

## Wszystko dla wszystkich?

Wojciech Kuta

Medycyny od ekonomii oddzielić niepodobna. Taki pogład – wyrażony przez Autora tekstu wprowadzającego do niniejszej dyskusji – prof. Kazimierza Szewczyka, podzielam i z satysfakcją postaram się dać temu wyraz poniżej.

Nie znajduję natomiast argumentów, które pozwoliłyby mi zaufać innej diagnozie, postawionej przez prof. Kazimierza Szewczyka; takiej oto, iż *„System świadczeń zdrowotnych powinien być urządzony jednostopniowo (z ewentualnymi odpłatnymi procedurami uzupełniającymi)”*.

Coś takiego, jak rynek usług medycznych, naprawdę istnieje. Bez wątplenia też ów rynek będzie się rozwijał. Społeczeństwa starzeją się; liczba osób niepracujących (często wymagających stałej opieki) rośnie szybciej niż liczba aktywnych zawodowo; naukowcy wciąż odkrywają i opracowują nowe, skuteczniejsze metody terapii.

To kilka, ogólnie już znanych i do znudzenia powtarzanych powodów, dla których ochrona zdrowia staje się coraz droższa i trudna do udźwignięcia nawet dla najbogatszych państw. Trwają więc poszukiwania możliwie najbardziej efektywnych modeli finansowania świadczeń oraz procedur. Politycy stanęli już przed koniecznością pogodzenia idei solidaryzmu (zawsze ktoś w systemie nie będzie w stanie płacić składki, ale będzie chorował...) z wydatkami na opiekę zdrowotną rosnącymi nierzadko szybciej niż produkt krajowy brutto. Publiczny płatnik musi więc dokonywać bolesnych wyborów, w myśl zasady – „nie wszystko dla wszystkich”.

Segment usług medycznych w krajach wysokorozwiniętych należy do ważnych gałęzi gospodarki. Natomiast w Polsce o leczeniu wciąż mówi się nie tyle w kategoriach ekonomicznych, co głównie w kontekście misji, powołania albo służby – oczywiście „bezpłatnej”. Skutek jest taki, że kiedy w Zachodniej Europie i USA, a ostatnio na bliskiej nam Słowacji, wdraża się istotne korekty systemu,

nowe programy czy wręcz głębokie reformy w finansowaniu opieki zdrowotnej, nad Wisłą wciąż staramy się dopiero jakikolwiek system zbudować. Dwie dotychczasowe próby – z kasami chorych i NFZ w rolach głównych – nie przyniosły oszałamiających rezultatów.

Mamy więc gigantyczną szarą strefę w opiece medycznej (wg Ministerstwa Zdrowia ok. 8 miliardów zł rocznie), równie „imponujące” długi publicznych szpitali oraz najwyższy w Europie wskaźnik niezadowolenia pacjentów ze sposobu zorganizowania opieki zdrowotnej – wg badań Stockholm Network aż 86 proc. Polaków uważa, że funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce wymaga pilnych reform.

Fundamentalnym założeniem przy konstruowaniu systemu ochrony zdrowotnej w Polsce (a po wyborach nowa koalicja rządowa wreszcie jakiś system proponuje...) powinien być – rzecz jasna wprowadzany etapami – wielostopniowy układ finansowania świadczeń, obejmujący m.in.: fundusze ubezpieczeń zdrowotnych (publiczne i niepubliczne), komercyjne polisy zdrowotne, ustawowo regulowane współpłacenie, pewien udział środków budżetu państwa, a być może także i inne modele opłacania usług medycznych – choćby w ramach indywidualnych kont ubezpieczenia zdrowotnego. Ten ostatni instrument sprawdzany jest już w USA (element programu „Ownership Society”), a trwają doń przymiarki na Słowacji.

Elementy wolnorynkowe w systemie ochrony zdrowia (m.in. konkurencji świadczeniodawców i ubezpieczycieli oraz alternatywnych źródeł finansowania świadczeń) faktycznie oznaczają – jak definiuje to prof. Kazimierz Szewczyk – wprowadzenie „rozdzielnictwa cenowego” czy też „racjonowania rynkowego” usług zdrowotnych.

Jeżeli jednak tych elementów w systemie brakuje, pacjent skazany zostaje wyłącznie na „racjonowanie nierynkowe”, utrudniające dostęp do świadczeń – m.in. z powodu wspomnianych wcześniej, a nieuchronnych ograniczeń w finansowaniu leczenia wyłącznie ze środków publicznych.