



Warszawa, 25 kwietnia 2008

Ile rynku w ochronie zdrowia?

Ogólnopolska dyskusja nad reformą ochrony zdrowia nie przyniosła na razie efektów w postaci wdrożenia konkretnych rozwiązań. Pomysły przedstawione przez "liberalny" rząd PO i PSL nie są na razie imponujące. Może zatem warto dzisiaj jeszcze rozważyć wprowadzenie nieco więcej rynku do sektora ochrony zdrowia? Są już bowiem w Polsce przykłady pozytywnych skutków funkcjonowania rynkowych reguł w zakresie świadczenia usług opieki zdrowotnej dla ludności.

Odwieczne dążenie człowieka do szybkiego i trwałego zwalczenia wszystkiego co jest chorobą - w dobie dzisiejszych osiągnięć medycyny - paradoksalnie stało się jednym z głównych problemów każdego systemu ochrony zdrowia na świecie. Nauka daje coraz więcej możliwości, ale te cudowne niekiedy środki bywają niejednokrotnie niezwykle kosztowne. Realne podstawy finansowania wszystkiego, co mogłoby nas wyleczyć od dawna pozostają daleko w tyle za możliwościami, które w medycynie przyniosły postęp techniczny. A gdy już wiadomo, że są granice możliwości, trzeba zwrócić baczniejszą uwagę na zasady, które regulować powinny wydawanie tychże ograniczonych środków.

Najbardziej aktualny plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w lutym br. zakłada przychody NFZ w 2008 roku na poziomie ok. 49 mld złotych. Jeśli przyjrzymy się tej kwocie, nie jest to mały budżet, choć nie wszyscy w naszym kraju podzielą taki pogląd. Większość zabierających głos na ten temat zaznacza też od razu, że w ramach tych środków muszą się znaleźć pieniądze na godziwą zapłatę za usługę, którą jest przecież leczenie oraz na zapewnienie pacjentom komfortowego dostępu do służby zdrowia. Choć wypada, może nieco złośliwie wytknąć, że w debacie publicznej ten ostatni postulat bywa niekiedy słabiej akcentowany.





Obecnie polski system finansowania świadczeń medycznych oparty jest na zasadzie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego i gwarantowanej ustawą solidarności w rozdzielaniu składki gromadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W praktyce oznacza to, iż wszystko co wpłynie od tych, którzy płacą jest wydawane na leczenie wszystkich ubezpieczonych i pozostałych uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. I, jak na razie, nikt nie zamierza dokonać żadnego zamachu na te aksjomaty systemu, jakimi są jego powszechność i solidaryzm.

Tyle, że niestety pomimo trwałych zasad, na których został oparty, system ten po prostu słabo funkcjonuje. Lekarze zbyt mało zarabiają, pacjenci ustawiani są w kolejkach do specjalistów, ceny leków w Polsce należą do najwyższych w Europie.

Po wyborach zapanowało raczej powszechne przekonanie, że teraz wszystko się zmieni na NOWE. NOWE czyli na pewno LEPSZE. Także w ochronie zdrowia. I wyborcom nie chodziło raczej o zwiększenie przychodów NFZ poprzez proste zwiększenie wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne, bo obywatele nigdy nie chcą oddawać państwu więcej, niż oddają w chwili obecnej. Chodziło chyba jednak w pierwszej kolejności o LEPSZE zasady, które miały na NOWO ustawić cały system.

I choć biorąc pod uwagę liberalne podstawy ideologiczne obecnej większości parlamentarnej można się było po projekcie reformy służby zdrowia spodziewać wszystkiego, co w stronę częściowego choćby urynkowienia sektora podąża, jak zawsze w podobnych przypadkach pojawiła się pokusa, żeby coś od razu jednak zlikwidować albo chociażby przekształcić. Oczywiście jak zlikwidować - to obecnego ubezpieczyciela (NFZ), a jak przekształcać - to dzisiejszych głównych usługodawców (ZOZ-y). Zbyt słabo zostało niestety zaakcentowane, że zmiany takie jak podział NFZ na kilka konkurujących ze sobą o składki ubezpieczonych podmiotów i przekształcenie ZOZ-ów w spółki prawa handlowego służyć mają w pierwszej kolejności poprawie konkurencyjności w systemie ochrony zdrowia, która jest mu po prostu najbardziej potrzebna.





Na chwilę obecną propozycje resortu zdrowia nie imponują rozmachem ani ilością przygotowanych projektów. Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia uwagę zwracają nie projekty nowych reformatorskich ustaw, ale w pierwszej kolejności dokumenty, które zmieniają regulacje już funkcjonujące. Nie ma niestety, jak na razie, kompleksowej spójnej propozycji, która nie będąc kolejną rewolucją służyłaby pożądanym zmianom.

Czekając zatem na dalsze szczegóły rządowych propozycji reformowania systemu i efekt ich „poprawiania” przez władzę ustawodawczą zastanówmy się chwilę nad tym, ile w Polsce XXI wieku, która przestała być już krajem planowania odgórnego, reguł wolnego rynku powinno zaistnieć w systemie ochrony zdrowia, aby przestał tak bardzo odbiegać od naszych wyobrażeń.

Transformacja gospodarcza lat 90-ych ukierunkowała rozwój sektora zdrowia w stronę rynku. Powstało wiele podmiotów prywatnych, które nie dość, że pokrywają koszty swojej działalności, to generują pokaźne zyski. Na dzień dzisiejszy największy poziom rynkowej konkurencji zaistniał wśród podmiotów świadczącymi usługi ambulatoryjne i specjalistyczne. Dla przykładu skądinąd naganny - śladowy poziom finansowania świadczeń stomatologicznych przez NFZ spowodował, że w praktyce usług tych nie kontraktuje się prawie w publicznych ZOZ-ach.

Są w Polsce województwa takie jak Podlaskie, gdzie prywatnych gabinetów stomatologicznych, mających niewielki niekiedy kontrakt z płatnikiem jest już tak dużo, że walcząc o pacjenta istotnie obniżyły ceny swoich świadczonych odpłatnie usług, tak, że stały się one przystępne (a więc konkurencyjne) dla pacjentów, których wcześniej nie było na nie stać i zawsze korzystali jedynie z gabinetu z podpisaną umową z NFZ. Dziś trzeba sobie postawić pytanie, czy przywołany przykład stomatologii nie powinien dać impulsu do takich działań, które dadzą zbliżony efekt w wybranych zakresach świadczeń specjalistycznych, a które w



wielu krajach zupełnie eliminują etap kosztowniejszego niż świadczenia specjalistyczne leczenie szpitalnego.

Niemniej warto podkreślić, że brak wystarczającej „na wszystko” kwoty środków zgromadzonych w NFZ nie może zostać w prosty sposób wypełniony takim ustawieniem poziomu finansowania poszczególnych świadczeń przez ubezpieczyciela, aby podmioty działające w danym rodzaju świadczeń zdrowotnych zaczęły pozycjonować się konkurencyjnie wobec płatnika i wobec pacjentów. Co trzeba powiedzieć uczciwie i wprost, iż sektor ochrony zdrowia nigdy nie powinien zostać w 100% zdominowany przez elementy rynkowe. Tyle, że mogłoby być ich na tyle, żeby ten system sam się doregulował, bo w obecnej postaci jest nie tylko w powszechnym przekonaniu zdecydowanie niewydolny, ale nic nie wskazuje na to, że w najbliższej przyszłości wydarzy się coś, co to zmieni.

Magdalena Dulińska, Bankier.pl

Autorka jest prawnikiem w portalu Bankier.pl, wcześniej pracowała m.in. w Centrali NFZ

Więcej informacji:

Redakcja Bankier.pl

redakcja@bankier.pl

tel.: 0 71 372 30 52

