

„Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia”, Tom VIII, nr 1/2010
Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Recenzowany numer „Zeszytów”, przygotowany został pod redakcją Stanisławy Golinowskiej i Cezarego W. Włodarczyka. Zawiera on teksty w języku polskim oraz angielskim i koncentruje się na wybranych aspektach organizacji i finansowania systemów zdrowotnych. Najwięcej miejsca zajmuje zagadnienie współpłacenia za świadczenia w formie bezpośredniej oraz funkcjonowanie ubezpieczeń prywatnych. Uwzględniono także zjawisko opłat nieformalnych oraz przedstawiono próbę porównania efektywności placówek publicznych i prywatnych.

We wprowadzeniu redaktorzy zwracają uwagę na nieograniczoność potrzeb zdrowotnych, zwłaszcza wobec wydłużającego się trwania życia, wprowadzania nowych technologii medycznych oraz coraz powszechniejszej świadomości szerokiego rozumienia zdrowia, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia. Autorzy przyznają, że system rynkowy w ochronie zdrowia nie jest alternatywą „rozwojowo efektywną” wobec systemu publicznego, co potwierdza gorsza kondycja zdrowotna ludności w krajach o systemie rynkowym — ograniczony jest tam dostęp do świadczeń, pogłębiają się nierówności w możliwościach dbania o zdrowie, które mogą stanowić zagrożenie biologicznego rozwoju i są sprzeczne z globalnymi celami rozwoju społecznego.

Skuteczne może okazać się poszukiwanie rozwiązań „pomiędzy”, czyli dopuszczenie rozwiązań rynkowych, czy quasi-rynkowych do systemów publicznych (co wydaje się być tendencją w krajach postsocjalistycznych) oraz selektywne wprowadzanie (w przypadku niektórych grup ludności, albo niektórych rodzajów zagrożeń zdrowotnych) metod typowych dla systemów publicznych w państwach o dominacji rozwiązań rynkowych.

Wyrażając opinię, że w krajach postsocjalistycznych zbyt silne jest przekonanie o wyższej efektywności metod rynkowych w ochronie zdrowia, autorzy stwierdzają, że wprowadzane reformy są często źle przygotowane — brakuje bowiem pogłębionej analizy kosztów i efektów oraz szerszych konsultacji społecznych.

Zawarte w „Zeszytach” teksty, koncentrują się na dopłatach ze strony pacjentów, co wynika z założeń europejskiego projektu¹, w ramach którego powstały omawiane teksty.

¹ *Assessment of patient payment policies and projection of their efficiency, equity and quality effects: The case of Central and Eastern Europe (ASSPRO CEE 2007).*

W sposób szczególny odnosi się to do Polski, w której skala dopłat (także nieformalnych) jest duża i wynika po części z niesprawności systemu publicznego, niewielkiej popularności prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i braku uregulowań w zakresie formalnych dopłat² ze strony pacjentów.

O opłatach nieformalnych piszą Milena Pavlova, Tatiana Stepurko, Vladimir S. Gordeev, Sonila Tomini, Irena Gryga oraz Wim Groot w artykule pt. *Informal payments for health care services: policy challenges and strategies for solutions*.

Autorzy stwierdzają, że zjawisko nieformalnych dopłat ma charakter powszechny. Beneficjentami są pracownicy służby zdrowia, płatnikami pacjenci — często jest to niezależnie od ich statusu, choć można zauważyć, że więcej przeznaczają na nie osoby lepiej wykształcone i młodsze. Autorzy szacują, że w niektórych krajach dopłaty nieformalne pacjentów mogą stanowić nawet ponad 50% oficjalnych zarobków lekarzy niektórych specjalności.

Autorzy odnoszą się też do źródeł problemu i wskazują na ograniczoną dostępność świadczeń. Społeczne konsekwencje takich dopłat mogą być poważne, gdyż powodują nierówności w możliwościach dbania o zdrowie, zagrażają zatem samym zasadom publicznego systemu ochrony zdrowia. Mogą też naruszać układ priorytetów polityki zdrowotnej, utrudniać oszacowanie przyszłych potrzeb, a także naruszać społeczną efektywność systemu. Nieformalne dopłaty, jako nieopodatkowane, nie wnoszą środków do budżetu, nie poprawiają też stanu infrastruktury ochrony zdrowia.

Badania empiryczne wskazują, że przyczyny wnoszenia dopłat nieformalnych są różne, poczynając od tzw. „dowodów wdzięczności”, przez chęć zapewnienia sobie lepszej jakości usługi, skrócenia okresu oczekiwania na świadczenie, po nadzieję na zbudowanie silniejszej więzi z lekarzem na przyszłość. Przedstawiciele służby zdrowia akceptują dopłaty, gdyż uważają, że ich kwalifikacje są niedoceniane i chcą uzyskać większe dochody. Są oni przekonani, że zapewniając pacjentom dostęp do specjalistycznych urządzeń, mają prawo do pobierania za to opłat. Decydenci tolerują niekiedy ten stan w przekonaniu, że powstrzymuje to ucieczkę lekarzy do krajów oferujących lepsze warunki pracy i płacy.

Autorzy sugerują, że nie ma prostych rozwiązań tego problemu — wymagają one zmian kulturowych, dofinansowania systemu, między innymi poprzez sformalizowanie dopłat i skuteczniejszą walkę z korupcją. Proponują więc kilka możliwych strategii: karanie obu stron układu, wzrost wynagrodzeń przedstawicieli służby zdrowia — głównie lekarzy, wprowadzenie formalnych dopłat oraz rozwój sektora prywatnego, co sformalizuje dopłaty i umożliwi pacjentom dokonywanie wyboru między systemem publicznym i prywatnym.

W kolejnym artykule — *Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie* — Stanisława Golinowska analizuje zjawisko nieformalnych dopłat w szerszym kontekście zjawisk korupcyjnych. Stwierdza, że specyfika ochrony zdrowia czyni ją szczególnie podatną na korupcję ze względu na asymetrię dostępu do informacji, niewie-

² Dopłaty formalne zostały w Polsce uregulowane w odniesieniu do leków oraz świadczeń stomatologicznych.

dzę pacjentów i złożoność systemu. Niemniej jednak, autorka jednoznacznie ocenia, że nieformalne dopłaty są w systemie publicznym zjawiskiem korupcyjnym.

Golinowska szuka wyjaśnień teoretycznych zjawiska korupcji, wskazując na ograniczony dostęp do świadczeń, czynniki kulturowe, dość powszechną opinię o niskim poziomie etycznym lekarzy oraz słabość państwa, polegającą na rozmyciu odpowiedzialności różnych podmiotów, niedostatkach systemu informacji, niejasnych strategiach, braku skutecznych metod ewaluacji systemu oraz braku spójnej polityki zdrowotnej.

Autorka przywołuje badania, ukazujące te zjawisko w różnych krajach i przedstawiające czynniki, które je warunkują. Omawia też działania państwa na rzecz zwalczania korupcji w służbie zdrowia, także te, które prowadzą do wzrostu roli sektora prywatnego w ochronie zdrowia.

W tekście Mileny Pavlovej, Marzeny Tambor, Godefridusa G. van Merode i Wima Groota, pt. *Are patient charges an effective policy tool? The review of theoretical and empirical evidence*, autorzy rozważają czy sformalizowanie dopłat może być skutecznym rozwiązaniem problemu korupcji w służbie zdrowia. W literaturze pojawiają się opinie, że formalne dopłaty mogą zwiększyć sumę środków wprowadzanych do systemu oraz dostępność świadczeń, stworzyć możliwości wzrostu wynagrodzeń lekarzy i podnieść efektywność, ponieważ pacjenci będą bardziej świadomi swych praw. Sformalizowanie dopłat może też wyeliminować dopłaty nieformalne ale i ograniczyć medycznie nieuzasadnione korzystanie ze świadczeń³.

Pojawiają się jednak pewne zagrożenia z tym związane: wprowadzenie dopłat może wyeliminować z systemu grupy słabe i stanowić nadmierne obciążenie gospodarstw domowych o niższych dochodach. Przywołane badania pokazują też, że w krajach, w których wprowadzono dopłaty, częstotliwość wizyt — w przypadku niektórych grup — uległa ograniczeniu. Dotyczy to dzieci, ubogich i osób z terenów o niskim nasyceniu placówkami. Takie działania mogą być — jak widać — kontrefektywne, ponieważ jednym z założeń systemu publicznego jest szczególna ochrona grup zagrożonych. Różnicowanie wysokości dopłat może być organizacyjnie trudne, rodzi problem transparentności kryteriów i weryfikacji informacji. Autorzy rozważają możliwość podziału wysokości dopłat zależnie od krótko- i długookresowych efektów leczenia, stosowanych procedur medycznych (im mniejsze efekty tym wyższa dopłata), od priorytetów polityki zdrowotnej (zwolnienie z dopłat, ochrony macierzyństwa, opieki nad dziećmi) lub też usytuowania świadczeń w strukturze systemu (najniższe dopłaty w podstawowej opiece medycznej, wyższe w opiece szpitalnej). Taki rodzaj selektywności może zachęcić pacjentów do szerszego korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej, a to natomiast może przynieść zmniejszenie kosztów. Niestety przy niskim poziomie usług podstawowych, powyższe zróżnicowanie może być mało efektywne.

³ Pojęcie „medycznie nieuzasadnione korzystanie ze świadczeń” może być wątpliwe w świetle definicji zdrowia WHO. Pozwala ona uznać, że w każdym przypadku „braku dobrostanu” obywatel ma prawo do korzystania ze świadczeń, choć niekoniecznie w ramach systemu publicznego. Wymagałoby to jednak bardzo precyzyjnego określenia koszyka świadczeń gwarantowanych.

Paradoksalnie dopłaty mogą generować wyższe koszty, gdyż lekarze mogą zachęcać pacjentów do dodatkowych wizyt i badań, co może być skuteczne przy asymetrii informacji. Zabezpieczeniem wydaje się być ścisła regulacja wynagrodzeń lekarzy, bez ich powiązania z liczbą udzielonych świadczeń, co z kolei łamie zasadę konkurencji.

Pojawia się też pytanie o to, jak oceniać zdrowotne efekty współfinansowania i w jakim horyzoncie czasowym można je osiągnąć. O ile rezygnacja ze współpłacenia za profilaktykę i ratownictwo wydaje się być uzasadnioną, to może ona jednak spowodować zmianę preferencji pacjentów, niezgodnie z priorytetami polityki zdrowotnej. Natomiast z drugiej strony, może to jednak zwiększyć zainteresowanie badaniami profilaktycznymi. Jak widać, selektywne wprowadzenie współpłacenia może stanowić pewien instrument kształtowania preferencji zdrowotnych ludności.

Generalnie jednak, współfinansowanie nie musi wносить dodatkowych środków do systemu. Aby dopłaty były powszechne, muszą być niskie. Koszty zarządzania nimi mogą pochłaniać znaczną część przychodu, a niski poziom gotowości do współpłacenia może powodować rezygnację ze świadczeń — pacjenci będą odchodzić do sektora prywatnego, co ograniczy wpływy w sektorze publicznym. Wprawdzie wprowadzenie dopłat może wyeliminować lub znacząco ograniczyć skalę opłat nieformalnych, które wypaczają ideę równego dostępu, brakuje jednak dowodów empirycznych na skuteczność tego typu decyzji. Zatem, wprowadzenie dopłat pacjentów jest rozwiązaniem niepewnym co do efektów i zagraża marginalizacją grup słabych ekonomicznie.

W artykule pt. *The short story of co-payments for health services in Hungary — lessons for neighbouring countries* Petra Bali, Imre Boncz, Gyorgy Jenei, Laszlo Gulacsi próbują dokonać oceny mechanizmów współpłacenia na Węgrzech, przyznając jednocześnie, że okres ich stosowania jest zbyt krótki, by upoważnić do uogólnionych wniosków. Przypominają, że wcześniej takie rozwiązania wprowadzono w krajach bałtyckich oraz w Bułgarii, a na Węgrzech funkcjonowały one w latach 2007–2008 i po referendum zostały zlikwidowane. Charakteryzują krótko zasady funkcjonowania i finansowania lekarzy. Przyznają, że przyczyną wprowadzenia dopłat był deficyt funduszu. W świetle analiz potwierdza się fakt, że koszty świadczeń spadły, choć mogły na to wpłynąć także inne elementy reform, jak np. ograniczenie liczby wypisywanych recept.

Analiza doświadczeń węgierskich pozwala jednak na wskazanie pewnych korzyści współpłacenia, czyli: ograniczenie dopłat nieformalnych, ograniczenie nieuzasadnionych medycznie wizyt (o 26% u lekarza pierwszego kontaktu i o 19% u specjalistów), wzrost świadomości pacjentów na temat działania systemu oraz wzrost napływu środków do systemu. Argumentem przeciw mogą być: zły stan zdrowia ludności, zbyt późne zgłaszanie się do lekarza, opóźnianie leczenia, także polaryzacja dochodowa, która przy współpłaceniu może być czynnikiem marginalizacji w zdrowiu. Pobór dopłat jest kosztowny, wartość dopłat nie musi rekompensować kosztów administracyjnych, a obsługa może pochłaniać znaczną część dopłat. Ponadto autorzy oceniają, że udział środków własnych w kosztach leczenia jest już zbyt wysoki. Po rezygnacji z dopłat korzystanie z usług nieco wzrosło, ale nie do poprzedniego poziomu. Nastąpił lekki spadek opłat nieformalnych. Największe korzyści odnieśli lekarze rodzinni, najmniejsze szpitalnictwo.

Na pytanie o możliwość zastosowania dopłat w innych krajach, autorzy stwierdzają, że taką decyzję należałoby poprzedzić zbadaniem innych możliwości pozyskania środków oraz badaniem potencjalnych zagrożeń. Istotne jest też to, aby zbadać poziom gotowości społeczeństwa do współpłacenia za usługi zdrowotne.

Kolejny tekst — zatytułowany *Patient payments and problems in medical services provision in Bulgaria*, autorstwa Elki Atanasovej, Emanuela Moutafova, Todorki Kostadinowvej i Mileny Pavlovej — zaczyna się od krótkiej charakterystyki niedostatków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Bułgarii. Autorzy stwierdzają, że wprowadzenie dopłat nie wyeliminowało tam opłat nieformalnych. Zaplanowane wzmocnienie roli lekarzy pierwszego kontaktu nie powiodło się, przede wszystkim z powodu niedostatecznych ich kwalifikacji. Odczuwalny jest brak niektórych specjalistów. Zbyt wysoki jest udział leczenia szpitalnego, przy jednoczesnym nadmiarze placówek. Zbyt długi jest czas przebywania w szpitalu, a za mało jest w nich pielęgniarek i położnych. Nasila się emigracja lekarzy. Szpitale są źle zarządzane, a system niedofinansowany.

W odniesieniu do współpłacenia, obserwuje się polaryzację stanowisk. Na ogół przeciwni są temu emeryci i renciści, osoby niepełnosprawne, chronicznie chore, natomiast za są studenci i rodziny z dziećmi (z wyłączeniem jednak nagłych przypadków). System uwzględniający dopłaty wspierają producenci świadczeń, wskazując na ograniczanie zbędnych wizyt i dodatkowe wpływy. Wyraźnie jednak zastrzegają, że nie powinni być w to bezpośrednio zaangażowani sami lekarze. Ubezpieczyciele popierają dopłaty, choć nie na wszystkie usługi i nie wobec wszystkich grup.

Z doświadczeń bułgarskich wynika, że wprowadzenie dopłat powinno być poprzedzone badaniem konsekwencji tego rozwiązania dla różnych grup pacjentów w odniesieniu do różnych świadczeń. A samo ich funkcjonowanie należy systematycznie monitorować i modyfikować.

W tekście *Wprowadzenie dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych — opinie głównych uczestników polskiego systemu opieki zdrowotnej*, Stanisława Golinowska, Marzena Tambor i Christoph Sowada przypominają, że dyskusja na temat wprowadzenia współpłacenia za świadczenia zdrowotne trwa w Polsce od wielu lat. Funkcjonuje ono w usługach stomatologicznych (oraz lekach — G. M.-O.). Jako główne cele wprowadzenia dopłat, autorzy wskazują: ograniczenie kosztów świadczeń, przerzucenie części kosztów na prywatne źródła, w tym samych pacjentów, a także ograniczenie nieuzasadnionego medycznie korzystania z usług i pozyskanie dodatkowych środków. Zwracają uwagę na potrzebę uzyskania akceptacji społecznej dla tego typu rozwiązania, zwłaszcza wobec zapisu Konstytucji RP, który gwarantuje obywatelom prawo do ochrony zdrowia, niezależnie od ich sytuacji materialnej.

Autorzy podkreślają, że udział środków własnych w sektorze zdrowia kształtuje się na poziomie około 30%, co może wskazywać na stosunkowo dużą akceptację współpłacenia. Z drugiej strony może to także potwierdzać częste występowanie opłat nieformalnych.

W dalszej części artykułu autorzy omawiają wyniki badań dotyczących stopnia akceptacji dopłat formalnych. Popierają je lekarze (możliwość wzrostu wynagrodzeń, ograniczenie nieuzasadnionych wizyt, dodatkowe środki na wyposażenie), choć są świadomi

oporu społecznego, który w ich ocenie wynika z braku świadomości kosztów ochrony zdrowia. Akceptują dopłaty do wszystkich świadczeń. Pielęgniarki generalnie popierają współpłacenie, choć nie dla wszystkich grup i nie przy wszystkich świadczeniach (wyłącznie podstawowej opieki zdrowotnej i nagłych przypadków), akceptują natomiast dopłaty za wyższy standard usług. One także wskazują na potrzebę ograniczenia zbędnych wizyt i opłat nieformalnych. Decydenci akceptują dopłaty, głównie w celu ograniczenia popytu, ale też wobec konieczności zwiększenia efektywności systemu. Dostrzegają zagrożenia dla pacjentów o niskich dochodach i przewlekle chorych, doceniają jednak wpływ współpłacenia na świadomość pacjentów. Z opłat zwolniłyby nagłe przypadki, ale utrzymałyby je w podstawowej opiece zdrowotnej w celu ograniczenia nieuzasadnionego korzystania. Zwracają też uwagę na fakt, że lekarze pierwszego kontaktu nie spełniają swojej roli „sita” dostępu do specjalistów, co może być argumentem za wprowadzeniem dopłat. Wyrażają jednak przekonanie, że wprowadzenie tego rozwiązania nie poprawi sytuacji w ochronie zdrowia. Specjaliści akceptują opłaty za wizyty bez skierowania lekarza podstawowej opieki medycznej. Konsumenci świadczeń są na ogół przeciwni takiemu rozwiązaniu, argumentując, że są już obciążeni składką zdrowotną i byłaby to jeszcze jedna danina publiczna. Wskazują, że służba zdrowia jest źle zarządzana i nie chcą, by konsekwencje tego były przerzucane na pacjentów. Byliby skłonni zaakceptować to rozwiązanie, gdyby istotnie poprawiło ono poziom świadczonych usług. Ci konsumenci, którzy są skłonni zaakceptować dopłaty, wyłączyliby z nich podstawową opiekę zdrowotną i nagłe przypadki. Niski jest poziom akceptacji opłat za pobyt w szpitalu, chyba, że byłoby to związane z zapewnieniem wyższego standardu.

Zdaniem badanych, dopłaty powinny być przekazywane do producentów świadczeń — w części na wzrost wynagrodzeń, a w części na poprawę jakości i warunków pracy. Natomiast zdaniem pacjentów powinny być one przeznaczane głównie na poprawę wyposażenia placówek.

Badanych pytano też o to, jak chronić grupy zagrożone marginalizacją z powodu dopłat. Uznano, że takie zabezpieczenia są konieczne, np. przez wprowadzenie rocznego limitu kwoty dopłat (z wyłączeniem dzieci, osób o niskich dochodach i niektórych osób niepełnosprawnych, niektórych osób chorych chronicznie oraz świadczeń związanych z macierzyństwem). Wyrażano jednak obawy, że taki system byłby nieczytelny i mógłby stać się źródłem nadużyć.

Generalnie badania wskazują, że wzrósł poziom akceptacji dopłat. Istnieje wiara w to, że mogłyby one ograniczyć nieuzasadnione wizyty, choć z drugiej strony mogą okazać się one zbyt kosztowne i marginalizować w dostępie do świadczeń grupy słabe ekonomicznie i społecznie. Należy zatem prowadzić dyskusje, badać funkcjonowanie dopłat w różnych krajach (dlaczego w niektórych wycofano tego typu mechanizmy), starannie policzyć koszty i korzyści takiego rozwiązania.

Kolejny tekst — autorstwa Liubove Muraskiene, Mariji Veniute i Mileny Pavlovej, pt. *The opinions of the key health care stakeholders towards patient payments in Lithuania* wskazuje na wysoki udział wydatków indywidualnych obywateli Litwy w kosztach ochrony zdrowia. Kształtują się one na poziomie 5% ogółu wydatków ich gospodarstw domo-

wych. Badania wskazują, że w 2007 r. 7% ogółu pacjentów musiało zrezygnować z tych świadczeń, natomiast 9% w grupie o niskich dochodach. Potwierdza to słuszność obaw o zagrożenie marginalizacją.

Dodatkowym problemem jest też słaba znajomość systemu ochrony zdrowia przez pacjentów. Nie wiedzą oni, co im się należy, a za co muszą dopłacić. Przepisy są niejasne. Generalnie pacjenci są skłonni ponosić opłaty za dodatkowe usługi. Dla lekarzy celem dopłat jest głównie ograniczenie nieuzasadnionego korzystania z usług, ale też poprawa dbałości o zdrowie, zmiana stosunku do własnego zdrowia, wzrost świadomości kosztów. Pacjenci obawiają się jednak zróżnicowania dostępu do opieki medycznej, stąd propozycje wyłączenia niektórych grup z obowiązku uiszczania dopłat, np. dzieci i osób niepełnosprawnych.

Podobne wnioski płyną z tekstu Ireny Gryga, Tatiany Stepurko, Andrii Danyliwa, Maksyma Gryga, Olgi Lynnyk, Mileny Pavlovej i Wima Groota, zatytułowanego *Attitudes towards patient payments in Ukraine: is there a place for official patient charges?* Autorzy przypominają, że na Ukrainie 55,7% wydatków na zdrowie finansowane jest ze środków publicznych, wydatki prywatne obejmują głównie leki i opłaty nieformalne. W tym kraju utrzymuje się wciąż tradycyjny model finansowania budżetowego, bardzo okrojony, co sprzyja wysokim dopłatom nieformalnym, które często warunkują dostęp do usług. Obserwuje się też nadmiar lekarzy niektórych specjalności, nadmiar łóżek szpitalnych i złe rozmieszczenie terytorialne placówek, niemal wyłącznie państwowych lub samorządowych. Pomimo scentralizowania systemu, jakość świadczeń jest terytorialnie zróżnicowana. Obserwuje się niedorozwój podstawowej opieki zdrowotnej, co jest jedną z przyczyn nadużywania leczenia szpitalnego.

Dekretem (wbrew konstytucji — jak twierdzą autorzy), wprowadzono możliwość oficjalnych dopłat za niektóre usługi, np. stomatologiczne — w formie dobrowolnych wpłat.

Brak jest kompleksowych badań nad skalą korupcji w służbie zdrowia ale autorzy twierdzą, że np. w niektórych placówkach ginekologicznych, 95% zarobków lekarzy pochodzi z nieformalnych dopłat. Badania w krajach byłego ZSRR wskazują, że 30% pacjentów wnosi nieformalne opłaty.

Dość powszechna jest wiara obywateli, że wprowadzenie formalnych dopłat ograniczy skalę korupcji, część jednak obawia się, że w efekcie spowoduje to zdublowanie opłat. Co ciekawe, niektórzy decydenci dostrzegają zalety opłat nieformalnych, twierdząc, że podnoszą one jakość usług. Badani wyrażali przekonanie, że wprowadzenie formalnych dopłat ograniczy nadmierne korzystanie ze świadczeń i zapewni dodatkowe środki. Część obawia się jednak, że ograniczy to przede wszystkim dostęp niektórych osób do świadczeń ochrony zdrowia. Dlatego też niektórzy respondenci uznali za konieczne wyłączenie z opłat niektórych grup takich, jak: osoby ubogie, dzieci, chronicznie chorzy czy świadczeń związanych z macierzyństwem.

Kolejny tekst — Cezarego Włodarczyka, pt. *Koncepcja „Oceny wpływu na zdrowie” (Health Impact Assessment) i jej wykorzystanie w Unii Europejskiej. Perspektywa sektora prywatnego* — ma odmienny charakter w stosunku do wcześniejszych artykułów. Autor

omawia koncepcję systemu ocen i konsekwencje proponowanych zmian, w tym wypadku dotyczących zdrowia. Omawiana metoda może mieć zastosowanie praktyczne w polityce zdrowotnej, dostarczając informacji a propos tego, które negatywne zjawiska należy eliminować, a które wzmacniać w oparciu o czytelne kryteria. Badanie dotyczy konsekwencji działań w sferze zdrowia, pozwala pokazać, jak te konsekwencje kształtują się w różnych grupach społecznych i jakie zmiany niosą w świadomości użytkowników. Autor odnosi koncepcję do systemu wartości, istotnych dla zdrowia i polityki zdrowotnej. System ten powinien być stosowany w różnych dziedzinach. Na dzień dzisiejszy jest on wykorzystywany w polityce zdrowotnej niektórych krajów europejskich. W 2006 roku Rada Europy zaproponowała ideę: „Zdrowie we wszystkich politykach”, co można uznać za skutek uznania wielości czynników oddziałujących na zdrowie, a zatem także zalecenie uwzględniania zróżnicowanych konsekwencji wprowadzanych zmian.

Autor precyzyjnie omawia koncepcję HIA, definiowaną jako „zbiór procedur, metod i narzędzi, za pomocą których treści polityki, programu lub projektu mogą być oceniane z punktu widzenia potencjalnych skutków zdrowotnych i ich rozkładu w populacji, będącej adresatem działań”. Omawia fazy procesu oceniania i skuteczność metody z punktu widzenia racjonalności podejmowanych decyzji.

Następny tekst — Irminy Jurkiewicz i Carole Tinardon, pt. *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich. Przykład rozwiązań francuskich* — rozpoczyna nowy wątek publikacji, dotyczący prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Autorzy stwierdzają, że ubezpieczenia te funkcjonują w wielu krajach jako uzupełnienie systemu podstawowego, pozwalając na przeniesienie części wydatków na zdrowie z sektora publicznego do prywatnego i dając jednocześnie — osobom korzystającym ze świadczeń — możliwość wyboru.

W różnych krajach funkcjonują one na odmiennych zasadach:

- jako oferta dla osób nieuprawnionych do świadczeń publicznych;
- jako system uzupełniający, oferujący świadczenia nieobjęte systemem publicznym, niekiedy obejmujący też bezpośrednie dopłaty do świadczeń;
- jako system uzupełniający, oferujący ten sam katalog świadczeń, jednak wyższej jakości.

Autorzy przypominają, że funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia pozostaje w kompetencjach krajów członkowskich Unii Europejskiej. Ryzyko finansowe ubezpieczeń prywatnych spoczywa na inwestorze, choć w wielu krajach część kosztów ponoszą pracodawcy. Badania potwierdzają, że częściej z prywatnych ubezpieczeń korzystają osoby o wyższych dochodach, lepiej wykształcone, mieszkające w dużych miastach. Częściej są to mężczyźni niż kobiety.

Istotną wartością tekstu są tabele i wykresy, obrazujące funkcjonowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach UE, ich zasięg w poszczególnych krajach oraz opisujące ubezpieczenia prywatne we Francji. Szczególnie interesująca jest charakterystyka osób korzystających z uzupełniających ubezpieczeń prywatnych, wyraźnie potwierdzająca ich selektywny charakter.

Wim Groot, w artykule *Quality and efficiency improvement and cost containment through regulated competition in the Dutch health care system*, pisze o zreformowanym w 2006 r.

systemie ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii. Podział na obywateli, objętych publicznym systemem (osoby o niższych zarobkach) i obywateli, ubezpieczonych w prywatnym sektorze (osoby bardziej zamożne) został tam zastąpiony powszechnym systemem prywatnym, przeznaczonym dla wszystkich i dającym takie same uprawnienia oraz obciążającym taką samą składką. W systemie ulg podatkowych przewidziano wsparcie w opłacaniu składki dla obywateli o niższych dochodach.

Drugim elementem reformy było wprowadzenie większej konkurencyjności na rynku usług szpitalnych. Ubezpieczycielom i producentom świadczeń dano więcej swobody w zawieraniu kontraktów, odchodząc od obowiązku zawierania kontraktów ze wszystkimi producentami świadczeń, jaki ciążył na ubezpieczycielach. Nie mogą natomiast selektywnie odmawiać objęcia ubezpieczeniem samych obywateli.

Jak pisze autor, „głównym celem reformy było zwiększenie rangi tzw. „interesu publicznego” w ochronie zdrowia. Ten interes publiczny był definiowany jako jakość, dostęp i efektywność oraz ograniczanie kosztów w opiece zdrowotnej. W trakcie reform uznano, że system ochrony zdrowia zawiódł jako dostawca w reprezentowaniu interesu publicznego. Dostęp do opieki zdrowotnej był ograniczany przez listy oczekujących. Przed reformą ubezpieczenia zdrowotnego, składki na finansowanie opieki zdrowotnej były wysoce regresywne, przy czym osoby o niskich dochodach przeznaczały na składki większą ich część niż osoby o dochodach wysokich. Niezadowolenie z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia było powszechne. Istniało przekonanie, że sam system pozostawiał w tyle efektywność i jakość dostarczanych usług zdrowotnych. Zaniemógł działający na rzecz wzrostu produktywności w opiece zdrowotnej, a w niektórych aspektach nastąpiło jej pogorszenie”⁴.

Celem reformy było pogodzenie dążenia do powszechnego zabezpieczenia z zasadami regulowanej konkurencji. Z założenia wszyscy obywatele mają być ubezpieczeni w jednej z 14 prywatnych firm ubezpieczeniowych, z których każda ma obowiązek zaakceptowania każdego klienta, niezależnie od stopnia ryzyka, np. wcześniejszej sytuacji zdrowotnej. Podstawowe ubezpieczenie obejmuje opiekę szpitalną, lekarza pierwszego kontaktu oraz specjalistów, przepisywanie leków, opiekę nad macierzyństwem i położnictwo, pomoc techniczną i opiekę stomatologiczną dla dzieci.

Można uznać, że reforma dokonała pełnej prywatyzacji ubezpieczeń zdrowotnych, choć przewidziano wsparcie dla osób mniej zamożnych. Uznano, że prywatyzacja przynosi obniżkę kosztów, wzrost konkurencji oraz koncentrację ubezpieczeń. Obecnie 80% ludności jest ubezpieczona w 4 firmach ubezpieczeniowych. System jest monitorowany przez państwo pod kątem dostępności, jakości usług oraz efektywności ekonomicznej. Dostrzega się konieczność opracowania standardów usług przez niezależne ciała.

We wnioskach autor stwierdza, że reforma nie powstrzymała wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, jednak uznaje się, że wprowadziła ona mechanizmy, które w przyszłości mogą poprawić sytuację.

⁴ Przekład własny.

Kolejny tekst — Adama Reichardta, pt. *Health insurance reform in the United States: old lessons on the renewed debate* — koncentruje się wokół planowanych działań rządu Baracka Obamy.

Ochrona zdrowia w USA generuje najwyższe koszty. Na zdrowie przeznaczane było w 2008 r. 16% PKB, przy średniej dla krajów OECD 8,9%. Autor przypomina, że w USA nie istnieje powszechne ubezpieczenie zdrowotne, finansowanie świadczeń opiera się na zasadzie bezpośrednich płatności oraz ubezpieczeniach prywatnych, przy czym w 2008 r. posiadało je 15,4% ludności tego kraju. Spadek liczby ubezpieczonych był dodatkową, poza nazbyt wysokimi wynagrodzeniami lekarzy, przyczyną wzrostu kosztów i składki ubezpieczeniowej.

Wprowadzenie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych było hasłem wyborczym Obamy. Podnoszono wówczas dwa aspekty: rosnące koszty opieki zdrowotnej oraz malejący zakres ubezpieczeń prywatnych. Autor przypomina historię zmagania kolejnych prezydentów, poczynając od lat 30. XX wieku. W latach 50. co trzeci Amerykanin miał polisę, na rynku działały instytucje non-profit zapewniające świadczenia osobom uboższym. Z czasem decydującym kryterium działalności ubezpieczycieli stał się zysk. Głównymi przyczynami problemu są starzenie się populacji i wzrost kosztów procedur medycznych.

Autor jest skłonny uznać, że realizowany od 1965 r. program zdrowotny Medicare miał być pierwszym krokiem w kierunku upowszechnienia ubezpieczeń zdrowotnych. Poprzestano jednak na uzupełnieniu go przez program Medicaid dla osób o najniższych dochodach. Ze wspierania ubezpieczeń zaczęli wycofywać się pracodawcy, a sami pracownicy nie byli w stanie pokryć całości rosnących kosztów polisy.

Rząd Baracka Obamy dostrzegł związek między stanem zdrowia a ogólną pomyślnością obywateli. Autor przywołuje dane: 50% przypadków bankructwa jest powodowane chorobą i kosztami leczenia w przypadku braku polisy lub jej zbyt wąskim zakresem. Notuje się liczne zgony z powodu braku ubezpieczenia zdrowotnego.

Propozycje administracji Obamy obejmują następujące założenia:

- zakaz wykluczania z ubezpieczenia lub proponowanie gorszych warunków ubezpieczenia osobom bardziej zagrożonym; wobec wszystkich chętnych mają być stosowane takie same zasady ubezpieczenia;
- kontrola systemu i jego powszechność ma obniżyć koszty świadczeń;
- system powszechnych, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ma chronić obywateli przed finansowymi skutkami choroby i jej leczenia;
- system ma dać obywatelom swobodę wyboru lekarza i placówki;
- upowszechnienie ubezpieczeń może mieć pozytywny wpływ na skuteczność promocji zdrowia oraz prowadzić do poprawy jakości usług zdrowotnych.

Zważywszy na zróżnicowaną sytuację ludzi, należących do odmiennych kategorii, spadek udziału osób zabezpieczonych polisami prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz rosnące koszty opieki medycznej, za zasadne można uznać propozycje obecnej administracji. Projekt ma poparcie części środowiska medycznego, które z powodu wszechwładzy koncernów ubezpieczeniowych straciło kontrolę nad funkcjonowaniem systemu. Przy odpowiednim wsparciu finansowym ubezpieczenia zdrowotnego, włączeniu się władzy

publicznej w działania na rzecz poprawy stanu infrastruktury, możliwe stanie się ograniczenie głównych zagrożeń zdrowotnych Amerykanów.

Interesujący — w kontekście zmian na polskim rynku ochrony zdrowia — jest tekst Błażeja Łyszczarza, pt. *Struktura własnościowa a efektywność świadczeniodawców*.

Autor zaczyna rozważania od faktu, że „dynamiczny wzrost wydatków na zdrowie w ostatnich dziesięcioleciach sprawił, że perspektywa ekonomiczna — a więc także analiza efektywności — współcześnie dominuje nad epidemiologicznym i socjologicznym stosunkiem do polityki zdrowotnej. (...) Osiągnięcie wysokiego poziomu efektywności jest natomiast postrzegane jako jeden z najważniejszych celów stawianych przed systemami opieki zdrowotnej w krajach wysoko rozwiniętych”.

Problem polega jednak na wieloznaczności pojęcia „efektywność”, zwłaszcza w odniesieniu do opieki zdrowotnej. Autor analizuje pojęcie efektywności makro- i mikroekonomicznej. Ponieważ za jedną z determinant efektywności uznaje się formę własności, autor skoncentrował się na zbadaniu czy podmioty niepubliczne w Polsce produkują świadczenia zdrowotne efektywniej od podmiotów publicznych. Różne nurty myśli ekonomicznej zdają się uzasadniać tezę, że podmioty prywatne powinny funkcjonować efektywniej niż podmioty publiczne, ponieważ zasada osiągania zysków uruchamia odpowiednie mechanizmy eliminacji niskiej efektywności.

Z niektórych przywoływanych badań innych autorów wynika, że szpitale publiczne mogą być bardziej efektywne, inne wskazują na wyższą efektywność szpitali prywatnych. W związku z tym badania nie dają jednoznacznej odpowiedzi na wcześniej sformułowane pytanie.

Kluczowe jest jednak pytanie o to, do czego będziemy odnosić efektywność: czy do maksymalizacji liczby świadczeń zdrowotnych, czy też do osiągania maksymalnie pozytywnych efektów zdrowotnych. Ten ostatni aspekt jest jednak trudno mierzalny i niemożliwy do zbadania w krótkim okresie czasu. Pominęto zatem w analizie efektywność w rozumieniu wpływu na stan zdrowia ludności, co można uznać za pewną słabość badania z punktu widzenia polityki zdrowotnej.

Warto zwrócić też uwagę na fakt, że sektor niepubliczny w Polsce działa w warunkach pewnego uprzywilejowania:

- podlega mniej restrykcyjnym regulacjom;
- korzysta z zasobów kadrowych sektora publicznego, w związku z tym nie ponosi kosztów szkolenia kadr;
- stosuje współpłacenie także w odniesieniu do świadczeń finansowanych w ramach kontraktów ze środków publicznych;
- w mniejszym stopniu przejmuje ciężar opieki nad przypadkami trudnymi.

Należałoby do tego dodać wąskie profile usług świadczonych przez szpitale prywatne, wysoki udział drobnych zabiegów chirurgicznych w ramach chirurgii jednego dnia oraz świadczeń wysoko wycenianych przez NFZ (np. dializy).

Wyższa efektywność sektora prywatnego potwierdza się jednoznacznie jedynie w odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnych. Brakuje empirycznego potwierdzenia wyższej efektywności sektora prywatnego w szpitalnictwie.

Uzupełnieniem wyżej omówionego tekstu może być artykuł Katarzyny Dubas pt. *Szpitala niepubliczne w województwie małopolskim — profil działalności oraz znaczenie w systemie lecznictwa*.

Tekst został poprzedzony wstępem omawiającym proces prywatyzacji szpitalnictwa w Polsce przed rokiem 2009, a więc przed wejściem w życie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵.

W roku 2009 w województwie małopolskim funkcjonowało 80 szpitali, z czego 40 niepublicznych. Jednak 93% łóżek szpitalnych znajdowało się w placówkach publicznych. Na jeden szpital publiczny przypadały 352 łóżka, na niepubliczny — 26. Z 40 szpitali publicznych, 17 było wieloprofilowych (zapewniało świadczenia z zakresu co najmniej 7 specjalności), a 13 specjalistycznych.

40 szpitali niepublicznych dysponowało łącznie 1048 łóżkami, a 37 miało ich mniej niż 100. Większość szpitali niepublicznych oferowała wyłącznie jedną specjalizację. Ogółem szpitale publiczne oferują pacjentom usługi w ponad 50 specjalizacjach, niepubliczne zaledwie w 15, z dominacją ginekologii i położnictwa, chirurgii ogólnej, naczyniowej, urazowej, plastycznej, nefrologii (4 niepubliczne stacje dializ, wysoko wyceniane przez NFZ), rehabilitacji medycznej, a tylko 4 szpitale miały profil szerszy.

Przy takim zróżnicowaniu oferty trudno dziwić się wyższej efektywności ekonomicznej sektora prywatnego. Trzeba również zwrócić uwagę na fakt, że szpitale publiczne zapewniają opiekę onkologiczną, usługi transplantologiczne, a również — o czym wobec starzenia się populacji nie można zapomnieć — opiekę nad ludźmi starymi, dotkniętymi wieloma schorzeniami. A to wszystko przy słabym dostępie do placówek stacjonarnej opieki pielęgnacyjnej (ZOL) oraz dramatycznym braku specjalistów i łóżek geriatrycznych.

Reasumując. Autorzy recenzowanej publikacji podejmują dwa główne wątki: współpłacenie za świadczenia opieki zdrowotnej oraz za prywatne ubezpieczenia zdrowotne. W istocie można to sprowadzić do jednego problemu: jak w sposób sformalizowany i czytelny wprowadzić do systemu opieki zdrowotnej dodatkowe środki, pochodzące bezpośrednio lub pośrednio od obywateli.

Dwa początkowe teksty odnoszą się do opłat nieformalnych, które są szczególnym problemem w krajach o wysokim poziomie korupcji. Sformalizowanie dopłat mogłoby ograniczyć skalę tego zjawiska. Z tekstów można wyprowadzić katalog potencjalnych korzyści, wynikających ze współpłacenia, ale też i zagrożeń, płynących z takiego stanu rzeczy. Jakże zatem mogą być korzyści?

- wzrost wpływów do systemu, w tym do placówek oferujących świadczenia zdrowotne z przeznaczeniem na poprawę jakości świadczeń, wyposażenia, wynagrodzeń personelu medycznego;
- ograniczenie dopłat nieformalnych;
- ograniczenie nieuzasadnionego medycznie korzystania ze świadczeń;

⁵ Dz.U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654.

- możliwość sterowania konsumpcją opłat (przy ich różnicowaniu wg kategorii ludności i rodzaju świadczeń) w sposób zgodny z polityką zdrowotną państwa (mniejsze dopłaty w podstawowej opiece zdrowotnej, wyższe w specjalistce i szpitalnictwie; niższe w przypadku procedur ratujących życie, o dowiedzionej skuteczności, wyższe w przypadku działań, które ograniczają się do poprawy jakości życia; niższe w działaniach profilaktycznych, wyższe w przypadku leczenia);
- wzrost świadomości społecznej, dotyczącej kosztów opieki zdrowotnej — może to wpłynąć na większą skuteczność działań z zakresu promocji zdrowia, poprzez obniżenie w przyszłości kosztów leczenia;
- współpłacenie może stać się czynnikiem motywującym do większej dbałości o zdrowie, poddawania się badaniom profilaktycznym.

Z analizowanych tekstów może wynikać, że zagrożenia mogą przeważać nad korzyściami. Są to:

- marginalizacja grup o niskich dochodach — część osób będzie rezygnować z porady, opóźniać wizytę u lekarza, co może pogłębić proces chorobowy i w efekcie zwiększyć koszty leczenia, np. przez konieczność hospitalizacji, podawania kosztownych leków; rozwiązaniem może być wyłączenie z opłat osób o niskich dochodach, ale spowodowałoby to nieczytelność systemu, co prowadzi do nadużyć; ewentualność wystąpienia dodatkowych problemów z weryfikacją prawdziwości danych;
- wprowadzenie współpłacenia może ograniczyć korzystanie ze świadczeń, jednak jeśli będzie to dotyczyć także stanów zagrażających życiu, propozycja może okazać się problematyczna;
- doświadczenia niektórych krajów wskazują na wysokie koszty poboru opłat — może się okazać, że są one wyższe niż zyski z opłat;
- wybory pacjentów mogą nie być zgodne z priorytetami polityki zdrowotnej państwa, nie będą zatem sprzyjać jej realizacji.

Jako alternatywne w stosunku do bezpośrednich dopłat pacjentów można uznać prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Mogą one być ofertą dla osób nieuprawnionych do świadczeń z systemu publicznego, a także dla wszystkich w zakresie świadczeń nieobjętych społecznym ubezpieczeniem zdrowotnym (czy innym systemem publicznym), proponując wyższą jakość usług, lepsze warunki, krótszy czas oczekiwania na wizytę czy zabieg. By jednak system prywatny mógł być komplementarny w stosunku do publicznego, muszą być dokładnie sprecyzowane i opisane standardy opieki zdrowotnej w systemie publicznym. Istnieje także obawa, że przy niskiej składce i upowszechnianiu ubezpieczeń prywatnych, nadzieja na dostęp do lepszej jakości świadczeń może okazać się złudna.

Kolejni autorzy podejmują wątek gotowości do współpłacenia czy to w formie dopłat bezpośrednich, czy też dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Decydenci, przedstawiciele służby zdrowia w różnych krajach popierają na ogół takie rozwiązania, ale są też świadomi zagrożeń. Bardziej sceptyczni są pacjenci. Choć badania społeczne wskazują na dość wysoką gotowość ponoszenia dodatkowych kosztów, jest ona dość wyraźnie zróżnicowana według cech socjodemograficznych. Należy też pamiętać, że udział wydatków gospodarstw domowych — i w ogóle wydatków na zdrowie — jest w Polsce wysoki.

Dlatego trzeba mieć świadomość, że wprowadzenie jakiegokolwiek formy współpłacenia może różnicować dostęp do opieki zdrowotnej i marginalizować część ludności w zakresie ochrony zdrowia.

Niemniej jednak, trudno nie zauważyć upowszechniania się prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Coraz częściej pracodawcy włączają ubezpieczenie zdrowotne do zakresu dodatkowych korzyści dla pracowników, jednocześnie ponosząc część kosztów tego ubezpieczenia. Wobec pogłębiających się problemów finansowych sektora publicznego w zakresie zdrowia — co wynika zarówno ze starzenia się populacji, jak i z niskiego poziomu aktywności zawodowej ludności — wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wydaje się być nieuniknionym.

Rec. Grażyna Magnuszewska-Otulak

Instytut Polityki Społecznej
Wydział Dziennikarstwa i Nauk Politycznych
Uniwersytetu Warszawskiego