

Prywatna służba zdrowia w Europie Wschodniej

Ręczne sterowanie

Andrzej Kulik

– *We wszystkich państwach pokomunistycznych mamy do czynienia z chaotycznymi próbami reformowania systemu ochrony zdrowia, który funkcjonuje coraz gorzej. To typowe ręczne sterowanie. Efekt tych działań jest taki, że publiczna służba zdrowia działa źle, a prywatna się nie rozwija. Tracą na tym przede wszystkim pacjenci* – stwierdził podczas konferencji *Prywatny sektor służby zdrowia w Europie Wschodniej*, którą zorganizował we wrześniu wrocławski Instytut Medyczny EuroMediCare, dr Wojciech Misiński z Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, ekspert Centrum im. Adama Smitha.



Herbert Löffler-Gutmann:

Jeszcze w 1990 r. w Saksonii aż 85 proc. szpitali i 95 proc. łóżek szpitalnych było własnością państwa.

Państwowa, prywatna i gmina

Z wystąpień uczestników konferencji wynika, że w zdecydowanej większości państw byłego bloku socjalistycznego prywatna służba zdrowia odgrywa wciąż marginalną rolę. Przyczynami takiej sytuacji są przyzwyczajenia społeczne i związana z tym niechęć do płacenia za świadczenia medyczne oraz nierównoprawne traktowanie prywatnych szpitali i przychodni przez administrację państwową.

Inaczej jest na terenie byłej NRD. Zarówno niemieckie ustawodawstwo federalne, jak i przepisy krajów związkowych gwarantują równe traktowanie i zapewnienie rozwoju państwowej, prywatnej i gminnej służbie zdrowia.

– Jeszcze w 1990 r. w Saksonii aż 85 proc. szpitali i 95 proc. łóżek szpitalnych było własnością państwa. Dzisiaj należy do niego 47 proc. szpitali, w tym dwie kliniki uniwersyteckie i 65 proc. łóżek. 33 proc. szpitali jest już w prywatnych rękach, a 20 proc. jest własnością gmin. Ten proces trwa dalej, a jego dynamika jest większa niż w zachodniej części Niemiec – informuje Herbert Löffler-Gutmann z Ministerstwa Spraw Społecznych rządu Saksonii.

W Saksonii roczne wydatki na służbę zdrowia wynoszą ok. 300 mln euro i są pokrywane zarówno ze środków federalnych, kasy rządu lokalnego, jak i budżetów kas ubezpieczeniowych. Równy dostęp do tych pieniędzy mają wszystkie sektory. Ale też wschodni Niemcy przystosowali liczbę i wiel-

kość szpitali do rzeczywistych potrzeb. Od 1990 r. liczba tych placówek w Saksonii zmalała ze 122 do 88 (o 27,9 proc.), przy jednoczesnym wzroście liczby hospitalizowanych pacjentów z 656 tys. do 906 tys. (o 38 proc.) i skróceniu przeciętnego czasu pobytu chorego z 18 do 9,8 dnia.

Martwe zapisy

Na przeciwnym biegunie jest Ukraina. Równoprawnienie wszystkich sektorów w medycynie gwarantuje martwy zapis w konstytucji.

– *Formalnie każdy obywatel Ukrainy ma wolny wybór lekarza, ale praktycznie wygląda to tak, jak w czasach ZSRR – jest się przypisanym do jednego lekarza. Na Ukrainie nie ma dotychczas obowiązkowego ubezpieczenia społecznego i funkcjonowanie służby zdrowia finansowane jest bezpośrednio z budżetu państwa* – relacjonuje dr hab. Andrzej Yagensky z prywatnej ukraińskiej firmy medycznej Kontzium Medykus.

W tej sytuacji prywatna służba zdrowia nastawiła się na obsługę dużych przedsiębiorstw, które finansują opiekę lekarską dla swoich pracowników tym chętniej, im gorsza jest kondycja państwowej służby zdrowia.

Nierówny dostęp do publicznych pieniędzy wydawanych przez państwo na ochronę zdrowia charakteryzuje też Litwę.

– *Równość mamy zagwarantowaną w konstytucji, ale w praktyce wygląda to zupełnie odwrotnie. Państwowe szpitale automatycznie wchodzi do narodowego systemu zdrowia i są przezeń finansowane. Placówki prywatne stają się jego uczestnikiem dopiero po podpisaniu kontraktu, tyle że brakuje jasnych kryteriów podpisywania tych umów, więc nigdy nie wiadomo czy się ten kontrakt dostanie, czy nie* – opowiada Vadimas Grebinkis z Litewskiego Stowarzyszenia Prywatnych Spółek Medycznych.

Bez takiej umowy lekarz przyjmujący pacjentów prywatnie nie może wystawić im refundowanej recepty. W efekcie prywatna służba zdrowia na Litwie ma marginalną pozycję. Zaledwie 5,7 proc. lekarzy pracuje w tym sektorze, a ich pacjenci to 9,9 proc. ogółu chorych korzystających z opieki medycznej.

Pionierzy prywatyzacji

Na Łotwie od 1991 r. było już 15 ministrów zdrowia i każdy próbował zreformować system opieki zdrowotnej.

– *Efekt jest taki, że mamy 2 odrębne systemy opieki zdrowotnej. Jeden dla stolicy, a drugi dla reszty kraju. I szarą strefę, która jest szacowana na 20 mln euro, co jak na tak mały kraj jest sumą olbrzymią* – mówi Maris Revalds ze Stowarzyszenia Pracodawców w Ochronie Zdrowia.



Vadimas Grebinkis:

Na Litwie równość mamy zagwarantowaną w konstytucji, ale w praktyce wygląda to zupełnie odwrotnie.



Maris Revalds:

Szarą strefę na Łotwie szacujemy na 20 mln euro, co jak na tak mały kraj jest sumą olbrzymią



Marek Potysz:

W Czechach z powodów politycznych projekt reformy został zablokowany. Długi rosną, wydłuża się kolejka do zabiegów, a politycy wciąż dyskutują.

W takiej sytuacji łotewscy lekarze wybierają taką drogę kariery: z prowincjonalnych ośrodków przenoszą się do dużych, miejskich szpitali, ale tylko po to, by przy sprzyjającej okazji wyjechać za granicę.



Zsombor Kovacsy:

Sprawujący obecnie władzę rząd węgierski jest zdeterminowany, aby w tym roku sprywatyzować 30 szpitali.

Także i tu prywatne szpitale nie odgrywają znaczącej roli – jest ich zaledwie 18 na 133 istniejące.

Brak jednoznacznych przepisów dotyczących prywatyzacji powoduje, że i na Węgrzech ten sektor nie jest zbyt duży. Pionierami prywatyzacji u naszych bratanków były stacje dializ i transport medyczny, a rozwiązania zastosowane w ich przypadku były potem kopiowane w innych sektorach medycyny. Ale, jak zapewnia Zsombor Kovacsy z Ministerstwa Sprawiedliwości, sprawujący obecnie władzę rząd węgierski jest zdeterminowany, aby ten proces kontynuować i w tym roku ma trafić w prywatne ręce 30 szpitali.

Tak dobrzy, że groźni

Prywatyzacja służby zdrowia w Czechach przebiegała w trzech etapach. Najpierw zezwolono na przejmowanie w prywatne ręce usług medycznych w szpitalach, potem nieruchomości szpitalnych, a na końcu przychodni. Dzisiaj za naszą południową granicą funkcjonują placówki należące do trzech rodzajów właścicieli: duże kliniki uniwersyteckie są zarządzane przez Ministerstwo Zdrowia, właścicielami średnich (300–800 łóżek) są województwa, a najmniejszych (do 300 łóżek) prywatne firmy, gminy i duże przedsiębiorstwa przemysłowe. Wszystkie sektory są finansowane z pieniędzy narodowego systemu zdrowia, rozdzielanych przez 5 ogólnokrajowych kas chorych i 2 lokalne.

Z tej trójki najlepiej radzą sobie placówki prywatne, które stanowią 33,8 proc. ogółu, ale dysponują zaledwie 12,2 proc. wszystkich łóżek szpitalnych. Jeszcze do połowy ub. roku były one rentowne, ale na koniec 2003 roku cały ten sektor zanotował 9 mln koron strat. To jednak nic w porównaniu z osiągnięciami szpitali państwowych. Kliniki pozostające w gestii Ministerstwa Zdrowia wygenerowały ich 1 244 mln koron, a wojewódzkie 977 mln koron.

– W latach 1998–1999 Ministerstwo Zdrowia ogłosiło program, który miał doprowadzić do likwidacji części łóżek, których jest po prostu za dużo. I stąd też tak wielkie straty w państwowej służbie zdrowia. Niestety, z powodów politycznych został on zablokowany. Długi rosną, wydłuża się kolejka do zabiegów, a politycy wciąż dyskutują – mówi Marek Potysz, członek Zarządu spółki Euromednet.

Gdy brakuje rozwiązań, a kryzys narasta, rozpoczęło się polowanie na czarownice. Coraz częściej daje się w Czechach słyszeć opinię, że dobra kondycja prywatnej służby zdrowia nie jest dowodem na jej lepsze zarządzanie, ale wynikiem złych przepisów. Konkluzja tych wywodów jest prosta – trzeba zlikwidować prywatny sektor w medycynie, bo stanowi on zagrożenie dla publicznych placówek.

Za te same pieniądze

W Polsce wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca są znacznie niższe



fot. S. A. Solnica

Piotr Gerber:

Prywatne szpitale lepiej wykorzystują personel i sprzęt, a dzięki temu za te same pieniądze mogą oferować zdecydowanie wyższy poziom usług medycznych.

niż w Czechach (558 USD w porównaniu do 972 USD), ale kryzys podobny.

Piotr Gerber, współwłaściciel Instytutu Medycznego EuroMediCare, na potrzeby konferencji zestawił wyniki ekonomiczne osiągnięte w ubiegłym roku przez 19 dolnośląskich szpitali (na 72, z czego 60 to publiczne), bo z tylu udało mu się je uzyskać. 14 z nich jest państwowych, 5 prywatnych. W przeliczeniu na 1 łóżko średnie przychody w tej pierwszej grupie wyniosły 82,4 tys. zł, a w drugiej 77,1 tys. zł, tyle że każde łóżko w publicznym szpitalu generowało 20 tys. zł strat, podczas gdy w prywatnym dawało 2,8 tys. zł zysku. W prywatnych szpitalach wyższy jest też przychód w przeliczeniu na jednego zatrudnionego – 82,1 tys. zł do 50,9 tys. zł w placówkach publicznych.

– Z tego zestawienia widać, że prywatne szpitale lepiej wykorzystują personel i sprzęt, a dzięki temu za te same pieniądze mogą oferować zdecydowanie wyższy poziom usług medycznych – twierdzi Piotr Gerber.

Andrzej Kulik