



graf. Natalia Górcińska

System zdrowia na skraju przepaści

Czeski pacjent

Aureliusz M. Pędziwoł

Jeszcze niedawno w Czechach działało kilkadziesiąt towarzystw ubezpieczeniowych. Wydawało się, że taka konkurencja zagwarantuje bezpieczeństwo systemu. W ostatnim czasie 18 firm ogłosiło jednak upadłość. Ich spuściznę przejęła największa państwowa firma – Powszechna Ubezpieczalnia Zdrowotna (Všeobecná zdravotní poisťovna, VZP), która ubezpiecza 68 proc. czeskich obywateli i stoi na skraju upadku.

To także efekt nadmiernie rozbudowanego koszyka świadczeń zdrowotnych. – *Tak dużego pakietu świadczeń zdrowotnych jak Czesi, nie mają Polacy, Słowacy czy Węgrzy. Refundowane są*

nawet usługi uzdrowiskowe i leki bez recepty, jeśli zostaną przepisane przez lekarza – stwierdził Petr Hava, dyrektor Instytutu Polityki Zdrowotnej i Ekonomiki (IZPE), w raporcie

o transformacji systemu opieki zdrowotnej w Czechach.

Dobrotliwi lekarze

– *Ubezpieczalnia na pewno nie płaci za wszystko* – komentuje Petruszka Szustrova, dziennikarka z Pragi. – *Ale niektóre leki są refundowane w stu procentach. Do innych przynajmniej częściowo dopłaca ubezpieczalnia i myślę, że nie ma takiego lekarstwa, za które pacjent musiałby zapłacić pełną cenę, o ile ma na nie receptę. A lekarze, by zaoszczędzić pacjentom wydatków, przepisują im także preparaty OTC* – dodaje Petruszka Szustrova.

O czymś takim Polacy mogą tylko marzyć. Czesi z własnej kieszeni pokrywają zaledwie 8,6 proc. całkowitych kosztów opieki zdrowotnej. To najniższy odsetek we wszystkich krajach OECD. Polska w tym rankingu (patrz tabela) zajmuje 4. miejsce.

Ile wydaje się w Czechach na dopłaty leków, po raz pierwszy w historii można było się dowiedzieć 18 kwietnia tego roku, gdy w Internecie zamieszczono rejestr bezpłatnych preparatów (w wykazie nie uwzględniono farmaceutyków stosowanych wyłącznie w szpitalach). Na liście znalazło się niemal 1800 pozycji w cenie od kilkunastu

Ubezpieczalni Zdrowotnej finansowany jest z budżetu, a przyzwyczajeni do przywilejów pacjenci ani myślą z nich rezygnować.

Jak twierdzą eksperci, stabilności zdrowotnego rynku w Czechach nie zagwarantuje pozostałych 8 firm, ubezpieczających 32 proc. obywateli. Warto bowiem zauważyć, że są to towarzystwa branżowe, ergo: źle zarządzane. Dwie z nich założyły ministerstwa spraw wewnętrznych i obrony. Pozostałe ubezpieczalnie też mają charakter branżowy (np. górnicza). W efekcie autorzy cytowanego raportu wskazują, że firmy stosują nieadekwatną ocenę ryzyka, mają wysokie koszty własne oraz zbyt wiele programów specjalnych.

Czeski system

Każda osoba przebywająca na stałe w Czechach musi mieć ubezpieczenie zdrowotne. Ma prawo wybrać ubezpieczyciela i może go zmienić po roku (wcześniej obowiązywały okresy 3-miesięczne). VZP musi ubezpieczyć każdego. Formalnie zresztą żadne towarzystwo nie może odmówić osobie chcącej się w nim ubezpieczyć, ale – jak piszą Rokosova i Hava – potrafią sobie dobrać klientów.

Stawka ubezpieczenia wynosi 13,5 proc. od podstawy ubezpieczenia. W wypadku za-

” Refoma systemu ochrony zdrowia w Czechach została oparta na zasadach wolnej gry rynkowej ubezpieczycieli. U władzy była wtedy ekipa Vaclava Klause, który bezgranicznie ufał, że *niewidzialna ręka rynku* załatwi wszystko ”

do kilkuset tysięcy koron (najdroższym specyfikiem jest Remodulin 10 mg/ml – 608,7 tys. koron za 20 ml roztworu infuzyjnego). Jana Kocova, rzecznik czeskiego Ministerstwa Zdrowia zapewnia, że w każdej grupie indykacyjnej jest przynajmniej jeden w pełni refundowany preparat.

Zdrowotny monopol

Od 1993 r. czeska służba zdrowia jest finansowana z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, którego filarami na początku było kilkadziesiąt ubezpieczalni, a wśród nich największa – VZP. Jednak lata przemian spowodowały, że VZP stała się niemal monopolistą, którego działanie gwarantuje państwo. W ten sposób spirala upadku nakreśla się. Permanentny wzrost kosztów działania Powszechnej

trudnionych na etatach podstawą jest płaca brutto. Oni sami przekazują 4,5 proc. swoich dochodów brutto na ubezpieczenie zdrowotne, ich pracodawcy zaś 9 proc. Osoby prowadzące działalność gospodarczą płacą 13,5 proc. od połowy dochodu netto (w 2005 r. było to 45 proc., w 2004 r. 40 proc., a jeszcze wcześniej 35 proc.). Jednocześnie ustalono minimalną i maksymalną stawkę ubezpieczenia.

Minimalna stawka ubezpieczenia zdrowotnego dla osób prowadzących działalność gospodarczą wynosi rocznie 13,5 proc. z 50 proc. od 12-krotnej płacy średniej w gospodarce narodowej, czyli obecnie 1022 korony miesięcznie. Podstawę do wyliczenia składki maksymalnej określono w ustawie na poziomie 486 tys. koron (co oznacza maksymalną stawkę roczną w wysokości 32,8 tys. koron).

Udział wydatków z własnej kieszeni w całkowitych kosztach opieki zdrowotnej w krajach OECD w roku 2002 (proc.)	
Meksyk	52,1
Korea Południowa (2001)	37,3
Szwajcaria	31,5
Turcja (2000)	27,6
Polska	27,6
Węgry	26,3
Hiszpania	23,6
Włochy	20,6
Finlandia	20,0
Australia (2001)	19,3
Austria	17,5
Japonia (2001)	16,5
Nowa Zelandia	16,1
Islandia	16,0
Dania	15,3
Kanada	14,9
USA	14,0
Norwegia	14,0
Irlandia	13,2
Luksemburg	11,9
Słowacja	10,9
Niemcy	10,4
Holandia	10,1
Francja	9,8
Czechy	8,6

Materiał źródłowy: OECD Health Data 2004

Ubezpieczalnie miały konkurować ze sobą o klienta. I robiły to, oferując wiele pakietów dodatkowych usług. Szybko jednak okazało się, że jest to dla nich przedsięwzięcie ponad siły. Miały bowiem trudności ze zgromadzeniem funduszy na pokrycie pakietu podstawowej opieki zdrowotnej, a niektóre z nich wręcz zbankrutowały.

To już w 1994 r. zmusiło polityków do ograniczenia możliwości rozszerzania zakresu świadczeń przez ubezpieczalnie, a w 1997 r. do całkowitego zakazu wychodzenia przez nie poza pakiet podstawowy. Ubezpieczalniom zdrowotnym nie wolno więc już świadczyć żadnych dodatkowych usług. Obowiązuje także zakaz działalności komercyjnej. Każda nadwyżka kierowana jest na konto, nazwane Funduszem Rezerwowym.

W wypadku, gdy ubezpieczalnia ma trudności finansowe, państwo może ją wesprzeć, ale tylko w ograniczonym stopniu. Jej ewentualne bankructwo nie stanowi jednak zagrożenia dla ubezpieczonych, gdyż wtedy przejmuje ich VZP, a ta – jak już wspomniano – zgodnie z ustawą zbankrutować nie może. Sęk w tym, że VZP jest dziś zadłużona po uszy.

Lekarze praktyczni

W 2002 r. sprywatyzowano w Czechach 95 proc. opieki zdrowotnej pierwszego kontaktu. Większość lekarzy działa w pojedynkę. Niektórzy korzystają z komunalnych ośrodków zdrowia lub poliklinik, które decydują się na rozszerzenie oferty specjalistycznej o usługi pierwszego kontaktu.

„ Na ochronę zdrowie każdego Czecha przeznaczają się rocznie 1205 dolarów. To niemal 600 dolarów więcej niż w Polsce i o 2200 dolarów mniej niż przeznaczają na leczenie Niemcy ”

W wypadku osób, za które składkę ubezpieczeniową odprowadza państwo, wylicza się ją z 25 proc. średniej płacy w gospodarce narodowej. Podstawą wyliczenia składki od osób niezatrudnionych (za które ubezpieczenia nie płaci państwo) i niemających żadnych dochodów jest płaca minimalna.

Niewidzialna ręka rynku

Pierwotny pomysł reformy systemu ochrony zdrowia został oparty na zasadach wolnej gry rynkowej ubezpieczycieli. U władzy była wtedy ekipa Vaclava Klause, bezgranicznie ufającego, że niewidzialna ręka rynku załatwi wszystko.

Pacjent w Czechach ma dużą swobodę w dostępie do lekarza pierwszego kontaktu. Zaliczają się do nich tzw. lekarze praktyczni dla dorosłych lub pediatrzy, a także dentyści i ginekolodzy. Równie łatwo się dostać do specjalisty. Jedynym warunkiem rejestracji jest to, że lekarz musi mieć kontrakt z ubezpieczalnią pacjenta.

Specjalista nie wymaga od pacjenta skierowania wypisanego przez lekarza pierwszego kontaktu, choć taka właśnie droga jest zalecana. Ostatnio w Czechach było zarejestrowanych 5,2 tys. lekarzy pierwszego kontaktu dla dorosłych (jeden na 1650 mieszkańców powy-

” Wskaźniki zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w Czechach są najwyższe w Trójkącie Wyszehradzkim. Są one porównywalne z Niemcami i wyższe od unijnej średniej ”

żej 14. roku życia), 22 tys. pediatrów (jeden na 1050 dzieci i młodocianych do 19. roku życia), 5,9 tys. stomatologów (jeden na 1700 mieszkańców) oraz 1,2 tys. ginekologów (jeden na 4400 kobiet).

1200 dolarów na osobę

W 1990 r. wydatki na służbę zdrowia w Republice Czeskiej (która była wówczas częścią Czechosłowackiej Republiki Federalnej CSRF) wynosiły 5 proc. PKB. Po reformie (w 1994 r.) gwałtownie wzrosły do 7,8 proc., aby potem zmaleć do 7 proc. PKB. To więcej niż w Polsce i w Słowacji, ale mniej niż na Węgrzech i w Austrii. W efekcie na ochronę zdrowia każdego Czecha przeznaczają się rocznie 1205 dolarów. To niemal 600 USD więcej niż przypada na pacjenta w Polsce (i o 2200 dolarów mniej niż przeznaczają na leczenie Niemcy).

Mimo tak wysokich wydatków, problemem jest nadwyżka łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców. W szpitalach opieki doraźnej spadła ona wprawdzie od 1990 r. niemal o 25

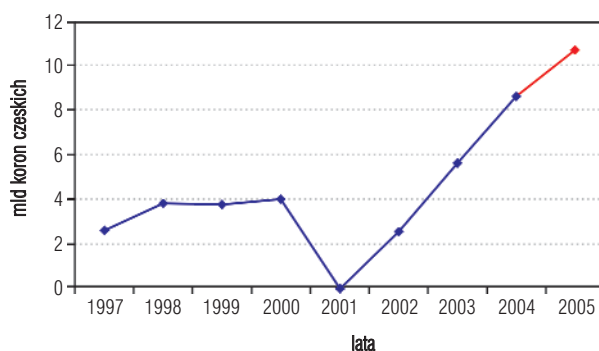
proc., z 8,1 do 6,3 na tysiąc mieszkańców w 2003 r., ale wciąż pozostaje wysoka, zwłaszcza w porównaniu z krajami UE (przy czym ich obłożenie praktycznie się nie zmieniło i przez cały ten czas wynosi ok. 70 proc.).

W Unii Europejskiej więcej łóżek (6,4 na tysiąc mieszkańców) ma tylko Słowacja. Za Czechami są wszystkie pozostałe kraje EU: na miejscu 3. Niemcy (6,2), dalej Austriacy (6,0) i Węgrzy (5,9). Unijna średnia to 5,3 łóżka, w Polsce wskaźnik ten spadł w czasach transformacji z 6,3 w 1990 r. do 4,7.

Podobnie jest z personelem. Wskaźniki zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w Czechach (odpowiednio 35 i 97 na 10 tys. mieszkańców) są najwyższe w Trójkącie Wyszehradzkim. Są to wskaźniki porównywalne z Niemcami (34 i 99) i wyższe od unijnej średniej (34 i 78). W Unii więcej lekarzy niż Czesi mają Włosi (62 na 10 tys. mieszkańców), Grecy i Belgowie (po 45) oraz Litwini (35), a więcej pielęgniarek Finowie (214 na 10 tys. mieszkańców), Irlandczycy (185), Holendrzy (137), Belgowie (108), Szwedzi (102) i Niemcy (99).

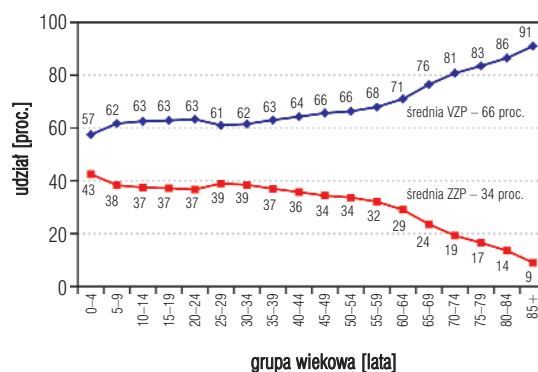
Potwierdzona prognoza

Deficyt Powszechnej Ubezpieczalni Zdrowotnej (VZP)



Kosztowni staruszkowie

Struktura członków Powszechnej Ubezpieczalni Zdrowotnej (VZP) i 8 ubezpieczalni pracowniczych (ZZP) wg grup wiekowych



Materiały źródłowe: Rokosová, Háva, Schreyögg, Busse, Health care systems in transition: Czech Republic; Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.

Poprawianie reformy

Gdy reformy Vaclava Klausea okazały się niewypałem, konieczne stało się wprowadzenie poprawek. Jak już napisano – już w drugim roku zmian systemu pojawiły się pierwsze korekty, a 3 lata później kolejne obostrzenia.

Rok 1997 przyniósł także pierwsze poważne działania na rzecz restrukturyzacji opieki szpitalnej. Celem była przede wszystkim redukcja przerostów (liczby łóżek) w opiece doraźnej i wzmocnienie opieki długoterminowej, a także redukcja personelu. Coraz wyraźniej bowiem w kierowaniu szpitalami dawały się we znaki trudności finansowe.

Rok później rozpoczęto w Czechach reformę administracyjną. Jej wejście w życie w 2000 r. przyniosło zapowiadzaną decentralizację administracji rządowej i przekazanie wielu kompetencji z centrali do regionów. Drugi etap reformy administracyjnej przyniósł także zasadnicze zmiany w służbie zdrowia. 1 stycznia 2003 r., wraz z rozwiązaniem powiatów (które istniały jedynie jako szczebel admi-

Strona 1 z 1

dze VZP jest winna lekarzom, szpitalom i wszystkim pozostałym dostawcom usług medycznych – wyjaśnia dr Petr Hava, pracownik Uniwersytetu Karola w Pradze. – Paradoksalnie, nie oznacza to, że czeskiej służbie zdrowia brakuje pieniędzy. System jest praktycznie zbilansowany. Sęk w tym, że w czasie, gdy VZP nagromadziła 10 mld koron długów, pozostałe ubezpieczalnie odłożyły na bankowych kontach 8 mld koron – dodaje Hava.

Jak to możliwe? Eksperci twierdzą, że to wina polityków, którzy nie chcą się przyznać, że popełnili błąd, zapominając o konieczności redystrybucji dochodów ubezpieczalni. A teraz powołali parlamentarną komisję śledczą, by szukać winnego. Rzecz w tym, że do 8 pracowniczych ubezpieczalni należą przede wszystkim ludzie w sile wieku, rzadziej chorujący, rzadziej korzystający z opieki zdrowotnej. W VZP jest zaś nieproporcjonalnie więcej emerytów i rencistów. Już w grupie wiekowej od 60 do 64 lat udział VZP w systemie jest wyższy niż wynosi średnia. – *To ta przyczyna zadłużenia, której będzie szukać parlamentarna*

” Pod koniec ubiegłego roku zadłużenie największego czeskiego ubezpieczyciela wyniosło 10 mld koron (1,35 mld zł). To pieniądze, które VZP jest winna lekarzom, szpitalom i wszystkim dostawcom usług medycznych ”

nistracji rządowej), szpitale powiatowe zostały przekazane przez państwo na własność i w zarząd samorządom regionalnym. Były to 82 placówki, dysponujące łącznie 32 tys. łóżek (z ogólnej liczby 203 lecznic z 67 tys. łóżek). Jednocześnie regiony zobowiązano do utrzymywania lecznic co najmniej przez 10 lat. W wypadku, gdyby chciały je sprzedać lub sprywatyzować przed upływem tego czasu, musiałyby bezpłatnie zaoferować je państwu. Ta regulacja została wprawdzie unieważniona przez Sąd Konstytucyjny w Brnie i regiony zaczęły komercjalizować szpitale, ale wywołało to wiele obywatelskich protestów i w efekcie zaniechano dalszych przekształceń.

Błąd w systemie

Tymczasem w opiece zdrowotnej coraz wyraźniej zaczął się ujawniać błąd systemowy, którego konsekwencją było narastanie zadłużenia najważniejszej jego instytucji, czyli ubezpieczalni VZP. Pod koniec ubiegłego roku wyniosło ono 10 mld koron (1,35 mld zł). – *Te pienią-*

komisja. Problem w tym, że przed wyborami politycy nie są skorzy do ujawniania błędów, które sami kiedyś popełnili, stwarzając taki system, w którym wiele firm ubezpieczeniowych może sobie dobrać klientów – uśmiecha się dr Petr Hava, który w czerwcu ubiegłego roku przedłożył rządowi koncepcję uzdrowienia sytuacji w VZP.

Projekt Havy zakłada optymalizację świadczeń, ograniczenie wydatków na leki i środki zdrowotne. Projekt został zaakceptowany przez rząd i miał być realizowany przez ówczesną minister zdrowia. Nowy szef resortu, David Rath, który przejął ministerstwo jesienią, odwołał Havę ze stanowiska dyrektora IZPE i wstrzymał realizację jego projektu.

Tymczasem wybory parlamentarne zbliżają się wielkimi krokami. Odbędą się w pierwszych dniach czerwca. – *Politycy ograniczą się więc do przedwyborczych półśrodków. VZP dostanie zastrzyk w wysokości 2,5 mld koron, by załatać największe dziury, uspokoić środowisko i powstrzymać lekarzy przed zapowiadzanymi na maj protestami – zgaduje dr Petr Hava. ■*