

W polskim systemie ochrony zdrowia działa rywalizacja niedoskonała



For: iStockphoto.com ZK

Konkurencja – to brzmi pozytywnie

Słowo konkurencja od zawsze miało dla mnie wydźwięk pozytywny. Mówię o zdrowej rywalizacji, która pozwala osiągnąć wyznaczony cel. Takiej, która w przypadku ochrony zdrowia prowadzi do wzrostu jakości opieki, dostępności innowacyjnych terapii, poprawy efektów klinicznych leczenia, zmian organizacyjnych podnoszących efektywność realizacji świadczeń. Niestety, w polskim systemie ochrony zdrowia działa rywalizacja niedoskonała.

Zgodnie z definicją konkurencja jest mechanizmem regulującym funkcjonowanie gospodarki, także gospodarki zdrowotnej. Po pierwsze konkurencja reguluje wymianę dóbr i prowadzi do osiągnięcia stanu równowagi, czyli zrównania wielkości popytu i podaży. Po drugie reguluje alokację usług. Dzięki niej dostawcy i nabywcy, konkurując ze sobą, określają, jakie czynniki i w jakich ilościach są potrzebne. Po trzecie konkurencja reguluje dystrybucję dochodów będących rezultatem funkcjonowania gospodarki.

Ze względu na liczbę uczestników rynku wyróżnia się konkurencję doskonałą i niedoskonałą. Konkurencja niedoskonała to konkurencja monopolistyczna, w której mamy jednego lub dominującego kupującego usługi i produkty lub jednego ich dostawcę. Konkurencja doskonała to taka sytuacja, kiedy mamy wielu konkurentów zarówno po stronie płatnika, jak i kupca, którzy oferują i odpowiednio potrzebują produktu bądź usługi. Tyle definicja.

Konkurencja a rola państwa

Jestem przekonana, że w systemie ochrony zdrowia działa niestety konkurencja niedoskonała, w której brak konkurencji po stronie płatników jest zastępowany nieefektywną regulacją, a zasady równego traktowania świadczeniodawców są zaburzone przez błędną interwencję państwa po stronie sprzedających świadczenia.

Od wielu lat na konferencjach i spotkaniach medycznych trwają ostre dyskusje pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami konkurencji na temat roli, jaką ma ona odgrywać w ochronie zdrowia, i tego, w jakim stopniu ma być ograniczana regulacją państwa. Zwolennicy widzą w niej szansę wzrostu i gwarancję jakości usług oraz możliwości poszerzenia oferty medycznej.

Przeciwnicy, wspierając się doktryną misji szpitala, reprezentują zupełnie odmienny pogląd, twierdząc, że konkurencja może być realizowana tylko kosztem jakości, czemu może zapobiec jedynie interwencjonizm państwa i mniej lub bardziej centralne gospodarowanie zasobami, by nie powiedzieć – centralne sterowanie rynkiem. W ich ocenie realizacja misji szpitala nie może iść w parze z konkurencją. Padają argumenty, że zdrowie nie jest towarem, a zysk nie prowadzi do wzrostu zdrowotności społeczeństwa, tylko do bogacenia wybranych. Pomijane są przy tym realia współczesnych rynków, na których motorem rozwoju nie jest dziewiętnastowiecznie ujmowany zysk ekonomiczny, ale wzrost wartości przedsiębiorstwa. Wartości, którą tworzy wiązka celów, z których w ochronie zdrowia dominującym nie jest oderwany od realiów, jakimi żyją pacjenci, zysk ekonomiczny, tylko rola, jaką odgrywa szpital dla samorządu, lokalnej społeczności i poszczególnych chorych. Szpital, bez względu na to, czy publiczny, czy prywatny, który pomijając interes pacjentów, kierowałby się wyłącznie wynikiem finansowym, długo na lokalnej scenie miejsca by nie zagrzał.

„W naszym kraju sytuacja jest skomplikowana i w mojej ocenie patologiczna, gdyż rywalizacja odbywa się wyłącznie po stronie usługodawców”

O jakiej rywalizacji w ochronie zdrowia mówimy?

Powtórzmy, że możemy mieć konkurencję zarówno po stronie podaży, to jest świadczeniodawców, jak i popytu, czyli płatników. W naszym kraju sytuacja jest skomplikowana i w mojej ocenie patologiczna, gdyż rywalizacja odbywa się wyłącznie po stronie usługodawców. Po drugiej stronie mamy monolit, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia, dysponujący kapitałem 70 mld zł. Taka wielkość kapitałów w innych sektorach gospodarki daje podstawy do konkurencji.

Faktem jest, że obecnie nie jesteśmy jeszcze dobrze przygotowani do wprowadzenia konkurencyjnych płatników prywatnych, co niewątpliwie powoduje, że NFZ staje się nienaruszonym monopolem, ale faktem jest również, że należy o tej sprawie bardzo wnikliwie i merytorycznie rozmawiać.

Skupię się więc na problemach świadczeniodawców, choć uważam, że temat konkurencyjności wśród płatników wymaga podjęcia eksperckiej debaty, konsekwentnych decyzji i zmian w prawie. Najpierw muszą nastąpić działania porządkujące zasady dostępu do środków publicznych, a potem otwarcie się na konkurencję płatników. Na tym etapie poprawiamy jednak system, a nie czynimy zmian rewolucyjnych.

Odbyło się wiele debat, także na temat wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych i ich roli w systemie zdrowia publicznego.

Za najistotniejsze uważam właśnie określenie roli tego typu ubezpieczenia w zestawieniu z ewentualną konkurencją różnych płatników. Bo przez konkurencję płatników rozumiem możliwość wzrostu jakości usług medycznych, a przede wszystkim ich efektywności. Warunek nieodzowny to prawidłowo skonstruowany sposób kontraktowania na podstawie optymalnej, prawidłowej wyceny usług medycznych.

Wróćmy jednak do problemów świadczeniodawców i rywalizacji pomiędzy szpitalami. Mamy tutaj szereg różnych wariantów. Mamy całkowity brak lub tylko jednego oferenta na danym obszarze. Po drugie, mamy jednego silnego usługodawcę i szereg drobnych podmiotów, które działają też na rzecz silnego dostawcy. Wreszcie po trzecie, mamy sytuację bardzo częstą – wielu dostawców usług silnie ze sobą konkurujących przez pokrywającą się ofertę świadczonych usług.

Różnorodność organów założycielskich, ambicje polityczne i regionalne powodują silne oddziaływanie na podejmowanie decyzji przez zarządzających szpitalami. Dublowanie tych samych usług medycznych i często podejmowanie nieracjonalnych decyzji staje się jednym z problemów ekonomicznych szpitali publicznych.

Kluczowe błędy transformacji

Dlatego byłam i jestem zwolenniczką regionalnych map zdrowotnych, które na podstawie badań epidemiologicznych, demograficznych, a także na podstawie analizy obecnych zasobów i możliwości ich rozwoju dają odpowiedź, w jaki sposób planować strategię zdrowotną w danym regionie, jakie są zasoby i możliwości ich wykorzystania. To ten rodzaj interwencjonizmu państwa, który jest jak najbardziej pożądany. Prawdopodobnie zastosowany – mądrze ogranicza swobodną konkurencję, ale nie eliminuje jej zdrowych fundamentów.

Należy też wyodrębnić coraz bardziej widoczną konkurencję pomiędzy podmiotami publicznymi a prywatnymi. O tych ostatnich najczęściej mówi się negatywnie jako o „spijających śmietankę”. Nie wolno jednak zapomnieć o dwóch podstawowych kwestiach. Po pierwsze realizacja tych lepiej wycenianych usług przez świadczeniodawców odbywa się zgodnie z obowiązującym prawem, a także świadomą decyzją płatnika, który pragnąc wyrównać niedobory w zdrowiu, premiował te zakresy, które w jego ocenie wymagały interwencji. Można dyskutować, czy wybrano właściwe priorytety, czy zastosowano proporcjonalne do potrzeb działania, czy jest to nadal właściwy kierunek interwencji, czy jej cele zostały już zrealizowane. Nie można jednak podważać sensu interwencji popytowo-podażowych, które także obecny rząd, jak się wydaje, pragnie realizować.

Z dzisiejszej perspektywy widać, że warsztat decyzyjny dla tych działań nie był doskonały. Jeśli najpierw dokonano by analizy kosztów świadczeń, następnie przeprowadzono korekty cen wyrównujące poziomy opłacalności procedur, a dopiero potem wprowadzono konkurencję – nie byłoby tego zjawiska. Po drugie należy pamiętać, że zostały zainwestowane ogromne, bo liczone na dziesiątki miliardów złotych, prywatne pieniądze, które nie stały się kosztem państwa. Jednocześnie poziom świadczonych usług i ich organizacji w tych placówkach często wręcz zaskakuje innowacyjnością i osiągniętymi efektami, które stały się dobrym przykładem, by nie powiedzieć – wymogły dobrą zmianę pozostałych podmiotów. Przejęty przez nie prymat innowacji i jakości, wspierany środkami pomocowymi, zmobilizował z kolei podmioty prywatne do dalszych inwestycji. To esencja konkurencji, której głównym beneficjentem jest pacjent. To, co szwankuje, to koordynacja tych działań przez państwo, optymalne wykorzystanie potencjału publicznego i prywatnego.

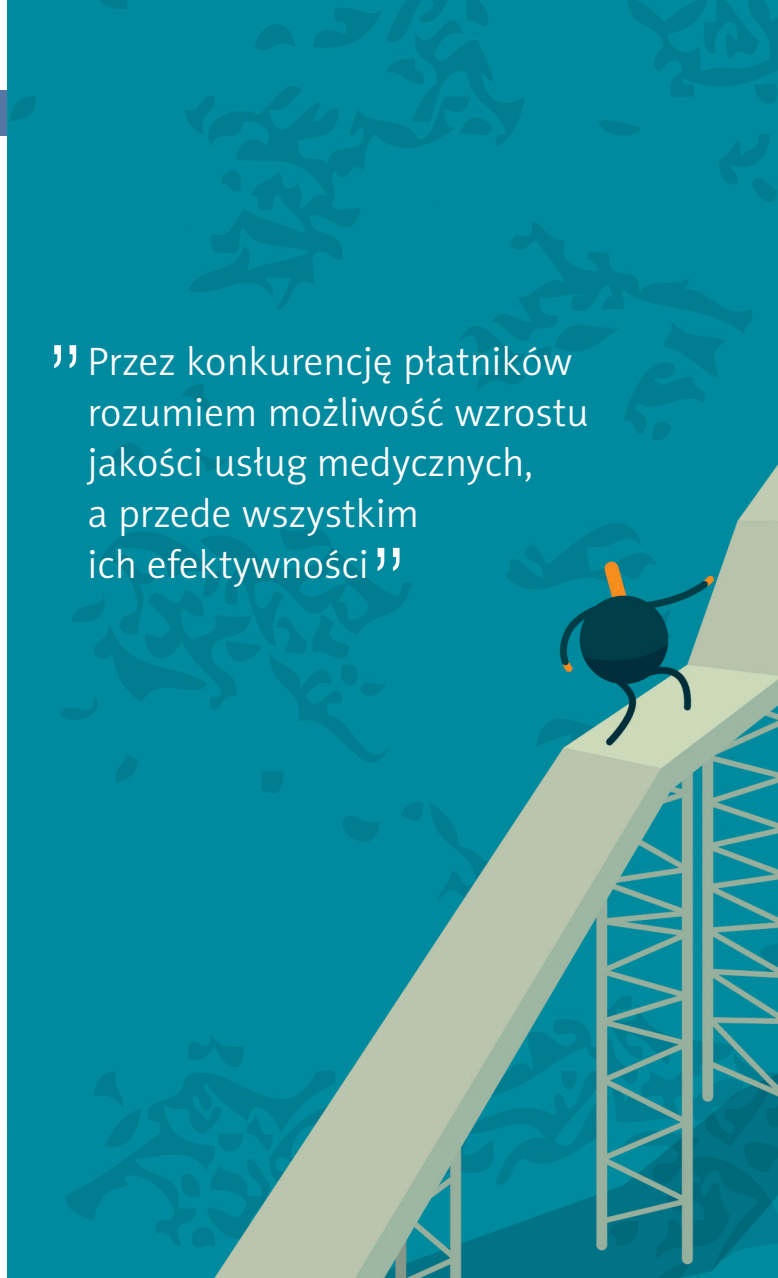
„Przez konkurencję płatników rozumiem możliwość wzrostu jakości usług medycznych, a przede wszystkim ich efektywności”

Dlatego za błąd w myśleniu uważam działanie, które reformę systemu rozpoczyna od proponowanego drastycznego obniżenia wyceny procedur ratujących życie i kluczowych dla zachowania sprawności zawodowej i społecznej obywateli. Jeśli rząd ma dziś inne priorytety, to powinien je najpierw określić. Przyjęte rozwiązanie spowoduje, że systemy, które dobrze działały, będą mieć problemy finansowe.

Nie pomoże to na pewno podnoszeniu jakości usług i nie będzie sprzyjało budowaniu skoordynowanej opieki. Brak zrównoważonej wyceny świadczeń, mądrego interwencjonizmu państwa i skutecznego zarządzania preferencjami to kluczowy błąd obecnej transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Szpitale publiczne często za swoje problemy ekonomiczne winią właśnie prywatne podmioty, a już ciszej, co nie oznacza mniej dobitnie, inne podmioty publiczne, za którymi stoją inne organy założycielskie.

Brak koordynacji działań

Powtórzę jednak z całą mocą, że to nie konkurencja jest winna wypaczeń, lecz brak skoordynowanych działań w zakresie zrównoważonej wyceny procedur medycznych.





„Zapowiedzi likwidacji NFZ, powrót do budżetowania – to pomysły rewolucyjne, z niepokojem przyjmowane zarówno przez środowisko medyczne, jak i społeczeństwo”

Przy okazji dyskusji o roli prywatnych szpitali w systemie zawsze zadaję sobie pytanie, dlaczego tak bardzo boimy się prywatnych inwestycji w nowoczesne budynki, innowacyjny sprzęt. Zamiast inwestować publiczne pieniądze w remonty możemy przecież po prostu kupić dobrą usługę medyczną, a jaki zakres usług, na jakich warunkach i w jakiej wysokości – to przedmiot negocjacji i umowy. Niestety, pomimo wielu chętnych inwestorów, nasz rynek i mentalność dalekie są jeszcze od dobrej współpracy w ramach PPP (partnerstwa publiczno-prywatnego).

W czasie dyskusji o tym, jak ma wyglądać system i jaka jest w nim rola konkurencji, musimy pamiętać, że najważniejszym celem jest pacjent i jego bezpieczeństwo zdrowotne. Musi to zatem być system dobrze postrzegany przez pacjenta i służący mu najlepiej. Takie systemy, jak wiemy, są oceniane przez różnego rodzaju rankingi, które zresztą bardzo lubimy i często się na nie powołujemy. Zgodnie z ostatnim rankingiem Euro Health Consumer Index na pierwszym miejscu pod względem najbardziej bezpiecznego systemu w ochronie zdrowia jest Holandia. Zastanówmy się dlaczego.

Po pierwsze inwestycja w jakość. Zarówno postrzegana przez pacjentów (dostępność i usługa), jak i efek-

tywność (wskaźniki leczenia). O wysoką jakość dbają tam zarówno towarzystwa ubezpieczeniowe konkurujące o pacjenta, jak i świadczeniodawcy konkurujący o kontrakty z ubezpieczycielami, a ci są zainteresowani korzystną relacją jakości do ceny.

Bardzo ważnym instrumentem regulacji rynku w Holandii jest mechanizm kompensacji, który analizując grupy pacjentów u różnych świadczeniodawców, dokonuje wyrównania kosztów uzależnionego od profilu leczonych chorych. Oczywiście nie wolno zapominać o poziomie finansowania. W świetle powyższego tak wysoka ocena przyznawana przez pacjentów powinna być dla nas wyznacznikiem podejmowanych działań.

Wsluchując się jednak w wypowiedzi obecnego ministra zdrowia, widzę, że oddaliśmy się coraz bardziej od racjonalnych decyzji opartych na argumentach. Wracają bowiem pomysły sieci szpitali, co gorsza sieci opartej na własności, a nie jakości – gdzie nie będzie mowy o aspekcie ekonomicznym i motywacji finansowej. Nie widzę też dużego zainteresowania realizacją ustawy o zdrowiu publicznym, jej koordynacji na poziomie regionalnym, ale także centralnym (pełnomocnik ds. zdrowia publicznego), wykorzystania jej do propagowania działań prozdrowotnych i efektywnej profilaktyki.

Cudze chwalicie...

Ze zdziwieniem przyjmuję decyzje ministra zdrowia, który ma przecież doskonale doświadczenie w obserwacji prywatnych placówek, że pieniądze publiczne mają iść głównie na szpitale publiczne, a nie że nadrzędnym celem jest zwiększenie dostępności świadczeń dla pacjentów.

Zapowiedzi likwidacji NFZ, powrót do budżetowania – to pomysły rewolucyjne, z niepokojem przyjmowane zarówno przez środowisko medyczne, jak i społeczeństwo. Wiele było też zapowiedzi na temat konsultacji społecznych i podejmowania racjonalnych decyzji. Ale przykłady chociażby ostatnich propozycji – zmian taryf ważnych świadczeń gwarantowanych i działanie wręcz przez zaskoczenie – nie są zgodne z zapowiedziami tzw. dobrej zmiany. Szkoda, że brakuje konsekwentnej poprawy systemu, bo nikt nie ma wątpliwości, że trzeba go udoskonalać. Jednak obracanie wszystkiego w odwrotnym kierunku musi budzić lęk przed utratą bezpieczeństwa zdrowotnego.

I tak oto dochodzę do konkluzji, iż pomimo widocznych pozytywów działań konkurencji w postaci wzrostu jakości usług i dbałości o pacjenta, mimo wielu pochwał i zachwytów nad rozwiązaniami w innych krajach, brakuje nam determinacji i konsekwencji w ich wdrażaniu. I jak w przysłowiu: cudze chwalicie...

Beata Matecka-Libera

Autorka jest przewodniczącą sejmowej Podkomisji Stalej do spraw Zdrowia Publicznego, zastępcą przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia, posłem na Sejm RP (Platforma Obywatelska).