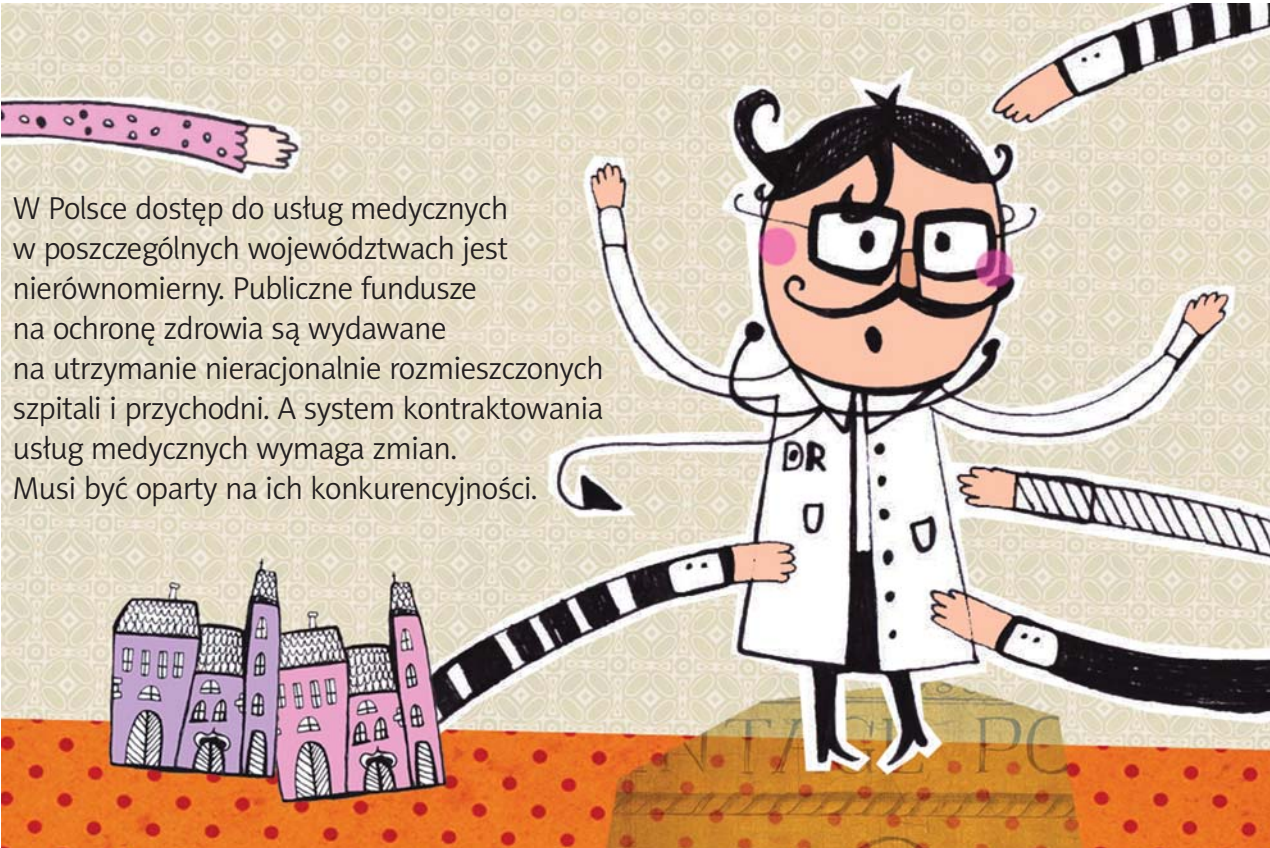


Dostępność usług medycznych w Polsce

# Deficyt na własne życzenie

Michał Kamiński

W Polsce dostęp do usług medycznych w poszczególnych województwach jest nierównomierny. Publiczne fundusze na ochronę zdrowia są wydawane na utrzymanie nieracjonalnie rozmieszczonych szpitali i przychodni. A system kontraktowania usług medycznych wymaga zmian. Musi być oparty na ich konkurencyjności.



W teorii ekonomii rynek definiowany jest jako ogół transakcji kupna–sprzedaży. Rynek usług medycznych ze względu na charakter oferowanych usług jest specyficzny, wyodrębnia trzy strony – podmioty reprezentujące różne interesy. Są to pacjenci, świadczeniodawcy oraz świadczeniobiorcy. Szczególne własności usług zdrowotnych i procesu ich świadczenia doprowadziły do odmiennego ukształtowania się w tej części gospodarki układu zasad działania sprzedawców i nabywców.

## Nieprzewidywalność

Jak podkreśla K. J. Arrow, źródłem specyfiki usług zdrowotnych jest ryzyko i niepewność towarzysząca potrzebom zdrowotnym. W przeciwieństwie do zdecydowanej większości produktów i usług, świadczeń medycznych nie pożąda się, a raczej unika (Arrow wskazuje na podobieństwo pod tym względem usług zdrowotnych i usług z zakresu doradztwa prawnego). Pojawienie się potrzeby zdrowotnej, związane z sytuacją zagrożenia życia i zdrowia, pociąga za sobą wiele innych, istotnych

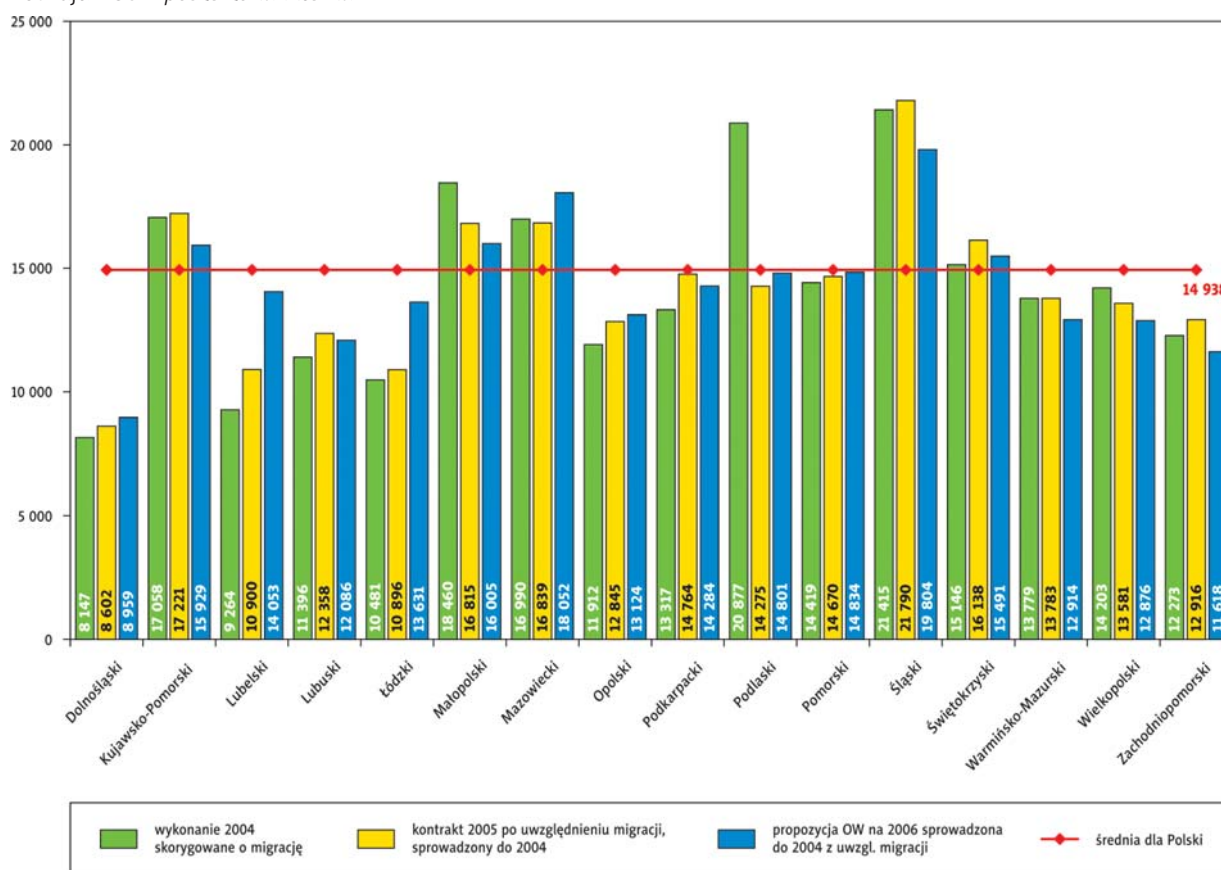
dla zainteresowanego i jego rodziny „ryzyk”, takich jak utrata źródła utrzymania, możliwość stałego lub okresowego pogorszenia sytuacji ekonomiczno-finansowej. Arrow w dalszym ciągu konkluduje, że skoro w opiece zdrowotnej nie istnieje powszechny mechanizm rynkowy, za pomocą którego wyceniano by i egzekwowano wypłacanie adekwatnych kwot za powodowanie zarówno zagrożeń, jak i korzyści zdrowotnych, to nie ma z kolei powszechnej możliwości zakupu usług medycznych po ich rynkowych cenach.

## Ile rynku

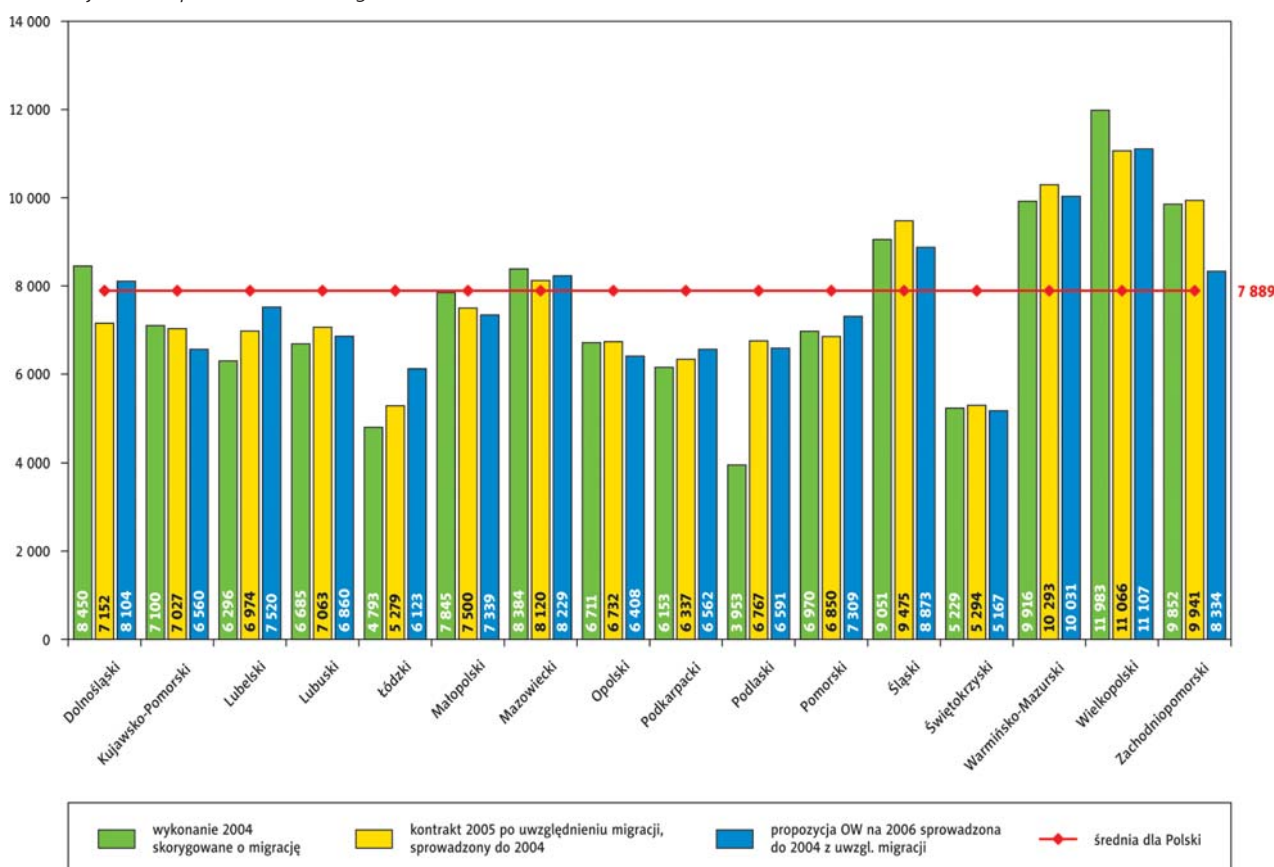
W aktualnie funkcjonujących systemach ochrony zdrowia na świecie można wyróżnić trzy modele rynku usług medycznych:

- wolny rynek usług medycznych, zakładający pełną swobodę decyzji jego uczestników co do realizacji aktów zakupu/sprzedaży,
- regulowany rynek usług medycznych, na którym realizacja procesu zakupu i sprzedaży usług medycznych

**Rycina 1.** Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, sprowadzone do roku 2004 w rodzaju AOS – poszerzona interna



**Rycina 2.** Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, sprowadzone do roku 2004 w rodzaju AOS – poszerzona chirurgia



nych jest nadzorowana i reglamentowana administracyjnie,

- mieszany rynek usług medycznych.

Wiele charakterystycznych zachowań przedstawicieli zawodów medycznych i sposobów działania organizacji ochrony zdrowia, wynikających z presji społecznej i społecznych oczekiwań, wpływa na nierynkowy charakter usług medycznych. Od lekarzy i innych pracowników medycznych wymaga się kierowania troską o dobro pacjenta, co odróżnia ich od większości innych sprzedawców dóbr i usług, wobec których społeczność nie formułuje konieczności takiej altruistycznej postawy.

Wolny rynek jest układem transakcji kupna i sprzedaży między stronami posiadającymi wolność podejmowania decyzji, w którym cena produktu lub usługi ostatecznie osiąga optymalny poziom. Wolnorynkowe metody przeciwstawiają się ingerencji i przymusowi państwowemu. Urynkowanie ochrony zdrowia oznacza zwiększenie roli sektora prywatnego w ochronie zdrowia (zmiana statusu prawno-ekonomicznego i zasad gospodarki finansowej) oraz nasilenie konkurencji wśród usługodawców.

Mimo zastosowania różnych rozwiązań organizacyjno-finansowych i odrębnego kierunku rozwoju systemów ochrony zdrowia, aktualne ich problemy są podobne. Dotyczą one ograniczania dynamiki kosztów opieki zdrowotnej oraz wzrostu efektywności działania systemu ochrony zdrowia, a także zagwarantowania dostępności do usług medycznych.

### Prywatyzacja

Zapoczątkowane w Polsce zmiany ustrojowe wymusiły konieczność przeobrażenia rynku usług medycznych. W naszym kraju podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjne leczenie specjalistyczne są w większości sprywatyzowane. Problemem jest leczenie szpitalne. Szpitale miały za zadanie, tak jak większość przedsiębiorstw, przekształcić się, rozpocząć funkcjonowanie w wolnorynkowym otoczeniu gospodarczym. Jednakże usamodzielnianie szpitali w Polsce stanęło w pół drogi. Przekształcono jednostki budżetowe w kuriozalną konstrukcję, jaką są tzw. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które już w samych założeniach i celach funkcjonowania wykazywały sprzeczność koncepcji, co doprowadziło do sytuacji ich zadłużania się. Przekształcenia SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego (głośny „plan B”) kuleją. Pomimo licznych trudności w Polsce od 1999 r. rozwija się segment niepublicznego leczenia szpitalnego.

Aktualnie, w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego, który uznał za niekonstytucyjne nieokreślenie w ustawie świadczeń zdrowotnych, jakie w zamian za opłaconą składkę winien mieć zapewniony ubezpieczony, podjęto próbę opracowania koszyka usług medycznych. Aby określić zakres usług medycznych,

które mają być dostępne ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia, trzeba przeanalizować szczegółowo rozmieszczenie geograficzne tych usług. Dotychczasowy stan wiedzy wskazuje, że zagadnienie dostępności do usług medycznych w kontekście kontraktowania tego rodzaju usług przez NFZ nie zostało praktycznie opisane ani zanalizowane na podstawie badań jakościowych, ilościowych czy też przyczynowo-skutkowych. Waga problematyki przesądza o potrzebie przeprowadzenia szczegółowych badań w tym zakresie.

### Badania

Dokonaliśmy analizy dostępności usług medycznych kontraktowanych przez NFZ i doszliśmy do wniosku, że w Polsce dostęp do tych usług w poszczególnych województwach jest nierównomierny. Publiczne środki na ochronę zdrowia są wydawane na utrzymanie nieracjonalnie rozmieszczonych szpitali i przychodni. System kontraktowania usług medycznych w Polsce wymaga zmian. Musi być on oparty na konkurencyjności usług medycznych.

### Założenia metodologiczno-badawcze

Celem prowadzonych badań była analiza dwóch rodzajów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez NFZ, których łączny udział w wydatkach publicznego płatnika jest największy – leczenia szpitalnego (SZP) – analiza nr 1, oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) – analiza nr 2. Rodzaje te stanowią przeszło 72% ogólnych wydatków Funduszu.

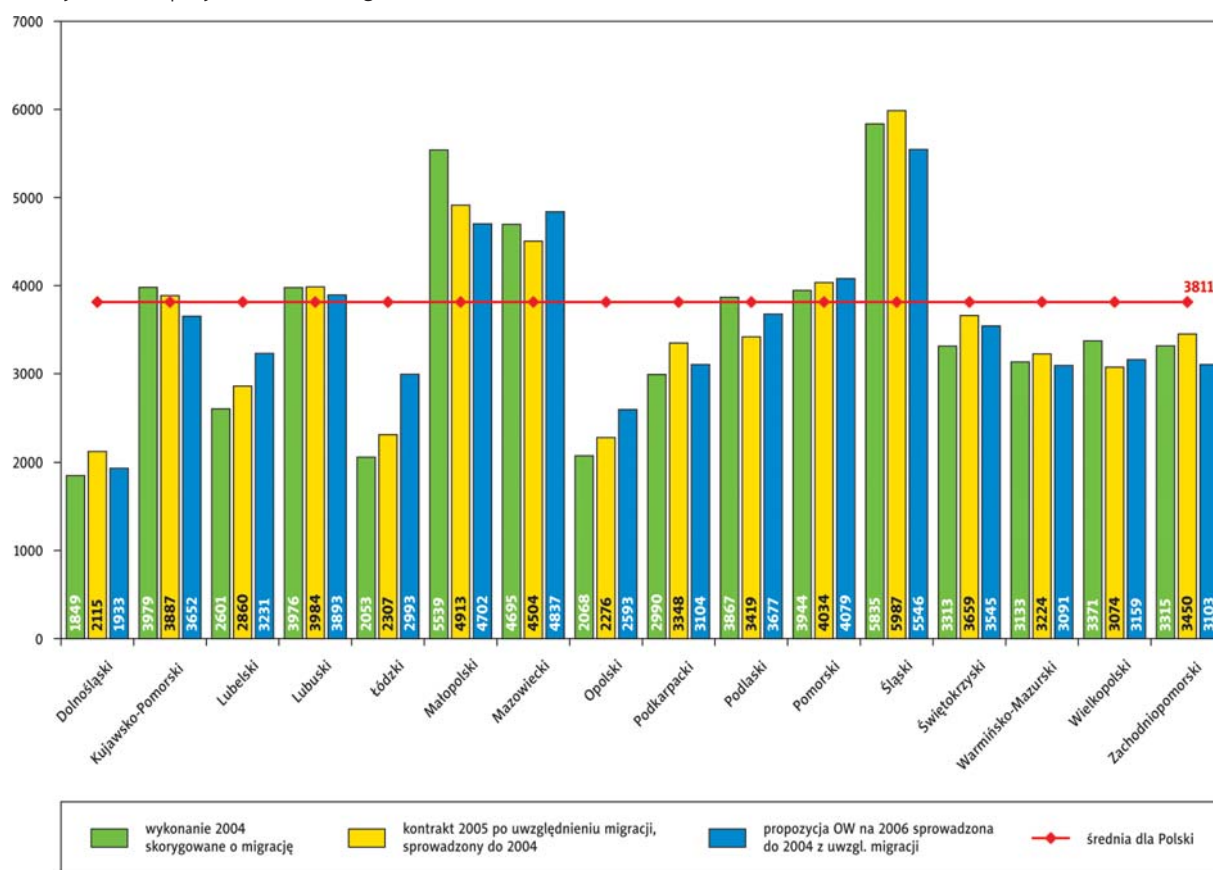
Analizy dostępności usług medycznych kontraktowanych przez NFZ obejmują liczbę świadczeń wyrażoną w jednostkach rozliczeniowych (odpowiednio w punktach lub osobodniach) na podstawie danych o usługach medycznych wykonanych w 2004, 2005 i 2006 r. Wybrane dane obejmują lata 2004–2006 z uwagi na ich wiarygodność oraz możliwość walidacji błędów.

W dużych ośrodkach medycznych występuje zjawisko wyodrębniania ze specjalności podstawowych wąskoprofilowych jednostek specjalistycznych, które łącznie zapewniają świadczenia tej samej epidemiologicznie populacji pacjentów. W związku z tym w analizach zgrupowano niektóre specjalności szczegółowe na podstawie zakresu realizowanych świadczeń.

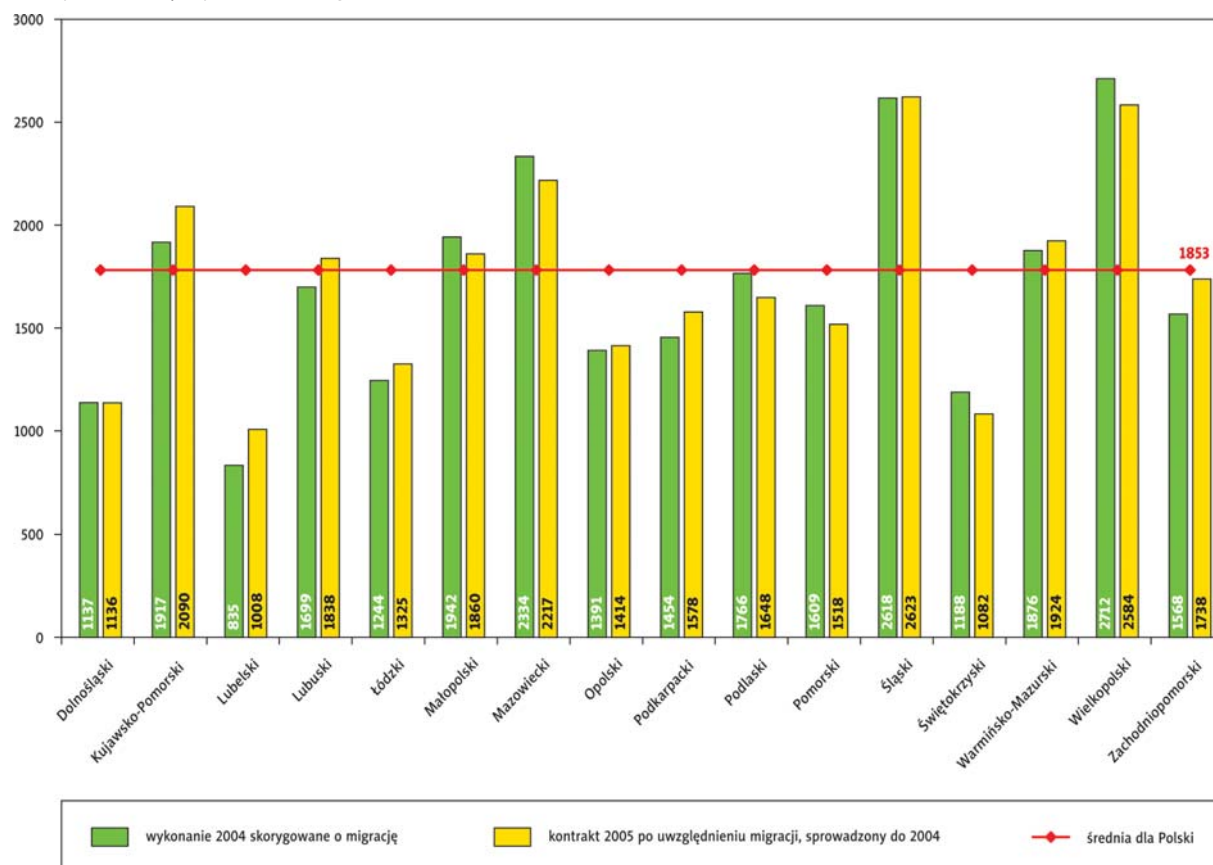
#### Analiza nr 1

Grupy specjalności w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej to *poszerzona interna* – poradnie: chorób wewnętrznych, alergologiczna, diabetologiczna, endokrynologiczna, gastroenterologiczna, immunologiczna, kardiologiczna i reumatologiczna; *poszerzona chirurgia* – poradnie: chorób naczyń, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i chirurgii onkologicznej; hematooonkologia – poradnie: hematologiczna i onkologiczna. Pozostałe specjalności analizowano indywidualnie.

**Rycina 3.** Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, sprowadzone do roku 2004 w rodzaju AOS – specjalność kardiologia



**Rycina 4.** Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, sprowadzone do roku 2004 w rodzaju AOS – specjalność urologia



## Analiza nr 2

Grupy specjalności w lecznictwie szpitalnym to: *poszerzona interna* – oddziały: chorób wewnętrznych, alergologiczny, diabetologiczny, endokrynologiczny, gastroenterologiczny, immunologiczny, kardiologiczny i reumatologiczny; *poszerzona chirurgia* – oddziały: angiologiczny, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i chirurgii onkologicznej; hematologia – oddziały: hematologiczny i onkologiczny, *poszerzona pediatria* – oddziały: kardiologiczny dla dzieci, neurologiczny dla dzieci, onkologiczny dla dzieci i pediatryczny; *poszerzona chirurgia dziecięca* – oddziały: chirurgii dla dzieci oraz urologiczny dla dzieci; *poszerzona laryngologia* – oddziały: laryngologiczny oraz audiologii i foniatryi. Pozostałe specjalności analizowano indywidualnie.

Analizy prowadzono w odniesieniu do liczby bezwzględnej jednostek rozliczeniowych oraz standaryzowanych wskaźników na 10 tys. ubezpieczonych, a dane z wykonania usług medycznych skorygowano o wielkości wynikające z migracji pacjentów.

W celu uzyskania porównywalności odpowiednich grup danych i umożliwienia odnoszenia ich do wskaźnika bazowego dokonano standaryzacji danych dotyczących kontraktów za 2005 i 2006 r. względem roku 2004. Analizowane wielkości w poszczególnych specjalnościach odnoszące się do lat 2005–2006 porównywano z wielkością bazową określoną jako średnia dla roku 2004.

Poszczególne ryciny przedstawiają dane o liczbie usług medycznych (jednostek rozliczeniowych) wykonanych w latach 2004–2006.

## Wnioski

Z naszych badań wynika, że dostęp do usług medycznych kontraktowanych w poszczególnych województwach przez publicznego płatnika jest zróżnicowany. W związku z faktem, iż analizy wykonane na potrzeby niniejszego opracowania pokazują liczbę zakontraktowanych usług w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, nie można racjonalnie wyjaśnić tego zróżnicowania. Stan ten nie znajduje uzasadnienia epidemiologicznego.

Podstawowym problemem polityki zdrowotnej w Polsce w zakresie kontraktowania usług medycznych jest kupowanie nie usług medycznych, a tzw. bazy szpitalnej, tj. przerosłych administracyjnie, powierzchniowo oraz nieracjonalnie rozmieszczonych szpitali i przychodni.

Aktualnie w Polsce powstała sytuacja, w której pomiędzy pacjentem – ubezpieczonym, a NFZ funkcjonuje baza szpitalna i przychodni, która ze względu na uwarunkowania polityczne musi być zakontraktowana. W efekcie kupowane są usługi medyczne oferowane przez te podmioty, a nie jakościowo najlepsze świadczenia. Powoduje to wzrost liczby kontraktowanych usług medycznych.

## Żyją historią

Publiczny płatnik z powodów, które opisałem powyżej, kontraktuje usługi medyczne historycznie, bez uwzględnienia rankingu konkurencyjności jakościowej, kadrowej i sprzętowej świadczeniodawców. W ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych znajdują się zapisy mówiące o tym, że środki pochodzące z NFZ mogą być przekazane wyłącznie na usługi medyczne. Tymczasem tak się nie dzieje. Rola organów założycielskich jest fikcyjna i tak naprawdę środki na amortyzację sprzętu medycznego oraz inwestycje pochodzą z kontraktów z NFZ.

## Plany

Skoro w polskich warunkach elementy wolnorynkowe nie są w pełni rozwijane i rynek usług medycznych wg obowiązujących aktów prawnych jest rynkiem kontrolowanym, zarządzanym przez państwo, to w procesie kontraktowania usług medycznych należałoby przynajmniej administracyjnie planować ich zakup.

Plany te powinny określić:

- zapotrzebowanie na określone rodzaje usług medycznych,
- zasady ich realizacji,
- niezbędną liczbę personelu medycznego, sprzętu itp. gwarantującą odpowiednią jakość i kompleksowość usług.

Plany te muszą ponadto uwzględniać strukturę demograficzną i sytuację epidemiologiczną na danym obszarze, a także infrastrukturę. Powinny również zapewniać:

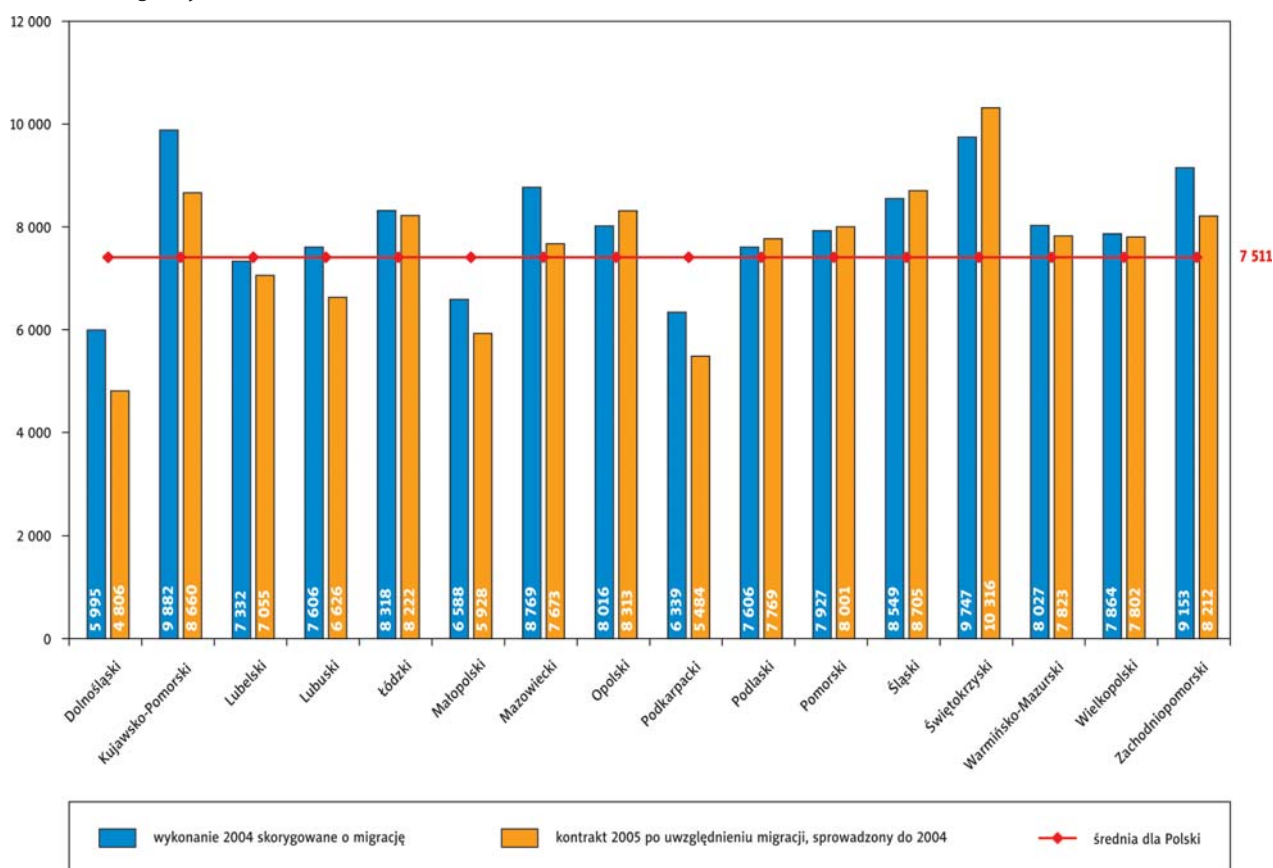
- całodobowy dostęp do świadczeń lekarskich i pielęgniarskich, w tym realizację tych świadczeń, w razie potrzeby, w domu chorego,
- ciągłość leczenia.

Postulat na przyszłość: stworzenie podziału terytorialnego kraju subpowiatowego lub subgminnego dla celów kontraktowania usług medycznych. Wybór oferentów usług medycznych powinien być dokonywany na podstawie rankingu uwzględniającego jakość i ciągłość leczenia. Obecnie teoretycznie ranking jest stosowany (został po raz pierwszy utworzony w 2005 r.), ale jego praktyczne efekty mieszczą się w strefie życzeniowej.

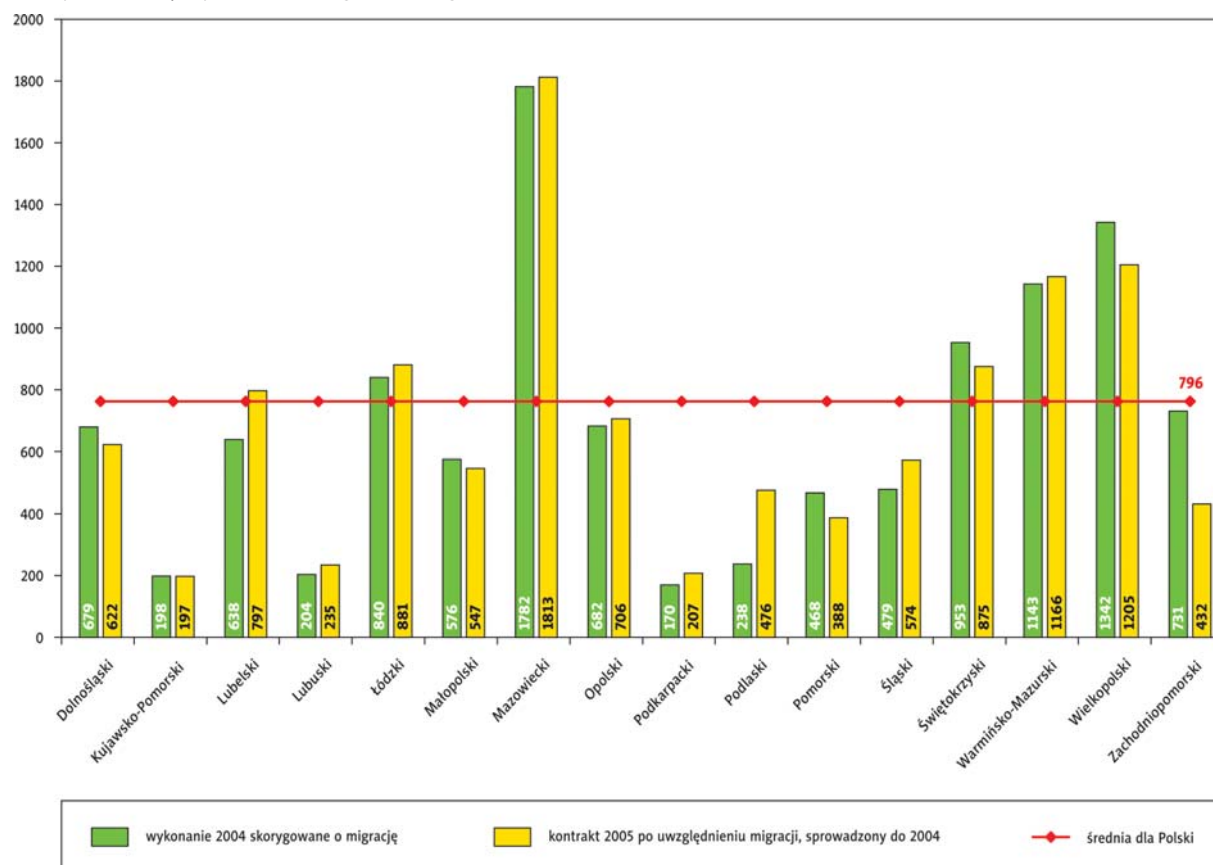
Jak wynika z doświadczeń międzynarodowych, większość ograniczeń administracyjnych jest nieefektywna. Przedstawione propozycje są odpowiedzią na doraźne problemy związane z kontraktowaniem usług medycznych. Najskuteczniejszym, samoregulującym się sposobem na rozwiązanie problemów w ochronie zdrowia są metody wolnorynkowe.

*Autor jest wiceprezesem Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych*

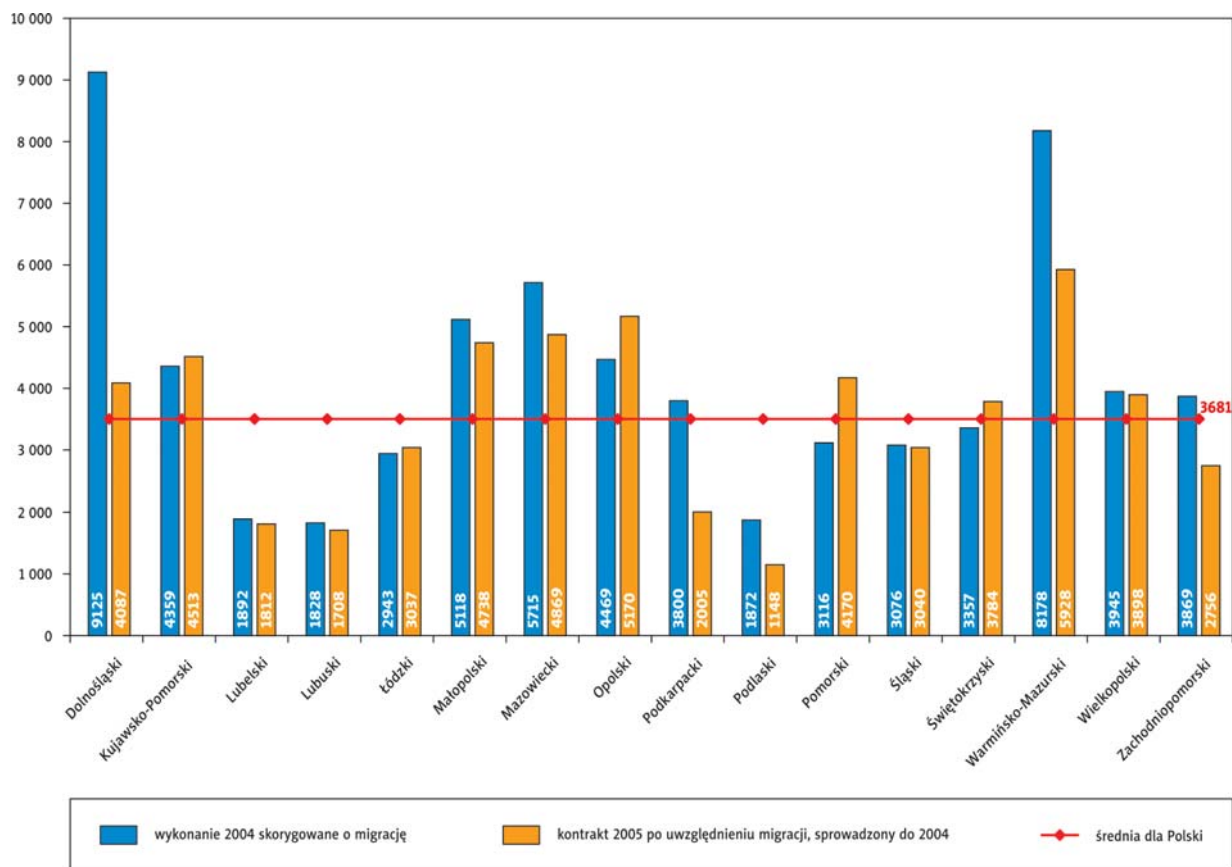
**Rycina 5.** Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w rodzaju SZP – 4640, oddział urologiczny



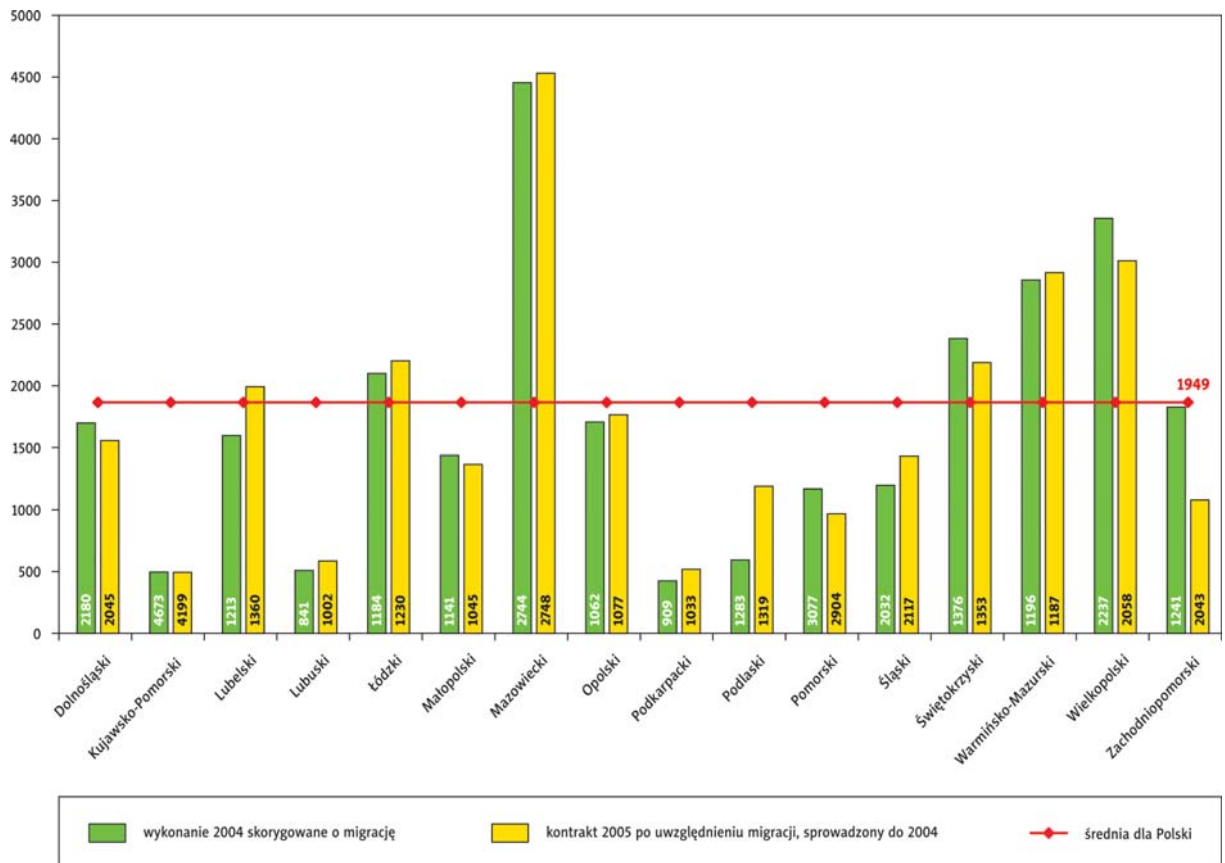
**Rycina 6.** Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, sprowadzone do roku 2004 w rodzaju AOS – specjalność chirurgia onkologiczna



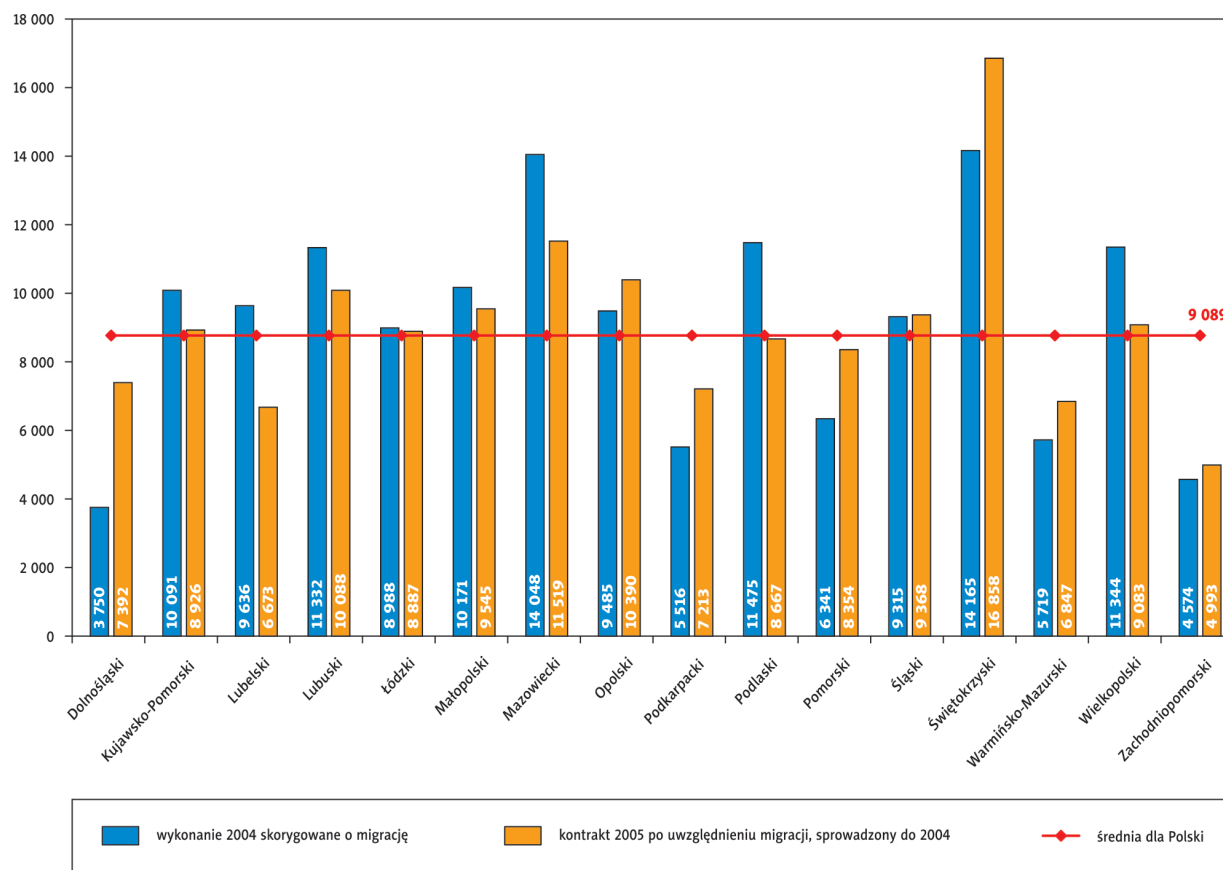
Rycina 7. Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w rodzaju SZP – 4540, oddział chirurgii onkologicznej



Rycina 8. Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, sprowadzone do roku 2004 w rodzaju AOS – specjalność onkologia



**Rycina 9.** Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w rodzaju SZP – hematologia



**Rycina 10.** Liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, sprowadzone do roku 2004 w rodzaju AOS – poszerzona chirurgia

