

Stanowisko NRI
[Signature]

Stanowisko

Stowarzyszenia Obrony Praw Ubezpieczonych dotyczące problemów występujących w ochronie zdrowia

Adresaci :

~~Pan Kazimierz Marcinkiewicz
Prezes Rady Ministrów~~

~~Pani Zyta Gilowska
Wiceprezes Rady Ministrów-
Minister Finansów~~

~~Pan Zbigniew Religa
Minister Zdrowia~~

Kopia

Stowarzyszenie Obrony Praw Ubezpieczonych pragnie po raz kolejny oświadczyć, że z pełnym zrozumieniem oraz z aprobatą odnosi się do opinii i postulatów zarówno pacjentów, jak również pracowników służby zdrowia, a w tym szczególnie lekarzy i pielęgniarek, wyrażających słusznie zaniepokojenie nadal trudną, a nawet pogarszającą się sytuacją finansową publicznej opieki zdrowotnej. Wpływa ona negatywnie na dostępność i jakość usług medycznych, a także na poziom wynagrodzeń pracowników służby zdrowia, które od wielu lat są żenująco niskie.

Zagraża to bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów i może być przyczyną trudnych dziś do przewidzenia wielu, negatywnych skutków społecznych, które w dłuższym horyzoncie czasu mogą nastąpić, jeżeli obecny stan rzeczy, jaki ma miejsce w ochronie zdrowia miałby się utrwalić. Nie chcielibyśmy, aby doszło do jeszcze większego kryzysu i dalszej destabilizacji tej ważnej dziedziny życia społecznego.

Jako Stowarzyszenie statutowo zainteresowane funkcjonowaniem ubezpieczeń zdrowotnych oraz ochroną praw ubezpieczonych pacjentów, od 1999 roku wielokrotnie zwracaliśmy uwagę na konieczność naprawy opieki zdrowotnej, kierując w tym względzie szereg wniosków i postulatów pod adresem władz naszego państwa oraz instytucji finansujących i zarządzających opieką zdrowotną. Z ubolewaniem trzeba stwierdzić, że niestety raczej z niewielkimi rezultatami... Podniesiono jedynie wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, obciążając tą podwyżką dochody osobiste ubezpieczonych. Niewielki wpływ na polepszenie sytuacji w służbie zdrowia miały też kolejne i bardzo liczne nowelizacje ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Zrozumiała jest więc powszechnie znana i okresowo nasilająca się krytyka pacjentów, skarżących się na ograniczenia w dostępie do leczenia, a w szczególności do badań diagnostycznych i rehabilitacji oraz do leków, które w skutek prowadzonej polityki lekowej, są w Polsce dużo droższe niż w wielu krajach europejskich (70% ceny detalicznej leku pokrywa pacjent, a tylko 30% jest refundowana).

Coraz głośniejsze i stanowczo rozlegające się również w pełni uzasadnione żądania personelu medycznego, dopominającego się słusznie zwiększenia nakładów finansowych i inwestycyjnych na publiczną opiekę zdrowotną oraz znaczącego i odczuwalnego

podwyższenia niskich i nieadekwatnych do kwalifikacji zawodowych i wykonywanej pracy wynagrodzeń.

Trudności jakie od lat przeżywa polska służba zdrowia i jej pacjenci mają swoje przyczyny przede wszystkim w wieloletnim i narastającym jej niedofinansowaniu. Jej koszty i wydatki rosną szybciej od nakładów przeznaczonych na ich finansowanie.

Pacjenci są coraz bardziej obciążani tymi kosztami. Ma to również decydujący wpływ na wysokie zadłużenie większości szpitali.

Potwierdzają to, nie tylko negatywne odczucia społeczne, ale również dane statystyczne publikowane przez G.U.S, a także merytoryczna ocena sytuacji i potrzeb polskiej służby zdrowia, którą przedstawiono w opracowaniu Ministerstwa Zdrowia z grudnia 2004 roku pt.: „Raport-finansowanie ochrony zdrowia w Polsce- Zielona Księga”. Jest on z pewnością dostępny i znany wszystkim zainteresowanym.

Naszym zdaniem warto, aby zgromadzona w tym Raporcie wiedza i wnioski były spożytkowane w procesie dalszego doskonalenia tak ważnej dziedziny polityki społecznej, jaką jest ochrona zdrowia obywateli.

Niedofinansowanie służby zdrowia wystąpiło wyraźnie już w okresie P.R.L, a szczególnie w latach 1980-1989, a jeszcze bardziej pogłębiło się w III RP w latach 1990-2005.

Znajduje to wyraz w niewspółmiernych do kosztów nakładach finansowych i wymuszaniu na pacjentach różnego rodzaju opłat i dopłat, które pokrywane są z jego kieszeni. Doprowadziło to w konsekwencji do tego, że w 2005 roku opieka zdrowotna finansowana była w około od 60% do 65% ze środków publicznych a ok. 40% do 45% jej kosztów ponosili pacjenci z własnych dochodów, oczywiście niezależnie od wnoszonej składki na ubezpieczenie zdrowotne.

W przeliczeniu na wskaźniki PKB wygląda to następująco: w latach 2000-2005 na opiekę zdrowotną wydatkowano ogółem od 6%-6,5% PKB, w tym ze środków publicznych od 4%-4,5%, a z dochodów osobistych pacjentów od 2,5-2,5% PKB. W przeliczeniu na złotówki oznacza to, że rocznie poza składką ubezpieczeniową pacjenci z dochodów osobistych na opiekę zdrowotną wydatkowali od 20 do 25 mld. zł. Biorąc pod uwagę zasobność materialną polskiego społeczeństwa, szerzącą się biedę i ubóstwo (70% gospodarstw domowych nie posiada żadnych oszczędności) - widać jak wielkie to obciążenie. Dotyka ono szczególnie boleśnie emerytów i rencistów oraz bezrobotnych, których często nie stać na realizację recept, co zmusza ich do rezygnacji z leczenia. O tym przecież wszyscy wiemy. Od lat jednak w tej sprawie nic się nie zmienia na lepsze.

Uważamy za stosowne zwrócić także uwagę, że ograniczając udział ochrony zdrowia w podziale wytworzonego PKB, zapomina się, że ochrona zdrowia ma również swój udział w jego tworzeniu. Trzeba więc postawić pytanie dlaczego nie informuje się pacjentów, pracowników służby zdrowia i wreszcie społeczeństwa, jaką część PKB wytwarza ochrona zdrowia, a jaką jego część otrzymuje? A prawda jest taka, że gdy policzyć, to ochrona zdrowia prawie tyle wytwarza PKB co z niego otrzymuje.

Jak wiadomo, jest to o wiele za mało gdy wziąć pod uwagę całość stale rosnących kosztów opieki zdrowotnej. A więc aby zaspokoić na niezbędnym poziomie podstawowe potrzeby związane z leczeniem, z utrzymaniem w należyтым stanie technicznym ogromnej bazy materialnej służby zdrowia, jej wyposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną, a także, aby zapewnić właściwe wynagrodzenia kilkuset tysięcznej rzeszy jej pracowników. O skali tych potrzeb może świadczyć choćby to, że każdego dnia do zakładów opieki zdrowotnej zgłasza się od 3%-5% mieszkańców naszego kraju - tj. od 800 tyś. do 1,5 mln. osób potrzebujących pomocy medycznej i opiekuńczej.

Od chwili wprowadzenia reformy ochrony zdrowia, wyodrębniając jej system finansowania oparty na ubezpieczeniu zdrowotnym, władze państwowe poczuły się

jakby zwolnione od planowania w budżecie państwa odpowiednich środków zaspakajających istotne potrzeby ochrony zdrowia, a w tym jej potrzeby inwestycyjne. Potwierdzają to wskaźniki statystyczne mówiące o wydatkach budżetu państwa według działów w odsetkach w latach 2001-2004. W pozycji ochrona zdrowia i pomoc społeczna wyglądają one następująco: 2001r.- 2,7; 2003r.- 2; 2004r.- 1,9.

Podobnie wygląda to w nakładach inwestycyjnych. Udział ochrony zdrowia w malejących od 1980 roku nakładach inwestycyjnych jest również niewielki i wykazuje także tendencje spadkową, a zamyka się w granicach od 1% do 2% ogólnych nakładów.

Mimo stopniowego wzrostu w ostatnich latach wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne (co roku 0,25% od dochodów osobistych), to w relacji do potrzeb wpływy ze składek są nadal niewystarczające, gdyż nie pokrywają one wszystkich potrzeb opieki zdrowotnej.

Podkreślając to, trzeba przypomnieć, że obecne trudności finansowe w ochronie zdrowia, mają również swoje źródło w decyzjach podejmowanych przez rząd i parlament na etapie wprowadzania reformy systemu opieki zdrowotnej, co nastąpiło od 1999 roku. To wtedy odstąpiono od pierwotnie projektowanej i obliczonej na podstawie ówczesnych kosztów składki ubezpieczeniowej w wysokości 10%-11%, obniżając ją, w sposób woluntarystyczny do 7,5%. Już w tamtym czasie, tak ustalona jej wysokość nie pokrywała wszystkich podstawowych potrzeb, co wkrótce ujawniło się w formie różnych trudności i perturbacji w działalności zakładów opieki zdrowotnej. Z tych też powodów, nasze Stowarzyszenie interweniowało już w 2000r., kierując między innymi w tej sprawie list do Prezydenta RP wskazujący na łamanie praw obywatelskich zapisanych w artykule 68 pkt. 1,2 i 3 Konstytucji RP. Te trudności niestety trwają po dziś dzień.

Trzeba też zauważyć, że wzrost środków finansowych z ubezpieczenia zdrowotnego jest uwarunkowany poziomem oraz niewielką dynamiką wzrostu wynagrodzeń pracowników najemnych (ok. 10 mln. zatrudnionych) oraz świadczeń emerytalno – rentowych (ponad 7 mln. z ubezpieczenia pozarolniczego). Na wpływy te niekorzystnie również oddziałują relatywnie niskie wpłaty ze składek na ubezpieczenie zdrowotne od osób pobierających renty socjalne, zasiłki i świadczenia przedemerytalne oraz od bezrobotnych.

Jak wiadomo są one naliczane od stosunkowo niskich dochodów, których wysokość jest limitowana odpowiednimi przepisami prawa. Zakładając, że obowiązujące w tej mierze zasady są powszechnie znane, nie rozwijamy szerzej tego tematu. Pragniemy jedynie zwrócić uwagę, że rażąco niskie, żeby nie powiedzieć symboliczne są wpłaty ze składki od bezrobotnych nie mających prawa do zasiłków (ponad 80% ogółu bezrobotnych).

Wyżej wymienione grupy społeczne stanowią łącznie parę milionów osób i z opieki zdrowotnej korzystają na tych samych zasadach co ogół ubezpieczonych, czego oczywiście nie można kwestionować. Można natomiast mieć wątpliwości, czy właściwa jest wyjątkowo niska podstawa wymiaru podatku i składki od osób bezrobotnych nie mających prawa do zasiłku. Naszym zdaniem wskazane jest, aby poważnie rozważyć podniesienie jej wysokości.

Przytoczone powyżej fakty wskazują, że wieloletnie oraz narastające niedofinansowanie ochrony zdrowia i wszystkie tego konsekwencje są wynikiem świadomej i zamierzonej polityki. Dowodzi to, że kolejne ekipy rządzące w III Rzeczypospolitej wbrew składanym społeczeństwu przyrzeczeniom i deklaracjom (wybory parlamentarne i samorządowe) – nie traktowały ochrony zdrowia i potrzeb zdrowotnych obywateli priorytetowo. Dziwnie więc pobrzmiwają ubolewania dość częste w wypowiedziach niektórych prominentnych polityków, jak gdyby nie mieli oni wiedzy i świadomości w czym tkwią rzeczywiste przyczyny kryzysu, który przeżywa polska służba zdrowia.

Niezmiernie bolesną i ważną sprawą wymagającą pilnych rozwiązań i decyzji, których oczekują nie tylko pracownicy ochrony zdrowia, ale także ich pacjenci – to kwestia poziomu wynagrodzeń w służbie zdrowia. Jest on wyjątkowo niski i w ostatnich latach ma wyraźną tendencję malejącą w relacji do wynagrodzeń pracowników innych działów gospodarki narodowej.

Wieloletnie niedopłacanie pracy tych pracowników sprawiło, że przeciętne wynagrodzenia pracowników służby zdrowia w relacji do wynagrodzeń pracowników wszystkich działów tej gospodarki zajmują ostatnie miejsce. Stanowią one zaledwie niewiele ponad 80% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej i prawie tyle samo procent przeciętnego wynagrodzenia w tzw. budżetówce.

Mamy więc do czynienia z wyraźną, bardzo krzywdzącą i niezasłużoną dyskryminacją tej grupy społeczno zawodowej, zwłaszcza gdy wziąć pod uwagę stawiane jej wymagania, a w tym szczególnie: wysokie kwalifikacje zawodowe i konieczność ich ciągłego doskonalenia oraz odpowiedzialność za zdrowie oraz życie chorego i cierpiącego człowieka.

Nie można się więc dziwić, że wszyscy pracownicy medyczni, a szczególnie lekarze i pielęgniarki z coraz większą determinacją dopominają się słusznego znaczącego podniesienia tych wynagrodzeń, broniąc się przed zagrażającą im pauperyzacją i degradacją społeczną. Niskie wynagrodzenia sprawiają, że znaczna część pracowników medycznych, a w tym szczególnie lekarze i pielęgniarki, broniąc się przed biedą, zatrudnia się dodatkowo w wielu miejscach i w różnym wymiarze czasu pracy, często daleko ponad dopuszczalne normy. Podkreślając to wydaje się za stosowne postawić pytanie: Czy nadmierne obciążenie pracą i związane z tym przemęczenie może stymulować do efektywnej pracy w publicznej opiece zdrowotnej i czy można w ten sposób nadwyreżać zdrowie tych, których obowiązkiem jest troska o zdrowie i ratowanie życia pacjenta

Niepokoić musi również coraz większa liczba wysokokwalifikowanych kadr medycznych-lekarzy i pielęgniarek udających się na emigrację, w poszukiwaniu lepszych warunków pracy.

Zrozumiałe, że wszystko to nie służy polepszeniu sytuacji w publicznej opiece zdrowotnej i obiektywnie biorąc, musi ujemnie wpływać na ilość i jakość świadczeń medycznych oraz bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, które, trzeba to z uznaniem podkreślić, zapewnione jest dużym wysiłkiem źle opłacanych pracowników służby zdrowia.

W tej sytuacji nasze Stowarzyszenie, reprezentując pacjentów solidaryzuje się z postulatami płacowymi pracowników służby zdrowia, uznając je jako uzasadnione. Uważamy też, że nie może być zgody na ciągle przypominanie i odwoływanie się do etosu i misji społecznej lekarza czy pielęgniarki. Brzmi to fałszywie i nieuczciwie, zwłaszcza w ustach niektórych polityków, którzy nie mając nic do zaproponowania w tej sprawie, apelują do sumień, bo tak jest najłatwiej. A przecież polityka to też misja. Jednak politycy zadbali dla siebie o wynagrodzenia adekwatne do misji jaką wypełniają.

Podkreślając szczególne znaczenie i wagę problemów płacowych w służbie zdrowia, pozwalamy sobie zwrócić się z apelem do najwyższych władz naszego państwa, o pilne ustosunkowanie do tego problemu. Jednocześnie wnioskujemy o opracowanie programu sukcesywnego podwyższania wynagrodzeń pracowników medycznych w taki sposób, aby realizacja tego programu doprowadziła w ciągu najbliższych czterech lat do tego, aby przeciętne wynagrodzenie tych zawodów docelowo stanowiło od 150% do 200% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej.

Przedstawiając ten postulat zdajemy sobie sprawę, że nie będzie to łatwe. Uważamy jednak, że nie powinno się dłużej odkładać rozwiązania tego nabrzmiałego problemu i trzeba zrobić wszystko, co możliwe, aby znaleźć źródła jego sfinansowania. Nie uważamy bowiem,

że podwyższenie wynagrodzeń pracowników medycznych jest możliwe wyłącznie w oparciu o fundusz tworzony ze składki ubezpieczeniowej.

Koszty pracy i wynagrodzenia personelu medycznego według analiz i szacunków zawartych w cytowanej wyżej „Zielonej Księdze” (str. 81-89) stanowią znaczne obciążenie wszystkich kosztów zakładów opieki zdrowotnej (od 50% do 90%). Nie sądzimy więc, że znaczne podwyższenie wynagrodzeń będzie możliwe i realne w ramach obowiązującego systemu finansowania opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę obecną trudną sytuację w opiece zdrowotnej, występujące potrzeby i zagrożenia uważamy również, że zachodzi konieczność znaczącego jej dofinansowania ze środków budżetu państwa.

Uważamy, że należałoby prowadzić taką politykę, aby w przeciągu najbliższych czterech lat można było docelowo osiągnąć udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB co najmniej na poziomie 7%. Nie jest to jednakże możliwe do osiągnięcia, biorąc pod uwagę wpływy ze składki ubezpieczeniowej. W takiej sytuacji system finansowania polskiej służby zdrowia musiałby mieć charakter systemu ubezpieczeniowo-budżetowego. W naszym przekonaniu jest to niezbędne, aby wydobyć polską służbę zdrowia z zapaści. Trudno oczekiwać, aby można było pomyślnie rozwiązać liczne i trudne problemy występujące w opiece zdrowotnej na drodze jej dalszej komercjalizacji lub prywatyzacji, jak to się wydaje niektórym politykom, a także pewnej części jej pracowników, lub poprzez dalszą restrukturyzację. Jak pokazuje doświadczenie restrukturyzacja obniża koszty, ale też w znacznym stopniu likwiduje i ogranicza potrzebne pacjentom usługi medyczne. Przynosi więc iluzoryczne korzyści.

Nie może też być zgody, na dalsze obciążanie kosztami leczenia pacjentów. Większości z nich po prostu nie stać na ich ponoszenie, a na dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne za którymi się również opowiadamy, stać tylko bardziej zamożnych pacjentów (10%-20%). Naszym zdaniem pacjenci ci, już dziś właściwie nie mają większych problemów z dostępem do leczenia np. w prywatnym lecznictwie, choć nie tylko w takim.

Natomiast rezerwy tkwiące w bardziej racjonalnym gospodarowaniu funduszami, którymi dysponuje służba zdrowia, nie są na tyle duże, aby mogły wpłynąć na odczuwalne polepszenie jej trudnej sytuacji. Do nich często przesadnie, żeby nie powiedzieć demagogicznie odwołują się różni politycy i decydenci, zwłaszcza gdy nie mają wiele do zaproponowania, lub by odwrócić uwagę społeczeństwa od rzeczywistych przyczyn trudności występujących w ochronie zdrowia. Oczywiście, wiemy i zgadzamy się, że w lecznictwie występują również różne przejawy niegospodarności. Pojawiają się też fakty nadużyć czy korupcji. Są one bez wątpienia szkodliwe i naganne. Należy je więc z całą konsekwencją tępić i usuwać, zwłaszcza na drodze lepszego zarządzania i kontroli, w tym także kontroli społecznej, obejmując nią celowość wydatkowania funduszy oraz wykorzystania aparatury i urządzeń medycznych.

W tym też kierunku zmierzają z pewnością plany Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące wprowadzenia rejestru usług medycznych (RUM). To słuszne przedsięwzięcie. Chcemy jednak zauważyć, że nie jest to inicjatywa nowa. Przed wielu laty nie wiedzieć dlaczego zrezygnowano z tego systemu monitorowania i kontroli opieki zdrowotnej, choć był już on podobno w znacznym stadium zaawansowania. U nas w Polsce, niestety już tak jest, że ciągle zmieniają się koncepcje i plany wraz ze zmianą ekip rządzących, a te jak wiadomo są częste. Nie negujemy oczywiście celowości i konieczności zmian, byleby one szły na lepsze i z pożytkiem dla społeczeństwa. Tylko takie zmiany mogą zasługiwać na społeczną aprobatę.

Przedkładając powyższe opinie, sugestie i wnioski, mamy nadzieję, że spotkają się one z uwagą i zrozumieniem Szanownych Adresatów.

Zdajemy sobie przy tym sprawę nie tylko ze społecznego znaczenia przedstawionych powyżej problemów i postulatów, których rozwiązanie jest pilnie konieczne, ale także z trudności na jakie może natrafić ich realizacja. Uważamy w związku z tym za stosowne podkreślić, że w obecnej sytuacji, przy uwarunkowaniach determinujących wzrost dochodu narodowego, głównego źródła finansowania polityki społecznej, a w tym także ochrony zdrowia-naszym zdaniem byłoby wskazane, aby władze naszego państwa poważnie zastanowiły się nad bardziej sprawiedliwym podziałem i dystrybucją tego dochodu.

Prowadzona bowiem od wielu lat polityka w tym zakresie, nie tylko pogłębia nadmiernie duże rozpiętości dochodów, jakie występują w polskim społeczeństwie, rozszerza obszary biedy i ubóstwa, ale również nie sprzyja pomyślnemu rozwiązywaniu wielu nabrzmiałych problemów społecznych. Jest też przyczyną niezadowolenia oraz frustracji, przejawiających się w okresowo zaostrzających się konfliktach społecznych i niepokojąco zwiększającą się zachorowalnością na depresję.

Przekonani jesteśmy, że powyższe wystąpienie-organizacji pozarządowej, serio traktującej ideę społeczeństwa obywatelskiego, potraktowane będzie z uwagą, jako głos opinii publicznej, a w tym głównie ubezpieczonych pacjentów, w debacie społecznej nad naprawą sytuacji w opiece zdrowotnej. Z zainteresowaniem więc oczekiwac będziemy decyzji, podejmowanych w tej sprawie przez władze naszego państwa. Wyrażamy też nadzieję, że decyzje te poprzedzone będą konsultacjami społecznymi i dialogiem, w którym chętnie weźmiemy udział.

W oczekiwaniu na odpowiedź.

Z wyrazami szacunku i powagi

Łódź, luty 2006

Za Zarząd

Stowarzyszenie
Obrony Praw Ubezpieczonych
PRZEWODNICZĄCA

Nat
Barbara Natarska

Do wiadomości otrzymują:

1. Przywódcy parlamentarnych ugrupowań politycznych;
2. Związki zawodowe zrzeszające pracowników służby zdrowia;
3. Samorządy zawodowe pracowników medycznych.