

Odejście od modelu Siemaszki – i co dalej z ochroną zdrowia? Przypadki Rosji, Ukrainy i Łotwy

Ewa Rogoś, Zofia Skrzypczak

Kraje Europy Środkowo-Wschodniej realizowały do końca lat osiemdziesiątych XX wieku jednolity, narodowy model ochrony zdrowia, tzw. model Siemaszki. Po zmianie ustroju politycznego i wprowadzeniu gospodarki rynkowej stało się oczywiste, że ochrona zdrowia we wszystkich państwach byłego obozu socjalistycznego musi dostosować się do przemian. W Europie Środkowej, tj. Czechach, Słowacji, Węgrzech, zdecydowano o odejściu od modelu Siemaszki krótko po transformacji ustrojowej. W Polsce pierwsza zasadnicza reforma służby zdrowia dokonana się w styczniu 1999 roku. Kraje, które dawniej wchodziły w skład Związku Radzieckiego, napotkały na więcej trudności przy próbach odejścia od modelu Siemaszki (nie wszystkie zresztą tę próbę podjęły).

W poniższym materiale przedstawiono – w ogólnym zarysie – aktualnie funkcjonujące systemy ochrony zdrowia w trzech krajach będących częściami byłego ZSRR: Rosji, Ukrainie i Łotwie oraz podstawowe dane makroekonomiczne i wskaźniki, opisujące kondycję systemów ochrony zdrowia w w/w krajach oraz w Polsce (jako kraju stanowiącym punkt odniesienia przy porównaniach).

1. System ochrony zdrowia na Ukrainie, w Rosji i na Łotwie po zmianach ustrojowych

W tej części opracowania przedstawimy proces przemian w służbie zdrowia w Rosji, na Ukrainie i Łotwie. Wybór tych krajów nie jest przypadkowy. Rosja jest krajem, w którym narodziła się koncepcja narodowej ochrony zdrowia, wdrożona po II wojnie światowej w większości krajów wschodnioeuropejskich. Koncepcja ta uległa w Rosji nieznacznym zmianom na początku XXI wieku. Ukraina pozostała przy dotychczasowych rozwiązaniach w ochronie zdrowia, podczas gdy Łotwa zdecydowała się na radykalne reformy. Wszystkie omawiane kraje miały zatem tę samą pozycję wyjściową, funkcjonowały przy podobnych założeniach systemowych i w podobnych realiach ekonomicznych. Dziś, po kilkunastu latach od momentu upadku Związku Radzieckiego i realizacji różnych wariantów opieki medycznej, między analizowanymi krajami obserwuje się znaczące różnice.

Na wstępie scharakteryzujemy bliżej model Siemaszki. Określamy go mianem narodowego i przeciwstawiamy modelowi ubezpieczeniowemu. Założenia filozoficzne tego modelu zostały opracowane przez Siemaszkę w latach trzydziestych XX wieku.

Główne cechy charakterystyczne modelu Siemaszki według Terrisa (Terris 1978: 78–86) można ująć w kilku punktach:

- 1. Powszechna dostępność dla całego społeczeństwa.** Oznacza to, że opieka zdrowotna przysługuje każdemu obywatelowi z racji posiadania obywatelstwa, bez względu na to, czy jest on zatrudniony, czy nie. Prawo do świadczeń zdrowotnych jest zagwarantowane konstytucyjnie.
- 2. Finansowanie opieki medycznej z budżetu państwa.** Rząd, ewentualnie parlament danego kraju, ustala, jakie środki na służbę zdrowia wyasygnuje. Wydatki te nie są powiązane z realnymi potrzebami zdrowotnymi, lecz określone są możliwościami finansowymi kraju.
- 3. Zatrudnianie lekarzy przez państwo.** Oznacza to, że ochrona zdrowia jest państwowa i nie istnieją placówki prywatne. Lekarze, będący w myśl systemu Siemaszki urzędnikami państwowymi, otrzymują uposażenie zależne od stażu pracy, kwalifikacji, zazwyczaj nie powiązane z obciążeniem zadaniami czy liczbą pacjentów. Siatka płac ustalana jest centralnie – na szczeblu ministerstwa. Płace lekarzy, jak również pozostałego personelu medycznego, mogą stanowić przedmiot negocjacji z rządem.
- 4. Pełny zakres całkowicie bezpłatnych usług,** z wyjątkiem niewielu leków, powszechnie dostępnych w aptekach. Oznacza to, że każdy pacjent ma prawo do jednakowych świadczeń, za które nie ponosi, przynajmniej teoretycznie, żadnych finansowych obciążeń. Lekarz decyduje, jakie badania czy procedury powinny być wykonane u danego chorego, przy czym lekarza nie interesuje faktyczna cena danego świadczenia. W praktyce system ten okazał się korupcyjny, ponieważ państwo nigdy nie mogło pokryć w 100% wszystkich potrzeb zdrowotnych, co powodowało, że część chorych nie otrzymywała należnych im świadczeń, podczas gdy inni, usiłując ominąć kolejkę, opłacali dodatkowo lekarzy. Część placówek służby zdrowia wprowadzała zresztą „dobrowolne” opłaty dodatkowe, bez uiszczenia których proces otrzymywania należnego leczenia wydłużał się istotnie. Większość leków była w znacznej mierze refundowana przez państwo. Niektóre grupy zawodowe, na przykład wojskowi, pracownicy służby zdrowia czy kolejarze, mieli prawo do całkowicie bezpłatnych leków.
- 5. Organizacyjna jednorodność całego centralnie zaplanowanego systemu.** We wszystkich krajach realizujących model Siemaszki istniał jednolity system opieki zdrowotnej, z podziałem na rejony, w których funkcjonowała sieć poradni opieki podstawowej, zatrudniających następujących specjalistów: internista, pediatra, chirurg i ginekolog-położnik. Dodatkowo w większości placówek działał gabinet stomatologiczny. Niezależnie od poradni rejonowych istniały poradnie w zakładach pracy i szkołach. W rejonie oprócz poradni podstawowych powoływano jedną poradnię specjalistyczną, zrze-

szającą lekarzy specjalistów rzadszych specjalności, na przykład neurologa, dermatologa, okulistę itd. Gęstość poradni uzależniona była od liczby ludności zamieszkującej dany teren. Na szczeblu centralnym opracowywano wytyczne odnośnie ilości przewidzianych poradni. Ośrodkiem referencyjnym dla danego rejonu był szpital rejonowy, dokąd kierowano chorych kwalifikujących się do hospitalizacji. Podobnie jak w przypadku przychodni, liczba szpitali nie wynikała z faktycznych potrzeb zdrowotnych, lecz z podziału terytorialnego kraju oraz liczby ludności. Należy nadmienić, że mimo rozbudowanej sprawozdawczości nie analizowano, jakie oddziały szpitalne są nadmiernie obłożone, a jakie mają zbyt małe wykorzystanie łóżek, ponieważ struktura szpitali była jednolita w całym kraju i ustalana centralnie.

6. Uczestnictwo społeczeństwa w działaniach na rzecz ochrony zdrowia.

Założenie to stanowiło próbę zwiększenia świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Na przykład, w szkołach nauczyciele byli zobowiązani do wdrażania akcji mających na celu walkę z próchnicą. W zakładach pracy organizowano pogadanki dotyczące działań prozdrowotnych, na przykład żywienia niemowląt i małych dzieci.

7. Znacząca rola działań profilaktycznych w całym społeczeństwie.

W placówkach służby zdrowia, z włączeniem aptek, organizowano kampanie na rzecz np. zapobiegania chorobom wenerycznym czy walki z alkoholizmem. W zakładach pracy instruktorzy BHP pouczali, jak uniknąć wypadków przy pracy. Państwo wspierało organizacje mające na celu walkę z patologiami społecznymi, takimi jak alkoholizm, nikotynizm czy narkomania.

Należy dodać, że – zgodnie z modelem Siemaszki – rola państwa w zakresie ochrony zdrowia obywateli nie ogranicza się do wyżej wymienionych elementów. W myśl ustawy zasadniczej państwo bierze na siebie szereg dodatkowych zobowiązań, jak wdrażanie programów mających na celu pośrednie podnoszenie zdrowotności obywateli, na przykład zapewnienie przestrzegania norm sanitarnych w zakresie żywienia, zaopatrzenia w wodę pitną, składowania odpadów radioaktywnych oraz substancji trujących. Na szczeblu struktur państwowych odbywa się zwalczanie niektórych chorób zakaźnych poprzez ustalanie obowiązkowego kalendarza szczepień, wdrożenia badań okresowych, kwarantanny wobec podejrzanych o chorobę zakaźną itd. Dodatkowo państwo ma wspierać rozwój nauk medycznych w ramach programów badawczych państwowych placówek naukowych, w tym akademii medycznych.

Funkcjonowanie modelu Siemaszki przeanalizujemy na przykładzie **Ukrainy** – jednego z nielicznych państw, gdzie zdecydowano się na pozostawienie narodowej służby zdrowia (Dziubińska-Michalewicz 2005a).

Ustawę o opiece zdrowotnej uchwalono w listopadzie 1992 r. Sformułowano wówczas założenia, którymi ma się kierować ukraińska ochrona zdrowia. Przedstawiają się one następująco:

– każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, pomocy medycznej i ubezpieczenia medycznego,

- państwo zapewnia ochronę zdrowia poprzez finansowanie odpowiednich programów socjalno-ekonomicznych, medyczno-sanitarnych i profilaktycznych,
- państwo tworzy warunki dla efektywnej i dostępnej dla wszystkich obywateli obsługi medycznej,
- w państwowych i komunalnych ośrodkach zdrowia pomoc medyczna jest bezpłatna,
- istniejąca sieć zakładów nie może się zmniejszyć, a państwo sprzyja rozwojowi jednostek medycznych i różnych form ich własności.

System ochrony zdrowia na Ukrainie ma trójszczeblową strukturę organizacyjną. Wyróżnia się szczebel centralny, obwodowy oraz gminny. Mimo istnienia trzech szczebli system opieki zdrowotnej jest bardzo scentralizowany, gdyż Ministerstwo Zdrowia zachowało szerokie uprawnienia. Należą do nich:

- wdrażanie polityki państwa w ochronie zdrowia,
- bezpośrednie administrowanie jednostkami organizacyjnymi opieki zdrowotnej – szpitalami, sanatoriami, uczelniami medycznymi, placówkami sanepidu, jak również instytutami badawczymi,
- działania na rzecz poprawy zdrowia ludności, w tym: profilaktyka i promocja zdrowia,
- poprawa stanu sanitarno-epidemiologicznego kraju.
- współpraca z szeregiem instytucji, na przykład Ukraińskim Instytutem Zdrowia Publicznego.

Każdy szczebel pośredni (obwód) ma na swoim terenie organ reprezentujący Ministerstwo Zdrowia – Główny Zarząd Opieki Zdrowotnej, stację sanepid oraz centrum radiologiczne.

Administracja samorządowa ma za zadanie jedynie zapewnić opiekę zdrowotną w szkołach oraz zarządzać istniejącymi jednostkami opieki zdrowotnej w ramach wytycznych Ministerstwa Zdrowia.

Finansowanie ochrony zdrowia na Ukrainie odbywa się głównie z budżetu centralnego. Budżet dzieli się na dwie zasadnicze części – centralną (rządową) oraz przeznaczoną dla szczebla lokalnego. Budżet centralny pochłania około 15% środków i przeznaczony jest na:

- programy zapobiegawcze i promujące zdrowy styl życia,
- badania stosowane,
- utrzymywanie Ukraińskiej Akademii Nauk,
- usuwanie skutków awarii w Czernobylu (pozycja ta jest aktualna do dnia dzisiejszego).

Budżet dla szczebla lokalnego dzielony jest na szczeblu centralnym na obwody, bez uwzględnienia faktycznych potrzeb zdrowotnych.

System opieki zdrowotnej działał i nadal działa na Ukrainie w oparciu o nadmiernie rozbudowaną bazę szpitalną, przy niewielkim znaczeniu podstawowej, rejonowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo istnieje kilka równoległych branżowych systemów opieki medycznej, a całość służby zdrowia jest mało efektywna, stosunkowo droga i obciążona przerostami kadrowymi. Jednakże obserwuje się próby wprowadzenia instytucji lekarza pierwszego kontaktu, mającej na celu

kontrolę dostępu do specjalistów, badań diagnostycznych, a także hospitalizacji. Z uwagi na niedofinansowanie ochrony zdrowia większość świadczeń medycznych nie jest bezpłatna. Chorzy, nawet jeśli nie muszą płacić za usługę medyczną, są zobowiązani do płacenia za materiały opatrunkowe, leki, wyżywienie w szpitalach czy też pranie pościeli.

Rosja, podobnie jak Ukraina, realizowała w przeszłości model Siemaszki. Jednakże w Rosji nawet przed rozpadem Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich istniały zaczątki prywatnych placówek służby zdrowia. Jako przykład można podać klinikę okulistyczną prof. Fiodorowa, zajmującą się operacyjnym leczeniem wad refrakcji, czy też klinikę ortopedyczną prof. Elizarowa, w której to placówce opracowano metodę chirurgicznego wydłużania kończyn dolnych.

W Rosji konstytucyjne założenia modelu Siemaszki, w postaci zobowiązania się państwa do zapewnienia opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom, przetrwały do dnia dzisiejszego, a artykuł 41 konstytucji RF określa rolę państwa w umacnianiu zdrowia obywateli. Założenia te okazały się nie do zrealizowania przy centralnym systemie finansowania i z tego powodu w 1993 roku weszła w życie ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych. Dzieli ona ubezpieczenia na obowiązkowe, gwarantujące minimum usług i dodatkowe, dobrowolne, gwarantujące wyższy standard usług w przypadku zachorowania. Ubezpieczenia dobrowolne stanowią składkę pobieraną od dochodów osobistych, zwalnianą od podatku. Ustawa nie precyzuje, co obejmuje wyższy standard usług, ani też nie określa koszyka usług podstawowych (WHO 2004).

Omawiana ustawa z 2 kwietnia 1993 wyrażała zgodę na działalność prywatnych firm ubezpieczeniowych. Niezależnie od zmiany zasadniczej koncepcji finansowania i dopuszczenia możliwości zobowiązania pacjentów do współpłacenia za niektóre usługi, nawet w państwowej służbie zdrowia, stan finansów rosyjskiej służby zdrowia systematycznie się pogarszał. Otwarto możliwość prowadzenia prywatnych placówek medycznych, często z udziałem kapitału zagranicznego, które nie odciążały instytucji państwowych w stopniu znaczącym, gdyż w praktyce ograniczały swoją działalność do wielkich miast i do najbogatszej, często też lepiej wykształconej grupy społeczeństwa. Szczególnie silny rozwój nastąpił w sektorze stomatologicznym, który dotychczas był bardzo zaniedbany.

Wobec piętrzących się trudności w sierpniu 2005 roku minister zdrowia M. Zurabov, wobec, jak to sam określił, fatalnej kondycji finansowej rosyjskiej służby zdrowia, zdecydował, że bezpłatna będzie jedynie pomoc w nagłych wypadkach. Zdaniem M. Zurabova, w rosyjskiej ochronie zdrowia, stanowiącej hybrydę systemu Siemaszki i modelu ubezpieczeniowego, dwa czynniki mają zasadniczy wpływ na niski poziom usług medycznych. Po pierwsze, niedostateczne finansowanie, którego skutki pogłębione są przez fakt, że większość środków pobierana jest w dużych miastach i tam jest użytkowana, a zatem nie ma powiązania między potrzebami zdrowotnymi a wielkością środków finansowych. Po drugie, problem stanowi niska jakość kadr medycznych. Około 50%

lekarzy po ukończeniu studiów nie uzupełniało swojej wiedzy fachowej. Średni wiek specjalisty wynosi 52 lata, co jest nie bez znaczenia przy wcześniejszym niż w krajach zachodnich przechodzeniu na emeryturę. Oznacza to, że lekarz pracuje jako specjalista jedynie kilka lat, gdyż tworzone są sztuczne bariery przy uzyskiwaniu specjalizacji. Połowa lekarzy kierowanych do większych miast na staż szkoleniowy, nigdy nie wraca do pierwotnego miejsca zatrudnienia. Patologii tych nie zredukują się w ramach centralnego zarządzania.

Łotwa również odziedziczyła po ZSRR system opieki zdrowotnej oparty na modelu Siemaszki. Kraj ten, jako jedyny z analizowanych, zdecydował się na przeprowadzenie głębokich reform już w 1991 roku (Dziubińska-Michalewicz 2005b). Łotwa miała wprowadzić doświadczenia w zakresie modelu ubezpieczeniowego, funkcjonującego po I wojnie światowej.

Proces reform rozpoczął się jeszcze za czasów ZSRR, w 1988 roku, proklamowaniem Stowarzyszenia Lekarzy Łotewskich. Instytucja ta, usiłująca odbudować prestiż i autonomię lekarzy, wyznaczyła zasadnicze kierunki przemian w łotewskiej opiece zdrowotnej. Przy realizacji przemian skorzystano z funduszy pomocowych Banku Światowego oraz wytycznych WHO. Główne założenia reformy obejmowały:

- wprowadzenie trzech poziomów referencyjności – podstawowego, drugiego i trzeciego,
- zwiększenie roli podstawowej opieki zdrowotnej, opierającej się na praktyce lekarza rodzinnego.

Sformułowano zasadnicze zadania lekarza rodzinnego, do których należą:

- opieka nad dziećmi, dorosłymi i osobami w wieku podeszłym,
- małe zabiegi chirurgiczne, możliwe do wykonania w trybie ambulatoryjnym (na przykład nacięcie ropnia),
- opieka nad ciężarną i kobietą w połogu, w środowisku domowym,
- pomoc w nagłych przypadkach,
- profilaktyka, w tym szczepienia ochronne,
- opieka 24-godzinna.

Pacjenci mają zapewniony wolny wybór lekarza z możliwością zmiany raz na 6 miesięcy. Większość obywateli Łotwy dokonała wyboru lekarza rodzinnego, co było powiązane z rejestracją w Narodowej Agencji Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Obecnie kładzie się nacisk na ujednoczenie praktyk lekarskich, co spotyka się z pewną niechęcią ze strony lekarzy, obawiających się samozatrudnienia, podejmowania działań menedżerskich, zatrudniania personelu pomocniczego itd.

W ślad za reformą placówek lecznictwa otwartego poszła reforma szpitalnictwa. Na Łotwie funkcjonują obecnie trzy rodzaje szpitali: podlegające Ministerstwu Zdrowia, miejskie i prywatne. Ograniczono liczbę placówek, jak również łóżek szpitalnych.

Finansowanie opieki zdrowotnej opiera się na środkach pochodzących ze składek opłacanych przez obywateli od dochodów osobistych, na subsydiach rządowych, a także opłatach bezpośrednich od pacjentów. Wysokość opłat bez-

pośrednich jest jednolita w całym kraju i ustalona w oparciu o analizę kosztów. Część zabiegów, na przykład leczenie stomatologiczne u osób powyżej 18 roku życia, aborcja, zmiana płci, zabiegi kosmetyczne, leczenie homeopatyczne i medycyna alternatywna, nie jest objęta ubezpieczeniem, co oznacza, że pacjent musi zapłacić 100% ceny zabiegu.

Jak wynika z powyższego opisu, Łotwa wdrożyła kompleksowy system opieki zdrowotnej, oparty na ubezpieczeniach, Rosja zaimplementowała rozwiązania częściowe, a Ukraina pozostała przy modelu narodowym Siemaszki.

2. Analiza wybranych wskaźników opisujących stan systemu ochrony zdrowia

Zanim przedstawimy wskaźniki opisujące kondycje systemów ochrony zdrowia na Łotwie, w Rosji i na Ukrainie, przytoczymy podstawowe wielkości makroekonomiczne, służące m.in. do oceny sytuacji gospodarczej krajów, poziomu życia ludności.

Aby łatwiej było polskiemu czytelnikowi ocenić stan gospodarek i systemów ochrony zdrowia w opisywanych trzech krajach – byłych republikach ZSRR, przytoczono również stosowne wielkości dotyczące Polski.

	PKB na 1 mieszkańca, w USD		PKB na 1 mieszkańca, w USD, wg PPP		
	1995	2003	1995	2000	2003
Łotwa	1 768	4 453	3 370	7 070	10 210
Rosja	2 115	3 026	4 490	8 010	8 950
Ukraina	718	975	2 400	3 700	5 430
Polska	3 605	5 486	7 742	10 293	11 524

Tab. 1. PKB na 1 mieszkańca w USD i w USD wg parytetu siły nabywczej (PPP) w latach 1995–2003. Źródło: Rocznik Statystyczny RP 2005.

Jak wynika z analizy danych zawartych w tab. 1., były republiki ZSRR dzieli od Polski znaczny ekonomiczny dystans. Różnice są większe w poziomie PKB per capita (wyrażonym w USD), bez uwzględnienia parytetu siły nabywczej.

Jeśli uwzględnimy parytet siły nabywczej (PPP), widzimy, iż dystans dzielący Polskę i Łotwę zmniejszył się (o ile w roku 1995 PKB per capita Polski był ponad dwukrotnie wyższy od PKB Łotwy, to w roku 2003 PKB Polski przewyższał PKB Łotwy tylko o ok. 15%). Kondycja finansowa gospodarek znajduje niewątpliwie przełożenie na kondycję finansową poszczególnych jej sektorów, a zatem również na kondycję finansową ochrony zdrowia.

W tab. 2. przedstawiono relację wydatków na ochronę zdrowia do PKB w latach 1999–2004 w porównywanych krajach.

Kraje \ Lata	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Łotwa	6,4	6,0	6,2	6,3	6,4	6,4
Rosja	5,6	5,8	5,7	5,9	5,6	5,3
Ukraina	5,5	5,0	5,1	5,4	5,7	5,8
Polska	5,9	5,7	6,0	6,6	6,5	6,4

Tab. 2. Wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB w latach 1999–2004. Źródło: www.who.int/nha/country (dostęp 15.04.2006).

Z danych zawartych w tab. 2. wynika, że we wszystkich analizowanych państwach nakłady na opiekę zdrowotną oscylowały w granicach 5,0–6,6% PKB. Na Łotwie i w Polsce relacja wydatków na ochronę zdrowia do PKB stabilizowała się w analizowanym okresie na poziomie ok. 6,0% (z tendencją wzrostową, w latach 2002–2004 wskaźnik ten osiągnął poziom prawie 6,5%). W Rosji i na Ukrainie wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB mieściły się w analizowanym okresie w przedziale 5,0–5,9% (wykazując w ostatnich 3 latach w Rosji tendencję spadkową, a na Ukrainie – wzrostową). Należy zaznaczyć, iż Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca, aby nakłady na ochronę zdrowia w żadnym państwie nie spadały poniżej 5% PKB.

W tab. 3. przedstawiono poziom wydatków na ochronę zdrowia w porównywanych krajach w latach 1999–2004.

Kraje	Wydatki na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca											
	w USD						w USD, wg PPP					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Łotwa	193	195	216	248	301	372	464	477	549	611	678	751
Rosja	74	102	119	141	167	212	385	449	476	534	551	571
Ukraina	35	32	40	47	60	80	197	194	224	255	306	361
Polska	249	246	292	328	354	395	564	587	646	732	745	810

Tab. 3. Wydatki na ochronę zdrowia przypadające na 1 mieszkańca w latach 1999–2004 (w USD i w USD wg PPP). Źródło: www.who.int/nha/country/ (dostęp 15.04.2006).

Spośród analizowanych krajów najwyższy poziom wydatków na ochronę zdrowia miał miejsce w Polsce i na Łotwie – w kolejnych latach różnice między tymi krajami coraz bardziej się zacieśniały, wydatki ponoszone na Łotwie są coraz bliższe wydatkom ponoszonym w Polsce (zarówno bez uwzględnienia, jak i przy uwzględnieniu parytetu siły nabywczej pieniądza). Najniższe wydatki na ochronę ponoszono na Ukrainie: od 35 do 80 USD i od 197 do 361 USD, wg PPP.

W dalszej części opracowania przedstawione zostaną podstawowe wskaźniki opisujące warunki opieki zdrowotnej w wybranych krajach.

Rozpocniemy od porównania liczby mieszkańców przypadających na 1 pracownika sektora ochrony zdrowia (tab. 4.).

Kraj	Liczba mieszkańców przypadających na:			
	1 lekarza	1 stomatologa	1 farmaceutę	1 pielęgniarkę
Łotwa (2001)	377	1908	1628	247
Rosja (1998)	238	3097	16082	91
Ukraina (1998)	334	2575	2150	136
Polska (1995)	432	2167	1984	182

Tab. 4. Liczba mieszkańców przypadających na 1 pracownika służby zdrowia. Źródło: Rocznik Statystyczny RP 2004.

Jak można zauważyć, Rosja ma zdecydowanie najniższą liczbę mieszkańców przypadających na 1 lekarza i 1 pielęgniarkę. Ilość lekarzy i pielęgniarek w odniesieniu do liczby mieszkańców jest w tym kraju wyższa niż na Ukrainie i Łotwie, znacznie wyższa niż w Polsce. Polska nie może jednak stanowić w tym względzie dobrego układu odniesienia, ponieważ np. liczba lekarzy przypadających na 1 mieszkańca jest w naszym kraju niższa niż w większości krajów rozwiniętych. Dla porównania w strefie euro średnia liczba mieszkańców przypadających na 1 lekarza wynosi 286.

Sytuacja przedstawia się odmiennie w przypadku lekarzy stomatologów. Dane dla Łotwy i Polski są znacznie korzystniejsze niż dla Ukrainy i Rosji. Wynika to zapewne z faktu, że w Polsce opieka stomatologiczna była w znacznej mierze sprywatyzowana już przed 1989 rokiem, a więc bardziej dochodowa dla pracowników placówek stomatologicznych.

Najkorzystniejsze proporcje w relacji między liczbą farmaceutów a liczbą mieszkańców występują w Polsce. Jest to niewątpliwie konsekwencją faktu, iż po 1989 roku nastąpił w Polsce gwałtowny wzrost zainteresowania farmacją jako kierunkiem studiów na akademiach medycznych w związku z możliwością otwarcia prywatnych aptek.

Wyjątkowo niekorzystnie przedstawia się sytuacja w Rosji. Liczba mieszkańców przypadających na 1 farmaceutę jest tam prawie 10-krotnie wyższa niż na Łotwie i 8-krotnie wyższa niż w Polsce.

Następne przytaczane wielkości liczbowe wiążą ze stacjonarną opieką medyczną w poszczególnych krajach. W tabeli 5 przedstawiono liczbę łóżek szpitalnych, przypadających na 10 000 mieszkańców, a w tabeli 6 – średni czas pobytu w szpitalu (wyrażony w dniach).

W roku 1995 widać wyraźną różnicę między liczbą łóżek szpitalnych, przypadających na 10 000 mieszkańców w Polsce i pozostałych analizowanych krajach – jest to konsekwencja znacznej rozbudowy stacjonarnej opieki medycznej w krajach byłego ZSRR (wynikającej z przesłanek systemowych), przy niedorozwoju ambulatoryjnej opieki medycznej.

Kraj	Lata		
	1995	2002	2004
Łotwa	110	(2001) 52	52
Rosja	119	(1998) 119	108
Ukraina	130	(1997) 99	87
Polska	55	49	49

Tab. 5. Liczba łóżek szpitalnych na 10 000 mieszkańców w latach 1995–2004. Źródło: Rocznik Statystyczny RP, 2004.

Następne lata przyniosły ponad 50% spadek wskaźnika dla Łotwy, ponad 30% spadek – dla Ukrainy, przy nieomalże stabilizacji liczby łóżek szpitalnych na 10 000 mieszkańców w Rosji.

W krajach byłego ZSRR widoczna jest wyraźna korelacja liczby łóżek szpitalnych z modelem ochrony zdrowia – tam, gdzie wprowadzono model ubezpieczeniowy, kładący nacisk na podstawową opiekę zdrowotną (Łotwa i – w pewnym stopniu – Ukraina), liczba łóżek szpitalnych na 10 000 mieszkańców uległa wyraźnemu zmniejszeniu. W Rosji – pozostała na prawie niezmiennym poziomie.

Kolejnym parametrem, opisującym stan i efektywność systemu ochrony zdrowia, odnoszącym się także do lecznictwa zamkniętego (stacjonarnej opieki medycznej), jest przeciętny czas trwania hospitalizacji pacjenta (tab. 6.).

Kraj	Lata	
	1995	2002
Łotwa	14	11
Rosja	17	(1998) 14
Ukraina	b.d.	b.d.
Polska	11	8

Tab. 6. Średni czas pobytu w szpitalu (w dniach) w okresie 1995–2002. Źródło: Rocznik Statystyczny RP, 2004.

Jak wynika z tabeli 6., skracanie czasu hospitalizacji obserwuje się we wszystkich krajach, niezależnie od przyjętego modelu służby zdrowia. Wynika ono nie tylko z dążenia do oszczędności (lecznictwo zamknięte jest bowiem wielokrotnie droższe niż ambulatoryjne), lecz przede wszystkim z zastosowania nowszych, bardziej skutecznych metod leczenia, nie wymagających długiej hospitalizacji.

W dalszej części opracowania spróbujemy ustalić, czy poziom nakładów na ochronę zdrowia jest skorelowany ze stanem zdrowotnym społeczeństwa. W tym celu posłużymy się dwoma zasadniczymi parametrami, jakimi są:

- dalsza przewidywana długość życia osoby urodzonej w 2002 roku (tab. 7.),
- śmiertelność noworodków (tab. 8.).

Pierwszy wskaźnik w mniejszym stopniu zależy od jakości świadczonej opieki medycznej, gdyż jego poziom determinuje szereg czynników społecznych (o czym będzie mowa w dalszej części pracy). Natomiast śmiertelność noworodków jest uważana przez ekspertów WHO za dobre kryterium oceny jakości świadczonych usług medycznych.

Kraj	Mężczyzna	Kobieta
Łotwa	64,8	76,0
Rosja (2001)	59,0	72,3
Ukraina (2000)	62,6	73,3
Polska	70,4	78,8

Tab. 7. Przewidywana dalsza długość życia dla osoby urodzonej w 2002 roku (w zależności od płci). Źródło: Rocznik Statystyczny RP, 2004.

Widać wyraźną korelację między nakładami na służbę zdrowia oraz wielkością PKB a przeciętną dalszą długością życia społeczeństwa.

Światowa Organizacja Zdrowia używa jako jednej z metod pomiaru wyników działań na rzecz poprawy zdrowia tzw. wskaźnika rozwoju społecznego (Human Development Index – HDI), do obliczenia którego wykorzystuje się następujące elementy składowe: :

- PKB na 1 mieszkańca,
- przeciętne dalsze trwanie życia,
- ogólny wskaźnik skolaryzacji,
- wskaźnik umiejętności czytania i pisania.

Analizowane dane z poszczególnych krajów różnią się między sobą przede wszystkim poziomami dwóch pierwszych wskaźników. Dwa ostatnie, odzwierciedlające osiągnięcia edukacyjne, są dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej zbliżone. Stąd wniosek, że przeciętne trwanie życia jest silnie skorelowane z możliwością społeczeństwa, będącą wynikiem poziomu rozwoju gospodarczego kraju.

Przyjrzyjmy się drugiemu wskaźnikowi opisującemu kondycję zdrowotną społeczeństwa – zgonom noworodków na 1 000 żywych urodzeń w okresie 1995–2002 (tab. 8.).

Kraj	Lata			Rok 2003 Przyrost naturalny (w promilach)
	1995	2000	2003	
Łotwa	18,8	10,4	9,4	-4,9
Rosja	18,1	15,2	12,3	-6,1
Ukraina	14,7	12,0	9,5	-7,5
Polska	13,6	8,1	7,0	-0,4

Tab. 8. Zgony noworodków na 1 000 żywych urodzeń w latach 1995–2003. Źródło: Rocznik Statystyczny RP 2005.

W krajach będących przedmiotem rozważań można zauważyć pewne wspólne trendy:

- ujemny przyrost naturalny (w roku 2003),
- zmniejszanie się odsetka zgonów noworodków.

Ale na tych wspólnych trendach podobieństwa między porównywanymi krajami się kończą.

W Polsce i na Łotwie udało się zredukować śmiertelność noworodków w ciągu niespełna 10 lat o połowę. W Rosji śmiertelność noworodków – chociaż uległa wyraźnemu zmniejszeniu – jest nadal prawie dwukrotnie wyższa niż w Polsce i o 30% wyższa niż na Łotwie i na Ukrainie. Dane dotyczące Ukrainy są również niezbyt korzystne. O ile w 1995 roku dane dotyczące śmiertelności niemowląt były tylko nieco gorsze niż w Polsce, to w roku 2002 różnica ta pogłębiła się, chociaż należy zwrócić uwagę na znaczną poprawę analizowanego wskaźnika w latach 2000–2003.

Dla porównania, w krajach Europy Zachodniej średnia śmiertelność noworodków wynosi około 4 na 1 000 żywych urodzeń, czyli prawie czterokrotnie mniej niż w Rosji i prawie trzykrotnie mniej niż na Ukrainie.

Innymi parametrami używanymi do oceny kondycji zdrowotnej społeczeństwa są zgony według przyczyn oraz częstość występowania chorób zakaźnych (w krajach rozwiniętych – przede wszystkim gruźlicy i AIDS). I w tym zakresie również dane dotyczące Polski i Łotwy są o wiele korzystniejsze, aniżeli te dotyczące Rosji i Ukrainy (WHO 2005).

W Rosji choroby układu sercowo-naczyniowego są jedną z ważniejszych przyczyn zastraszająco krótkiego przeciętnego trwania życia mężczyzn. Każdego roku w Rosji rozpoznaje się ok. 450 tysięcy zawałów mięśnia serca, z których aż 50% kończy się śmiercią. W 2004 roku o 80% wzrosła liczba chorych na serce Rosjan w wieku od 25–30 lat. Umieralność z powodu chorób układu krążenia jest zresztą w każdym z krajów byłego ZSRR około czterokrotnie wyższa niż w krajach UE. Sytuacja na Ukrainie jest jeszcze gorsza – wskaźnik zachorowań na choroby układu krążenia jest najwyższy w Europie i ponad dwukrotnie wyższy od występującego w Polsce.

Około 3% ludności Rosji stanowią narkomani, z których aż 60% zarażonych jest wirusem HIV. Odsetek populacji zarażonej wirusem HIV w Rosji wynosi według oficjalnych danych około 0,5%, a według szacunków WHO – około 2%. Coraz częściej do zakażenia wirusem dochodzi w wyniku kontaktów seksualnych, a rozprzestrzenienie prostytucji, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, pogarsza sytuację epidemiologiczną. Szacuje się, że na Ukrainie odsetek zakażonych HIV jest jeszcze większy, najwyższy w Europie, lecz, podobnie jak w Rosji, brak wiarygodnych oficjalnych statystyk. Dla porównania w Polsce odsetek osób HIV dodatnich wynosi około 0,07%. Wzrost liczby osób HIV dodatnich dramatycznie zwiększa ilość rozpoznań gruźlicy. Dla Rosji i Ukrainy liczba zachorowań na gruźlicę przewyższa średnią europejską dziesięciokrotnie.

W Rosji liczba zachorowań na kiłę, i tak kilkakrotnie wyższa aniżeli w krajach Unii Europejskiej, wzrosła od 1989 roku sześćdziesięciokrotnie, a liczba

przypadków kiły wrodzonej, praktycznie nie występującej w krajach rozwiniętych, wzrosła dziesięciokrotnie.

Dodatkowo na krótkie przeciętne trwanie życia mieszkańca Rosji duży wpływ ma wysoki odsetek zgonów gwałtownych i nagłych, tj. wywołanych przyczynami zewnętrznymi. Od czasu upadku ZSRR odsetek zgonów wywołanych przyczynami zewnętrznymi podwoił się w Rosji i na Ukrainie. Składają się na nie zatrucia, głównie alkoholem etylowym, wypadki drogowe, utonięcia, a także zabójstwa, których odsetek na 10 000 mieszkańców jest w Rosji ponad dwudziestokrotnie wyższy niż w krajach Europy Zachodniej. Smutnej statystyki dopełniają samobójstwa, kwalifikowane osobno, których liczba w Rosji i na Ukrainie podwoiła się w pierwszej dekadzie lat dziewięćdziesiątych. Dla kobiet wskaźnik samobójstw jest ponad pięciokrotnie niższy niż dla mężczyzn.

Łotwa i Polska nieznacznie tylko odbiegają od średniej europejskiej w zakresie analizowanych parametrów. Kraje, które zdecydowały się na radykalną reformę ochrony zdrowia, odnotowują istotnie lepsze wskaźniki zdrowia obywateli aniżeli te, w których reform zaniechano bądź też wprowadzono je w sposób chaotyczny, nieprzemyślany, z zachowaniem elementów systemu Siemaszki.

Znaczących różnic pomiędzy Rosją i Ukrainą, a z drugiej strony Łotwą i Polską nie można tłumaczyć jedynie jakością i dostępnością świadczonych usług medycznych. Ocenia się, że stan zdrowia społeczeństwa zależy w 10–15% od medycyny. Pozostałych 85–90% stanowią uwarunkowania niemedyczne, w tym czynniki społeczne, poziom edukacyjny, świadomość zdrowotna społeczeństwa, styl życia (otyłość, palenie tytoniu, spożycie alkoholu, narkomania), częstota przemocy w rodzinie i poza nią, patologie społeczne, na przykład prostytutka, środowisko – bezpieczne dla zdrowia lub też nie, co wyraża się nie tylko stopniem zanieczyszczenia, ale przede wszystkim warunkami ekonomicznymi, w tym mieszkaniowymi. Sukces Łotwy i Polski jest zatem efektem nie tylko reformy opieki zdrowotnej w sensie reorganizacji modelu służby zdrowia, ale też efektem wdrożenia na szeroką skalę akcji uświadamiających, adresowanych do ludności oraz rozszerzenia polityki zdrowotnej na dziedziny pozornie z nią niezwiązane.

Informacje o autorkach

Lek. med. Ewa Rogoś – Eli Lilly Polska. E-mail: rogos_ewa@lilly.com.

Dr Zofia Skrzypczak – Wydział Zarządzania UW.

E-mail: skrzypczak@mail.wz.uw.edu.pl.

Bibliografia

- CIA – The World Factbook (www.cia.gov/publications/factbook).
- Dziubińska-Michalewicz, M. 2005a. *Ukraiński system ochrony zdrowia*, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych, Informacja nr 1131, marzec 2005.
- Dziubińska-Michalewicz, M. 2005b. *Łotewski system ochrony zdrowia*, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych, Informacja nr 1134, kwiecień 2005.
- Getzen, T.E. 2000. *Ekonomika zdrowia – teoria i praktyka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- GUS. 2004 i 2005. *Rocznik Statystyczny RP*.
- Karski, J.B. 2003. *Praktyka i teoria promocji zdrowia – wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo CeDeWu.
- Kautsch, M., Whitfield, M. i J. Klich. 2001. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Terris, M. 1978. The three world systems of medical care: trends and prospects. *World Health Forum*, nr 1.
- The World Health Report 2005, statistical annex (www.who.int).
- WHO. 2004. *Highlights on Russia*.
- WHO. 2005. *CISID – Computerized System for Infectious Diseases*.
www.statistica.ru
www.remedium.ru
www.rusmedserv.com
www.minfin.ru
www.minzdrav.ru
www.pharmvestnik.ru
www.mednovosti.ru
www.rg.ru/tema/obshestvo.zdorovie/index.html
www.who.int/nha/country