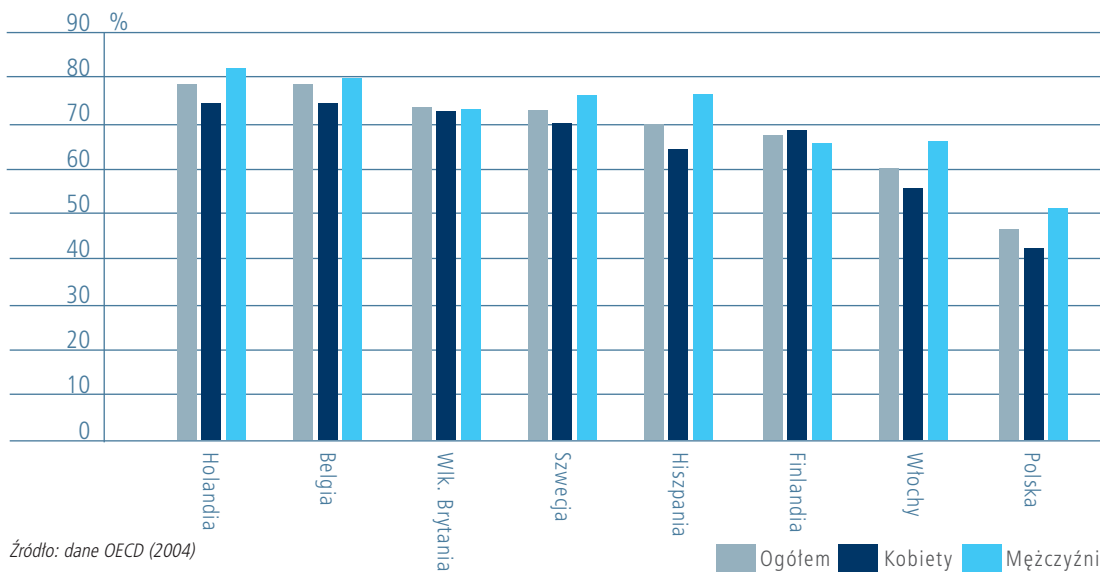
Wykres 3. Kształtowanie się wskaźnika zgonów spowodowanych przyczynami zewnętrznymi na 100 tys. mieszkańców



Poza obiektywnymi wskaźnikami oceny stanu zdrowia populacji, jakimi są oczekiwana długość życia, wskaźniki umieralności, chorobowości i zapadalności, coraz większe znaczenie przypisuje się miarom subiektywnym, do których należy samoocena stanu zdrowia społeczeństwa. Mimo że samoocena stanu zdrowia jest w Polsce niższa niż w starzych krajach UE, to ogólna tendencja jest pozytywna. W latach 1996-2001 oceny na temat swego stanu zdrowia poprawiło 6% mężczyzn i 5% kobiet (wykres 4). Tak jak w większości krajów, w Polsce mężczyźni oceniają swój stan zdrowia lepiej niż kobiety.

Pozytywnym tendencjom dotyczącym statusu zdrowotnego populacji towarzyszy nasilanie się nowych zjawisk, które pogarszają istotnie jakość życia. Dotyczy to szerzenia się zaburzeń psychicznych oraz niepełnosprawności związanej z procesami starzenia się populacji, ale także z trudną sytuacją na rynku pracy (niepełnosprawność motywowana uzyskaniem renty inwalidzkiej). Jest to istotne wyzwanie dla programów polityki zdrowotnej oraz funkcjonowania całego systemu polityki społecznej, w tym systemu opieki zdrowotnej.

Wykres 4. Samoocena stanu zdrowia w wybranych krajach UE i w Polsce



2. Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce

W ciągu ostatnich pięciu lat system ochrony zdrowia poddany był dwukrotnie radykalnym zmianom: w 1999 oraz w 2003 r. (patrz rozdz. 2). W 1999 r. wprowadzono ubezpieczenie zdrowotne w miejsce finansowania budżetowego (z podatków ogólnych), system regionalnych kas chorych oraz zasady tzw. rynku wewnętrznego (patrz rozdz. 2). Według tych zasad ochrona zdrowia funkcjonowała 4 lata: 1999-2002. Reforma zdrowotna spotkała się ze zmasowaną krytyką środowisk medycznych, pacjentów oraz opozycyjnych polityków, którzy zapowiedzieli już w 2000 r. zmianę systemu i uczynili to po objęciu władzy. Mimo przewzięcia trudności i stopniowego „docierania się” nowego systemu organizacyjnego, w 2003 r. zlikwidowano kasy chorych i scentralizowano funkcje płatnicze, tworząc centralny fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz jego 16 oddziałów w poszczególnych województwach.

NFZ został utworzony jako pozabudżetowa konstrukcja finansów publicznych. Konstrukcje pozabudżetowe są w Polsce przedmiotem krytyki, ponieważ nie są poddane takim samym zasadom gospodarki finansowej, jakim jest poddany budżet. Gospodarka w funduszach jest często niedostatecznie przejrzysta. Przekazywanie funduszy społecznym odpowiedzialnym za nie resortom sprzyja „ręcznemu zarządzaniu” i niskiej efektywności gospodarowania. Taka ocena grozi także NFZ, chociaż ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych ze środków publicznych¹ określiła nadzór ministra finansów oraz ministra zdrowia,

porządkując kompetencje i odpowiedzialność. W tym drugim przypadku relacje z NFZ są jednak nadal dość napięte.

Działalność NFZ od początku swego istnienia stwarzała liczne problemy, takie jak: konflikty kompetencji, niedostatek posiadanych narzędzi, a przede wszystkim limit przyznawanych środków. W rezultacie NFZ poddany został krytyce, wcale nie mniejszej niż wcześniej kasy chorych. Szeffowie tej instytucji zmieniali się w nadzwyczaj szybkim tempie². Obecnie w programie wyborczym największej partii opozycyjnej można nawet znaleźć postulat likwidacji NFZ. Gdyby ten postulat potraktować poważnie, to należy się obawiać kolejnej rewolucji organizacyjnej w systemie ochrony zdrowia. Nie jest to dobry pomysł. NFZ należy wzbogacać o instrumenty efektywnego zarządzania środkami i powoli decentralizować na szczeble oddziałów, ale nie likwidować. Taka instytucja jest potrzebna do realizacji funkcji alokacyjnych i koordynacyjnych³.

Obraz organizacyjny systemu ochrony zdrowia widoczny jest na rysunku na str. 130. Główne instytucje zarządzające w systemie ochrony zdrowia to Ministerstwo Zdrowia: organ polityki zdrowotnej, koordynacji działań i merytorycznego nadzoru oraz Narodowy Fundusz Zdrowia: organ tzw. płatnika, który posiada swoje regionalne oddziały.

Na uwagę zasługuje usytuowanie w systemie ochrony zdrowia samorządów terytorialnych. Pełnią one funkcje tzw. organów założycielskich dla około 85% placówek ochrony zdrowia w Polsce. Funkcja ta oznacza odpowiedzialność za powstanie i likwidację placówki oraz za jej rozwój majątkowy (inwestycje rozwojowe). Ponadto samorządom przypisano odpowiedzialność za realizację potrzeb zdrowotnych swych społeczności, co jest zadaniem nadmiernym w stosunku do ich możliwości (niskie środki i brak kompetentnej kadry⁴). Gminy odpowiadają za podstawową opiekę zdrowotną, powiaty za opiekę stacjonarną trzeciego szczebla referencyjnego (szpitale powiatowe), a województwa za opiekę stacjonarną szczebla drugiego (jw.). Ministerstwo Zdrowia jest organem założycielskim placówek

¹ Dz.U. 2004 Nr 210, p. 2135

² W ciągu dwóch lat zmieniło się 5 prezesów tej instytucji.

³ Kasy chorych odczuwały brak instytucji do pełnienia funkcji koordynacyjnych i same powołały KZKCh (Krajowy Związek Kas Chorych), który miał je wspomagać informacyjnie i narzędziowo. Tej potrzeby wówczas nie dostrzeżono.

⁴ Na te zjawiska zwracają uwagę badania – Golinowska i inni 2002.

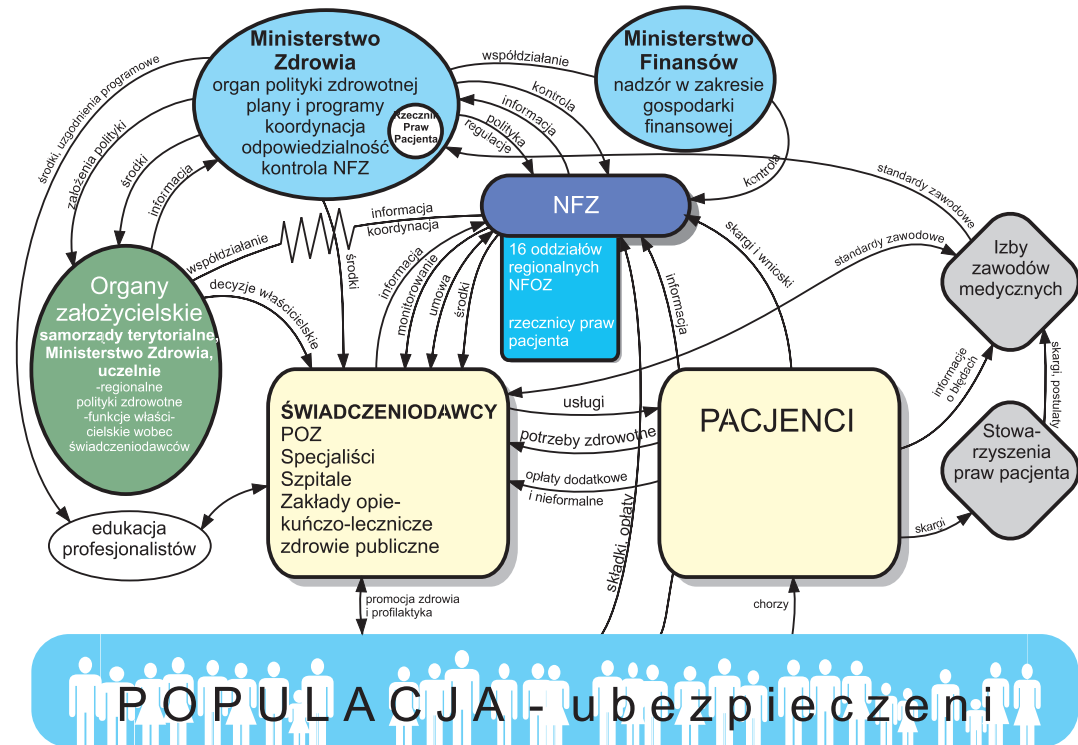
i instytutów krajowych (np. Instytutu Matki i Dziecka, Instytutu Onkologii, Instytutu Żywności i Żywienia).

Inna istotna cecha organizacyjna obecnego systemu, wprowadzona jeszcze przed 1999 r., to tzw. samodzielność placówek zdrowotnych. Placówki te, zwane „sp zoz” (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej), otrzymały znaczną samodzielność decyzyjną w sprawach zarządzania mikroekonomicznego na bazie środków uzyskiwanych z NFZ metodą zawieranych z nim kontraktów na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Samodzielność zakładów opieki zdrowotnej w sytuacji ograniczonej standaryzacji świadczeń zdrowotnych oraz braku wytycznych postępowania medycznego (tzw. *guidelines*) i przy bardzo niskim poziomie ich finansowania jest bardziej źródłem dowolności i zadłużania się niż racjonalnego gospodarowania.

Wśród świadczeniodawców mamy zarówno placówki publiczne, jak i niepubliczne. Rozbudowany już sektor własności prywatnej obserwujemy w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w ambulatoryjnej specjalistyce. Około 60% placówek ambulatoryjnych ma status placówek prywatnych, 56% udzielonych ambulatoryjnie porad miało miejsce w placówkach prywatnych (dane za 2002 r. – GUS 2003, s. 289). Opieka stacjonarna zdominowana jest przez placówki publiczne.

Placówki prywatne finansowane są nie tylko z indywidualnych dochodów ludności. Posiadają także kontrakty z NFZ. Na podstawie danych zebranych w ramach prac nad Zieloną Księgą finansowania ochrony zdrowia oszacowano, że wartość kontraktów zawartych z niepublicznymi „sp zoz” przekroczyła 20%, a w województwie wielkopolskim, rekordowym pod względem prywatyzacji podstawowej opieki zdrowotnej, przekroczyła 30%.

System ochrony zdrowia od 2003 r.



3. Zasoby kadrowe i majątkowe systemu ochrony zdrowia

Na temat stanu zasobów w ochronie zdrowia funkcjonują sprzeczne opinie. Na ogół uważa się, że zasoby kadrowe są nadmierne. Tymczasem liczba lekarzy w Polsce jest relatywnie niska (przeciętnie 22 lekarzy na 10 tys. mieszkańców), a w odniesieniu do lekarzy dentyków sytuujemy się na ostatnim miejscu w rozszerzonej Europie. Od 1996 r. liczba dentyków obniżyła się w Polsce prawie o 50%. Natomiast wzrosła w tym okresie liczba farmaceutów: z 4 w 1990 r. do 5,7 na 10 tys. osób w 2000 r. (tab. 1).

Niskie jest także nasycenie kadrami pielęgniarskimi (tab. 1). Nie jest to problem odosobniony. Niedobór pielęgniarek jest problemem od pewnego czasu powszechnie występującym w krajach wysoko rozwiniętych. Przyczyną tej tendencji jest nie tylko słaba reakcja systemu edukacyjnego na wzrost popytu na usługi tej grupy zawodowej, lecz także relatywnie trudniejsze warunki pracy oraz niskie płace w porównaniu z innymi zawodami, jak również ograniczone możliwości rozwoju kariery zawodowej (Peltier, Schiborowski, Nill 2004). Liczne raporty medyczne wskazują, że deficyt kadr pielęgniarskich może stać się w bliskiej przyszłości najpoważniejszym zagrożeniem jakości opieki zdrowotnej. W odpowiedzi na te zagrożenia w wielu krajach podejmowane są działania zachęcające do kształcenia większej liczby pielęgniarek oraz opracowywane są nowe koncepcje zarządzania personelem medycznym, czyniące pracę pielęgniarską bardziej atrakcyjną zarówno pod względem finansowym, jak i dające większe możliwości rozwoju kariery zawodowej. Polska osiąga zaledwie 50% europejskiego poziomu zatrudnienia pielęgniarek (na 10 tys. mieszkańców) i ciągle następuje tu spadek (od 1996 r. o kilkanaście procent). Spadek zatrudnienia pielęgniarek dotknął szczególnie sektor publiczny i to w skali znacznie większej niż planowali autorzy reformy z 1999 r., którzy

opracowali tzw. plan restrukturyzacji zatrudnienia. Jednocześnie spadkowi zatrudnienia towarzyszyło radykalne ograniczenie możliwości kształcenia w zawodach pielęgniarskich. W okresie 1994-2000 liczba absolwentów szkół pielęgniarskich obniżyła się siedmiokrotnie (z około 14 tys. do około 2 tys. osób). Pod wpływem raportu ekspertów Unii Europejskiej z 2002 r., ostrzegającego Polskę przed negatywnymi skutkami dalszego ograniczania kształcenia pielęgniarek, w 2003 r. podjęte zostały decyzje sprzyjające ilościowej i jakościowej poprawie w dziedzinie kształcenia pielęgniarek (Kózka 2004).

Tab. 1. Zasoby kadrowe w odpowiednim przeliczeniu na liczbę ludności

Kraj	Praktykujący lekarze ogółem na 10 tys. ludności, 2002 r.	Praktykujący dentyści na 10 tys. ludności, 2002 r.	Pielęgniarki na 10 tys. ludności, 2002 r.
Austria	33	5	93
Belgia	39	8	56
Dania	34	9	97
Finlandia	31	9	90
Francja	33	7	72
Niemcy	33	8	99
Grecja	45 (2001)	1,2	40 (2000)
Irlandia	24	5	153
Włochy	44	5	54
Luksemburg	26	6,1	brak danych
Holandia	32	5	128
Norwegia	34	8	104
Portugalia	32	5	38
Hiszpania	33	5	71
Szwecja	30 (2000)	9	88
Wielka Brytania	21	4,0 (tylko NHS – narodowa służba zdrowia)	92
Czechy	35	7	94
Węgry	32	5	85
Słowacja	36	7	71
Polska	22	3	49

Źródło: zestawienie własne na podstawie bazy danych OECD (Health Data 2004)

Byłe kraje socjalistyczne mają ciągle dużą bazę szpitalną, większą niż stare kraje UE. Jest to pozostałość doktryny opieki zdrowotnej, w której szpital spełniał centralną rolę w systemie usług zdrowotnych. To zaowocowało niedorozwojem placówek podstawowej opieki zdrowotnej oraz przerostami w opiece stacjonarnej. Od końca lat 90. nastąpiły w tej dziedzinie istotne zmiany. W Polsce rozwinęła

Tab. 2. Łóżka szpitalne oraz średni czas pobytu

Kraj	Łóżka szpitalne ostre na 1000 osób		Średni czas pobytu w szpitalu (ALOS) – dni	
	1990	2002	1990	2002
Austria	7,1	6,1	9,3	6,0
Belgia	4,9	4,7 (1995)		8,0 (1999)
Dania	4,1	3,4	6,4	3,7
Finlandia	4,3	2,4	7,0	4,3
Francja	5,2	4,0	7,0	5,7
Niemcy		9,0	16,7	11,6
Grecja	4,0	4,0 (2000)	7,5	6,3 (1999)
Irlandia	3,3	3,0	6,7	6,5
Włochy	6,2	4,6	9,5 (1991)	6,9
Korea	2,7	5,7	12,0	11,0
Luksemburg	6,8	5,8	11,0	7,6
Holandia	4,3	3,5 (2000)	11,2	8,6
Norwegia	3,8	3,1	7,8	5,7
Portugalia	3,4	3,2	8,4	7,3
Hiszpania	3,3	2,8 (2000)	9,6	7,1 (2000)
Szwecja	4,1	2,4 (2000)	6,5	4,8
Szwajcaria	6,5	3,9	13,4	9,2
Turcja	2,0	2,1	6,0	5,2
USA	3,7	2,9	7,3	5,7
Wielka Brytania	2,8	3,9	5,9	6,9
Czechy	8,5	6,6	12,0	8,3
Węgry	7,1	5,9	9,9	9,9
Słowacja		5,5		7,8
Polska	6,3	4,6	12,5	~8,0

Źródło: baza danych OECD z lat 2003 i 2004, dla Polski szacunki

się podstawowa opieka zdrowotna z koncepcją lekarza rodzinnego i zmniejszyła się liczba łóżek szpitalnych na 1000 osób. Poprawiły się także wskaźniki okresu pobytu w szpitalu, zwane *ALOS* (*average length of stay*). Ciągłe jednak wskaźniki te są dość wysokie i istnieje możliwość ich poprawy (tab. 2).

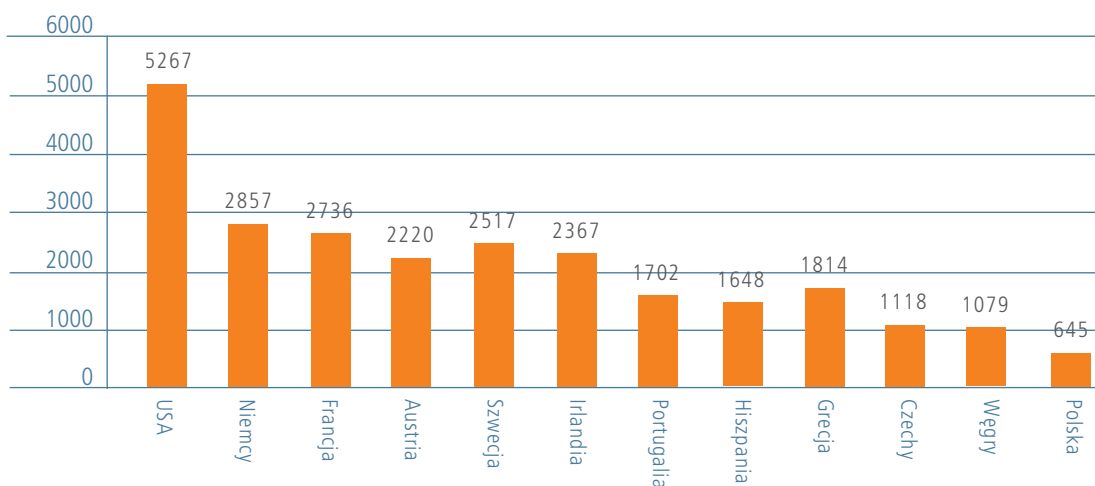
4. Finansowanie systemu ochrony zdrowia

Szacuje się, że całkowite nakłady na ochronę zdrowia w Polsce przekraczają 6% PKB (w 2003 r. – 6,3%). Jest to niski poziom finansowania, jeden z najniższych wśród krajów OECD. Tylko Meksyk i Słowacja mają podobnie niski wskaźnik w relacji do PKB. Poziom wydatków na ochronę zdrowia w ujęciu porównawczym ukazują wskaźniki absolutnych wartości w USD wg parytetu siły nabywczej (wykres 6).

Główną przyczyną niskiego poziomu nakładów na ochronę zdrowia w Polsce tkwi w niskim poziomie środków publicznych przeznaczanych na tę dziedzinę. W wyrażeniu realnym nie wzrastały one od 1996 r. Pewnym wyjątkiem jest sytuacja 1998 r., w którym środków nieco przybyło w związku z oczekiwaniem zasadniczej reformy systemu (wprowadzonej w 1999 r.). Nastąpiło wtedy istotne oddłużenie placówek, realizacja zakupów inwestycyjnych „na zapas” itp.

Jeżeli do oceny dynamiki wydatków publicznych przyjmijemy indeks wzrostu cen w ochronie zdrowia, który w analizowanym okresie był wyższy niż CPI (wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych to wówczas zobaczymy, że wydatki

Wykres 6. Całkowite wydatki na zdrowie w wybranych krajach OECD w USD (PPP)* na głowę 2002

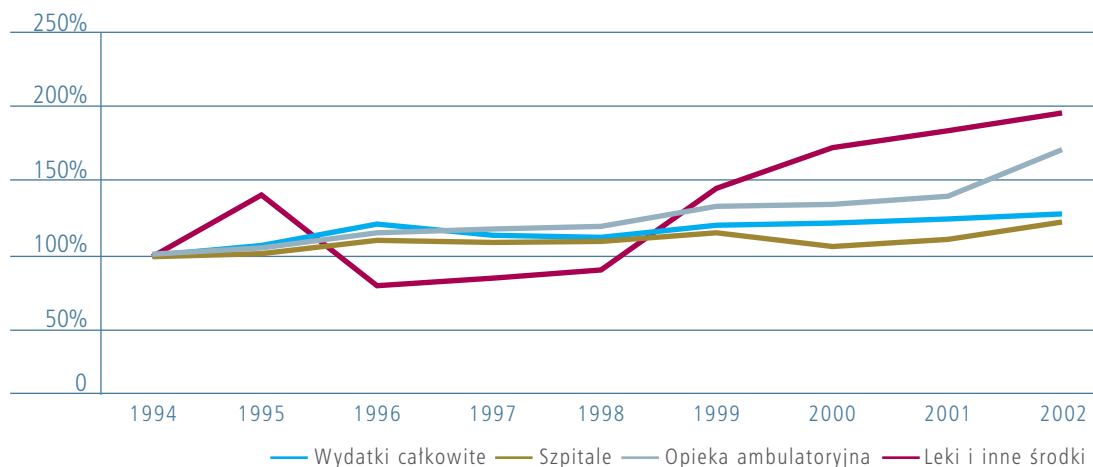


*Parytet siły nabywczej (PPP, z ang. purchasing power parity).

Źródło: OECD 2004

realnie nie wzrastały. Oznacza to, że środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia nie przybywało. Gdy natomiast popatrzymy na strukturę nakładów, to wyraźnie widoczna jest wysoka dynamika wydatków na leki, zapoczątkowana w 1998 r. Wyższą dynamikę mają też wydatki na opiekę ambulatoryjną. Natomiast realne wydatki na opiekę szpitalną, mimo istotnego od 1999 r. wzrostu hospitalizacji, nie uległy zwiększeniu.

Wykres 7. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia w cenach stałych 1994 r.



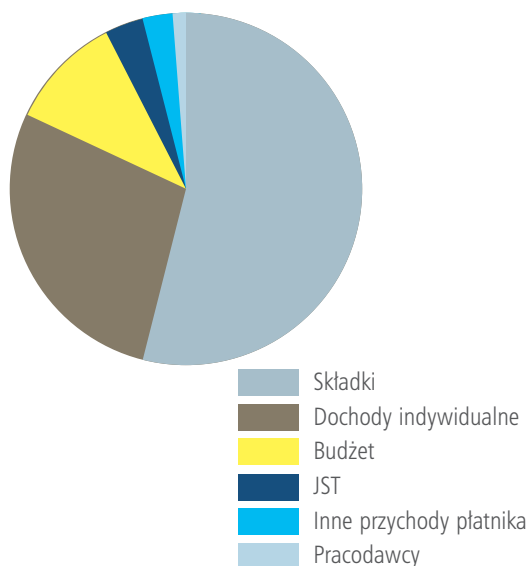
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów (wg klasyfikacji COFOG)

Wzrosły natomiast wydatki na ochronę zdrowia pochodzące z dochodów indywidualnych, zarówno gospodarstw domowych, jak i firm. Na podstawie danych pochodzących z rozszerzonych badań gospodarstw domowych (tzw. modułowych) GUS, szacuje się, że gospodarstwa domowe partycypują już w skali 35% w finansowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Jest to wskaźnik wysoki, sytuujący Polskę na jednej z wyższych pozycji wśród krajów UE.

Na wykresie 8 widoczna jest struktura nakładów na ochronę zdrowia. Zdziwić może niski udział jednostek samorządu terytorialnego (JST), które pełnią w systemie ochrony zdrowia funkcję organów założycielskich zakładów zdrowotnych i na nich spoczywa odpowiedzialność za finansowanie inwestycji rozwojowych. Środki JST, a szczególnie powiatów, są za niskie dla pełnienia tak odpowiedzialnej funkcji, a przy tym ochrona zdrowia nie stanowi priorytetowego zadania w decyzjach wydatkowych samorządu terytorialnego.

Istotną cechą trudnej sytuacji finansowej jest nierównowaga systemu. Koszty są istotnie wyższe niż przychody, w re-

Wykres 8. Struktura nakładów na ochronę zdrowia w 2003 r.



Źródło: na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia 2004 – Zielona Księga finansowania ochrony zdrowia.

zultacie czego zakłady zdrowotne stale się zadłużają. Zadłużenie systemu ochrony zdrowia przekroczyło 10% jego całkowitych przychodów. W 2004 r. istotnie wzrosły koszty obsługi tego zadłużenia.

Zakłady opieki zdrowotnej udzielają więcej świadczeń zdrowotnych niż wynosi wartość ich kontraktów z NFZ. Ciągłe bowiem obowiązuje je konstytucyjna zasada bezwzględnego dostępu do świadczeń w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, a jednocześnie ich limitowania i nieopłacania tzw. nadwykonań, czyli „produkcowania” większej ilości usług w stosunku do zawartego kontraktu, za który placówki otrzymują pieniądze od NFZ. Jednocześnie występuje poważny rozróżnienie między stawkami (cenami) usług w kontrakcie a rzeczywistymi kosztami świadczenia usług. Ponadto system kontroli kosztów w sytuacji znacznej samodzielności zakładów opieki zdrowotnej oraz likwidacji organów nadzorczych w momencie likwidacji kas chorych jest niewystarczający.

Skutki nierównowagi znajdują odzwierciedlenie także w dekapitalizacji infrastruktury, urządzeń technicznych oraz sprzętu medycznego. Istotną konsekwencją nierównowagi jest także niedopłacanie pracy personelu medycznego. Niedopłacanie tzw. etatu w ochronie zdrowia powoduje, że pracownicy medyczni uzyskują swe dochody z wielu miejsc pracy (lekarze pracują przeciętnie na dwóch etatach), kosztem jakości usług medycznych oraz znacznego wysiłku, co skutkuje brakiem czasu na podnoszenie kwalifikacji i przedsiębiorczą aktywność na rzecz „własnej placówki” zdrowotnej. Lekarz zatrudniony na kilku etatach traktuje podstawową placówkę nierzadko w sposób eksploatacyjny i nie identyfikuje się z jej interesami. Niedopłacanie pracy personelu medycznego jest ponadto źródłem zachowań korupcyjnych.

Wnioski

Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego ulega systematycznej poprawie, mimo że wskaźniki zdrowotności ciągle są odległe od wskaźników starych krajów UE. Ten pozytywny efekt, obserwowany w ostatnich latach w Polsce, jest rezultatem wzrostu spożycia ludności i poprawy struktury konsumpcji, zmiany stylu życia oraz poprawy środowiska naturalnego.

Natomiast funkcjonowanie opieki zdrowotnej, nastawionej na leczenie osób chorych, pozostawia wiele do życzenia. W warunkach niezmiennego finansowania publicznego, system poddany był dwukrotnie istotnym zmianom organizacyjnym. Przyczyniły się one do znacznych trudności w bieżącym funkcjonowaniu, co znajdowało ujście w frustracji kadry medycznej (wraz z protestami i strajkami) oraz we wzroście obaw obywateli o swoje bezpieczeństwo zdrowotne.

Istotną cechą nowej sytuacji jest znaczna skala prywatyzacji sektora świadczeniodawców, przy nierozwiniętym poziomie rozwiązań instytucjonalnych dotyczących współpłacenia przez pacjentów. Gospodarstwa domowe już teraz w istotnym zakresie (ponad 1/3) finansują system ochrony zdrowia. Swe środki kierują przede wszystkim na leki, na nieformalne rodzaje dopłat (np. „gratyfikacje” dla personelu) i, w ograniczonym stopniu, na prywatne usługi zdrowotne. W tej dziedzinie głównie na usługi stomatologiczne.

Wobec narastającej skali trudności, polski system ochrony zdrowia stoi wobec potrzeby kolejnej reformy. Dotychcza-

sowe niepowodzenia nie zachęcają do zmian. Tym bardziej, że obecne zmiany będą mieścić się w przestrzeni między racjonowaniem (zdefiniowanie publicznego – gwarantowanego – zakresu świadczeń) a racjonalizacją, oznaczającą panowanie nad kosztami (bardziej dosadnie – „duszenie kosztów”), szczególnie w zakresie leków.

Kierunki reform tego rodzaju nie przysparzają popularności i politycy raczej unikają ich podejmowania. Jednocześnie jednak nie wydaje się możliwe pozostawienie bez zmian dotychczasowego, bardzo niskiego poziomu finansowania inwestycji oraz wynagrodzeń.

Pod koniec dekady Polska wkracza w fazę istotnego wzrostu udziału osób starszych w populacji. Powojenny wyż urodzeń (1946-1956) przekraczać będzie 60 lat w okresie 2006-2016. To oznacza istotny skokowy wzrost potrzeb zdrowotnych. Potrzebny będzie kolejny program wzrostu składki na ubezpieczenie zdrowotne. Tym bardziej więc system wymaga uporządkowania i poprawy efektywności, zarówno w rozumieniu skuteczności medycznej, jak i efektywności kosztowej. Bez tego – w połączeniu ze wzrostem potrzeb zdrowotnych – wymagałby zbyt wysokiego dofinansowania.

