Główne tezy, wnioski i liczby z wystąpienia Macieja Rapkiewicza w ramach panelu pt. „Jak chronić zdrowie Polaków” na organizowanym przez Instytut Sobieskiego Kongresie „Polska Wielki Projekt” w artykule na łamach “Gazety Finansowej”.

Smutna statystyka

Dobrem kluczowym jest ochrona zdrowia – wydatki na nią stanowią tylko jeden z możliwych sposobów i nakładów (obok m.in. diety, stylu życia) do osiągnięcia tego kluczowego dobra. Jesteśmy na jednym z ostatnich miejsc wśród państw Unii Europejskiej, jak i OECD, jeśli chodzi o wysokość wydatków na ochronę zdrowia Polaków w stosunku do PKB. W Polsce te wydatki wynoszą obecnie ok. 7,5 proc. PKB – wartość ta uwzględnia zarówno wydatki publiczne (NFZ, budżet państwa i samorządów), ale i wydatki niepubliczne (przede wszystkim to, co płacimy, idąc do lekarza, szpitala, na badania, składki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz wydatki przedsiębiorstw, ponoszone w związku z ochroną zdrowia). Średnia w OECD wynosi 9,5 proc. PKB, w Niemczech jest to blisko 12 proc. PKB, w Szwecji – ok. 10 proc. PKB, a w Europie Środkowo-Wschodniej więcej od Polski wydają np. Słowenia (ponad 9 proc. PKB), Słowacja (blisko 9 proc. PKB) czy Czechy.

Zbyt mały stopień opieki państwa

Ochrona zapewniana przez państwo jest dla Polaków niewystarczająca. Świadczą o tym nie tylko wyniki badań z oceny publicznej służby zdrowia, ale i finanse. Ludzie rezygnują z korzystania z „darmowej”, czyli publicznej, opieki zdrowotnej, ponieważ zbyt długo muszą czekać na usługę, dostępną w ramach publicznej służby zdrowia. Z drugiej strony, publiczna służba zdrowia danej usługi nie oferuje lub nie refunduje w całości albo w części (w tym leku). W Polsce własne wydatki na służbę zdrowia (bez wydatków na prywatne ubezpieczenia zdrowotne, które nie są bardzo wysokie) wynoszą ponad 22 proc. łącznych wydatków na służbę zdrowia, podczas gdy w Niemczech i Słowenii jest to ok. 13 proc., Czechach – 14 proc., Islandii – 16,6 proc., Wielkiej Brytanii – 10,5 proc. Największy udział wydatków niepublicznych w łącznych wydatkach, stanowią te związane z leczeniem stomatologicznym (blisko 82 proc. łącznych wydatków) oraz produktami medycznymi, w tym lekami (ponad 61 proc. łącznych wydatków). Kiedy z własnej kieszeni wydajemy na leki ponad 61 proc., czyli najwięcej z państw OECD, to średnia w państwach OECD wynosi niewiele ponad 30 proc. Nieco poniżej tej średniej wydają Czesi, podczas gdy w Niemczech udział wydatków prywatnych w łącznych wydatkach na leki nie przekracza 20 proc., a w Holandii – 10 proc.

Pozostaw to pole puste, jeśli jesteś człowiekiem:

Nieefektywne wydatki

Bardzo istotna jest nie tylko wysokość wydatków, ale i ich efektywność, w tym struktura wydawanych środków. Efektywnie zarządzana opieka zdrowotna stwarza zachęty do utrzymywania ludzi w dobrym zdrowiu przez nacisk na profilaktykę i promowanie dbałości o zdrowie. Tymczasem nie dość, że wydajemy mniej globalnie na ochronę zdrowia, to udział wydatków na profilaktykę w łącznych wydatkach zdrowotnych jest znacznie mniejszy niż w większości państw! W Polsce wydatki na profilaktykę to ok. 2 proc. wydatków zdrowotnych, w Czechach – ponad 2,5 proc., a w np. w Szwecji i Niemczech – ponad 3,5 proc. łącznych wydatków na zdrowie. Oznacza to, że na głowę mieszkańca (per capita) w zakresie profilaktyki wydajemy w przeliczeniu ok. 30 dol., czyli pięciokrotnie mniej niż Niemcy. Bardziej optymistycznie nie wygląda także struktura wydatków na profilaktykę – blisko 35 proc. to wydatki niepubliczne, z których większość stanowią płacone przez przedsiębiorstwa koszty wstępnych i okresowych badań pracowniczych. Natomiast ze środków publicznych opłacanych jest tylko ok. 65 proc. wydatków klasyfikowanych jako profilaktyka zdrowotna, czyli ok. 20 dol. per capita rocznie! Ponadto do takich wydatków klasyfikowane są m.in. zabezpieczenie medyczne imprez masowych, czy też dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej na potrzeby turnieju EURO 2012. Zatem środków na prawdziwe, realne działania profilaktyczne pozostaje naprawdę niewiele.

Rośnie zadłużenie

W Polsce w bardzo szczątkowej formie istnieją prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Sytuacja finansowa publicznej służby zdrowia generalnie jest zła, ale istnieją wyjątki od tej reguły. Problem obok wad samego systemu, stanowi również jakość zarządzania wieloma placówkami. Osoba zarządzająca publicznym zakładem opieki zdrowotnej nie ponosi odpowiedzialności za wynik, jak np. członek zarządu spółki kapitałowej. Wyniki publicznych zakładów systematycznie się pogarszają. W roku 2010 publiczne zakłady opieki zdrowotnej wygenerowały łączną stratę ponad 750 mln zł, rok wcześniej strata ta wyniosła „tylko” ok. 200 mln zł. Szacuje się, że w roku ubiegłym łączna strata publicznych zakładów opieki zdrowotnej przekroczyła 900 mln zł.

Rośnie przy tym wymagalne zadłużenie takich zakładów, na koniec 2011 r. przekroczyło ono 2,3 mld zł i było o ponad 10 proc. wyższe niż rok wcześniej. Wskaźniki finansowe pogarszały się, pomimo że zmniejszyła się liczba zakładów publicznych, czyli jednostkowo wyniki te wyglądają jeszcze gorzej niż globalnie. Pomysł obecnego rządu na oddłużenie publicznej służby zdrowia polega na przerzuceniu ciężaru odpowiedzialności na jednostki samorządu terytorialnego (JST), które są organami założycielskimi większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Na mocy ustawy o działalności leczniczej, jednostki samorządu terytorialnego są de facto zmuszane, aby uniknąć przekroczenia limitów zadłużenia, a także likwidacji zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ), w tym szpitali lub ich przekształcania w spółki prawa handlowego. Samo przekształcenie ZOZ w spółkę nie uzdrowi sytuacji finansowej tych zakładów, w tym szpitali. Jeżeli zakład działający już jako spółka, nadal będzie ponosił straty i zadłużał się, to również stanie w obliczu niewypłacalności, a jego akcjonariusz bądź udziałowiec, czyli, po przekształceniu, jednostka samorządowa, będzie zmuszona do podwyższenia kapitału zakładowego spółki, chcąc uniknąć jego upadłości. Obawiając się spełnienia takiego scenariusza, samorządy mogą dążyć do sprzedaży akcji (udziałów) przekształconej jednostki, co oznacza jej prywatyzację.

Potrzeba wyższych nakładów

Obszar ochrony zdrowia czekają duże finansowe wyzwania w przyszłości, które wynikają zarówno z przyczyn demograficznych oraz postępu technicznego i cywilizacyjnego. Jeden z amerykańskich ekonomistów zajmujących się służbą zdrowia zadał pytanie: „Czy chcecie płacić za lek na poziomie cen z lat 60. XX w., ale o jakości opartej o stan wiedzy sprzed lat pięćdziesięciu, czy też wolicie lek współczesny, którego wyższa cena uwzględnia aktualny stan wiedzy?”. Jeżeli chcemy korzystać z tej drugiej możliwości, musimy być gotowi, także, a może przede wszystkim, jako państwo na wyższe wydatki.

Źródło: Gazeta Finansowa. Czytaj dalej…