

# Jakie zmiany w systemie opieki zdrowotnej są najważniejsze?

Katarzyna Tymowska

W Warszawie odbyło się seminarium ekspertów pod patronatem wicepremiera Jerzego Hausnera i przy współudziale Ministerstwa Zdrowia oraz Banku Światowego. Tematem seminarium były dylematy reformy systemu ochrony zdrowia. Referaty wygłosili przedstawiciele Ministerstwa Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Finansów, Banku Światowego, zachodniej firmy konsultingowej, pracownicy uczelni, prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych. W drugiej części seminarium paneliści, reprezentujący różne środowiska przedstawiali dwa – ich zdaniem najważniejsze – problemy, które powinny być rozwiązane w drodze nowych regulacji. Poniżej przedstawiam nieco rozszerzony mój głos w dyskusji wokół referatów oraz rozszerzone wystąpienie panelowe.

## Warunki rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych

Kilka towarzystw ubezpieczeniowych oferuje obecnie wśród swoich produktów polisy dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Wypłata odszkodowania z tytułu wystąpienia ryzyka ponoszenia kosztów choroby ma albo charakter wypłaty sumy gwarantowanej w polisie ubezpieczeniowej, albo jest to zwrot poniesionych przez ubezpieczonego wydatków (do sumy powiązanej z wartością polisy), albo jest to pokrycie przez ubezpieczyciela z góry określonego rodzaju kosztów. Rynek dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jest obecnie marginalny i różne są przyczyny braku zainteresowania zakupowaniem takich polis. Ryzyko związane z chorobą, w tym ryzyko poniesienia wydatków opłacanych z dochodów gospodarstw domowych jest ciągle niskie. Gospodarstwa domowe nie mają więc dostatecznie silnych motywacji do asekurowania się przed ryzykiem ponoszenia kosztów leczenia. Z badań przeprowadzonych w ramach *Diagnozy społecznej 2003* wynika, że znaczny odsetek gospodarstw domowych w ogóle nie jest zainteresowany zakupieniem dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, wiele odpowiedziało, że ich na to nie stać, a 12 proc. kupiłoby taką polisę, gdyby kosztowała do 100 zł miesięcznie. W grupie pracujących na własny rachunek polisę o takiej wartości kupiłoby więcej – 21 proc. gospodarstw.

Zainteresowanie droższymi polisami jest marginalne.

40 proc. gospodarstw spośród korzystających z opieki podało, że korzystało z opieki finansowanej z własnych środków, a 5 proc., że korzystało z opieki finansowanej w ramach abonentów kupowanych przez pracodawców. W 92 proc. gospodarstw poniesiono wydatki na leki, ale tylko w 4 proc. na kulturowo uwarunkowane wydatki na prawdziwe dowody wdzięczności, a w 3 proc. na tzw. dowody wdzięczności, dzięki którym zabiegano o lepszą czy szybszą opiekę. Według szacunkowych obliczeń wśród gospodarstw korzystających ze szpitali na tzw. dowody wdzięczności wydawało 7 proc. gospodarstw. Obciążenie gospodarstw domowych wydatkami na leczenie jest znacznie silniejsze z tytułu zakupu usług na oficjalnie działającym rynku i z tytułu zakupu leków, aniżeli z tytułu płacenia w szarej strefie. Ale jest oczywiste, że sama możliwość zapewniania sobie szybszego czy lepszego dostępu do usług poprzez szarą strefę nie sprzyja rozwojowi prywatnych ubezpieczeń, a wydatki ponoszone nieformalnie są ciągle niższe aniżeli wydatek, jaki należałoby regularnie ponosić kupując polisę dobrowolnych ubezpieczeń.

Badanie *Diagnoza społeczna 2003* zostało przeprowadzone na próbie prawie 10 tys. gospodarstw domowych i próbie 6 tys. osób powyżej 16. roku życia przez zespół pod kierunkiem Janusza Czapińskiego

i Tomasza Panka. Autorka tego tekstu była odpowiedzialna w tym badaniu za część związaną z ochroną zdrowia.

Co mogłoby zwiększyć popyt na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne? Po pierwsze – wzrost ryzyka ponoszenia kosztów leczenia opłacanych z własnych dochodów. Stać się tak może wtedy, gdy silnie wzrosłyby ceny za usługi kupowane prywatnie. Te z kolei wzrosną dopiero wtedy, gdy wzrośnie konkurencja jakością i gdy zostanie ograniczona możliwość przerzucania kosztów leczenia rozpoczętego prywatnie na sektor finansowany ze środków publicznych (na temat przerzucania kosztów – zobacz opracowanie autorki zamieszczone w *Zdrowie i Zarządzanie* nr 1, 2003). Prywatyzacja szpitali może ograniczyć ten rodzaj przerzucania kosztów.

**Obciążenie gospodarstw domowych wydatkami na leczenie jest znacznie silniejsze z tytułu zakupu usług na oficjalnie działającym rynku i z tytułu zakupu leków, aniżeli z tytułu płacenia w szarej strefie**

Drugi warunek wzrostu popytu na polisy dobrowolnych ubezpieczeń – to wdrożenie czytelnych i jawnych zasad zarządzania deficytem usług finansowanych ze źródeł publicznych (chodzi głównie o zarządzanie kolejkami oczekujących i standardy postępowania

nia, pozwalające lepiej aniżeli ma to miejsce obecnie ustalać zasadność udzielania czy odmawiania dostępu do niektórych usług).

Kolejny warunek – to istnienie odpowiedniej wielkości zasobów po stronie podaży usług, tak aby istniała potencjalna możliwość przyjęcia bez istotnej zwłoki każdego posiadacza takiej polisy i zapewnienia mu usług o odpowiedniej jakości. To nie jest jedynie problem odpowiedniej sieci i odpowiedniej jakości zakładów na terenie całego kraju, które mogłyby przyjmować prywatnie ubezpieczonych pacjentów. To jest również problem posiadania przez nich takich nadwyżek, dzięki którym mogą one sfinansować utrzymywanie części swoich zasobów w stanie gotowości do przyjęcia prywatnie ubezpieczonego pacjenta.

Dla zwiększenia skłonności do ubezpieczeń można podnieść ryzyko obciążenia dochodów gospodarstw domowych wydatkami na leczenie. Pierwszy sposób – to ograniczenie zakresu usług gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia, czyli ograniczenie tzw. koszyka. Drugi – to zdefiniowanie w sposób czytelny standardów postępowania dla gwarantowanych usług (wszystko, co byłoby ponad standard mogłoby być wykupywane przez polisy dobrowolnych ubezpieczeń). Trzeci sposób – to wprowadzenie współpłacenia za szeroki zakres usług zapewnianych w ramach powszechnego ubezpieczenia. Musiałby to być na tyle szeroki zakres, albo na tyle wysokie współpłacenie, aby motywowało do asekuracji przed ryzykiem dużych wydatków poprzez wykupienie polisy dobrowolnego ubezpieczenia.

Pierwszy i trzeci sposób powiększenia ryzyka jest bardzo trudny do wprowadzenia w Polsce ze względów politycznych. Drugi sposób wymaga ogromnej, stałej i instytucjonalnie zorganizowanej pracy profesjonalistów medycznych, ustalających takie standardy.

Współpłacenie miałoby tu pełnić funkcję takiego zwiększania ryzyka wydatków, aby kupowanie polis dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego było opłacalne. Właśnie takim współpłaceniem zainteresowane są prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe.

Ale współpłacenie pełni jeszcze inne funkcje. Jedną z nich jest funkcja fiskalna (dochodowa). Może ona nie zostać zrealizowana, jeśli opłata byłaby bardzo niska, jeśli liczne grupy społeczne zostaną z niej zwolnione lub gdy zbyt wysoka opłata spowoduje rezygnację z korzystania z opieki zdrowotnej przez wiele osób.

Inna funkcja współpłacenia – to funkcja motywacyjna, czyli oddziaływanie poprzez opłaty na ograniczenie medycznie niezasadnego korzystania z niektórych usług i oddziaływanie na taką zmianę zachowań, aby zwiększyć odpowiedzialność za własne zdrowie, a przez to zmniejszyć popyt na usługi medyczne. Uważam, że najszybciej należałoby w Polsce realizować motywacyjną funkcję współpłacenia.

Z *Diagnozy społecznej 2003* i porównania jej wyników z *Diagnozą społeczną 2000* wynika, że w Polsce ogromnie wzrosło korzystanie z opieki zdrowotnej finansowanej ze źródeł publicznych, szczególnie wśród osób z wyższym wykształceniem, z górnego kwartyla dochodów i z dużych miast. Opieka zdrowotna staje się w Polsce dobrem konsumpcyjnym, podobnie jak ma to miejsce w krajach o wyższym poziomie rozwoju.

### Ucieczka od miękkiego budżetowania – pilnie potrzebna

Przejawem miękkiego budżetowania w publicznych zakładach opieki zdrowotnej jest wysokie zadłużenie tych zakładów. Nie podzielam opinii, jakoby każdy dług był wyrazem nieracjonalnego gospodarowania. W wielu przypadkach można by nawet powiedzieć, że utrzymywanie pewnego poziomu zadłużenia jest wyrazem racjonalnego zachowania menedżerów. Skoro jest polityczne przyzwolenie na pełnienie przez publiczne szpitale czy przychodnie funkcji socjalnych (na przyjmowanie pacjentów, za których nikt nie chce płacić, na przyjmowanie pacjentów, którzy w innych warunkach powinni otrzymać opiekę w formach równie skutecznych, ale tańszych i na utrzymywanie miejsc pracy mimo braku środków na godziwe opłacenie tej pracy). Dodatkowo – skoro istnieje w opiniach społecznych negatywna ocena sytu-

acji, w której pacjent nie jest przyjęty z powodu wyczerpania limitu czy braku zasadności dla nagłego przyjęcia, a jednostkowa stawka w umowie jest bardzo niska, to zarządzający zachowują się racjonalnie i w celu ochrony interesów swoich zakładów maksymalizują liczbę usług czy hospitalizacji.

Istnieją wiele negatywnych skutków miękkiego budżetowania. Do najważniejszych należą:

- rosnące koszty utrzymania systemu z powodu ogromnych kosztów obsługi długów;
- ryzyko destrukcji jakości opieki w zakładach, które utraciły płyn-

**Opieka zdrowotna staje się w Polsce dobrem konsumpcyjnym, podobnie jak ma to miejsce w krajach o wyższym poziomie rozwoju**

ność finansową lub są na granicy tej utraty, ale nadal przyjmują pacjentów; niekiedy destrukcja jakości może mieć negatywne skutki nie tylko dla pacjentów, ale i dla lekarzy, którzy w sytuacji spadku reputacji publicznego zakładu, w którym pracują, mogą utracić drugie rynki pracy;

- wzrost kosztów transakcji z tytułu wzrostu poziomu frustracji wśród pracowników i menedżerów oraz z tytułu poszukiwania lepszych miejsc pracy przez wiele osób, w tym przez dobrych menedżerów;
- trudności w zarządzaniu deficytem usług w sposób oficjalny, przy silnej presji na maksymalizowanie liczby usług i motywacjach do takich działań, ukrytych w umowach z Funduszem i w opiniach społecznych;
- wzrost zobowiązań publicznoprawnych w nadziei na jakieś ogólnokrajowe rozwiązania kwestii długów, przy jednoczesnym podnoszeniu wynagrodzeń i finansowaniu inwestycji;
- ogromne zobowiązania wobec firm zaopatrujących tworzą ryzyko dla kondycji finansowej wielu z nich, a dodatkowo sprzyjają rozwojowi korupcyjnych zasad zapewniania sobie pierwszeństwa w dostępie do środków należnych wielu wierzycielom;

- ryzyko silnego wzrostu długu publicznego i ryzyko destabilizacji finansów samorządów terytorialnych a niekiedy i akademii medycznych, którym podlegają szpitale kliniczne. Gdyby w najbliższym czasie nastąpiła likwidacja większości silnie zadłużonych zakładów, spowodowałoby to destabilizację finansów samorządów i ryzyko powołania wielu zarządów komisarycznych;
- próby powiększania przychodów, m.in. poprzez sprzedaż usług na rynku prywatnym, bez respektowania przepisów o zasadach ustalania cen na takie usługi, bez właściwego zarządzania deficytem usług należnych uprawnionym, bez odpowiedniego dla takich działań *public relation*, zmniejszających społeczny opór wobec prowadzenia działalności gospodarczej przez publiczne zakłady. Wywołuje to liczne frustracje pacjentów, oskarżenia o nielegalność pobierania opłat, dziwne ucieczki do zastępowania ceny rzekomo dobrowolnymi wpłatami na rzecz zakładu, sensacje medialne, pogarszające reputację zakładu.

W celu szybkiego zmniejszenia rozmiarów tych różnych ryzyk, należy w trybie pilnym odejść od zasad gospodarki finansowej właściwej dla jednostek określanych jako samodzielne publiczne. I nie dlatego, że ich dyrektorzy mają ograniczoną autonomię w podejmowaniu decyzji, a rady społeczne potrafią skutecznie sparaliżować wszelkie decyzje (*vide* różne uzasadnienia dla odchodzenia od zakładów samodzielnych przedstawione w artykule K. Tymowskiej i A. Musiałowicza w *Menedżerze Zdrowia* nr 4, 2003). Obecnie należy zmienić zasady gospodarki finansowej w zakładach użytkujących publiczny majątek głównie dlatego, aby ograniczyć skalę miękkich ograniczeń budżetowych i ich negatywnych skutków. Okazały się one w Polsce tak silne w zakładach, które nie mają ryzyka upadłości i tak znaczące przy moralnym hazardzie polityków pełniących funkcje nadzoru nad publicznymi zakładami, że zagrażają nie tylko rozwojowi sektora zdrowia, ale i całej gospodarce.

### **Ustalenie czytelnych zasad nabywania uprawnień do zapewniania świadczeń dla ubezpieczonych – pilnie potrzebne**

Charakterystyczną cechą podażowej strony opieki zdrowotnej w Polsce jest obecnie jej niestabilność. Przykładem tej niestabilności może być wynik uzyskany w badaniu *Diagnoza społeczna 2003*. W ciągu ostatniego roku w co 11 gospodarstwie domowym zmieniono lekarza opieki podstawowej (w dużych miastach było więcej zmian), a wśród przyczyn najważniejszą było odejście z pracy poprzedniego lekarza.

Ciągle trwa dekompozycja dawnych struktur organizacyjnych, niektóre jednostki są wydzielane i prywatyzowane, inne likwidowane. Powstają też nowe podmioty, a niektóre dotychczas funkcjonujące łączą się, tworzą sieci współpracujących ze sobą dostawców. W ramach działań na rzecz umocnienia pozycji na rynku wiele podmiotów wprowadza nowe usługi. Ci prywatni dostawcy usług, którzy dotąd działali wyłącznie na rynku prywatnie opłacanym, wiele zainwestowali, ale mają problemy z uzyskaniem pozytywnych efektów skali. Obserwuje się ich presję na zmianę zasad wchodzenia dostawców do systemu powszechnego ubezpieczenia tak, aby i oni mogli być w tym systemie, ale na warunkach gwarantujących opłacalność przy ich kosztach.

Presję na zmianę zasad zaczynają wywierać również publiczne zakłady, które dokonały inwestycji, rozszerzyły zakres swoich usług, podniosły ich jakość i koszty (choćby z powodu wzrostu odpisów amortyzacyjnych od nowego majątku). Przy obecnych zasadach wchodzenia na rynek dostawców usług dla ubezpieczonych, często nie mają one pewności odnośnie szans na zwrot nakładów inwestycyjnych. Powstają uzasadnione obawy, że poniesione przez nich koszty będą kosztami utopionymi.

Konieczne są nowe rozwiązania, mające na celu nadzór nad wprowadzaniem nowych technologii medycznych i nowych usług, nie tylko po to, aby chronić jakość opieki, w tym bezpieczeństwo dla pacjenta. Ten nadzór potrzebny jest i po to, aby nadzorować koszty, ograniczać skalę kosztów

utopionych, a tym, którzy zainwestują i mają dobrą reputację aby stworzyć możliwość uzyskiwania efektów skali. Te pożądane regulacje – to m.in. potwierdzanie zasadności inwestycji w drogie technologie (mogłyby to być certyfikaty potwierdzające potrzebę inwestycji w danym miejscu); zobowiązanie płatnika do wykupienia określonych usług po zakończeniu inwestycji powiązanej z certyfikatem; kontrakty dokładniej precyzujące warunki, jakie należy spełniać, aby podpisać umowę na dostarczanie określonych usług; tworzenie sieci dostawców, standardów postępowania; finansowanie opieki zintegrowanej dla wybranych grup pacjentów; rozwój koordynowanej opieki zdrowotnej dla dużych populacji, tak aby motywować do powstawania sieci współpracujących ze sobą dostawców, do stosowania zasady substytucyjności usług, do zarządzania całym postępowaniem w danej jednostce chorobowej.

### **Słowo końcowe**

Poszukując odpowiedzi na pytanie odnośnie dwóch najważniejszych problemów, które moim zdaniem powinny być rozwiązane w systemie opieki zdrowotnej, wskazałam na konieczność ucieczki od miękkich ograniczeń budżetowych i na potrzebę ustalenia czytelnych zasad wchodzenia do systemu przez nowych dostawców usług i z nowymi usługami. Wyboru dokonałam nie tylko z uwagi na znaczenie tych problemów, ale i z uwagi na zbyt rzadkie zwracanie na nie uwagi w dyskusjach na temat systemowych zmian w opiece zdrowotnej. Gdyby organizatorzy seminarium ekspertów zapytali nie o dwa, lecz o trzy najważniejsze problemy, dodałabym do tej listy konieczność zorganizowania profesjonalnego nadzoru nad ordynacją leków w lecznictwie ambulatoryjnym. Jedną z form tego nadzoru powinno być przeniesienie części finansowej odpowiedzialności za wartość ordynowanych leków do lekarzy, m.in. poprzez wprowadzenie globalnych budżetów na leki dla dużych praktyk opieki ambulatoryjnej.

dr Katarzyna Tymowska  
– Uniwersytet Warszawski,  
Podyplomowe Studium  
Ekonomiki Zdrowia