

## System ochrony zdrowia – perspektywa ekonomiczna



# Hipokrates i kasa

Ochrona zdrowia jest istotnym składnikiem wydatków, inwestycji i zatrudnienia w każdej gospodarce, dlatego ekonomiczne wyniki systemu ochrony zdrowia są powiązane z gospodarczym dobrobytem kraju i jego obywateli. Centralne lub lokalne decyzje z zakresu polityki zdrowotnej dotyczące tego, w jaki sposób opieka zdrowotna jest finansowana, dostarczana i rozdzielana, wpływają nie tylko na stan zdrowia społeczeństwa, lecz także na całą gospodarkę.

Stan naszego zdrowia przekłada się na jakość naszego życia. Zdrowie jest ważnym zasobem umożliwiającym pracę zawodową i codzienną szczęśliwą aktywność. Dobrze oceniany system ochrony zdrowia pozytywnie wpływa na nasze poczucie bezpieczeństwa. W sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia dostępność

odpowiednich świadczeń zdrowotnych może zdecydować o wyzdrowieniu.

## Które potrzeby zaspokajać?

Zasoby, które wykorzystuje się do „produkcji ochrony zdrowia”, są ograniczone. Potrzeby pacjentów są na-

” Potrzeby pacjentów są nieograniczone, niepoliczalne i podlegają ciągłej kreacji, przy czym nie wszystkie są racjonalne i nie wszystkie warto zaspokajać ”

tomiast nieograniczone, niepoliczalne i podlegają ciągłej kreacji, przy czym nie wszystkie są racjonalne i nie wszystkie „warto” zaspokajać. Zasady ekonomii mówią, że za pieniądze publiczne powinno się zaspokajać te potrzeby, które przynoszą pacjentowi dostatecznie duże (w relacji do kosztów) korzyści. Zasadne jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy istnieje możliwość osiągnięcia poprawy, a jeśli tak, to czy jej koszt może być zaakceptowany.

Ponieważ ograniczenie finansowe jest faktem bezspornym i żaden kraj na świecie nie ma wystarczających środków na pokrycie kosztów zaspokojenia wszystkich potrzeb, w każdym systemie ustala się priorytety i reguluje dostęp do świadczeń zdrowotnych. Przed podjęciem decyzji o sfinansowaniu technologii z pieniędzy publicznych zasadne jest wyegzekwowanie dowodu, że proponowana interwencja medyczna daje więcej „dobra” niż jakakolwiek inna, możliwa do wykonania za te same pieniądze, czyli że jest efektywna kosztowo. Polityka preferencji dla technologii efektywnych kosztowo oznacza bowiem w praktyce zapewnienie maksymalizacji „uzysku zdrowia” dla społeczeństwa.

### Podejmowanie decyzji

W każdym przypadku podejmowania decyzji o wydatkowaniu pieniędzy publicznych obowiązkiem dysponenta jest sprawdzenie, czy jego decyzja jest zgodna z prawem i czy respektuje kryteria celowości, gospodarności i rzetelności. Inaczej jest w przypadku pieniędzy prywatnych, kiedy suwerenna decyzja osoby prywatnej zależy tylko od jej zdolności (*ability to pay*) i chęci (*willingness to pay*) zakupienia określonego towaru lub usługi.

Z perspektywy makroekonomicznej ważne jest zebranie środków i ich alokacja na województwa. W praktyce mniej istotne jest, za pomocą jakich mechanizmów system zgromadzi środki – budżetowych czy ubezpieczeniowych. Unia Europejska nie rekomenduje państwom członkowskim konkretnego modelu. Można wskazać kraje z systemem zarówno ubezpieczeniowym (Holandia), jak i budżetowym (Dania), które odniosły sukces w zapewnieniu swoim obywatelom opieki zdrowotnej na wysokim poziomie.

Z perspektywy osiągania efektywności ekonomicznej bardzo istotny jest zakup świadczeń (tzw. kontraktowanie). Najważniejsza jest analiza i zbadanie, w jaki sposób w warunkach polskich można najlepiej wykonywać funkcję kontraktowania świadczeń. W tysiącach umów wykorzystuje się techniki finansowania i inne bodźce oraz określa zasady kontroli i rozliczeń, co ma znaczenie dla dostępności i jakości świadczeń, które realnie otrzyma pacjent.

### Czy naprawdę zbyt mało?

Można spotkać opinie, że zasoby i nakłady finansowe na ochronę zdrowia w Polsce są zbyt małe. Przywołuje się porównania, w których poziom nakładów w Polsce przewyższa w Europie jedynie Łotwę, Rumunię, Albanię i Czarnogórę. W sytuacji, kiedy różne cele gospodarcze konkurują pomiędzy sobą, warto zadać sobie pytanie: czy dobrze (warto) jest wydawać dużo na ochronę zdrowia?

Przecież w systemie naczyń połączonych, w gospodarce, zwiększenie wydatków w jednym sektorze oznacza zmniejszenie w innym. Więcej na zdrowie może więc oznaczać mniej na edukację albo na budowę autostrad. Pytanie jest tym bardziej zasadne, że krańcowa produktywność wydatków na system ochrony zdrowia spada w miarę ich wzrostu. Wzrost wydatków z 2 tys. do 3 tys. zł na osobę zwiększa oczekiwaną długość życia, lecz nie o tak wiele, jak wzrost z 1 tys. do 2 tys. zł, co z kolei wywiera dużo mniejszy skutek niż zmiana z 0 na 1 tys. zł. W miarę jak coraz więcej się wydaje, uzyskuje się coraz mniejsze korzyści w oczekiwanym wzroście długości życia – aż do osiągnięcia „płaskiej krzywej”, gdy produktywność krańcowa, pomimo że wciąż dodatnia, wynosi niewiele ponad zero. Gdyby w Stanach Zjednoczonych zredukowano wydatki o jedną trzecią, skutkowałoby to jedynie nieznacznym pogorszeniem stanu zdrowia i pozostawiłoby przeciętną oczekiwaną długość życia na prawie niezmiennym poziomie.

### Zdanie większości

Większość ekonomistów opowiada się za zwiększeniem finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, ale po uprzednim określeniu programu naprawczego oraz równoległym „uszczelnieniu systemu” i ograniczeniu marnotrawstwa. Koncepcja braku sensu „dolewania do dziurawego garnka” ma wielu zwolenników i nie jest pozbawiona racji.

W ramach polityki zdrowotnej należy dokonywać wyboru priorytetów, liczby i rodzajów świadczeń („koszyk”) oraz określić zasady wyłaniania dostawców, a także ustalić, jaka będzie alokacja i dystrybucja środków finansowych. Racjonalna alokacja zasobów, np. kadr medycznych, nie jest prosta. Istnieje powszechna, paradoksalna tendencja do bardziej intensywnego „przemieszczania się” zasobów opieki zdrowotnej tam,

gdzie są mniejsze potrzeby zdrowotne. Są to tereny bogatsze, zamieszkująca je ludność jest zdrowsza, lecz lekarze chętniej się tam osiedlają, ponieważ znajdują lepsze warunki pracy, a inwestorzy chętniej lokują tam pieniądze, rozbudowując infrastrukturę i podnosząc jakość (prawo Harta). Z drugiej strony na terenach mniej zamożnych, gdzie stan zdrowia ludności jest gorszy, zasoby są relatywnie mniejsze, ponieważ lekarze mają tam gorsze warunki rozwoju zawodowego i niższe dochody.

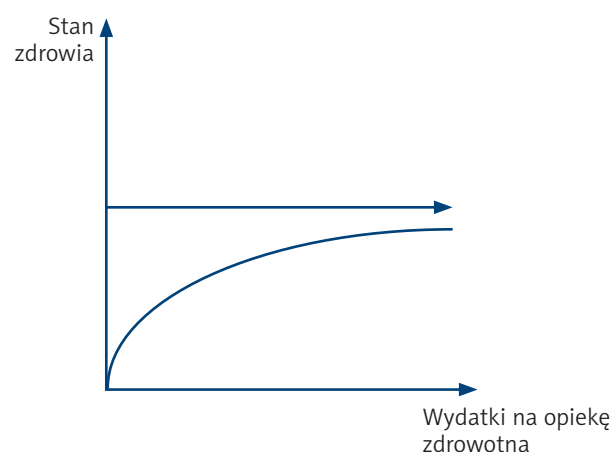
Obiektywna ocena potrzeb zdrowotnych Polaków nie jest łatwa. Pacjent zgłasza się do swojego lekarza rodzinnego z subiektywną oceną stanu zdrowia albo jego stan jest poddawany ocenie przez zespół ratownictwa medycznego. Dopiero ta profesjonalna ocena decyduje o miejscu, w którym udzielana jest dalsza pomoc, w szczególności zaś rozstrzyga o dostępie do technologii diagnostycznych i terapeutycznych o dużym zaawansowaniu. Te dwa podsystemy „pierwszego kontaktu” – podstawowa opieka zdrowotna i ratownictwo medyczne – pełnią najważniejszą funkcję w zapewnieniu realnego bezpieczeństwa zdrowotnego Polakom, dlatego muszą być na bardzo wysokim poziomie i łatwo dostępne.

### Lekarze rodzinni

Powinno się zadbać o wysokie kompetencje lekarzy rodzinnych, zapewnić im dobre warunki pracy, a także ograniczyć liczbę pacjentów na liście. Należy też zapewnić im takie warunki, aby podejmowali leczenie, a nie kierowali pacjentów, często bez uzasadnienia, na wyższe szczeble opieki specjalistycznej i do szpitali („przerzucanie kosztów”). Lekarze rodzinni powinni efektywnie edukować, zwiększając zdolność osób i rodzin do samoopieki i samoleczenia, a ponadto „torować pacjentowi drogę” przez system leczenia wysokospecjalistycznego. To właśnie oni mogą zmieniać wyobrażenie pacjentów o potrzebach, kulturę zdrowotną, korzystanie z pomocy rodziny i sąsiadów czy z medycyny niekonwencjonalnej. Takie działania prowadzą bowiem do zmniejszenia zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, skracają kolejki, przywracają równowagę systemu i zwiększają bezpieczeństwo pacjentów. Możliwości lekarzy rodzinnych nie są rozumiane przez decydentów, którzy obejmują priorytetem leczenie szpitalne i tam głównie kierują środki finansowe. Rozdział środków (alokacja) nie jest racjonalny, lecz realny – jest wypadkową działania różnych sił. Pieniądze „ożywiają zasoby”. „Infrastruktura” i lobby specjalistyczne skuteczniej dopominają się o pieniądze, bo mają większy realny wpływ na polityków i opinię publiczną.

### Manipulacja potrzebami

Dominacja dysfunkcyjnych mechanizmów rynkowych powoduje patologie w systemie i niepotrzebne koszty. Człowiek chory staje się przedmiotem, obiek-



Rycina 1. Zależność stanu zdrowia od wielkości wydatków na opiekę zdrowotną



Fot. gettyimages/Bill Ledger

„Ograniczenie finansowe jest faktem bezspornym i żaden kraj na świecie nie ma wystarczających środków, aby zaspokoić wszystkie potrzeby. Dlatego w każdym systemie ustala się priorytety i reguluje dostęp do świadczeń zdrowotnych”

„Większość ekonomistów opowiada się za zwiększeniem finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, ale po uprzednim określeniu programu naprawczego oraz uszczelnieniu systemu i ograniczeniu marnotrawstwa”

tem, z którego wyspecjalizowane firmy starają się czerpać maksymalny zysk. Można przywołać znany z mediów przypadek jednej z klinik wrocławskich, gdzie narażano pacjentki na niebezpieczeństwo, wykonując im histeroskopię, naciągając wskazania, przede wszystkim dla pozyskania środków finansowych. W 2007 r. NFZ płacił za to badanie 1100 zł. Klinika wykonała wtedy 994 badania i dostała za nie milion złotych. W tym samym czasie dziewięć klinik Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zbadało w ten sposób łącznie 70 kobiet.

Łatwo manipulować subiektywnymi potrzebami pacjentów, wykorzystując dezinformację, reklamę i promocję usług. Istnieje zjawisko popytu stymulowanego przez podaż (*supply-induced demand*). Polega ono na pobudzaniu popytu przez dostawców usług przynoszących znaczny zysk. Działania te są kamuflowane przez podkreślanie rzekomo dużych korzyści dla pacjentów. Z drugiej strony nie ma zainteresowania wykonywaniem świadczeń dla osób przewlekłe chorych, wymagających czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych, które nie przynoszą spektakularnych zysków. Powszechne jest oczekiwanie, że to państwo (z pieniędzy publicznych) zapewni świadczenia nierentowne.

### Reklama i marketing

Innym obszarem pobudzania popytu są reklamy preparatów dostępnych bez recepty i suplementów – o działaniu obojętnym, a nawet szkodliwym dla ludzi – oraz niektóre doniesienia medialne dotyczące tzw. profilaktyki. W jednej z wysokonakładowych gazet pod hasłem „lepiej (taniej) zapobiegać niż leczyć” dziennikarz zachęcał czytelników – osoby zdrowe – do wykonywania badań laboratoryjnych i innych. Miało im to zapewnić wykrycie chorób we wczesnym okresie, podjęcie właściwej interwencji, a w konsekwencji dobre zdrowie.

Wiarygodne badania naukowe wskazują, że z wykonywania regularnych badań przeglądowych po 30. roku życia osoby zdrowe nie odnoszą żadnych korzyści

(wyjątkiem są niektóre badania populacyjne, np. badania profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy). Wykonywanie badań nie jest wolne od ryzyka i naraża pacjentów na wielorakie szkody i powikłania. Zachęcanie zdrowych ludzi do wizyt u lekarzy oznacza większe problemy dla osób naprawdę potrzebujących świadczeń i wydłużenie kolejek. Lekarze byłiby wówczas obciążeni dodatkową, zwykle zbędną pracą, i to w sytuacji, kiedy w Polsce występuje niedobór kadr medycznych, a media donoszą o patologii przeciążenia tej grupy zawodowej obowiązkami. Żądanie pacjenta nie może być powodem wystawienia skierowania na badanie laboratoryjne czy obrazowe. Z perspektywy lekarza najważniejszym warunkiem wypisania skierowania jest ustalenie wskazania do wykonania konkretnego badania, a nie fakt ubezpieczenia w NFZ. Propagowanie regularnego, wieloaspektowego badania za pieniądze publiczne osób zdrowych po 30. roku życia, co przyniesie większości z nich więcej szkody niż korzyści, można uznać za szczególnie szkodliwe społecznie.

Załóżmy, że gazeta dociera do 300 tys. osób, a wszyscy jej czytelnicy są po 30. roku życia. Przyjmując, że tylko 5% z nich uwierzy dziennikarzowi i pójdzie do lekarza na badanie, to i tak 15 tys. osób zmarnuje swój czas. Zakładając 15 minut na jedną konsultację, zabierze to polskim lekarzom ok. 3750 godzin, tj. ok. 536 dni roboczych. Zauważmy, że większość badanych powróci do swoich lekarzy z wynikami i z prośbą o ich interpretację, co spowoduje kolejne dodatkowe obciążenie lekarzy pracą. Jeżeli te osoby otrzymałyby skierowania i wykonały badania w ramach NFZ, a uśredniony koszt morfologii i RTG klatki piersiowej wyniósłby ok. 30 zł, to dla 15 tys. osób oznaczałoby to publiczny koszt ok. 450 tys. zł, bez istotnego pożytku dla badanych.

Podobne zjawiska są szeroko opisywane w literaturze i w Internecie jako: *overdiagnosis*, *overtreatment*, *medicalisation* i *doctor shopping*.

### Wybierać rozsądnie

Warto zainteresować się aktywnością fundacji *Choosing Wisely* ([www.youtube.com/watch?v=FqQ-JuRDk18](http://www.youtube.com/watch?v=FqQ-JuRDk18)), która podjęła trud propagowania działań w przeciwnym kierunku. Chodzi o wyłączenie z publicznego finansowania badań i terapii zbędnych, nieprzynoszących korzyści pacjentowi.

W każdym przypadku przed wykonaniem badania lub przeprowadzeniem leczenia pacjent powinien mieć pełną informację od lekarza na temat potencjalnych korzyści i zagrożeń, które się z tym wiążą. I na koniec to właśnie on powinien podjąć świadomą i ostateczną decyzję.

Jacek R. Łuczak  
Autor jest specjalistą organizacji ochrony zdrowia i zdrowia publicznego, wykładowcą w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego.