


Jak ocenić potrzeby zdrowotne Polaków

Mapy zdrowia



W nowelizacji ustawy o świadczeniach finansowanych z funduszy publicznych proponowane jest tworzenie tzw. map zdrowotnych. Propozycje te zawarte są w nowym Dziale IV A ustawy „Ocena potrzeb zdrowotnych”.

Propozycja opiera się na następujących zasadach:

- tworzone są mapy regionalne oraz ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych;
- mapę regionalną tworzy wojewoda z udziałem wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych; mapa taka tworzona jest co 3 lata, co roku może być aktualizowana, pierwsza ma powstać w 2015 r., ale obejmować jedynie lecnicstwo szpitalne;
- na podstawie map regionalnych wojewodowie w porozumieniu z wojewódzką radą ustalają priorytety regionalnej polityki zdrowotnej;
- mapę ogólnopolską tworzy Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny na podstawie map regionalnych; wraz z priorytetami wojewódzkimi, o których mowa wyżej, jest ona przekazywana do ministra zdrowia, który je zatwierdza;
- minister określa w formie rozporządzenia wytyczne dotyczące treści oraz metodologii opracowywania map, prognoz i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej.

W dalszych częściach propozycji omawiane są m.in. skład rady, tryb jej pracy, sposoby i terminy publikacji map. Pomijając zagadnienia organizacyjne, w niniejszym opracowaniu prezentujemy przegląd zagadnień, które powinny być rozważone w ramach planowanego przedsięwzięcia.

Potrzeby, zapotrzebowanie, popyt

W ekonomii zdrowia istnieje kilka bliskoznacznych terminów, które należy rozważać w kontekście map zdrowotnych. Pierwszy to potrzeby zdrowotne (*health needs*). Pojęcie to jest czasem używane zamiennie z określeniami popyt czy zapotrzebowanie na dobra i usługi zdrowotne. Potrzeby zdrowotne oznaczają rodzaj i liczbę dóbr i usług, które powinny, zdaniem ekspertów, zostać dostarczone (i skonsumowane) przez daną populację. Pojęcie to jest najbardziej zbieżne z koncepcją tzw. potrzeb normatywnych według Bradshawa, zgodnie z którą poziom potrzeb (np. zdrowotnych) zależy od stanu zdrowia poszczególnych osób (i w rezultacie populacji) oraz zakresu interwencji, które w związku z tym stanem zdrowia można i należy podjąć. Z tego powodu pojęcie potrzeb zdrowotnych nie jest wielkością obiektywną, a raczej subiektywną, zależną od eksperckiej oceny tych dwóch składowych: stanu zdrowia i stanu rozwoju technologicznego współczesnej medycyny. W tym ujęciu wielkość potrzeb zdrowotnych jest względnie niezależna od decyzji potencjalnych konsumentów, a rośnie wraz z wiedzą medyczną i możliwościami medycyny, o których wiedzą profesjonaliści.

W konsekwencji powyższego potrzeby zdrowotne mogą być przez potencjalnych użytkowników – konsumentów uświadomione oraz nieświadomione. Potrzeby uświadomione (wg Bradshawa potrzeby odczuwane – *felt needs*) powodują, że dana osoba jest świadoma swojego stanu zdrowia i odczuwa potrzebę podjęcia



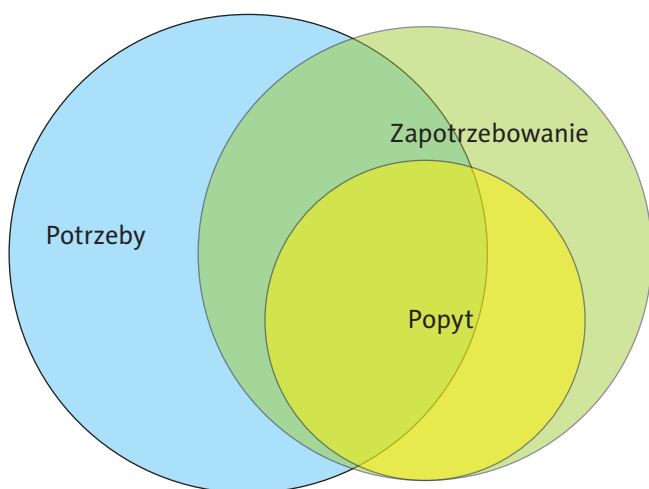
„Zwykle uświadomienie potrzeby zdrowotnej prowadzi do poszukiwania sposobu jej zaspokojenia, ale może się zdarzyć, że osoba świadoma potrzeby zdrowotnej nie wykazuje zapotrzebowania na jej zaspokojenie”

działań mających wpłynąć na ten stan (poprawić go albo ochronić przed pogorszeniem). Zwykle uświadomienie potrzeby zdrowotnej prowadzi do poszukiwania sposobu jej zaspokojenia. Może się jednak zdarzyć, że osoba świadoma potrzeby zdrowotnej nie wykazuje zapotrzebowania na jej zaspokojenie.

Obok uświadomionych potrzeb zdrowotnych istnieją nieświadomione. Typowym przykładem są te dotyczące profilaktyki (np. szczepień, badań profilaktycznych). Nieświadomione potrzeby zdrowotne mogą zostać uświadomione poprzez edukację zdrowotną i porady profesjonality, który je identyfikuje u danej osoby. Wiadomo, że osoby o wyższym poziomie ogólnej edukacji są jednocześnie bardziej świadome swoich potrzeb zdrowotnych aniżeli te o niższym poziomie edukacji. Stąd m.in. znane także z Polski doświadczenia częstszego korzystania z profilaktyki przeciwnowotworowej (np. raka piersi) wśród osób lepiej wykształconych.

„Nieświadomione potrzeby zdrowotne mogą zostać uświadomione poprzez edukację zdrowotną i porady profesjonalisty, który identyfikuje je u danej osoby”

Część, choć nie wszystkie, potrzeby uświadomione przepadają się zatem w potrzeby wyrażone (wg Bradshawa *expressed needs*), które można nazwać zapotrzebowaniem. Zapotrzebowanie na dobra i usługi zdrowotne jest wynikiem skojarzenia wiedzy o własnym stanie zdrowia i możliwościach ochrony zdrowia z chęcią i poczuciem konieczności zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Zapotrzebowanie na dobra i usługi zdrowotne może nie występować mimo istnienia potrzeb zdrowotnych w takim sensie, w jakim definiują je profesjonaliści (jak opisano wyżej). Równocześnie ci sami profesjonaliści uznają niektóre dobra i usługi (technologie medyczne) za zbędne, niekonieczne czy wręcz szkodliwe, a mimo to występuje zapotrzebowanie na nie (patrz: ostatnio prowadzona publiczna dyskusja o homeopatii) – na rycinie 1. jest to obszar zapotrzebowania niepokrywający się z obszarem potrzeb zdrowotnych. Typowym przykładem jest tzw. medycyna alternatywna, odrzucana przez większość profesjonalistów medycznych. W tej grupie znajduje się także część



Rycina 1. Relacje między zakresem oraz ilością potrzeb zdrowotnych, zapotrzebowaniem a popytem na usługi i dobra z dziedziny ochrony zdrowia (opracowanie własne)

nadużywanych świadczeń, takich jak kolejne wizyty u lekarzy specjalistów (np. w celu „upewnienia się”), turnusy sanatoryjne czy cięcia cesarskie na żądanie, na które jest zapotrzebowanie, choć nie ma obiektywnej potrzeby ich wykonania.

Zapotrzebowanie i potrzeby zdrowotne często są błędnie utożsamiane z popytem. Pojęcie popytu oznacza funkcję zależności pomiędzy liczbą dóbr i usług, którą konsumenci faktycznie zakupują, a ich ceną. Przy określonym popycie (nachyleniu krzywej popytu) jego wielkość zależy najbardziej od ceny (kosztu ponoszonego przez konsumenta). Wielkość popytu jest przy tym wrażliwa (popyt wykazuje elastyczność) w szczególności na siłę nabywczą konsumenta i jedynie przy cenie „zerowej” (i braku innych barier) można uznać, że jest tożsama z wielkością zapotrzebowania. W innych wypadkach zapotrzebowanie przekracza popyt, ponieważ część zapotrzebowania nie zostanie zaspokojona z powodu bariery w postaci ceny. Relacje wszystkich trzech pojęć zostały przedstawione graficznie na rycinie 1.

Medycyna defensywna

Potrzeby zdrowotne, za sprawą profesjonalistów medycznych, stanowią zatem podstawę do określenia zapotrzebowania na usługi i dobra, które jest wyrażane przez potencjalnych konsumentów. Od profesjonalistów medycznych bowiem w głównej mierze zależy zakres i liczba usług i dóbr, których konsument – pacjent będzie poszukiwać. Z kolei zapotrzebowanie przepadza się w popyt pod warunkiem, że istnieją fundusze – czy to prywatne, czy publiczne, które można przeznaczyć na zaspokojenie tego zapotrzebowania.

Na etapie definiowania zapotrzebowania na usługi i dobra ujawniają się przy tym w największym stopniu zjawiska związane z tzw. nierównowagą informacyjną (*asymmetric information*). Konsumenci – pacjenci nie są w stanie samodzielnie określić, jakie usługi i dobra w określonej sytuacji klinicznej są im potrzebne i odbierają wskazówki profesjonalistów przez pryzmat swoich emocji (niepokoj, strachu, bólu) oraz przez pryzmat doświadczeń i rekomendacji innych pacjentów. Stąd szczególna pozycja profesjonalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarek i in.) – stają się oni osobami zaufania publicznego, w których pokłada się nadzieje w skali rzadko spotykanej w innych profesjach. Zachwianie tego zaufania jest bardzo frustrujące dla wszystkich i objawia się takimi zjawiskami, jak (znana głównie w USA) medycyna defensywna (*defensive medicine*), w której lekarze podejmują działania medyczne mające na celu obronę przed ewentualną odpowiedzialnością prawną. Wydaje się, że brak bezpieczeństwa zdrowotnego, o którym mówi się w Polsce, może być częściowo spowodowany deficytem zaufania do przedstawicieli zawodów medycznych.

Profesjonaliści medyczni, głównie lekarze, którzy odgrywają rolę wyroczni w sprawie potrzeb zdrowotnych i zapotrzebowania na dobra i usługi, są jednocześnie głównymi producentami tych dóbr i usług. Stąd motywacje tej grupy profesjonalistów stają się kluczowe, jeśli chodzi o działanie systemu ochrony zdrowia. Znane są szeroko doświadczenia wskazujące, że sposób finansowania usług zdrowotnych bezpośrednio przenosi się na konsumpcję tych świadczeń. W wypadku finansowania w trybie opłat za usługę (*fee-for-service*) istnieje silna tendencja do zwiększania liczby usług, podczas gdy w wypadku opłat ryczałtowych (np. kapitacji) lub wynagrodzeń opartych na stałej pensji (*salaries*) istnieje tendencja do redukcji liczby wykonywanych czynności. Dlatego mówi się o kreowaniu popytu przez podaż (*supply driven demand*), czyli zjawisku polegającym na tym, że o popycie na określone usługi decydują nie konsumenci, jak na większości rynków, lecz dostawcy tych usług.

Rola płatnika

W wypadku ochrony zdrowia istotnym zjawiskiem wpływającym na mechanizm równowagi rynkowej jest występowanie, obok konsumentów i producentów, trzeciego uczestnika rynku – płatnika (*third party payer*). Jeżeli w roli nabywcy dóbr i usług występuje płatnik, konsument – pacjent kieruje się wyłącznie zapotrzebowaniem, a pomija w swoich decyzjach kwestię ceny świadczenia, ponieważ nie płaci za nie z własnej kieszeni. Konsument przyjmuje założenie, że skoro już zapłacił podatki i/lub składkę ubezpieczeniową, przysługują mu odpowiednie prawa do dóbr i usług opieki zdrowotnej. W tej sytuacji konsumpcja świadczeń opieki zdrowotnej jest limitowana jedynie potencjalną niedogodnością związaną z daną usługą medyczną (np. ból związany z terapią). W ten sposób dochodzi do tzw. pokusy moralnej (*moral hazard*), polegającej na maksymalnym korzystaniu (do poziomu nadużycia włącznie) z usług, za które płaci ktoś inny. To, że ostatecznie konsument zostanie obciążony kosztami świadczeń, nie stanowi przeszkody w zachowaniach tego typu, ponieważ nie dostrzega on związku między konsumowanymi dobrami i usługami a wzrostem wysokości składki ubezpieczeniowej czy podatków w kolejnych latach podatkowych.

Połączenie nierównowagi informacyjnej, pokusy moralnej i kreacji popytu przez podaż prowadzi do znacznego wzrostu popytu na dobra i usługi ochrony zdrowia i – co za tym idzie – także wzrostu ich cen, o ile nie występują silne systemowe mechanizmy ograniczające (*cost-containment*).

W pracach związanych z mapami zdrowotnymi należy brać pod uwagę wymienione wyżej rozróżnienia. Wydaje się bowiem, że w powszechnej świadomości pojęcie tzw. potrzeb zdrowotnych może być rozumiane zupełnie inaczej.

Adam Kozierekiewicz

CZŁONKOSTWO W KLUBIE TO NIE TYLKO PRESTIŻ



TERMEDICUS
K L U B

UDZIAŁ W KONKURSACH

Tylko Członków Klubu zapraszamy do ekskluzywnych akcji promocyjnych, w których można wygrać atrakcyjne nagrody.

W Klubie Termedicus po prostu warto być.

RABATY NA PRODUKTY TERMEDII

Każdy, kto dołączy do Klubu Termedicus, nabywa prawo do specjalnych zniżek na wszystkie produkty Termedii. To oferta dostępna tylko dla członków Klubu. Pakiety Bursztynowy, Szafirowy i Diamentowy są przepustką do ekskluzywnego programu profitowego, który obowiązuje przez cały okres członkostwa w Klubie.

PRZEJRZYSTE ZASADY

Klub Termedicus to pewność jasnych reguł. Członek Klubu sam decyduje o tym, z jakiego rodzaju promocji chce skorzystać. Co ważne, nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów w związku z przystąpieniem do Klubu. To jedyny Klub, gdzie zasady są tak przejrzyste, a korzyści tak wymierne!

BEZPŁATNE ZAPROSZENIA

Co dwa tygodnie Członkowie Klubu wezmą udział w konkursie, w którym będą mieli szansę wygrania bezpłatnego udziału w wybranej konferencji Termedii. Każda konferencja Termedii to gwarancja medycznej wiedzy na najwyższym poziomie.

JAK PRZYSTĄPIĆ DO KLUBU?

Aby zostać członkiem Klubu, należy zarejestrować się na stronie www.termedia.pl. Tylko zarejestrowani Użytkownicy mogą przystąpić do Klubu Termedicus. Wystarczy chwila, żeby korzystać z prestiżu, jaki daje Klub.

[Klub Termedicus – tu warto być]

WWW.TERMEDIA.PL/KLUB