

Po chudych latach w ochronie zdrowia
czekają nas jeszcze chudsze

Czarne chmury

Maciej Biardzki

Od lat powtarzamy sądy, zresztą uzasadnione, o strukturalnym niedofinansowaniu polskiego systemu opieki zdrowotnej. Przytaczamy przykłady nakładów publicznych na zdrowie w relacji do PKB, zwracamy uwagę na nakłady nominalne. Bardzo długo patrzyliśmy z zazdrością na finansowanie innych systemów opieki zdrowotnej, nie tylko w Niemczech czy Francji, ale nawet w Czechach. Tymczasem teraz nawet tam powoli zbierają się czarne chmury.

Wielkim osiągnięciem państw Europy Zachodniej było stworzenie ideologii *welfare state* – państwa dobrobytu. Priorytety proindustrialne i imperialne – charakterystyczne dla XIX i początku XX w. – czy wręcz militarystyczne, które doprowadziły do I i II wojny światowej, zastąpiono priorytetem państwa budowanego dla obywatela. Dopóki jednak walczone z następstwami zniszczeń II wojny światowej, wspomagając się dolarami z planu Marshalla, wydatki tych krajów na poszczególne cele były zrównoważone. Część na odbudowę, część na rozwój i część na poprawę życia społeczeństwa. Powstały wtedy tak fundamentalne dla świata inicjatywy, jak utworzona w 1952 r. Europejska Wspólnota Węgla i Stali, przetransformowana w Unię Europejską, której członkostwem cieszymy się od 8 lat. Także w tym czasie zaczęto marzyć o wspólnej walucie europejskiej. Pierwotne ecu zastąpiono euro, będącym obecnie środkiem płatniczym w 17 państwach UE i 11 innych krajach oraz terytoriach zamieszkałych przez ponad 300 mln ludzi.

Budowanie imperium zdrowia

Po II wojnie światowej zaczęto także tworzyć narodowe systemy opieki zdrowotnej. Nie było wtedy jednolitych wzorców czy *benchmarków*, bo przed wojną powszechne systemy ubezpieczenia czy zaopatrzenia zdrowotnego po prostu nie istniały. W większości krajów Europy Zachodniej starano się upowszechnić model wzorowany na ubezpieczeniach bismarckowskich, tworzonych zgodnie z zasadą „każdy płaci proporcjonalnie do przychodów, otrzymuje według potrzeb”. Praktycznie jedynym krajem, który postanowił zastosować inne rozwiązanie, była Wielka Brytania. W 1948 r. wprowadzono tam system zabezpieczeniowy oparty na państwowej służbie zdrowia finansowanej w sposób budżetowy, tzn. z funduszy budżetu państwa specjalnie przeznaczonych na ten sektor usług publicznych, tak

samo jak na obronność, bezpieczeństwo czy oświatę. Ciekawostką jest, że system ten został wprowadzony według założeń lorda Beveridge'a, który inspiracji do tego modelu poszukiwał w Związku Radzieckim w czasie II wojny światowej.

Dominujące w Europie systemy ubezpieczeniowe były konstruowane także na różne sposoby. W większości krajów opłacanie składki zdrowotnej dzielono pomiędzy pracownika i pracodawcę; w wypadku emerytów i rencistów, bezrobotnych czy dzieci składka była opłacana przez budżet państwa. Pieniądze te spływały do publicznych lub prywatnych instytucji ubezpieczeniowych i służyły finansowaniu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez publiczne lub prywatne podmioty lecznicze. W jednych krajach ludzie musieli opłacać część lub całość leczenia, po czym uzyskiwali refinansowanie od instytucji ubezpieczeniowych, w innych rozliczenia odbywały się pomiędzy ubezpieczalnią a podmiotami leczniczymi bez angażowania pacjenta. Niektóre kraje przyjęły zasadę częściowego współpłacenia za niektóre rodzaje świadczeń, inne gwarantowały pokrywanie leczenia w całości. Było różnie, ale...

Zdrowotny *high life*

Ogólnie kraje Europy Zachodniej, posługując się ideą *welfare state*, starały się gwarantować obywatelom jak największą dostępność świadczeń opieki zdrowotnej. Tak zwane stare demokracje, sygnatariusze traktatu rzymskiego, czyli Beneluks, Niemcy, Włochy i Francja, miały początkowo systemy stosunkowo zrównoważone. Coraz większe oczekiwania społeczne, ciągły rozwój gospodarczy i dołączanie wciąż nowych członków do wspólnoty zaczęły jednak generować lawinowy wzrost nakładów zarówno publicznych, jak i prywatnych na narodowe systemy opieki zdrowotnej. Następstwem tego był stały wzrost średnich wydatków na zdrowie w całej UE z 7,3 proc. PKB w 1998 r. do 8,3 proc. PKB w roku



„ W USA w 2007 r. umieralność noworodków – syntetyczny wskaźnik jakości opieki zdrowotnej – wynosiła 6,7, przy średniej dla OECD 3,9 „

2008. W każdym z państw, rzecz jasna, odsetek ten był inny: od ponad 10 proc. w Niemczech, Francji czy Austrii do mniej niż 6 proc. na Cyprze czy w Rumunii. Oczywiście można przypomnieć, że w USA nakłady na zdrowie ogółem przekroczyły już w 2008 r. 16 proc. PKB i rażno zmierzają ku 20 proc.

Im więcej, tym nie lepiej

Można się zastanawiać nad efektywnością wydawanych w ten sposób olbrzymich funduszy. Wszelkie dane dotyczące najdroższego systemu opieki zdrowotnej, czyli amerykańskiego, wskazują, że powiązanie pomiędzy nakładami a efektywnością systemu jest, najdelikatniej mówiąc, wątpliwe.

W ciekawym raporcie OECD wskazuje się, że średnia długość życia w USA jest o rok krótsza niż we wszystkich krajach stowarzyszonych w OECD. Umieralność noworodków, kolejny syntetyczny wskaźnik jakości opieki zdrowotnej, w USA w 2007 r. wynosił 6,7, przy średniej dla OECD 3,9.

Joseph E. Stiglitz, noblista w dziedzinie ekonomii, wskazywał niezwykle ważny, choć niedoceniany wpływ asymetrii informacji na procesy gospodarcze. Prawdopodobnie w żadnym sektorze gospodarki ta asymetria nie jest tak wyraźna jak w ochronie zdrowia. Nierównowaga pomiędzy producentem usługi zdrowotnej a konsumentem jest tak



fot.:iStockphoto

„ Zwiększające się oczekiwania społeczne zaczęły powodować lawinowy wzrost nakładów zarówno publicznych, jak i prywatnych na narodowe systemy opieki zdrowotnej „

olbrzymia, że w większości wypadków można mu sprzedać wszystko i za każdą cenę. Zwłaszcza że płatnikiem w większości systemów jest zorganizowana przez państwo instytucja, kontrolująca tylko formalną prawidłowość wykonania i rozliczenia usług. Prostem następstwem tej sytuacji jest powszechnie obserwowane zjawisko, że system opieki zdrowotnej jest w stanie wchłonąć każde pieniądze. Państwa, które chcą konsekwentnie realizować ideę *welfare state*, w ubiegłych latach stale zwiększały nakłady na opiekę zdrowotną, co było widoczne we wszelkich statystykach. Ale należałoby zadać pytanie, na co przeznaczano te kwoty.

Firmy farmaceutyczne

Stając na chwilę u boku premiera i wpisując się w szeregi walczących z koncernami farmaceutycznymi,

muszę przypomnieć, że przez ostatnich kilka lat przedsiębiorstwami osiągającymi największe obroty i największy zysk ze sprzedaży były, obok banków inwestycyjnych, towarzystw ubezpieczeniowych i spółek sektora paliwowo-energetycznego, właśnie firmy farmaceutyczne. I nie trzeba już przypominać o gigantycznych karach nakładanych na niektóre z nich za to, że wzrostu sprzedaży nie poszukiwały poprzez zainteresowanie konsumentów (choć reklama w tej branży jest w zasadzie wszędzie zakazana), lecz poprzez materialne zainteresowanie bezpośrednich akwizytorów ich produkcji – lekarzy.

Koszty zakupu sprzętu medycznego nijak się mają do kosztów jego produkcji. Wystarczy wskazać różnice cen pomiędzy nowszymi i starszymi modelami ultrasonografów, tomografów itp. Oczywiście, mają tu

zastosowanie reguły rynkowe – szpitala nikt nie zmusza do kupowania droższego sprzętu, zawsze może kupić starszy, tańszy czy wręcz rekondukcjonowany. Tyle że i ten rynek jest zdeformowany. W większości krajów, nie tylko w Polsce, szpitale to nadal podmioty publiczne i w trakcie większości przeprowadzanych inwestycji liczy się głównie prestiż oraz inne mało ekonomiczne cechy. Efektywność zakupu należy do nich niezmiernie rzadko.

Liczba lekarzy

Pośredniej informacji o tym, że wydawanie publicznych pieniędzy przeznaczanych na systemy opieki zdrowotnej odbywało się w bardzo różny sposób, dostarcza kolejny raport OECD dotyczący opieki zdrowotnej w Europie w 2010 r. Klasyfikacyjnym przykładem jest liczba lekarzy przypadająca na populację. Nie podlega dyskusji, że w Polsce ten wskaźnik jest zbyt niski, bo wynosi 2,2 na 1000 mieszkańców i sytuuje nas na przedostatnim miejscu wśród 30 krajów – zaraz za Rumunią, a przed Turcją. Pewne rozbawienie musi jednak budzić fakt, że na pierwszym miejscu, z liczbą 6 lekarzy na 1000 mieszkańców, króluje... Grecja. Na trzecim miejscu są Włochy, na dziewiątym Portugalia, a na jedenastym Hiszpania. Myślę, że to Czytelnikom mówi wszystko. Jeżeli z kolei spojrzymy na liczbę pielęgniarek, Polska znajduje się na właściwym sobie miejscu – piątym od końca, z liczbą pielęgniarek 5,2 na 1000 mieszkańców. Tym razem na czele zestawienia znajdują się kraje skandynawskie, Holandia i Szwajcaria, gdzie wskaźnik ten wynosi od 21,4 do 24,6 na 1000 osób. Jak widać, kraje te zdają sobie sprawę z problemu opieki pielęgnacyjnej wynikającego z przemian demograficznych. Największą ciekawostką jest jednak niska pozycja krajów z grupy PIGS. O ile jeszcze Hiszpania ze wskaźnikiem 10,4 na 1000 znajduje się powyżej średniej unijnej, o tyle pozostałe kraje są już głęboko pod kreską. Grecja zaś, ze wskaźnikiem

4,3 pielęgniarki na 1000 mieszkańców, jest trzecia od końca, za Polską. Proste porównanie wskazuje, że w tym śródziemnomorskim kraju na dwie pielęgniarki przypada niemal trzech lekarzy. Zresztą w tej statystyce wszystkie cztery kraje grupy PIGS są w pierwszej szóstce.

Grecja na czele

Jeżeli zajrzemy w statystykę dotyczącą liczby aparatów NMR, to i tutaj Polska znajduje się na miejscu trzecim od końca z 2,9 aparatu na milion mieszkańców. A na czele... oczywiście Grecja – 21,8 aparatu na milion mieszkańców, a tuż za nią Włochy ze wskaźnikiem 20 na milion. Na koniec wydatki na leki. Najbardziej schorowanym społeczeństwem, wydającym przeciętnie 584 euro rocznie na osobę, co stanowi 2,4 proc. PKB, są pijący wino, zjadający się zdrową śródziemnomorską kuchnią, choć palący na potęgę... znowu Grecy. Ale może już dość statystyk.

Przedstawione informacje pokazują, jak łatwo w systemie opieki zdrowotnej wydawać pieniądze, a równocześnie, jak ubezwłasnowolnione są państwa, które – w imię tworzenia i utrzymywania *welfare state* – nie są w stanie zatrzymać narastania wydawania funduszy publicznych na te cele. Widać to szczególnie na południu Europy, w krajach borykających się z olbrzymimi problemami finansowymi.

Ruchome piaski

Kiedy jesienią 2008 r. padał „zbyt duży, by upaść” bank inwestycyjny Lehmann Brothers, wielu ekonomistów tłumaczyło to przegraniem amerykańskiego rynku nieruchomości czy „toksycznymi aktywami”. Jednakże tylko nieliczni ważyli się przepowiadać przyszłość. Tacy jak Nouriel Roubini, którzy przepowiadali globalizację kryzysu na olbrzymią skalę, byli wręcz wyśmiewani. Wydawało się wtedy, że wystarczy dokapitalizować banki i zwiększyć popyt, aby gospodarce „dolać benzyny”, i wszystko wróci do normy. Czy ktoś pamięta wielomiliardowe

pakiety pomocowe, które tworzyły kraje europejskie, jednocześnie jeszcze bardziej się zadłużając? W 2009 r. produkujący w Gliwicach astrzy zacierali ręce, nie mogąc zaspokoić popytu Niemców, którzy masowo wymieniali samochody, korzystając z sówitej dopłaty swojego rządu. Niemcy to przetrwały, ale wiele innych krajów już nie. Słabsze ekonomicznie państwa, ratując swoje banki, wpadały w gigantyczne kłopoty, czego najlepszym przykładem jest Islandia, ale dotyczyło to też np. Hiszpanii. Galopująco nara-

matycznie ograniczają ściąganość składki.

Tam, gdzie kryzys uderzył najmocniej, najbardziej odczuły to systemy opieki zdrowotnej, choć większość krajów i tak stara się chronić je ponadnormatywnie. W Irlandii i Hiszpanii, krajach dotkniętych najbardziej kryzysem finansowym (bankowym) w eurostrefie, nakłady na opiekę zdrowotną w relacji do PKB wzrosły pomiędzy rokiem 2007 a 2008 odpowiednio z 7,5 proc. do 8,7 proc. i z 8,4 proc. do 9,0 proc. Nie oznaczało to jednak większych

„ Nierównowaga pomiędzy producentem usługi zdrowotnej a konsumentem jest tak olbrzymia, że w większości wypadków można mu sprzedać wszystko i za każdą cenę ”

stające zadłużenie państw sprawiło, że w końcu nie mogły one pomagać swoim gospodarkom i instytucjom finansowym, ponieważ zaczęły tracić możliwości spłacania własnych zobowiązań... innym instytucjom finansowym. Aby się ratować, państwa zaczęły ograniczać deficyty budżetowe, tnąc swoje wydatki, co z kolei zaczęło hamować gospodarki. I tak kryzys finansowy przekształcił się w kryzys fiskalny, który zagroził istnieniu całej eurostrefy. Cięcia wynagrodzeń i etatów w sferze publicznej, wydłużanie wieku emerytalnego – to typowe posunięcia praktycznie we wszystkich krajach. Ale przed cięciami nie są chronione także systemy opieki zdrowotnej.

Kryzys

Mogłoby się wydawać, że dzięki ubezpieczeniom finansowanie systemu jest uniezależnione od decyzji państwa. Ale przecież państwo może zmieniać wysokości składek zdrowotnych, poza tym ograniczanie wynagrodzeń i wzrost bezrobocia auto-

nakładów, tylko ich zamrożenie lub mniejsze cięcia przy kurczącej się gospodarce.

Nie można jednakże chronić ich w nieskończoność. Nie widać oznak odbicia się gospodarek europejskich w najbliższych latach. Mało tego, kryzys eurostrefy może zagrozić skutkami, których obecnie nawet nie potrafimy sobie wyobrazić. Do tej pory na publiczne ujawnienie swoich problemów i drastyczne cięcia w systemie opieki zdrowotnej zdecydowała się właściwie tylko Portugalia. Inne kraje tną po cichu, ale konsekwentnie.

Według najnowszych informacji z Portugalii, kraju niemal czterokrotnie mniej ludnego od Polski, zadłużenie szpitali publicznych na koniec I półrocza 2012 r. tylko wobec dostawców leków i sprzętu medycznego wyniosło ponad 5 mld euro. Jest to dwukrotnie więcej niż zadłużenie ogółem polskich SP ZOZ-ów, co pokazuje skalę problemu. Ministerstwo Zdrowia Portugalii już ostrzega przed koniecznością zamykania niektórych szpitali. Wyliczono



fot. iStockphoto

„ Tam, gdzie kryzys uderzył najmocniej, najbardziej odczuły to systemy opieki zdrowotnej, choć większość krajów i tak stara się chronić je ponadnormatywnie „

też, że istnieje nadmiar co najmniej 1245 lekarzy, którzy prawdopodobnie będą musieli szukać sobie albo innego zajęcia, albo innego kraju w Europie. Możliwe więc, że do trafiających do Polski lekarzy z Ukrainy dołączą ich portugalscy koledzy.

Trudno się spodziewać, żeby przed cięciami ochroniła się grecka służba zdrowia ze swoją monstrualnie rozbudowaną bazą. Minister zdrowia Grecji „trzyma karty przy orderach” i nie przedstawia oficjalnych danych dotyczących stanu greckiej służby zdrowia, ale wystarczające są takie informacje, jak zaprzestanie sprzedaży leków na rynku greckim przez kolejne koncerny. Włochy i Hiszpania też rozpoczęły programy oszczędnościowe. Jeżeli kryzys się rozszerzy, cięcia będą nieuniknione w kolejnych krajach.

Nim gruby schudnie

Polski system opieki zdrowotnej, żartobliwie mówiąc, opiera się na permanentnych cięciach. Niedofinansowany od początku swojego istnienia, źle zorganizowany, został poddany reformie w 1999 r. Od tego czasu jest stale poprawiany i psuty na zmianę, z przewagą tych drugich posunięć. W zależności od skali jego zadłużenia i możliwości budżetu państwa jest wspierany kroplówkami w postaci ustawy o pomocy publicznej z 2005 r. czy planu B. Równie często jednak jest strzyżony z wpływających doń funduszy, jak to było w roku 2002 czy 2008, kiedy zmniejszono finansowanie systemu przez państwo oraz przerwano procedury finansowane przez ministerstwo do kas chorych lub NFZ.

Krótkotrwała hossa gospodarcza z lat 2006–2008, która zaowocowała dynamicznym wzrostem poboru składki zdrowotnej, rozbudziła nadzieję na pewien luz ekonomiczny. Wszyscy boleśnie odczuwamy przetrwanie tego krótkotrwałego snu, ale kolejne wyhamowanie finansowania, a dla niektórych nawet spadek, pewnie przetrzymamy – zaprawieni w bojach. Może wymusi on kolejne działania proefektywnościowe w polskich szpitalach.

Cięcia w systemie już się rozpoczęły, bo jak inaczej nazwać efekty ustawy refundacyjnej, które koszty refundacji leków przerzuciły na producentów i konsumentów, chroniąc budżet NFZ. Rozpoczęły się też na dawno zapomnianą skalę kontrole NFZ mające odzyskiwać wypłacane pieniądze lub eliminować świadczeniodawców. Wszystko to może i ma sens, ale wynika przede wszystkim z braku pieniędzy, a nie potrzeby naprawy systemu.

Jeżeli kryzys potrwa jeszcze kilka lat albo się pogłębi, co wieszczą Krzysztof Rybiński w Polsce czy wspomniany Nouriel Roubini w USA, to uderzy przede wszystkim w finanse publiczne poszczególnych państw. Powiązanie systemów opieki zdrowotnej – w Europie średnio w 75 proc. finansowanych z funduszy publicznych – z finansami państw musi się skończyć także ich problemami. Jaka będzie ich skala – taka jak w Portugalii, mniejsza, większa – tego nie wie teraz nikt. Być może, tak jak polscy lekarze masowo wyjeżdżali jeszcze przed kilku laty, już wkrótce pracy u nas będą poszukiwali specjaliści z południa Europy?

Z drugiej strony, choć wytrenowani w przechodzeniu przez kolejne kryzysy, pamiętajmy, że dla nich jest to pierwszy kryzys, który zaczął oddziaływać na sytuację systemów opieki zdrowotnej. Odczuwają to boleśnie, ale jak mówi stare przysłowie: nim gruby schudnie, chudy umrze. Oby ta mądrość ludowa nie stała się rzeczywistością. ■