

Rynkowy system ochrony zdrowia  
– realna alternatywa dla rozwiązań publicznych

# Współpłacenie za leczenie



Fot. iStockphoto.com

**ŁUKASZ JASIŃSKI**

**P**oszukując możliwości poprawy rozwiązań publicznych w zakresie ochrony zdrowia, często proponuje się zwiększenie wydatków, wprowadzenie kolejnych regulacji, rozszerzenie zakresu świadczonych usług itp. Systemy publiczne, funkcjonując przez dekady, pokazały jednak, że mimo wielu wysiłków, wciąż borykają się z wieloma problemami.

Najważniejszy z nich to niemożność zapewnienia jego uczestnikom należytego dostępu do świadczeń medycznych. Ponadto nadal nie ma jednolitych rozwiązań w tym zakresie, a problemy, jakie napotyka istniejące w różnych krajach systemy publiczne, są powodem do poszukiwania alternatywnych form organizacji systemów ochrony zdrowia.

Negatywne efekty dominacji publicznego systemu ochrony zdrowia przyczyniają się do tego, że w wielu krajach poważnie szeroko dyskutuje się o takich rozwiązaniach, jak zwiększenie roli prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako formy finansowania dostępu do usług medycznych, decentralizacja struktury instytucjonalnej odpowiadającej za finansowanie dostępu i świadczenie usług medycznych, danie większej swobody konsumentowi w wyborze dostawców usług czy dołączenie do danego systemu elementów ograniczających pokusę nadużycia i wzrost kosztów, jak na przykład współpłacenie. Tego rodzaju rozwiązania funkcjonują już m.in. w takich krajach, jak Holandia, Szwajcaria, Irlandia czy Stany Zjednoczone Ameryki.

W kontekście omawianej problematyki niezwykle istotna staje się perspektywa ekonomiczna. Z jednej strony, należy poddawać rzetelnej analizie kolejne regulacje oraz propozycje zmian w obrębie systemów publicznych. Z drugiej strony, próby większego zaangażowania sektora prywatnego są jednym ze sposobów na poprawę funkcjonowania tych systemów i również warto bliżej przyglądać się takim pomysłom.

Wcześniej państwa tworzyły bowiem własne systemy ochrony zdrowia finansowane z podatków lub składek ubezpieczeniowych. Współcześnie, coraz bardziej analizowane i dyskutowane są również inne możliwości, takie jak włączenie podmiotów prywatnych w ramy systemu publicznego. Jako ważny powód tych interwencji można wskazać problemy wpływające na funkcjonowanie tych systemów – negatywne trendy demograficzne, zwiększającą się liczbę chorób przewlekłych czy zmiany technologiczne. Czynniki te wpływają na jakość świadczonych usług i tym samym na ich ocenę przez pacjentów.

### Hampered economy

Z perspektywy ekonomicznej można stwierdzić, że publiczne systemy ochrony zdrowia są częścią tzw. hampered economy, systemu skrępowanej gospodarki rynkowej, gdzie rząd ingeruje w gospodarkę (w tym w opiekę zdrowotną) za pomocą poleceń i zakazów. W tym kontekście problem rządowego interwencjonizmu nie polega na trudności wyznaczenia „naturalnych”, „sprawiedliwych” czy „właściwych” zadań państwa i rządu, gdyż te mogą zmieniać się w czasie w zależności od uwarunkowań. Z ekonomicznego punktu widzenia problem ten sprowadza się do pytania o to, jak funkcjonuje system interwencjonizmu. Czy umożliwi osiągnięcie tych celów, które wytyczyli sobie jego zwolennicy? Pytanie to ma specyficzny wydźwięk w kwestii organizacji systemów ochrony we wszystkich krajach – w tym w Polsce.

Na tej podstawie można także sugerować bardziej zdecydowane propozycje w kierunku całkowitego zastąpienia systemu publicznego przez rozwiązania rynkowe. Dokonanie teoretycznej analizy funkcjonowania nieskrępowanych procesów rynkowych w systemie ochrony zdrowia jest niezbędne w próbie odpowiedzi na pytanie,

jak taki system mógłby funkcjonować i czym by się wyróżniał. W tym krótkim tekście warto wyróżnić kilka cech charakterystycznych dla systemu rynkowego.

Na wstępie warto podkreślić, że człowiek potrzebuje dostępu do konkretnych (heterogenicznych) dóbr oraz usług medycznych. W tym znaczeniu każdy tworzy indywidualny system ochrony zdrowia, w którym istotne znaczenie mają dobra i usługi niezaliczane do opieki zdrowotnej oraz styl życia czy odżywianie.

Struktura produkcji gospodarki rynkowej jest konfiguracją mającą jak najlepiej zaspokajać potrzeby konsumentów, a w kwestii ochrony zdrowia dodatkowe znaczenie ma struktura finansowania dostępu do świadczeń medycznych. „Kształt” owej struktury jest właśnie jedną z cech wyróżniających system rynkowy. W tym wypadku finansowanie dostępu do świadczeń opiera się na zróżnicowanej i zmiennej strukturze – w przeciwieństwie do systemu publicznego. Ujmując to inaczej: różnica między systemem rynkowym a publicznym (powszechnym) nie sprowadza się do opozycji ubezpieczenia prywatne kontra publiczne. Oprócz ubezpieczeń prywatnych kolejne elementy to: abonamenty medyczne, płatności bezpośrednie oraz szeroko rozwinięta działalność charytatywna.

Zatem dostęp do świadczeń nie musi (i nie powinien) być oparty głównie na prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Wynika to z faktu, że sama instytucja ubezpieczenia najlepiej nadaje się do finansowania leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków czy poważnych zachorowań. Są to sytuacje wymagające przeznaczenia znacznych funduszy na leczenie, nierzadko przekraczających możliwości finansowe ubezpieczonych. Samo ubezpieczenie ma jednak pewne ograniczenia. Nie można ubezpieczyć się od wszystkiego. Aby dane zdarzenie mogło zostać objęte ubezpieczeniem, musi istnieć możliwość zastosowania kalkulacji ekonomicznej opartej na rachunku prawdopodobieństwa. Wówczas mówimy o ryzyku ubezpieczeniowym. Nie istnieje też możliwość objęcia ubezpieczeniem wszystkich członków społeczeństwa np. ze względu na zdarzenia, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Nie są to jednak wady takich rozwiązań, ale ich specyfika. Wbrew obiegowym opiniom ubezpieczenie nigdy nie miało potencjału do rozwiązania wszystkich problemów. Funkcjonuje wówczas, gdy dane zdarzenie jest ubezpieczalne (ryzyko) oraz ubezpieczane (dostateczna liczba chętnych do jego zakupu). Systemy publiczne próbują zmienić te reguły (naprawiając rzekome wady rynku), co często kończy się rosnącymi kolejkami do świadczeń czy brakiem funduszy.

Uzupełnieniem ubezpieczeń zdrowotnych są abonamenty oferowane przez sieci medyczne. Cieszą się one w Polsce dosyć sporym zainteresowaniem. W tym wypadku nie występuje ocena ryzyka. Oferowane są głównie świadczenia ambulatoryjne i diagnostyczne, a więc usługi bardziej rutynowe i mniej kosztowne od

„Wielkość nakładów nie ma aż takiego znaczenia. Zdecydowanie ważniejsza jest struktura finansowania dostępu do świadczeń”



ryzyk ubezpieczeniowych. Co ciekawe, w Polsce sieci medyczne do pewnego stopnia konkurują i uzupełniają się z prywatnymi ubezpieczycielami, którzy także dynamicznie rozwijają ofertę swoich produktów w tym kierunku. Według danych Polskiej Izby Ubezpieczeń już co dziesiąty Polak posiada prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Na efektach tej konkurencji niewątpliwie korzystają konsumenci. Swobodne procesy rynkowe pomagają w lepszym zaspokajaniu potrzeb społeczeństwa.

### Drożyzna?

Kolejny istotny element systemu rynkowego to płatności bezpośrednie. Z ekonomicznego punktu widzenia dają one wiele korzyści. Brak płatnika trzeciej strony (third-party payer), np. ubezpieczyciela, naturalnie prowadzi do presji na obniżanie kosztów i cen oraz na poprawę jakości przez dostawców usług medycznych. Kiedy konsument płaci z własnej kieszeni, jest najbardziej „wrażliwy” cenowo. Płatności bezpośrednie są podstawą transakcji dokonywanych na większości rynków i podobnie może być w przypadku ochrony zdrowia. Nie jest to żadne ograniczenie, tylko racjonalna konsumpcja świadczeń medycznych. W tym wypadku kluczową kwestią jest systemowa deregulacja działalności dostawców (np. lekarzy czy szpitali), tak aby mogli oni swobodnie podlegać wymogom rynku.

Efektom takich działań nie będzie wcale „drożyzna” – ostatnią rzeczą, jaką zrobi dostawca na konkurencyjnym rynku, jest bowiem bezrefleksyjne podniesienie cen. Widać to także w Polsce na rynku stomatologicznym. Około trzech czwartych wydatków na tego typu świadczenia stanowią wydatki prywatne oparte właśnie na płatnościach bezpośrednich. W latach 2006–2018 wskaźnik cen tego typu świadczeń w Polsce mierzony przez Eurostat (Harmonised Index of Consumer Prices – HICP) wzrósł o 62 proc. Jednocześnie, mediana płac brutto wzrosła o 92 proc. Wniosek jest prosty: tego typu świadczenia stają się coraz lepiej dostępne dla przeciętnego Kowalskiego.

### USA

Inny przykład to Stany Zjednoczone, kraj kojarzony z drogą opieką zdrowotną o najwyższym udziale wydatków w PKB (około 17 proc. w 2019 r.). Jest to głów-

nie spowodowane marginalizacją wydatków bezpośrednich oraz wieloma regulacjami. Wyjątek stanowią usługi chirurgii kosmetycznej, finansowane głównie przez płatności tego typu. Ciekawe dane można znaleźć w raporcie Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgii Estetycznej z 2016 r. Według przedstawionych w nim informacji w latach 1998–2016 średni wzrost cen 20 najpopularniejszych zabiegów chirurgii kosmetycznej wyniósł „jedynie” 32 proc., podczas gdy ceny usług opieki medycznej wzrosły w tym okresie o 100,5 proc., ceny usług szpitalnych aż o 176,6 proc., a wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI) o 47,2 proc. Sama liczba wszystkich 20 zabiegów wzrosła zaś z 2 104 674 w 1998 r. do 8 588 625 w 2016 r. W przypadku 10 najpopularniejszych zabiegów w 2016 r. cena żadnego z nich nie wzrosła od 1998 r. o więcej niż 47,2 proc., czyli tyle, ile wynosi podstawowy wskaźnik inflacji, co oznacza, że prawdziwa, skorygowana o inflację cena wszystkich 10 zabiegów spadła w ostatnich 18 latach. Świadczy to o pozytywnym wpływie płatności bezpośrednich na dostępność świadczeń. Podobnie będzie z innymi usługami, jeśli rynkowi pozwoli się po prostu działać.

Na koniec należy jeszcze wspomnieć o ostatnim bardzo ważnym elemencie systemu rynkowego, jakim jest działalność charytatywna. Może się ona przejawiać zarówno jako dobrowolny transfer pieniędzy, jak i nieodpłatna działalność w danej organizacji. Rozwinięta i zdecentralizowana sieć takich instytucji jest w stanie skutecznie zastąpić rozwiązania publiczne oparte na przymusowych składkach i innych daniach. Wpływie to pozytywnie na rozwój odpowiednich postaw etycznych w społeczeństwie. W tym wypadku bardzo korzystny jest brak wymogów formalnych: każda instytucja sama określa docelową grupę wsparcia, a jego zakres dzięki rozwojowi internetu nieustannie się zwiększa. Instytucje charytatywne poprzez swoją działalność wspierają także rozwój badań – np. drogich leków. Zasada jest prosta: im lepiej rozwinięta gospodarka rynkowa, tym większy zakres tego typu pomocy. Niższe podatki czy możliwość odprowadzania więcej niż 1 proc. podatku dla takich instytucji bardzo pomogłyby w dalszym rozwoju takich inicjatyw.





„ Nawet bez całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia można usprawniać system publiczny, np. poprzez pokrywanie części kosztów przez pacjentów ”

Rynkowy system ochrony zdrowia wyróżnia się zmienną strukturą finansowania dostępu do świadczeń medycznych. Jest on więc bardziej elastyczny, gdyż nie opiera się wyłącznie na ubezpieczeniach zdrowotnych. Kraje, które mniej regulują działalność podmiotów zdrowotnych w tym obszarze, zyskują.

Na koniec warto krótko poruszyć kwestię nakładów na ochronę zdrowia. Dostatecznie powszechne jest przekonanie, że wyższy poziom wydatków publicznych prowadzi do poprawy dostępności do usług medycznych. Jest to jednak mylny obraz sytuacji. Jako przykład można podać ranking EuroHealth Consumer Index oceniający systemy publiczne. Jednym z jego kryteriów oceny jest „dostępność” (czas oczekiwania na leczenie). Kryterium to składa się z kilku elementów, m.in.: dostępu do lekarza rodzinnego tego samego dnia; dostępu do specjalisty; czasu oczekiwania na tomografię komputerową; czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia nowotworu czy czasu oczekiwania na planowaną operację. Maksymalny możliwy wynik w tej kategorii wynosi 225 pkt. Na tej podstawie warto porównać wyniki Polski oraz innych krajów. Według danych z 2018 r. Polska w kategorii dostępności uzyskała 138 pkt. (61 proc. maksymalnej oceny) przy wydatkach publicznych na opiekę zdrowotną wynoszących 4,5 proc. PKB (wg danych OECD). Taki sam wynik uzyskała Norwegia, ale przy nakładach w wysokości 8,7 proc. PKB. Z kolei wynik Szwecji i Hiszpanii (często porównywanej gospodarczo do Polski) to 113 pkt. (50 proc.) przy nakładach: 9,3 proc. i 6,2 proc. PKB. Jeszcze gorzej wypadło Zjednoczone Królestwo, a więc kraj, który był niegdyś pionierem we wdrażaniu systemu publicznego – 100 pkt. przy 7,5 proc. nakładów.

### Kanada

Kolejny przykład to Kanada, gdzie wydatki publiczne na opiekę zdrowotną stanowiły 7,5 proc. PKB w 2018 r. Tymczasem, według danych Fraser Institute, średni czas (mediana) oczekiwania między uzyskaniem skierowania od lekarza ogólnego a faktycznym rozpoczęciem leczenia wynosił tam nieco ponad 4 miesiące. A przecież jest to kraj z bardzo uspołecznioną medycyną o znacznym poziomie wydatków. Dla porównania Fundacja Watch Health Care analizująca funkcjonowanie systemu publicznego w Polsce informowała, że w kwietniu 2018 r. średni czas oczekiwania na gwaran-

owane świadczenie zdrowotne (bez względu na jego rodzaj) wyniósł 3,7 miesiąca.

### Singapur

Ciekawym przypadkiem jest także Singapur, w którym wydatki publiczne na opiekę zdrowotną stanowiły „jedynie” 4,5 proc. PKB w 2018 r., a więc tyle samo co w Polsce. Nikt tam jednak nie narzeka na słabą dostępność do świadczeń. Jedną z przyczyn jest oparcie tamtejszego systemu na płatnościach bezpośrednich (poprzez medyczne konta oszczędnościowe) i ulgach podatkowych, co zachęca do oszczędzania i wprowadza bardziej racjonalną konsumpcję tych usług. Występuje tam także współpłacenie za wybrane świadczenia medyczne. Mimo że udział wydatków na ochronę zdrowia się zwiększa, to Singapur jest dobrym przykładem systemu nie opartego aż tak radykalnie na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Wniosek z tych statystyk jest prosty: wielkość nakładów nie ma aż takiego znaczenia. Zdecydowanie ważniejsza jest struktura finansowania dostępu do świadczeń. Rynek, poprzez jej dywersyfikację, umożliwia lepsze zaspokajanie tego typu potrzeb oraz efektywniejszą alokację zasobów w gospodarce. Dlatego w celu poprawy dostępności do opieki zdrowotnej należy odważnie stawiać na rozwiązania rynkowe, zwłaszcza że bardziej rozwinięte gospodarczo kraje mają podobne problemy jak Polska – mimo relatywnie wyższych nakładów.

Nawet bez całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia można usprawniać obecny system publiczny, np. poprzez pokrywanie części kosztów przez pacjentów (udział własny, współpłacenie), możliwości generowania przez szpitale przychodów ze źródeł prywatnych czy wprowadzenie kary za nieodwołaną wizytę. Inne ciekawe rozwiązanie to wprowadzenie medycznych kont oszczędnościowych połączonych z ulgami podatkowymi czy wyższe niż 1 proc. limity odpisów na instytucje charytatywne. Warto jednak pójść jeszcze odważniejszą drogą, gdyż w transformacji gospodarczej mamy duże doświadczenie.

Łukasz Jasiński – adiunkt w Katedrze Polityki Gospodarczej i Regionalnej na Wydziale Ekonomicznym Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz ekonomista Instytutu Misesa.