

Trzeci etap reform



Pożądanie kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją

Stanisława Golinowska

z udziałem:

Adama Koziarkiewicza
Christoph'a Sowady

Prezentowane stanowiska merytoryczne wyrażają osobiste poglądy autorów i niekoniecznie są zbieżne z oficjalnym stanowiskiem CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych.

Publikacja przygotowana w ramach projektu pn. *Polska u progu członkostwa w Unii Europejskiej. Kierunki niezbędnych reform gospodarczych*, zrealizowanego przez CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych pod kierunkiem naukowym prof. dr hab. Barbary Błaszczyk.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, finansowanie opieki zdrowotnej, racjonalizacja wydatków na ochronę zdrowia, racjonowanie świadczeń zdrowotnych, koszyk świadczeń gwarantowanych, współpłacenie, ubezpieczenia zdrowotne.

© CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2004

Redakcja naukowa: prof. dr hab. Stanisława Golinowska

ISBN: 83-7178-351-5

DTP: CeDeWu Sp. z o.o.

Druk: Agencja Wydawnicza EKOM Karol Orzechowski

Wydawca:

CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych

ul. Sienkiewicza 12, 00-944 Warszawa

tel.: (48 22) 622 66 27, 828 61 33, fax (48 22) 828 60 69

e-mail: case@case.com.pl

<http://www.case.com.pl>

Spis treści

Streszczenie	6
Wprowadzenie	7
Wstęp	10
Rozdział I	
Ocena sytuacji w ochronie zdrowia	12
1.1. Dokonywane zmiany	12
1.1.1. Reforma opieki zdrowotnej 1999	13
1.1.2. Centralizacyjna reforma 2003	14
1.2. Nierównowaga finansowa	16
1.2.1. Pozyskane środki na ochronę zdrowia	18
1.2.2. Koszty wytwarzania usług zdrowotnych	22
1.2.3. Kadry medyczne i wynagrodzenia	22
1.2.4. Kosztotwórcze czynniki infrastruktury szpitalnej	25
1.2.5. Finansowanie inwestycji i amortyzacja	27
1.2.6. Zadłużanie się placówek	28
1.2.7. Popyt na usługi zdrowotne	29
1.3. Wady zarządzania	30
Rozdział 2	
Kierunki niezbędnych zmian publicznego systemu ochrony zdrowia	32
2.1. Koszyk świadczeń gwarantowanych	33
2.1.1. Co zawiera koncepcja koszyka?	34
2.1.2. Kto ma prawo i powinien uczestniczyć w kształtowaniu koszyka i podejmować decyzje o jego zawartości?	36
2.1.3. Kryteria zapisywane i stosowane w regulacjach prawnych dotyczących koszyka	38

3 etap reform

2.1.4. Doświadczenia polskie dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych .	40
2.1.5. Różne koszyki: biedny, umiarkowany i bogaty	43
2.1.6. Regulacyjne współpłacenie	44
2.2. Rozwiązania publiczno-prywatne w ochronie zdrowia.	45
Rozdział 3	
Rozwój cywilizowanego i efektywnego rynku w ochronie zdrowia.	47
3.1. Zakres i rodzaj rozwiązań rynkowych	47
3.2. Konkurencyjność i rozwiązania <i>quasi</i> -rynkowe	48
3.2.1. Konkurencja między świadczeniodawcami	48
3.2.2. Konkurencja między ubezpieczycielami	49
3.2.3. Równoprawność sektorów przy równej odpowiedzialności.	50
Rozdział 4	
Prywatne finansowanie w ochronie zdrowia	52
4.1. Ekonomiczna i społeczna zasadność finansowania prywatnego.	53
4.1.1. Cele fiskalne	53
4.1.2. Cele alokacyjne	53
4.1.3. Cele społeczne – sprawiedliwość i solidarność społeczna	55
4.1.4. Cele stabilizacyjne.	55
4.1.5. Inne cele zaangażowania środków prywatnych	56
4.2. Schemat przepływów środków w systemie ochrony zdrowia	56
4.3. „Przestrzeń” dla środków prywatnych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych w Polsce	58
4.4. Metody prywatnego finansowania świadczeń zdrowotnych	59
4.4.1. Współpłacenie	60
4.4.2. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne	61
Wnioski.	64
Rekomendacje.	65
Bibliografia.	70

Stanisława Golinowska

Profesor ekonomii, specjalista w dziedzinie polityki społecznej, rynku pracy i ochrony zdrowia, autorka licznych publikacji krajowych i zagranicznych z tego zakresu, koordynator oraz realizator wielu projektów badawczych i doradczych w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Autorka wielu raportów organizacji międzynarodowych (w tym UNDP oraz UE) poświęconych sprawom społecznym w Polsce oraz w regionie. Była dyrektorem Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, obecnie wykłada na Uniwersytecie Jagiellońskim i kieruje Instytutem Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jest współzałożycielem CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych oraz wiceprzewodniczącą Rady Fundacji CASE.

Adam Koziarkiewicz

Lekarz medycyny, asystent w Zakładzie Medycznych Systemów Informacyjnych Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prezes spółki Wspólny Rynek Medyczny Sp. z o.o., były dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz wicedyrektor i dyrektor Departamentu Informatyki Ministerstwa Zdrowia. Autor i współautor wielu prac badawczych i wdrożeniowych z obszaru zarządzania w ochronie zdrowia, systemów informacyjnych i zdrowia publicznego, autor i uczestnik projektów poświęconych standardom w opiece zdrowotnej.

Christoph Sowada

Doktor ekonomii, adiunkt w Instytucie Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Absolwent Uniwersytetu Justus-Liebig w Giessen (Niemcy). Tytuł doktora uzyskał w 2000 r. na Uniwersytecie w Poczdamie za pracę dotyczącą zabezpieczenia podstawowych świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Prowadzi zajęcia dydaktyczne z zakresu ekonomii i finansów w służbie zdrowia. Autor wielu publikacji z tej dziedziny.

Streszczenie

Przedmiotem przedstawionego opracowania jest analiza potrzeb i możliwości podjęcia głębokich zmian w polskim systemie ochrony zdrowia, których celem powinno być zrównoważenie finansowe oraz istotna poprawa zarządzania, w kierunku systemu skutecznego medycznie i efektywnego kosztowo. Dokonano też próby określenia zasad i metod ustalenia granic dla trzech obszarów świadczeń opieki zdrowotnej: obszaru podstawowego – świadczeń gwarantowanych przez państwo, obszaru współodpowiedzialności i współpłacenia oraz obszaru swobodnych wyborów (rynkowego). Pierwsza część pracy poświęcona jest diagnozie sytuacji w ochronie zdrowia oraz wskazaniu kierunków pożądaných zmian. W drugiej części raportu przedstawione zostały problemy i polskie doświadczenia związane z definiowaniem koszyka świadczeń gwarantowanych. Wskazane zostały niezbędne przedsięwzięcia wspomagające zdefiniowanie takiego koszyka, jak listy oraz klasyfikacje procedur medycznych, standardy postępowania medycznego i prace badawcze dotyczące oceny skuteczności medycznej. W trzeciej części pracy przedstawiono zasady funkcjonowania sektora prywatnego w ochronie zdrowia oraz przeanalizowano jego udział w różnych krajach Unii Europejskiej. Uwagę skoncentrowano na wprowadzeniu prywatnego płatnika; tak w postaci bezpośredniego współpłacenia pacjentów, jak i ubezpieczeń prywatnych. Praca zakończona jest listą rekomendacji działań niezbędnych do wdrożenia reform w systemie ochrony zdrowia.

Abstract

The report deals with the analyses of needs and possibilities of undertaking deep changes of Polish health protection system. The aim of the reform should be financial stability and significant improvement of management, i.e. the system that is medically efficient and financially effective. An attempt was made to identify the rules and methods of setting the limits of three areas of health care services: the main area of services warranted by the state, area of joint responsibility and joint payment, and market area of free choices. The first chapter includes diagnosis of health protection system in Poland and suggestions for directions of preferable changes. The second chapter discusses the problems and Polish experiences related to defining the basket of warranted services, i.e. preparation of lists and classifications of medical procedures, standards of medical proceedings, and research works related to evaluation of medical efficiency. The third chapter presents the rules of private sector performance in the health protection system and examines its share in the different EU countries. A special attention was concentrated on the introduction of private payee: on direct joint payment by patients and private securities. The report provides recommendations on activities necessary for successful implementation of the reforms of health protection system.

Wprowadzenie

Polska u progu członkostwa w Unii Europejskiej. Kierunki niezbędnych reform gospodarczych to projekt poświęcony kompleksowej diagnozie stanu polskich reform i wskazaniu najważniejszych ograniczeń rozwoju polskiej gospodarki w przededniu i w pierwszych miesiącach naszego członkostwa w Unii Europejskiej. Projekt był realizowany przez Zespół CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych od późnej jesieni 2002 do końca lata 2004.

Geneza tego projektu miała, z jednej strony, swoje źródło w obserwowanym istotnym spowolnieniu wzrostu gospodarczego w Polsce w latach 2000-2002 w stosunku do wyników osiągniętych w połowie lat 90. Utrzymujące się wysokie bezrobocie oraz coraz szerzej podzielany pogląd, iż proste rezerwy wzrostu zostały już wykorzystane i należy poszukiwać nowych rozwiązań systemowych, które uczynią nasz kraj bardziej konkurencyjnym gospodarczo i w konsekwencji pozwolą wrócić na szybszą ścieżkę wzrostu, stanowiły istotne przesłanki dla realizacji projektu.

Z drugiej strony, proces negocjacji o członkostwo w UE został zdominowany przez wąskie resortowe i lobbystyczne interesy i pozbawiony głębszej refleksji nad pożądanym kształtem instytucjonalnym polskiej gospodarki oraz optymalnym tempem dostosowań strukturalnych i instytucjonalnych do warunków funkcjonowania na europejskim i światowym rynku.

Takie przemyślenia skłoniły nas do podjęcia po raz kolejny* próby dokonania pogłębionej diagnozy stanu reform gospodarczych w Polsce i zdolności gospodarki polskiej do sprostania konkurencji zewnętrznej, w kontekście ustalonego na 2004 r. terminu uzyskania członkostwa w Unii Europejskiej oraz pogłębiających się procesów globalizacji. Takiej diagnozy ewidentnie brakowało w naszym kraju. Dyskusja nad przyczynami spowolnienia wzrostu gospodarczego koncentrowała się na krótkookresowych kosztach dezinflacji oraz przywracaniu równowagi makroekonomicznej, a także na wpływie koniunktury zewnętrznej, przy czym nie była i nadal nie jest wolna od populistycznych uproszczeń.

Program gospodarczy rządu koalicji SLD-UP przewidywał tylko niektóre z koniecznych reform, i to w sposób ograniczony**, podczas gdy inne przemilczał lub nadawał im zbyt ni-

* Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych (CASE), realizowało podobne projekty w latach 1996-1999, najpierw pt. „Drugi etap reform gospodarczych i politycznych w Polsce”, a następnie pt. „Trwały wzrost dzięki konsolidacji reform”. Wiele ze sformułowanych wówczas propozycji, np. w sferze liberalizacji rynku pracy, nie doczekało się po dzień dzisiejszy realizacji. Proponowane przedsięwzięcie jest więc, w pewnym stopniu, kontynuacją ówczesnej pracy.

** Mamy tu przede wszystkim na myśli zespół przedsięwzięć określanych wspólną nazwą „Program Hausnera”.

ską rangę. Wiele z proponowanych rozwiązań częściowych mających służyćżywieniu gospodarki groziło poluzowaniem twardych ograniczeń budżetowych i przyniesieniem w przyszłości trudnych do przewidzenia skutków w finansach publicznych. Brak jednoznacznego poparcia politycznego dla proponowanego wówczas programu stawiało pod znakiem zapytania realizację nawet tak wąsko zakrojonych reform, a szerzący się w naszym kraju na coraz większą skalę populizm skłaniał do obaw o dalszą degradację istniejących rozwiązań systemowych, jak też spadek wiarygodności naszego kraju na świecie.

Badaniami objęto zarówno dziedziny, podlegające unijnym *acquis communautaire* (uwzględniając okresy przejściowe oraz przystępowanie do Unii Gospodarczej i Walutowej, proces ten będzie trwał jeszcze przez szereg lat i w jego ramach istnieje konieczność znalezienia optymalnej ścieżki osiągnięcia rozwiązań docelowych), jak i pozostające w większości lub w całości w sferze kompetencji władz narodowych (rynek pracy, elementy polityki socjalnej, polityka fiskalna, prywatyzacja, otoczenie dla przedsiębiorczości). Główny nacisk został położony na zagadnienia strukturalne i instytucjonalne, gdyż od postępu w tej dziedzinie zależy obecnie, naszym zdaniem, przywrócenie gospodarce polskiej zdolności do szybkiego i zrównoważonego wzrostu gospodarczego.

Jedenaście podzespołów badawczych prowadziło intensywne prace dotyczące wybranych przez nas kluczowych zagadnień, tj.: uwarunkowań prawnych konkurencyjności systemowej, deregulacji rynku produktów, usług i rynku przedsiębiorczości oraz poprawy klimatu inwestycyjnego (w tym kwestii inwestycji zagranicznych), programu naprawy finansów publicznych i reformy podatkowej, szacunku kosztów zaniechania i spowolnienia prywatyzacji, deregulacji i elastyczności rynku pracy, tworzenia gospodarki opartej na wiedzy, reformy ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego, poprawy konkurencyjności sektorów infrastrukturalnych oraz strategii przystąpienia Polski do Unii Gospodarczej i Walutowej.

Do realizacji projektu zaprosiliśmy wielu specjalistów, a także korzystaliśmy z dorobku organizacji międzynarodowych, m.in. Banku Światowego, MFW, OECD i instytucji unijnych. Doświadczenie CASE wynikające ze specjalizacji w projektach kompleksowych reform ekonomicznych w kraju i za granicą pozwoliło na wykorzystanie doświadczeń międzynarodowych, w tym uwzględnienie nasilającej się konkurencji w zakresie reżimów regulacyjnych, podatkowych i prawnych w warunkach otwartej gospodarki. W trakcie tych prac odbywały się liczne dyskusje, w ramach których poszczególne podzespoły badawcze dzieliły się z innymi wynikami swoich prac i przemyśleń, a także próbowaliśmy przyciągnąć do tej debaty ekspertów spoza naszego Zespołu.

Obecnie pragniemy przedstawić szerokiej publiczności wyniki naszych prac w formie publikacji częściowych oraz raportu końcowego. Mamy nadzieję, że nasze prace i zawarte w nich przemyślenia przyczynią się do wzbogacenia debaty publicznej na temat koniecznych

zmian i reform w polskiej gospodarce i organizacji społecznej i uczynią dyskusje polityczne na te tematy bardziej rzeczowymi i udokumentowanymi.

Jako koordynator i kierownik naukowy tego projektu pragnę serdecznie podziękować za owocną współpracę wszystkim członkom Zespołu Badawczego, do którego należeli (w porządku alfabetycznym): Małgorzata Antczak, Rafał Antczak, Ewa Balcerowicz, Michał Boni, Jacek Cukrowski, Paweł Dobrowolski, Stanisława Golinowska, Michał Górzyński, Małgorzata Jakubiak, Małgorzata Kalbarczyk, Kamila Kloc-Everson, Ewa Kocot, Adam Kozierekiewicz, Edward Kozłowski, Piotr Kurek, Jacek Łaszek, Małgorzata Markiewicz, Wioletta Nawrot, Jarosław Neneman, Wojciech Paczyński, Katarzyna Piętka, Bartłomiej Piotrowski, Radosław Piwowarski, Artur Radziwiłł, Jacek Rostowski, Aleksandra Rusielewicz, Piotr Rymaszewski, Joanna Siwińska, Agnieszka Sowa, Christoph Sowada, Krzysztof Surówka, Tadeusz Syryjczyk, Urszula Sztanderska, Wojciech Szymczak, Mateusz Walewski, Jakub Wojnarowski, Richard Woodward.

Podziękowania za wzorowe wsparcie organizacyjno-techniczne podczas całego okresu trwania projektu należą się Annie Maciążek.

Szczególne podziękowania należą się też innym osobom spoza Zespołu, które dzieliły się z nami swoimi pomysłami i uwagami. Należą do nich przede wszystkim: Marek Dąbrowski, Andrzej Cylwik, Marek Góra, Stefan Kawalec, Irena Topińska. Projekt nie doszedłby też do skutku, gdyby nie uwagi, zainteresowanie i czynne poparcie Jarosława Myjaka. Osobne podziękowania należą się sponsorom projektu badawczego i publikacji, których wymieniamy w innym miejscu.

Prof. dr hab. Barbara Błaszczyk

koordynator projektu

Wstęp

Reforma zdrowotna 1999 r. oraz wprowadzone w 2003 r. jej zmiany w dalszym ciągu nie podjęły zasadniczej dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia kwestii. Chodzi o zdefiniowanie zakresu odpowiedzialności państwa i zakresu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W konsekwencji chodzi też o określenie zasad i obszaru funkcjonowania prywatnej części sektora zdrowotnego oraz zasad i obszaru dopłacania pacjenta do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Stosowane w praktyce wielu krajów kryteria podziału świadczeń na podstawowe finansowane ze środków publicznych (ubezpieczeń zdrowotnych) i ponadpodstawowe finansowane ze środków prywatnych to zwykle różne kombinacje kryteriów uwzględniających:

- niezbędność (konieczność) oraz zasadność z medycznego punktu widzenia,
- skuteczność stosowanej interwencji medycznej (technologii medycznej),
- efektywność: niższe koszty przy tych samych efektach medycznych,
- wykluczanie przypadków niemedycznych i tzw. chorób bagatelnych,
- uwzględnianie przede wszystkim przypadków losowych (eliminacja tzw. przypadków indywidualnie zawinionych),
- eliminowanie świadczeń, za które mogą zapłacić pacjenci.

W praktyce zamiast dychotomicznego podejścia: świadczenia nieodpłatne/świadczenia odpłatne mamy zwykle podejście trój- i wielodzielne, uwzględniające także świadczenia częściowo odpłatne. Dopłacanie do świadczeń jest narzędziem sterowania popytem; chodzi z jednej strony – o powstrzymanie przed nadużywaniem, a z drugiej – o wskazywanie kierunków zachowań pożądaných ze względów zdrowotnych. Metody współpłacenia są różnorodne i zróżnicowane są ich zalety. Z punktu widzenia dostępności świadczeń istotny jest jednak przede wszystkim ich zakres oraz wysokość dopłat. Oba zagadnienia wymagają pogłębionych badań.

Celem podjętej pracy było rozpoznanie zasad i metody zakreślenia granic dla wspomnianych trzech obszarów świadczeń opieki zdrowotnej: obszaru podstawowego – świadczeń gwarantowanych przez państwo, obszaru współodpowiedzialności i współpłacenia oraz obszaru swobodnych wyborów (rynkowego). Jednocześnie rozważano podstawowe kryteria konstrukcji systemu skutecznego medycznie i efektywnego kosztowo w każdym z zarysowanych obszarów.

W trakcie poszukiwania odpowiedzi na określone zadania powstały różne opracowania, które scalono w jeden, w miarę zintegrowany tekst. Obejmuje on: po pierwsze – diagnozę sytuacji, a następnie przedstawia kierunki pożądanych zmian. Niezbędne działania dla uzyskania równowagi finansowej w systemie ochrony zdrowia oraz pchnięcia go na ścieżkę pozytywnych dostosowań sytuują się między racjonalizacją a racjonowaniem. Przedstawione zostały też problemy i niektóre doświadczenia związane z definiowaniem koszyka świadczeń gwarantowanych na podstawie materiałów i ekspertyzy Adama Koziarkiewicza. Wskazane zostały niezbędne przedsięwzięcia wspomagające zdefiniowanie świadczeń koszyka, jak: listy oraz klasyfikacje procedur medycznych, standardy postępowania medycznego i ewidencje prac badawczych dotyczących oceny skuteczności medycznej. W kolejnej części raportu, opartej na opracowaniu Christoph'a Sowady, przedstawiono udział i zasady funkcjonowania sektora prywatnego w ochronie zdrowia. Uwagę skoncentrowano na wprowadzeniu prywatnego płatnika, tak w postaci bezpośredniego współpłacenia pacjentów, jak i wprowadzenia ubezpieczeń prywatnych.

Koncepcję całego opracowania, opracowanie diagnozy sytuacji, jego redakcję oraz prezentację wniosków i rekomendacji przygotowała Stanisława Golinowska.

Rozdział I.

Ocena sytuacji w ochronie zdrowia

Zmiana systemu ochrony zdrowia podjęta w 2004 r., czyli zaraz po starcie centralizacyjnej reformy (2003 r.), wynika z potrzeby pilnego zaradzenia głębokiemu kryzysowi służby zdrowia w Polsce. Sytuacja kryzysowa trwa już od dłuższego czasu. W ostatnim okresie uległa natomiast wyraźnemu zaostreniu. Środki podejmowane w celu jej przezwyciężenia nie tylko nie przynoszą efektu, ale rozszerzają zakres zjawisk kryzysowych. Podstawowe przyczyny powstania i narastania sytuacji kryzysowej nie są bowiem likwidowane.

Celem tej części opracowania jest, z jednej strony – analiza obecnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia, z drugiej – wskazanie koniecznych zmian prowadzących do zrównoważenia systemu oraz poprawy jego medycznej skuteczności, dostępności oraz społeczno-ekonomicznej efektywności. Doświadczenie funkcjonowania systemów zdrowotnych w wielu krajach dowodzi, że jednoczesna realizacja wskazanych celów jest bardzo trudna i ograniczona, a wprowadzane reformy dają umiarkowane efekty. Jednak istotne jest, aby system „pchnąć” na ścieżkę prowadzącą do osiągnięcia tych celów tak, aby każdy z nich był respektowany, co oznacza, że realizacja jednego z nich nie dokonuje się kosztem innego.

1.1. Dokonywane zmiany

W ciągu ostatnich pięciu lat system ochrony zdrowia poddany był dwukrotnie radykalnym zmianom (1999 oraz 2003). Zmiany te nie przyniosły spodziewanych wyników. System opieki zdrowotnej znalazł się w sytuacji poważnego kryzysu nie tylko natury regulacyjnej, lecz także w świadczeniu usług zdrowotnych. Sekwencja postępujących po sobie efektów kryzysowych związana jest nie tyle z błędną koncepcją pierwszej reformy, co z trudnościami w jej realizacji oraz zbyt szybkim odwrotem w innym kierunku. Teza ta jest wynikiem analizy systemu w ciągu 3 lat realizacji reformy 1999-2001 (Golinowska i inni 2002) oraz dalszych prac zespołu autorskiego CASE nad funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej.

1.1.1. Reforma opieki zdrowotnej 1999

Z perspektywy czasu można zadać pytanie, dlaczego reforma opieki zdrowotnej rozpoczęta w 1999 r. była potrzebna. Jakie wady starego systemu zdecydowały o jej niezbytności? Na wstępie trzeba zauważyć, że system ochrony zdrowia do 1999 r. nie pozostawał statyczny. Przeciwnie, ulegał cząstkowym zmianom dostosowując się gorzej bądź lepiej do gospodarki rynkowej, a także – w pewnym zakresie – do wyższych wymagań lekarzy i pielęgniarek co do warunków pracy, a także oczekiwań obywateli i pacjentów w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych.

Pierwsza, główna motywacja reformy 1999 r. dotyczyła wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia elementów mechanizmu rynkowego. Rynek miał być czynnikiem poprawy efektywności i jakości, tworzył nadzieję na wyższe środki w systemie oraz na wzrost swobody decyzyjnej podstawowych podmiotów, a przede wszystkim świadczeniodawców.

Jakie inne motywacje wchodziły wówczas w grę? Nie należy zapominać o decentralizacji. Wprawdzie reforma 1999 r. nie doprowadziła do realizacji tzw. samorządowej koncepcji służby zdrowia, to jednak dała regionalnym kasom chorych bardzo szeroki zakres autonomii, a samorządom terytorialnym – jako organom założycielskim – odpowiedzialność za konstruowanie planów zaspokojenia potrzeb zdrowotnych oraz za tworzenie lokalnie i regionalnie potrzebnej sieci placówek.

Rozumienie mechanizmu rynkowego, jego ograniczonych możliwości oraz zawodności w systemie ochrony zdrowia nie było dostateczne. Po pierwsze – tzw. mechanizm rynku wewnętrznego – konstrukcja, jaka wzorem angielskim, została wówczas wprowadzona – wymagał znacznie bardziej financyjnych regulacji i skoordynowanego działania niż to miało miejsce w systemie scentralizowanego zarządzania administracyjnego. Tymczasem w potocznej percepcji reformatorów rynek zawsze daje szansę na automatyczne dostosowania i nie trzeba już zbytnio zajmować się problemami zarządzania na szczeblu państwa. Nie doceniono więc tej potrzeby. Pojawiły się trudności koordynacyjne i system stracił sterowność.

Po drugie – mechanizm rynkowy tworzy odczuwalne ograniczenia popytowe. Świadczeniodawcy odebrali to bardzo boleśnie. Całą niechęć skierowali na kasy chorych, płatnika, który nie zgłaszał dostatecznego popytu na ich usługi, twardo negocjował swoje „ceny”, żądał spełnienia dodatkowych warunków, itd. Przy tym środki, jakie otrzymywały kasy chorych, nie były konfrontowane ani co do wysokości, ani co do struktury z tzw. potrzebami zdrowotnymi. Plany powstawały niezależnie, a ich podstawy nie były jasne.

Znaczna grupa świadczeniodawców przeszła do sektora prywatnego licząc na wydajniejsze źródło finansowania – popyt indywidualny ludności. Osłabienie wzrostu gospodarczego oraz brak wzrostu dochodów ludności i ich postępujące zróżnicowanie spowodowały zaha-

owanie także popytu indywidualnego na usługi zdrowotne wobec czego świadczeniodawcy prywatni ustawili się także w kolejce po środki publiczne. Jednocześnie suma środków publicznych pozyskiwanych na ochronę zdrowia w wyrażeniu realnym nie wzrastała od 1996 r. (Golinowska 2003).

Po trzecie – reforma wprowadziła tzw. ubezpieczeniowe prawo do świadczeń. Obywatele musieli się ubezpieczyć i wybrać swego lekarza pierwszego kontaktu. Ubezpieczenie zostało powiązane ze składką pochodzącą z podatku dochodowego (PIT). W sytuacji 1999 r., rosnącego ponownie bezrobocia (po okresie spadku w latach 1996-1998), pojawiła się znacząca grupa ludności nie posiadająca oficjalnych dochodów oraz tak uboga, że nie płaćca podatków, a tym samym składki. Powstało pytanie o ich prawo do systemu publicznego, a kiedy zostało potwierdzone, o źródło finansowania ich potrzeb zdrowotnych. Mimo wskazania tego źródła (ochrona socjalna bezrobotnych – FP oraz pomoc społeczna) do systemu ochrony zdrowia nie wpływały wystarczające środki z tego tytułu.

Po czwarte – reforma zlekceważyła prawa obywatela i pacjenta. Źródłem tego zlekceważenia było przekonanie – tak charakterystyczne dla wielu zwolenników rozwiązań rynkowych, że konkurencja wymusi lepszą jakość i dostarczy satysfakcji pacjentom. Także w tym miejscu przeceniono rolę mechanizmu rynkowego, wbrew teorii o skutkach asymetrii informacyjnej w relacjach pacjent – lekarz. W konsekwencji prawa pacjenta znalazły rozwiązanie formalne¹, a nie realne. Także system monitorowania jakości realizowany w ramach samodzielnych (wewnętrznych) starań świadczeniodawców nie znalazł dostatecznego uznania.

1.1.2. Centralizacyjna reforma 2003

Dlaczego zdecydowano się na odejście od kontynuacji kierunku wyznaczonego reformą 1999 r.? Trzeba przy tym zauważyć, że decyzja została podjęta w momencie „docierania się” nowego systemu i podejmowania oddolnych prób naprawiania jego niektórych wad. Stawiam hipotezę, że centralizacyjna reforma 2003 r. spowodowana została „buntem świadczeniodawców” (dyrektorów placówek) ze względu na uciążliwe ograniczenie budżetowe kas chorych². Powstało przekonanie, że w systemie scentralizowanym będzie ono mniejsze i bardziej „sprawiedliwie” rozłożone, co miałyby oznaczać zmniejszenie kryteriów ekonomicznych na rzecz innych (jakich? – bardziej medycznych i społecznych? – tego nie wyartykułowano).

¹ Zebranie dotychczasowych regulacji w jednym dokumencie oraz ustanowienie tzw. rzeczników praw pacjenta wyłącznie w roli skrzynek służących wrzucaniu wniosków i skarg, bez wprowadzenia ich do procedur zarządzania systemem.

² Nowy minister zdrowia nie tylko przygotował koncepcję centralizacji kas chorych do jednego funduszu, ale także wyrzucał z pracy co bardziej zasłużonych (pod względem stosowania kryteriów ekonomicznych) szefów kas.

Odwrot od koncepcji rynku wewnętrznego i kas chorych został zapowiedziany w programie wyborczym SLD – partii o rosnącej popularności w tym okresie (2000/2001). Dokonało się to w retoryce potępiającej nierówności dostępu oraz nierówności tworzenia warunków do świadczeń zdrowotnych. Po przejściu władzy przez zwycięską koalicję (SLD/UP) – nowa reforma szybko została zrealizowana. Zapowiedź zmiany wpłynęła destrukcyjnie na funkcjonowanie systemu, zanim jeszcze zaczęła obowiązywać nowa ustawa. Świadczeniodawcy zaczęli masowo się zadłużać, a atakowane kasy chorych przestały z dotychczasową determinacją egzekwować stosowanie mechanizmu ograniczenia budżetowego.

Centralizacja kas chorych i utworzenie jednego funduszu, z podporządkowanymi mu oddziałami regionalnymi wymagała powrotu do administracyjnych narzędzi regulacyjnych. Deficyty informacyjne oraz brak podstaw analitycznych do zarządzania skomplikowanym systemem z całą siłą ujawniły nieprzygotowanie do kolejnej radykalnej zmiany.

Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony został jako pozabudżetowa konstrukcja finansów publicznych. Konstrukcje pozabudżetowe są w Polsce przedmiotem krytyki, ponieważ nie są poddane takim samym zasadom gospodarki finansowej, jakim jest poddany budżet. Powinny to być parabudżety, a na ogół daleko im do takiej formuły. Gospodarka w funduszach jest często niedostatecznie przejrzysta i nie podlega audytowi wewnętrznemu oraz odpowiedniej kontroli zewnętrznej. Przekazywanie funduszy społecznym merytorycznie odpowiedzialnym za nie resortom sprzyja „ręcznemu zarządzaniu” i powoduje, że gospodarka tymi funduszami jest mało efektywna. To dotyczy wielu funduszy, a grozi także Narodowemu Funduszowi Zdrowia, który jako niedawno utworzony mógłby być wolny od grzechów innych funduszy publicznych. Jednak grzechy te zostały wręcz zaprogramowane. NFZ nawet nie został poddany kontroli Ministerstwa Finansów z punktu widzenia realizacji zasady gospodarności³.

Wprowadzenie w 2003 r. NFZ już na wstępie wykazało także jego inne wady konstrukcyjne. Główna dotyczy określenia odpowiedzialności ministra zdrowia i prezesa funduszu w procesie zarządzania środkami. Zapisy nie rozdzieliły tej odpowiedzialności. W konsekwencji minister miał prawo do decyzji o wykazie, zakresie i trybie udzielania świadczeń zdrowotnych (artykuł 47 p. 5 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ), a odpowiedzialność finansową za realizację tych decyzji ponosił prezes. W ustawę wpisany więc został konflikt i możliwość wzajemnego blokowania się zasadniczych decyzji w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia. Nie trzeba było długo czekać, aby konflikty między ministrem a szefem funduszu nabrały dramatycznego wymiaru.

Centralizacja środków oraz zarządzania nimi ujawniła jeszcze jedną sprzeczność. Dotyczy ona rozdziwku między osiągnięciem znacznej autonomii placówek opieki zdrowotnej

³ Jak to było możliwe, aby parlament uchwalał takie regulacje, wymagałoby rzetelnego wyjaśnienia. Nie można bowiem w przyszłości dopuścić do powstania tego rodzaju decyzji.

(samodzielność lub prywatna własność), a „naturą” centralnego zarządzania, w której mieści się arbitralność i niechęć, a także trudność negocjacji z rozproszonymi podmiotami. Jak może się to ukształtować pokazuje konflikt między prywatnymi placówkami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) a funduszem na tle arbitralnej decyzji o pracy nocnej lekarzy bez dodatkowej opłaty. Aby przeciwstawić się takiej arbitralności, placówki POZ zorganizowały się w strukturę kartelową (Porozumienie Zielonogórskie) i skutecznie zablokowały decyzję NFZ, przyczyniając się przy tym do obaw i frustracji pacjentów, którym groziły zamknięte drzwi lekarzy pierwszego kontaktu.

Istotnym czynnikiem konfliktotwórczym w działaniu NFZ był zaproponowany system finansowania placówek. Na prędko opracowano listę procedur oraz ich wycenę. Były one podstawą zawierania kontraktów. Jako że lista nie była wyczerpująca, procedury w licznych przypadkach nieprecyzyjnie zidentyfikowane, a wyceny niejednokrotnie dość woluntarystyczne, dla wielu placówek powstała sytuacja zagrożenia podstaw egzystencji, bez względu na medyczne i społeczne jej znaczenie, a niekiedy także bez względu na poziom gospodarności. Placówki zareagowały na te rozwiązania w różny sposób. Z jednej strony – wykorzystywały liczne naciski polityczne i medialne do zwiększenia kwoty kontraktu, z drugiej – podjęły działania dostosowawcze polegające w pierwszym rzędzie na wprowadzaniu różnych form dodatkowych opłat od pacjentów, na kontynuowaniu dotychczasowej działalności przez zadłużanie, a także przez ograniczanie działalności. Dokładne badania struktury i zależności reakcji placówek na nowe zasady finansowania nie zostały jeszcze przeprowadzone.

1.2. Nierównowaga finansowa

Niezależnie od wprowadzanych reform od wielu lat nie zmieniało się finansowanie części publicznej systemu opieki zdrowotnej przyczyniając się do pogłębienia nierównowagi całego systemu. Wydatki na ochronę zdrowia w wyrażeniu realnym nie wzrastały od 1996 r. Pewnym wyjątkiem jest sytuacja 1998 r., w którym środków nieco przybyło w związku z oczekiwaniem zasadniczej reformy systemu (wprowadzonej w 1999 r.): istotne oddłużenie, realizacja zakupów inwestycyjnych, na zapas, itp. Jeżeli do oceny dynamiki wydatków przyjmujemy indeks wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI), to kilkuprocentowy wzrost jest widoczny od 2001 r. (patrz rys. 1.1). Jeżeli natomiast jako deflatora użyjemy indeksu cen działu ochrony zdrowia, który w analizowanym okresie był wyższy niż CPI, to wówczas widzimy, że wydatki realnie nie wzrastały, a w 2002 r. były niższe niż w 1996 r. Oznacza to, że środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia nie przybywało. W wyrażeniu realnym uległy *de facto* obniżeniu.

Nowe instytucje (kasy chorych) i rozwiązania wdrażano dysponując w zasadzie tą samą – w wyrażeniu realnym – pulą środków, co w okresie przed reformą. Założono *a priori*, że nowe mechanizmy: rynek wewnętrzny, autonomia kas chorych i kontraktowy system zamawiania świadczeń, doprowadzą do racjonalizacji wydatków i zmniejszenia potrzebnych środków. Przy tym nie zaprogramowano żadnego planu obniżki kosztów opieki stacjonarnej (najdroższej części systemu), które to plany były podstawowym nurtem reform zdrowotnych podejmowanych w innych krajach począwszy od lat 80.

Tabela 1.1. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia wg metody rachunku skonsolidowanego w mln zł

Wyszczególnienie	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Opieka zdrowotna – wydatki razem	10 171	13 977	18 802	21 134	23 574	26 682	29 104	30 993	32 776
% PKB	4,8	4,8	4,9	4,4	4,3	4,3	4,25	4,16	4,29
Budżet centralny	9 982	13 731	17 420	19 326	21 393	6 158	5 569	4 671	2 222
Budżety samorządowe i kasy (od 1999 r.)	1 214	1 430	1 811	2 383	2 801	24 239	25 445	28 992	30 554
Szpitala	5 028	6 651	8 409	10 208	11 418	12 597	13 133	14 410	15 819
Udział	49,4%	47,6%	44,7%	48,3%	48,4%	47,2%	45,1%	46,5%	48,3%
POZ i specjalistyka	1 805	2 454	3 221	3 920	4 454	5 256	5 790	6 393	7 836
Udział	17,7%	17,6%	17,1%	18,5%	18,9%	19,7%	19,9%	20,6%	23,9%
Leki i inne środki (dopłaty dla uprawnionych)	1 153	2 042	1 485	1 750	2 057	3 527	4 507	5 177	5 801
Udział	11,3%	14,6%	7,9%	8,3%	8,7%	13,2%	15,5%	16,7%	17,7%

Źródło: Ministerstwo Finansów, dane podstawowe, niepublikowane.

Tendencje w dziedzinie struktury nakładów ukazuje tabela 1.1. Zgodnie z nią w ostatnich latach niepokojąco wzrosły nakłady na szpitale. Z kolei od 1997 r. koszty refundacji leków wzrosły więcej niż dwukrotnie.

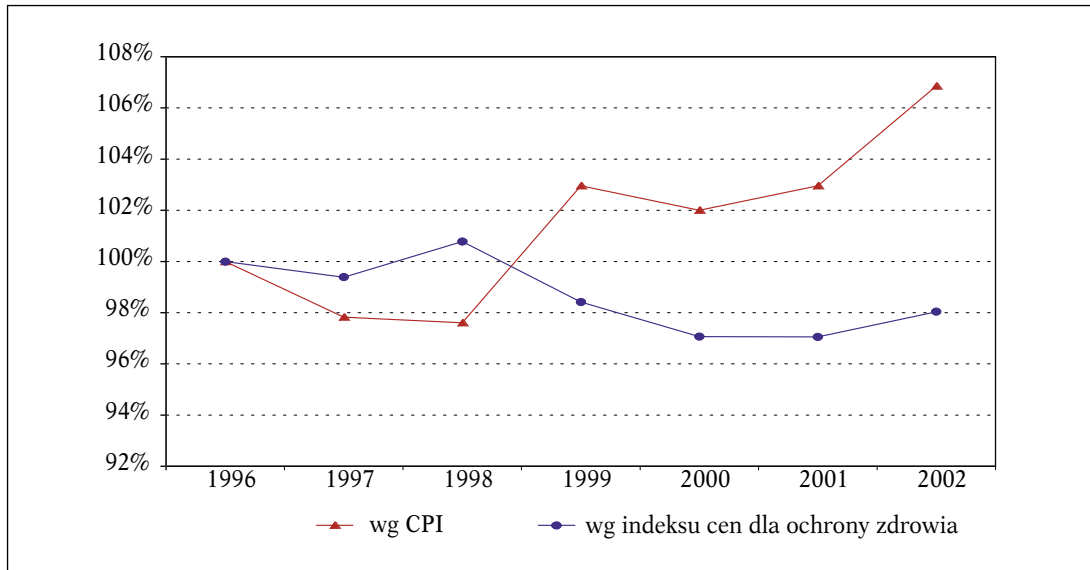
Nierównowagę najprościej można scharakteryzować nieodpowiednością między zasobami systemu a zgłaszanymi potrzebami. Wymiar finansowy nierównowagi polega na tym, że środki finansowe, jakie są w systemie do dyspozycji (publiczne i prywatne) nie pokrywają kosztów produkcji dóbr, uwzględniając ceny czynników produkcji (leki, technologie medyczne i płace personelu medycznego) oraz zgłaszanego ilościowo zapotrzebowania na produkcję tych dóbr w ramach istniejących możliwości wpływania na popyt.

Bilansowe równanie równowagi ma następującą postać (Mossialos i inni 2002):

Pozyskane środki publiczne i prywatne = Koszty wytwarzania produktów zdrowotnych = Wartości „sprzedaży” (dostarczania) produktów zdrowotnych.

Na powstałą nierównowagę wpływają trudności z kształtowaniem każdego z trzech członów równania.

Rysunek 1.1. Wartości realne wydatków publicznych na opiekę zdrowotną wg wskaźnika CPI i wskaźnika dla ochrony zdrowia – dynamika zmian (1996 r. – 100%)



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów (dane wg rachunku skonsolidowane w ujęciu funkcjonalnym).

1.2.1. Pozyskane środki na ochronę zdrowia

Pierwszy człon równania równowagi finansowej obejmuje sumę pozyskanych środków: publicznych i prywatnych.

W odniesieniu do **środków publicznych** pamiętamy, że dla reformy ubezpieczeniowej z 1996 r. przyjęto założenie, zgodnie z którym składka na opiekę zdrowotną miała wynieść 10% (podatku od dochodów osobistych), a w 1999 r., gdy reformę wprowadzano w życie, zrealizowano – 7,5%. Wprawdzie różnica wynosząca 2,5 punktów procentowych podstawy do opodatkowania podatkiem od dochodów osobistych (PIT) została zrekompensowana rozszerzeniem kategorii dochodowych objętych opodatkowaniem tak, że jej wartość realna wg wskaźnika CPI w pierwszym roku reformy nawet nieco wzrosła, ale wartość relatywna – w odniesieniu do PKB – spadła, ponieważ wzrost gospodarczy zaczął słabnąć. W 2002 r. przyjęto program minimalnego wzrostu składki o 0,25 punktu procentowego rocznie. Poczynając od 2003 r. jaka jest proporcja dochodów ze składek do dochodów sektora zdrowotnego pochodzących z innych źródeł? Dochody ze składki stanowią około 28,5 mld zł, z budżetu państwa (czyli z podatków ogólnych) pochodzi około 4 mld zł, a z budżetów samorządów około 2 mld zł. Środki pochodzące ze składek* rosą z dwóch powodów: wspomnia-

* Wzrost stopy składki od 2003 r. obciąża bezpośrednio dochody indywidualne ludności, nie jest bowiem odliczany od podatku.

nego wzrostu stopy składki oraz ze względu na wzrost gospodarczy. Środki z budżetu państwa mają natomiast silną tendencję malejącą. Jeżeli jeszcze w 1999 r. wynosiły 6,3 mld zł, to w 2002 r. już tylko 3,4 mld zł lub 2,2 mld zł wg rachunku skonsolidowanego.

Środki prywatne obejmują te, które pochodzą z dochodów indywidualnych ludności (z kieszeni pacjenta) oraz te, które pochodzą z finansowania opieki zdrowotnej przez firmy. W pierwszym przypadku przez wiele lat mieliśmy do czynienia ze wzrostem dochodów ludności i wzrostem środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną. W tabeli 1.2 widoczna jest ta tendencja. W ostatnich latach została zahamowana. Obecnie brakuje znaczącego wzrostu dochodów ludności. Jednocześnie wzrasta ich zróżnicowanie.

Tabela 1.2. Przeciętne wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na osobę w gospodarstwach domowych w zł miesięcznie

Przeciętne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych	1997	1999	2001	2003
Ogółem		(23,69)	(27,58)	(30,24)
	27,76	30,89		38,80
na opiekę pozastacjonarną	26,35	29,94	-	37,92
na opiekę stacjonarną	1,38	1,15	-	1,51

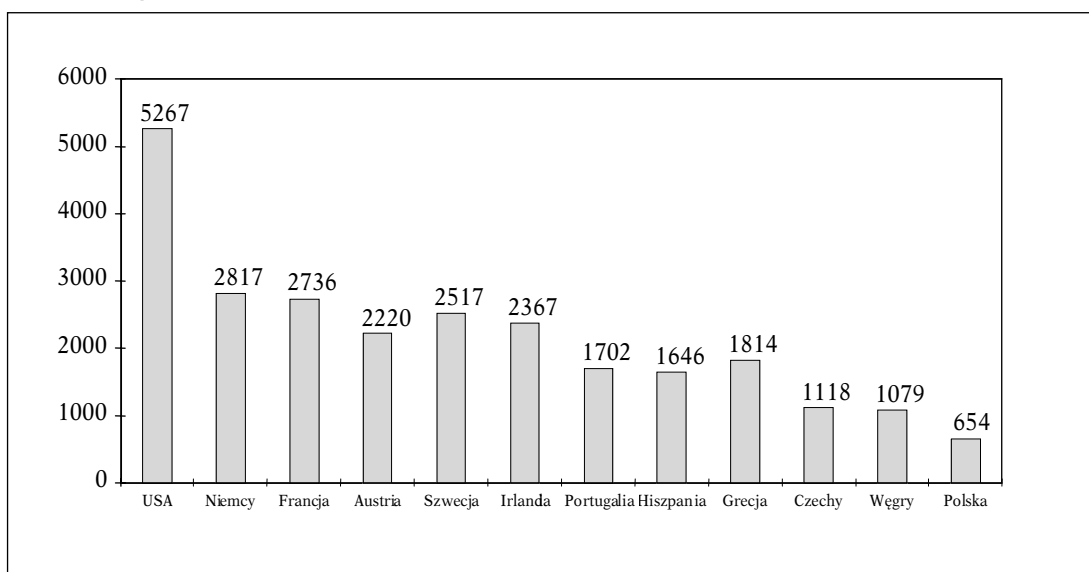
Źródło: informacje o wydatkach ludności pochodzą z badań budżetów gospodarstw domowych (dane w nawiasach) oraz z badań modułowych korzystania z usług medycznych przeprowadzonych przez GUS w 1998 r., 1999 r. oraz 2002/2003 r. (GUS 1999, 2000, 2003)

Przy założeniu, że badania modułowe GUS prowadzone w ramach badań budżetów rodzinnych są dostatecznie reprezentatywne można oszacować wielkość indywidualnych wydatków na opiekę zdrowotną (razem z lekami) w skali całej populacji. W 1999 r. było to około 362 zł na osobę rocznie i około 13,4 mld złotych w odniesieniu do populacji w gospodarstwach domowych, co w porównaniu ze skonsolidowanymi wydatkami sektora instytucji rządowych i samorządowych (26,2 mld zł w 1999 r.) wносиło około 51 %. W 2003 r. stanowiło to już 465 zł na osobę rocznie i około 18 mld zł (13,9 mld zł wg badań budżetowych) w odniesieniu do całej populacji w gospodarstwach domowych. Wobec 32 mld zł skonsolidowanych wydatków publicznych, relacja wydatków indywidualnych wyraźnie przekroczyła 55 %. Wskaźnik ten jest wyższy niż wskaźnik oszacowany na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych. Zakres wydatków na ochronę zdrowia w badaniach modułowych jest szerszy niż w klasycznych badaniach budżetów gospodarstw domowych; uwzględnia też różne nietypowe opłaty, np. dowody wdzięczności. Jednak to dane o wydatkach indywidualnych z badań budżetów gospodarstw domowych są przekazywane do OECD i stanowią podstawę porównań międzynarodowych w tym zakresie.

Jeśli chodzi o finansowanie opieki zdrowotnej przez firmy, to na ten temat nie ma oficjalnych danych. Przedsiębiorstwa finansują obowiązkowe badania profilaktyczne pracowników, inwestują w urządzenia związane z bhp oraz finansują usługi zdrowotne: a to w formie wykupu abonamentu dla pracowników, a to w formie utrzymywania lekarza zakładowego wraz z urządzeniami diagnostycznymi czy też rehabilitacyjnymi. Udział pracodawców w finansowaniu ochrony zdrowia szacuje się na więcej niż 0,5 mld zł. Sygnały od prywatnych świadczeniodawców wskazywałyby na zahamowanie finansowania usług zdrowotnych w latach 2002-2003. Ma to prawdopodobnie związek nie tylko ze spadkiem przychodów w latach spowolnienia wzrostu gospodarczego, ale także z ograniczeniem możliwościami odpisów wydatków ponoszonych z tego tytułu.

Jakie są całkowite nakłady na ochronę zdrowia? Szacuje się, że w latach 90. stanowiły około 6 % PKB. Także obecnie nie są wyższe. Jest to jeden z najniższych poziomów wśród krajów OECD. Tylko Meksyk i Słowacja mają podobnie niski poziom finansowania ochrony zdrowia w relacji do PKB. Podobnie niski poziom wydatków na ochronę zdrowia w ujęciu porównawczym pokazują wskaźniki absolutnych wartości w USD wg parytetu siły nabywczej – patrz poniższy rysunek.

Rysunek 1.2. Całkowite wydatki na zdrowie w wybranych krajach OECD w USD (PPP) na głowę w 2002 r.



Przy ogólnie niskim poziomie nakładów na ochronę zdrowia w Polsce bardzo dynamicznie zmniejszyły się nakłady ze środków publicznych. Jeżeli w 1990 r. środki publiczne stanowiły około 92% środków całkowitych, to obecnie ich udział zmniejszył się o 20 punktów pro-

Tabela 1.3. Nakłady na ochronę zdrowia w krajach OECD, 2002 r. w %

Kraje	Wydatki całkowite w relacji do PKB	Wydatki publiczne na opiekę stacjonarną w relacji do PKB	Udział środków publicznych w nakładach całkowitych	Udział wydatków na farmaceutykę w nakładach całkowitych
Australia	9,1 (2001)	3,0 (2001)	68,2 (2001)	13,8 (2001)
Austria	7,7	2,4	69,9	16,1
Belgia	9,1	2,2 (1999)	71,2	16,2 (1997)
Kanada	9,6	2,4	69,9	16,6
Dania	8,8	4,2	83,1	9,2
Finlandia	7,3	2,7	75,7	15,9
Francja	9,7	3,7	76,0	20,8
Niemcy	10,9	3,3	78,5	14,5
Grecja	9,5	-	52,9	15,3
Islandia	9,9	5,0 (2001)	84,0	14,0
Irlandia	7,3	3,3 (2000)	75,2	11,0
Włochy	8,5	3,3	75,6	22,4
Japonia	7,8 (2001)	2,7 (2001)	81,7 (2001)	18,8 (2001)
Korea	5,9 (2001)	0,9 (2001)	54,4 (2001)	22,4
Luksemburg	6,2	2,1	85,4	11,6
Meksyk	6,1	1,3	44,8	21,6
Holandia	9,1	3,3 (1997)	67,8 (1997)	10,4
Nowa Zelandia	8,5	-	76,4	14,4 (1997)
Norwegia	8,7	-	85,2	9,2 (1997)
Portugalia	9,3	2,7 (1997)	70,5	23,4 (1997)
Hiszpania	7,6	1,8	71,4	21,5
Szwecja	9,2	2,8	85,3	13,1
Szwajcaria	11,2	3,2	57,9	10,3
Turcja	6,6 (2000)	1,1	62,9	24,8 (2000)
Wielka Brytania	7,7	1,7	83,4	15,8 (1997)
USA	14,6	2,4	44,9	12,8
Czechy	7,4	2,8	91,4	22,6
Węgry	7,8	2,0	70,2	27,6
Słowacja	5,7	2,0	89,1	37,3
Polska	6,1	1,8	72,4	około 33

Źródło: Baza danych OECD 2004.

centowych⁴. W konsekwencji Polska sytuuje się wśród tej grupy krajów, które mają wysoki udział finansowania prywatnego. Podobne wskaźniki finansowania prywatnego występują w Hiszpanii, Portugalii, na Węgrzech. Wyższy udział mają tylko takie kraje jak Meksyk, Korea, Grecja i oczywiście (ze względu na dominację prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych) – Szwajcaria oraz USA.

Jeśli chodzi o strukturę nakładów w Polsce, to porównania międzynarodowe ukazują bardzo wysoki udział wydatków na leki. *Nota bene* wysoki udział wydatków na leki występuje także w innych krajach transformacji: na Słowacji, na Węgrzech, a także w Czechach. Jest to udział dwu- a nawet trzykrotnie wyższy niż w Holandii, Szwecji, Irlandii, a nawet w USA.

⁴ W statystykach OECD dane dotyczące udziału wydatków prywatnych w Polsce wskazują niższy udział niż przytoczone dane, szacowane na podstawie badań modułowych GUS (patrz komentarz na s. 19), ale tendencja wzrostu tego udziału jest podobna.

3 etap reform

Jeśli chodzi o kraje, które też mają wysoki udział wydatków na leki, chociaż nie aż tak wysoki jak w krajach naszego regionu, to należy wymienić Włochy i Meksyk. Wyniki porównań międzynarodowych sugerowałyby, że wysoki udział wydatków na leki występuje w tych krajach, w których kontrola tych wydatków nie jest dostatecznie rozwinięta oraz/lub w tych, w których poziom publicznej opieki zdrowotnej jest niższy.

1.2.2. Koszty wytwarzania usług zdrowotnych

Drugi człon równania bilansowego obejmuje koszty produkcji usług zdrowotnych. Koszty te odzwierciedlają nie tylko ceny czynników produkcji kształtowanych w systemie, lecz są w znacznej mierze określone na zewnątrz systemu. Ceny leków, materiałów, sprzętu medycznego, energii, itd., to ceny rynkowe, w dodatku rynku światowego, a nie tylko wewnętrznego. Indeks wzrostu cen w ochronie zdrowia zaczął istotnie przewyższać indeks przeciętnego wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych – patrz tabela 1.4.

Tabela 1.4. Wskaźniki cen; rok poprzedni = 100

Rok	CPI – towarów i usług konsumpcyjnych	W sektorze zdrowia	Leki
1994	132,2	136,9	138,2
1995	127,8	123,5	135,7
1996	119,9	117,5	121,7
1997	114,9	113,1	114,9
1998	111,8	110,0	116,3
1999	107,3	115,9	115,6
2000	110,1	110,6	112,6
2001	105,5	106,5	107,5
2002	101,9	104,7	105,9

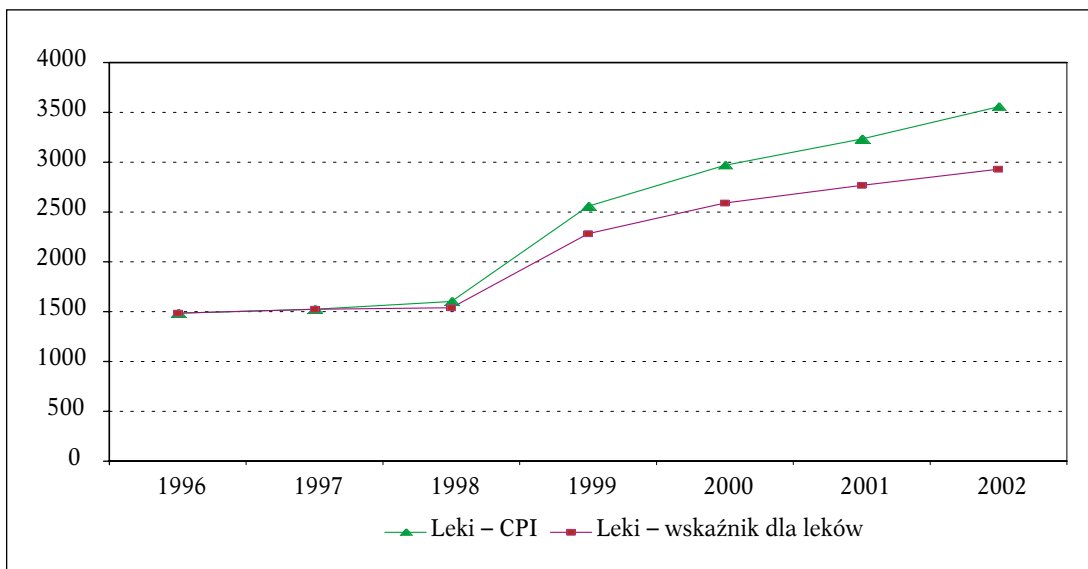
Źródło: GUS, Roczniki Statystyczne z odpowiednich lat.

Głównym czynnikiem wzrostu indeksu cen w ochronie zdrowia był wzrost cen leków. Jeżeli na przykład w latach 2000-2002 wskaźnik wzrostu cen dla towarów i usług konsumpcyjnych (CPI) wynosił 107,5, to odpowiedni wskaźnik w sektorze zdrowia wynosił 111,5, a w odniesieniu do leków – 113,8, czyli wzrost był prawie dwa razy wyższy. Na rysunku 1.3 widoczny jest wzrost publicznych wydatków na leki w ujęciu realnym.

1.2.3. Kadry medyczne i wynagrodzenia

Znaczną pozycję kosztową w ochronie zdrowia, podobnie jak w innych działach o charakterze usługowym, stanowią wynagrodzenia. Według szacunków K. Kissimovej-Skarbek sporządzonych w 1999 r. na podstawie analizy kosztów w 1682 placówkach opieki zdrowotnej wynagrodzenia i świadczenia na rzecz pracowników stanowiły około 65 % kosztów całkowitych. Wynagrodzenie tylko personelu medycznego stanowiło około 35-40% kosztów całkowitych.

Rysunek 1.3. Wartości realne (sprowadzone do 1996 r.) wydatków na leki wg wskaźników CPI i wskaźników dla leków



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów.

Przeciętne wynagrodzenia w ochronie zdrowia zawsze były niższe niż przeciętne w gospodarce narodowej o około 20 %. Różnica w stosunku do wartości średnich na niekorzyść ochrony zdrowia nie jest w Polsce czymś wyjątkowym. W krajach zachodnioeuropejskich płace personelu medycznego stanowią na ogół 75-85% płac przeciętnych (baza danych OECD). Problemem płac w Polsce jest jednak dalsze pogarszanie się relacji na skutek niższej niż przeciętnie dynamiki wzrostu płac w ochronie zdrowia. Jeżeli w latach 1995-2002 przeciętne wynagrodzenia w gospodarce wzrosły nominalnie 2,3 raza, to wynagrodzenia w dziale ochrony zdrowia wzrosły 1,9 razy. Pewną nadzieją poprawy sytuacji płacowej personelu medycznego miały być efekty działań podjęte pod hasłem restrukturyzacji zatrudnienia, zaprojektowane w ramach pakietu rozwiązań reformy 1999 r. Oznaczało to zwolnienie, nadmiaru personelu i przeznaczenie zaoszczędzonych środków na wzrost płac. Efekty dla poprawy relacji płacowych okazały się małe i w dodatku przyniosły liczne konflikty. W latach 1999-2001 w ramach programu restrukturyzacji zwolniono 87 tys. osób (Domagała 2004); relacje płac wprawdzie się poprawiły, ale jednocześnie bardzo zróżnicowały wewnątrz działy ochrony zdrowia⁵. Zyskali pracownicy zarządzający, zarówno w grupie świadczeniodaw-

⁵ W analizie pominięto problem „samodzielnego podwyższania” sobie wynagrodzeń przez personel medyczny. Badania na temat korupcji w opiece zdrowotnej potwierdzają, że niektóre grupy personelu medycznego bardziej niż inne uczestniczą w tym zjawisku, przy czym nie chodzi tu wyłącznie o tzw. dowody wdzięczności pacjentów, lecz także opłaty za usługi, które pacjenci przekazują lekarzom pod wpływem „społecznej” informacji o istniejącej praktyce oraz o zwyczajowych stawkach. Problem ten został istotnie naświetlony w badaniach Fundacji Batorego (Kubiak 2001).

3 etap reform

ców, ale przede wszystkim wśród administracji płatnika. Na ten efekt różne grupy personelu medycznego zareagowały strajkami. Najsilniej i najdłużej protestowały pielęgniarki i położne, doprowadzając do tego, że rząd w 2000 r. skierował do Sejmu projekt ustawy, znanej jako „ustawa 203” o podwyżce płac dla personelu medycznego. Parlament uchwalił więc podwyżki płac w wysokości 203 zł na kolejne dwa lata. Zakłady opieki zdrowotnej w większości przypadków (wg szacunków 62%) tej ustawy nie zrealizowały. Nie miały bowiem na to dodatkowych środków, a w ramach kontraktów z kasami chorych podwyżek płac nie uwzględniano. Szacuje się, że tylko w 2001 r. na realizację ustawy 203 potrzeba byłoby dodatkowo 1,7 mld zł.

Przy ogólnej tendencji do pogarszania relacji wynagrodzeń między przeciętnymi w gospodarce oraz postępującego różnicowania płac wewnątrz ochrony zdrowia następuje żywiołowe (bez programu restrukturyzacyjnego) wychodzenie personelu medycznego z działu, szczególnie personelu pielęgniarskiego oraz młodszej kadry lekarskiej. Dzieje się tak w sytuacji, gdy przeciętne zasoby kadrowe w Polsce, w porównaniu z krajami UE, nie są nadmierne. Liczba lekarzy w Polsce jest relatywnie niska (przeciętnie 22 lekarzy na 10 000 mieszkańców), a w odniesieniu do lekarzy dentystów sytuujemy się na ostatnim miejscu w rozszerzonej Europie. Od 1996 r. liczba dentystów obniżyła się w Polsce prawie o 50 %. Natomiast wzrosła w tym okresie liczba farmaceutów: z 4 w 1990 r. do 5,7 na 10 tys. osób w 2000 r.

Niskie jest w Polsce nasycenie kadrami pielęgniarskimi. Nie jest to problem odosobniony. Niedobór pielęgniarek jest problemem od pewnego czasu powszechnie występującym w krajach wysoko rozwiniętych. Przyczyną tej tendencji jest nie tylko słaba reakcja systemu edukacyjnego na wzrost popytu na usługi tej grupy zawodowej, lecz także relatywnie trudniejsze warunki pracy niż w innych zawodach oraz ograniczone możliwości rozwoju kariery zawodowej (Peltier, Schiborowski, Nill 2004). Liczne raporty medyczne wskazują, że deficyt kadr pielęgniarskich może stać się najpoważniejszym zagrożeniem jakości opieki zdrowotnej. W odpowiedzi na te ostrzeżenia podejmowane są w wielu krajach działania zachęcające do kształcenia pielęgniarek oraz opracowywane nowe koncepcje zarządzania personelem medycznym czyniące pracę pielęgniarską bardziej atrakcyjną zarówno pod względem finansowym, jak i z punktu widzenia możliwości rozwoju kariery. Polska osiąga zaledwie 50% europejskiego poziomu zatrudnienia pielęgniarek i ciągle następuje tu spadek (od 1996 r. o kilkanaście procent). Spadek zatrudnienia dotknął szczególnie sektor publiczny i to w skali znacznie większej niż planowano w okresie wdrażania reformy 1999 r. Wraz ze spadkiem zatrudnienia nastąpiło radykalne ograniczenie kształcenia pielęgniarek. W latach 1994-2000 liczba absolwentów szkół pielęgniarskich obniżyła się siedmiokrotnie (z około 14 tys. do około 2 tys. osób). Pod wpływem raportu ekspertów Unii Europejskiej z 2002 r., ostrzegającego Polskę przed negatywnymi skutkami ograniczenia kształcenia pielęgniarek, w 2003 r. podjęte zostały decyzje sprzyjające ilościowej i jakościowej poprawie kształcenia pielęgniarek (Kóźka 2004).

Tabela 1.6. Zasoby kadrowe w odpowiednim przeliczeniu na liczbę ludności

Kraje	Praktykujący lekarze ogółem na 10 tys. ludności w 2002 r.	Praktykujący dentyści na 10 tys. ludności 2002 r.	Pielęgniarki na 10 tys. ludności 2002 r.
Austria	33	5	93
Belgia	39	8	56
Dania	34	9	97
Finlandia	31	9	90
Francja	33	7	72
Niemcy	33	8	99
Grecja	45 (2001)	1,2	40(2000)
Irlandia	24	5	153
Włochy	44	5	54
Luksemburg	26	6,1	
Holandia	32	5	128
Norwegia	34	8	104
Portugalia	32	5	38
Hiszpania	33	5	71
Szwecja	30 (2000)	9	88
Wielka Brytania	21	4,0 (tylko NHS)	92
Czechy	35	7	94
Węgry	32	5	85
Słowacja	36	7	71
Polska	22	3	49

Źródło: Zestawienie własne na podstawie bazy danych OECD (Health Data 2004).

Jeśli w Polsce dokonają się zmiany organizacyjne polegające na przesunięciu prac administracyjnych od lekarzy do personelu pielęgniacyjnego, jak to ma miejsce od lat w krajach zachodnich, to przy wzroście potrzeb pielęgniacyjnych ze strony populacji – na skutek procesu starzenia się, deficyt personelu pielęgniarskiego może być bardzo silny. Jednocześnie w Polsce nadal silnie mogą działać czynniki motywujące pielęgniarki do wyjazdów do pracy w starzejących się krajach Europy Zachodniej. Nie tylko niskie płace, ale też nierespektowanie ładu płacowego w ochronie zdrowia oraz ciągnące się latami konflikty w związku z wynagradzaniem pielęgniarek nie sprzyjają bowiem budowaniu w Polsce optymistycznej ścieżki kariery w tym zawodzie.

1.2.4. Kosztotwórcze czynniki infrastruktury szpitalnej

W analizowaniu przyczyny wysokich kosztów systemu ochrony zdrowia uwzględnia się zwykle posiadane zasoby infrastrukturalne, których wskaźnikiem jest liczba tzw. ostrych łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców, średni czas pobytu w szpitalu oraz udział wydatków na opiekę stacjonarną. Im zasoby są bogatsze, a średni czas pobytu dłuższy, tym koszty systemu zdrowotnego są wyższe. Ich wyrazem jest wysoki udział opieki stacjonarnej w całości wydatków na ochronę zdrowia.

3 etap reform

Tabela 1.7. Łóżka szpitalne, średni czas pobytu i wydatki na opiekę stacjonarną

Kraje	Łóżka szpitalne ostre na 1000 ludności		Średni czas pobytu w szpitalu (ALOS), dni		Udział wydatków na opiekę stacjonarną w wydatkach całkowitych, %, 2002	
	1990	2002	1990	2002	1990	2002
Austria	7,1	6,1	9,3	6,0		38,2
Belgia	4,9	4,7 (1995)		8,0 (1999)	32,8	34,6 (1997)
Dania	4,1	3,4	6,4	3,7	56,7	51,1
Finlandia	4,3	2,4	7,0	4,3	44,7	39,2
Francja	5,2	4,0	7,0	5,7	45,7	41,3
Niemcy		9,0	16,7	11,6	34,7	36,1
Grecja	4,0	4,0 (2000)	7,5	6,3 (1999)	65,2	
Irlandia	3,3	3,0	6,7	6,5		
Włochy	6,2	4,6	9,5 (1991)	6,9	42,7	41,8
Korea	2,7	5,7	12,0	11,0	23,3	22,9
Luksemburg	6,8	5,8	11,0	7,6	26,4	40,3
Holandia	4,3	3,5 (2000)	11,2	8,6	49,2	40,8
Norwegia	3,8	3,1	7,8	5,7	61,7	
Portugalia	3,4	3,2	8,4	7,3	32,3	
Hiszpania	3,3	2,8 (2000)	9,6	7,1 (2000)	44,1	27,6
Szwecja	4,1	2,4 (2000)	6,5	4,8	49,0 (1993)	31,2
Szwajcaria	6,5	3,9	13,4	9,2	47,9	48,1
Turcja	2,0	2,1	6,0	5,2	33,4	19,9
USA	3,7	2,9	7,3	5,7	35,7	27,6
Wielka Brytania	2,8	3,9	5,9	6,9		
Czechy	8,5	6,6	12,0	8,3	29,6 (1995)	37,8
Węgry	7,1	5,9	9,9	9,9	65,2 (1991)	29,0
Słowacja		5,5		7,8		35,0
Polska	6,3	4,6	12,5	~8,0		46,5

Źródło: Baza danych OECD z lat 2003 i 2004, ~ dla Polski szacunki.

Przez około dwie dekady, bez mała we wszystkich krajach grupy OECD, podejmowane były działania związane z ograniczeniem kosztów opieki szpitalnej, jako najdroższej części systemu. Jeżeli w 1980 r. przeciętna liczba łóżek szpitalnych wynosiła 5,7 na 1000 mieszkańców, to w 2000 r. już tylko 4 łóżka. Zmniejszył się też średni czas pobytu wymagający tzw. opieki ostrej w szpitalach (ALOS). W 1985 r. przeciętny wskaźnik wynosił 9,6 dni, a w 2000 r. – 6,9 dni, czyli prawie 3 dni mniej.

W latach 90. polityka ograniczania kosztów była kontynuowana z większą intensywnością, doprowadzając do uzyskania w opiece szpitalnej znacznych efektów oszczędnościowych.

W krajach regionu, które weszły do OECD (Węgry, Czechy, Słowacja i Polska), wykazano, że kosztotwórcze wskaźniki łóżek szpitalnych oraz wskaźniki pobytu w szpitalach znacznie odbiegają od przeciętnych w grupie krajów OECD – są istotnie wyższe. Efektywnościowe rezerwy kosztowe były więc widoczne „jak na dłoni”. Jednocześnie jednak zastosowanie instrumentarium polityki ograniczania kosztów okazało się znacznie trudniejsze niż to się na początku wydawało. Lokalizacja szpitali okazała się daleka od optymalnej z punktu widzenia fizycznego

dostępu do opieki stacjonarnej. Kształtowana w poprzednim okresie uwzględniała także kryteria doktryny wojennej Układu Warszawskiego. W Polsce zaowocowało to znaczną koncentracją obiektów szpitalnych w województwach zachodnich, a szczególnie Dolnego Śląska.

W okresie transformacji, gdy struktury administracji państwowej uległy znacznej decentralizacji i samorządy terytorialne uzyskały znaczny stopień władztwa na swoim terytorium, polityka w odniesieniu do posiadanej infrastruktury usług socjalnych zaczęła podlegać także innym kryteriom. Szpital – to nie tylko miejsce świadczenia usług zdrowotnych, ale często jeden z poważniejszych regionalnych czy lokalnych pracodawców oraz źródło prestiżu. Restrukturyzacja sieci szpitalnej dokonana z perspektywy kraju okazała się bardzo trudna do uzgodnienia. Natomiast reforma 1999 r. przyczyniła się do pewnej restrukturyzacji wewnętrznej (oddziałów), jednak jej kierunki nie były takie, jakich pożądan. Motywacje, które tkwiły w metodach finansowania szpitali nie były dobrze ukierunkowane. W rezultacie – błędne sygnały zawarte w kontraktach kas chorych ze szpitalami lub ich brak nie doprowadziły do ukształtowania pożądanej struktury oddziałowej (Sowada, w: Golinowska 2002).

1.2.5. Finansowanie inwestycji i amortyzacja

Analiza kosztów wytwarzania usług zdrowotnych wskazuje na poważne niedostatki regulacji kosztowych w zakresie finansowania inwestycji. W odniesieniu do inwestycji rozwojowych dotacje otrzymuje samorząd terytorialny, który jako organ założycielski może ją przekazać placówce zdrowotnej na określoną działalność inwestycyjną czy zakup sprzętu. Jednocześnie samorząd terytorialny nie jest faktycznym właścicielem nieruchomości „swoich” placówek. Jego gospodarka inwestycyjna może sprowadzić się wyłącznie do „dawania inwestycji”, ale już nie do obrotu, chyba że placówka będzie w stanie upadłości. Samorząd nie ma uprawnień pozwalających na bieżące finansowe wspomaganie placówki. Jeżeli wspomaga placówkę inwestycyjnie, to wzrost kosztów bieżących z tego tytułu obciąża NFZ. W praktyce niektóre samorządy dokonują różnych wpłat, gdy placówki mają trudności, ponieważ samorząd jest jednocześnie odpowiedzialny za dostarczanie usług zdrowotnych swym mieszkańcom. Prawo w tym punkcie jest sprzeczne (Surówka 2004).

Praktyka inwestycyjna jest źródłem poważnych problemów finansowych samodzielnych placówek zdrowotnych. Producenci i dostawcy drogiego sprzętu medycznego niejednokrotnie przekonują dyrektorów szpitali do jego nabycia „na kredyt”, sami egzekwując płatności od samorządu. Jeżeli samorząd nie ma środków, to przeciąga spłaty, a zakład popada w długi. Propozycja regulacyjna sprzyjająca zmianie tego mechanizmu polegała na przekształceniu szpitali w spółkę użyteczności publicznej, której głównym udziałowcem (aż 75%) miał być samorząd terytorialny. Samorząd miałby więcej instrumentów do prowadzenia polityki inwe-

stycyjnej. Jak jednak miałyby prowadzić swe działania w zgodzie z krajową siecią placówek? Jakim mechanizmem realizowany byłby ten związek?

Istotnym problemem są także wady w ewidencjonowaniu kosztów amortyzacji inwestycji odtworzeniowych. *Nota bene* obowiązująca ewidencja dotycząca amortyzacji odtworzeniowej z góry zakłada niezrównoważenie systemu finansowego. Amortyzacja jest bowiem składnikiem kosztów, ale nie wchodzi do wyceny kontraktu – środków przeznaczonych na wydatki placówek. Ponadto wartość odpisów amortyzacji księgowej jest dwukrotnie niższa od amortyzacji oszacowanej na bazie posiadanego majątku (Ponikło 2004).

1.2.6. Zadłużanie się placówek

Wyrazem nierównowagi jest zadłużanie się placówek. Od momentu ogłoszenia likwidacji kas chorych i zmiany systemu, proces ten nabrał bardzo wysokiej dynamiki. Przyczyny narastania procesu zadłużenia są liczne, zarówno zewnętrzne wobec placówki, jak np. wspomniane nieuwzględnianie w stawkach kontraktów środków na inwestycje odtworzeniowe, czy też faktu, że najbardziej kosztotwórcze ceny czynników produkcji (leki i nowe technologie medyczne) nie są przedmiotem odpowiedniej oceny typu koszt-efekt, jak też zawinione złym zarządzaniem w skali mikro. Trudno poszczególnym czynnikom nadać odpowiednie rangi. Jednak trzeba dostrzec, że znaczna ich część wynika ze złych regulacji, albo regulacji bez instrumentów, oraz ze złego zarządzaniem systemem. Dotyczy to z jednej strony – prawnie nadanej samorządom terytorialnym odpowiedzialności za kondycję placówek zdrowotnych bez możliwości pełnienia tej odpowiedzialności (bez prawa do majątku i bez środków), a z drugiej – prowadzenia niedostatecznie „kontrolnej” polityki lekowej.

Tabela 1.8. Wysokość zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz)

Stan na dzień	31.12.2000	31.12.2001	31.12.2002	31.12.2003	30.06.2004
Wysokość zobowiązań wymagalnych* w mln zł	1 520,5	2 744,4	3 245,4	4 729,7	5 508,9
w tym:					
Udział zobowiązań placówek, których organem założycielskim są samorzady terytorialne	-	83,0 %	84,0 %	85,0 %	83,5 %
Udział zobowiązań z tytułu dostaw i usług	-	73,6%	64,3%	52,4%	51,6%

* zobowiązania wymagalne, to te zobowiązania, których termin płatności minął

Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Finansów.

Przyczyny zadłużenia w opinii spzoz:

- dodatkowe obciążenia finansowe wynikające z realizacji ustawy „203” (podwyżki dla personelu medycznego uchwalone zostały bez zwiększenia środków *via* podniesienie stawek usług),

- obciążenia podatkowe – najwyższa stawka podatku od nieruchomości (do 2002 r.), brak zwrotu podatku VAT, niepokrywane odpisy amortyzacyjne,
- brak faktycznej odpowiedzialności organów założycielskich za powstanie zobowiązań spzoz i ograniczenia prawne jednostek samorządu terytorialnego w zakresie udzielania pomocy finansowej placówkom, dla których są organami założycielskimi,
- koszty związane z naprawą lub odnowieniem zdekapitalizowanego wyposażenia w sprzęt, niepokrywane przez stawki usług w kontraktach,
- samodzielne podejmowanie decyzji inwestycyjnych przez spzoz wobec braku polityki i środków ze strony organów założycielskich w tej dziedzinie, a w konsekwencji brak nadzoru,
- swoboda zaciągania zobowiązań (samodzielność spzoz) – brak regulacji ograniczających możliwość zaciągania zobowiązań powyżej określonego limitu (np. w relacji do przychodu),
- brak wyraźnego systemu motywowania kadry menadżerskiej do gospodarności,
- brak regulacji i środków pozwalających na lepsze wykorzystanie zasobów kadr medycznych w placówkach,
- wyłączenie spzoz z prawa upadłościowego i układowego.

1.2.7. Popyt na usługi zdrowotne

Człon trzeci równania bilansowego obejmuje wartość zgłaszanego popytu na usługi zdrowotne. Sposobem jej oszacowania jest analiza korzystania z usług. Reprezentacyjne badania zachowań konsumpcyjnych, obejmujące także korzystanie z usług zdrowotnych, wykazały, że począwszy od 1999 r. wzrasta liczba hospitalizacji, a od 2000 r. także wizyt w ośrodkach POZ oraz u specjalistów. Wzrost korzystania z usług lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wyjaśniany jest zmianą systemową reformy 1999 r. (odejście od rejonizacji i swoboda wyboru lekarza pierwszego kontaktu) oraz wprowadzeniem metody kapitacyjnej w finansowaniu podstawowego szczebla opieki zdrowotnej (Tymowska 2004). Ta tendencja potwierdzona została opiniami o zatrzymywaniu pacjentów z wcześniej zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi (Tymowska, Kowalska 2002) w kręgu opieki lekarzy pierwszego kontaktu.

Jednocześnie jednak obserwuje się zjawisko wyjątkowo wysokiego korzystania z usług najdroższych – szpitalnych. Od momentu reformy 1999 r. liczba hospitalizacji wzrastała znacznie bardziej dynamicznie niż wcześniej. Obecnie hospitalizuje się rocznie 1 mln osób więcej niż w 1998 r. (GUS 2003). Także okres pobytu w szpitalu jest długi – średnio 8 dni – patrz tabela 1.7, chociaż tendencja kształtowania się tego wskaźnika jest malejąca.

Wyniki badań przeprowadzonych w ramach projektu „Diagnoza 2003” wskazują, że z opieki szpitalnej najczęściej korzystają rolnicy, renciści oraz członkowie rodzin wielodzietnych (Tymowska op.cit). Te kategorie – to reprezentanci najuboższej części społeczeństwa. Dotarcie z promocją zdrowia do tych grup oraz programy prewencji ukierunkowane na środowiska zaniedbane mogłyby przyczynić się do osłabienia tendencji rozpoczynania troski o zdrowie dopiero w momencie poważnego jego zagrożenia.

Oddziaływanie na popyt wbudowane w konstrukcję systemu jest raczej słabe. Wprowadzenie funkcji odzwierniwego wobec lekarzy POZ nie daje wyraźniejszego efektu w odniesieniu do środowisk wiejskich i ubogich. Z kolei indywidualne opłaty pacjentów, które są w Polsce bardzo wysokie dotyczą przede wszystkim leków. Pobyt w szpitalu pozwala uniknąć tych opłat.

1.3. Wady zarządzania

Błędy i niska jakość zarządzania występują na wszystkich szczeblach, ale ich natura jest różna. Przyczyny złego zarządzania wynikają w znacznym stopniu z przewagi celów politycznych nad rzeczowymi. Czynnikiem szczególnie negatywnie działającym na jakość zarządzania jest polityczny dobór kadr na wszystkich (bez mała) szczeblach zarządzania w ochronie zdrowia. Nominacje oparte na kryterium lojalności politycznej lub personalnej, pozbawione są niejednokrotnie nie tylko kryteriów merytorycznych, ale także etycznych. W systemie ochrony zdrowia nie działała jeszcze powsechnie pragmatyka służby cywilnej.

Na szczeblu centralnym wady zarządzania polegają na:

- Nieumiejętnej i niedostatecznej koordynacji w systemie ochrony zdrowia, co ma szczególne znaczenie w związku z postępującymi procesami prywatyzacji i komercjalizacji segmentów systemu (niezbędne wcześniejsze opracowanie i wdrożenie wytycznych postępowania medycznego, wprowadzenie procedur kontroli jakości, itp.)
- Niedostatecznej informacji oraz braku wiarygodnych prac eksperckich w procesie podejmowania decyzji. Brakuje informacji oraz systemów monitorowania zjawisk występujących w opiece zdrowotnej. Dotyczy to zarówno informacji o stanie zdrowia i potrzebach zdrowotnych populacji (dane epidemiologiczne), jak i o zasobach (dane statystyczne) oraz profesjonalnych i instytucjonalnych zachowaniach poszczególnych aktorów systemu (dane o świadczonych usługach, wykorzystanych środkach finansowych i użytych zasobach – dane sprawozdawcze) pozwalających na analizy i oceny. Próby budowania takich systemów informacyjno-monitorujących były wielokrotnie torpedowane, także pod pretekstem walki z biurokratycznymi wymogami.

- Braku przejrzystych i analitycznie uzasadnionych decyzji w sprawie polityki lekowej, co prowadzi do rozszerzania zakresu decyzji dyskrecyjnych, narażając na uleganie naciskom grup interesów i prowadząc do występowania zjawisk korupcyjnych.
- Braku procedur planowania (prognozowania i projektowania) zasobów kadrowych. Planowanie kadr na szczeblu kraju wymaga synchronizacji wniosków stąd płynących z działaniami uczelni medycznych, których interesy w tej dziedzinie nie zawsze są zbieżne z interesem krajowym. W sprawie personelu medycznego propagowane są mity o nadmiarze, które pogarszają funkcjonalność systemu.
- Braku procedur planowania i koordynowania niezbędnych zasobów technicznych do „produkcji” świadczeń zdrowotnych: inwestycji i zakupów urządzeń medycznych. W odniesieniu do sprzętu medycznego to partykularne dążenia różnych placówek, które gromadzą zasoby ponad miarę zapotrzebowania, a także ponad możliwości bieżącego finansowania (eksploatacja, konserwacja) są jednym z istotnych źródeł dysfunkcji systemu. Dysfunkcje pogłębiają się ze względu na drastyczne przeszkody w koordynowaniu wykorzystywania udostępnionego już sprzętu⁶.
- Niestosowaniu procedur dialogu społecznego w sytuacji konfliktów między uczestnikami (stronami) systemu narażając go na dysfunkcje, a obywateli na poczucie zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego.
- Niestosowaniu przez ministra zasady systematycznego informowania obywateli o stanie zdrowia społeczeństwa oraz o sytuacji w systemie opieki zdrowotnej, co prowadzi do tego, że podstawowa wiedza społeczna kształtowana jest przez nastawione na sensację media. Narasta brak społecznego zaufania i dezorientacja.

Na szczeblu samorządu terytorialnego problemem jest niedostateczne przygotowanie kadr do realizacji funkcji organu założycielskiego placówek ochrony zdrowia oraz nieokreślone środki do realizacji tych i innych funkcji samorządu w systemie ochrony zdrowia, szczególnie dotyczących zdrowia publicznego.

Na szczeblu mikroekonomicznym – placówek ochrony zdrowia – niska jakość zarządzania polega nie tylko na niskiej efektywności ekonomicznej, ale przede wszystkim na złej organizacji usług (lekceważących pacjenta) oraz niedostatków w logistyce prowadzenia placówki.

⁶ Warto przypomnieć o odpowiedzialności płatników przy podejmowaniu decyzji o kupnie lub przyjęciu sprzętu (w przypadku gdy jest to darowizna), bo to z przekazywanych przez niego środków należy zapewnić efektywne wykorzystywanie zasobów. Tak więc nawet zakupy z grantów lub szlachetne donacje nie pozostają bez wpływu (także destrukcyjnego) na sytuację finansową w systemie.

Rozdział 2. Kierunki niezbędnych zmian publicznego systemu ochrony zdrowia

Głoszona teza o tym, że na obecnym etapie rozwoju kraju nie jest możliwe zapewnienie wszystkim obywatelom (ubezpieczonym) równego dostępu do wszystkich możliwych (w oparciu o dostępną wiedzę i umiejętności medyczne) świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych powoli staje się tezą powszechnie zrozumiałą, chociaż niekoniecznie akceptowaną. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej wyraźnie definiuje zakres odpowiedzialności władz publicznych: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa” (artykuł 68). Odpowiedzialność władz publicznych ogranicza się do sfery świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Mimo że nowa (2004) ustawa nie określa dokładnie zakresu świadczeń należnych każdemu obywatelowi ze środków publicznych, to nie ma podstaw do twierdzenia, jakoby zapisy konstytucyjne gwarantowały wszystkim obywatelom nieograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych na koszt publicznych płatników i nie dopuszczały indywidualnej odpowiedzialności każdego obywatela za swoje zdrowie. Wręcz przeciwnie, konstytucja wymaga przejęcia odpowiedzialności prywatnej, zaś poprzednia ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, która nie określała precyzyjnie zakresu tej indywidualnej odpowiedzialności uznana została przez Trybunał Konstytucyjny za sprzeczną z konstytucją⁷.

Polska konstytucja nie narzuca więc państwu pełnej i wyłącznej odpowiedzialności za zdrowie obywateli, określa jedynie odpowiedzialność w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych w granicach wyznaczonych przez ustawę.

To oznacza, że w systemie ochrony zdrowia pojawić się musi „twardo” zdefiniowana odpowiedzialność państwa (społeczeństwa w ramach systemu solidarności społecznej) za pewien podstawowy zakres świadczeń. Jak go określić? Nie ma tu jednego podejścia, czy jed-

⁷ Trybunał Konstytucyjny wyrokiem z 7 stycznia 2004 r. (Sygn. akt K 14/03) uznał m.in., że sprzeczne z art. 68 ust. 2 Konstytucji jest nieokreślenie w ustawie świadczeń zdrowotnych, jakie „w zamian” za opłaconą składkę winni mieć zapewnione ubezpieczeni. W ten sposób wymuszono otwartą deklarację w sprawie przygotowania tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych.

nej dobrej praktyki. W ciągu ostatnich 20 lat w krajach zachodnich przetoczyła się fala dyskusji na ten temat doprowadzając w wielu z nich do zdefiniowania zakresu świadczeń publicznych w narodowych ustawach ochrony zdrowia.

Dyskusja na temat racjonowania toczy się obok dyskusji na temat racjonalizacji kosztów. Im bowiem większe efekty uzyska się w dziedzinie oszczędności zasobów zużywanych do wytwarzania świadczeń, tym skala racjonowania może być mniejsza. **Kierunki reform zdrowotnych zawsze osadzają się na rozwiązaniach między racjonowaniem a racjonalizacją.** Czy występujący obecnie w Polsce akcent na racjonowanie oznacza mniej zainteresowania racjonalizacją? Wydaje się, że profesjonalna i świadoma racjonalizacja, jaka miała miejsce w wielu krajach, jeszcze się w Polsce nie dokonała. Trudno bowiem tak nazywać ograniczenia budżetowe narzucone kontraktami. Dlatego reformy polskie są znacznie trudniejsze niż w innych krajach. Oba działania należy podjąć w tym samym czasie. Pociuszającym jest tylko to, że znając pozytywne i negatywne efekty reform podejmowanych przez innych, można się więcej nauczyć: unikać błędów i wzorować się na dobrych praktykach.

2.1. Koszyk świadczeń gwarantowanych

Dyskusja, jak toczy się w świecie na temat koszyka świadczeń gwarantowanych odbywa się pod hasłem racjonowania albo definiowania priorytetów.

Racjonowanie nie jest wynalazkiem ostatnich lat – zawsze występowało w publicznym systemie ochrony zdrowia, chociaż nie zawsze *explicite*. Limitowane budżety dla świadczeniodawców czy współpłacenie – to formy racjonowania typu *implicite*, ale listę leków refundowanych można już uznać za jasne i jednoznaczne racjonowanie – *explicite*.

To, co w ostatnim okresie w debacie o racjonowaniu przeważa, to nawoływanie do racjonowania *explicite*; racjonowania otwartego, z klarownymi zasadami oraz skoordynowanego. Przeważający nurt debaty na temat racjonowania dokonuje się pod hasłem „żegnajcie proste rozwiązania”⁸. Nie wszyscy są tym zachwyceni i koncepcja racjonowania wywołuje niejednokrotnie ostrą krytykę. W 1998 r. w ramach Eurobarometru przeprowadzono badanie opinii w sześciu krajach europejskich na temat potrzeby racjonowania świadczeń zdrowotnych: w Wielkiej Brytanii, Holandii, Szwecji, Francji, Niemczech (odrębnie kraje związkowe wschodnie i zachodnie) i we Włoszech (Mossialos/King 1999). Wyniki badań ukazały podzielone społeczeństwa europejskie. Holandia, Wielka Brytania, Szwecja i częściowo Niemcy

⁸ Taki tytuł miała też druga międzynarodowa konferencja na temat określania priorytetów w ochronie zdrowia „*Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care*”, która odbyła się w Londynie 8-10.10.1998 r.

(bardziej zachodnie) zdecydowanie popierają jawne i zinstytucjonalizowane racjonowanie, gdy środki są ograniczone. Autorzy analizy podkreślają wysoką korelację poparcia dla racjonowania z poziomem wykształcenia (op.cit, s. 102 i tab. 7).

Finalnym produktem procesu racjonowania jest koszyk świadczeń gwarantowanych. Niekiedy stawiane jest pytanie, czy racjonowanie nie byłoby prostsze, gdyby zastosować metodę tzw. koszyka negatywnego, czyli wskazania interwencji medycznych, które nie powinny w całości lub znacznej części być finansowane ze środków publicznych. Jednak w praktyce wymagania ubezpieczycieli i osób uprawnionych dotyczą wskazania „co się należy”. Zdecydowana większość prac nad otwartym racjonowaniem prowadzi do konstrukcji koszyka pozytywnego.

2.1.1. Co zawiera koncepcja koszyka?

Gdy używa się terminu koszyk świadczeń gwarantowanych to, wbrew pozorom, nie zawsze jest oczywiste, o co chodzi. Czytając różne opracowania na ten temat wyraźnie widoczna jest różnica między środowiskiem medycznym, a środowiskiem *policy makers*. W środowisku medycznym koszyk najchętniej byłby interpretowany jako świadczenia o dowiedzionej skuteczności medycznej i ewentualnie spełniające kryteria kosztowe. Natomiast *policy makers* chcieliby jeszcze spełnienia innych kryteriów, np. dowodu na niezbędność (konieczność) udzielenia danego świadczenia, czy też dowodu na to, iż nieudzielenie danego świadczenia w ramach koszyka nie wywoła zaniechania korzystania w ogóle, lecz tylko przesunięcie do finansowania ze środków indywidualnych. Chcieliby także, żeby koszyk nie tworzył problemów z dostępem do świadczeń grupom socjalnie słabszym.

Zarówno teoria, jak i praktyka systemów opieki medycznej oferuje szereg kryteriów i metod pomocniczych pozwalających na sprecyzowanie katalogu świadczeń podstawowych gwarantowanych każdemu obywatelowi (mieszkańcowi) przez publicznego płatnika. Kryteria klasyfikacji świadczeń można podzielić na trzy grupy. Pierwsza grupa odnosi się do chorób, druga do konkretnych świadczeń, a trzecia do indywidualnych cech pacjenta (Sowada 2000)⁹. Zastosowanie obiektywnych, precyzyjnie sformułowanych kryteriów przy określeniu świadczeń gwarantowanych zasadniczo zmienia „jakość” sformułowanego koszyka

⁹ Z koszyka świadczeń gwarantowanych można np. wykluczyć świadczenia służące leczeniu chorób bagatelnych, chorób nieuleczalnych prowadzących do szybkiego zgonu, chorób będących następstwem lekkomyślnego zachowania pacjenta oraz do przypadków nie stanowiących chorób w medycznym tego słowa znaczeniu. Najważniejsze kryteria podziału samych świadczeń na podstawowe i ponadpodstawowe to kryteria medycznej efektywności, zasadności i konieczności, ceny i elastyczności cenowej, kosztów, przynależności do świadczeń medycznych oraz kryterium przynależności przypadku do przypadków losowych. Trzecia grupa kryteriów pozwalających uszczegółowić zasięg opieki medycznej gwarantowanej przez publicznych płatników odnosi się do indywidualnych cech pacjentów, takich jak np. spełnienie określonych warunków zdrowotnych, wiek i pozycja socjalna oraz czas oczekiwania na świadczenia.

w porównaniu z efektem uzyskanym w wyniku arbitralnych decyzji politycznych podporządkowanych krótkookresowym interesom rządzących państwem oraz interesom poszczególnych grup lobbystycznych.

Ostateczna decyzja dotycząca zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych pozostanie zawsze decyzją polityczną. Tym bardziej powinna ona opierać się na konsensusie społecznym i politycznym oraz uwzględniać realne potrzeby społeczeństwa, ale także możliwości finansowe państwa. Te ostatnie powinny stać się najważniejszym wyznacznikiem granic koszyka, gdyż efektem końcowym prac nad koszykiem świadczeń gwarantowanych powinno być precyzyjne określenie bezwzględnych uprawnień pacjentów do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, zarówno co do rodzaju należnych im świadczeń, jak i standardu jakościowego tych świadczeń oraz warunków ich udzielenia. Bezwzględność uprawnień oznacza, że każdy obywatel ma prawo do uzyskania świadczeń gwarantowanych, jeśli zajdzie ku temu konieczność, medyczna zaś że, publiczny płatnik ma obowiązek rzeczywistego zagwarantowania dostępu do wyznaczonych w koszyku świadczeń.

W pełnym znaczeniu, zadowalającym regulujących systemem i jego użytkowników, koszyk świadczeń gwarantowanych powinien spełniać następujące funkcje.

Po pierwsze – **zdefiniować katalog świadczeń zdrowotnych możliwych do sfinansowania przez określonego płatnika**: budżet państwa, jakiegoś publicznego funduszu (w naszym przypadku NFZ), prywatnego ubezpieczyciela czy innego rodzaju podmiot finansujący.

Aby możliwe było zakreślenie jakiejkolwiek grupy świadczeń zdrowotnych potrzebna jest dość oczywista, wydawałoby się, informacja – katalog wszystkich stosowanych w medycynie procedur. Takie katalogi powstały w wielu krajach. Najczęściej były opracowywane przez organizacje środowisk medycznych. Nazywane są klasyfikacjami procedur medycznych¹⁰. Z punktu widzenia potrzeby definiowania koszyka świadczeń gwarantowanych, istotne jest rozdzielenie świadczeń terapeutycznych i świadczeń rehabilitacyjnych, od świadczeń zdrowia publicznego, a także zdefiniowanie procedur wysoko specjalistycznych. Decyzje o tym, czy koszyk obejmuje zdrowie publiczne, a także w jakim zakresie obejmuje świadczenia rehabilitacyjne oraz procedury wysoko specjalistyczne, to decyzja pierwotna.

Po drugie – **zdefiniować uprawnienia** osoby ubezpieczonej w publicznych systemach ubezpieczeń zdrowotnych. Pionierskie prace nad zdefiniowaniem koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli klasyczne już doświadczenia amerykańskie w stanie Oregon, spowodowane były chęcią rozszerzenia uprawnień dla osób ubogich w ramach systemu Medicaid¹¹. Zagadnie-

¹⁰ W Polsce została przetłumaczona kolejna wersja klasyfikacji amerykańskiej - *The International Classification of Diseases. Clinical Mod a Tyfication*.

¹¹ W tym celu w stanie Oregon powołano w 1989 r. specjalną komisję (Health Services Commission), której zadaniem było wyznaczenie koszyka świadczeń gwarantowanych przez Medicaid dla osób ubogich.

nie zdefiniowania uprawnień osoby ubezpieczonej staje się pilniejsze w miarę rozwoju technologii medycznych.

Po trzecie – koszyk zawiera także opis **standardowego sposobu postępowania medycznego w przypadkach określonych chorób**. Dominujący obecnie kierunek uprawiania medycyny polega na upowszechnianiu wytycznych (*guidelines*) postępowania leczniczego, które znajdują potwierdzenie w dowodach naukowych (EBM – *evidence based medicine*). W konsekwencji – w koszyku świadczeń gwarantowanych powinny znaleźć się tylko procedury pewne (w potocznym języku nazywane standardem medycznym), które mają udowodnioną skuteczność medyczną. Na marginesie warto zauważyć, że tendencja do respektowania przede wszystkim procedur medycznie udowodnionych, przyczyniła się do rozwoju licznych analiz typu *health impact assessment*, które nazywane są niekiedy „nową nauką” – *new scientism* (Klein i inni 1996).

Po czwarte – koszyk oznacza wpływ na **racjonalne używanie „wsadu” do tworzenia usług zdrowotnych: urządzeń medycznych i technologii medycznych, materiałów i leków, a także zasobów pracy** (kadry medycznej). Racjonalność w tym przypadku oznacza stosowanie w sposób formalny analizy pozwalającej stwierdzić, czy oczekiwany efekt zdrowotny uzyskany zostanie po dostatecznie niskich kosztach pozwalających na uzasadnienie zainstalowania postulowanego urządzenia, czy jakiejś nowej technologii medycznej lub odwrotnie – czy proponowane urządzenie jest uzasadnione z punktu widzenia możliwego do uzyskania efektu zdrowotnego. Ten rodzaj podejścia oznacza konieczność zastosowania dwóch rodzajów prac. Jeden rodzaj – o charakterze bardziej technicznym – to po prostu analiza typu koszt-efekt zastosowania do procedur i technologii medycznych. Drugi rodzaj prac – to wprowadzenie systemu oceny stosowanych procedur i technologii (HTA). Analizy takie przygotowywane w zespołach badawczych i analitycznych oceniane są następnie przez wybrane grupy profesjonalistów.

Po piąte – istotny cel tworzenia koszyka świadczeń dotyczy **eliminowania procedur i interwencji (oraz leków), które nie przynoszą korzyści klinicznych**, a jednocześnie stanowią zwykle w takich sytuacjach zagrożenie związane z ryzykiem wystąpienia powikłań i komplikacji. Rozwój nauk medycznych pozwala na nowo spojrzeć na liczne interwencje medyczne i sposoby terapii, aby stwierdzić, że nie dość, iż nie niosą one za sobą korzyści zdrowotnych, to nawet stanowią zagrożenie zdrowia.

2.1.2. Kto ma prawo i powinien uczestniczyć w kształtowaniu koszyka i podejmować decyzje o jego zawartości?

Pytanie o opinie decydujące w sprawie zawartości koszyka jest pytaniem szczególnie zasadnym. W jakim zakresie powinni decydować o tym tylko politycy, w jakim zabierać głos

profesjonaliści, a w jakim społeczeństwo? To ważny problem do rozstrzygnięcia. Na ogół przyznaje się zasadnicze kompetencje profesjonalistom w zakresie wskazywania procedur medycznie koniecznych oraz ekonomicznie efektywnych technologii medycznych. Jednak coraz częściej do wyboru priorytetów w ochronie zdrowia dochodzi głos społeczeństwa i to nie tylko w decyzjach o dopłacaniu i różnicowaniu dostępu.

Doświadczenie międzynarodowe pokazuje, że racjonowaniem zajmują się zwykle niezależne (wolne od nacisków wielu grup interesów) instytucje publiczne. Ich zadania polegają na:

- Określaniu kryteriów do wyznaczenia zakresu (koszyka) świadczeń gwarantowanych (patrz niżej).
- Stosowaniu wypracowanych ocen typu EBM oraz HTA dotyczących standardów medycznych, wprowadzanych leków, nowych technologii medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych z uwzględnieniem analizy istniejących w systemie zasobów.
- Definiowaniu zasad zróżnicowanych uprawnień grup społecznych i pacjentów do świadczeń gwarantowanych i/lub współpłacenia na podstawie opracowanej koncepcji tzw. adresowania świadczeń zdrowotnych (*targeting*).
- Opracowywaniu kryteriów i prowadzeniu analiz dotyczących list pacjentów oczekujących na świadczenia medyczne.

Wyniki prac wykonane w ramach instytucji powołanych do wyżej wymienionych zadań poddane są procesowi profesjonalnych konsultacji. Różnego rodzaju narady, konferencje i protokoły uzgodnień stanowią normalną drogę dochodzenia do profesjonalnego konsensusu. Poza tym jednak mają miejsce także procedury pozwalające na wyrażanie opinii społecznej.

Uwzględnianie wyników opinii społecznej odbywa się zwykle dzięki szerokiemu zainteresowaniu mediów. Niekiedy przybiera to postać przynoszącą odwrotny skutek do zamierzonego. Akceptacja społeczna dla procesu wyrzucania z koszyka świadczeń gwarantowanych (albo nie wprowadzania do koszyka) niektórych procedur medycznych wskazanych przez profesjonalistów jako niezasadne, a nawet o wątpliwej skuteczności, nie jest duża. W sprawie zdrowia ludzie nie są bowiem racjonalni. Trzymają się zwykle nadziei, a nie rachunku prawdopodobieństwa. Dlatego na przykład po wprowadzeniu koszyka świadczeń gwarantowanych w Izraelu (w ramach ustawy o narodowym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1995 r.) w pierwszym okresie wprawdzie nie wzrastał zakres „koszykowych” usług zdrowotnych, ale wzrastały usługi wprawdzie w koszyku nieuwzględnione, ale finansowane ze środków publicznych. Media miały w tym duży udział podnosząc temperaturę debaty i wprowadzając ponadto interesowny głos producentów leków i sprzętu medycznego (Chinitz i inni 2000). Opanowanie tego procesu jest niewątpliwie bardzo trudne, ale „inteligencja demokracji” z czasem doprowadza do porządku w ramach zrównoważonego finansowania koszyka.

3 etap reform

Doświadczenie międzynarodowe wskazuje także na znaczne różnice kulturowe w społecznej akceptacji dla procesu racjonowania świadczeń. Z jednej strony – zadziwia racjonalizm wyborów społecznych w tej dziedzinie w społeczeństwie holenderskim, a z drugiej – niebываły irracjonalizm włoski opisywany jako przypadek profesora Luigi Di Bella (Garattini /Bertele 2000)¹². Należy może zaznaczyć, że historia somatostatynu, leku na raka, wypromowanego przez profesora Di Bella zdarzyła się przed uchwaleniem ustawy o świadczeniach podstawowych gwarantowanych publicznie (2001 r.). Obecnie decyzja o produkcji tego leku byłaby chyba niemożliwa. Wyniki analiz skuteczności medycznej określonych terapii i wprowadzanych leków stanowią bowiem niezbędny argument, także już we Włoszech, do uwzględnienia w decyzjach o publicznym finansowaniu.

2.1.3. Kryteria zapisywane i stosowane w regulacjach prawnych dotyczących koszyka

Kraje, w których koszyki świadczeń gwarantowanych definiowane są *explicite*, w regulacjach prawnych posiadają zapisane kryteria, na podstawie których dane świadczenie wskazane jest do uwzględnienia w koszyku. Oto kilka przykładów w tej dziedzinie.

Zestawienie. Kryteria stosowane w regulacjach krajowych dotyczących zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych publicznie

Kraje/ Kryteria	Niezbędności	Skuteczności medycznej	Efektywności Koszt/efekt	Etyczne	Akceptacji społecznej	Możliwości pokrywania ze środków ludności
Holandia	X	X	X		X	X
Szwecja				X	X	
Nowa Zelandia		X	X	X	X	
Kanada				x zróżnicowane regionalnie		
Izrael			X	X		
Szwajcaria			X	X		
Wielka Brytania		X	X	X	X na poziomie lokalnym	

¹² W historii włoskiej chodzi o somatostatin, rzekomo cudowny lek na nowotwory oraz inne ciężkie choroby podeszłego wieku (*multiple sclerosis*, choroba Alzheimera i *retinitis pigmentosa*). 86 -letni profesor stosował ten lek i polecał jako nadzwyczajnie skuteczny. W rezultacie włoska organizacja pacjentów (ANAN) wykorzystując media wymogła na regionalnych organizacjach usług zdrowotnych (publicznej – narodowej instytucji ochrony zdrowia) pokrywanie kosztów terapii z zastosowaniem tego leku. Gdy w wyniku wrzawy wokół leku oraz wzrostu nań popytu, należało zwiększyć jego produkcję, to parlament, wbrew opiniom lekarzy onkologów i ministerstwa zdrowia podjął decyzję o wzroście wydatków na jego produkcję. Po pewnym czasie ukazały się wyniki badań wykazujące jego wątpliwą skuteczność, ale koszty już zostały poniesione. Równolegle naukowcy pracujący nad etiologią i leczeniem nowotworów nie mogli uzyskać dla swoich projektów jakiegokolwiek finansowania publicznego (Garattini /Bertele 2000).

Kryteria te mają dość różne definicje, co utrudnia porównania. Interesujące są jednak przykłady ich zastosowań.

Kryterium **niezbędności** (*severity*) w procesie definiowania priorytetów najbardziej wyraziście zastosowano w Norwegii (NOU 1987). Zgodnie z tym podejściem ustalono pięć stopni bezwzględnej niezbędności usługi medycznej. Na czele usytuowane zostały przypadki śmiertelne w krótkim okresie. Norweskie podejście (znane jako metoda Komitetu Lonninga) nie uwzględniała efektu interwencji medycznej. Późniejsze rozwiązania natomiast brały już pod uwagę także potencjalne **efekty leczenia**. Analizy skuteczności medycznej stanowią najbardziej rojujący nurt badań stymulowany procesem racjonowania i definiowania priorytetów.

Obserwuje się znaczne zróżnicowanie sposobów definiowania kryteriów etycznych. W Wielkiej Brytanii definiowane są one przede wszystkim w kategoriach równości. Równość interpretowana jest jako równe traktowanie (stosowanie tych samych interwencji medycznych) w tych samych przypadkach¹³. Uszczegóławiając, zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, pochodzenie społeczne, status finansowy, religię oraz miejsce zamieszkania (Griffiths/Reynolds/Hope 2000). W Szwecji z kolei w ramach kryteriów etycznych podkreśla się poszanowanie godności pacjenta i solidaryzm w potrzebie.

Przy okazji definiowania kryteriów równościowych zwraca się uwagę na to, aby uwzględniać je w procesie racjonowania nieco później, po analizach efektywnościowych. Niebezpieczne jest jednoczesne stosowanie wielu kryteriów na raz, co kapitalnie zamazuje wyniki ocen. Stąd zastosowana przez Holendrów metoda kolejnych sit, czy lejków, ma tak istotne znaczenie w metodologii prowadzenia procesu racjonowania i określania priorytetów w opiece zdrowotnej.

W debacie na temat racjonowania i standaryzacji procedur medycznych podnosi się też problem **swobody wyboru pacjenta**. W Wielkiej Brytanii zwraca się uwagę na to, żeby tak konstruować system publiczny, aby pacjenci mieli zawsze jakąś możliwość wyboru. W podejściach innych krajów to wymaganie nie znajdowało raczej wyrazu w oficjalnych zapisach. Oficjalne zapisy nie uwzględniają też coraz liczniejszych postulatów dotyczących preferencji dla pacjentów młodych (wobec starszych), czy dla pracujących (wobec emerytów). Jeszcze inny aspekt dotyczy preferencji dla pacjentów, których wyleczenie przynosi więcej ogólnego dobrostanu w porównaniu z pacjentami, których terapia tylko podtrzymuje istniejący stan. Wiele jednak wskazuje na to, że ten rodzaj wyborów pozostawia się sumieniu indywidualnych lekarzy lub ich wąskim gremiom.

Trudno także o jednoznaczność w dziedzinie **stosowania kryteriów efektywnościowych**. Jako że analizy tego rodzaju wymagają odpowiednich informacji ilościowych, to w praktyce

¹³ Jest to rodzaj równości dystrybutywnej. W ochronie zdrowia raczej nie postuluje się równości proceduralnej, aczkolwiek coraz częściej zwraca się uwagę na informację pozwalającą ubezpieczonemu na wybory, dające mu poczucie dostępu do świadczeń zdrowotnych.

nie są stosowane powszechnie, co utrudnia proces racjonowania i definiowania priorytetów. Z tego powodu całość procesu jest krytykowana jako nie osadzonego na zbyt mocnych podstawach. Od czasu krytycznego artykułu Ray'a Robinsona (1999) sytuacja się zmienia, ale postęp jest powolny. Z tego powodu proces racjonowania jest przede wszystkim procesem skanalizowanych negocjacji, w którym twarde argumenty nie są jeszcze dominujące.

Najwięcej otwarcie wyrażonych kryteriów zastosowano w koszyku holenderskim, gdzie nie tylko określone zostały wymagania, ale jednocześnie zastosowano zinstytucjonalizowany sposób ich stosowania (przechodzenie przez kolejne sity): (a) niezbędność interwencji medycznej¹⁴, (b) udokumentowana skuteczność medyczna, (c) niski koszt realizacji przy tej samej medycznej skuteczności (analiza typu koszt-użyteczność), (d) indywidualna odpowiedzialność za zdrowie¹⁵.

2.1.4. Doświadczenia polskie dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych¹⁶

Koncepcja „koszyka usług” pojawiała się na początku lat 90. równoległe z planami wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych. W 1993 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej przedstawił Komisji Zdrowia Sejmu RP zestaw projektów ustaw, które miały wprowadzać reformę opieki zdrowotnej. W tym zestawie obok ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przedstawiono m.in. *ustawę o zakresie świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych*. Nie doprowadzono jednak, jak pierwotnie zamierzano, do uchwalenia tej ustawy¹⁷.

Zamiast *ustawy o zakresie świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych* wprowadzono do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹⁸ tylko kilka zapisów racjonujących świadczenia. Wskazano mianowicie świadczenia, które nie będą refundowane przez system ubezpieczeń i wprowadzono delegację dla ministra do określenia zakresu świadczeń z dziedziny stomatologii oraz zapisano wprowadzenie współpłacenia za pobyt w szpitalu.

Jednak zmiany, jakie wprowadzono do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym po zmianie rządu w 1997 r., nie utrzymały zapisu o współpłaceniu za opiekę szpitalną.

¹⁴ Niezbędność interwencji medycznej określana jest nie tylko przez lekarzy ale również przez społeczeństwo.

¹⁵ To kryterium może być stosowane w społeczeństwach na wyższym poziomie wykształcenia oraz z dobrze zorganizowaną i powszechnie dostępną promocją zdrowia.

¹⁶ Doświadczenia „koszykowe” przedstawił i opisał Adam Kozierekiewicz, którego opracowanie stanowiło podstawę informacji przedstawionej w tej części niniejszego tekstu.

¹⁷ Jak wynika ze stenogramów Komisji Zdrowia, w pewnym momencie prac nad ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym posłowie, wraz z zapraszonymi na posiedzenia Komisji przedstawicielami różnych środowisk profesjonalnych i społecznych, doszli do wniosku, że konsekwencje wprowadzenia ustawy „koszykowej”, prowadzące do opłat ponoszonych przez pacjenta za świadczenia zdrowotne „pozakoszykowe” nie są akceptowane ani przez społeczeństwo, ani przez grupy profesjonalne.

¹⁸ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153.

Ponadto, wprowadzały koncepcję procedur wysoko specjalistycznych finansowanych ze środków budżetu państwa. W ten sposób „wyjęto” z domyślnego zakresu świadczeń finansowanych przez ubezpieczenie powszechne część drogich procedur i wprowadzono ich finansowanie do budżetu państwa. Z uwagi na konieczność określenia tych procedur *de facto* zdefiniowano „koszyk świadczeń” w zakresie usług „wysoko specjalistycznych”, który był ogłaszany jako rozporządzenia ministra.

Definiowanie koszyka świadczeń gwarantowanych wymaga licznych prac porządkujących działalność w systemie: opracowania klasyfikacji chorób i procedur medycznych¹⁹ oraz standardów postępowania medycznego. Dlatego z pracami nad koszykiem świadczeń można wiązać także przedsięwzięcie Ministerstwa Zdrowia i Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (później kontynuowane przez Krajowy Związek Kas Chorych) rozpoczęte w lutym 1999 r., pod zbiorczym hasłem „*standardy świadczenia usług zdrowotnych*”. Przedsięwzięcie to podjęte pod naciskiem opinii środowisk profesjonalnych miało ponownie zaspokoić potrzebę stworzenia tzw. „*standardów i procedur*”, z jednej strony – jako warunków gwarancji jakości świadczeń, a z drugiej – gwarancji ich finansowania przez autonomiczne kasy chorych. Wynikiem oraz kontynuacją przedsięwzięcia dotyczącego standardów było w latach 1999-2002 określenie i doprecyzowywanie „*produktu*”, który był nabywany przez kasy chorych u świadczeniodawców. Forma opisu poszczególnych *produktów* była różna. Niemniej jednak można przyjąć, że ogólna filozofia opisu *produktów* była jednolita, choć jej bezpośrednie zastosowanie mogło się znacznie różnić tak co do treści (zwarłości), jak i wyceny, której służyły. Druga część dotyczyła **wytycznych postępowania medycznego**. Powołana została Komisja, która zdecydowała, że wytyczne opracowywane będą w sześciu dziedzinach; problemach zdrowotnych, najczęściej występujących w kontaktach pacjentów z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Problemy te to: przewlekła obturacyjna choroba płuc, niedokrwienna choroba serca, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, depresja, nadciśnienie i cukrzyca. Wytyczne opracowano na podstawie dostępnych dowodów medycznych, zgodnie z zasadą *Evidence Based Medicine* (EBM). Mimo sfinalizowania pracy nie doszło do uzgodnień i wdrożenia wytycznych. Wyniki prac zostały jednak opublikowane²⁰.

Przedsięwzięciem ewidentnie związanym z koszykiem świadczeń podstawowych był projekt zamówiony przez Ministerstwo Zdrowia i zrealizowany w ramach pożyczki Banku Świa-

¹⁹ Istotnym elementem prac nad koszykiem jest opracowanie list i klasyfikacji procedur oraz interwencji medycznych. W polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonuje kilka sformalizowanych zbiorów nazewnictwa medycznego, tak problemów zdrowotnych (ICD-10), jak i procedur medycznych (ICD-9-CM, SNOMED, czy właśnie adaptowana CPT-4, które mogą być podstawą tego procesu. W odniesieniu do leków, takim katalogiem jest oczywiście lista leków zarejestrowanych w Polsce, choć od 1 maja 2004 r. jest to już lista szersza, m.in. takich leków, które zarejestrowane zostały w europejskiej agencji EMEA.

²⁰ Wytyczne opracowane przez Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce.

towego przez Holenderską Organizację Naukowych Badań Stosowanych (TNO). Celem projektu była pomoc Ministerstwu Zdrowia „w opracowaniu wiarygodnej i rygorystycznej metodologii określania, które świadczenia powinny znaleźć się na liście świadczeń podstawowych w Polsce”. Poza głównym nurtem „określania zakresu świadczeń gwarantowanych” znajdowało się kilka zagadnień powiązanych z tym problemem, w szczególności zagadnienie licencjonowania i wystawiania tzw. *świadczenia potrzeby* (*certificate of need*), które to narzędzia stosowane są w poszczególnych krajach jako części ogólnego zagadnienia „zakresu świadczeń gwarantowanych”. W efekcie końcowym organizacja holenderska nie przedstawiła listy świadczeń podstawowych, lecz – zgodnie z wynegocjowanym zapisem – zaproponowała metodologię określania świadczeń, które powinny być włączone na listę świadczeń podstawowych (TNO, kwiecień 2000). Metodologia ta – to przede wszystkim opracowywanie kryteriów wynikających z prac nad kliniczną oceną skuteczności stosowanych procedur i technologii medycznych (HTA). Dorobek projektu zrealizowanego przez TNO powinien być bezwzględnie wykorzystany w pracach nad koszykiem.

Kolejny etap prac nad koszykiem jest związany z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego ze stycznia 2004 r. Trybunał Konstytucyjny, w imię obrony interesów i uprawnień obywatelskich, uznał za konieczne bardziej precyzyjne określenie uprawnień ubezpieczonych do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W tym celu minister powołał Zespół (pod kierunkiem C.W. Włodarczyka), aby przygotował założenia do zmiany ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zespół ten wskazał także działania niezbędne do opracowania koszyka, między innymi prowadzenie badań nad skutecznością medyczną stosowanych procedur oraz technologii medycznych i wykorzystywanie ich dorobku przez niezależną agencję do spraw tworzenia koszyka świadczeń podstawowych. Ustawę znowelizowano bez zapisów o agencji oraz wskazanej metodologii tworzenia koszyka świadczeń podstawowych.

Mimo pasma niepowodzeń w definiowaniu listy podstawowych świadczeń zdrowotnych wydaje się, że nastąpi w tej dziedzinie przełom. Zarówno obecna kryzysowa sytuacja systemu ochrony zdrowia, jak i integracja europejska zwiększą zainteresowanie tymi elementami zarządzania w ochronie zdrowia, które prowadzą do tego, co nazywa się racjonowaniem i określaniem priorytetów. Są to następujące działania:

- Określenie koszyka świadczeń gwarantowanych, opartego na koncepcji EBM i dostarczania świadczeń o potwierdzonej skuteczności medycznej (HTA) i efektywności kosztowej. To rozwiązanie miałoby służyć zapewnieniu ubezpieczonemu możliwości skutecznej egzekucji jego praw, a jednocześnie ograniczaniu żądań polskich ubezpieczonych związanych z pokrywaniem terapii niedostępnych i niestosowanych w Polsce, a stosowanych w niektórych krajach UE.
- Stworzenie systemu i monitorowanie czasu oczekiwania na poszczególne (istotne i kosztowne) procedury diagnostyczne i terapeutyczne. System taki pozwoliłby na bie-

zące reagowanie na ograniczenia dostępu niespowodowane brakami infrastruktury czy finansów, a jedynie niewłaściwą organizacją pracy i brakiem informacji. Jednocześnie system ten mógłby pozwolić na adekwatne reagowanie na żądania sfinansowania świadczeń za granicą, motywowane zbyt długim czasem oczekiwania na te świadczenia w kraju.

2.1.5. Różne koszyki: biedny, umiarkowany i bogaty

Biedne koszyki definiowane są w krajach biednych. Biedny koszyk można określić jako obejmujący 50-60% wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej. Koszyki umiarkowane, to te, w których świadczenia finansowane przez państwo obejmują 60-80% całości. Koszyki bogate istotnie przekraczają 80% świadczeń, dochodząc w niektórych krajach do 95%.

Na jakim poziomie powinien być zdefiniowany polski koszyk świadczeń gwarantowanych? Na poziomie 60% całości wydatków? Wydaje się, że już w tej chwili zakres finansowania publicznego niewiele odbiega od tej skali.

Czy do biednego koszyka nie powinni mieć dostępu wszyscy obywatele? Czy w związku z tym nie powinno tu obowiązywać obywatelskie prawo do świadczeń?

Poniższe zestawienie ukazuje wady i zalety obywatelskiego i tzw. ubezpieczeniowego prawa do świadczeń. Obywatelskie prawo do świadczeń zasadza się na filozofii prawa bezwzględного. Na jego podstawie powstaje roszczenie do jego realizacji. Ubezpieczeniowe prawo powstaje na podstawie decyzji o ubezpieczeniu, z którą związane jest opłacenie składki. Roszczenie występuje na podstawie i w granicach wniesionego wkładu (składki).

Zestawienie. Tytuł uprawniający do świadczeń

Obywatelski		Ubezpieczeniowy	
Zalety	Wady	Zalety	Wady
Powszechny dostęp	Możliwość nadmiernego korzystania	Istnieje motywacja do ubezpieczenia – posiadania dochodów; wskazywania ich legalnego źródła	Dostęp ograniczony – potrzebne wskazanie źródła finansowania
Brak kosztów wejścia	Konsekwencja – tendencja do kolejek i wprowadzania współpłacenia	Rozwój świadomości ubezpieczeniowej; prawo do korzystania ze świadczeń związane jest z wnoszeniem wkładu; zbiorowo lub indywidualnie	Powstają koszty wejścia

Wprowadzenie obywatelskiego tytułu do świadczeń wymagałoby zmiany źródła finansowania systemu ochrony zdrowia z podatku związanego z dochodami, zwanego składką na udział w całkowitych przychodach podatkowych (ze wszystkich podatków, także z VAT, CIT

oraz podatków od nieruchomości i kapitału). Nie ma bowiem żadnego uzasadnienia dla finansowania ochrony zdrowia na podstawie obciążania tylko dochodów osób pracujących.

Z obywatelskim prawem do świadczeń związane są nadzieje na lepsze traktowanie. Wejście do systemu nie byłoby utrudnione koniecznością legitymowania się aktualnymi danymi o ubezpieczeniu (posiadanie stempelka) i opłacaniu składki, nie powodowałyby odsyłania pacjentów (co się zdarzało nawet w stanie ciężkim) i nie sprzyjałoby „kupowaniu wejścia”.

Jednak nawet obywatelskie prawo do świadczeń nie musi wywołać efektu przyjaznego traktowania pacjenta. Przyjazne traktowanie pacjenta związane jest z poziomem kultury, kompetencji, jakości zarządzania oraz motywacji personelu w służbie zdrowia.

2.1.6. Regulacyjne współpłacenie

Prymat publicznej odpowiedzialności, również odpowiedzialności finansowej, nie oznacza, że niemożliwe lub niedozwolone jest wykorzystanie w zakresie świadczeń gwarantowanych również środków prywatnych. Prymat odpowiedzialności publicznej oznacza jedynie, że brak indywidualnej zdolności do współpłacenia lub zły stan zdrowia nie może stanowić przeszkody w dostępie do niezbędnych świadczeń medycznych zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych. Tak zdefiniowana odpowiedzialność publiczna pozostawia pewną „przestrzeń” dla finansowania ze środków prywatnych. Prywatne finansowanie nie może tu jednak być traktowane ani jako narzędzie gromadzenia dodatkowych środków, ani jako narzędzie stabilizacji systemu. Może ono natomiast służyć realizacji celów alokacyjnych, np. motywowaniu pacjentów do oszczędnego korzystania ze świadczeń gwarantowanych, w ograniczonym stopniu również do realizacji celów społecznych. Ze względu na fakt, że klasyczne formy bezpośredniej partycypacji pacjenta w kosztach leczenia wiążą się z niebezpieczeństwem pojawienia się barier dostępu do niezbędnych i określonych w koszyku świadczeń gwarantowanych, zaś uniknięcie powstania takich barier wymaga uruchomienia skomplikowanych mechanizmów refundacji i zwolnień podmiotowych, wydaje się, że efektywniejszym sposobem wykorzystania prywatnego finansowania w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych są różnego rodzaju bonusy i „premie” motywujące do oszczędnego korzystania ze świadczeń gwarantowanych i prowadzenia stylu życia obniżającego prawdopodobieństwo korzystania ze świadczeń zdrowotnych (Sowada 2004).

W ramach koszyka świadczeń gwarantowanych możemy więc mieć do czynienia z niewielkim zakresem współpłacenia, które ma wówczas wyłącznie charakter regulacyjny. Służy zwykle ograniczeniu nadużywania świadczeń. Zjawiska takie występują wraz ze wzrostem potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i pojawianiem się nowych technologii medycznych.

Koncepcja współpłacenia, która nie ograniczy dostępu do świadczeń wymaga precyzyjnych analiz. W biednych społeczeństwach, albo tylko w biednych i kulturowo zaniedbanych środowiskach, nawet małe opłaty mogą wywołać efekt zniechęcenia do korzystania ze świadczeń, w końcowym efekcie prowadząc do konieczności stosowania najdroższych terapii, często gdy już jest bardzo późno lub za późno na opanowanie choroby.

Regulacyjne współpłacenie nie może zmniejszać dostępu do świadczeń zdrowotnych gwarantowanych ze środków publicznych w ogóle, a szczególnie w odniesieniu do biedniejszych grup ludności oraz grup o niskiej kulturze zdrowotnej.

Współpłacenie nie powinno obejmować POZ, dostęp do której powinien być powszechny i nieograniczony. Natomiast w POZ powinny być stworzone warunki do takiej opieki, dzięki której ograniczony zostanie dostęp do jej droższych poziomów.

Współpłacenie nie powinno obejmować świadczeń z zakresu zdrowia publicznego; badań przesiewowych, szczepień obowiązkowych, opieki nad matką i dzieckiem, opieki w przypadku chorób zakaźnych i psychicznych.

Możliwe opłaty:

- Opłata za korzystanie ze świadczeń lekarza specjalisty w sytuacji braku skierowania od lekarza pierwszego kontaktu.
- Opłata za pobyt w szpitalu (koszty hotelowe + ryczałt).
- Opłaty za świadczenia diagnostyczne; ryczałt zróżnicowany rodzajem badań diagnostycznych (o różnych kosztach).
- Opłaty za leczenie stomatologiczne oraz protezy dentystyczne.
- Opłaty za leczenie okulistyczne.
- Opłaty za rehabilitację ponad medycznie uzasadniony zakres.
- Opłaty za leki zgodnie z ustaleniami refundacji.
- Opłaty za środki pomocnicze (okulary, protezy, itp.).

2.2. Rozwiązania publiczno-prywatne w ochronie zdrowia

Doświadczenie międzynarodowe pokazuje, że tzw. *public – private mix* w ochronie zdrowia obejmuje podobny zakres świadczeń (Polikowski/Santos-Eggimann 2002) w wielu krajach europejskich. Są to na ogół:

- opieka stomatologiczna,
- chiropractic,
- pozamedyczne usługi psychoterapeutyczne,
- ambulatoryjne poradnictwo w sprawach żywienia,

- medycyna pracy,
- usługi sanatoryjne,
- usługi świadczone w domu chorego,
- usługi okulistyczne i optyczne.

Niezależnie od tego, w ramach każdego rodzaju klasycznych świadczeń medycznych z koszyka 'wyprowadzane są' liczne procedury; zarówno mniej skuteczne, jak i kosztowne. Niektóre z nich wskazywane są do finansowania mieszanego. Można powiedzieć, że są rekomendowane do stosowania dopłat ze środków publicznych²¹.

Świadczenia rekomendowane ograniczają odpowiedzialność publicznych płatników, a środki publiczne służące ich dofinansowaniu powinny być traktowane jako uzupełniające źródło finansowe. Ciężar finansowania świadczeń rekomendowanych spoczywa na środkach prywatnych, przy czym w rachubę wchodzi wszystkie formy finansowania prywatnego począwszy od współpłacenia pacjenta poprzez ubezpieczenia prywatne, a kończąc na tworzeniu fundacji dobroczynnych wspierających najbiedniejszych i najbardziej poszkodowanych.

W zakresie współpłacenia na szeroką skalę należy wykorzystać kryteria dochodowe i majątkowe. Oznacza to, że osoby posiadające wystarczające dochody i/lub majątek powinny same zadbać o samodzielne sfinansowanie wykorzystywanych przez nie świadczeń rekomendowanych. Rozwiązanie takie wydaje się być zasadne również ze względu na to, że osoby zamożniejsze mają więcej możliwości zadbania o dodatkowe zabezpieczenie np. w postaci dodatkowego ubezpieczenia się. Brak takiego zabezpieczenia interpretować należy jako świadomy wybór i wyższą skłonność do ryzyka.

²¹ Pojęcie świadczeń rekomendowanych wprowadzono w pracach Zespołu ds. Systemowych Przekształceń w Ochronie Zdrowia powołanego na początku 2004 r. (Włodarczyk 2004)

Rozdział 3

Rozwój cywilizowanego i efektywnego rynku w ochronie zdrowia

3.1. Zakres i rodzaj rozwiązań rynkowych

Istotnym czynnikiem równoważenia systemu ochrony zdrowia pod względem finansowym jest określenie przestrzeni dla rozwoju sektora prywatnego, który efektywnie mógłby przejąć pewne świadczenia oraz pewne grupy pacjentów.

Na wstępie należy przypomnieć o dwóch obszarach rozwoju sektora prywatnego: finansowym (ubezpieczenia prywatne, finansowanie z kieszeni pacjenta, finansowanie przez firmy prywatne) oraz podażowym, czyli rozwoju prywatnej „produkcji świadczeń zdrowotnych”.

Rozwój prywatnego sektora następuje w obu wyżej wspomnianych obszarach i tak też dzisiaj się w Polsce, chociaż w warunkach niezakreślonych granic. Zakreślenie granic części publicznej systemu finansowania świadczeń wynikać będzie ze zdefiniowania koszyka świadczeń gwarantowanych. Na tej podstawie sektor prywatnych ubezpieczeń przejmie „świadczenia pozakoszykowe”. Prywatne ubezpieczenia mogą również ubezpieczyć pacjentów na wypadek konieczności poniesienia udziału własnego w koszyku, jeśli dopuści się w nim współpłacenie lub też wyższą niż przewidywana w koszyku jakość świadczeń²².

Jednak ciągle pozostaje niewyjaśniony problem podwójnego płacenia części ubezpieczonych, którzy nie korzystają i nie będą korzystać z systemu finansowanego ze środków publicznych. Czy można od tej grupy nadal domagać się aż tak głębokiego solidaryzmu, czyli pełnego opłacania składki na część publiczną systemu i jednocześnie ponoszenia opłat za usługi w części prywatnej? Jest to pytanie o zwolnienie części obywateli z obowiązku ubezpieczenia w systemie publicznym.

Wydaje się, że w sytuacji uruchomienia wszystkich dostępnych czynników równoważenia finansów w systemie publicznym, powstanie możliwość wprowadzenia pułapu dochodów, od których nalicza się składkę na powszechne (przymusowe) ubezpieczenie zdrowotne (na przykład na poziomie 30-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospo-

²² Szerzej na temat możliwości i form prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego patrz: Sowada 2003.

darce, analogicznie jak w systemie emerytalnym) po to, aby także od strony podmiotowej istniała możliwość „tworzenia przestrzeni” dla finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków prywatnych. Takie rozwiązania, ze wszech miar pożądane, bo porządkujące i wspomagające system, wymagają jednak bardzo uważnych regulacji. Chodzi bowiem o to, aby funkcjonowanie sektora prywatnego – tak w postaci dodatkowego finansowania (ubezpieczenia) świadczeń, jak i w postaci prywatnej „produkcji świadczeń” nie przyczyniały się do pogorszenia ogólnej infrastruktury zdrowotnej.

Sektor prywatny, mimo jego ekspansji, nie jest w stanie w takim samym stopniu jak sektor publiczny, sprawować opieki nad przypadkami trudniejszymi i wymagającymi wysoko specjalistycznych kompetencji oraz technologii medycznych; zarówno w sensie finansowym, jak i podaży. Luksusowe szpitale prywatne nie tworzą tej samej możliwości doświadczeń medycznych, co publiczne i to daje szpitalom publicznym przewagę umiejętności i pewności interwencji medycznych. W konsekwencji przerzuca się do sektora publicznego gorsze, trudniejsze i bardziej kosztochłonne ryzyka bez rekompensaty kosztów tego przerzucenia. Nie jest to zjawisko li tylko teoretyczne, znane pod nazwą *spijania śmietanki*. Występuje, bądź występowało w wielu krajach. Pozytywnym aspektem tego zjawiska jest to, że prowadzi w końcu do regulacji pozwalających na efektywne współistnienie obu sektorów z korzyścią dla wszystkich zainteresowanych.

3.2. Konkurencyjność i rozwiązania *quasi*-rynkowe

Dążenie do poprawy efektywności funkcjonowania sektora publicznego wyzwoliły reformy prowadzące do rozwiązań symulujących działania rynku w oparciu o mechanizmy konkurencji.

3.2.1. Konkurencja między świadczeniodawcami

W polskim systemie ochrony zdrowia sektor prywatny był obecny także w okresie PRL. Prywatne gabinety i tzw. spółdzielnie lekarskie²³ stanowiły odczuwalny zakres systemu ochrony zdrowia, z jednej strony – udroźniając dostęp do opieki specjalistycznej w zrejonizowanym systemie, a z drugiej – w ogóle umożliwiając dostęp do systemu tzw. grupom nieubezpieczonym, głównie ludności utrzymującej się z indywidualnego rolnictwa i rzemieślnikom.

²³ Wówczas traktowane jako uspołeczniona część gospodarki, a wg kryteriów obecnych byłaby to część prywatna typu *non profit*.

W latach 90., wraz z uzyskaniem prawa do swobody działalności gospodarczej, skala prywatnych świadczeniodawców powiększała się z roku na rok. W kilku dziedzinach przewyższa już liczbę podmiotów publicznych: w stomatologii, w diagnostyce, w opiece podstawowej. Ekspansja sektora prywatnego dotyczy obecnie obszaru rehabilitacji. Tylko sektor opieki stacjonarnej posiada przewagę podmiotów publicznych.

Sektor prywatnych świadczeniodawców, dostosowując się pod względem wymagań w zakresie standardów medycznych, występuje wspólnie z jednostkami publicznymi o kontraktach finansowanych ze środków publicznych. Inna część prywatnych świadczeniodawców finansowana jest przez zakłady pracy w ramach tzw. abonamentu.

Co przynosi sektor prywatnych świadczeniodawców? Rozwój prywatnych podmiotów także w ochronie zdrowia jest oznaką zdrowej tendencji gospodarki rynkowej. Tworzy warunki konkurencji. Dzięki temu poprawiły się warunki infrastrukturalne tej części systemu, ale jednocześnie wzmocniły się interesy prywatnych właścicieli, którzy nie poddają się stylowi zarządzania środkami w ramach publicznego płatnika (*vide* Porozumienie Zielonogórskie). To wymaga poprawy koordynacji i zarządzania w całym systemie oraz w sferze publicznej.

3.2.2. Konkurencja między ubezpieczycielami

Z drugiej strony – zarysowały się dążenia do tworzenia warunków konkurencji w ramach sektora publicznego: między publicznymi ubezpieczycielami.

Jeżeli sektor publiczny jest ściśle zdefiniowany zakresowo, z określonym finansowaniem (albo podatek, albo proporcjonalna składka), z pełnym dostępem do tego samego koszyka usług, to powstaje pytanie, co jest przedmiotem konkurencji. Jakość? Czy przy stosowaniu standardów postępowania medycznego jest możliwe znaczne zróżnicowanie jakości?

Konkurencja pozwalająca na uzyskanie korzystnego efektu jest możliwa w odpowiednich warunkach. Po pierwsze – ubezpieczycieli musi być wielu, na tyle dużo, aby obywatele mieli możliwość realnego wyboru (np. w systemie niemieckim istnieją liczne kasy chorych z różnymi składkami dla ubezpieczonych). Po drugie – ubezpieczyciele muszą konkurować cenami odpowiadającymi oferowanym pakietom usług. W systemie publicznym, gdy jest określony koszyk trudno z tego powodu różnicować ceny. Ceny różnicuje się głównie ze względu na ryzyko. Ceny (składka) jest wówczas niższa dla młodych i wyższa dla starszych, a osoby z chronicznymi chorobami mają trudności z ubezpieczeniem. Gubi się w tym sens solidaryzmu. Państwo podejmuje wtedy działania regulujące po to, aby zniwelować różnice między funduszami czy kasami, jakie wynikałyby ze sprofilowania ryzyka zdrowotnego. Dopłaca ubezpieczycielom o gorszej strukturze ryzyka. Regulacji jest zbyt dużo, a tendencja do selekcji ryzyka i tak całkowicie nie zanika. Z doświadczenia wielu krajów wynika, że selekcja ry-

zyka dokonuje się subtelnymi metodami: przez specjalny marketing, administracyjne trudności, które zawsze dotyczą starszych, komunikowanie się przez Internet, mimo ograniczenia doń dostępu, itp. (Maarse 2004).

Inny rodzaj problemów z konkurencją między publicznymi ubezpieczycielami dotyczy kontraktowania. Nie ma dowodów na to, że ubezpieczyciel zawsze posiada wystarczające i wiarygodne informacje o świadczeniodawcach. Kontrakt w znacznej mierze jest wynikiem negocjacji. W konsekwencji pakiety oferowanych usług przez ubezpieczycieli są niejednokrotnie bardziej reklamą niż rzetelną informacją.

W sumie – doświadczenie ostatniej dekady reform tzw. rynku wewnętrznego pokazuje, że znacznie lepsze efekty przynosi rynek w warunkach rynkowych i dlatego należy dlań tworzyć jak najwięcej przestrzeni, a obszary nierynkowe pozostawić regulacjom administracyjnym, poprawiając je, czyniąc czytelnymi i transparentnymi.

3.2.3. Równoprawność sektorów przy równej odpowiedzialności

Problem funkcjonowania sektora prywatnych świadczeniodawców komplikuje się nieco w sytuacji, kiedy prywatne podmioty konkurują z publicznymi stając w kolejce po środki publiczne. Zasada równoprawności sektorów mówi o absolutnym prawie do tego. Jednak czy podmioty prywatne i publiczne w ochronie zdrowia są istotnie równoprawne? Jeszcze nie ma w tej dziedzinie kompleksowych badań porównawczych, ale częściowe rozpoznania pozwalają na sformułowanie następujących tez:

- Sektor publiczny podlega znacznie szerszym regulacjom (zewnętrznym i wewnętrznym) niż prywatny w zakresie prawa pracy, standardów organizacyjnych oraz regul dostępu.
- Sektor prywatny korzysta z zasobów kadrowych sektora publicznego ponosząc znacznie mniej środków na ich doksztalcanie i specjalizowanie się.
- Sektor prywatny stosuje współpłacenie także w stosunku do świadczeń, na które uzyskuje środki publiczne. Jest to proceder, który w wielu dziedzinach występuje otwarcie.
- Sektor prywatny, mimo jego ekspansji, nie jest w stanie w takim samym stopniu jak sektor publiczny, sprawować opieki nad przypadkami trudniejszymi i wymagającymi wysoko specjalistycznych kompetencji oraz technologii medycznych. W konsekwencji przerzuca do sektora publicznego gorsze i trudniejsze ryzyka.

Przytoczenie tych tez nie służy argumentacji sprzyjającej tworzeniu hamulców dla dalszego rozwoju sektora prywatnego. Służy wyłącznie wskazaniu na konieczność realnego wyrównania warunków funkcjonowania obu sektorów w sytuacji, gdy sektor prywatny sięga po

środki publiczne*. Ważne jest więc również wskazanie elementów przewagi prywatnego sektora świadczeniodawców nad sektorem publicznym. Oto one (na podstawie oceny Ajewskiego – RSSG 2004):

- doświadczenie rynkowe,
- efektywność mikroekonomiczna,
- daleko bardziej posunięta standaryzacja postępowania medycznego niż w sektorze publicznym,
- wypracowane i stosowane standardy jakości i standardy obsługi,
- otwarty dostęp do środków na inwestycje i racjonalne gospodarowanie sprzętem medycznym.

W celu uzyskania równoprawności niezbędne są następujące regulacje:

- Ograniczenie swobody jednoczesnego zatrudnienia w obu sektorach, gdy zatrudnienie to obejmuje także placówki prywatne, które posiadają kontrakt z NFZ (ograniczenie konfliktu interesów).
- Ograniczenie procedury przerzucania pacjentów z placówek prywatnych do placówek publicznych w sytuacji trudniejszych przypadków bez rekompensaty kosztów leczenia w placówce publicznej.
- Wymaganie od osób kształcących się i zdobywających specjalizacje odpracowywania okresu inwestowania w jego kwalifikacje w placówce, która te nakłady poniosła (odpowiednio do zasad kodeksu handlowego).
- Wprowadzenie nadzoru nad stosowaniem się do wytycznych postępowania medycznego w obu sektorach na tych samych zasadach oraz przez tę samą instytucję (np. organ rządowy we współpracy z MZ na szczeblu regionu – konsultant regionalny?).
- Wprowadzenie nadzoru nad stosowaniem taryf i opłat zgodnych z kontraktem prywatnej placówki zawartym z publicznym płatnikiem (Oddziałem NFZ).

* Około 20% wartości kontraktów zawieranych jest z placówkami prywatnymi (szacunek na podstawie danych zebranych w oddziałach NFZ).

Rozdział 4

Prywatne finansowanie w ochronie zdrowia²⁴

Polska stoi u progu kolejnej reformy ochrony zdrowia. Jednym z kluczowych elementów tej reformy staje się uporządkowanie relacji pomiędzy finansowaniem świadczeń ze środków publicznych i finansowaniem ze środków prywatnych. Określenie „przestrzeni” dla finansowania prywatnego i publicznego, a także określenie reguł koegzystencji różnych źródeł finansowania w ochronie zdrowia z pewnością nie jest zadaniem łatwym. Przy jego rozwiązaniu nie można się oprzeć w pełni na wzorcach sprawdzonych w innych krajach, gdyż każdy kraj uwzględniać musi własną niepowtarzalną specyfikę społeczną, gospodarczą, kulturową i historyczną. Nawet kraje o bardzo podobnym poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego – np. kraje Unii Europejskiej – bardzo różnie kształtują źródła finansowania ochrony zdrowia. (tabela 1.3). Wprawdzie w prawie każdym kraju wysoko rozwiniętym dominującym źródłem finansowania opieki zdrowotnej są środki publiczne, to środki prywatne również odgrywają znaczącą rolę.

Brak jednoznacznych wskazań dla przejmowania cudzych rozwiązań nie oznacza, że nie można się niczego nauczyć od innych krajów. Jedną z najważniejszych nauk płynących z obserwacji innych rozwiązań to fakt, że nigdzie nie traktuje się środków prywatnych jedynie jako narzędzia gromadzenia dodatkowych środków w celu zapełnienia luki finansowej pozostawionej przez budżet państwa lub społeczne ubezpieczenia zdrowotne. Finansowanie prywatne służy realizacji wielu różnych celów, nie tylko celowi fiskalnemu. Zastanawiając się nad jego miejscem w systemie polskiej ochrony zdrowia powinniśmy w pierwszej kolejności określić, gdyż to właśnie one, a nie niewydolność publicznych płatników, powinny determinować zakres oraz zasady optymalnego wykorzystania środków prywatnych.

Określenie „przestrzeni” dla wykorzystania prywatnych źródeł finansowania w oparciu o przypisane im cele ekonomiczne i społeczne jest z pewnością zadaniem znacznie bardziej ambitnym niż określenie tej „przestrzeni” na podstawie wysokości szacowanego deficytu finansowego sektora ochrony zdrowia, tym bardziej, jeśli efektem prac mają być polityczne rekomendacje uwzględniające realne możliwości i zastaną rzeczywistość.

²⁴ Prywatne finansowanie przedstawiono na podstawie opracowania Christoph'a Sowady, którego znaczne fragmenty wykorzystano w niniejszym tekście.

4.1. Ekonomiczna i społeczna zasadność finansowania prywatnego

Prywatne finansowanie świadczeń zdrowotnych może służyć realizacji szeregu celów społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych²⁵. W kontekście projektu badawczego „Polska u progu członkostwa w Unii Europejskiej. Kierunki niezbędnych reform gospodarczych” szczególnej wagi nabierają cele ekonomiczne i społeczne, a wśród nich przede wszystkim cele fiskalne, alokacyjne, sprawiedliwości i solidarności społecznej oraz stabilizacyjne.

4.1.1. Cele fiskalne

Realizacja celu fiskalnego polega na gromadzeniu środków potrzebnych do sfinansowania produkcji i dystrybucji określonych dóbr i usług zdrowotnych. W polskiej rzeczywistości cel fiskalny nabiera szczególnego wyrazu. Katastrofalna sytuacja publicznych płatników: Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia i samorządów lokalnych wymagałyby dopływu środków, ale znaczące podniesienie składek na ubezpieczenie zdrowotne jest niemożliwe z powodu trudnej sytuacji finansów publicznych. Środki prywatne postrzegane są przez wielu w takiej sytuacji jako ostatni ratunek dla zadłużonego sektora²⁶.

4.1.2. Cele alokacyjne

Koncentracja uwagi na celu fiskalnym w obszarze ochrony zdrowia, cechującym się z jednej strony – wręcz nieograniczonymi potrzebami zdrowotnymi i prawie nieograniczonymi technicznymi możliwościami ich zaspokojenia, z drugiej zaś strony – głęboką asymetrią informacji profesjonalnej i upublicznieniem dostępu do niemal wszystkich świadczeń, może prowadzić jedynie do żądania ciągłego zwiększania dopływu środków do sektora bez jakiegokolwiek szansy na złagodzenie występujących w nim napięć finansowych. Tymczasem w warunkach ograniczonych możliwości gospodarczych zwiększanie nakładów na jeden rodzaj konsumpcji wymaga zawsze realokacji środków kosztem zaspokajania innych ważnych potrzeb społeczeństwa i obywateli. Im biedniejszy jest kraj, tym taka realokacja jest bardziej bolesna i trudna do przeprowadzenia. Ponadto, wcale nie musi ona prowadzić do efektywniejszego wykorzystania ograniczonych zasobów i podniesienia poziomu życia społeczeństwa,

²⁵ Cele te szeroko zostały opisane w literaturze przedmiotu, np.: (Sowada 2000, Breyer, Zweifel, Kifmann 2003).

²⁶ Drugi wymiar celu fiskalnego: odciążenie budżetów publicznych, nie odgrywa natomiast większej roli w prowadzonej w Polsce dyskusji, być może dlatego, że poziom finansowania sektora ze środków publicznych i tak jest relatywnie (np. w porównaniu do przeciętnego w krajach Unii Europejskiej) niewysoki.

nawet jeśli przyjęło się mówić, że zdrowie jest najważniejszym dobrem. Ułomność alokacji środków i związane z nią straty wynikają w ochronie zdrowia nie tylko z zastosowania często nieefektywnych mechanizmów planistyczno-biurokratycznych w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, lecz również z zawodności mechanizmu rynkowego typowego dla sfer konsumpcji finansowanej ze środków prywatnych. Akurat w tym segmencie gospodarki narodowej i potrzeb społecznych rynek wykazuje szczególne tendencje do zawodności (Getzen 2000, Golinowska 1994, Sowada 2000). Jedynym rozsądnym rozwiązaniem wydaje się być w takich warunkach mieszany system finansowania, wykorzystujący do poprawy alokacji rzadkich zasobów zarówno środki publiczne, jak i środki prywatne.

Prywatne współfinansowanie świadczeń może zostać wykorzystane jako instrument sterowania popytem na świadczenia zdrowotne, przede wszystkim w tych obszarach, gdzie podejrzewa się występowanie takich negatywnych zjawisk jak: *moral hazard*, zachowań typu *free rider* oraz kreacji przez lekarzy sztucznego popytu na świadczenia (Breyer, Zweifel, Kifmann 2003, Cutler, Zeckhauser 2000, Sowada 2000, 2004c, 2004d). Zjawiska te łączą się w szczególny sposób z kolektywnymi (nie tylko ubezpieczeniowymi) formami finansowania oraz zawodnością rynku. Prywatne finansowanie może zostać również wykorzystane jako instrument sterowania podażą. Mimo wielu ograniczeń nie możemy przecież całkowicie wykluczyć zdolności pacjentów do podejmowania racjonalnych decyzji i racjonalnego zgłaszania popytu na świadczenia (a tym samym do artykulacji skłonności do płacenia) (v. Schulenburg, Greiner 2000). Zaspokajająca popyt podaż zbliża alokację rzadkich zasobów do stanu optymalnego.

Poprawie alokacji zasobów służy ponadto dostosowanie przepływu środków finansowych do rzeczywistego czasu i miejsca korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Realizacja zasady „pieniądz płynie za pacjentem” sprzyja optymalizacji alokacji zasobów pośrednio, poprzez wzmocnienie konkurencji rynkowej o pacjenta, i bezpośrednio, poprzez zapewnienie ekwiwalentności pomiędzy udzielaniem świadczeń i pozyskaniem środków finansowych. W przypadku środków prywatnych (szczególnie w ramach bezpośredniego współpłacenia pacjenta) dostosowanie strumieni pieniężnych do strumieni realnych świadczeń jest znacznie łatwiejsze do osiągnięcia, aniżeli w przypadku środków publicznych.

Prywatne finansowanie może przyczynić się wreszcie do ograniczenia marnotrawstwa wynikającego z ułomności biurokraczo-planistycznych mechanizmów alokacji, a także uaktywnić pozytywne bodźce dla rozwoju gospodarczego. Nie powinniśmy zapominać, że sektor ochrony zdrowia cechuje się ogromnymi możliwościami rozwojowymi. Dotychczasowy postęp w zakresie medycyny upoważnia do stwierdzenia, że również w przyszłości potencjał zaspokojenia potrzeb zdrowotnych będzie szybko rosnąć. Przypuszczać należy, że także popyt na świadczenia zdrowotne określony przez zmieniające się preferencje konsumenckie będzie

nadal się zwiększał (Grönemeyer 2003, Petersen 2004). Wymuszone złym stanem finansów publicznych i niekompensowane wzrostem nakładów prywatnych ograniczanie środków na ochronę zdrowia, stanowi w takich warunkach nie tylko zagrożenie dla optymalizacji alokacji rzadkich zasobów, ale również ważny hamulec rozwoju gospodarczego (Ruckdäschel 2000).

4.1.3. Cele społeczne – sprawiedliwość i solidarność społeczna

Dominacja środków publicznych w ochronie zdrowia uzasadniana jest często potrzebą zabezpieczenia wszystkim obywatelom, niezależnie od ich indywidualnej pozycji materialnej i stanu zdrowia, dostępu przynajmniej do podstawowych świadczeń zdrowotnych (Golinowska 1994, Włodarczyk 1996, Aufderheide, Dabrowski 2002). Nie oznacza to jednak, że finansowanie prywatne nie może wywierać pozytywnego wpływu na realizację celów sprawiedliwości i solidarności społecznej. W zależności od przyjętych konkretnych rozwiązań prywatne współfinansowanie świadczeń zdrowotnych może nawet pogłębić redystrybucję dochodów pomiędzy zdrowymi i chorymi, bogatymi i biednymi, młodymi i starszymi, pomiędzy różnymi pokoleniami i różnymi grupami społecznymi, choć z reguły kojarzone jest ono z odstępowaniem od społecznych zasad finansowania.

Jednakże nawet w sytuacji regresywnego oddziaływania finansowania prywatnego na podział obciążeń związanych z ponoszeniem kosztów opieki zdrowotnej nie można automatycznie zakładać naruszenia zasad solidarności i sprawiedliwości społecznej. Pamiętać musimy, że solidarność społeczna nie ogranicza się tylko do odpowiedzialności społeczeństwa za los osób, które z jakichś powodów znalazły się w trudnej sytuacji. Definiuje ona również obowiązek jednostki wobec społeczeństwa, obowiązek unikania wszystkich sytuacji, które mogą narazić społeczeństwo na straty. Jeśli obywatel mimo zachowania pełnej rozwagi i ostrożności znajdzie się w sytuacji wymagającej wsparcia społeczeństwa, zobowiązany jest on jednak do podjęcia działań ograniczających wysokość potrzebnej mu pomocy (Sowada 2004c, 2004d). Obciążenie pacjentów, przynajmniej częścią kosztów leczenia, można interpretować właśnie jako ich wkład w realizację zasady solidarności społecznej. Przy okazji finansowanie prywatne wspiera realizację innej podstawowej reguły współżycia w społeczeństwie, reguły subsydiarnej odpowiedzialności za własny los.

4.1.4. Cele stabilizacyjne

Prywatne finansowanie opieki zdrowotnej może przyczynić się do stabilizacji sektora ochrony zdrowia, a tym samym pozytywnie wpłynąć na jego rozwój oraz realizację gwarancji powszechnego dostępu do niezbędnych świadczeń medycznych, również w długim okresie.

Cel stabilizacyjny nabiera szczególnej wagi w systemie polskim, w którym dopływ środków publicznych cechuje się głęboką niestabilnością wywołaną zmieniającą się sytuacją gospodarczą kraju, nieefektywnością instytucji odpowiedzialnych za gromadzenie funduszy oraz dyskrecjonalnymi, często chaotycznymi zmianami polityki zdrowotnej. Wahania aktywności gospodarczej przekładają się na fluktuację przychodów NFZ poprzez dochodową definicję podstawy naliczania składek ubezpieczeniowych. Ponieważ składki na ubezpieczenie zdrowotne obciążają w zasadzie głównie dochody z pracy (i pochodne, np. emerytury), obserwowane zmniejszanie się udziału dochodów z pracy w dochodzie narodowym powoduje dodatkowe ograniczenie dla wzrostu nakładów publicznych na zdrowie nawet w sytuacji stabilnego wzrostu gospodarczego (Golinowska 2004a, 2004b, Sowada 2004b). Z kolei pozostawienie w gestii władz publicznych finansowania składek dla bezrobotnych i indywidualnych rolników naraża system na „polityczne niespodzianki” w postaci redukcji środków należnych z tytułu ubezpieczenia tych grup społecznych, np. kiedy to rząd, próbując ograniczyć deficyt budżetowy, obniżył podstawę naliczania składek dla osób bezrobotnych bez prawa do zasiłku.

4.1.5. Inne cele zaangażowania środków prywatnych

Wykorzystaniu środków prywatnych może przyświecać cel poprawy zdrowia obywateli i całego społeczeństwa. Partycypujący w kosztach pacjent może być bardziej skłonny do stosowania się do poleceń lekarzy (poprawia się tzw. *expliance* pacjenta), gdyż szybki powrót do zdrowia oznacza dla niego redukcję obciążeń finansowych. Zaś ubezpieczony, nie będący jeszcze pacjentem, motywowany jest do zaniechania zachowań niekorzystnie wpływających na jego stan zdrowia (Herder-Dorneich 1994).

W społeczeństwie traktującym istotę ludzką podmiotowo i gwarantującym każdemu obywatelowi prawo do decydowania o własnym losie, zaangażowanie środków prywatnych może stanowić narzędzie wzmacniania suwerenności konsumenckiej, jeśli towarzyszy mu prawo wyboru określonej wysokości obowiązkowych składek lub podatków na publiczny obszar opieki zdrowotnej, wysokości współpłacenia i zakresu świadczeń należnych w ramach finansowania publicznego.

4.2. Schemat przepływów środków w systemie ochrony zdrowia

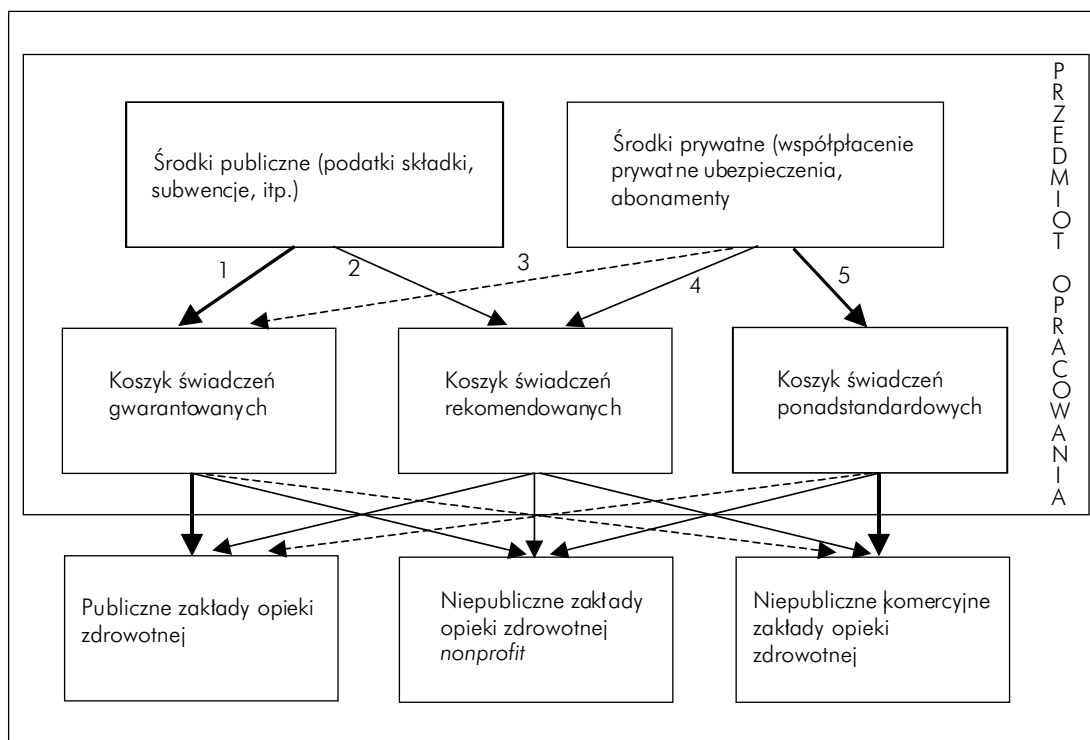
Chociaż ochrona zdrowia należy do najbardziej skomplikowanych obszarów systemu społeczno-gospodarczego, dość łatwo można zidentyfikować główne nurty przepływów finansowych mających miejsce w tym sektorze. Ponieważ identyfikacja strumieni finansowych

ma posłużyć w dalszej części opracowania sformułowaniu wskazówek pomocnych przy określaniu „przestrzeni” dla finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków prywatnych, konieczne jest przyjęcie normatywnych założeń dotyczących zakresu i rodzaju uprawnień obywateli realizowanych w opiece zdrowotnej z funduszy publicznych. Na obecnym etapie dyskusji politycznej jedyną klarowną koncepcję w tym zakresie zaproponował powołany przez Ministra Zdrowia w styczniu 2004 r. Zespół ds. Rozwiązań systemowych w Ochronie Zdrowia. W opracowanej przez Zespół „Strategii zmian w systemie opieki zdrowotnej” eksperci proponują stworzenie trzech koszyków świadczeń:

- koszyka świadczeń gwarantowanych,
- koszyka świadczeń rekomendowanych oraz
- koszyka zawierającego pozostałe świadczenia (zwanego koszykiem świadczeń ponadstandardowych) (www.mz.gov.pl).

Do świadczeń gwarantowanych zaliczane są z pewnymi ograniczeniami świadczenia z zakresu zdrowia publicznego, świadczenia ratujące życie, rutynowe świadczenia diagnostyczne i lecznicze akceptowane przez autoryzowane gremia profesjonalne, niektóre świadczenia wysoko specjalistyczne, świadczenia rehabilitacyjne zwłaszcza w przypadkach prawdopodobnego przywrócenia zdolności zarobkowych. Wśród świadczeń rekomendowanych

Schemat 4.1. Przepływy pieniężne w systemie ochrony zdrowia



eksperti widzą świadczenia z mniejszą potwierdzoną skutecznością medyczną, a przy skuteczności zbieżnej z nie dość dobrą relacją koszt-efekt, których płatnik publiczny nie może zagwarantować wszystkim zgłaszającym zapotrzebowanie. Trzeci koszyk obejmowałby procedury kliniczne skuteczne i nieszkodliwe, ale wobec których nie formułowano by specjalnych rekomendacji z punktu widzenia korzyści społecznych.

Sama produkcja świadczeń może odbywać się w:

- zakładach publicznych,
- zakładach niepublicznych *non profit* oraz
- zakładach niepublicznych komercyjnych.

4.3. „Przestrzeń” dla środków prywatnych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych w Polsce

Mnogość celów stawianych przed prywatnym finansowaniem świadczeń zdrowotnych powoduje, że nie sposób ograniczać determinantów określających „przestrzeń” dla zaangażowania prywatnych środków w tym sektorze jedynie do finansowej niewydolności publicznych płatników. Zakres finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych zawsze będzie współdecydować o zakresie finansowania świadczeń ze środków prywatnych, ale występuje również zależność w drugą stronę: zakres finansowania prywatnego współokreśla zakres finansowania ze środków publicznych.

Dziesiątki publikacji teoretycznych i doświadczenia praktyczne wskazują na utopijność jednego uniwersalnego i optymalnego podziału źródeł finansowania ochrony zdrowia. O optymalności rozwiązań można bowiem mówić jedynie w odniesieniu do konkretnych celów zadanych systemowi oraz w odniesieniu do konkretnych uwarunkowań ekonomicznych, politycznych, społecznych i historycznych. Szukając rozwiązań najlepszych, trzeba uwzględnić doświadczenia historyczne, preferencje społeczne, zdolności adaptacyjne rynku i społeczeństwa, zdolności planistyczne i zarządcze administracji, zdolność adaptacyjną samego systemu wobec wyzwań technologicznych i demograficznych, sprzeczności pomiędzy interesami rządzących i rządzonych oraz wiele innych czynników. Ponadto, konieczne jest stworzenie hierarchii celów. Nie wszystkie cele są tak samo ważne, zaś sama hierarchia celów może się zmieniać w zależności od rodzaju świadczeń i rodzaju konkretnych potrzeb zdrowotnych branych w danym momencie pod uwagę. W sytuacji bardzo ograniczonych możliwości ekonomicznych nie można przecież jednakowo traktować gwarancji udzielenia świadczeń ratujących życie osobom, które z dużym prawdopodobieństwem mogą przeżyć jeszcze

w dobrym zdrowiu wiele lat i świadczeń służących jedynie poprawie komfortu leczenia, a nawet świadczeń służących sztuczemu podtrzymywaniu życia „za wszelką cenę”.

Określenie koszyków świadczeń i przypisanie im podstawowych źródeł finansowania stanowi najważniejsze, ale nie jedyne zadanie polityków zdrowotnych. Równie ważne jest określenie zasad, według których prywatne finansowanie będzie realizowane, szczególnie w zakresie świadczeń gwarantowanych i rekomendowanych. Zaangażowanie ustawodawcy w tym zakresie jest konieczne, chociażby ze względu na zawodność mechanizmu rynkowego, asymetrię informacyjną oraz cele i kryteria społeczne obejmujące swym zasięgiem nie tylko sferę finansowaną ze środków publicznych lecz, jak pokazano wcześniej, również obszar finansowany ze środków prywatnych.

Ustawodawca powinien zapewnić takie reguły gry w prywatnych współfinansowanych obszarach ochrony zdrowia, które uniemożliwią producentom świadczeń nadużywanie naturalnej przewagi profesjonalnej informacji na niekorzyść prywatnego płatnika, szczególnie jeśli płatnikiem tym jest bezpośrednio pacjent. Jasne, proste, przejrzyste i powszechnie zrozumiałe reguły gry powinny zapewnić społeczną kontrolę przepływu środków prywatnych w systemie i zamknąć kanały korupcyjne. Wreszcie potrzebne jest określenie zasad i kryteriów, na podstawie których dokonany zostanie wybór metod finansowania świadczeń ze środków prywatnych. Ustawodawca musi odpowiedzieć na pytania: które z metod prywatnego finansowania powinny znaleźć szersze lub węższe zastosowanie i które zasługują na publiczne wsparcie np. w ramach rozwiązań podatkowych. Podjęcie konkretnych decyzji w tym zakresie powinno zostać poprzedzone społeczną, ekonomiczną i polityczną analizą wad i zalet poszczególnych metod finansowania prywatnego, a także merytoryczną analizą wad i zalet oraz finansowych skutków wprowadzenia różnych form bodźców podatkowych sprzyjających rozwojowi prywatnych form finansowania świadczeń zdrowotnych.

4.4. Metody prywatnego finansowania świadczeń zdrowotnych

Prywatne finansowanie świadczeń opieki medycznej może dokonywać się w sposób bezpośredni poprzez współpłacenie pacjenta (wydatki *out of pocket*) lub też za pośrednictwem instytucji, np. prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, fundacji, pracodawców itp. Poszczególne formy różnią się zasadniczo w zakresie realizacji celów alokacyjnych i dystrybucyjnych. W różny sposób są one również narażone na zawodność mechanizmu rynkowego. Ubezpieczenia prywatne konfrontowane są np. z oportunistycznymi zachowaniami ubezpieczonych (tzw. *moral hazard*), podczas gdy w zakresie świadczeń finansowanych bezpośrednio przez pacjenta moralny hazard nie występuje. Ze względu na siłę rynkową instytucjom

ubezpieceniowym łatwiej przychodzi kontrola zasadności udzielania świadczeń; większe są zatem szanse na ograniczenie kreacji nieuzasadnionego popytu przez producentów świadczeń.

4.4.1. Współpłacenie

Każda decyzja polityczna o wprowadzeniu lub zmianach w zakresie bezpośredniej partycypacji pacjentów w kosztach leczenia powinna zostać poprzedzona dogłębną analizą możliwych implikacji, a szczególnie skutków dotyczących dostępności. Przy tym trzeba mieć na uwadze, że alokacyjne i dystrybucyjne efekty współpłacenia pacjenta zależą nie tylko od formy współpłacenia (procentowy udział pacjenta w kosztach świadczeń, stałe opłaty za każdą jednostkę otrzymanego świadczenia, różnego rodzaju franszyzy, system indemnizacji²⁷), lecz także od konkretnego kształtu poszczególnych form, w szczególności od wysokości opłat ryczałtowych, francyz i/lub procentowego udziału pacjenta. Najpoważniejsze zagrożenie towarzyszące wykorzystaniu mechanizmów współpłacenia w opiece zdrowotnej stanowią ograniczenia dostępu do obciążonych współpłaceniem świadczeń. Ograniczenia te szczególnie dotkliwie odczuwane są przez pacjentów dysponujących niskimi dochodami i tych, którzy z powodu złego stanu zdrowia często muszą z tych świadczeń korzystać. Możliwość wystąpienia barier dostępu w zasadniczy sposób zawęża granice wykorzystania współpłacenia jako instrumentu finansowania świadczeń wchodzących w skład koszyka świadczeń gwarantowanych. W każdym przypadku wymóg specjalnego traktowania pacjentów, nie dysponujących dochodami wystarczającymi do pokrycia kosztów współpłacenia w zakresie koszyka świadczeń gwarantowanych, komplikuje całą organizację systemu partycypacji pacjenta ograniczając jednocześnie jej efektywność fiskalną, ale również efektywność w roli instrumentu alokacyjnego. Ograniczenia lub zwolnienia ze współpłacenia oznaczają w rzeczywistości rezygnację ze sterowania indywidualnym popytem na świadczenia wobec objętych nimi grup. Z drugiej strony pojawiają się niemałe koszty administracyjne. Im większa jest liczba jednostek udzielanych świadczeń obciążonych dopłatami i im niższe są opłaty jednostkowe, tym koszty te są większe.

Jak wielkie znaczenie dla efektywności fiskalnej współpłacenia ma dobór świadczeń obciążonych dopłatami, pokazuje jedna z wcześniejszych²⁸ propozycji Boniego, Kruszewskiego i Gorajka w sprawie wprowadzenia opłat ryczałtowych w wysokości 3 zł za każdą wizytę u lekarza podstawowej opieki, 5 zł za wizytę u specjalisty i 2 zł za wypisanie recepty. Zgodnie z wylicze-

²⁷ Formy współpłacenia opisują między innymi Sowada 2004c, Breyer, Zweifel, Kifmann 2003, v. Schulenburg 1987.

²⁸ Autorzy tej propozycji już jej nie zgłaszają. W niniejszym tekście jest ona wykorzystana wyłącznie dla zilustrowania problemu kosztów przedsięwzięcia.

niami samych autorów propozycji opłaty ryczałtowe powinny przynieść brutto 821 mln zł. Po odjęciu kosztów administracyjnych i refundacji opłat osobom biednym na sfinansowanie dodatkowych świadczeń pozostałoby jednak tylko około 400 mln zł, (Boni, Kruszewski i Gorajek 2003). Proponowane rozwiązanie cechuje się zatem jedynie 50% efektywnością fiskalną. Można natomiast wyobrazić sobie obciążenia administracyjne wymuszone pobieraniem setek milionów kilkuzłotowych opłat i wypisywaniem takiej samej liczny odpowiednich pokwitowań potrzebnych przecież przy ubieganiu się o refundację kosztów współpłacenia.

Proponując konkretne rozwiązania dotyczące współpłacenia przy świadczeniach gwarantowanych, szczególnie jeśli dopłaty i/lub opłaty mają charakter wybiórczy, pamiętać należy o ewentualnych efektach substytucyjnych. Powszechnie akceptowany jest pogląd, że pacjenci powinni być leczeni na tym poziomie opieki medycznej, gdzie sensowną i efektywną pomoc mogą uzyskać przy najniższych nakładach. Obciążenie świadczeń opieki ambulatoryjnej może wywołać nacisk na szybkie przepisywanie chorych do placówek opieki stacjonarnej, szczególnie jeśli leczenie ambulatoryjne wymaga wielokrotnego skorzystania z pomocy lekarza. Może też spowodować większe obciążenia droższej pomocy doraźnej. Wreszcie może spowodować, że pacjenci zbyt późno zaczną zgłaszać się do lekarza, co w efekcie może oznaczać przewleczenie chorób, a następnie wzrost kosztów ich leczenia.

4.4.2. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne to zazwyczaj ubezpieczenia nieobowiązkowe, kalkulujące składki zależne od wysokości ryzyka lub inne składki niezależne od wysokości dochodów (np. składki od osoby), oferowane przez prywatne firmy ubezpieczeniowe, prywatne instytucje *non profit* lub instytucje publiczne. Ubezpieczenia prywatne mogą przyjmować różną postać i zabezpieczać różne obszary świadczeń zdrowotnych. W terminologii Unii Europejskiej rozróżnia się trzy typy ubezpieczeń prywatnych:

- Ubezpieczenia zastępujące obowiązkowe ubezpieczenie społeczne (*substitutive VHI*), kierowane do grup społecznych wykluczonych z mocy prawa lub wskutek indywidualnych decyzji z uczestnictwa w systemie finansowanym ze środków publicznych.
- Ubezpieczenia uzupełniające zabezpieczenie podstawowe (*complementary VHI*) dotyczące świadczeń wykluczonych z finansowania przez systemy publiczne lub zawierane na pokrycie dopłat ponoszonych przez ubezpieczonych w chwili korzystania ze świadczeń częściowo finansowanych ze środków publicznych.
- Ubezpieczenia dodatkowe na świadczenia trudno dostępne, choć należne, w systemie publicznym (*supplementary VHI*), aktywowane w sytuacjach gdy świadczenia finansowane ze środków publicznych należne w systemie podstawowym są w rzeczywistości niedo-

stępne, albo nie są dostępne niezwłocznie (kolejka). Pacjenci, którzy nie chcą czekać na świadczenia finansowane ze środków publicznych mogą zakupić świadczenia np. w prywatnych klinikach ze środków prywatnych lub mogą wykupić odpowiednie ubezpieczenie obejmujące koszty świadczeń realizowanych przez równoległy system prywatny. Ubezpieczenia dodatkowe mogą obejmować również świadczenia o jakości uznawanej za ponadstandardową (Mossialos i in. 2002, Mossialos, McKee 2002, Sowada 2003).

Każdy typ ubezpieczeń prywatnych ma swoją specyfikę, którą należy rozpoznać przed podjęciem decyzji na korzyść tej lub innej jego formy. Konieczne jest również określenie przestrzeni dla prywatnych ubezpieczeń w ogóle i konkretnych typów tych ubezpieczeń. Przestrzeń tą określają:

- zakres finansowania ze środków publicznych,
- zakres finansowania bezpośredniego,
- możliwości wyjścia z systemu podstawowego (*opting out*),
- poziom rozwoju rynku ubezpieczeniowego,
- determinowany przez czynniki ekonomiczne, kulturowe i społeczne popyt na prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz
- normy prawne Unii (w szczególności Trzecia Dyrektywa Rady Europejskiej – Non-Life Directive 92/49/EWG z 18.06.1992 r.).

Zróżnicowanie oczekiwanych efektów alokacyjnych i redystrybucyjnych oraz poziomu realizacji ekonomicznych i społecznych celów przez poszczególne formy ubezpieczeń prywatnych wymaga dokładnej analizy implikacji ich wprowadzenia, a także określenia podstawowych reguł dotyczących wyboru rodzaju polis – polisy indywidualne/polisy zbiorowe, zasad kalkulacji składek, zasad płatności – zwrot kosztów/świadczenia rzeczowe, wykorzystywanych instrumentów sterowania popytem, ochrony praw konsumenta, instrumentów ograniczających selekcję ryzyka (*adverse selection, cream skinning*), kształtowania innych barier dostępu do ubezpieczenia i do świadczeń, wyboru producenta świadczeń przez prywatnie ubezpieczonych, bodźców podatkowych, swobodnego przepływu usług w ramach Unii Europejskiej, itd. (Mossialos i in. 2002, Sowada 2003). Reguły te mogą, a nawet powinny być zróżnicowane w zależności od rodzaju świadczeń objętych polisami ubezpieczeń prywatnych.

W Polsce najczęściej mówi się o ubezpieczeniach zapewniających posiadaczom polis dostęp do świadczeń o podwyższonym standardzie jakości pobytu (np. całodobowa opieka pielęgniarska, pojedynczy pokój w szpitalu, krótszy czas oczekiwania na zabieg, itp.) również w publicznych zakładach opieki zdrowotnej²⁹. W rzeczywistości brakuje natomiast wiarygodnych badań potencjału rynkowego dla tego typu ubezpieczeń. Założenie, że popyt na prywatne polisy ubezpieczeniowe odpowiadał będzie przeciętnemu popytowi zgłaszanemu w krajach UE finansują-

²⁹ Takie wrażenie pozostaje np. po wysłuchaniu wypowiedzi prof. Z. Religi.

cych wydatki na zdrowie głównie ze środków budżetowych, a zatem, że 8% obywateli wykupi prywatne polisy ubezpieczeń dodatkowych, co zapewniłoby systemowi przychody rzędu 2 mld zł (liczby takie podaje grupa ekspertów skupiona wokół Chłoń-Domińczak, Boniego i Rüdla) lub też głoszenie za pośrednictwem mediów, że ubezpieczenia dodatkowe wykupi „20% ludności Polski posiadająca pieniądze” (Z. Religa, wypowiedź z 25.03.2004 r. w telewizyjnej trójce) jest niczym innym jak spekulacją. Równie dobrze może się zdarzyć, że prywatne polisy wykupi tylko co setny Polak, podobnie, jak uczynił to co setny Szwed.

Ponadto, jeśli ubezpieczenia dodatkowe mają zapewniać podwyższony standard opieki zdrowotnej, to całą reformę należy rozpocząć od sformułowania koszyka standardowego nie tylko co do zakresu świadczeń, ale także ich jakości. Jeśli podwyższony standard ma się ograniczyć do ciągle powtarzanych przykładów jednoosobowego pokoju w szpitalu, telewizora przy łóżku szpitalnym i całodobowej opieki pielęgniarskiej, nie ma co liczyć na wysokie wpływy z ubezpieczeń dodatkowych. Jeśli natomiast pod pozorem zapewnienia ponadstandardowej jakości prywatne ubezpieczenia obciążone zostaną również częścią kosztów świadczeń standardowych, to dodatkowo ubezpieczający się zapłacą dwa razy za to samo uprawnienie (Sowada 2004a).

Szczególnie delikatną sprawą jest promowanie rozwoju prywatnych ubezpieczeń przy wykorzystaniu bodźców podatkowych. Proponowane ulgi podatkowe mogą oznaczać sporą redukcję dochodów budżetu państwa, szczególnie, jeśli przyjmą one postać odpisów od podstawy naliczania zobowiązań podatkowych. Zakładając realistycznie, że dodatkowe ubezpieczenia najczęściej kupowane będą przez najbogatszych podatników, składki na prywatne ubezpieczenia byłyby wtedy w 40% subwencjonowane przez podatników.

Podsumowując rozważania należy zadać sobie pytanie, kogo się wspiera zgłaszając takie, czy inne propozycje; czy chcemy wspierać najbogatszych podatników i czy w ogóle chcemy wspierać zakup prywatnych polis ubezpieczeń zdrowotnych? Wydaje się, że odpowiedź na postawione pytania zależy od tego, jakich świadczeń dotyczyć mają polisy dodatkowe. W zakresie świadczeń rekomendowanych, a zatem świadczeń zasadniczo godnych wsparcia również ze środków publicznych, wszelkie formy prywatnego finansowania (współpłacenie, prywatne ubezpieczenie, darowizny na rzecz funduszu dobroczynności, itp.) zasługują na poparcie ze strony systemu podatkowego. Ubezpieczająca się dodatkowo prywatnie osoba obniża bowiem ryzyko obciążenia społeczeństwa swoją ewentualną chorobą i podobnie jak przekazując środki na fundusz dobroczynności – działa ona na korzyść społeczeństwa. Stąd warto takie działania wspierać w ramach systemu podatkowego. W zakresie świadczeń z trzeciego koszyka obejmującego w zasadzie konsumpcję „luksusową”, udzielanie jakichkolwiek ulg podatkowych wydaje się być ekstrawagancją.

Wnioski

System organizacji i finansowania ochrony zdrowia należy do najbardziej skomplikowanych obszarów usług społecznych. W zasadzie nieograniczone potrzeby zdrowotne zderzają się z bardzo ograniczonymi możliwościami ekonomicznymi ich zaspokojenia, zaś żądania równego dostępu do wszystkich świadczeń zderzają się z niewydolnością finansową publicznych płatników. Ograniczoność środków publicznych będących do dyspozycji ochrony zdrowia wymusza zaangażowanie środków prywatnych. Prywatnego finansowania nie powinno się jednak traktować wyłącznie w kategoriach narzędzia fiskalnego wypełniającego lukę finansową pozostawioną przez publicznych płatników. Prywatne finansowanie może i powinno służyć również, lub przede wszystkim, poprawie alokacji rzadkich zasobów w systemie jako całości, zbliżaniu się do systemu uznanego za „słuszny”, rozłożeniu obciążeń finansowych na wyodrębnione grupy społeczne względem wysokości ryzyka zdrowotnego, poziomu dochodu, wieku, itp. oraz stabilizacji finansowania sektora ochrony zdrowia.

Określenie przestrzeni dla prywatnego finansowania świadczeń zdrowotnych może być dokonane jedynie w pełnej interakcji z określeniem przestrzeni dla finansowania publicznego. Źródła publiczne i prywatne wzajemnie się uzupełniają i wzajemnie określają granice swoich wpływów. Podejmując się zadania racjonalnej konstrukcji systemu prywatnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, należy pamiętać również o różnorodności możliwych do wykorzystania metod i form prywatnego finansowania oraz wynikających z niej ekonomicznych i społecznych implikacji.

Zakres koniecznych do rozważenia skutków, wad i zalet poszczególnych rozwiązań ujawniających się często w różnym wymiarze i intensywności w zależności od przyjętych kombinacji i interaktywnych związków z rozwiązaniami przyjętymi w części finansowanej ze środków publicznych, sprawia, że ukształtowanie racjonalnego i nakierowanego na realizację sformułowanych celów systemu prywatnego finansowania ochrony zdrowia nie jest zadaniem możliwym do wykonania w krótkim okresie i pod naciskiem bieżących problemów finansowych. Katastrofalna sytuacja finansowa sektora ochrony zdrowia sprzyja bowiem postrzeganiu środków prywatnych jedynie przez pryzmat instrumentu zapewniającego zakładom opieki zdrowotnej przetrwanie. W takich warunkach zwiększenie poziomu finansowania ze środków prywatnych oznacza jedynie dodawanie kolejnych sum do „worka bez dna”.

Rekomendacje

System ochrony zdrowia w Polsce wymaga kompleksowej naprawy. Zarówno różne jego części, jak i sposób ich wzajemnego oddziaływania nie dają pozytywnego efektu końcowego. Poniżej zestawiono listę koniecznych przedsięwzięć, które w całości mogą uruchomić pozytywne sprzężenia i wprowadzić system na ścieżkę równowagi oraz stworzyć warunki do uzyskiwania wyższej skuteczności medycznej, lepszej jakości oraz znaczniejszej efektywności kosztowej. Rekomendacje nie zostały zestawione ani według kryterium ważności, ani według kryterium sekwencji (najpierw to, a potem co innego). Problem bowiem polega na tym, że należy szybko rozpocząć działania na wielu polach jednocześnie.

- Stabilizowania systemu w oparciu o logiczne (niesprzeczne) zasady funkcjonowania jego zasadniczych elementów.
- Równoważenia systemu pod względem finansowym zgodnie z zasadą makroekonomicznego bilansu: środki pozyskiwane = koszty produkcji = wartość wykorzystanych świadczeń przez pacjentów.
- Wprowadzenia systemu racjonowania świadczeń zdrowotnych poprzez zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Prace nad koszykiem będą długotrwałe i ciągłe. W pierwszym okresie trzeba będzie w większej skali polegać na uzgodnieniach profesjonalnych niż na analizach typu EBM i HTA. To wymaga stworzenia odpowiednich procedur oraz doboru ekspertów, uczestników tych uzgodnień. Doświadczenie ze złym zarządzaniem w sprawach kadrowych w sektorze zdrowotnym wymaga większej uwagi poświęconej sprawie doboru ekspertów oraz ich odpowiedniego przygotowania.
- Poprawiania systemu zarządzania na każdym szczeblu systemu: rządowym, samorządu terytorialnego oraz mikroekonomicznym. Na szczeblu rządowym niezbędne jest wprowadzenie systemu kryteriów pozwalających na efektywniejszą alokację środków: kryteriów skuteczności medycznej i efektywności kosztowej, opracowanie i wprowadzenie standardów postępowania medycznego, stosowanie analiz jakości medycznej i jakości obsługi oraz wprowadzenia wyników do systemu zarządzania placówkami, stosowanie efektywnych zasad doboru kadr zarządzających, dbałość o kształcenie i racjonalne zagospodarowywanie kadr medycznych, stosowanie zasadnego, uzgodnionego i transparentnego podziału środków między regiony, monitorowanie wprowadzanych rozwiązań i decyzji, rozwiązywanie konfliktów metodami odpowiednio przygoto-

wanego dialogu między stronami i nienarazanie pacjentów na ograniczenie dostępu do świadczeń z tego powodu.

1. Niezbędna jest radykalna poprawa zarządzania systemem na szczeblu rządowym (Ministerstwo Zdrowia, NFZ i inne agencje rządowe oraz resortowe). Warunki tej poprawy to:

- Zabezpieczenie informacyjne niezbędne do zarządzania systemem; z jednej strony – informacje o zasobach w systemie (kadry, sprzęt, stan infrastruktury), jego funkcjonowaniu (koszty wg czynników kosztotwórczych), udzielanych świadczeniach, a z drugiej – analiza potrzeb zdrowotnych oraz inne informacje o charakterze epidemiologicznym, stanie zdrowia populacji, itd.
- Zabezpieczenie podstaw kadrowych (kształcenie) dla systemu i wprowadzenie racjonalnych zasad zarządzania zasobami ludzkimi (kadrami lekarską, pielęgniarską i personelem pomocniczym).
- Opracowanie i wprowadzenie w życie zasad racjonalnej lokalizacji placówek (sieć placówek).
- Przygotowanie kompleksowej regulacji dotyczącej praw pacjenta i wskazanie warunków ich realizacji oraz sankcji w sytuacji ich nieprzestrzegania.
- Przygotowanie podstaw i zasad dialogu niezbędnego w sytuacjach sprzeczności interesów oraz konfliktów.
- Przygotowanie podstaw do zasadnej alokacji regionalnej.
- Stworzenie podstaw do analizy oceny jakości świadczeń medycznych.
- Wprowadzenie zasady przygotowywania i ogłaszania corocznego raportu dla społeczeństwa o stanie systemu zdrowotnego oraz kondycji zdrowotnej populacji.

2. Zdefiniowanie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z tzw. pozytywną listą w celu zabezpieczenia pełnego dostępu obywateli (powszechnie ubezpieczonych) do świadczeń możliwych do sfinansowania ze środków publicznych zgodnie z kryteriami przyjętymi i akceptowanymi medycznie oraz społecznie. Aby to było możliwe niezbędny jest:

- Dobór kompetentnych ekspertów.
- Powołanie agencji ds. technologii medycznych, niezależnej instytucji, która dokonywałaby niezbędnych analiz.
- Przygotowanie słowników, klasyfikacji chorób, procedur oraz wytycznych efektywnego postępowania medycznego.
- Przygotowanie listy dostępnych leków w formie substancji czynnych.
- Wprowadzenie ocen typu EBM i HTA.

3. Powołanie Wspólnej Komisji z udziałem agencji ds. technologii medycznych, ministerstwa zdrowia i płatnika do wyboru ocenionych procedur i dokonania kwalifikacji włączenia /wyłączenia z koszyka świadczeń gwarantowanych.

4. Powołanie agencji ds. taryf, szacującej składniki kosztów świadczeń, ulokowanej w strukturze płatnika:

- Płacowych kosztów pracy – wprowadzenie normowania pracy lekarzy.
- Pozapłacowych kosztów pracy.
- Leków i materiałów medycznych.
- Amortyzacji (odtworzeniowej).

5. Zrównoważenie systemu pod względem finansowym:

- Pełne opłacanie składki ze środków budżetu za bezrobotnych bezdomnych, podopiecznych pomocy społecznej oraz innych osób niepłacących składek.
- Przy zbilansowaniu dochodów pozyskanych dla systemu i kosztów, poszukiwanie możliwości zmniejszenia składek finansowych bezpośrednio z dochodów netto podatników.
- Wskazanie środków i metod finansowania inwestycji rozwojowych.
- Wprowadzić monitorowanie i system kontroli cen leków refundowanych.
- Wprowadzić monitorowanie ordynacji i zużycia leków.
- Wprowadzić monitorowanie czasu pracy personelu medycznego oraz pobieranych wynagrodzeń.
- Wprowadzić monitorowanie i analizę korzystania ze świadczeń zdrowotnych (wskaźniki wizyt, hospitalizacji, czasu opieki stacjonarnej, czasu oczekiwania).
- Wprowadzić monitorowanie i analizę cen świadczeń.

6. Przygotowanie i wprowadzenie z uzasadnionym opóźnieniem (okres przejściowy – budżet globalny) metod finansowania producentów świadczeń według stawek ryczałtowych dla: jednostek chorobowych, procedur, jednorodnych grup pacjentów.

7. Określenie przestrzeni oraz zasad dla współfinansowania:

- W ramach koszyka – tylko współfinansowanie regulacyjne.
- Poza koszykiem – świadczenia o niemniejszej skuteczności medycznej, a przy tej samej skuteczności o lepszej relacji koszt-efekt³⁰.
- Świadczenia ponadstandardowe – ceny rynkowe; bez udziału środków publicznych i bez ulg podatkowych.

³⁰Ten rodzaj świadczeń.....

Zestawienie. Zasady i udział finansowania prywatnego w ramach różnych grup świadczeń

Koszyk	Rekomendacje dla finansowania prywatnego
Koszyk świadczeń gwarantowanych	<ul style="list-style-type: none"> • odpowiedzialność finansowa spoczywa na publicznym płatniku • środki prywatne mogą być wykorzystane jedynie jako instrument ograniczania nadużywania świadczeń i marnotrawstwa zasobów • pierwszeństwo dla instrumentów nie obciążających pacjentów przy korzystaniu ze świadczeń i nagradzających oszczędne korzystanie ze świadczeń oraz zdrowy tryb życia
Koszyk świadczeń rekomendowanych	<ul style="list-style-type: none"> • partnerstwo publiczno-prywatne • środki publiczne jako uzupełniające źródło finansowania i aktywowane dopiero po wyczerpaniu prywatnych możliwości finansowania • środki prywatne jako podstawowe źródło finansowania • wspieranie finansowania prywatnego przez odpowiednie regulacje w prawie podatkowym
Koszyk świadczeń ponadstandardowych	<ul style="list-style-type: none"> • całkowita odpowiedzialność finansowa na środkach prywatnych • brak ulg i zwolnień podatkowych w związku z zakupem świadczeń ponadstandardowych lub polis zapewniających dostęp do takich świadczeń

8. Na szczeblu mikroekonomicznym niezbędne jest takie ustanowienie reguł, które nie będą motywować do przerzucania kosztów, dostosują jednostkę do wymagań gospodarności i uczynią placówki przyjaznymi dla pacjentów oraz dobrze zorganizowanymi. W szczególności niezbędne jest opracowanie regulacji dotyczących funkcjonowania placówek zdrowotnych uwzględniających:

- Racjonalny status placówek.
- Wymagania dla menadżerów i zasady ich powoływania na stanowiska kierownicze.
- Warunki dobrej organizacji placówki i dobrej obsługi pacjenta.
- Obowiązek badania satysfakcji pacjenta w warunkach pozwalających na wyrażenie mu swobodnej opinii i wprowadzanie uzasadnionych wniosków wynikających z tych badań do zarządzania placówką.
- System motywowania sprzyjający poddawaniu się procesom akredytacji i uzyskiwania innych certyfikatów jakości.
- Konieczność stworzenia systemu do wykazywania błędów w sztuce lekarskiej.

Kroki podejmowane w sferze regulacji oraz finansów nie zmienią ogromnie pogorszonego postrzegania systemu przez społeczeństwo, jeśli jednocześnie nie ulegnie zmianie nieprzyjazne traktowanie pacjenta oraz zła organizacja placówek zdrowotnych. Organizacyjne niedostatki oraz erozja etyki świadczeniodawców tak lekarzy, jaki personelu pielęgniarskiego i pomocniczego, prowadzą do powstania wśród pacjentów klimatu bezradności i zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego. System przestał spełniać jedną z jego podstawowych społecznych funkcji: wrażliwości (*responsiveness*) na potrzeby obywateli w ich najbardziej wymagającej wsparcia roli: roli pacjentów. Dlatego niezbędne są także prace nad wdroże-

niem sprawnych logistycznie rozwiązań organizacyjnych, zatrudnianie, edukowanie i motywowanie personelu medycznego życzliwie traktującego pacjentów i ich rodziny oraz upowszechnianie badań satysfakcji pacjentów i egzekwowanie stosowania wniosków z nich pochodzących.

9. Na szczeblu samorządu terytorialnego niezbędne są rozstrzygnięcia zasadnicze. Dotyczą one bowiem odpowiedzialności właścicielskiej za kondycję i rozwój placówek zdrowotnych. W obecnych warunkach jest to odpowiedzialność bez instrumentów i ograniczona do sektora publicznego.

Bibliografia

- Aufderheide D., Dabrowski M. (2002), *Gesundheit – Ethik – Ökonomie*, Duncker&Humblot, Berlin.
- Boni M., Kruszewski A., Gorajek M. (2003), *Analiza sytuacji i program systemowych zmian w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce*, ekspertyza opracowana dla Wicepremiera Jerzego Hausnera, Warszawa.
- Breyer F., Zweifel P., Kifmann M. (2003), *Gesundheitsökonomie*, 4. wyd., Springer, Berlin-Heidelberg-New York.
- Chinitz D., Shalev C., Lev B., Galai N., Israeli A. (2000), Israel's Basic Basket of Health Services: the Importance of Being Explicitly Implicit, w: A. Coulter, Ch. Ham (eds), *The Global Challenge of Health Care Rationing*, Open University Press, Buckingham i Philadelphia, s. 45-51.
- Cutler D.M., Zeckhauser R.J. (2000), Moral hazard and consumer incentives in health care, w: Culyer A.J., Newhouse J.P. (red.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam, rozdz. 8.
- Domagała A. (2004), *Wpływ reformy ochrony zdrowia na zmiany w strukturze i warunkach zatrudnienia kadr medycznych*, praca doktorska, IZP Collegium Medicum UJ, Kraków.
- Getzen T.E. (2000), *Ekonomia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Golinowska S. (1994), *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej*, PWN, Warszawa.
- Golinowska S. (red.) (2002), *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, CeDeWu Case, Warszawa
- Golinowska S. (2003), Wielkość i determinanty wydatków na ochronę zdrowia, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* Nr 1.
- Golinowska S. (2004a), *System ochrony zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach*, referat na Forum Ochrony Zdrowia – Wyzwania i Możliwości Rozwiązań w dniu 16.03.2004 r., Warszawa.
- Golinowska S., (2004b), *Nierównowaga ekonomiczna w systemie ochrony zdrowia*, referat na Radę Strategii Społeczno-Gospodarczej w dniu 22.01.2004 r., Warszawa.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sowa A. (2001), Wydatki ludności na ochronę zdrowia, *Polityka Społeczna* Nr 10.
- Government Committee on Choices in Health Care (Dunning Committee) (1992), *Choice in Health Care*, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, The Netherlands, Rijswijk.
- Grönemeyer D. (2003), Gesundheitswirtschaft Med. in Germany – Verpasst Deutschland eine Chance?, w: Klauesen N. i Straub C. (red.), *Bausteine für ein neues Gesundheitswesen*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, s. 13-22.
- Ham Ch. (1997), Priority setting in health care: learning from international experience, w: *Health Policy* No 42, s. 49-66.
- Ham Chr. (2003), *Reasonable Rationing. International Experience of Priority Setting in Health Care*, Open University Press, Buckingham.
- Herder-Dorneich P. (1994), *Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

- Klein R., Day P., Redmayne S. (1996), *Managing Scarcity*, Open University Press Buckingham i Philadelphia.
- Kozierkiewicz A. (1999), Jak powstają standardy świadczenia usług medycznych, *Śłużba Zdrowia*, nr 71-72 (2861-2862).
- Kózka M. (2004), Uwarunkowania systemu kształcenia pielęgniarek w Polsce a zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, w: *Zeszyty Naukowe Ochrony zdrowia – Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, T. II.
- Kubiak A. (2001), *Pacjenci i lekarze o korupcji w publicznej służbie zdrowia*, raport z badań, Fundacja Batorego, Warszawa.
- Maarse H. (2004), European Health Care Reform: Some Experiences in Western Europe and Lessons for Central and Eastern Europe, referat na *Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i Możliwości Rozwiązań*, 16.03. 2004, CASE – Doradcy, Warszawa.
- Mossialos E., King D. (1999), Citizens and rationing: analysis of a European survey, w: *Health Policy*, No. 49, s. 75-135.
- Mossialos E., Dixon A., Figureas J., Kutzin J. (2002), *Funding health care options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Mossialos E. i inni (2002), *Voluntary health insurance in the European Union*, Report for Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, Brussels.
- Mossialos E., McKee M. (2002), *EU Law and Social Character of Health Care*, P.I.E. – Peter Lang, Brussels.
- NOU (1997), The Loenning Committee: *Guidelines for priority setting in Norwegian health care* Ministry of Health and Social Affairs, Oslo.
- OECD 2003, *OECD Health Data 2003*, Paris.
- OECD 2004, *OECD Health Data 2004*, Paris.
- Peltier J., Schiborowsky J.A., Nill A. (2004), Crossing Cultures. The nursing shortage is a global problem, w: *Marketing Health Service (MHS)*, Vol. 24 No.1, Chicago.
- Petersen H.G. (2004), *Systematic Change instead of Curing Symptoms: Coordinating Social and Private Health Insurance in Germany and Beyond*, Referat na Forum Ochrony Zdrowia – Wyzwania i Możliwości Rozwiązań w dniu 16.03.2004 r., Warszawa.
- Polikowski M., Santos-Eggimann B. (2002), How comprehensive are the basic packages of health services? An international comparison of six health care insurance systems, w: *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol. 7, No. 3, s. 133- 142.
- Ponikło W. (2004), *Podstawowe koszty utrzymania infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia w Polsce*, maszynopis.
- Robinson R. (1999), Limits to rationality: economics, economists and priority settings, w: *Health Policy* No. 49, s. 13-26.
- Ruckdäschel S. (2000), Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen, P.C.O., Bayreuth.
- v.d. Schulenburg J.M., (1987), Selbstbeteiligung: theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Mohr&Siebeck, Tübingen.
- v.d. Schulenburg J.M. Greiner W. (2000), Gesundheitsökonomik, Mohr&Siebeck, Tübingen.

- Sowada C. (2000), Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen in einer Krankenversicherung, P.C.O., Bayreuth.
- Sowada C. (2003), Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej, w: *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia – Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* t. 1, nr 1, s. 16-30.
- Sowada C. (2004a), Finansowanie opieki zdrowotnej – źródła i metody, referat na Forum Ochrony Zdrowia – Wyzwania i Możliwości Rozwiązań w dniu 16.03.2004 r., Warszawa.
- Sowada C. (2004b), Reforma zdrowia w Niemczech w 2004 r. – najważniejsze cele i zmiany, w: *Polityka Społeczna*, złożony do druku.
- Sowada, Ch. (2004), Współpłacenie. Szanse, zagrożenia i warunki szerokiego zastosowania w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, w: *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia – Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, T. II.
- Surówka, K. (2004), Rola samorządu terytorialnego w finansowaniu opieki zdrowotnej w dobie jej kryzysu w Polsce, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia – Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, T. II.
- Tymowska K. (2004), Opieka zdrowotna, w *Diagnoza Społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa.
- Tymowska K., Kowalska K. (2002), Stawki kapitałowe a zachowania dostawców usług medycznych, *Lekarz Rodzinny* Nr 11.
- Włodarczyk W.C. (1996), *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Łódź, Kraków, Warszawa.
- Włodarczyk, W.C. (2004), Ogólne zasady nowego systemu, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia – Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, T. II.