

Kazimierz Ryć, Zofia Skrzypczak

Koszty transakcyjne współpłacenia w ochronie zdrowia : aspekt makroekonomiczny

Problemy Zarządzania 13/2 (2), 69-80

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Koszty transakcyjne współpłacenia w ochronie zdrowia. Aspekt makroekonomiczny

Nadesłany: 16.04.15 | Zaakceptowany do druku: 27.06.15

Kazimierz Ryc*, **Zofia Skrzypczak****

W obszarze ochrony zdrowia zasadniczą rolę odgrywa płatnik, pokrywający koszty usług zdrowotnych. W rezultacie mamy do czynienia nie z normalną relacją rynkową: sprzedawca–nabywca, lecz z zależnością: nabywca–płatnik. Badamy koszty wynikające ze sposobu gospodarowania środkami w systemie ochrony zdrowia i ich rozdysponowaniem przez płatnika – tzw. koszty transakcyjne. Przy dyscyplinowaniu kosztów trzeba też zwracać uwagę na koszty pośredników.

Słowa kluczowe: Finansowanie ochrony zdrowia, koszty usług zdrowotnych, płatnik.

Transactional Costs in Healthcare – Macroeconomic Aspects

Submitted: 16.04.15 | Accepted: 27.06.15

In healthcare the payer, covering the cost of health services, plays the key role. As a result, we do not observe a regular relation seller–buyer, but rather dependency purchaser–payer. In the paper we analyze costs generated by the way of allocation financial resources in healthcare and their distribution by the payer- so called transactional costs. While optimizing healthcare budget costs of intermediaries need to be taken into consideration.

Keywords: healthcare financing, healthcare costs, payer.

JEL: I15

* **Kazimierz Ryc** – prof. zw. dr hab., Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania.

* **Zofia Skrzypczak** – doc. dr, Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania.

1. Wprowadzenie

Na zdrowie przeznaczają się we wszystkich krajach duże środki publiczne i prywatne; trafiają one do systemu jako środki zarówno podatników, jak i samych pacjentów. Wzrost kosztów ochrony zdrowia występuje z powszechnie znanych powodów, a przede wszystkim w wyniku:

- zmian demograficznych i starzenia się społeczeństw, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych,
- wzrostu kosztów związanych ze stosowaniem nowych technologii medycznych,
- wzrostu popytu na usługi zdrowotne coraz bardziej zamożnych społeczeństw, zwłaszcza w krajach, które wstąpiły na ścieżkę szybszego rozwoju.

Tempo wzrostu wydatków na zdrowie było wyższe od tempa wzrostu światowego produktu krajowego brutto (PKB) i sięgało 7% rocznie. Ocenia się, że wydatki na zdrowie na świecie w 2013 roku wyniosły 7,2 bln USD. W 2014 roku na ochronę zdrowia przeznaczono 10,6% światowego PKB (2015. *Global health care outlook*, [http](http://www.obserwatorfinansowy.pl/) oraz <http://www.obserwatorfinansowy.pl/> z 10.03.2015 i 2.04.2015). Koszty opieki zdrowotnej i kwoty wydatków publicznych oraz prywatnych na zdrowie będą zapewne wzrastały również w przyszłości, w tempie wyższym od wzrostu produktu krajowego. Ocenia się, że w latach najbliższych, w wyniku presji kosztów, nastąpi pewne spowolnienie tempa wzrostu tych wydatków – i to zarówno publicznych, jak i prywatnych, z winy przedłużającej się recesji. Według prognoz tempo wzrostu wydatków na zdrowie w gospodarce światowej w okresie 2014–2018 wyniesie średniorocznie 5,2% (2015. *Global health care outlook*, [http](http://www.obserwatorfinansowy.pl/)).

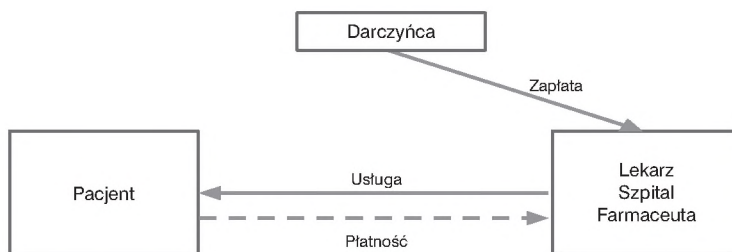
Wiąże się to: po pierwsze – ze wzrostem zamożności społeczeństw, wzrostem świadomości zdrowotnej i wzrostem atrakcyjnych ofert usług zdrowotnych; po drugie z tym, że nowe technologie medyczne i nowe leki mogą powiększać rynek usług medycznych i tworzyć swoisty przemysł ochrony zdrowia, ożywiający gospodarkę światową, zwłaszcza gdy zaczną wygasać obecne nośniki koniunktury, jak np. elektronika.

Pojawiają się liczne głosy, że w XXI wieku popyt na usługi z zakresu ochrony zdrowia będzie się wiązał z dążeniem do poprawy jakości życia, zwłaszcza zamożnych warstw społecznych, co doprowadzi nie tylko do wzrostu zapotrzebowania na usługi zdrowotne, lecz także do stratyfikacji popytu i głębokich różnic społecznych w korzystaniu ze zdobyczy medycyny¹. Będą to problemy ważne w przyszłości. Obecnie wzrost kosztów opieki zdrowotnej powoduje problemy we wszystkich krajach i nie znikną one w najbliższej i zapewne dalszej przyszłości. Istotne znaczenie mają: dyscyplinowanie kosztów, poszukiwanie możliwości obniżki kosztów u wykonawców usług zdrowotnych, także u płatników finansujących te usługi. Tą właśnie stroną, kosztami płatników i ich kooperantów zajmiemy się w tym opracowaniu, poszukując odpowiedzi na pytanie: „Czy komercjalizacja tego podsektora nie stoi przypadkiem w sprzeczności z ekonomią?”.

2. Systemy ochrony zdrowia i ich finanse

Wysokie koszty ochrony zdrowia wynikają nie tylko z samego procesu leczenia chorych czy też zapobiegania chorobom; to wydatki ponoszone przez chorych na zakup leków czy rehabilitacji oraz świadczeń usług przez lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej. Tak policzone koszty leczenia można nazwać kosztami bezpośrednimi leczenia, kosztami netto. Tego typu koszty w rzeczywistości są powiększone o inne koszty, które nazwiemy kosztami transakcyjnymi, są to koszty własne, dochody i zyski płatników pokrywających całość lub część wartości usługi. Mimo że usługi zdrowotne są nabywane i sprzedawane, to sektor ochrony zdrowia w gospodarce narodowej nie jest normalnym rynkiem. Współczesny pacjent – w większości przypadków – nie jest typowym konsumentem, a świadczeniodawca usług medycznych – typowym sprzedawcą. Na ten temat mamy bogatą literaturę (zob. np. Golinowska, 2013). Od dawna może występować i występuje trzeci uczestnik stosunku: nabywca–sprzedawca usług medycznych, a mianowicie – niezależny płatnik.

Chory człowiek najczęściej jest marnym nabywcą, bez wystarczających zdolności płatniczych, a więc w przeszłości wspomagał go ktoś trzeci, np. wspólnota religijna, społeczność lokalna czy prywatny darczyńca. Pacjent mógł więc uzyskać wsparcie płynące z działalności charytatywnej (rysunek 1).



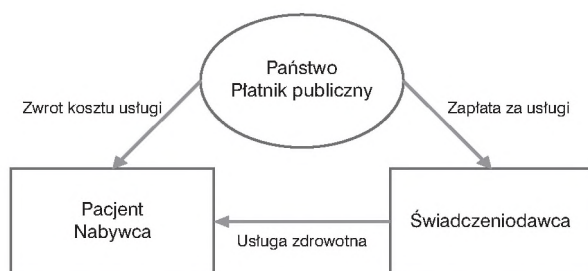
Rysunek 1. Usługa zdrowotna i zapłata w przeszłości. Źródło: opracowanie własne.

Rolę średniowiecznego darczyńcy odgrywa obecnie przede wszystkim państwo, które w skrajnym modelu, zwanym modelem Siemaszki, było jedynym płatnikiem. Relacje pacjent – płatnik – świadczeniodawca w tym modelu przedstawia rysunek 2.

Płatnik publiczny pokrywa koszty usług zdrowotnych lub też – w przypadku usług mniej kosztownych czy też zakupu leków – zwraca część czy całość kosztów poniesionych przez pacjenta.

W przypadku, kiedy płatnikiem jest korzystający z usługi, popyt nie jest limitowany ceną i ograniczeniem budżetowym pacjenta, a dostawca usług medycznych nie jest motywowany również ceną generującą odpowiednią rentowność dostaw – pojawia się z reguły niedostatek podaży. Istnienie trzeciego

uczestnika rynku – płatnika – sprawia, że może jednocześnie występować niedostatek popytu, z powodu niewystarczających środków finansowych przeznaczanych na te usługi lub też niedostatek podaży w stosunku do aktualnych potrzeb zdrowotnych. Zarówno podaż, jak i popyt mogą generować brak równowagi, ponieważ rynku nie oczyszcza cena. W następstwie będzie kolejka do usług i reglamentacja tych usług. Powstaje więc dylemat – reglamentacja usług i liczne kolejki albo trudny do zaakceptowania przez społeczeństwo wysoki poziom wydatków publicznych, a zatem i podatków.



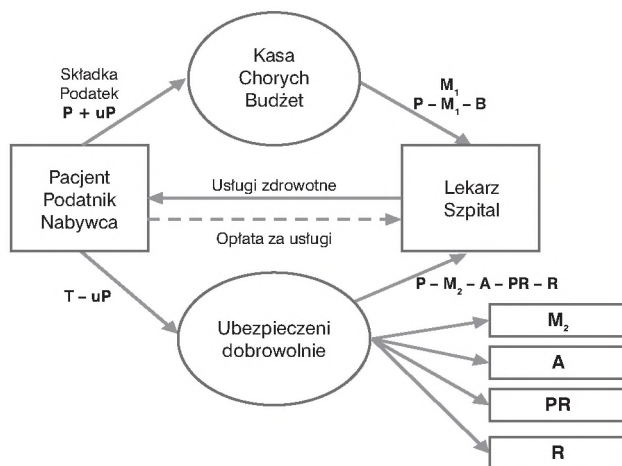
Rysunek 2. System ochrony zdrowia w modelu Siemaszki. Źródło: opracowanie własne.

Model Siemaszki – dobrze w Polsce znany z doświadczenia minionych dziesięcioleci – preferował raczej reglamentację m.in. przez organizację branżowej służby zdrowia, a także poprzez uzyskiwanie wsparcia zakładów pracy, co pozwalało „topić” część kosztów ochrony zdrowia w kosztach działalności przedsiębiorstw. Koszty transakcyjne, związane z zarządzaniem systemem pozyskiwania środków finansowych, organizacją finansowania i reglamentacją, były więc rozproszone i w istocie niepoliczalne.

Kraje Europy Środkowo-Wschodniej w procesie transformacji zdecydowały się w większości przyjąć model ubezpieczeniowy finansowania ochrony zdrowia, wywodzący się z modelu nazwanego modelem Bismarcka. Zasadniczą część środków przeznaczanych na pokrycie wydatków sektora ochrony zdrowia pochodzi z obowiązkowej składki ubezpieczeniowej, nazywanej też składką (Sobiech, 2007) lub składkopodatkiem (Holly, 2013) bądź ubezpieczeniem parafiskalnym, w którym wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wysokości dochodu ubezpieczonego (Sowada, 2013). Publiczne wydatki na zdrowie pochodzące z ubezpieczeń powiększa dotacja budżetowa, pochodząca z podatków i innych źródeł dochodów budżetowych. Ponadto wydatki na zdrowie to częściowo dobrowolne ubezpieczenia dodatkowe pacjentów, pracodawców oraz bezpośrednie opłaty pacjentów. Rozbudowany system gromadzenia środków i ich wydatkowania, selekcji pacjentów, zarządzania kolejkami pacjentów itp. tworzy wysokie koszty brutto, tj. bezpośrednie koszty leczenia, powiększone o koszty gromadzenia środków pieniężnych na leczenie oraz pośrednictwa i dystrybucji, które zaliczamy do kosztów transakcyjnych.

Można je przedstawić graficznie w postaci strumieni przepływu i odpływu podatków, składek ubezpieczeniowych, wydatków bezpośrednich pacjentów (które pominiemy dla uproszczenia obrazu) oraz odpływów zarówno na opłaty za usługi, jak i na marże pośredników, płatników i ich kooperantów.

Przepływ strumieni przychodów i wydatków oraz miejsca powstawania strumieni ubytków w wyniku kosztów transakcyjnych przedstawia rysunek 3.



Oznaczenia:

P – podatki

T₁ – składka ubezpieczeniowa obowiązkowa

T₂ – składka ubezpieczeniowa dobrowolna

T = T₁ + T₂

M₁ – koszty zarządzania środkami publicznymi pochodzącymi z P i T₁

M₂ – koszty analogiczne jak w M₁ + koszty marketingowe ubezpieczeń dobrowolnych

B – „bramka” – koszty „filtru” nieubezpieczonych plus straty przychodów i wydatków publicznych na zdrowie utracone przez tychże w następstwie zaniedbań wcześniejszej opieki zdrowotnej

A – dywidendy i zyski ubezpieczycieli (nie dotyczy ubezpieczeń for-profit)

R – koszt reasekuracji w przypadku ubezpieczeń o skutkach majątkowych

PR – koszty obsługi prawnej ubezpieczycieli

UP – strata wpływów budżetowych w wyniku ulg podatkowych (ewentualnych) dla ubezpieczonych dobrowolnie

KT – koszty transakcyjne łącznie

Rysunek 3. Współczesny system ochrony zdrowia. Źródło: opracowanie własne.

Koszty transakcyjne można policzyć jako strumień zsumowanych wydatków, przedstawionych na rysunku 3:

$$KT = M_1 + M_2 + B + PR + A + R + UP$$

Do przedstawionego schematu potrzebne są dodatkowe wyjaśnienia:

- Straty z powodu „bramki” (B) – analogia wzięta z autostrad; obejmują nie tylko koszty funkcjonowania bramki, ale też straty z powodu powstałych

„korków”, które w dziedzinie zdrowia społeczeństwa mogą przewyższać wielokrotnie koszty utrzymania bramek. Będą to koszty zaniedbań stanu zdrowia pacjentów, którzy nie skorzystają z odpłatnych usług, a które to koszty poniosą w przyszłości płatnicy publiczni w ramach ratownictwa medycznego oraz wszystkie inne koszty i utracone dochody z powodu złego stanu zdrowia pacjenta.

- Straty wpływów budżetowych (UP) są również istotne w przypadku modelu Siemaszki. W tamtym modelu były one wynikiem wyższych kosztów przedsiębiorstw i instytucji, powiększonych o koszty świadczeń zdrowotnych, które z kolei trudno było oddzielić od kosztów innych świadczeń socjalnych.
- Ubezpieczenia dobrowolne (T_2), doubezpieczenia, zarówno non-profit, jak i for-profit oraz ubezpieczenia prywatne, ze składką zróżnicowaną, ekwiwalentną do ryzyka wzięto razem. W agregacji ubezpieczeń można wyróżnić wiele podsystemów ubezpieczeniowych, co skomplikowałoby jednak schemat. Z powodu agregacji ubezpieczeń nie do wszystkich typów odnosi się kategoria A i R (zyski ubezpieczycieli i koszty reasekuracji). System finansowania ochrony zdrowia wywodzący się z modelu Bismarcka zawiera wszystkie wymienione wyżej składniki kosztów transakcyjnych.

Wybierając model Beveridge’a, oszczędzamy $M_1 + B$, jeśli w tym systemie z finansowaniem budżetowym koegzystuje dodatkowe ubezpieczenie wydatków na zdrowie niemieszczących się w standardzie koszyka świadczeń zdrowotnych finansowanych przez państwo. Można jednak oczekiwać, iż pozostałe koszty transakcyjne będą również niższe. Największa – naszym zdaniem – korzyść tego modelu to usunięcie skutków owej bramki B. Być może dlatego zmiany systemów ochrony zdrowia w wielu krajach postępują w stronę modelu Beveridge’a (Nojszewska, 2011).

Model Siemaszki w idealnym kształcie jest nierealistyczny. W praktyce nie uwalniał gospodarki od innych kosztów transakcyjnych. Zawierał on jednak koszty nieujawnione, jak choćby koszty przedsiębiorstw i instytucji ponoszone na opiekę zdrowotną, koszty administracji zajętej dystrybucją świadczeń oraz ukryte koszty ubytku dochodu, takie jak w agregacji UP naszego rysunku 3.

3. Co ogranicza wydatki na zdrowie?

W odniesieniu do makroekonomii mogą być brane pod uwagę efekty mnożnikowe czy też deflacyjne wydatków na ochronę zdrowia. Wydatki na zdrowie tworzą dochody nie tylko właścicieli i pracowników placówek ochrony zdrowia, świadczących bezpośrednio usługi medyczne, lecz także właścicieli i pracowników podsektora płatnika – ujęte jako KT. Przeciwnieństwem tej akceleracji będzie jednak deflator, wynikający z ubytku poszczególnych usług, a za tym zasobów świadczeniodawców i ubytku dochodów

konsumentów (pacjentów), pokrywających ze swoich składek ubezpieczeniowych koszty transakcyjne. Tego typu analiza może mieć znaczenie poznawcze, gdyby przyszło zbadać możliwości wykorzystania sektora ochrony zdrowia jako czynnika motorycznego, podtrzymującego wzrost gospodarczy, o czym wspominaliśmy wyżej.

Wysokie koszty transakcyjne podnoszą cenę usługi zdrowotnej. Zasadnicze pytanie brzmi: co przynoszą w zamian? W zamian przynoszą lub przynosić powinny łatwą dostępność dobrych jakościowo usług medycznych, eliminację uciążliwych i niebezpiecznie długich kolejek i dobre wskaźniki epidemiologiczne stanu zdrowia społeczeństwa. Dobry stan zdrowia ma także wartość ekonomiczną, mierzoną wydajnością pracy i produktywnością innych czynników wytwórczych. Nie jest to jednak sprawa przesądzona, o czym świadczy przypadek złego stanu zdrowia społeczeństwa w USA, gdzie horrendalnie wysokie koszty transakcyjne sprawiają, iż mimo przeznaczania na ochronę zdrowia blisko 1/5 PKB – co jest rekordowym wynikiem na świecie – potrzeby zdrowotne całego społeczeństwa nie są zaspokajane najlepiej i wskaźniki epidemiologiczne są gorsze niż w innych krajach wysoko rozwiniętych. Na wydatkach zdrowotnych w USA „tuczą” się ubezpieczyciele, kancelarie prawnicze, bogacą celebryci z grona lekarzy itp.

Inny pozytywny przykład stanowi z kolei Holandia, którą chętnie wskazuje się jako lidera pomyślnych rozwiązań systemu opieki zdrowotnej, opartego na kompleksowym ubezpieczeniu, zarówno obowiązkowym, jak i dobrowolnym, wywodzącym się z rozwiązań typowych dla modelu Bismarcka. A więc rzeczywiście: powszechna dostępność, brak kolejek, dobre wskaźniki epidemiologiczne. Powszechny system ubezpieczeniowy w Holandii zawiera również współpłacenie w ramach franszyzy, której wielkość uwzględniana jest w wysokości składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczycielami są głównie organizacje działające na zasadzie non-profit, podobnie jak przytłaczająca większość świadczeniodawców prywatnych (Golinowska, 2013).

Pomyślny stan ochrony zdrowia w Holandii – podobnie jak w innych bogatych krajach europejskich, takich jak Niemcy, Austria, Szwajcaria czy Francja, gdzie działa również model Bismarcka – wynika z równowagi globalnej w sektorze ochrony zdrowia. Globalną równowagę zapewnia zmieniająca się – wraz ze zmianą kosztów opieki zdrowotnej – składka zdrowotna. W tych warunkach niedostatek usług zdrowotnych i ewentualne kolejki w oczekiwaniu na usługi mogłyby wynikać jedynie z niedostatku bazy wykonawczej usług, niedostatku lekarzy czy wyposażenia. Nie trzeba dodawać, że byłaby to okoliczność rzadka w bogatych krajach.

Elastyczna stawka ubezpieczeniowa, zwłaszcza w przypadku ubezpieczeń non-profit, ekwiwalentna względem wypłat odszkodowań, może być obniżona wskutek mniejszych wypłat lub może wzrastać wraz ze wzrostem sumy wypłat wraz z franszyzą doprowadzającą do równowagi popytu i podaży.

W systemie repartycyjnym w modelu Beveridge'a odpowiednikiem sytuacji sprzyjającej równowadze musiałaby być elastyczna stopa podatkowa, co jest praktycznie niemożliwe, lub znaczne rezerwy budżetowe umożliwiające elastyczne wydatki.

Czy rozwiązanie holenderskie jest możliwe do wprowadzenia w praktyce gospodarki polskiej; a mówiąc ogólniej – w kraju o mniej zaawansowanym rozwoju?

W naszym przekonaniu nie jest to możliwe. Zresztą również w Holandii pojawiają się wątpliwości co do dalszego pomyślnego trwania tego systemu.

W Polsce płace są zbyt niskie, aby zapewnić poziom składki gwarantującej ekwiwalentność globalną ubezpieczenia. Postęp technologii medycznych sprawia, że koszty usług zdrowotnych rosną, a poziom tych kosztów jest w różnych krajach zbliżony. Różnice płac są jednak bardzo duże. Jeśli płaca w Holandii jest 4 razy wyższa niż w Polsce, a koszt świadczeń niższy – przyjmijmy o 1/3, to trzeba być zbyt dużym optymistą, licząc na skopowanie holenderskiego sukcesu, nawet wtedy, gdyby udało się ubezpieczyć i leczyć w podmiotach działających na zasadzie non-profit, a więc zmniejszyć koszty transakcyjne.

W dwóch ostatnich edycjach *Diagnozy Społecznej (Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, s. 116) spytano polskie gospodarstwa domowe o gotowość wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, gdyby gwarantowało ono poprawę dostępu do usług medycznych i ich jakość. Dano do wyboru dwa warianty takiego ubezpieczenia: do 100 zł i powyżej 100 zł miesięcznie. W obu edycjach zainteresowanie dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym okazało się niewielkie i spadające. W 2013 roku $\frac{3}{4}$ gospodarstw domowych odrzuciło możliwość wykupienia takiego ubezpieczenia, a niecałe 3% gotowe byłoby zapłacić więcej niż 100 zł miesięcznie. A szacuje się, iż składka pozwalająca na ekwiwalentność przychodów i wydatków musiałaby wynosić 200–250 złotych w przeliczeniu na 1 osobę (za: Stodolak, 2014) w gospodarstwie domowym.

Oczekiwanie na to, że zwiększenie zakresu współpłacenia przez dobrowolne, dodatkowe ubezpieczenia przywróci równowagę dzięki ekwiwalentności globalnej przychodów z ubezpieczeń i wydatków, jest niebezpiecznym złudzeniem. Nacisk organizacji lobbystycznych pracodawców oraz grup najwyżej zarabiających, tzw. samozatrudnionych, nie pozwala zarówno na podwyższenie stawek podatkowych, ograniczenie przywilejów podatkowych, jak i na podwyższenie składki ubezpieczenia obowiązkowego typu para fiskalnego, a więc w intencji i zamiśle ubezpieczenia typu solidarnościowego. Zwiększenie składki obowiązkowej byłoby najtańszym sposobem powiększenia środków na ochronę zdrowia, ponieważ koszty transakcyjne NFZ stanowią zaledwie 1%. Jest to jednak trudne z innego powodu.

Młode osoby pracujące, które mogłyby płacić składkę ubezpieczeniową, wyjeżdżają do pracy za granicą. Osoby starsze pozostają w kraju. Płatników składki obowiązkowej ubywa, a potrzeby wydatków na zdrowie pozostającego

w kraju starszego pokolenia – rosną. Podwyżka musiałaby być znaczna, podnosząca koszty pracy i obniżająca szanse zatrudnienia na najtrudniejszym rynku pracy – tzw. prekariatu. Składka ubezpieczeniowa ekwiwalentna do ryzyka jest dla starszego pokolenia korzystającą bardziej z opieki zdrowotnej całkowitą fikcją. Proponuje się droższą formę obciążenia budżetów domowych ludności, droższą niż współpłacenie gotówkowe, dodatkowe ubezpieczenie i to zapewne u ubezpieczycieli for-profit. Dojdzie więc dodatkowy składnik obciążenia budżetów gospodarstw domowych – obok podatków VAT i PIT oraz ubezpieczenia obowiązkowego. Wpływy z dobrowolnego ubezpieczenia dodatkowego przy obecnym poziomie wynagrodzeń nie przyczynią się do przywrócenia równowagi systemu ekwiwalentności globalnej. Kolejki nie znikną – zamiast jednej będzie kilka kolejek na usługi różnych płatników. Nie zniknie też omijanie kolejek.

Sytuacja jest więc trudna do naprawienia, nie pomogą żadne sztuczki organizacyjne, jak np. pozory stworzenia rynku konkurencyjnego wśród wykonawców czy też płatników (sic!), wdrażanie praktyk nowego zarządzania publicznego (NOM) itp. Tak zwane „doubezpieczenie” jest raczej wyrazem oportunistycznego interesu władz państwowych niż sposobem na skuteczne zwiększenie finansowania ochrony zdrowia. Błąd popełniono u zarania reformy, pod wpływem doktryny neoliberalnej, czy pod wpływem i naciskiem instytucji wyznających zasady konsensusu waszyngtońsko-brukselskiego.

Dla krajów o niskim i średnim dochodzie bardziej odpowiedni jest system partycypacyjny według modelu Beveridge’a, uzupełniony o współpłacenie z ubezpieczeń non-profit i współpłacenie na poziomie franszyzy za drobne usługi częściowo odpłatne. System ten powinien być wzbogacony o odseparowany – personalnie i finansowo – podsektor usług lux w ramach ubezpieczeń prywatnych, ekwiwalentnych do ryzyka zdrowotnego. Niestety, nie oczekujemy, że wzorem Hiszpanii czy Portugalii zrezygnujemy z modelu Bismarcka i skorzystamy ze wzorów skandynawskich czy brytyjskich.

Proste porównywanie rozwiązań ekonomicznych i organizacyjnych w dziedzinie ochrony zdrowia w krajach bogatego Zachodu i Polski jest jednak nie w pełni zasadne. Trzeba pamiętać o skali rozpiętości dochodowych i to nie tylko we wspomnianych wyżej placach. Wydatki na zdrowie w Europie Zachodniej wynoszą średnio 4,5 tys. USD, podczas gdy w Europie Środkowo-Wschodniej przewyższają tylko 1 tys. USD. Są więc mniej więcej czterokrotnie niższe. Różnice są zatem znacznie głębsze niż różnice w poziomie PKB, w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Aby następowała poprawa stanu ochrony zdrowia, nakłady na ten cel powinny wzrastać szybciej niż produkt krajowy i to w tych warunkach niekorzystnych pod względem demograficznym społeczeństwa. Jest to równie ważne jak zatrzymanie procesu narastania kosztów transakcyjnych w systemie ochrony zdrowia.

Nie jest bezzasadna opinia, że w Polsce stworzono najbardziej skomercjalizowany system świadczeń zdrowotnych w Europie (Dercz, 2014).

4. I co dalej?

Sytuację może poprawić:

- zwiększenie środków przeznaczanych na ochronę zdrowia w ramach budżetu państwa;
- ewentualne zwiększenie składki obowiązkowej;
- wprowadzenie niewielkich opłat za usługi medyczne, aby wyeliminować czy ograniczyć pokusę nadużyć ze strony niektórych pacjentów;
- zatrzymanie procesu pełzającej prywatyzacji for-profit;
- popieranie ubezpieczycieli oferujących dobrowolne ubezpieczenia w systemie non-profit;
- wsparcie przez samorząd terytorialny procesów tworzenia zintegrowanej opieki zdrowotnej.

Przy wydatkach na ochronę zdrowia w Polsce rządu 1200 USD na osobę – a więc blisko czterokrotnie mniej niż w krajach Europy Zachodniej – nie ma czym się dzielić z pośrednikami. Dla poprawy stanu opieki zdrowotnej trzeba zwiększyć wydatki na ten cel i obniżyć koszty transakcyjne. Wobec spodziewanych ujemnych następstw zbyt silnego podwyższenia składki obowiązkowej – obowiązek finansowania publicznego powinien w większym niż dotychczas stopniu zapewnić budżet państwa. Dodatkowe środki na ten cel powinno się uzyskać przede wszystkim z podatku dochodowego, zarówno osób fizycznych, jak i przedsiębiorstw. Progresywne opodatkowanie i redystrybucja dochodowa są uzasadnione z powodu wzrostu rozpiętości dochodowych i nieubezpieczonych następstw społecznych pogłębiającej się stratyfikacji dochodowej. Również za wyższym opodatkowaniem korporacji i przedsiębiorstw przemawia wysokość nereinvestowanych zysków, które trafiają na rynki finansowe i zwiększają proces finansyzacji gospodarki.

Nakłady na ochronę zdrowia – nie tylko na leczenie, lecz również na kształcenie kadr, badania naukowe i tworzenie nowych technologii medycznych – mogą dawać efekty mnożnikowe dla całej gospodarki. W literaturze światowej zwraca się uwagę na to, że medycyna będzie w coraz większym stopniu służyć również podnoszeniu jakości życia ludzi zdrowych, zwłaszcza elit społecznych i finansowych. Świadomość tego może złagodzić gorzki smak zwiększonych obciążeń podatkowych.

Proces narastania kosztów transakcyjnych finansowania, nieprzynoszący korzyści dla pacjentów, a przeciwnie – odbywający się kosztem pacjentów – jest zjawiskiem niebezpiecznym ze względu na jego pełzający, niekontrolowany charakter. Słuszna i pożądana decentralizacja administracji oraz przekazywanie samorządom odpowiedzialności za usługi publiczne ukazały również słabe strony tego procesu. W gestii samorządów znalazł się kłopotliwy sektor usług zdrowotnych, niedofinansowany, często zadłużony i źle zarządzany. Obciążenie samorządów odpowiedzialnością za ten sektor, od której w ten sposób uwolniły się władze centralne kraju, okazało się niestety krokiem pośrednim w kierunku pełnego uwolnienia władz publicznych od kosztownego i uciążli-

wego obowiązku zabezpieczenia opieki zdrowotnej. Pełzająca komercjalizacja i prywatyzacja są tego następstwem. Pełzająca – ponieważ większość społeczeństwa jest jej przeciwna. Zbyt ni pragmatyzm samorządów skłania je do pozbywania się kłopotu zapewnienia opieki zdrowotnej w regionie.

Gorący kartofel już można wyrzucić! Krakowski Wojewódzki Sąd Administracyjny wydał wyrok w sprawie szpitala w Olkuszu: organ samorządu terytorialnego nie musi prowadzić Zakładów Opieki Zdrowotnej. Zgodnie z tym wyrokiem opieka zdrowotna ma być tylko na danym terenie finansowana przez NFZ. Nie ma natomiast znaczenia, kto nią zarządza (Nowosielska, 2015). W kolejce do uwolnienia, czego nie sposób wykluczyć, czeka odpowiedzialność za oświatę w regionie i – być może – inne, pozostałe usługi publiczne. Bezpieczna jest tylko usługa rządu.

Za sektorem publicznym, nierynkowym ujął się ostatnio nieoczekiwanie Bank Światowy. W raporcie o efektywności polskich szpitali znalazły się uwagi krytyczne, że długi szpitali są przede wszystkim efektem złej organizacji, a szpitale, zamiast dzielić się usługami i współpracować, konkurują ze sobą. W efekcie, choć popyt na daną usługę może być zaspokojony przez jeden szpital, oferują ją wszystkie. Szpitale podejmują najbardziej dochodową diagnostykę, zamiast najbardziej potrzebnej. Powinny łączyć się i przeprowadzać wspólne inwestycje. Miło jest czytać takie gorzkie słowa, formułowane przecież przez współautora zaleceń wdrażania zasad konsensusu waszyngtońskiego.

Komercjalizacja ubezpieczeń w formie dobrowolnych ubezpieczeń osób fizycznych nie nabrała jeszcze powszechnego charakteru – decydują względy finansowe. Przyspieszyć ten proces może pogarszająca się dostępność usług, a zwłaszcza przyjęcie zbyt skromnego koszyka usług zdrowotnych finansowanego ze środków publicznych (jeśli taki zostałby przyjęty). Nie ma jednak powodu, aby traktować to jako sukces.

Odpowiedź na pytanie postawione w części pierwszej: „Czy komercjalizacja w sektorze ochrony zdrowia, zwłaszcza po stronie płatników, nie stoi w sprzeczności z ekonomią?” jest niestety twierdząca. Im więcej pośredników w tej dziedzinie, tym bardziej uszczuplony jest fundusz, który trafia jako zapłata do świadczeniodawców za ich usługi. Trudno się dziwić, że w odczuciu pacjentów w ochronie zdrowia jest drożej i gorzej.

Przypis

¹ Np. tak uważa Y. N. Harare – w wywiadzie z noblistą Danielem Kahnemanem, „Gazeta Wyborcza”, nr 79/2015.

Bibliografia

- Dercz, M. (2014). Szpitale muszą zarabiać na pacjentach. *Rzeczpospolita*, 18.08.2014.
Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków, www.diagnozaspoleczna.com.
Getzen, T. (2000). *Ekonomika zdrowia*. Warszawa: PWE.

- Golinowska, S. (2013). Kontrowersje wokół ekonomii w ochronie zdrowia i reformy systemu ochrony zdrowia, *Ekonomista*, 6.
- Holly, R. (2013). *Ubezpieczenia w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*. Warszawa: KIU.
- Nojszewska, E. (2011). *System ochrony zdrowia w Polsce*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Nowosielska, K. (2015). Samorządy nie muszą prowadzić szpitali. *Rzeczpospolita*, 2.04.2015.
- Sobiech, J. (2007). Wydajność fiskalna i efektywność ekonomiczna instrumentów gromadzenia dochodów przeznaczonych na opiekę zdrowotną. W: K. Ryc i Z. Skrzypczak (red.) (2007). *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sektor publiczny a rynek*. Warszawa: Wydawnictwo WZ UW.
- Sowada, C. (2013). *Łączenie solidarności z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Stiglitz, J. (2004). *Ekonomia sektora publicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stodolak, S. (2014). Rewolucji w służbie zdrowia nie będzie. *Obserwator Finansowy*, 20.03.2014
- Suhecka, J. (2010). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
2015. *Global health care outlook. Common goals, competing priorities*. Pozyskano z: www.deloitte.com