

Raport o ochronie zdrowia w Polsce

Co zrobić, aby nowoczesna medycyna była dostępna dla pacjentów?



INSTYTUT GLOBALIZACJI
www.globalizacja.org

Grudzień 2006



Adam Koziarkiewicz --- Wojciech Misiński --- Andrzej Sośnierz --- Tomasz Teluk

Przeprowadzenie niniejszych badań naukowych oraz ich prezentacja w publikacji została sfinansowana przez MSD Polska Sp. z o.o. oraz Merck. Opinie przedstawione w raporcie są wyłącznie eksperckimi poglądami autorów.

Spis treści

1. Autorzy raportu.....
2. Kluczowe wnioski raportu.....
3. Wprowadzenie (Instytut Globalizacji)
4. Nowoczesna służba zdrowia niedostępna dla Polaków (Instytut Globalizacji)
5. „Bon zdrowotny” a dostępność świadczeń zdrowotnych (dr Wojciech Misiński, Andrzej Sośnierz)
6. Informacja medyczna a zdrowie pacjenta (dr Tomasz Teluk)
7. Innowacyjność w ochronie zdrowia (Adam Kozierkiewicz)
8. Raport z badań opinii publicznej TNS OBOP
9. Załączniki

Autorzy raportu

Adam Koziarkiewicz – lekarz medycyny, pracownik Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prezes spółki Wspólny Rynek Medyczny Sp z o.o., były dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, wicedyrektor i dyrektor Departamentu Informatyki Ministerstwa Zdrowia (w latach 1998-2001). Od maja 2006 r. dyrektor Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia.

Wojciech Misiński – ekspert ds. ochrony zdrowia Centrum im. Adama Smitha, dr ekonomii, pracownik naukowy Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu. Autor koncepcji reformy służby zdrowia w oparciu o funkcjonowanie tzw. „bonu zdrowotnego”.

Andrzej Sośnierz – lekarz medycyny, od września 2006 r. prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, wcześniej poseł na Sejm RP. Były dyrektor Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych. Jako pierwszy w Polsce wdrożył na Śląsku elektroniczne karty pacjenta oraz system Rejestru Usług Medycznych.

Tomasz Teluk – dyrektor Instytutu Globalizacji, międzynarodowy ekspert ds. ochrony zdrowia w Centre for the New Europe w Brukseli oraz Centrum im. Adama Smitha. Doktor nauk humanistycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, absolwent Uniwersytetu Warszawskiego oraz Wyższej Szkoły Zarządzania/The Polish Open University. Autor książek, publicysta.

Kluczowe wnioski raportu

- Nowoczesna medycyna jest niedostępna dla Polaków. Polska znalazła się na 21. miejscu na 26 sklasyfikowanych krajów Europy w Europejskim Indeksie Konsumentów, przygotowanym przez brukselski think-tank HealthConsumerPowerhouse. Szczególnie słabo oceniono w Polsce dostęp do informacji medycznej oraz do nowoczesnej farmakoterapii.
- Z badań opinii publicznej, przeprowadzonych przez TNS OBOP dla Instytutu Globalizacji, wynika, że Polacy uważają, iż lepszy dostęp do leków spowodowałby zmniejszenie zachorowań i poprawę zdrowia społeczeństwa. Jednocześnie Polacy są przekonani, że mają gorszy dostęp do leków w porównaniu do mieszkańców innych krajów Unii Europejskiej.
- Co czwarty Polak jest niezadowolony z informacji o zdrowiu, udzielanych przez lekarzy. Jednocześnie niemal każdy z nas podejmuje próby samoleczenia, zanim skorzysta z pomocy lekarskiej, dlatego warto zastanowić się nad skutkami zdrowotnymi dysproporcji w dostępie do informacji o paramedykamentach i o lekach dostępnych na receptę.
- Jeśli znikomy dostęp do nowych leków jest metodą oszczędności wydatków, to społeczeństwo ponosi nieodwracalne koszty zdrowotne, wynikające z nieefektywności publicznej służby zdrowia.
- Podstawowymi problemami polskiej służby zdrowia są: niskie zarobki, powszechna opinia o korupcji lekarzy, ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności wysokospecjalistycznych, niska jakość świadczeń zdrowotnych, długi czas oczekiwania, wysoki poziom zakażeń wewnątrzszpitalnych, zdekapitalizowana baza medyczna, brak środków na inwestycje, poziom zadłużenia jednostek ochrony zdrowia zagrażający ciągłości świadczeń.
- Centrum im. Adama Smitha wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy w swym modelu „Racjonalnego Medycznie i Ekonomicznie Systemu Opieki Zdrowotnej” proponuje m.in. koncepcję „bonu zdrowotnego”, który eliminuje obecnie obowiązujący skomplikowany system poboru i redystrybucji składki ubezpieczeniowej. W projekcie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym w Towarzystwach Ubezpieczenia Zdrowotnego „bon zdrowotny” zdefiniowano jako

„uprawnienie przysługujące osobom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym do opłacenia przez budżet państwa należnej składki zdrowotnej”.

- Koncepcja „bonu zdrowotnego” jest warunkiem uruchomienia szeregu mechanizmów i rzeczywistego wdrożenia narzędzi prowadzących do wzrostu dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym szczególnie wysokospecjalistycznych. Ich brak nadal będzie powodował wykluczenie poza system pacjentów ciężko chorych, wymagających szczególnie wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.
- W procesie prywatyzacji kluczowe znaczenie odgrywa wolność informacji. Dostęp do informacji medycznej jest niezwykle ważny dla zwiększenia poziomu wiedzy medycznej w społeczeństwie i poprawie zdrowia pacjentów. Dlatego też wprowadzanie mechanizmów rynkowych powinno być poprzedzone zniesieniem barier informacyjnych.
- Walkę z chorobami w Europie utrudniają urzędowe blokady dotyczące wymiany informacji, w tym zakaz kierowania bezpośredniej informacji medycznej do pacjenta. Gdyby pacjenci posiadali wolny dostęp do informacji medycznej, częściej odwiedzaliby przychodnie i bardziej troszczyliby się o swoje zdrowie.
- Według Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia inwestycje w innowacje, a w szczególności udział kapitału prywatnego w systemie ochrony zdrowia, przynoszą korzyści tak dla pacjentów, jak i systemu ochrony zdrowia w całości. Aby jednak umożliwić takie inwestycje i jednocześnie zapewnić ich celowość, konieczne jest wprowadzenie przepisów, które spowodują, że inwestycje te będą bezpieczne, odpowiednio rozlokowane i powiązane z planami nabywania świadczeń przez NFZ.

Wprowadzenie

Niniejszy raport jest publikacją przygotowaną przez uznanych ekspertów rynku ochrony zdrowia. Jej celem jest nie tylko diagnoza, dlaczego polscy pacjenci mają gorszy dostęp do najnowszych form terapii, niż inni mieszkańcy krajów Unii Europejskiej, ale także ukazanie możliwych kierunków reformy ochrony zdrowia, które mogłyby przyczynić się do tego, aby nowoczesna medycyna stała się bardziej dostępna dla Polaków. Stąd w raporcie znalazły się projekty reformy ochrony zdrowia, ukazano rolę wiedzy medycznej w formowaniu kondycji zdrowotnej społeczeństwa oraz oceniono przyczyny niedostatecznej dostępności farmakoterapii.

Jakie oczekiwania mają pacjenci w Polsce? Z badań opinii publicznej, przeprowadzonych przez TNS OBOP dla Instytutu Globalizacji, wynika, że Polacy uważają, iż lepszy dostęp do leków poprawiłby ich zdrowie. Pacjenci są zdania, że lepszy dostęp do nowych leków spowodowałby zmniejszenie zachorowań i poprawę zdrowia społeczeństwa. Jednocześnie Polacy są przekonani, że mają gorszy dostęp do leków w porównaniu do mieszkańców innych krajów Unii Europejskiej.

Badania opinii publicznej ukazały także ogromne znaczenie wiedzy medycznej, co uwzględniono w raporcie. Co czwarty Polak jest niezadowolony z informacji o zdrowiu, udzielanych przez lekarzy. Jednocześnie niemal każdy z nas podejmuje próby samoleczenia, zanim skorzysta z pomocy lekarskiej, dlatego warto zastanowić się nad skutkami zdrowotnymi dysproporcji w dostępie do informacji o paramedykamentach i o lekach dostępnych na receptę.

Warto zwrócić uwagę, że badania potwierdziły wyniki wcześniejszych opinii na temat służby zdrowia w Polsce. Utrzymuje się duży stopień niezadowolenia z usług publicznej opieki medycznej: blisko połowa Polaków jest złego zdania o publicznej służbie zdrowia, a liczba niezadowolonych wzrasta wraz ze świadomością pacjentów.

Kolejny aspekt powinien wstrząsnąć urzędnikami odpowiedzialnymi za konkurencyjność rodzimej służby zdrowia. Co trzeci Polak wyjechałby na leczenie za granicę, jeśli Narodowy Fundusz Zdrowia zwróciłby koszty terapii, co należy uznać za istotną informację w świetle ostatnich wyroków Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, nakazujących zwrot kosztów leczenia za granicą pacjentom z UE, w przypadku gdy odwołanie leczenia może mieć wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta.

Co znamienne, badania opinii publicznej obnażyły małą wagę, jaką przykładają Polacy do spraw zdrowotnych. Zaledwie 13 proc. Polaków przeznaczyłoby wygraną 10 000

złoty na inwestycję we własne zdrowie. Zdecydowana większość pytanych wybrałaby konsumpcję, inwestycję w edukację bądź oszczędzanie. Świadczy to o tym, że pacjenci mają zbyt niską świadomość wagi problemów zdrowotnych. A przecież im więcej wiedzy, tym społeczeństwo staje się zdrowsze.

Zespół Instytutu Globalizacji

Nowoczesna medycyna niedostępna dla Polaków

Polska znalazła się na 21. miejscu na 26¹ sklasyfikowanych krajów Europy w Europejskim Indeksie Konsumentów przygotowanym przez brukselski think-tank HealthConsumerPowerhouse. Szczególnie słabo oceniono w Polsce dostęp do informacji medycznej oraz do nowoczesnej farmakoterapii.

Co zrobić, aby nowoczesna medycyna stała się powszechnie dostępna dla Polaków? Na powyższe pytanie postaramy się odpowiedzieć w niniejszym raporcie. Na tle innych krajów Europy polski system opieki zdrowotnej wypada blado.

Europejski Indeks Konsumentów² jest dorocznym rankingiem oceniającym europejskie systemy zdrowotne na podstawie danych źródłowych. W przypadku integrującej się Europy ma on znaczenie szczególne. Być może niedługo Europejczycy będą mogli wybierać między konkurencyjnymi systemami opieki zdrowotnej i leczyć się tam, gdzie usługi będą najlepsze?

Ochrona zdrowia może należeć do najbardziej innowacyjnych sektorów europejskiej gospodarki. Gdyby zbudzić uspięne możliwości sektora, moglibyśmy spodziewać się dynamicznego rozwoju branży, pobudzenia wzrostu gospodarczego i stworzenia nowych miejsc pracy. Być może odwróciłaby się tendencja, że młodzi naukowcy uczą się w Europie i emigrują do USA, a lekarze po stażach w rodzimych szpitalach, decydują się na wyjazd za granicę.

Badanie HealthConsumerPowerhouse jest przygotowywane z punktu widzenia konsumentów. Usługobiorca jest tutaj najważniejszym elementem systemu i z jego perspektywy oceniane są poszczególne elementy składające się na system ochrony zdrowotnej. Owe główne elementy to dostęp do informacji medycznej, czas oczekiwania na usługi medyczne, dostęp do nowoczesnej farmakoterapii, zdrowotne wskaźniki cywilizacyjne i efektywność usług medycznych w danym kraju.

Pacjenci oceniali, czy mają prawo do drugiej opinii lekarskiej, czy mogą kontaktować się z lekarzem w dowolnym czasie w razie potrzeby, czy ich zdanie jest brane pod uwagę w procesie leczenia. Oceniali także, jak długo muszą czekać na zabieg lub wizytę u lekarza. W ocenie systemu opieki zdrowotnej brano pod uwagę wskaźnik zgonów noworodków czy śmiertelność na nowotwory. Badano dostępność szczepień i operacji. W przypadku

¹ 25 państw Unii Europejskiej plus Szwajcaria.

² <http://www.healthpowerhouse.com/media/EHCI2006.pdf>.

farmakoterapii liczyła się zarówno szybkość rejestracji nowych leków, jak i zdolność ich nabycia.

Według pacjentów oraz ekspertów ochrony zdrowia, najlepszy system opieki zdrowotnej ma Francja, a zaraz potem Holandia, Niemcy, Szwecja i Szwajcaria. Spośród państw Europy Środkowej najlepiej jest w Słowenii, na Węgrzech i w Estonii. Polska znalazła się w gronie środkowoeuropejskich średniaków i na szarym końcu Europy jako całości.

Jak przedstawia się polski system ochrony zdrowia w porównaniu do innych krajów Europy? Jeśli chodzi o dostęp pacjentów do informacji medycznej, ogólnie rzecz biorąc, jest on w Europie słaby (w porównaniu np. do Stanów Zjednoczonych). Co prawda, Polska posiada skodyfikowane prawa pacjenta, ale cóż z tego, jeśli nie są one przestrzegane? Organizacje pacjentów nie są brane pod uwagę przy podejmowaniu kluczowych decyzji. Dostęp do drugiej opinii lekarskiej nie jest łatwy, do kart choroby – ograniczony, a kontakt z lekarzami – utrudniony.

Fatalnie ma się sytuacja z oczekiwaniem na zabieg lub wizytę lekarską. Dostęp do specjalisty wymaga wielu biurokratycznych zabiegów. Ale jeśli, tak jak w Polsce, na ponad 50 proc. operacji związanych z nowotworami czeka się dłużej niż 21 dni, a na wszczęcie bypassów – ponad 90 dni, to można już mówić o wystawianiu na szwank życia pacjentów.

Słabo radzimy sobie z efektywnością medycyny. Wysoki wskaźnik zgonów z powodu chorób układu krążenia po hospitalizacji, czy wciąż wysoka śmiertelność noworodków, wystawiają nam złą cenzurkę na tle krajów Europy. Mamy jednak duże osiągnięcia w medycynie prewencyjnej. Zapewne dzięki efektownym kampaniom informacyjnym udało nam się znacznie zredukować zapadalność na nowotwory piersi. Szczepienia ochronne są powszechnie dostępne (inna sprawa, że nowoczesne szczepionki rodzice nabywają dzieciom za dodatkową opłatą). Na wysokim poziomie jest, sprywatyzowana niemal w 100 proc., stomatologia.

Niedostateczny jest dostęp do nowoczesnej farmakoterapii. Nie dość, że rejestracja innowacyjnych leków przeciąga się w nieskończoność, znacznie powyżej średniej w Unii Europejskiej, to dostęp do najnowszych osiągnięć farmakologii jest znacznie ograniczony. Na wdrożenie nowego leku trzeba czekać co najmniej rok, co dla pacjentów wymagających leczenia jest nie do przyjęcia.

Warto też zastanowić się nad konkluzją na temat Polski autorów raportu Health Consumer Index 2006 pod przewodnictwem dr Arne Björnberga: „Zmiana z gospodarki centralnie planowanej na ukierunkowaną na konsumenta zabiera dziesiątki lat. Czy znikomy dostęp do nowych leków jest metodą oszczędności kosztów?”.

A może należy zadać sobie pytanie: jaki jest społeczny koszt ograniczenia dostępu do leków i nowoczesnej medycy? Czy jako podatnicy nie ponosimy zbyt dużych i nieodwracalnych kosztów zdrowotnych nieefektywności publicznej służby zdrowia?

Na podstawie Health Consumer Index 2006 opracował T.T.

Wstawić tabelę <http://www.healthpowerhouse.com/media/EHCI2006.pdf>

Dr Wojciech Misiński, Andrzej Sośnierz

„Bon zdrowotny” a dostępność świadczeń zdrowotnych

„Skuteczność procesu reformowania nie jest wyznaczona słusnością celów, ale prawidłowym poznaniem struktury problemu”. Powyższe stwierdzenie wydaje się banalne, gdyby nie to, że proces modelowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce był i nadal jest skażony już na etapie diagnostycznym, bowiem najczęściej: po pierwsze, dotyczy specyfikacji negatywnych skutków, a nie przyczyn, po drugie zaś, prowadzony jest bez jakichkolwiek założeń metodologicznych (w tym bez postawienia celu diagnozy).

Specyfikacja negatywnych objawów nieprawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jest zajęciem mało pasjonującym oraz niezbyt nowatorskim. Chyba wszyscy zgadzają się, że obecny system ochrony zdrowia nie gwarantuje realizacji zasadniczego celu, jakiemu ma służyć, a mianowicie jak najwyższego poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Ocena systemu poprzez specyfikację patologii ma charakter wtórny. Niskie zarobki pracowników służby zdrowia, powszechna opinia o korupcji lekarzy, ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności wysokospecjalistycznych, niska jakość świadczeń zdrowotnych, długi czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne, wysoki poziom zakażeń wewnątrzszpitalnych, zbyt niskie ceny i stawki świadczeń zdrowotnych, zdekapitalizowana baza medyczna, brak środków na inwestycje, poziom zadłużenia jednostek ochrony zdrowia zagrażający ciągłości świadczeń itd., itd. Wszystko to prowadzi do powszechnego zniechęcenia i braku wiary w skuteczność jakichkolwiek działań i w sens jakichkolwiek reform.

Diagnoza musi być również prowadzona w kontekście celu, jakiemu ma służyć. W przypadku celu, jakim jest proces modelowania systemu opieki zdrowotnej, diagnoza wymaga *systemowego* podejścia *instytucjonalnego*.

Systemowego podmiotowo, co związane jest z diagnozą *systemu*, przez który należy rozumieć „uporządkowany i skoordynowany wewnętrznie układ elementów, cechujący się określoną strukturą”.

Instytucjonalnego przedmiotowo, co związane jest z analizą *instytucji*, przez które należy rozumieć formalne i nieformalne normy regulujące funkcjonowanie organizacji i systemu jako całości. Innymi słowy, instytucje to formalne (prawne) i nieformalne

(zwyczajowe) zasady postępowania, wzory zachowań i reguły gry regulujące funkcjonowanie danego systemu.

Oznacza to, że systemowa diagnoza instytucjonalna obejmuje trzy poziomy instytucjonalne:

- **instytucje szczegółowe – normy regulatywne**, regulujące relacje między podmiotami systemu,
- **instytucje systemowe – normy konstytutywne**, regulujące prawa i obowiązki (prawa własności i prawa personalne) podmiotów systemu,
- **instytucje ustrojowe – normy konstytucyjne**, dotyczące funkcji pełnionych przez państwo i wolny wybór dokonywany przez podmioty systemu (kategoria rynku).

Analiza systemu wymaga przeprowadzenia jej w odwrotnej kolejności aniżeli wyżej przedstawione instytucje.

Instytucje ustrojowe – normy konstytucyjne

Państwo łącznie z samorządem terytorialnym, który jest właścicielem SP ZOZ-ów, jest podwójnie tzw. „państwem produkującym”. Istnieje nie tylko w sferze regulacyjnej, ale także w sferze realnej, bowiem jest podmiotem praw własności – właścicielem SP ZOZ-ów i NFZ-u. Jest nie tylko państwem paternalistycznym/opiekuńczym w stosunku do SP ZOZ-ów i NFZ-u, ale staje się „państwem prerogatywnym” – definiującym działalność samego siebie w celu zapewnienia systemowych narzędzi państwu paternalistycznemu – aż w końcu staje się państwem ubezwłasnowolnionym. W takiej sytuacji jedynie niepoprawny optymista może zakładać, że tworząc formalne lub nieformalne instytucje, państwo stworzy warunki neutralne względem samego siebie. Państwo finansujące, poprzez państwowy NFZ, działalność publicznych szpitali (czyli samego siebie) jest w sytuacji „rozdwojenia jaźni”. To, co jest racjonalne dla systemu jako całości (czyli ubezpieczonych-pacjentów), nie zawsze jest racjonalne dla „państwa produkującego”. Państwo musi tworzyć warunki (prawne i pozaprawne), w celu pokrycia skutków (strat) metodologicznej nieracjonalności funkcjonowania nie tyle państwa jako takiego (w tym NFZ-u), ale także publicznych ZOZ-ów. W konsekwencji musi to prowadzić do preferowania publicznych świadczeniodawców kosztem jednostek niepublicznych.

Powyższe uwagi potwierdził Trybunał Konstytucyjny w swoim wyroku³, którego aktualność wynika z faktu, że zakwestionowane zapisy prawne ustawy o powszechnym

³ 1/1A/2004 Wyrok z dnia 7 stycznia 2004 r. Sygn. akt K 14/03.

ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia⁴ istniały zarówno we wcześniejszej ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁵, jak i nadal istnieją w obecnie obowiązującej ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶. I tak Trybunał Konstytucyjny stwierdził w szczególności m.in.⁷:

Zarzut 1. Uprawnienia do świadczeń przysługują każdemu obywatelowi, a nie tylko ubezpieczonemu.

Powyższe uprawnienie wynika z literalnej, łącznej wykładni ust. 1 i 2 art. 68 Konstytucji RP z 1997 r. Niniejsze stwierdzenie prowadzi do następującej alternatywy. Z jednej strony wiedzie do odejścia od systemu ubezpieczeniowego na rzecz systemu zaopatrzeniowego, bowiem uprawnienia do świadczeń zdrowotnych muszą przysługiwać wszystkim obywatelom, a nie tylko tym, którzy lub w imieniu których opłacana jest składka. Z drugiej strony oznacza konieczność znacznej przebudowy formuły uzyskania uprawnienia do świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego, ale co ważniejsze obowiązkowego, systemu ubezpieczeniowego.

Zarzut 2. Świadczenia mają być rzeczywiście, a nie jedynie formalnie dostępne.

Zarzut ten jest równocześnie ściśle powiązany z następnymi czterema zarzutami.

Zarzut 3. Dostęp do świadczeń musi być równy rzeczywiście, a nie jedynie formalnie oraz musi być oparty na zasadzie solidaryzmu społecznego.

Zarzut 4. Brak określenia koszyka świadczeń gwarantowanych lub procedury i jednoznacznych kryteriów formalnych jego tworzenia prowadzi do paradoksu ubezpieczenia: ubezpieczony nie wie, co mu się należy za zapłaconą składkę.

Zarzut 5. O tym, kto ma świadczyć usługi, decyduje NFZ, a nie pacjent i lekarz.

Idea umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych – w kształcie, w jakim została przyjęta w ustawie – nie jest funkcjonalnie powiązana z możliwością swobodnego skorzystania przez

⁴ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r. Nr 45 poz. 391 z późn. zm.).

⁵ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. z 1997 r. Nr 28 poz. 153).

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210 poz. 2135).

⁷ Szczegółowe omówienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego w dyspozycji autora.

obywatela z zasady i prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy. Wolność taka staje się w takim przypadku swoistą fikcją prawną. W rezultacie przyjęty system limitowania i planowania zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych stwarza biurokratyczne bariery, ograniczające i niejednokrotnie wykluczające możliwość dokonywania wyboru świadczeniodawcy.

Zarzut 6. Brak jasnych kryteriów wydania przez ministra zdrowia zgody na wyjazd na leczenie poza granicami kraju⁸.

Zarzut 7. Brak prawnych instrumentów ministra zdrowia, ministra finansów, organów założycielskich SP ZOZ-ów, jak i obywateli, do kontroli i nadzoru nad środkami publicznymi (NFZ i świadczeniodawcami) oraz brak określenia relacji między Narodowym Funduszem Zdrowia, skarbem państwa i budżetem państwa.

W konkluzji Trybunał stwierdził, że „zespół norm zawartych w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, kształtujących kompetencje, prawne instrumenty działania oraz status prawny NFZ, tworzy system dysfunkcyjny i to w stopniu uniemożliwiającym realizowanie konstytucyjnie określonych zadań państwa w sferze ochrony zdrowia. Nie istnieje w związku z tym możliwość, przy wyeliminowaniu pojedynczych przepisów, przywrócenia stanu zgodnego z Konstytucją, a co za tym idzie – osiągnięcia ładu normatywnego w zakresie świadczenia usług zdrowotnych. Dysfunkcyjność systemu osiągnęła taki poziom, że przywrócenie ładu prawnego poprzez częściową nowelizację ustawy staje się niemożliwe”.

Powyższe zarzuty Trybunału nie tylko dowodzą niekonstytucyjności nieobowiązującej już ustawy o ubezpieczeniu w NFZ, ale są równocześnie zaleceniami koniecznymi dla zagwarantowania konstytucyjności systemu opieki zdrowotnej. Jest to tym istotniejsze, że nowa, obowiązująca ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

⁸ Szczegółowe omówienie ograniczeń wynikających z instytucji Unii Europejskiej, w tym wyroków Trybunału Sprawiedliwości w Luksemburgu, w dyspozycji autora.

finansowanych ze środków publicznych powieła⁹ zakwestionowane, a wyżej zacytowane, zarzuty Trybunału Konstytucyjnego RP.

Z punktu widzenia procesu modelowania systemu opieki zdrowotnej szczególnego znaczenia nabierają uwagi Trybunału dotyczące ograniczeń konstytucyjnych, czyli ram prawnych, w których można kształtować system opieki zdrowotnej w Polsce. Trybunał podkreśla, że „ustrojodawca nie przesądza tego, jaki model normatywny powinien ustawodawca przyjąć w tej materii. Kształtując go, powinien jednak kierować się treścią Konstytucji, a przede wszystkim mieć na uwadze te wartości konstytucyjne, które są konsekwencją przyjętej w art. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasady, że Rzeczypospolita Polska jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli oraz wynikającej z art. 30 Konstytucji zasady, że godność człowieka jest źródłem wszelkich praw i wolności. Ustawodawca, dokonując wyboru określonego modelu normatywnego, bierze na siebie związaną z tym odpowiedzialność za spójność, jasność i zupełność instrumentów, które go wyrażają. Konstytucja nie określa np. zakresu świadczeń opieki zdrowotnej dostępnych dla wszystkich obywateli na równych prawach, odsyłając to zagadnienie do uregulowania w ustawie (art. 68 ust. 2 zdanie drugie). Norma zawarta w art. 68 ust. 2 zdanie drugie nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń, lecz nakłada na ustawodawcę taki obowiązek. Swoboda ustawodawcy nie jest nieograniczona. Nie może on w ogóle zrezygnować z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych”¹⁰. Oznacza to, że jedynym modelem niezgodnym konstytucyjnie byłby model czysto rynkowy, czyli bez udziału „trzeciej strony”.

Trybunał także stwierdza, że „norma art. 68 ust. 1 Konstytucji nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń czy też struktury własnościowej świadczeniodawców. Pewne ograniczenia swobody ustawodawcy w tym zakresie mogą jednak wynikać z innych konstytucyjnych zasad lub wartości. Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, iż system

⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokonała eliminacji szeregu formalnych zarzutów postawionych przez Trybunał Konstytucyjny. Niestety nie zlikwidowała ona głównych zarzutów merytorycznych konstytuujących funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Na marginesie należy zauważyć ze zdziwieniem, że mimo podobieństw, ustawa ta również nie doczekała się do tej pory zaskarżenia do Trybunału Konstytucyjnego. Jedynym wytlumaczeniem tego stanu rzeczy jest argument, że oznaczałoby to powstanie próżni prawnej, której skutki trudne byłyby nawet do wyobrażenia.

¹⁰ 1/1A/2004 Uzasadnienie do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. Sygn. akt. K 14/03.

ten – jako całość – musi być efektywny”¹¹. Innymi słowy, Trybunał wyraźnie stwierdza, że system opieki zdrowotnej musi równocześnie spełniać kryterium racjonalności medycznej i ekonomicznej.

Trybunał w uzasadnieniu do wyroku jednoznacznie daje do zrozumienia, że „Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie – zamieszczona w zdaniu drugim ust. 2 art. 68 ustawy zasadniczej wzmianka, iż nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej – dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie). Ustawa nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii, a w konsekwencji nie może wprowadzać – w ramach tego systemu – modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w wypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych”¹².

Wyrok Trybunału pozwolił również na obalenie mitów ciążyących nad systemem opieki zdrowotnej, takich jak bezpłatność świadczeń zdrowotnych czy prymat własności publicznej zarówno jeżeli chodzi o zakłady opieki zdrowotnej, jak i instytucje finansujące świadczenia zdrowotne. Równocześnie „wyrok ten nie przesądza o tym, jaki konkretnie model organizacyjno-prawny finansowania świadczeń zdrowotnych powinien być wprowadzony w przyszłości (scentralizowany czy zdecentralizowany, oparty na systemie kas chorych czy jednolitego funduszu, budżetowy czy ubezpieczeniowy, państwowy czy samorządowy). Każdy z wybranych przez ustawodawcę modeli musi jednak odpowiadać określonym wcześniej założeniom konstytucyjnym z punktu widzenia równości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Uchwalenie nowej ustawy wiązać się będzie z koniecznością systemowego ujęcia problematyki regulowanej w zakwestionowanej ustawie i zharmonizowania nowej ustawy z innymi regulacjami w dziedzinie ochrony zdrowia, a także odwrotnie – obowiązujących ustaw z nową ustawą tak, aby tworzyły łącznie funkcjonalny, a zarazem odpowiadający standardom konstytucyjnym, system prawny w zakresie prawa do ochrony zdrowia”.

¹¹ Tamże.

¹² Tamże.

Dowodzi to konkluzji generalnej, iż bez autonomiczności własnościowej „trzeciej strony” względem wykonujących świadczenia zdrowotne i bez konkurencji między podmiotami zarządzającymi składką niemożliwe jest stworzenie racjonalnie funkcjonującego systemu gwarantującego rzeczywisty, a nie tylko formalny, dostęp do świadczeń zdrowotnych.

„Trzecia strona” nie jest tylko płatnikiem za świadczenia zdrowotne administrującym jedynie przekazywanymi środkami finansowymi do świadczeniodawców. Z punktu widzenia przebiegu procesów transakcyjnych „trzecia strona” musi być przede wszystkim:

- strażnikiem wejścia świadczeniodawców do systemu (w fazie *ex ante* procesów transakcyjnych),
- kontrolerem medycznej zasadności realizowanych świadczeń (w fazie *ex post* procesów transakcyjnych).

Instytucje systemowe – normy konstytutywne

Dekompozycja i analiza struktury praw własności NFZ-u oraz SP ZOZ-u zgodnie z metodologią teorii praw własności (*Property Rights*) nieuchronnie prowadzi do wniosku, iż cechują się one bardzo wysokim poziomem¹³:

1. niekompletności praw własności, co oznacza, iż niemożliwe jest podejmowanie decyzji warunkujących racjonalne działanie,
2. niewyłączności praw własności, co oznacza, iż struktura praw własności, w tym proces podejmowania decyzji, cechuje się niesprecyzowanym i rozproszonym zakresem kompetencji (wewnętrznych i zewnętrznych) organów NFZ-u (centrala NFZ i oddziały NFZ, minister zdrowia, rada nadzorcza i prezes NFZ) i SP ZOZ-u (dyrektor SP ZOZ-u, ordynatorzy, związki zawodowe, rada społeczna, organy tworzące, samorządy medyczne).

Niekompletność i niewyłączność praw własności NFZ-u i SP ZOZ-u uniemożliwia racjonalne medycznie i ekonomicznie działanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Instytucje szczegółowe – normy regulatywne

Główną wadą systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest brak prywatnych płaszczyzn negocjacyjnych, w ramach których toczyłyby się procesy negocjacyjne i rozwiązywane

¹³ Szczegółowe omówienie struktury praw własności NFZ-u i SP ZOZ-u w dyspozycji autora.

byłyby (pod arbitrażem państwa) sytuacje konfliktowe. Dotyczy to wszystkich faz procesów kontraktowych tj. fazy:

- *pre ex ante* – przygotowania kontraktu,
- *ex ante* – zawarcia kontraktu,
- *ex post* – realizacji kontraktu.

Brak takich rozwiązań instytucjonalnych spowodowany jest, wcześniej wspomnianym, zjawiskiem podwójnego „państwa produkującego”, prowadzącego kolejno do „państwa paternalistycznego”, następnie do „państwa prerogatywnego”, aby w końcu stać się „państwem ubezwłasnowolnionym”.

Poniżej w formie tabelarycznej przedstawiono syntezę diagnozy systemu opieki zdrowotnej w ujęciu modelowym.

Tabela. Polskie uregulowania prawne na tle rozwiązań modelowych

Elementy PUZ	Model Bismarcka – tzw. model ubezpieczeniowy	Model Beveridge’a – tzw. model zaopatrzeniowy	Uregulowania prawne ustawy o PUZ	Uregulowania prawne ustawy o ubezpieczeniu w NFZ ¹⁴
Główne źródło finansowania systemu ochrony zdrowia	Składka ubezpieczeniowa płacona przez ubezpieczonego, pracodawcę lub budżet państwa	Środki budżetowe	Składka ubezpieczeniowa płacona przez ubezpieczonego lub budżet państwa zasilająca poszczególne kasy chorych wg parytetu procentowego udziału, a nie rzeczywistych przychodów	Składka ubezpieczeniowa zbierana do jednego „worka” i dzielona wg nieokreślonych kryteriów na oddziały NFZ
Podstawa prawna do uzyskania świadczeń zdrowotnych przez pacjenta	Oplata składki przez ubezpieczonego lub budżet państwa (objęci opieką wg listy pozytywnej)	Wszyscy obywatele lub mieszkańcy kraju. Wyłączenia na podstawie listy negatywnej	Oplata składki przez ubezpieczonego lub budżet państwa (objęci opieką wg listy pozytywnej). Brak ewidencji i identyfikacji ubezpieczonych oraz identyfikacji płatności składki	Oplata składki przez ubezpieczonego lub budżet państwa (objęci opieką wg listy pozytywnej). Lista pozytywna obejmująca w zasadzie wszystkich obywateli kraju
Wybór „trzeciej strony” przez ubezpieczonego	Szeroka możliwość wyboru „trzeciej strony” lub regionalny bądź branżowy monopol „trzeciej strony”	Brak wyboru – monopol państwowy „trzeciej strony”	Możliwość wyboru „trzeciej strony” regionalnego lub branżowego. Brak przepisów prawnych umożliwiających wybór innej instytucji prowadzącej ubezpieczenia zdrowotne	Brak możliwości wyboru „trzeciej strony”. Monopol państwowy „trzeciej strony” – NFZ
Sposób zapewnienia świadczeń zdrowotnych	Zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych lub	Pośrednie zaopatrzenie obywateli w	Finansowanie zrealizowanych świadczeń na rzecz	Pośrednie zaopatrzenie obywateli w świadczenia poprzez zakup świadczeń

¹⁴ Uregulowania zawarte w tej kolumnie dotyczą zarówno ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, jak i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

pacjentom	finansowanie zrealizowanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych	świadczenia	ubezpieczonych lub zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych	zdrowotnych
Możliwość wejścia do systemu przez świadczeniodawców	Kontrakt z „trzecią stroną” jako wyraz uzyskania „koncesji” po spełnieniu określonych ustawowo warunków	Kontrakt z dysponentem środków publicznych. Ograniczony do jednostek publicznych i w drugiej kolejności do jednostek prywatnych	Uznaniowy, bez powszechnych i kwantyfikowalnych kryteriów, kontrakt z „trzecią stroną” z limitem zakupionych świadczeń	Uznaniowy, oparty na powszechnych, ale nie kwantyfikowalnych kryteriach, kontrakt z „trzecią stroną” z limitem zakupionych świadczeń
Metoda redystrybucji środków oraz metoda ustalania cen i stawek świadczeń zdrowotnych	Kontrakty oparte na zasadzie finansowania świadczeń. Kontrakty otwarte o stałej wycenie świadczeń lub stawce degresywnej	Kontrakty oparte na zakupie przez państwo świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli. Najczęściej kontrakty wyznaczające budżet świadczeniodawcy. Brak cen i stawek świadczeń zdrowotnych lub jedynie ich pomocniczy charakter	Kontrakty oparte na zakupie przez państwo świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli. Najczęściej kontrakty wyznaczające budżet świadczeniodawcy poprzez limity ilości świadczeń	Kontrakty oparte na zakupie przez państwo świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli. Najczęściej kontrakty wyznaczające budżet świadczeniodawcy poprzez limity ilości świadczeń
Bieżący dostęp świadczeniodawców do środków finansowych	Równość w dostępie do środków ubezpieczeń zdrowotnych	Dostęp ograniczony decyzją administracyjną państwa. Prywatni świadczeniodawcy finansowani w drugiej kolejności	Dostęp ograniczony z limitowaną miesięcznie ilością środków finansowych	Dostęp ograniczony z limitowaną miesięcznie ilością środków finansowych
Wybór świadczeniodawców przez pacjentów. Ograniczenia w świadczeniach	Nieograniczony w stosunku do świadczeniodawców posiadających umowy z „trzecią stroną”. Przypadki ograniczenia na zasadach <i>managed care</i> prowadzonej przez „trzecią stronę” – potwierdzenie zasadności i wyboru szpitala przed hospitalizacją	Ograniczony w zasadzie i w pierwszej kolejności do jednostek publicznych często wraz z monopolem regionalnym i do wyczerpania się limitu zaopatrzeniowego	Ograniczony w stosunku do świadczeniodawców posiadających umowy z „trzecią stroną” do wyczerpania indywidualnego limitu. Brak systemu ograniczenia na zasadach <i>managed care</i> prowadzonej przez kasę chorych - potwierdzenie zasadności i wyboru szpitala przed hospitalizacją	Ograniczony w stosunku do świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ do wyczerpania indywidualnego limitu. Brak systemu ograniczenia na zasadach <i>managed care</i> prowadzonej przez NFZ - potwierdzenie zasadności i wyboru szpitala przed hospitalizacją

Konkludując¹⁵, należy zauważyć, że brak konsekwencji w rozwiązaniach prawnych (charakterystycznych dla modelu ubezpieczeniowego) spowodował funkcjonowanie systemu, zarówno kas chorych, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o błędne założenia wywodzące się z rozwiązań zaproponowanych w modelu Beveridge’a. Dodatkowo, funkcjonowanie w PRL-u modelu Siemaszki spowodowało, że w praktyce, mimo uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu w NFZ i następnie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nadal w Polsce występuje nie model Bismarcka, ale hybryda wszystkich modeli, czyli połączenie teoretycznych założeń modelu Bismarcka ze

¹⁵ Szczegółowe omówienie obowiązujących rozwiązań prawnych w systemowym podejściu instytucjonalnym w dyspozycji autora.

szczegółowymi rozwiązaniami modelu Beveridge'a i ich interpretacją w duchu modelu Siemaszki. W naturalny sposób musiało to doprowadzić do kontynuacji patologicznego funkcjonowania systemu PUZ w Polsce.

Nadal konieczna jest rzetelna dyskusja dotycząca odpowiedzi na pytania o charakter systemu. Poniżej przedstawiony jest minimalny zestaw pytań, na które odpowiedź jest istotna dla modelowania systemu opieki zdrowotnej. Poszczególne pytania są ściśle ze sobą powiązane, co oznacza, że wybór danego rozwiązania powoduje ograniczenie możliwych do akceptacji odpowiedzi na kolejne pytania.

1. Czy reforma (reformy) systemu ma na celu wdrożenie modelu ubezpieczeniowego, czy modelu zaopatrzeniowego?

Wybór modelu zaopatrzeniowego oznaczać powinien całkowite zanegowanie dotychczasowych rozwiązań. Wprowadzenie tego modelu nie oznacza zmiany ustawy o PUZ, ale konieczność opracowania całkowicie nowej ustawy regulującej funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej oraz nowelizację reformy samorządowej. Wybór modelu ubezpieczeniowego pozwala zaś na uwzględnienie odpowiedzi na kolejne pytania.

2. Czy system ubezpieczeń zdrowotnych oparty powinien być na finansowaniu świadczeń zdrowotnych, czy też na zwrocie pacjentowi poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych?

Pytanie to jest ściśle powiązane z akceptacją jednego z dwóch odmiennych rozwiązań funkcjonujących w modelu ubezpieczeniowym: przyjętego w Niemczech lub we Francji.

3. Czy konstrukcja modelu ubezpieczeniowego powinna zostać oparta na funkcjonowaniu niezależnych prawnie podmiotów pełniących funkcje „trzeciej strony”, jak to ma miejsce w Niemczech, czy na systemie podmiotów funkcjonujących jako jednostki organizacyjne w ramach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jak ma to miejsce we Francji?

To drugie rozwiązanie jedynie teoretycznie jest zbieżne z przyjętą obecnie koncepcją Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy bowiem pamiętać, że takie rozwiązanie organizacyjne w modelu ubezpieczeniowym jest ściśle skorelowane z zasadą zwrotu pacjentowi poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych.

4. W przypadku wyboru modelu ubezpieczeniowego konieczna jest odpowiedź na pytanie o akceptację lub nie monopolu regionalnych podmiotów pełniących funkcje „trzeciej

strony” (jak w systemie austriackim) lub o przyzwolenie na konkurencję między nimi (jak to ma miejsce w Niemczech, Belgii czy Holandii).

Akceptacja konkurencji między podmiotami pełniącymi funkcje „trzeciej strony” wymaga odpowiedzi na kolejne pytanie dotyczące zakresu i mechanizmów konkurencji: Czy ma być to tylko prosta konkurencja o ubezpieczonych między podmiotami pełniącymi funkcje „trzeciej strony”, z czym mamy do czynienia np. w Belgii? Czy konkurencja bardziej złożona, uprawniająca do, w ustawowo określonym zakresie, podejmowania przez podmioty pełniące funkcje „trzeciej strony” decyzji co do wysokości składki ubezpieczeniowej, jak to ma miejsce w Niemczech? Powyższe pytania związane są również z prawidłowym rozumieniem kategorii „rynku”. Rynek to nie „wolna amerykanka” i niczym nieskrępowane decyzje podmiotów systemu. Rynek, szczególnie w przypadku rynku z udziałem tzw. „trzeciej strony”, to skomplikowane struktury kontraktowe i systemy zarządzania. Powyższa teza prowadzi do wyodrębnienia różnych rodzajów struktur kontraktowych od czystego rynku po hierarchię. W przypadku wysoce specyficznych aktywów, jakimi są świadczenia zdrowotne, proces modelowania zawiera się w obrębie kontraktowania neoklasycznego i relacyjnego oraz odpowiadającym im systemom zarządzania trójstronnego (arbitrażowego), bilateralnego i zunifikowanego. Nie tylko wybór samego systemu zarządzania, ale przede wszystkim wybór jego konstrukcji, wymaga uwzględnienia także tzw. „fundamentalnej transformacji” procesów konkurencji, co związane jest z przeniesieniem procesów konkurencji z fazy zawarcia kontraktu do fazy jego realizacji.

5. Akceptacja demonopolizacji wyznacza pytanie o konstrukcję prawną podmiotów pełniących funkcje „trzeciej strony”. Czy wybrać jedynie „państwową” konstrukcję podmiotów pełniących funkcje „trzeciej strony”, czy też w duchu zmian europejskich możliwe będzie prowadzenie ubezpieczeń w formie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych lub tzw. ubezpieczeń parytarnych, czyli prowadzonych w drodze porozumień między związkami zawodowymi i związkami pracodawców? Czy wybrać w konsekwencji rozwiązanie o charakterze prawa szczególnego tzn. regulowanego na poziomie kilku ustaw, czy na poziomie tzw. kodeksu ubezpieczeniowego, co nie jest rozwiązaniem znanym w polskim prawie?

6. Czy dokonując demonopolizacji rynku podmiotów pełniących funkcje „trzeciej strony”, komercyjne towarzystwa ubezpieczeniowe będą zarządzały składką ubezpieczeniową, jak to ma miejsce np. w USA w ramach ubezpieczeń finansowanych przez budżet państwa (federalny lub stanowy) lub też jak w regionie Alzacji we Francji?

7. Czy zasadne jest zrezygnowanie z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczenia prywatnego – w przypadku osiągnięcia określonego pułapu dochodów osobistych?

8. Jaką przyjąć metodę redystrybucji środków finansowych do podmiotów pełniących funkcje „trzeciej strony”? Pytanie to ma zarówno charakter podmiotowy, jak i przedmiotowy. Czy redystrybucją środków finansowych ma zajmować się (jak dotychczas) niewydolny ZUS, wyodrębniony fundusz, czy też należy przyjąć wariant bezpośredniej ściągalności składki przez firmy ubezpieczeniowe? Czy redystrybucja ma mieć charakter prosty uwzględniający system wyrównawczy, skorelowany z kryterium wieku, czy też bardziej złożony, kapitacyjny przy równoczesnym jego powiązaniu ze wskaźnikami demograficznymi i epidemiologicznymi, jak i czasowo z wielkością regionalnej bazy medycznej?

9. Jaki model reasekuracji systemu należy wprowadzić? Reasekurację ubezpieczeniową czy budżetową?

Niewystarczające jest, szczególnie w obecnej sytuacji budżetu państwa, wprowadzenie martwego zapisu o gwarancji państwa. Bez systemowych rozwiązań dotyczących reasekuracji systemu nie można zagwarantować płynności w systemie, w sytuacji zagrożenia związanego ze wzrostem kosztów refundacji leków oraz wzrostu bezrobocia mającego wpływ na poziom środków w systemie.

10. Jaki model metod finansowania byłby optymalny w polskich warunkach? Ustawowy - ściśle regulowany prawnie, administracyjny - ustalany przez instytucje centralne (Ministerstwo Zdrowia czy Urząd Standaryzacji) czy też negocjacyjny – realizowany na poziomie regionalnym bądź centralnym?

11. Jaką metodę ustalania cen i stawek świadczeń zdrowotnych powinno się przyjąć?

Kosztową w oparciu o standaryzowany rachunek kosztów, negocjacyjną na poziomie regionalnym lub centralnym czy też kosztowo-negocjacyjną będącą kompilacją powyższych rozwiązań?

12. Jaka metoda ustalania poziomu cen i stawek znalazłaby powszechną akceptację przy równoczesnym uwzględnieniu ograniczonych możliwości finansowych Polski?

Administracyjna (ustalana centralnie) czy negocjacyjna na poziomie regionalnym lub centralnym? Równocześnie, mając świadomość ograniczonych środków finansowych, metoda ustalania poziomu cen i stawek musiałaby uwzględniać standaryzowany, w oparciu o rachunek kosztów stałych, system tzw. cen i stawek o charakterze degresywnym.

13. Jaki system zasad wejścia do systemu zagwarantuje pełną przejrzystość i równość wszystkim świadczeniodawcom?

Czy jak obecnie, system ustalany niezależnie przez „trzecią stronę”, czy system ściśle uregulowany na poziomie ustawowym i rozporządzeń wykonawczych, czy też system oparty o centralne lub regionalne standardy ustalane w drodze negocjacji między związkiem podmiotów pełniących funkcje „trzeciej strony” i samorządami medycznymi?

14. Czy możliwe jest podjęcie politycznie niepopularnej decyzji o konieczności wprowadzenia powszechnej zasady partycypacji pacjenta w koszcie świadczeń zdrowotnych?

Problem dotyczący współpłacenia wymaga odpowiedzi na szereg szczegółowych pytań, takich jak:

- pytanie o wybór między współpłaceniem powiązaniem z koszykiem świadczeń gwarantowanych i procentową lub ryczałtową partycypacją pacjenta w koszcie danego rodzaju świadczenia zdrowotnego,
- pytanie o poziom współpłacenia akceptowany społecznie przy uwzględnieniu jego wpływu na racjonalizację zachowań pacjentów i powstania rynku ubezpieczeń dodatkowych dla minimalizacji indywidualnego kosztu pacjenta,
- pytanie o system zwolnień i działań osłonowych, który towarzyszyć powinien powszechnej zasadzie współpłacenia, aby nie doprowadzić do systemowego „wypchnięcia” z systemu osób, których nie stać na współpłacenie lub cierpiących na choroby przewlekłe,
- pytanie o zakres systemu ubezpieczeń dodatkowych, wspomagany poprzez ulgi podatkowe dla pracodawców i osób indywidualnych.

15. Jaki system monitorowania świadczeń jest możliwy do zastosowania?

Problem ten dotyczy nie tylko kosztów wdrożenia i funkcjonowania systemu oraz jego formy (papierowej lub elektronicznej), ale przede wszystkim powiązania systemu monitorowania z całym systemem organizacji ochrony zdrowia i z funkcjami wykonywanymi

przez poszczególne podmioty w systemie. Rodzaj systemu monitorowania świadczeń jest powiązany ściśle z wyborem między zasadą zwrotu kosztów świadczeń i zasadą finansowania świadczeń zdrowotnych.

Odpowiedzi na powyższe pytania są podstawą do budowania racjonalnego medycznie i ekonomicznie systemu opieki zdrowotnej.

Postawione pytania dotyczą jedynie modelu systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Rozstrzygnięcia w tym obszarze nie są wystarczające, bowiem system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych czy narodowej służby zdrowia stanowi tylko jeden z elementów funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia w państwie. Zmiany w systemie ochrony zdrowia dotyczyć muszą w szczególności konieczności systemowej regulacji poszczególnych podsystemów: Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej i ich komercjalizacji oraz prywatyzacji¹⁶, zaopatrzenia w leki, pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego¹⁷, profilaktyki zdrowotnej, narodowych programów zdrowotnych, medycyny pracy, podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i diagnostycznej¹⁸ opieki stacjonarnej, w tym procedur wysokospecjalistycznych¹⁹, opieki długoterminowej, w tym także długoterminowej opieki psychiatrycznej, podsystemu kształcenia zarówno zawodowego, jak i uzupełniającego powiązanego z rozwojem naukowym m.in. polskiej medycyny i farmakologii. Polska jest więc na początku długiej drogi, celem której jest zmniejszenie dystansu dzielącego ją od Europy.

Systemowe podejście instytucjonalne oznacza, że przedmiotem procesu modelowania musi być *sfera instytucjonalna* systemu opieki zdrowotnej obejmująca:

1. *Otoczenie instytucjonalne* składające się z trzech elementów:

¹⁶ Patologiczna struktura praw własności SP ZOZ wymaga podjęcia natychmiastowych zmian ustawowych. Dotyczy to także procesu komercjalizacji i prywatyzacji SP ZOZ zapobiegającego niekontrolowanemu procesowi zmian własnościowych, czemu nie może zapobiec żaden system kontroli realizowany *post factum*. Zmiany prawne są warunkiem niezbędnym dla oddzielenia polityki od ekonomii, a tym samym realizacji rzeczywistej, a nie „papierowej”, restrukturyzacji służby zdrowia.

¹⁷ Podsystem pomocy doraźnej i medycyny ratunkowej to dwa odmienne, choć ściśle ze sobą powiązane, podsystemy.

¹⁸ To także, w zależności od rozwiązań systemowych, mogą być dwa odmienne podsystemy.

¹⁹ „Wypychanie” z budżetu Ministerstwa Zdrowia do kas chorych (NFZ) tzw. procedur wysokospecjalistycznych nie wynika z przemyślanej systemowej strategii, lecz jest jedynie wynikiem ograniczania centralnych środków budżetowych na ochronę zdrowia. Należy przypomnieć, iż procedura przejęta przez NFZ przestaje być procedurą wysokospecjalistyczną w znaczeniu prawnym, czyli podlegającą możliwości limitowania ich ilości. Wysokie koszty ich realizacji, jak i (a może przede wszystkim) wysoki poziom technologicznego skomplikowania ich wykonania, doprowadzi do rozproszenia środków finansowych, co w konsekwencji spowoduje znaczne ograniczenie postępu technicznego i rozwoju nowoczesnych standardów postępowania medycznego.

- *instytucji*, tj. formalnych oraz nieformalnych norm zewnętrznych i wewnętrznych regulujących zarówno struktury rynków, funkcjonowanie organizacji uczestniczących i nieuczestniczących bezpośrednio w procesach transakcyjnych, jak i samą strukturę procesów transakcji,
- *struktury rynków* dających się podzielić nie tylko na rynki towarów, usług, pracy oraz kapitału, ale także na „rynki” dóbr publicznych (medycyna ratunkowa), społecznych (system PUZ) i prywatnych (system dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych),
- *organizacji nieuczestniczących* bezpośrednio w procesach transakcyjnych, a mających wpływ na kształtowanie wtórnych, formalnych i nieformalnych norm (instytucji) zewnętrznych i wewnętrznych.

2. *Strukturę instytucjonalną* składającą się ze:

- *sprzedawców i nabywców* (tj. podmiotów transakcji na rynku z udziałem tzw. „trzeciej strony”), którymi są zarówno organizacje („trzecia strona” i świadczeniodawcy), jak i jednostki (ubezpieczeni pacjenci),
- *struktury* („rdzenia”) procesów zewnętrznych i wewnętrznych *relacji kontraktowych* między podmiotami transakcji, w tym struktury kontraktowe i systemy zarządzania nimi.

Słuchając dyskusji o polskim systemie opieki zdrowotnej, w kontekście postawionych powyżej pytań, niejednokrotnie konstatuje, że mamy do czynienia z pomieszaniem podstawowych pojęć opisujących system. Wydaje się wręcz, że nawet nie jesteśmy w stanie stwierdzić, z jakim modelem opieki zdrowotnej mamy do czynienia w Polsce. Przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać w operowaniu uproszczeniami zarówno opisu rzeczywistości, jak i w założeniach metodologicznych analizy. Typowym przykładem takich uproszczeń jest utożsamianie typu modelu systemu opieki zdrowotnej z rodzajem źródła pochodzenia środków finansowych. I tak model budżetowy utożsamiany jest z finansowaniem systemu ze środków publicznych (czytaj: budżetu państwa), a model ubezpieczeniowy z finansowaniem systemu ze składki ubezpieczeniowej. Źródło pochodzenia środków finansowych jest istotnym kryterium klasyfikacji, ale niewystarczającym dla stwierdzenia, z jakim systemem mamy do czynienia w praktyce. To nie źródło pochodzenia środków finansowych determinuje rodzaj systemu, a przede wszystkim dwa dodatkowe kryteria, sprowadzające się do pytań:

- Kto jest redystrybutorem środków finansowych wewnątrz systemu?
- W jaki sposób finansowani są świadczeniodawcy?

W odpowiedzi na pierwsze pytanie podmiotami finansującymi system mogą być:

- państwo, jego agendy administracyjne lub też władze samorządowe,
- niezależna od państwa jedna lub wiele firm ubezpieczeniowych²⁰.

W drugim przypadku związek jest prosty. Jeżeli finansującym funkcjonowanie systemu jest podmiot niezależny od państwa, tj. jedna lub wiele instytucji ubezpieczeniowych, to mamy do czynienia z modelem ubezpieczeniowym. Bardziej skomplikowana sytuacja jest wtedy, gdy to państwo lub jego agendy finansują system. W takim przypadku można mieć nie tylko do czynienia z systemem budżetowym i zaopatrzeniowym, ale także z systemem ubezpieczeniowym, czego przykładem jest system francuski. Fakt ten dowodzi, że drugie kryterium także jest niewystarczające dla określenia modelu.

Trzecim kryterium jest sposób finansowania świadczeniodawców. Przy czym kryterium to dotyczy rodzaju tzw. struktury kontraktowej²¹ łączącej podmiot finansujący ze świadczeniodawcami. Mogą wystąpić dwa rodzaje struktur kontraktowych:

1. Struktura rynkowa²², kiedy stosunek między niezależnymi prawnie, posiadającymi osobowość prawną podmiotami oparty jest na relacji cywilnoprawnej, tj. umownej (kontraktowej).

2. Struktura hierarchiczna (administracyjno-budżetowa) oznacza relację między podmiotami nieposiadającymi osobowości prawnej wewnątrz tej samej państwowej struktury własnościowej.

Pierwszy typ struktury kontraktowej charakterystyczny jest zarówno dla modelu ubezpieczeniowego, jak i zaopatrzeniowego. Struktura hierarchiczna jest jednoznacznie związana z modelem budżetowym.

Syntetyczna prezentacja trzech ww. kryteriów wskazuje, że prawidłowa metodologicznie analiza modeli wymaga ich równoczesnego zastosowania w procesach identyfikacyjnych. Za pomocą ww. kryteriów można pokusić się o zdefiniowanie typów teoretycznie czystych modeli²³ systemu opieki zdrowotnej. I tak:

1. **za model budżetowy** należy uznać system opieki zdrowotnej, który:

²⁰ Pojęcie firm ubezpieczeniowych obejmuje szereg różnych możliwych rozwiązań własnościowo-organizacyjnych. To nie tylko komercyjne towarzystwa ubezpieczeniowe, ale także m.in.: towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, instytucje parytarne, czy kasy chorych działające na podstawie specjalnych uregulowań prawnych.

²¹ Pojęcie struktury kontraktowej obejmuje z jednej strony relację kontraktową między uczestnikami transakcji, z drugiej zaś strukturę zarządzania procesem transakcyjnym.

²² O.E. Williamson wyróżnia trzy rodzaje rynkowych struktur kontraktowych: kontraktowanie klasyczne, neoklasyczne i relacyjne.

²³ Powyższa klasyfikacja nie jest zupełna, tj. nie obejmuje innych rodzajów modeli występujących poza Europą.

- finansowany jest z środków publicznych (budżetowych),
- redystrybucją środków finansowych zajmuje się państwo lub jego agendy,
- redystrybucja środków finansowych wewnątrz administracyjnej państwowej struktury administracyjnej (publiczni świadczeniodawcy nieposiadający osobowości prawnej) następuje w sposób hierarchiczny, tj. budżetowy;

2. za model zaopatrzeniowy należy uznać system opieki zdrowotnej, który:

- finansowany jest z środków publicznych (budżetowych), przy czym mogą one pochodzić także ze „znanego” podatku zdrowotnego,
- redystrybucją środków finansowych zajmuje się państwo lub jego agendy,
- redystrybucja środków finansowych ma strukturę rynkową realizowaną na podstawie umów cywilnoprawnych z niezależnymi prawnie, posiadającymi osobowość prawną publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami;

3. za model ubezpieczeniowy należy uznać system opieki zdrowotnej, który:

- finansowany jest z środków pochodzących ze składki ubezpieczeniowej (wskazanie, kto może być ubezpieczającym, jest odrębnym problemem wymagającym dodatkowego wyjaśnienia),
- redystrybucją środków finansowych zajmują się niezależne od państwa instytucje ubezpieczeniowe (jedna bądź wiele),
- redystrybucja środków finansowych ma strukturę rynkową realizowaną na podstawie umów cywilnoprawnych z niezależnymi prawnie, posiadającymi osobowość prawną publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami.

Powyższa typologia modeli systemów opieki zdrowotnej pozwala na syntetyczną analizę rozwiązań prawnych funkcjonujących w Polsce.

Odpowiedź na pytanie dotyczące źródła pochodzenia środków finansowych jest pozornie łatwa. Teoretycznie źródłem finansowania systemu jest składka zdrowotna płacona przez ubezpieczonego. W praktyce sytuacja jest bardziej skomplikowana. O indywidualnym źródle pochodzenia środków można mówić jedynie w odniesieniu do poziomu składki przekraczającej 7,5 proc. Ta część środków rzeczywiście pochodzi z indywidualnych dochodów ubezpieczonych. Podstawowa część składki, tj. do poziomu 7,5 proc., mimo tego, że jest płacona przez ubezpieczonego, to równocześnie jest odliczana od naliczonego podatku dochodowego od osób fizycznych. W praktyce oznacza to, że albo podatek dochodowy od osób fizycznych jest niższy albo składka zdrowotna jest fikcją, bowiem stanowi część podatku dochodowego. Raczej należy się skłonić ku drugiej tezie, bowiem likwidacja składki

ubezpieczeniowej nie oznaczałyby zmniejszenia indywidualnego obciążenia podatkiem dochodowym. Tym samym możemy stwierdzić, że mimo zawilej konstrukcji składki ubezpieczeniowej rzeczywistym płatnikiem składki jest budżet państwa, bowiem nie otrzymuje on należnych dochodów z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych. Budżet państwa opłaca także składkę ubezpieczeniową w sposób bezpośredni lub pośredni (za pomocą swych agend) za szereg kategorii obywateli niezdolnych do indywidualnego opłacenia składki ubezpieczeniowej. Dążenie do objęcia ubezpieczeniem maksymalnej ilości kategorii obywateli powoduje wydłużanie się pozytywnie definiowanej listy uprawnionych do ubezpieczenia.

Obowiązujące rozwiązania prawne prowadzą do galimatiasu prawnego i realizacyjnego. Prawo do ubezpieczenia i sposób poboru składki w ustawie regulowany jest przez ponad 30 artykułów na ponad 20 stronach, co i tak nie zapewnia identyfikacji ubezpieczonego, płatnika i wysokości składki zdrowotnej. W praktyce sytuacja jeszcze bardziej się komplikuje, bowiem pobór składki dokonuje się w pionie ubezpieczeń społecznych (ZUS i KRUS), a nie w pionie poboru podatku dochodowego od osób fizycznych (urzędy skarbowe). Prowadzi to do braku możliwości identyfikacji ubezpieczonych, nie mówiąc o identyfikacji personalnej poziomu płaconej składki zdrowotnej, a tym bardziej poziomu składki należnej i rzeczywiście opłaconej. W sytuacji monopolu Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma to znaczenia, bowiem i tak wszystkie środki finansowe wpływają do jednego „worka”, choć formalnie niewyodrębnionego funduszu. Cała ta niekończąca się „zabawa” identyfikacyjna kosztuje kilkadziesiąt milionów złotych rocznie, co odpowiada potencjalnym rocznym kosztom utrzymania w ruchu całego systemu informatycznego obejmującego wszystkie podmioty systemu opieki zdrowotnej²⁴.

Odpowiedź związana z drugim kryterium jest znacznie prostsza. Redystrybucją środków finansowych wewnątrz systemu zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.

Trzecim kryterium jest rodzaj redystrybucji środków finansowych. Ma on formalnie strukturę rynkową realizowaną na podstawie umów cywilnoprawnych z niezależnymi prawnie, posiadającymi osobowość prawną, publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami. Jednak zawierane kontrakty nie mają charakteru otwartego, lecz są ograniczone zarówno wartościowo, jak i ilościowo, co w swej istocie przypomina finansowanie budżetowe (wyznaczenie poziomu dostępnych środków i zadań do realizacji).

²⁴ Systemu informatycznego opłacanego za tzw. funkcje operatorskie, nie zaś, jak to się najczęściej robi w Polsce, jednorazowego zakupu sprzętu komputerowego i oprogramowania.

Konkludując, polski system opieki zdrowotnej jest hybrydą rozwiązań charakterystycznych dla wszystkich trzech modeli. Głównym źródłem środków finansowych, mimo zawłości prawnych i powszechnego używania pojęcia zdrowotnej składki ubezpieczeniowej, jest budżet państwa, co jednak nie przesądza przypisania go do żadnego z modeli. Redystrybutorem środków finansowych jest państwowa agenda, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), co jest bardziej charakterystyczne dla modeli zaopatrzeniowego i budżetowego niż ubezpieczeniowego. Struktura kontraktowa ma, co prawda, formalnie rynkowy charakter, lecz limitowanie wartościowe kontraktów raczej przypomina model budżetowy lub zaopatrzeniowy niż ubezpieczeniowy.

Powyższa analiza pozwala na uszczegółowienie lub mówiąc inaczej przeformułowanie pierwszego kryterium identyfikacji modelu. A mianowicie postawmy pytanie, czy istotnym dla modelu ubezpieczeniowego jest fakt, kto jest ubezpieczającym, czyli opłacającym składkę ubezpieczeniową na rzecz ubezpieczonego? W celu odpowiedzi na powyższe pytanie posłużmy się przykładami rozwiązań obowiązującymi w Europie i USA. I tak, w niewątpliwie ubezpieczeniowym systemie, jakim jest system niemiecki, składka płacona jest po 50 proc. przez pracownika i pracodawcę.

Oddzielenie ubezpieczonego od opłacającego składkę jeszcze bardziej widoczne jest w amerykańskim systemie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Najczęściej opłacającym w 100 proc. składkę ubezpieczeniową na rzecz pracownika jest pracodawca. Podobnie rzecz się ma w przypadku systemów współfinansowanych z amerykańskiego budżetu centralnego lub stanowego. Dotyczy to m.in. programów ubezpieczeniowych Medicare i Medicaid, które jedynie w 25 proc. finansowane są ze składki płaconej przez ubezpieczonego. Pozostałe koszty funkcjonowania tych programów pokrywane są ze środków publicznych. Dowodzi to, że dla modelu ubezpieczeniowego nie jest istotne, kto płaci składkę ubezpieczeniową, choć istotnym jest sam fakt istnienia kategorii składki będącej finansowym warunkiem uzyskania uprawnień ubezpieczonego.

Powyższe przykłady rodzą pytanie o sposób racjonalnego ekonomicznie poboru i redystrybucji środków finansowych na rzecz realizacji dóbr uznanych za dobra publiczne czy społeczne, za jakie niewątpliwie należy uznać świadczenia zdrowotne.

W Europie ciekawym rozwiązaniem jest model belgijski. W tym modelu ubezpieczeniowym składka zdrowotna zbierana jest centralnie do wyodrębnionego prawnie funduszu, z którego następnie redystrybuowana jest do niezależnych od państwa kas chorych na zasadach kapitacyjnych. Bazowa stawka kapitacyjna ważona przy tym jest dwoma kryteriami: wiekiem ubezpieczonych i miejscem zamieszkania. Oba te kryteria związane są z

wyrównywaniem ryzyka, przy zachowaniu zasad powszechności i solidaryzmu społecznego, uzależnionego od poziomu konsumpcji świadczeń zdrowotnych w zależności od wieku i regionalnych różnic epidemiologicznych, co w przypadku Belgii historycznie związane było z lokalizacją przemysłu ciężkiego (głównie górnictwa i hutnictwa). Przykład belgijski rozwiązuje problem redystrybucji środków finansowych w ramach systemu. Nietkniętym pozostawia problem źródła pochodzenia środków finansowych.

Aby rozwiązać problem źródła i sposobu finansowania systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, konieczne jest odwołanie się do zjawiska pojawienia się na rynku firm prywatnych dostarczających równoległe z państwem dóbr publicznych; nie tylko usług medycznych, ale też np. edukacyjnych. Powstaje nie tylko praktyczny, ale i teoretyczny problem: w jaki sposób finansować powszechnie uznane dobra publiczne dostarczane w sposób prywatny?

Problemem tym zajęła się Nowa Szkoła Instytucjonalna, a właściwie dwie teorie w ramach tej szkoły: Teoria Wyboru Publicznego²⁵ i Teoria Praw Własności²⁶. Pierwsza udowodniła, że uznanie danego dobra za dobro publiczne nie determinuje konieczności monopolu dostarczania go przez państwo. Druga zaś stworzyła teoretyczne podstawy obrotu częściowymi prawami własności, co umożliwiło zachowanie publicznego charakteru dobra dostarczanego przez prywatne instytucje.

Jako pierwsza zrodziła się koncepcja tzw. „bonu edukacyjnego”. Jego konstrukcja jest bardzo prosta. A mianowicie każdemu obywatelowi posiadającemu dziecko w wieku szkolnym przysługuje uprawnienie (wirtualny „bon edukacyjny”) o określonej wartości, który może „przekazać” w drodze wyboru szkole publicznej lub prywatnej. W ten sposób następuje cesja uprawnienia sfinansowania z środków publicznych kosztów nauki dziecka. W

²⁵ **Teoria wyboru publicznego** dokonująca analizy m.in. sposobów dostarczania dóbr publicznych i społecznych. Powstała na gruncie amerykańskim na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych XX wieku. Za prekursorów tego nurtu należy uznać D. Blacka i K.J. Arrowa. Obecnie za głównych przedstawicieli tego kierunku należy uznać J. Buchanana, G. Tullocka i M. Olsona. Teoria Wyboru Publicznego stara się zastosować metodologię standardowej analizy ekonomicznej do sfery badania zjawisk nierynkowych lub quasi-rynkowych. Obszarem badawczym jest co prawda polityka (w tym m.in. racjonalizacja decyzji politycznych dotyczących dostarczania dóbr publicznych), lecz metody analizy czerpie z ekonomii, teorii decyzji i teorii gier.

²⁶ **Teoria Praw Własności** będąca drugim z nurtów tzw. Nowej Szkoły Instytucjonalnej dokonuje dekompozycji tradycyjnej, rzymskiej triady praw własności (prawa posiadania, rozporządzania i korzystania) na 16 częściowych praw własności, co pozwala na dokonywanie analiz porównawczych różnych struktur praw własności (klas własności) z punktu widzenia metodologicznej racjonalności ekonomicznej. Siłą teorii praw własności jest subtelność, z jaką, przy pomocy podstawowej cegiełki tej szkoły – pojęcia częściowego prawa własności – opisuje różnorodne struktury praw własności, a właściwie wiązki uprawnień do decydowania o sposobach użytkowania rzadkich zasobów. Podstawowymi twierdzeniami (sformułowanymi przez laureata Nagrody Nobla R. Coase’a) umożliwiającymi opis przyczyn i konsekwencji dla metodologicznej efektywności różnych struktur praw własności są następujące twierdzenia: „wartość zasobów jest dla aktorów zależna od praw własności do tych zasobów” oraz „koszty transakcyjne (czytaj: koszty funkcjonowania dowolnego systemu) zależne są od struktury praw własności, tj. stopnia ich kompletności i wyłączności”.

konsekwencji idea „bonu edukacyjnego” prowadzi nie tylko do prywatyzacji usług edukacyjnych, ale również do prywatyzacji zarządzania środkami publicznymi, bowiem to obywatel decyduje nie tylko o tym, kto będzie dostarczycielem dobra publicznego, ale także, kto „skonsumuje” środki budżetowe. Proces ten w wielu krajach, w tym w Polsce, ma charakter ewolucyjny, co związane jest z próbą ochrony szkół publicznych. Oznacza to, że w okresie przejściowym wybór szkoły prywatnej skutkuje cesją np. jedynie 50 proc. kwoty przekazywanej szkołom publicznym.

Konstrukcja „bonu edukacyjnego” jest niezmiernie prosta w porównaniu do koncepcji „bonu zdrowotnego”. Wynika to głównie z następujących różnic między usługami edukacyjnymi i medycznymi:

- usługi edukacyjne są dobrem pożądanym, medyczne unikaniem,
- usługi edukacyjne są dobrem dotyczącym wybranej, ściśle określonej wiekiem populacji, medyczne dotyczą wszystkich obywateli, przy czym nie jest możliwe określenie zarówno terminu konieczności ich konsumpcji, jak i prawdopodobieństwa co do skutków choroby, w tym poziomu kosztów leczenia,
- przynajmniej teoretycznie koszty usług edukacyjnych są równe i realizowane na bieżąco w trakcie okresu edukacji, koszty usług medycznych są nieprzewidywalne zarówno w odniesieniu do konsumenta, jak i ich indywidualnego poziomu,
- usługi edukacyjne finansowane są bezpośrednio przez osobę fizyczną, usługi medyczne w ramach systemów ubezpieczeniowych, zaopatrzeniowych i budżetowych finansowane są przez tzw. „trzecią stronę”, tj. państwo lub instytucje ubezpieczeniowe.

Centrum im. Adama Smitha wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy w swym modelu „Racjonalnego Medycznie i Ekonomicznie Systemu Opieki Zdrowotnej” proponuje m.in. koncepcję „bonu zdrowotnego”, który eliminuje obecnie obowiązujący skomplikowany system poboru i redystrybucji składki ubezpieczeniowej. W projekcie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym w Towarzystwach Ubezpieczenia Zdrowotnego „bon zdrowotny” zdefiniowano jako „uprawnienie przysługujące osobom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym do opłacenia przez budżet państwa należnej składki zdrowotnej”. Z powyższej definicji wynika, że ubezpieczającym wszystkich obywateli polskich zamieszkujących terytorium Polski jest państwo, płatnikiem zaś budżet państwa. Wyjaśnienie koncepcji „bon zdrowotnego” wymaga omówienia dwóch faz:

- **Fazy tworzenia (poboru) „bonu zdrowotnego”.**

- **Fazy redystrybucji „bonu zdrowotnego” między Towarzystwa Ubezpieczenia Zdrowotnego.**

Faza tworzenia (poboru) „bonu zdrowotnego” obejmuje:

- Określenie sumarycznej kwoty środków publicznych przeznaczonych na sfinansowanie „bonu zdrowotnego” (powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych). W omawianej koncepcji modelu kwotę określono²⁷ w procentach Produktu Krajowego Brutto lub wydatków budżetowych.
- Oszacowanie wartości bazowej „bonu zdrowotnego” jest prostym obliczeniem arytmetycznym, bowiem jest ona ilorazem budżetowych środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i liczby osób objętych systemem de facto równej liczbie obywateli polskich zamieszkałych na terytorium Polski.

Faza redystrybucji „bonu zdrowotnego” między Towarzystwa Ubezpieczenia Zdrowotnego obejmuje:

- Określenie wartości rzeczywistej „bonu zdrowotnego”, która jest iloczynem wartości bazowej „bonu” oraz współczynników zróżnicowanych w zależności od następujących grup wiekowych: do 18 roku życia; od 19 do 64 roku życia oraz powyżej 65 roku życia. Wartość ww. współczynników określona zostaje w trybie negocjacyjnym między ministrem ds. zdrowia, Krajowym Związkiem Towarzystw Ubezpieczenia Zdrowotnego i samorządami medycznymi. Merytoryczną przyczyną zróżnicowania wartości rzeczywistej „bonu zdrowotnego” jest fakt różnego poziomu konsumpcji świadczeń zdrowotnych w zależności od wieku ubezpieczonego, a tym samym niwelowania skłonności instytucji ubezpieczeniowych do tzw. negatywnej selekcji ubezpieczonych. Docelowo system powinien uwzględniać jeszcze jeden parametr zróżnicowania wartości „bonu”, a mianowicie regionalne różnice epidemiologiczne. Jednak wymaga to posiadania prawdziwych danych epidemiologicznych i dlatego konieczne jest uruchomienie wiarygodnego systemu sprawozdawczości medycznej.
- Podział dostępnych w systemie środków między poszczególne Towarzystwa Ubezpieczenia Zdrowotnego przy uwzględnieniu liczby ubezpieczonych i

²⁷ Oczywiście wysokość procentowa udziału w PKB ma charakter polityczny, ale politykom trudno będzie ukryć, jak to ma miejsce obecnie, ile środków publicznych są gotowi przeznaczyć na opiekę zdrowotną Polaków.

kryterium wieku. Ze względów bezpieczeństwa systemu projekt ustawy przewiduje kontynuację funkcjonowania NFZ²⁸, w którym w momencie uruchomienia nowego systemu objęci są ubezpieczeniem wszyscy polscy obywatele. Zmiana instytucji ubezpieczeniowej następować będzie w drodze pozytywnej, tj. deklaracji zmiany Towarzystwa Ubezpieczenia Zdrowotnego. Rozwiązuje to także problem identyfikacji personalnej w nowo powstałych Towarzystwach Ubezpieczenia Zdrowotnego. Oczywiście proces ten będzie miał charakter sukcesywny, uzależniony od indywidualnych decyzji ubezpieczonych.

Ostatecznie, istotą „bonu zdrowotnego”, podobnie jak „bonu edukacyjnego”, jest pozostawienie uprawnionemu (czytaj: każdemu z nas) prawa do swobodnego decydowania o tym, komu przekazana zostanie składka zdrowotna w zarządzanie. W przypadku utrzymania monopolu NFZ idea „bonu” straciłaby swój sens. Podobnie jak słynna wolność wyboru koloru forda w latach trzydziestych, który mógł być dowolny pod warunkiem, że będzie czarny. W takim przypadku system opieki zdrowotnej stałby się modelem zaopatrzeniowym, a nie ubezpieczeniowym.

Proponowane rozwiązanie posiada szereg zalet eliminujących wady obecnie obowiązujących skomplikowanych przepisów regulujących fazę poboru i redystrybucji zdrowotnej składki ubezpieczeniowej:

- Konstrukcja „bonu zdrowotnego” jest prosta z punktu widzenia legislacyjnego. Regulowana jest tylko kilkoma artykułami zamiast kilkudziesięciu obecnie obowiązujących.
- „Bon zdrowotny” jest prosty do zastosowania w praktyce. Eliminuje konieczność realizacji wątpliwych jakościowo procesów identyfikacji personalnej; kto i ile powinien zapłacić i czy rzeczywiście zapłacił.
- „Bon zdrowotny” jest tani w zastosowaniu, bowiem redukuje niemal do zera koszty poboru i identyfikacji obecnie wynoszące kilkadziesiąt milionów złotych.
- „Bon zdrowotny” eliminuje zagrożenie wystąpienia konfliktów między Towarzystwami Ubezpieczenia Zdrowotnego odnośnie roszczeń dotyczących należnych im środków finansowych, co obecnie jest konsekwencją braku możliwości identyfikacji personalnej składki ubezpieczeniowej.

²⁸ NFZ pełnić będzie także funkcję płatnika świadczeń zdrowotnych za osoby nieobjęte ubezpieczeniem powszechnym, np. bezdomnych, których identyfikacja nie jest możliwa.

- „Bon zdrowotny” eliminuje konieczność tworzenia skomplikowanych mechanizmów mających na celu wyrównanie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego i zapewnienia zasady solidaryzmu społecznego.
- Zróżnicowanie rzeczywistej wartości „bonu zdrowotnego” według kryterium wieku ubezpieczonych eliminuje, a co najmniej znacznie redukuje, skłonność firm ubezpieczeniowych do negatywnej selekcji, przy równoczesnym zachowaniu zasad powszechności i solidaryzmu społecznego systemu.
- Ewolucyjność zmian systemowych, dzięki koncepcji pozytywnej zmiany instytucji ubezpieczeniowej, niweluje ryzyko pozostania w NFZ jedynie ludzi starych i chorych. Należy wręcz przypuszczać, szczególnie w pierwszym okresie funkcjonowania systemu, że do nowo tworzonych Towarzystw Ubezpieczenia Zdrowotnego przepisywać będą się właśnie osoby stare i chore, a decyzji takich nie będą podejmować będą osoby młode i zdrowe.
- Koncepcja „bonu zdrowotnego” nie pozwala na ucieczkę polityków od podjęcia przejrzystej decyzji w sprawie sumy środków publicznych (wyrażonej w procencie PKB) przeznaczanych na powszechny system opieki zdrowotnej. Obecnie jest możliwa manipulacja poziomem i podstawą indywidualnej składki zdrowotnej.
- Wartość bazową „bonu zdrowotnego” jest łatwiej prognozować niż sumę środków będącą wynikiem wielu zmiennych, tak jak to ma miejsce obecnie.

Koncepcja „bonu zdrowotnego” jest istotnym, lecz nie jedynym elementem projektu „Racjonalnego Medycznie i Ekonomicznie Systemu Opieki Zdrowotnej”²⁹, który przewiduje rzeczywistą i kompleksową, a nie pozorowaną, reformę polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Koncepcja „bonu” jest ściśle związana z procesem modelowania całego systemu opieki zdrowotnej, który zawiera m.in. podsystemy:

- Ratownictwa Medycznego,
- Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- Dobrowolnych, Dodatkowych Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- Programy Zdrowotne,
- Procedury Wysokospecjalistyczne.

²⁹ Założenia i syntetyczny opis „Racjonalnego Ekonomicznie i Medycznie Systemu Opieki Zdrowotnej” można znaleźć na stronach Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy: www.ozzl.org.pl.

Rysunek. Relacje pomiędzy systemem Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych i systemami: Ratownictwa Medycznego, Dobrowolnych, Dodatkowych Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz dodatkowymi elementami systemu opieki zdrowotnej – ujęcie transakcyjne podmiotowo-przedmiotowe

Transakcje dwustronne DDUZ przez	Transakcje dwustronne finansowane indywidualnie		Transakcje w ramach PZ
			Transakcje w ramach PW
Transakcje dwustronne w ramach PUZ (dopłaty) refinansowane przez DDUZ	Transakcje w ramach PUZ finansowane przez PUZ	Transakcje w ramach RM finansowane przez PUZ	Transakcje w ramach RM finansowane przez budżet centralny

Źródło: Opracowanie własne

Objaśnienia skrótów:

[DDUZ] – Dobrowolne, Dodatkowe Ubezpieczenia Zdrowotne

[PZ] – Programy Zdrowotne finansowane z środków publicznych

[PW] – Procedury Wysokospecjalistyczne finansowane z budżetu centralnego

[RM] – Ratownictwo Medyczne

[PUZ] – Powszechne Ubezpieczenia Zdrowotne

Schemat wskazuje powiązanie procesów transakcyjnych z punktu widzenia dwóch kryteriów:

1. podmiotowego, związanego z rodzajem podmiotu finansującego, którym może być: TUZ, państwo lub osoba fizyczna,
2. przedmiotowego, w zależności od zakwalifikowania lub niezakwalifikowania danego świadczenia zdrowotnego do systemu PUZ lub RM.

Przy projektowaniu systemu Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych szczególnie istotne jest zwrócenie uwagi na jego związki z systemami Ratownictwa Medycznego i Dobrowolnych, Dodatkowych Ubezpieczeń Zdrowotnych.

W systemie Ratownictwa Medycznego świadczenia zdrowotne niewchodzące w zakres Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych są w części finansowane przez TUZ-y, a więc finansowanie Ratownictwa Medycznego dokonuje się z dwóch źródeł:

- z budżetu centralnego w odniesieniu do zapłaty za pozostawanie w 24-godzinnej gotowości do realizacji świadczeń zdrowotnych,

- ze składek zdrowotnych („bonów zdrowotnych”) w części odnoszącej się do finansowania (na poziomie standardowych kosztów zmiennych) wykonanych świadczeń zdrowotnych.

Związek systemu Dobrowolnych, Dodatkowych Ubezpieczeń Zdrowotnych z systemem Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych występuje wówczas, gdy świadczenia zdrowotne wprawdzie są realizowane w ramach systemu powszechnego, ale wymagają obowiązkowego lub dobrowolnego współpłacenia przez pacjenta. Powiązanie następuje poprzez wspólne refinansowanie kosztów zrealizowanych świadczeń: część przez TUZ-y w ramach systemu powszechnego i część w ramach systemu dodatkowego.

Przeciwstawność funkcji pełnionych przez systemy Ratownictwa Medycznego (bezpieczeństwo systemu) i Dobrowolnych, Dodatkowych Ubezpieczeń Zdrowotnych (zróżnicowanie systemu) z jednej strony oraz ich powiązanie z systemem powszechnym z drugiej sprawia, że jest koniecznością zachowanie równowagi między wszystkimi (pod)systemami wchodzącymi w skład systemu opieki zdrowotnej.

W schemacie zaprezentowano także dwa rodzaje transakcji, które uzupełniają system opieki zdrowotnej: Programy Zdrowotne i Procedury Wysokospecjalistyczne finansowane z budżetu centralnego mające duży wpływ na funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej i systemu PUZ:

- Programy Zdrowotne mają decydujące znaczenie dla poziomu przyszłych kosztów świadczeń zdrowotnych w ramach medycyny naprawczej, w tym przez ograniczenie kosztów negatywnych efektów zewnętrznych.
- Procedury Wysokospecjalistyczne, z powodu swojego wysokiego kosztu jednostkowego, wpływają na redukcję poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, co jest warunkiem zapewnienia bezpieczeństwa medycznego i ekonomicznego systemu PUZ.

Korelacja „bonu zdrowotnego” z poziomem dostępności do świadczeń zdrowotnych nie ma charakteru bezpośredniego. Koncepcja „bonu zdrowotnego” uruchamia jednak automatycznie szereg procesów i mechanizmów, które warunkują wzrost dostępności do świadczeń zdrowotnych szczególnie wysokospecjalistycznych:

- „Bon zdrowotny” jest warunkiem uruchomienia procesów konkurencji między firmami ubezpieczeniowymi. Konkurencja między firmami ubezpieczeniowymi jest natomiast warunkiem koniecznym redukcji pokusy nadużyć, szczególnie prostych rutynowych świadczeń zdrowotnych, co skutkuje przejadaniem środków

finansowych na niekosztochłonne świadczenia zdrowotne, a tym samym powoduje ograniczenia dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

- Zróżnicowanie rzeczywistej wartości „bonu zdrowotnego” według kryterium wieku ubezpieczonych eliminuje, a co najmniej znacznie redukuje, skłonność firm ubezpieczeniowych do „negatywnej selekcji” i „spijania śmietanki”, co prowadzi do ograniczania dostępności do świadczeń zdrowotnych pacjentów starszych i cierpiących na jednostki chorobowe wymagające wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.
- Kapitacyjna podstawa redystrybucji „bonu zdrowotnego” wymaga wdrożenia procedury wyłączenia świadczeń wysokospecjalistycznych opartej nie na zasadach decyzji politycznych, ale na podstawie analizy ryzyka ubezpieczeniowego, co spowoduje wzrost konsumpcji ilości tych świadczeń.
- Demonopolizacja rynku powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w wyniku wprowadzenia koncepcji „bonu zdrowotnego” oznacza konieczność rzeczywistej, a nie tylko werbalnej, standaryzacji medycznej świadczeń zdrowotnych, co jest warunkiem koniecznym dla powstania rynku dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Umożliwi to z kolei absorpcję środków finansowych obecnie znajdujących się w „czarnej” i „szarej” sferze, co umożliwi sfinansowanie znacznie większej ilości świadczeń, w tym w szczególności świadczeń wysokospecjalistycznych.
- Standaryzacja medyczna świadczeń zdrowotnych jest z kolei warunkiem standaryzacji kosztowej, co jest gwarantem rzeczywistej, a nie sufitowej wyceny świadczeń zdrowotnych, a tym samym opłacalności realizacji, w szczególności świadczeń wysokospecjalistycznych.
- Z koncepcją „bonu zdrowotnego” ściśle związana jest konstrukcja systemu Medycyny Ratunkowej. Finansowanie go z budżetu państwa gwarantuje zaś dostępność do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych mających na celu ratowanie zdrowia i życia pacjentów.

Konkludując, koncepcja „bonu zdrowotnego” nie jest magicznym narzędziem automatycznie gwarantującym wzrost dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym wysokospecjalistycznych. Jest natomiast warunkiem uruchomienia szeregu mechanizmów i rzeczywistego wdrożenia narzędzi prowadzących do wzrostu dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym szczególnie wysokospecjalistycznych. Ich brak powodować nadal będzie

wypychanie poza system pacjentów ciężko chorych wymagających szczególnie wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Dr Tomasz Teluk

Informacja medyczna a zdrowie pacjenta

Zdrowe społeczeństwo zapewnia prawidłowe funkcjonowanie gospodarki rynkowej. Z drugiej strony to właśnie wolna przedsiębiorczość gwarantuje doskonale prawidłowe działanie rynku ochrony zdrowia. Wobec powyższego, jedyną efektywną strategią zmierzającą do uzdrowienia sektora zdrowotnego jest jego prywatyzacja.

W procesie prywatyzacji kluczowe znaczenie odgrywa wolność informacji. Dostęp do informacji medycznej jest niezwykle ważny dla zwiększenia poziomu wiedzy medycznej w społeczeństwie i poprawy zdrowia pacjentów. Dlatego też wprowadzanie mechanizmów rynkowych powinno być poprzedzone zniesieniem barier informacyjnych oraz ograniczeniem biurokratycznej nadbudowy systemów medycznych w skali lokalnej i globalnej.

Reforma europejskiej służby zdrowia powinna zacząć się od rewolucji w podejściu do pacjenta.

Dotychczas najważniejszym elementem systemu jest system sam w sobie, a ściślej jego sztuczne podtrzymywanie publicznymi dotacjami. Tymczasem najważniejszym elementem systemu opieki zdrowotnej powinien być chory, a nie wypełnianie centralnych planów korzystnych dla urzędników i lekarskiego establishmentu.

Dalsze funkcjonowanie obecnego systemu jest niebezpieczne dla zdrowia i życia pacjentów. Zupełnie niedawno na oddziale dializ w państwowym szpitalu w Kutnie wskutek braku pieniędzy pacjenci przez pół roku nie otrzymywali EPO – hormonu odpowiedzialnego za produkcję czerwonych krwinek. Chorzy dostawali anemii, a przy życiu byli trzymani tylko dzięki transfuzjom krwi. Jeden z nich zmarł.

Kilka lat wcześniej pracownicy państwowego pogotowia ratunkowego w Łodzi zamiast ratować ludzkie życie, uśmiercali ich, podając pavulon – silny lek rozkurczający. Ciała sprzedawali zaprzyjaźnionym firmom pogrzebowym, które zarabiają krocie, ponieważ... otrzymują pieniądze na pogrzeb z państwowego ubezpieczenia.

Powyższe patologie doskonale ukazują zapaść służby zdrowia. Jest nieprawdopodobne, aby podobne sytuacje zdarzyły się kiedykolwiek w komercyjnych placówkach prywatnych ratujących zdrowie i życie. Ze stanu służby zdrowia nie jest zadowolony nikt. Jakość usług jest fatalna, a specjaliści są źle opłacani.

Ostatnio obserwuje wielką falę emigracji wielu zdolnych specjalistów z zakresu medycyny. Tysiące lekarzy i pielęgniarek wyjechało z Polski do Skandynawii i Wielkiej

Brytanii w poszukiwaniu lepszych warunków do pracy. Należy pamiętać, że odpływ wykwalifikowanej siły roboczej może spowodować gospodarcze spustoszenie i kompletną zapaść medycyny, czego najlepszym przykładem jest historia Ghany czy RPA.

Likwidacja monopoli

Wbrew powszechnemu mitowi o konieczności utrzymania państwowego monopolu na podstawowe usługi zdrowotne, sektor prywatny opieki zdrowotnej funkcjonuje znacznie efektywniej niż sektor państwowy. W prywatnych praktykach, korporacjach i przychodniach pracuje w Polsce niemal każdy lekarz i to na kilku etatach jednocześnie. Pacjent, który nie chce ryzykować swoim zdrowiem w kolejce na zabieg, płacić łapówek personelowi i stać go na dodatkowe finansowanie opieki medycznej, leczy się w zaufanej praktyce prywatnej.

Polacy pokrywają z własnej kieszeni ponad 28 proc. wydatków na opiekę zdrowotną. Więcej niż Niemcy, Francuzi, Brytyjczycy, Duńczycy i Czesi, jednak blisko o połowę mniej niż Amerykanie.

Efektywność sektora państwowego to fikcja. Niemal każda inwestycja finansowana z kieszeni podatnika jest bulwersującym przykładem niegospodarności. Na Śląsku, między Gliwicami a Zabrzem, na 42 ha miał powstać gigantyczny szpital. Budowa trwa od lat 70. Dziś budynki są w stanie surowym, a ich utrzymanie kosztuje podatnika 1 mln zł rocznie. Aby myśleć poważnie o dokończeniu inwestycji, należałoby rozebrać niszczące budynki i wydać jednorazowo kilkaset milionów.

W prywatnych szpitalach pacjenci dochodzą do zdrowia w luksusowych 2, 3-osobowych salach z łazienkami i klimatyzacją. Szwajcarska firma Centrum Zdrowia Swissmed, od lat inwestująca w prywatną opiekę zdrowotną w naszym kraju, zadebiutowała na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych. Podczas pierwszego notowania kurs akcji spółki skoczył o 130 proc, a w czasie hossy przynosił inwestorom rekordowe zyski. Prywatne firmy rozpoczęły również walkę o szpitale. Kolejne inwestycje zapowiedziała także duńska spółka Falck Medycyna.

Jak może funkcjonować prywatna ochrona zdrowia? Przyjrzyjmy się następującemu przykładowi. Szpital Mount Sinai w Toronto zainwestował w nowoczesne technologie teleinformatyczne. Dzięki bezprzewodowej komunikacji Wi-Fi, lekarze mogą szybciej reagować na potrzeby pacjentów, nierzadko ratując życie w sytuacjach krytycznych. Personel szpitala został wyposażony w telefony komórkowe, palmtopy i inne urządzenia przenośne, zintegrowane w jeden system. Dzięki temu ponad 300 pracowników, zajmującego 18 pięter

szpitala, reaguje błyskawicznie na wezwanie chorego. Średni czas interwencji został skrócony o 84 proc., z 7 minut do 74 sekund. W Europie taki scenariusz brzmi jak film science-fiction, zwłaszcza wtedy, gdy na myśl przychodzą państwowe placówki.

Instytucje ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych przynoszą krociowe zyski. Ośrodki medyczne wdrażają znane z użytkowania w największych korporacjach systemy zarządzania relacjami z klientami (CRM). Instytucje zdrowia publicznego w Stanach Zjednoczonych nazywają pacjenta „klientem” i w walce o klienta stosują reklamę i marketing. Jest jeszcze jedna różnica między służbą zdrowia w USA i Europie. Za Oceanem lekarza odwiedzają najczęściej ludzie zdrowi, po to, aby uczyć się, jak zapobiegać chorobom. Specjaliści obliczyli, że każdy dolar wydany na kampanie prewencyjne, zwiększające wiedzę medyczną oraz informowanie pacjentów, jak indywidualnie dbać o swoje zdrowie, przyniesie w przyszłości 10 dolarów oszczędności. To właściwa droga ku reformom.

Iluzja ubezpieczenia zdrowotnego

W pierwszej fazie reform rząd powinien zrezygnować z monopolu na świadczenie podstawowych usług zdrowotnych. Państwowe ubezpieczenia zdrowotne są kosztowną iluzją. W Polsce państwo dopłaca do utrzymania tego chorego systemu miliard złotych rocznie. Składka na zdrowie to podatek, nie ubezpieczenie.

Często politycy zamiast prywatyzacji sektora proponują jego „komercjalizację”. Proponując dodatkowe odpłatności za niektóre usługi zdrowotne, forsują zatem podwójne opodatkowanie – zmuszają bowiem pacjentów do wnoszenia opłat za usługi, od których są ubezpieczeni! To tak, jakby posiadacz polisy ubezpieczenia od kradzieży ponosił wszystkie koszty związane z utratą mienia. Nikt nie zgodziłby się na taką umowę dobrowolnie. Państwowe ubezpieczenie zdrowotne jest obowiązkowe.

Centrum im. Adama Smitha (CAS) uważa, że usługi zdrowotne powinny być odpłatne. Podstawowa opieka zdrowotna mogłaby być pokrywana w ramach ubezpieczenia, ale prywatnego, nie państwowego. Jeśli pacjenci płaciliby za usługi, a potem odbieraliby refundację od ubezpieczyciela, zwiększyłaby się konkurencja między przychodniami i lekarzami. Prywatnymi pieniędzmi powinna zarządzać prywatna instytucja. Kluczem do przeprowadzenia tego typu reformy jest przede wszystkim zniesienie monopolu płatnika, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia.

Według rachunków CAS Polacy wydają 15 mld zł na leczenie prywatne, 50 proc. tego, co gwarantuje państwo. Aż 3 mld złotych stanowią łapówki dawane podczas leczenia w

placówkach państwowych. Autorzy badania „Diagnoza społeczna” dowodzą, że w ciągu ostatnich trzech lat z usług lekarzy skorzystało aż 73 proc. dorosłych Polaków. To ogromny rynek o dużym potencjale wzrostu. Dlatego prywatna polisa zdrowotna z pewnością znalazłaby nabywców. Pacjent miałby wówczas zagwarantowaną wyższą jakość usługi: m.in. możliwość wyboru szpitala, specjalisty, kuracji bez ponoszenia dodatkowych kosztów.

Europa jest gotowa do zmian. Według raportu brukselskiego Centre for the New Europe już 8 milionów Niemców posiada prywatne polisy ubezpieczeniowe. W Finlandii w latach 90. liczba zatrudnionych w publicznym sektorze ochrony zdrowia spadła o połowę (jednocześnie kraj ten poczynił największy postęp w ochronie zdrowia obywateli). W Europie Środkowej i Wschodniej, jak w Czechach czy na Słowacji, rynek usług medycznych jest stopniowo uwalniany.

Na rynku pacjenci powinni mieć jak najlepszy dostęp do informacji o lekach. Reklama bezpośrednia w Europie funkcjonuje i tak na czarnym rynku, bowiem lekarze są korumpowani i wynagradzani za wypisywanie określonych preparatów. W nagrodę fundowane im są wczasy w egzotycznych krajach, darmowe uczestnictwa w konferencjach lub otrzymują finansowe gratyfikacje dla placówek, w których pracują. Równy dostęp do informacji zlikwidowałby wymienione patologie i wprowadziłby uczciwą konkurencję między poszczególnymi sposobami terapii.

Prawdziwy powód wysokich cen leków

Ceny leków sprzedawanych w Polsce są nieraz kilkukrotnie wyższe niż w innych krajach Unii Europejskiej. Powodem jest centralnie sterowany państwowy system refundacji, regulacje sektora farmaceutycznego i brak mechanizmów rynkowych umożliwiających producentom walkę o klienta za pomocą konkurencji cenowej.

Polacy płacą za leki więcej niż mieszkańcy jednego z najbogatszych państw świata – Luksemburga. Jednak obywatele Luksemburga zarabiają kilkukrotnie więcej od Polaków, więc dla nich medykamenty wydają się tanie. Jednak w porównaniu z poziomem dochodów na mieszkańca najdroższe lekarstwa w Europie wykupuje się na Łotwie i w Polsce.

W społeczeństwie przyzwyczajonym do „darmowych” leków i do „bezpłatnego” leczenia, jak zadra tkwi mit o zawyżaniu cen przez producentów. Tymczasem pacjenci są wyzyskiwani przez państwowy system opieki zdrowotnej, który nie dość, że stoi na krawędzi bankructwa, to przymusza chorych, emerytów i rencistów do kupowania niezbędnych lekarstw po cenach znacznie wyższych od rynkowych.

Według danych Ministerstwa Zdrowia refundacja pochłonęła w 2003 r. aż 6,1 mld zł, to ponad dwukrotnie więcej niż w 1999 r. Na wolnym rynku pacjenci kupowaliby tańsze leki i wydawaliby mniej pieniędzy na leczenie. Oznacza to, iż państwo nie dość, że zabiera podatnikom gigantyczne pieniądze na służbę zdrowia, to jeszcze *de facto* decyduje, jakie leki ma kupić pojedynczy pacjent! Szczytem absurdu jest fakt, że pacjent opłaca z własnej kieszeni terapię, która go nie dotyczy. Chory na gripę w ramach ubezpieczeniowej solidarności jest zmuszany płacić za terapię np. bólu stawów, czym naturalnie nie jest zainteresowany.

System refundacji leków i państwowej opieki zdrowotnej jest nieefektywny i niemoralny. Pacjent może całe życie płacić za leczenie cukrzyków, przy czym zachorować na nowotwór i nie skorzystać z żadnego systemu dopłat. Gdyby sam odkładał pieniądze na leczenie na starość, to miałby z czego pokryć koszty swojej terapii, a tak państwo odbiera człowiekowi prawo do leczenia. Pacjent ponosi ludzki koszt państwowego systemu, często tracąc zdrowie, a niekiedy życie w wyniku braku niezbędnej pomocy medycznej.

Polacy wydają ponad 12,2 mld zł na zakup farmaceutyków. Pozornie tanie – bo refundowane lekarstwa – stają się najdroższe, płaci się za nie bowiem nie tylko w aptece, lecz przede wszystkim poprzez przymusowe podatki. Raport pt. „Gospodarka lekowa”, opracowany kilka lat temu przez grupę ekspertów Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej pod kierunkiem prof. Witolda Orłowskiego, obnażył legislacyjny i regulacyjny bałagan na rynku farmaceutycznym. Podstawowym problemem wymienianym przez lekarzy jest „brak niezależnej, łatwo dostępnej informacji o lekach, zarówno dotyczącej skuteczności klinicznej, jak i farmakoekonomiki”.

Istniejący system stawia na głowie współczesną terapię. Naczelnym felczerem RP jest minister, który decyduje, jakie leki są najlepsze dla pacjenta. Lekarze nie wiedzą wiele, więc stosują się do zaleceń ministra. A na samym dole tej piramidy znajdują się pacjenci, mimo iż logika nakazywałaby, aby było odwrotnie. Dlatego eksperci postulują m.in. wprowadzenie większej ilości informacji medycznej dla lekarzy i pacjentów jako niezbędnego składnika poprawienia sytuacji w służbie zdrowia.

Niewystarczającym rozwiązaniem mogą być jednak informatory o lekach, przewodniki po receptariuszach, algorytmy terapeutyczne w postaci książek, strony internetowe, programy komputerowe, telefoniczne centra informacji farmaceutycznej. Zwłaszcza dlatego, że finansowane mają być przez płatnika i ministra zdrowia, a nie na przykład przez sektor prywatny, który jest zainteresowany powstaniem tego typu baz danych.

Ekspertom, którzy postulują tworzenie informacyjnych baz danych przez państwo, nie zależy bynajmniej na reformie istniejącego systemu, lecz na pogłębieniu patologii. Bowiem nie dość, że państwo decydowałoby o treści informacji medycznej, to jeszcze na koszt podatnika finansowano by infolinię, serwisy internetowe i wydawano książki! Zamiast konkurencji rynkowej na rynku farmaceutycznym wzmocniłoby się konkurencję korupcyjną. Jeśli bowiem sukces rynkowy zależy od obecności specyfiku na liście refundacyjnej, o czym decydują urzędnicy, to nic dziwnego, że dochodzi do korumpowania decydentów.

Blokada informacji medycznej robi z pacjentów potulnych konsumentów leków przepisywanych przez lekarza. To tak, jakby o zakupach samochodu decydował jego producent lub dealer, a nie inwestor, a o kupnie artykułów spożywczych – ekspedientka, a nie posiadacz portfela. Czy tego chcemy, czy nie – żyjemy w czasach, gdy niejedyn klient posiada większą wiedzę o produkcie od oferenta, o czym nie trzeba przekonywać nikogo, kto świadomie podjął choć jedną trafną konsumencką decyzję.

Wreszcie uregulowanie rynku farmaceutyków obejmującego kilkadziesiąt tysięcy produktów jest po prostu niewykonalne. Postęp w medycynie, wprowadzanie do obrotu nowych leków, wycofywanie starych, skomplikowane do granic możliwości procedury rejestracji czynią system niemożliwym do pełnego kontrolowania, a wszelkie kroki, prowadzące do stworzenia efektywnego systemu centralnego planowania, należy uznać – z analogią do socjalizmu – za utopijne.

W opinii Instytutu Farmaceutycznego Polacy zażywają zbyt mało leków, posilkując się substytutami farmaceutyków – ziołami, witaminami czy aromatami. W krajach rozwiniętych na lekarstwa wydaje się ponad 5 razy więcej pieniędzy niż w Polsce. Ci, którzy odmawiają przyjmowania „chemii”, jak zwykle określać się lekarstwa (celują w tym nawet media głównego nurtu), dobrowolnie działają na swoją szkodę, bowiem najbardziej szkodliwe dla organizmu jest lekceważenie terapii.

Jak wynika z badań, pacjenci są głodni informacji o lekach. Raport „Gospodarka lekowa” ujawnia, że gdy Zachodniopomorska Regionalna Kasa Chorych uruchomiła infolinię o lekach, ilość połączeń była tak duża, że blokowały się telefony. Sęk w tym, że infolinia nie była „bezpłatna”, co sugerują eksperci, bowiem opłacali ją płatnicy składek. Bezpłatne infolinie powinni finansować np. producenci leków, a nie pacjenci. Ci ostatni powinni mieć umożliwiony dostęp do wielu konkurencyjnych źródeł informacji, aby móc wybrać odpowiedni lek dla stanu swojego portfela.

Przyjrzyjmy się jednak obecnej sytuacji prawnej. Mimo iż firmy farmaceutyczne odpowiadają przed prawem, obowiązuje je zakaz rozpowszechniania informacji medycznej.

Co dziwne, każdy obywatel może np. założyć Instytut Zwalczenia Raka i twierdzić, że wynalazł metodę zwalczania nowotworów poprzez nałożenie rąk. Nie dość, że nie będzie budziło to niczyjego zdziwienia, to społeczeństwo jest już tak otumanione, że na pewno znajdzie się wielu klientów!

Obecnie obserwujemy kampanię dezinformacyjną, w której rząd wszelkimi sposobami stara się przekonać nas, że pacjenci muszą płacić więcej, jeśli chcą się leczyć. To nieprawda. Za leki i usługi medyczne przepłacamy od lat. Za drożyzną w aptekach pacjenci błędnie winią korporacje, a tymczasem to państwo przyczynia się do utrzymywania zawyżonych cen farmaceutyków. To nie reklama i marketing powodują wzrost cen. W Polsce obowiązuje zakaz reklamy i marketingu skierowanego bezpośrednio do pacjenta. I właśnie w tym należy upatrywać głównej przyczyny drożyzny i braku uczciwej konkurencji. Tymczasem tylko wolna konkurencja, obejmująca dostęp do informacji, wymusza na producentach walkę o klienta, co dla pacjentów oznacza możliwość wykupywania recept po niższych cenach.

Konieczność zniesienia cenzury informacyjnej

Blokowanie dostępu do informacji medycznej przyczynia się do niskiego poziomu wiedzy o zdrowiu wśród Polaków. Dzięki temu w naszym kraju bogacą się oszuści: różdżkarze, wróżki, uzdrowiciele, szamani. Natomiast pacjenci umierają na ciężkie schorzenia, możliwe do wyleczenia, gdyby zgłosili się do lekarza w odpowiednim czasie.

Kolejnym krokiem do reformy służby zdrowia musi być więc zniesienie cenzury informacyjnej.

Walkę z chorobami w Europie utrudniają urzędowe blokady dotyczące wymiany informacji: zakaz reklamy leków oraz bezpośredniego informowania chorego przez lekarza. Gdyby pacjenci posiadali wolny dostęp do informacji medycznej, częściej odwiedzaliby przychodnie i bardziej troszczyliby się o swoje zdrowie. Informowanie chorego przez lekarza o możliwych formach terapii zaktywizowałoby pacjentów w procesie zdrowienia, jednocześnie pozbawiając doktorów autorytarnego przywileju wypisywania konkretnych leków, za co wielu jest nieformalnie wynagradzanych przez firmy medyczne.

Jednak jest mało prawdopodobne, aby państwo zezwoliło na swobodny przepływ informacji medycznej. Powód jest jeden: gdyby pacjenci dowiedzieli się o najnowszych osiągnięciach nauki w dziedzinie zwalczania rozmaitych chorób, zaczęliby się domagać zapewnienia im nowoczesnych metod terapii w ramach państwowego ubezpieczenia zdrowotnego. A na to żadnego europejskiego państwa opiekuńczego po prostu nie stać.

Według raportu Europejskiego Instytutu Przedsiębiorczości (European Enterprise Institute – EEI) z Brukseli, reforma europejskiej służby zdrowia powinna iść w stronę wzmocnienia roli pacjenta w systemach opieki zdrowotnej. Kolejnym krokiem musi być redukcja kosztów funkcjonowania służby zdrowia. Do tego celu konieczne są nie tylko oszczędności – bo na zmniejszaniu budżetów na opiekę zdrowotną tracą głównie chorzy. Redukcja kosztów może zostać osiągnięta wyłącznie za pomocą wprowadzenia konkurencji w służbie zdrowia.

Jeden z autorów raportu poświęconego reformie europejskiej służby zdrowia – Jeremiah Norris z opiniotwórczego w amerykańskim środowisku medycznym Hudson Institute, uważa, że kwestie informacyjne są kluczowe zwłaszcza w momencie zapaści publicznego sektora zdrowotnego: – W pierwszym roku po zniesieniu zakazu reklamy leków przez Federal Drug Administration w 1997 r. w USA, aż 15 mln ludzi poszło do lekarza, ponieważ dowiedziało się o zagrożeniach ich zdrowia z prasy czy z telewizji. Dzięki temu zapadalność na ciężkie choroby spadła drastycznie, ponieważ pacjenci otrzymali pomoc we właściwym czasie.

Aby firmy prywatne odciążyły państwo z oferowania usług, których *notabene* państwo nie jest w stanie dostarczyć, konieczne jest stopniowe wprowadzanie mechanizmów rynkowych. Podstawowym czynnikiem jest konkurencja między uczestnikami rynku: przychodniami, szpitalami, firmami farmaceutycznymi.

Pacjentom zależy, aby konkurencja między wymienionymi instytucjami była jak największa. Tylko w wyniku walki o klienta możliwy jest spadek opłat za usługi medyczne oraz cen leków oferowanych w aptekach. Europejczycy powinni skorzystać z doświadczeń amerykańskich, jeśli marzą o polepszeniu usług w tym sektorze. Mimo iż w Europie liczba lekarzy przypadających na 100 tys. mieszkańców rośnie (jest ich nawet 1,5 raza więcej niż w USA!), to z medycyną i zdrowiem jest coraz gorzej.

Dzięki systemowi opieki zdrowotnej opartemu na konkurencji w Stanach Zjednoczonych na zdrowie wydaje się 5267 dolarów na osobę, podczas gdy w Europie około 2500 dolarów, a w Polsce około 315 dolarów. Różnica polega jednak na finansowaniu służby zdrowia. Podczas gdy w Europie płatnikiem jest niemal w stu procentach państwo, za Oceanem budżet opłaca tylko 44 proc. wydatków. Europejscy decydenci w każdym z krajów z osobna muszą w końcu zrozumieć, że dla reformy służby zdrowia nie ma innej drogi niż prywatyzacja, a nie zmuszanie podatników do łożenia coraz większych kwot na ten nieefektywny system.

Ci, którzy starają się utrzymać zdobycze socjalizmu w postaci „darmowego” dostępu do państwowych usług zdrowotnych, nie zdają sobie sprawy, że gdyby nie czarny rynek, tworzony przez lekarzy i ich pacjentów, potrzebujący pomocy, liczący wyłącznie na państwową służbę zdrowia, wyzionęliby ducha w kolejkach i poczekalniach. Inna kwestia, że dochodzi do tego za sprawą takich patologii, jak łapówkarstwo czy wykorzystywanie mienia publicznego do załatwiania prywatnych interesów. Za powstałe patologie odpowiedzialne jest jednak państwo, nie wolny rynek.

Raport Europejskiego Instytutu Przedsiębiorczości punktuje także największe słabości europejskiej publicznej służby zdrowia. Mamy dużo lekarzy, ale infrastruktura nie jest wykorzystywana należycie, co potęguje koszty obsługi pacjentów. Tymczasem w Stanach Zjednoczonych, gdzie w 1997 r. zniesiono zakaz reklamy farmaceutyków, kapitalizm uporządkował rynek medyczny: służba zdrowia przestała być deficytowa, placówki zaczęły przynosić zysk.

Zachwyceni są także pacjenci. Zniesienie informacyjnej blokady sprawiło, że Amerykanie stali się bardziej wyczuleni na kwestie związane z ochroną zdrowia. W 2003 r. opublikowano dane, z których wynika, że aż 65 mln Amerykanów rozmawiało ze swoim lekarzem o stanie swojego zdrowia, właśnie w wyniku zainteresowania reklamą preparatów medycznych. 38 mln zadzwoniło na podaną infolinię lub szukało dodatkowych informacji w Internecie. Na podsumowanie wszystkich korzyści jest zbyt wcześnie, ale eksperci zgodnie oceniają, że wielu z pacjentów, którzy zainteresowali się swoim zdrowiem, uniknie poważnych zachorowań w przyszłości.

W Wielkiej Brytanii pacjent zażądał od państwowego lekarza leku dla swojego ciężko chorego ojca, o którego skuteczności dowiedział się ze stron internetowych. „Ciężko zrozumieć, że ten sam konsument, który przetwarza tony informacji przed zakupem samochodu, podczas wizyty u doktora zachowuje się jak głodny królik, który dostał marchewkę” – ubolewał przewodniczący Niemieckiej Komisji ds. Lekarzy i Leków. Miejmy nadzieję, że takie sytuacje będą kiedyś w Europie należały do przeszłości.

Konsekwencje europejskiego zakazu reklamy leków

Przepisem, który ciąży nad europejskim ustawodawstwem jest dyrektywa 2001/83/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej zakazująca kierowania informacji medycznej bezpośrednio do pacjenta. Politycy powinni dokonać zmiany tego niefortunnego zapisu, uniemożliwiającego dokonywanie reform w informacyjnych systemach zdrowotnych

państw członkowskich. Tam, gdzie istnieje wolny przepływ informacji medycznej: w Stanach Zjednoczonych i w Nowej Zelandii, poziom usług medycznych jest najwyższy.

Dlaczego zniesienie zakazu ograniczających przepływ informacji o lekach jest kluczowe dla reformy służby zdrowia? Reklama i marketing to podstawowe narzędzia gospodarki rynkowej. Bez dostępu do nowoczesnych form zabiegania o klienta niemożliwe jest prowadzenie uczciwej konkurencji. Dobrze widać to obecnie, gdzie brak wolnego rynku, obwarowany wszelkimi możliwymi zakazami, spowodował przesiąknięcie sektora zdrowotnego takimi patologiami, jak: biurokracja, korupcja, malwersacje, brak dostępu do usług, obsługiwane pacjentów przez pijanych lekarzy, z popełnianiem pospolitych zbrodni wyłącznie.

Nielogiczne jest także różnicowanie zakazu reklamy i marketingu preparatów medycznych. Leki sprzedawane bez recepty mogą być promowane do woli, natomiast preparaty przepisywane przez lekarza podlegają restrykcjom. W tym przypadku powstaje wiele pytań: dlaczego legalna substancja ratująca zdrowie i życie chorego nie może być reklamowana? Dlaczego ogranicza się pacjentom dostęp do informacji o nowoczesnych metodach terapeutycznych? Jakie skutki dla zdrowia społeczeństwa niesie ze sobą promowanie walki z chorobami wyłącznie za pomocą cytryny w syropie i czosnku w tabletkach?

Odpowiedzi na powyższe kwestie zna każdy Polak, który choć raz zetknął się z lekarzem, a takie doświadczenia ma według badań aż 3/4 rodaków. Poziom zdrowia obywateli znajduje się w opłakanym stanie także dlatego, że wielu ciężko chorych lekceważy stan swojego zdrowia, lecząc się cytryną w syropie i czosnkiem w tabletkach lub nabijając kiesę rozmaitym magikom oszukującym dotykiem, moczem, kadzidłami czy różdżką. Wielu pacjentów poprawiłoby swoje położenie, gdyby było dobrze poinformowanych, kiedy i z jakimi objawami zgłosić się do lekarza.

Podczas gdy w kraju funkcjonuje mit Znachora, przeciętny Polak stara się, jak może, wymigiwać od troski o swoje zdrowie. Z rozmaitych publikacji i wywiadów z lekarzami wynika, że coś takiego, jak prewencyjna ochrona zdrowia, nie istnieje, a pacjent, jeśli zgłasza się do lekarza, to najczęściej w ostatnim stadium raka z pretensjami, że nic nie wiedział o istniejących zagrożeniach. Wówczas wpada w wir przekupnych salowych, ordynatorów i lekarzy, którzy złupią go do ostatniego grosza.

Rolę Naczelnego Znachora odgrywa państwo. Państwo jest tym niewidzialnym uzdrowicielem, który choremu dopłaca do lekarstw, funduje miejsce w szpitalu czy rekompensuje wybrane zabiegi. Pacjent jest marionetką zdaną na wiedzę lub niewiedzę

zatrudnionych przez państwo lekarzy. Nie ma prawa wyboru określonej terapii, bo zmusza się nas do przyjęcia tej jedynej właściwej. Często pacjent nawet nie wie, jak wiele schorzeń jest łatwo możliwych do wyleczenia za pomocą nowoczesnej farmakoterapii. Z lekarzem nie przyjęło się nawet dyskutować o wyborze leku. Czy ktoś wyobraża sobie wizytę w spożywczym, gdzie sprzedają gotowe siatki z zakupami zrobionymi przez kasjerkę?

Dyskusje nie są mile widziane, skoro lekarz przyjmuje łapówki za wypisywanie określonego antybiotyku. Pacjent jest ostatnim i najslabszym ogniwem tego systemu. Jeśli chory nie ma szczęścia, obudzi się po operacji ze skalpelem w brzuchu. Organizacje broniące praw pacjentów dają się państwowej służbie zdrowia coraz bardziej we znaki. Jeśli pacjent ma stać się najważniejszym elementem systemu ochrony zdrowia, to nie ma innej drogi niż stworzenie mechanizmów wolnej konkurencji.

Naturalnie wydatkom na reklamę i marketing nie musi towarzyszyć przerzucanie kosztów na klienta. O to niech się martwią przedsiębiorcy. Według badań amerykańskich takie obawy są bezpodstawne. Odkąd w USA zezwolono na reklamowanie preparatów farmaceutycznych w radiu i telewizji, ceny spadły na skutek konkurencji między firmami produkującymi medykamenty. Co ważne, według badań Kaiser Family Foundation, dotyczących wpływu marketingu bezpośredniego na rynek farmaceutyczny, wzmożona reklama nie zwiększa konsumpcji leków bez przyczyny. 10-procentowy wzrost wydatków na reklamę określonego preparatu powoduje zaledwie 1-procentowy wzrost obrotów.

Co prawda sprzedaż leków stale rośnie, ale wiąże się to z ogólnym postępem medycznym i wzrostem zamożności Amerykanów. Sprzedaż leków „na receptę” wzrosła o 11 proc. w roku 1996, gdy obowiązywał zakaz reklamy, a w roku 2001, cztery lata po zniesieniu zakazu, wzrost wyniósł 16 proc. W latach 1990–2001 sprzedaż leków w USA potroiła się, osiągając w 2001 r. poziom 140,6 mld dolarów, lecz wiązanie tego faktu wyłącznie z wolnym marketingiem i reklamą byłoby nadinterpretacją.

Z raportu sporządzonego wspólnie przez naukowców z Harvardu i Massachusetts Institute of Technology wynika, że korporacje farmaceutyczne spośród rozmaitych form marketingu bezpośredniego najczęściej wybierają rozdawanie darmowych próbek określonych preparatów. Podczas gdy wydatki na próbki sięgnęły w 2001 r. 10,5 mld dolarów, reklamy w radiu, telewizji i prasie, pochłonęły około 1/4 tej sumy – 2,7 mld dolarów. Warto zaznaczyć, że w USA lekarze sami sprzedają leki zarówno w gabinetach, jak i szpitalach. Tak więc konsumenci nie dość, że zyskują dostęp do nowoczesnej wiedzy medycznej, to jeszcze mają szansę często korzystać z nieodpłatnych promocji.

Komisja Europejska ugięła się już raz pod wpływem rzeczywistości i w 2001 r. zezwoliła na informowanie pacjentów cierpiących na niektóre choroby przewlekłe i zakaźne: HIV/AIDS, astmę i cukrzycę. Niezrozumiałe jest, dlaczego chory na gruźlicę bądź mający nadciśnienie ma być pozbawiony prawa do informacji, mimo iż wolny dostęp do informacji postrzegany jest przez unijnych polityków jako prawo człowieka. Wiele organizacji broniących praw pacjentów wezwało Komisję do rozszerzenia wolnego dostępu do informacji na wszystkich pacjentów. Jednak we wrześniu 2002 r. Parlament Europejski odrzucił projekt, który przepadł następnie w Radzie Europy kilka miesięcy później.

Nie ulega wątpliwości, że Europa powinna skorzystać z doświadczeń amerykańskich. Na starym kontynencie jest już więcej wróżek niż księży. Wszystko wskazuje na to, że „nowoczesna” Europa promuje regres cywilizacyjny do epoki kamienia łupanego, lansując czary i zabobony, a negując wiedzę medyczną.

Globalne problemy ochrony zdrowia

Kilkaset milionów mieszkańców globu wymaga terapii w zakresie gruźlicy, malarii oraz HIV/AIDS. Wymienione choroby zakaźne zabijają rocznie 4-6 mln ludzi. Chorzy umierają głównie z braku dostępu do leczenia. Rynek chorób zakaźnych jest niewdzięczny, bowiem terapię finansują rządy wraz z organizacjami międzynarodowymi. Kolejną przyczyną rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych jest protekcyjność i interwencjonistyczna polityka rządów krajów ubogich, które nie dość, że skazują obywateli na życie w skrajnej nędzy, to nie omieszkały uczynić z pomocy międzynarodowej źródła pokaźnych zysków.

Za terapię chorych z krajów ubogich solidarnie płacą podatnicy z krajów rozwiniętych. O sprzedaży leków decydują kontrakty zawierane z urzędnikami. O obrotach decydują więc komisje z takich organizacji, jak WHO, USAID, Bank Światowy czy UNICEF.

Na choroby zakaźne cierpi coraz więcej pacjentów. Liczba zgonów z powodu malarii zwiększyła się o 15 proc. Wzrasta liczba zachorowań na gruźlicę i AIDS. Polityka zwalczania epidemii jest nieskuteczna. Urzędnicy nie są w stanie szybko reagować na zmieniającą się sytuację i często podpisują długoletnie kontrakty z wybranymi firmami farmaceutycznymi. Tymczasem wirusy szybko uodparniają się na podawane leki. Badania potwierdzają, iż jedną z przyczyn rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych jest praktyka podawania chorym nieskutecznych preparatów.

Mimo to, największe firmy farmaceutyczne wywierają nacisk na urzędników, zapewniając sobie wygodne źródło przychodów na długie lata. Dochodzi do sytuacji, w której

blokuje się pacjentom dostęp do skutecznych preparatów wytwarzanych przez producentów spoza układu, np. urzędnicy faworyzują wytwórców leków generycznych. Według różnych danych innowacyjne preparaty mogą być tańsze od generyków, co zmniejsza koszty ochrony zdrowia.

Światowe media od wielu lat zarzucają urzędnikom prowadzenie szkodliwej polityki zdrowotnej. Do fali krytyki dołączyli naukowcy oraz instytuty badawcze, od wielu lat z bezradnością przyglądające się marnotrawieniu funduszy i zasobów na nieskuteczne działania firmowane przez społeczność międzynarodową. Stało się jasne, że organizacje, dysponujące ogromnymi budżetami na globalną ochronę zdrowia, nie są w stanie uporać się z potrzebami zdrowotnymi świata. Cóż z tego, że WHO, UNICEF, Bank Światowy i USAID są w stanie rozdysponować rocznie 30 mld dolarów na walkę z chorobami, skoro strategia zwalczania najbardziej uciążliwych chorób zakaźnych została skompromitowana?

Wszelkie dane wykazują, że urzędnicy nie kierują się ani dobrem pacjentów, ani żadnymi racjonalnymi względami przy ustalaniu założeń polityki zdrowotnej. Istnieje duży rozdźwięk między potrzebami pacjentów a reakcją urzędników. Przykładowo chorzy na AIDS zamiast 20 pigułek dziennie mogliby dostawać ich mniej, gdyby zażywali jeden z leków zawierający trzy podstawowe komponenty do walki z tą chorobą. Podobnie w kwestii gruźlicy odpornej na wiele leków, mogliby stosować terapię DOTS zamiast nieskutecznych preparatów. Taki sam problem dotyczy malarii, której rozprzestrzenianie się jest możliwe do powstrzymania za pomocą środka owadobójczego DDT, bowiem ta choroba jest przenoszona głównie przez owady. Niestety zbyt wiele sprzecznych interesów krzyżuje się w kwestii globalnej ochrony zdrowia.

Niewątpliwie w obecnej sytuacji na fatalnym stanie globalnego zdrowia najwięcej zyskują urzędnicy zaangażowani w międzynarodową biurokrację, wybrane firmy farmaceutyczne, a także rządy krajów ubogich. Z kolei największymi utracjuszami są chorzy, których nikt nie pyta o zdanie, bowiem nie płacą oni za terapię i są zdani na łaskę darczyńców i obsługującego ich personelu. Urzędnicy są zajęci głównie zbieraniem kolejnych funduszy na „walkę z...” i produkowaniem entuzjastycznych raportów na temat prowadzonych przez siebie działań.

Wreszcie, co zakrawa na największy absurd, rządy krajów najuboższych uczyniły sobie z pomocy międzynarodowej stałe źródła dochodów. Narodowa pandemia nie skłania rządów Namibii, Ugandy czy Zambii do znoszenia opłat importowych. Fakt pozostaje faktem, że cła, podatki oraz opłaty rejestracyjne, nie dość, że przeciągają w nieskończoność proces

dostarczania niezbędnych leków chorym, to jeszcze drastycznie zmniejszają zakres pomocy międzynarodowej wobec potrzebujących.

Na rynku tzw. pomocy międzynarodowej występuje ograniczona konkurencja cenowa, skoro leki są refundowane z budżetu najbogatszych państw świata. Z raportu Hudson Institute wynika, że ceny leków antyretrowirusowych, stosowanych w terapii HIV/AIDS i ich odpowiedników, nie różnią się zbytnio, a te drugie mogą być nawet minimalnie wyższe, wliczając w nie koszty transportu. Większe różnice występują w zakresie kombinacji leków, które muszą stosować pacjenci.

Zdementować trzeba także rzekome sukcesy urzędników w walce z plagami współczesnego świata. Według WHO w 2005 r. na AIDS zmarło 3 mln osób, a dalsze 5 mln zostało zakażonych. W sumie na tę straszną chorobę zapadło już ponad 40 mln ludzi, a terapii poddawanych jest zaledwie 400 tys. z nich. W alarmującym tempie rozprzestrzenia się także gruźlica. Nowe mutacje tej choroby mają punkty zapalne tuż za miedzą – w Europie Wschodniej. Gruźlica pozostaje najbardziej zabójczą chorobą świata, pozbawiając życia kilka milionów ludzi rocznie, podczas gdy leczenie gruźlicy kosztuje zaledwie jedną siedemnastą tego, co AIDS i 1/38 tego, co należałoby wydać na terapię w przypadku malarii.

Z kolei w 1998 r. WHO wprowadziła nową strategię walki z malarią, co miało drastycznie zmniejszyć liczbę zachorowań na tę chorobę do 2010 r., a wygląda na to, że liczba zachorowań może znacznie wzrosnąć, skoro mamy już kilkaset tysięcy nowych pacjentów. Według artykułu opublikowanego w styczniowym numerze prestiżowego naukowego czasopisma „Lancet”, sytuacja wymknęła się spod kontroli i wymaga radykalnego zrewidowania przyjętych założeń. Naukowcy wykazują, że stosowane preparaty są nieskuteczne nawet, uwaga, w 88 proc. przypadków!!! W owe błędne programy w Czarnej Afryce wpompowano już miliardy dolarów, a miliony pozbawionych skutecznych lekarstw pacjentów straciło życie w oczekiwaniu na pomoc.

Rynek farmaceutyczny, podobnie do innych rynków, wymaga deregulacji. Jeśli aktywność w opisywanym sektorze określamy mianem „pomocy międzynarodowej”, wszelkie działania w wymienionej dziedzinie powinny być organizowane z punktu widzenia korzyści pojedynczego pacjenta. Rażąca nieskuteczność działań organizacji międzynarodowych nie powinna być dłużej tolerowana.

Konieczna jest także większa przejrzystość w określaniu szczegółów polityki zdrowotnej. Nie mogą zachodzić podejrzenia, że część innowacyjnych firm farmaceutycznych jest dyskryminowana z jakichkolwiek powodów, chociaż korzystanie z ich produktów

przyniosłoby wiele korzyści chorym oraz znaczne oszczędności organizatorom pomocy humanitarnej.

Większy nacisk powinien zostać położony na zwiększenie mechanizmów rynkowych w dobieraniu narzędzi przeciwdziałania epidemiom. Skoro określona polityka nie przynosi skutków, preparaty powinny być eliminowane z rynku i zastępowane innymi, a nie podawane długo po tym, jak stwierdzi się ich nieskuteczność.

Także rządy krajów ubogich powinny zrezygnować z regulacji oraz protekcjonizmu w krytycznych obszarach rynku farmaceutycznego. Opodatkowywanie leków stanowiących pomoc humanitarną, stosowanie opłat rejestracyjnych, importowych, ceł, tworzenie utrudnień biurokratycznych jest niedopuszczalne moralnie, skoro oznacza wyrok śmierci dla obywateli.

Jeśli państwa nie radzą sobie z ochroną zdrowia, to do decydowania o kształcie polityki zdrowotnej należy dopuszczać coraz więcej firm prywatnych na zasadzie wolnej konkurencji. Jest to jedyna szansa na wykształtowanie mechanizmów koniecznych do zwalczania chorób zakaźnych. Jeśli nic się nie zmieni, to możemy tylko oczekiwać zwiększania się liczby zachorowań i zgonów, co zapewne nie zmąci dobrego samopoczucia urzędników i zaprzyjaźnionych z nimi firm.

Konieczność reformy Światowej Organizacji Zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO – World Health Organization) już dawno straciła zdolność do reagowania na potrzeby ludzkości dotyczące ochrony zdrowia. Podczas gdy świat trawią epidemie HIV/AIDS, malarii i gruźlicy, struktury międzynarodowych agend przesiąkają biurokracją i korupcją. Ostatnie posunięcia urzędników świadczą jedno: tolerowanie WHO staje się niebezpieczne dla zdrowia.

Wiodąca instytucja, mająca rozwiązywać zdrowotne problemy świata, nie jest w stanie realizować misji. Ostatni okres to pasmo sromotnych porażek. Cena, jaką płacą chorzy za nieudolną politykę zdrowotną, jest zbyt wysoka, aby fakt ten pominąć milczeniem.

W tym przypadku praktyki regulowania rynku polegające na działaniach opóźniających legalizację skutecznych leków, produkowanych przez przedsiębiorstwa farmaceutyczne, można uznać za zbrodnicze. Jeśli urzędnicy stoją na przeszkodzie w niesieniu skutecznej pomocy pacjentom, sprawa rzuca złe światło na międzynarodową politykę dotyczącą zdrowia. O problemie ze słusznym oburzeniem rozpisyją się gazety całego świata. Coraz częściej polityka Światowej Organizacji Zdrowia sprawia cierpienie tym, których ma leczyć.

Przeciętnemu Europejczykowi epidemie kojarzą się z morowymi zarazami, które w ich mniemaniu zakończyły się wraz z nastaniem demokracji i socjalnego państwa dobrobytu. Dziennikarze do znudzenia zajmują się kalkowaniem wydumanych problemów typu zagrożenia węglikiem czy chorobą wściekłych krów. Tymczasem najnowszy raport Światowej Organizacji Zdrowia napawa przerażeniem. Epidemia HIV/AIDS zabiła już 20 mln ludzi. Z wirusem obecnie może żyć nawet 46 mln, a 6 mln zakażonych umrze w najbliższej przyszłości, bo nie będzie leczonych. Dwa miliony osób rocznie zabija gruźlica. Malaria kolejny milion. Wbrew propagandzie WHO urzędnicy nie tylko nie ratują życia bezbronnym wobec chorób mieszkańcom Afryki, ale coraz częściej uniemożliwiają im leczenie za pomocą regulacji rynków, pozbawiając pacjentów szansy traktowania preparatami skutecznymi aczkolwiek produkowanymi przez konkurencję.

Po raz kolejny okazuje się, że centralne planowanie nie służy rozwiązaniu określonych problemów, lecz celom poszczególnych lobby. Staje się jasne, że największą barierą dla zwalczania globalnych epidemii nie jest brak środków czy lekarstw, lecz międzynarodowa biurokracja. Niektóre koncerny medyczne współpracują z rządami oraz innymi instytucjami, aby zagwarantować sobie gigantyczne wpływy z dostarczania, często nieskutecznych, preparatów. Tym samym pacjenci pozbawieni są możliwości leczenia tańszymi i konkurencyjnymi lekami pochodzącymi od innych producentów.

Roger Bate z American Enterprise Institute uważa, że istnieje także inny problem. Co prawda koszty opatentowania znacznie zwiększają cenę finalną preparatów, lecz w praktyce zaledwie 1,4 proc. leków w 65 ubogich krajach, pomocnych w terapii HIV/AIDS, podlega bezwzględnej ochronie patentowej. Prawdziwym problemem uśmiercającym ludzi jest bieda, a ta jest wynikiem tolerowania bliskich socjalizmowi rządów wciąż funkcjonujących w wielu krajach afrykańskich.

Rzeczywiście, przyglądając się np. Namibii, gdzie prawie co czwarty mieszkaniec jest nosicielem wirusa HIV lub choruje na AIDS, w kraju tym pracuje 29 lekarzy na 100 tys. mieszkańców. W wielu krajach Afryki ludzie muszą przeżyć za mniej niż dolara dziennie. Cóż z tego, że społeczność międzynarodowa jest gotowa do pomocy, jeśli infrastruktura medyczna w krajach docelowych nie nadaje się do wykorzystania, na import leków nakładane są horrendalne podatki, lokalna biurokracja jest równie uciążliwa, a rejestracja nowego leku może trwać nawet dwa lata.

Świat wydaje blisko 5 mld dolarów rocznie, w 2/3 pochodzących z USA, tylko na leczenie AIDS i gdyby nawet do władzy w Stanach Zjednoczonych był doszedł demokrata, który jak wcześniej John Kerry, obiecywałby, że wyasygnuje na ten cel nawet 30 mld

dolarów, nie rozwiąże to problemu, skoro te pieniądze stopnieją gdzieś po drodze między Waszyngtonem a Windhuk, aby wylądować ostatecznie w kieszeniach urzędników. Dla coraz większej rzeszy biurokratów troska o światowe zdrowie przestaje być misją, a staje się lukratywnym zajęciem.

Podczas gdy politycy w trosce o swe kariery rozmawiają o pieniądzach, sytuacja najuboższych mieszkańców globu staje się coraz gorsza. Największym zabójcą Afryki pozostaje malaria. Światowa Organizacja Zdrowia, Bank Światowy, USAID oraz UNICEF w 1998 r. obiecały zatrzymać epidemię do roku 2010. Efekt jest taki, że liczba zgonów z powodu malarii zwiększyła się o 12 proc.!

W spektakularne działania na rzecz chorujących angażują się gwiazdy filmu, estrady, polityki. Dochodzi do takich paradoksów, że tam, gdzie na naszych oczach rozgrywa się katastrofa humanitarna obecnej cywilizacji, łatwiej spotkać sławną osobę z pierwszych stron gazet lub telewizji niż lekarza. Krytyczne publikacje na łamach prasy światowej kontrastują z dobrym samopoczuciem urzędników. Raport WHO pt. „Zmieniając świat” okraszony był fotografią farmera z Haiti, który przytył 20 kg, dzięki kuracji przeciwko AIDS i gruźlicy. Równocześnie magazyn „Nature” doniósł, że większość z 3,7 mln dolarów przeznaczonych na walkę z malarią, wydawanych jest na zakup leków, które... już dawno przestały być skuteczne.

Niemożność uporania się z plagami współczesnego świata wynika z przeciwstawnych interesów urzędnika i pacjenta. Procedury towarzyszące globalnej terapii epidemiologicznej powinny być bardziej przejrzyste. Zapewne terapii potrzebuje najbardziej Światowa Organizacja Zdrowia. Niezbędna jest zatem reforma istniejącego układu. Niezależni eksperci postulują rezygnację z biurokratycznej nadbudowy globalnej ochrony zdrowia.

W rozważaniach o epidemii HIV/AIDS nie można uciec od kontekstu moralnego. Rozmaici aktywiści, najczęściej lewicowej proweniencji, molestowali opinię publiczną bezkrytyczną tolerancją dla chorych oraz homoseksualizmu. Równocześnie propagowali używanie prezerwatyw i krytykowali Kościół za sprzeciw wobec popularyzacji antykoncepcji. Taktyka permissywizmu zawodzi. Jak zauważa przytomnie James Pinkerton z waszyngtońskiej New America Foundation, „jeszcze żadnej choroby przenoszonej drogą płciową nie dało się wyleczyć propagowaniem rozwiązłości seksualnej”.

Coraz mniej Amerykanów daje się przekonać, że mieszkańcom Afryki udaje się przeżyć wyłącznie dzięki hojności podatnika. Urzędnicze programy stają się coraz mniej skuteczne. Gdyby chcieć realizować plany dotyczące kontroli malarii, każdego roku należałoby dysponować budżetem w wysokości 5 mld dolarów, bez gwarancji, że działania

przyniosą oczekiwane skutki. Międzynarodowe źródła finansowania zdają się wysychać. Co prawda dla Polaków malaria czy AIDS są wciąż egzotycznym problemem, ale u naszych wschodnich sąsiadów zagrożenie staje się coraz bardziej widoczne. Niebezpieczeństwo rozwoju innej groźnej dla życia choroby zakaźnej – gruźlicy wielolekoodpornej – jest 10 razy większe w Europie Wschodniej niż w innych miejscach na świecie, a sześć z dziesięciu punktów zapalnych gruźlicy znajduje się tuż obok, na obszarze byłego Związku Radzieckiego.

Adam Koziarkiewicz

Innowacyjność w ochronie zdrowia

Dla udziału innowacyjnego sektora prywatnego w reformie służby zdrowia istotne jest zniwelowanie ryzyka inwestycyjnego przedsiębiorstw oraz inwestorów prywatnych.

W polityce rządu premiera Jarosława Kaczyńskiego inwestycje oraz innowacyjność mają być filarami rozwoju społecznego i gospodarczego w następnych latach. Wyrazem tego, w dniu 19 lipca 2006 r. Prezydium Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych, określając cel i priorytety negocjacyjne w ramach Umowy Społecznej „Gospodarka –Praca – Rodzina –Dialog”, uznało za dwa podstawowe priorytety:

Wzrost nakładów inwestycyjnych, mierzony wzrostem udziału inwestycji w PKB

oraz

Wzrost udziału produkcji i usług o wysokiej wartości dodanej w PKB, świadczący o innowacyjności i modernizacji gospodarki

W odpowiedzi na to, Konfederacja Pracodawców Polskich zaproponowała zestaw działań, które innowacyjność w ochronie zdrowia miałyby wspomagać. Te działania to odpowiednio:

- określenie zasad planowania inwestycji w ochronie zdrowia, mając na uwadze zasadę pomocniczości oraz poprawę jakości świadczeń zdrowotnych, a także ich dostępności jako cel tych inwestycji;
- określenie odpowiedzialności za inwestycje i rozwój, w szczególności w dziedzinie wysokich technologii w ochronie zdrowia;
- poszukiwanie coraz bardziej skutecznych i efektywnych metod zapobiegania, leczenia i rehabilitacji;

- eliminowanie nieefektywności zarządzania na poziomie mikro;
- promowanie innowacyjności przemysłu działającego na rzecz ochrony zdrowia;
- promowanie praktycznych metod współpracy nauki z sektorem wytwórczym usług i dóbr ochrony zdrowia.

Proponowane działania za wspólny mianownik mogłyby przyjąć pojęcie *postępu*. Innowacyjność bowiem należy uznać za narzędzie raczej, a nie za cel. Innowacyjność oznacza wprowadzanie nowych rozwiązań i produktów, przy czym sensem ich wprowadzania do użytku jest, wyższa niż obecnie osiągnana, wartość dodana. W tym kontekście można się zastanawiać, w jaki sposób publiczny system ochrony zdrowia może i powinien wpływać na innowacyjność w gospodarce? W jakim stopniu system ochrony zdrowia jest beneficjentem, a w jakim ofiarą innowacyjności? W jakim stopniu innowacyjność w ochronie zdrowia pozytywnie, a w jakim negatywnie, wpływa na odbiorców usług zdrowotnych? Niezwykle istotnym aspektem jest planowanie i rozwój infrastruktury.

W ekonomii zdrowia od dawna obserwuje się zjawisko stałego wzrostu kosztów. Obserwowane jest to pod postacią wzrostu kosztów systemów ochrony zdrowia i udziału tego sektora w PKB, a także pod postacią cen dóbr i usług ochrony zdrowia, które rosną z reguły szybciej od cen w innych sektorach (tzw. inflacja medyczna). Jako przyczyny tego stanu rzeczy wymienia się jednym tchem starzenie się społeczeństw (czyli determinanta popytowa), wzrost oczekiwań społecznych (podobnie oddziałujący na popyt) oraz pojawianie się nowych technologii medycznych, które z kolei stanowią podażową determinantę wzrostu kosztów.

W odpowiedzi na szybki rozwój technologii medycznych pojawiło się kilka narzędzi polityki zdrowotnej, które ograniczają wpływ tego rozwoju na presję na wydatki. Wśród tych narzędzi należy wymienić przede wszystkim:

- kontrolę i ograniczanie dostępu do rynku dla dostawców usług zdrowotnych oraz
- ocenę technologii medycznych i eliminowanie lub ograniczanie nabywania technologii o niskiej wartości dodanej.

Pierwsze z wymienionych narzędzi ostatecznie przejawia się planowym i kontrolowanym rozwojem potencjału wytwórczego dostawców usług zdrowotnych, podczas gdy drugie regulowaniem popytu na określone usługi zdrowotne poprzez politykę refundacyjną (rozumianą szeroko, nie tylko w stosunku do leków).

Poniżej omówiono propozycję takich regulacji prawnych w obszarze rozwoju potencjału wytwórczego usług zdrowotnych, które mogłyby połączyć aktywną politykę inwestycyjną władz z innowacyjnością i rozwiązaniami rynkowymi. Projekt przedstawił

Ogólnopolski Związek Prywatnych Pracodawców Służby Zdrowia pod nazwą „Planowanie i zrównoważony rozwój w ochronie zdrowia”.

Projekt ten stanowi zatem pewną propozycję wyprzedzającą decyzje ministra zdrowia w dziedzinie tzw. *sieci szpitalnej*. Mimo że nie znamy dokładnie planów ministra co do sieci, to ze wstępnych deklaracji wyłania się obraz konserwowania struktury publicznych szpitali, ochrony ich pozycji na rynku i zwiększenia ich finansowania kosztem ograniczania dostępu do rynku innych, w szczególności prywatnych podmiotów.

Propozycja została zaprezentowana m.in. posłom z Komisji Gospodarki Sejmu RP, przewodniczącemu Komisji Senackiej ds. Zdrowia oraz ministrowi zdrowia. Projekt jest odpowiedzią na spadające publiczne nakłady inwestycyjne na ochronę zdrowia, które owocują dekapitalizacją majątku, na często nieefektywne wykorzystanie istniejącego majątku, głównie w placówkach publicznych oraz związany z planami budowy tzw. *sieci szpitalnej*.

Zastosowanie zaproponowanych rozwiązań ma, według zamysłów autora – dyrektora Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, doprowadzić do:

- poprawienia stanu infrastruktury, a przez to jakości i bezpieczeństwa usług zdrowotnych;
- równomiernego rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia w różnych regionach kraju;
- wzrostu przewidywalności wydatków płatników publicznych usług zdrowotnych;
- spadku ryzyka inwestycji w sektorze ochrony zdrowia.

Związek wyszedł z założenia, że inwestycje, a w szczególności udział kapitału prywatnego w systemie ochrony zdrowia, przynosi korzyści tak dla pacjentów, jak i systemu ochrony zdrowia w całości. Aby jednak umożliwić takie inwestycje i jednocześnie zapewnić ich celowość, konieczne jest wprowadzenie regulacji, które spowodują, że inwestycje te będą bezpieczne, odpowiednio rozlokowane i powiązane z planami nabywania świadczeń przez NFZ.

Projekt miałby zapewnić, że inwestycje w nowoczesne technologie wykonywane są zatem z zachowaniem zasad racjonalizmu i gwarancji optymalnego ich wykorzystania. W

efekcie zmniejszenia ryzyka inwestycji, koszt pozyskania kapitału dla takich inwestycji będzie niski. Główne zidentyfikowane elementy ryzyka dla inwestycji w ochronie zdrowia wynikają zdaniem Związku z:

- koncentracji siły nabywczej w jednej instytucji – Narodowy Fundusz Zdrowia jest praktycznie jedynym płatnikiem za usługi szpitalne i większość drogich usług diagnostycznych, w tym tych mogących uchodzić za innowacyjne. Niekorzystna decyzja NFZ, niewymagająca w większości przypadków żadnych uzasadnień, może w tej sytuacji spowodować, że podmiot, który zainwestuje znaczne kwoty w innowacyjne technologie, poniesie ogromne straty,
- aktywnej działalności inwestycyjnej administracji publicznej – budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego, podejmując decyzje o inwestycjach w ochronie zdrowia, z reguły nie biorą pod uwagę konkurencji i lokalizacji podmiotów niepublicznych, w których określonego rodzaju usługi są wykonywane. Tym samym żaden prywatny inwestor nie może być pewien, że w bezpośrednim sąsiedztwie nie powstanie publiczny podmiot świadczący takie same usługi, co nie miałyby z reguły miejsca w przypadku podmiotów opierających swoje decyzje na analizie ekonomicznej, a nie na rozstrzygnięciach politycznych.

Propozycje Związku zapisów do ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych miałyby poprawić warunki inwestowania w ochronę zdrowia, a tym samym zapobiec ryzyku zapaści technologicznej oraz planowo wprowadzać innowacyjne technologie do systemu ochrony zdrowia w Polsce. W art. 6 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zaproponowano zmiany polegające na wskazaniu, że „tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” oznacza tworzenie warunków powstawania i utrzymywania infrastruktury ochrony zdrowia. Tworzenie warunków nie ma oznaczać jednak bezpośrednio inwestycji, choć także ich nie wyklucza. Zmiana ma polegać na praktycznym zastosowaniu zasady pomocniczości, co oznacza, że władze winny bezpośrednio ingerować tylko wtedy, gdy ich ingerencja jest niezbędna i gdy bez tej ingerencji nie jest możliwe osiągnięcie celu społecznego. W odniesieniu do rozwoju infrastruktury i inwestycji w ochronie zdrowia, należy to rozumieć jako oddanie pierwszeństwa w podejmowaniu zadań inwestycyjnych podmiotom niepublicznym: obywatelom, organizacjom pozarządowym i przedsiębiorstwom, a dopiero, gdy te podmioty nie wykazują wystarczającej aktywności, władze publiczne same winny podejmować zadania inwestycyjne.

W zakresie zadań nałożonych na jednostki samorządu terytorialnego, samorządowi województwa przypisuje się zadania polegające na ocenie dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, przy czym ocena ta ma dotyczyć dostępności do świadczeń dla poszczególnych grup społecznych, w szczególności tych konstytucyjnie uprzywilejowanych w dostępie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jakimi są niepełnosprawni, kobiety i dzieci. Ocena taka ma być podstawą tworzenia planu rozwoju infrastruktury, o którym mowa jest poniżej.

Plan rozwoju infrastruktury w wykonaniu samorządu województwa oznaczać miałyby tak plan w dziedzinie nowych inwestycji, jak i podtrzymania stanu infrastruktury istniejącej. Plan miałyby powstawać w uzgodnieniu z wojewódzkim oddziałem NFZ, co miałyby spowodować, że decyzje dotyczące nowych inwestycji podlegałyby weryfikacji przez pryzmat możliwości ich późniejszego wykorzystania w systemie publicznych ubezpieczeń zdrowotnych. Dodatkowo, samorząd winien współpracować w tworzeniu planu z samorządami województw ościennych i zasięgać opinii samorządów niższych szczebli, przy czym opinia ta nie miałyby być wiążąca dla samorządu wojewódzkiego. Zaakceptowanie określonego planu rozwoju infrastruktury ma spowodować, że tak inwestorzy prywatni, jak i publiczni, uzyskają wskazówki, co do pożądaných obszarów i zakresu inwestycji. Uruchomienie inwestycji na obszarze i w zakresie przewidzianym w planie powinno być zatem obciążone niższym ryzykiem, z gatunku tych omówionych wcześniej, a tym samym możliwe byłoby przeprowadzenie całego przedsięwzięcia przy niższym założonym poziomie zwrotu z inwestycji.

Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia proponuje zmiany w prawie umożliwiające świadczeniodawcom oraz Funduszowi zawieranie umów zwanych promesami. Promesy takie zobowiązywałyby strony do zawiązania w określonym czasie umów, na podstawie których świadczeniodawca dostarczałby w przyszłości określoną ilość świadczeń określonego rodzaju i cechach jakościowych, według średnich cen, jakie w tym czasie będą obowiązywać. Zawarcie promesy poprzedzone byłoby stosownym postępowaniem, analogicznym jak w przypadku umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, z zastosowaniem odpowiedniego trybu: konkursu ofert albo (zdecydowanie rzadziej) rokowań. Projekt zabezpiecza tym samym interesy stron promesy, wyraźnie wskazując na odpowiedzialność cywilną strony promesy uchylającej się od zawarcia przyszłej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, skonstruowanej na podobieństwo odpowiedzialności strony umowy przedwstępnej, regulowanej w art. 390 Kodeksu cywilnego, uchylającej się od zawarcia umowy przyrzeczonej. Rozwiązanie takie pozwalać miałyby na podejmowanie

długookresowych przedsięwzięć inwestycyjnych, z gwarancją zakupu świadczeń wytwarzanych przez nowy podmiot, przy czym warunki sprzedaży tych świadczeń mają być podobne do tych, jakie będą w tym czasie obowiązywać innych dostawców.

Informacja medyczna a zdrowie pacjenta - raport z badania zrealizowanego dla Instytutu Globalizacji

Metodologia badania

Mamy przyjemność zaprezentować Państwu wyniki badania ilościowego zrealizowanego przez TNS OBOP na zlecenie Instytutu Globalizacji

KLIENT:	Instytut Globalizacji
TEMAT:	Opieka zdrowotna
TERMIN REALIZACJI BADAŃ:	II fala wrześniowa 2006 r.
PRÓBA:	N =1003, ogólnopolska próba 15 +
METODOLOGIA BADANIA:	Badanie ilościowe, wywiady bezpośrednie <i>face-to-face</i> PAPI (<i>Pen and Paper Interview</i>)
AUTOR RAPORTU:	Arkadiusz Walus
ZESPÓŁ REALIZACJI BADANIA:	Beata Durka Agnieszka Zaklikowska Arkadiusz Walus

Badanie miało charakter ilościowy. Wywiady zrealizowano, prowadząc bezpośrednią rozmowę z respondentem (*face-to-face*) w jego domu. W projekcie wykorzystano badanie TNS Omnimas. Wyłączne prawo do wyników pytań omawianych w niniejszym raporcie posiada Instytut Globalizacji.

Badaną populację stanowili mieszkańcy Polski, którzy ukończyli 15 rok życia.

Próba miała charakter ogólnopolski, reprezentatywny dla tej populacji ze względu na płeć, wiek oraz miejsce zamieszkania. Losową próbę przygotowano w oparciu o dane Głównego Urzędu Statystycznego, a jako operat służył tzw. TERYT (Krajowy Rejestr Urzędowy Podziału Terytorialnego Kraju). W badaniu zastosowano dobór typu *random route* (ustalonej ścieżki).

Technika *random route* polega na losowaniu adresów startowych i dobraniu w ich bezpośrednim otoczeniu, według ściśle określonych zasad, wyznaczonej liczby następnych adresów. W tym przypadku każdy wylosowany adres stanowił punkt startowy dla zrealizowania tylko jednego adresu.

W badaniu zrealizowano wywiady ze 1003 mieszkańcami Polski powyżej 15 roku

życia.

Główne wnioski z badania:

- Co drugi Polak jest niezadowolony z usług świadczonych przez publiczną służbę zdrowia.
- Do lekarza najczęściej chodzą osoby młode oraz najstarsze; uczniowie i studenci; emeryci i renciści oraz osoby biernie zawodowo.
- Osoby, które dysponują w mniejszym stopniu wolnym czasem: aktywne zawodowo, kierownicy i specjaliści, prywatni przedsiębiorcy oraz osoby w średnim wieku ze średnim wykształceniem, rzadziej chodzą do lekarzy. Są również mniej zadowoleni z opieki medycznej w Polsce.
- Większość osób uważa, iż dostępność leków w Polsce jest inna niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej.
- Polacy, w przypadku przeziębienia, zdecydowanie częściej wolą leczyć się na własną rękę, niż chodzić do lekarza.

Szczegółowe wyniki badania

Opieka medyczna

Zadowolenie z publicznej opieki medycznej

Co drugi Polak powyżej 15 roku życia (49 proc.) jest zadowolony z publicznej opieki medycznej.

Z badania wynika, iż istotnie częściej zadowolone są:

Osoby w wieku 15-19 lat (61 proc.)

Osoby w wieku 60 lat i więcej (49 proc.)

Osoby z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym (56 proc.)

Bierni zawodowo (49 proc.)

Rolnicy (60 proc.)

Uczniowie i studenci (57 proc.).



W jakim stopniu jest Pan(i) zadowolony(a) z dostępnej publicznej opieki medycznej?

Odpowiedzi w proc.

N=1003

Charakterystyka pacjentów niezadowolonych z opieki medycznej

Wśród respondentów, niezadowolonych z publicznej opieki medycznej przeważają osoby:

W wieku od 30 do 39 lat (21,1 proc.)

Kawaler/panna/konkubinat (66,4 proc.)

Ze średnim i pomaturalnym wykształceniem (40,9 proc.)

Aktywne zawodowo (53,4 proc.)

Robotnicy (19,1 proc.)

Osoby, których miesięcznych dochód netto gospodarstwa domowego wynosi od 2000 do 2999 zł (19,1 proc.).

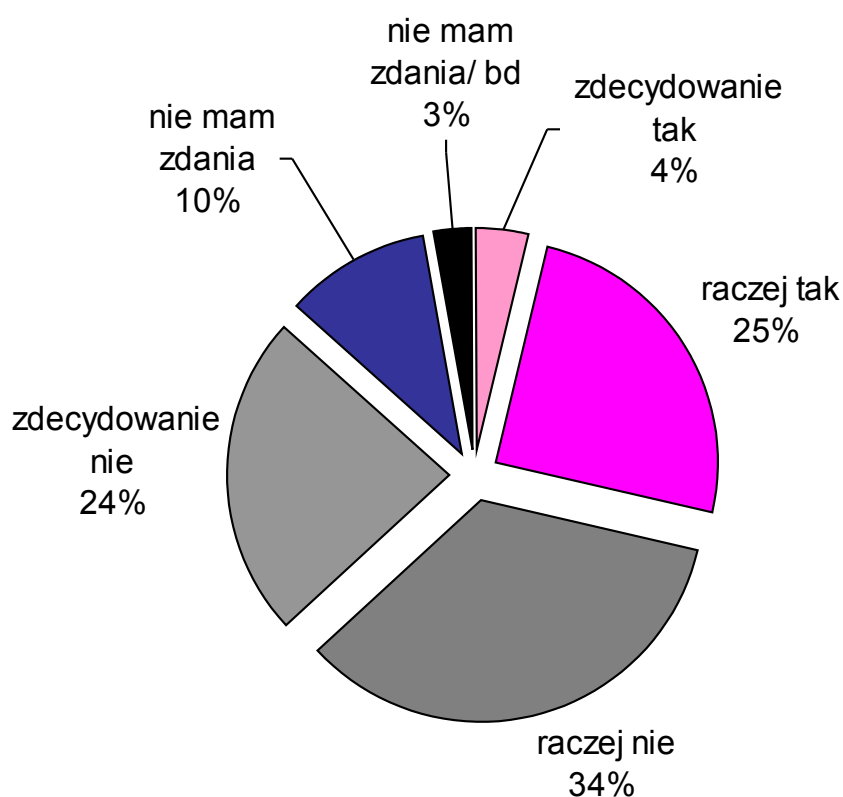
Zastanawiający również pozostaje fakt, iż prywatni przedsiębiorcy (30 proc.) istotnie częściej są bardziej niezadowoleni z usług świadczonych przez publiczną służbę zdrowia.

Realny wpływ wydatków ponoszonych przez państwo na służbę zdrowia

Około 30 proc. respondentów odczuwa realny wpływ wydatków ponoszonych przez państwo na służbę zdrowia.

Ponad połowa jest przeciwnego zdania (58 proc.).

Zwrócić trzeba szczególną uwagę na fakt, iż prawie co czwarty Polak zdecydowanie nie odczuwa ponoszonych przez państwo wydatków na służbę zdrowia (24 proc.). Prywatni przedsiębiorcy istotnie częściej podzielają to zdanie (39 proc.) oraz osoby, których miesięczny dochód netto wynosi od 2000 do 2999 zł (64 proc.), a więc są to osoby, które są zdecydowanie niezadowolone z opieki medycznej w Polsce.



Czy jako pacjent odczuwa Pan(i) realny wpływ wydatków ponoszony przez państwo na służbę zdrowia?

Odpowiedzi w proc.

N=1003

Wizyta u lekarza – stopień zadowolenia

65 proc. Polaków jest zadowolonych ze sposobu udzielania przez lekarzy informacji na temat stanu zdrowia, rozpoznania choroby oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych.

Wśród osób, które zdecydowanie podzielają tą opinię przeważają:

Osoby w wieku powyżej 60 lat (28,9 proc.)

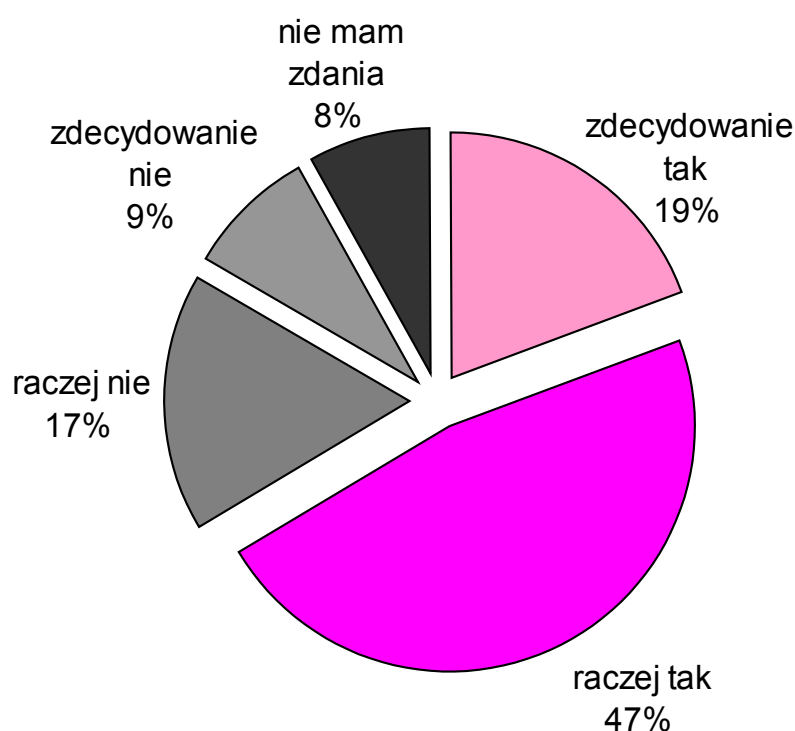
Z podstawowym wykształceniem (33,3 proc.)

Bierni zawodowo (62,8 proc.)

Emeryci/renciści (34,7 proc.)

Osoby, których miesięcznych dochód netto wynosi do 799 zł (49,5 proc.).

Prawie co czwarta osoba nie jest zadowolona ze sposobu udzielanych przez lekarza informacji (26 proc.).



Czy po ostatniej wizycie u lekarza był Pan(i) zadowolony(a) z udzielanych Panu(i) przez lekarza informacji na temat Pana(i) stanu zdrowia, rozpoznania choroby i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych?

Odpowiedzi w proc.

N=1003

Jak często leczymy się sami w domu?

Zdecydowana większość Polaków, w przypadku przeziębienia, nie korzysta z pomocy lekarzy. Na własną rękę stara się leczyć aż 97 proc. osób.

Co trzecia osoba twierdzi, iż zawsze z przeziębieniem „walczy” sama (34 proc.). Wśród tej

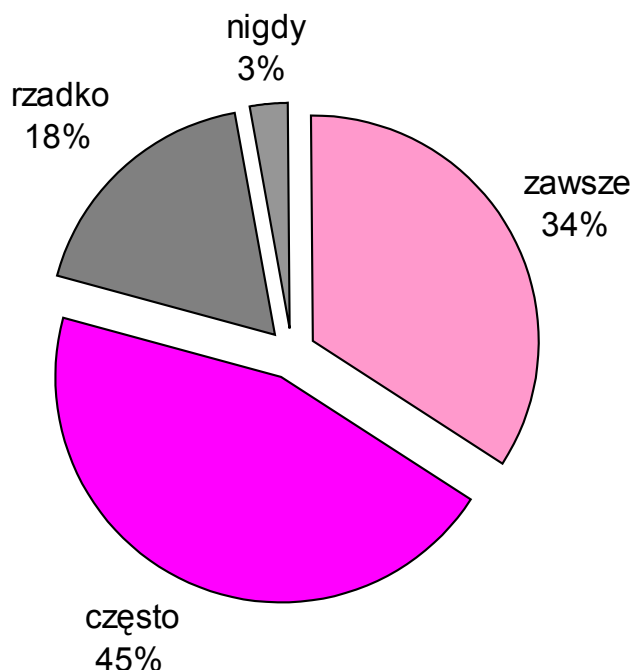
grupy dominują:

Osoby w wieku 20-29 lat (28,2 proc.)

Osoby ze średnim wykształceniem (42,7 proc.)

Aktywni zawodowo (55,8 proc.)

Robotnicy (21,5 proc.).



Jak często stara się Pan(i) wyleczyć sam np. z przeziębienia, zanim pójdzie Pan(i) do lekarza?

Odpowiedzi w proc.

N=1003

Istotnie rzadziej na własną rękę z przeziębieniem walczą:

Osoby młode – od 15 do 19 lat (26 proc.) oraz najstarsze – powyżej 60 lat (25 proc.)

Emeryci/renciści (23 proc.)

Uczniowie/studenci (24 proc.).

Są to jednocześnie osoby, które są zadowolone z publicznej służby zdrowia.

Dostępność leków na polskim rynku

Dostęp do leków w Polsce w porównaniu do Unii Europejskiej

Zdaniem ponad połowy respondentów, pacjenci w Polsce nie mają identycznego dostępu do

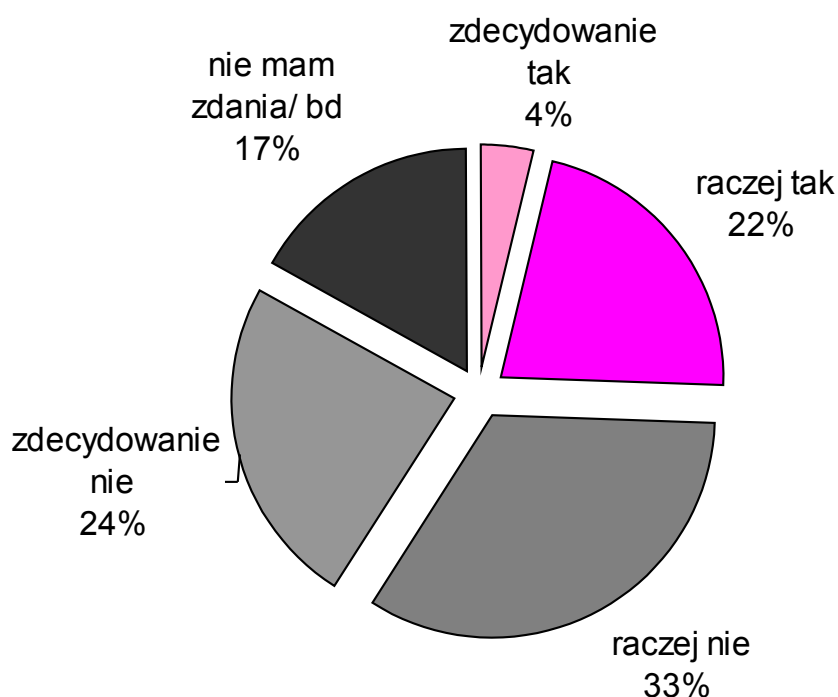
leków jak w pozostałych krajach Unii Europejskiej. Odmiennego zdania jest 26 proc. respondentów.

Należy również zwrócić uwagę, iż istotnie częściej z opinią o identycznej dostępności leków na rynku polskim, jak i w innych krajach Unii Europejskiej, zdecydowanie nie zgadzają się:

Osoby pracujące (28 proc.)

Prywatni przedsiębiorcy (44 proc.)

Osoby, których miesięcznych dochód netto wynosi od 2000 do 2999 zł (55 proc.).



Czy uważa Pan(i), że pacjenci w Polsce mają taki sam dostęp do leków jak w pozostałych krajach Unii Europejskiej?

Odpowiedzi w proc.

N=1003

Prawie co 5 respondent nie ma zdania w tej kwestii. Wśród tych osób przeważają:

Kobiety (59,6 proc.)

Osoby starsze, powyżej 60 roku życia (37,7 proc.)

Z wykształceniem podstawowym (36,5 proc.)

Bierni zawodowo (72,3 proc.)

Emeryci/renciści (40,8 proc.).

Większa dostępność leków, a spadek zachorowań oraz obniżenie kosztów leczenia

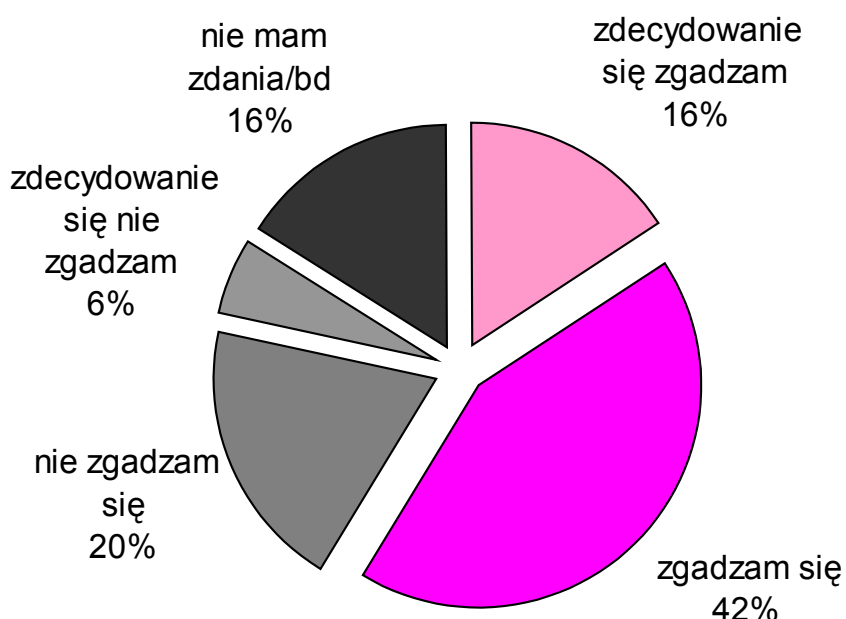
Większość Polaków zgadza się ze stwierdzeniem, iż lepsza dostępność leków w Polsce może przyczynić się do zmniejszenia zachorowań oraz obniżenia kosztów leczenia (58 proc.).

Istotnie częściej z tą opinią zgadzają się:

Osoby w wieku 20-29 lat (50 proc.)

Kierownicy/specjaliści (56 proc.)

Prywatni przedsiębiorcy (63 proc.).



W jakim stopniu zgadza się Pan(i) z następującym stwierdzeniem: „Lepsza dostępność do nowych leków w Polsce spowoduje zmniejszenie zachorowań i obniżenie kosztów leczenia”?

Odpowiedzi w proc.

N=1003

Kto ma ostateczny wpływ na nasze decyzje związane z zakupem leków?

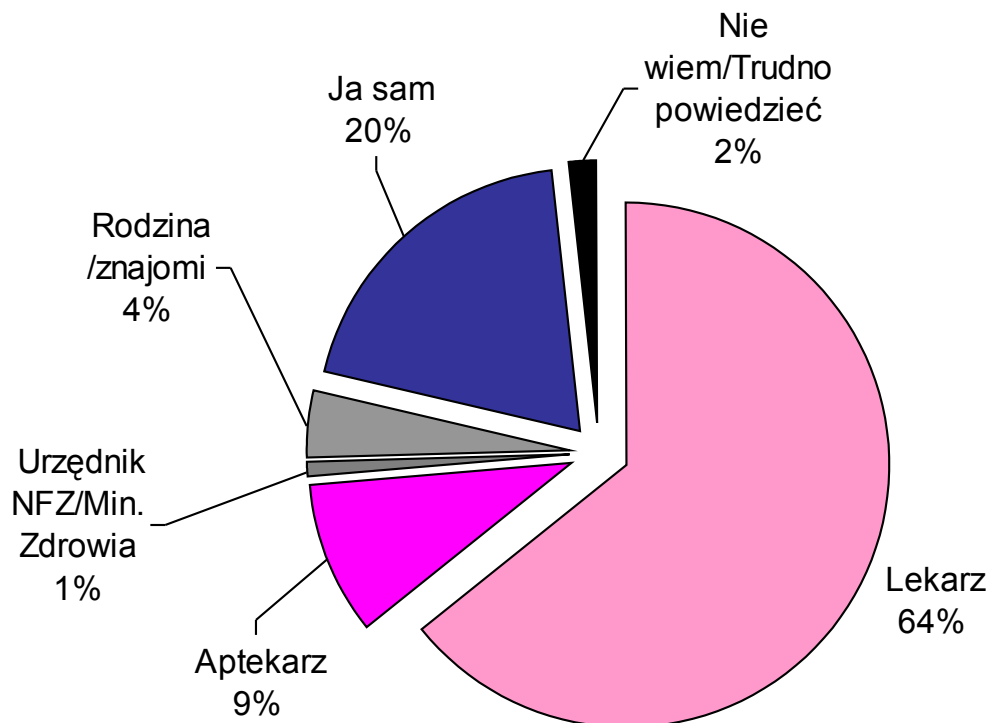
Zdaniem 64 proc. respondentów największy wpływ na to, jaki lek wybierzemy, ma nasz lekarz.

Co 5 Polak twierdzi, iż to on sam ostatecznie podejmuje decyzję, jaki lek wybrać.

1/10 Polaków jest zdania, że tak naprawdę o tym, jaki lek zakupi, wpływ ma aptekarz.

Istotnie częściej uznały, że to lekarz ma największy wpływ na zakup leku:

Osoby w wieku 15-19 lat (76 proc.) oraz powyżej 60 lat (73 proc.)
Z wykształceniem podstawowym (71 proc.)
Emeryci/renciści (71 proc.).



Kto Pana(i) zdaniem ma największy wpływ na to, jaki ostatecznie lek Pan(i) zakupi?

Odpowiedzi w proc.

N=1003

Wśród osób, które samodzielnie podejmują decyzję, jaki ostatecznie lek kupią, przeważają:

Osoby dojrzałe – od 40 do 49 lat (26,4 proc.)

Osoby ze średnim (39,6 proc.) oraz zawodowym wykształceniem (32,0 proc.)

Robotnicy (23,9 proc.)

Osoby, których miesięczny dochód netto gospodarstwa domowego wynosi od 1250 do 1999 zł (25,4 proc.).

Jak ważne dla Polaków jest ich własne zdrowie

Na co Polacy przeznacziliby wygraną w LOTTO?

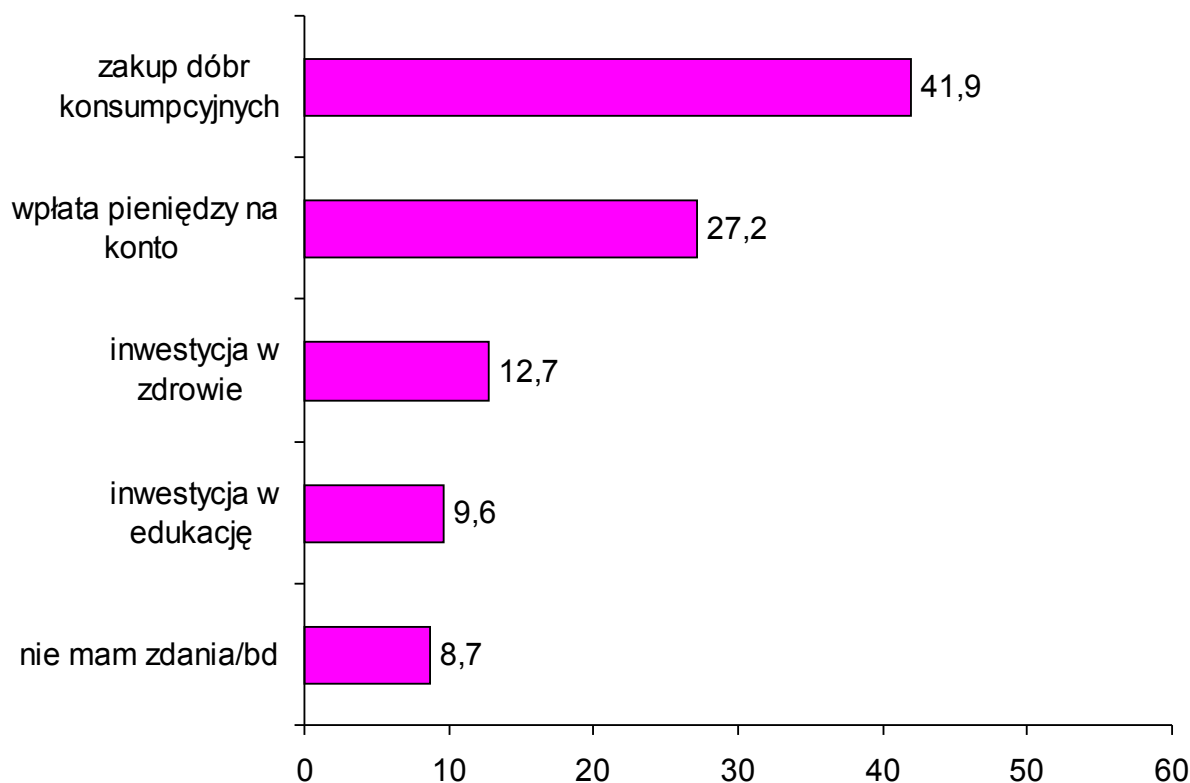
W przypadku wygranej w LOTTO, w wysokości 10 000 zł znaczna część Polaków (41,9 proc.) w pierwszej kolejności zakupiłaby dobra konsumpcyjne.

Ponad 1/10 osób wygraną zainwestowałaby w zdrowie. Wśród nich przeważają:

Kobiety (64,6 proc.)

Osoby starsze w wieku powyżej 60 lat (48,8 proc.)

Osoby z wykształceniem podstawowym (34,9 proc.).



Gdybyś wygrał w LOTTO 10 000 zł, na co w pierwszej kolejności przeznaczyłbyś nagrodę?

Odpowiedzi w proc.

N=1003

Osoby, które istotnie częściej wybrały odpowiedź „wpłaty pieniędzy na konto” to:

Osoby w młode w wieku 15–19 lat (37 proc.) oraz 20–29 lat (35 proc.)

Kawaler/panna (33 proc.)

Z wykształceniem wyższym oraz licencjatem (39 proc.)

Kierownicy i specjaliści (39 proc.)

Uczniowie i studenci (38 proc.)

Osoby, których miesięczny dochód netto gospodarstwa domowego wynosił 3000 zł i więcej (37 proc.).

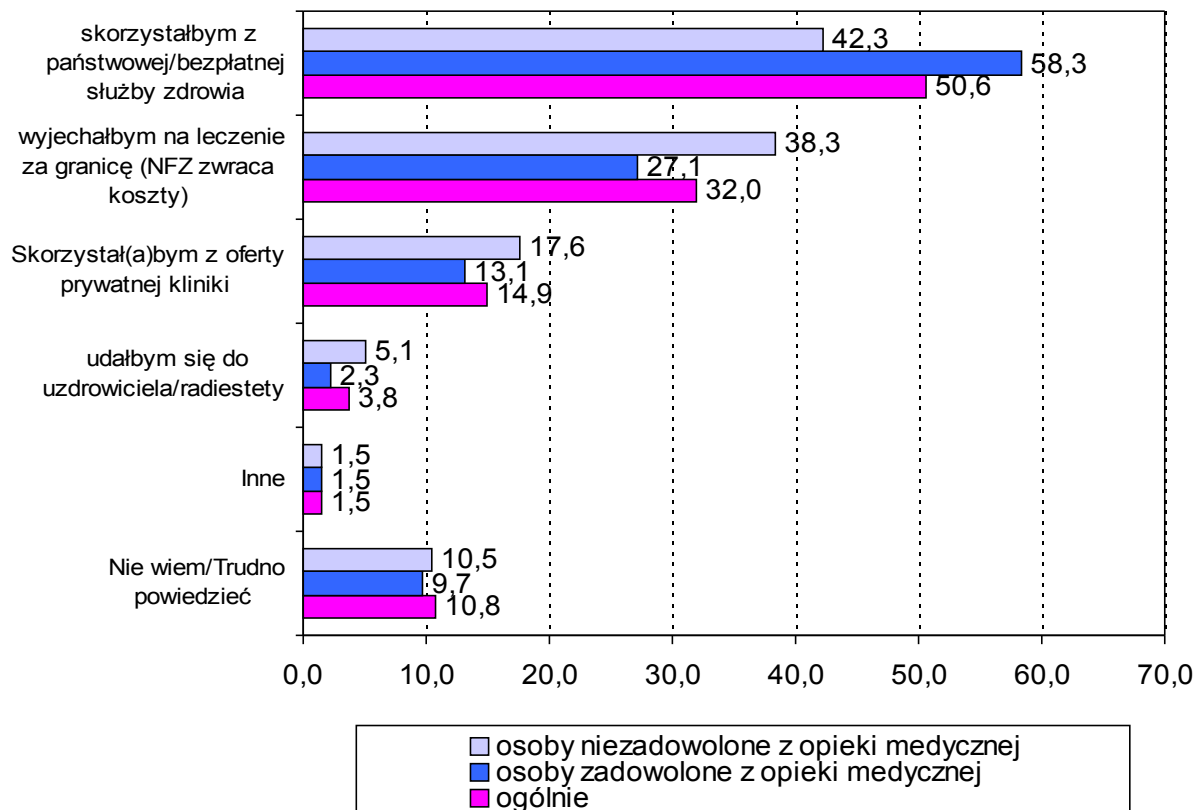
Zaufanie do opieki medycznej

W przypadku zachorowania na ciężką chorobę, taką jak np. nowotwór złośliwy, osoby, które

nie są zadowolone z państwowej, bezpłatnej służby zdrowia, rzadziej by z niej skorzystały niż osoby, które są z niej zadowolone.

Więcej osób niezadowolonych z opieki medycznej w Polsce wyjechałoby na leczenie za granicę (38,3 proc.).

Widać wyraźnie, iż stopień zadowolenia z opieki medycznej przekłada się na zaufanie do niej i korzystanie z jej usług.



Co zrobiłby Pan, gdyby okazało się iż zachorował Pan np.: na nowotwór złośliwy?

Odpowiedzi w proc.

N=1003

Koniec. (Wstawić tabele z badań!) – Excell

Wiedza to Zdrowie

Koalicja na rzecz powszechnego dostępu do informacji medycznej „Wiedza to Zdrowie” to inicjatywa polskich instytutów spraw publicznych, która ma na celu zwiększenie dostępu do informacji medycznej dla pacjentów oraz reformę europejskiego systemu ochrony zdrowia.

W październiku 2005 r. zwróciliśmy się do wiceprzewodniczącego Komisji Europejskiej Güntera Verheugena o zniesienie art. 88 dyrektywy UE 2001/83/EC zakazującej kierowania bezpośredniej reklamy produktów medycznych do pacjenta. Jak wynika z badań, przepis ten w znacznym stopniu ogranicza poziom wiedzy medycznej w społeczeństwie oraz rozwój innowacji w Europie.

W odpowiedzi na naszą petycję, Günter Verheugen przedstawił projekt Komisji Europejskiej dotyczący budowania publicznych baz danych o schorzeniach i lekach, co z pewnością jest krokiem w dobrym kierunku, lecz nie jest rozwiązaniem ostatecznie przyczyniającym się do zwiększenia poziomu wiedzy medycznej wśród pacjentów.

Chcemy, aby pacjent stał się aktywną stroną terapii. Szansą dla polepszenia zdrowia jest wiedza, a nie ignorancja. Chory powinien mieć wolny dostęp do informacji medycznej, aby mógł świadomie korzystać z osiągnięć nowoczesnej medycyny.

Zapraszamy także do przystąpienia do koalicji na rzecz powszechnej informacji medycznej „Wiedza to Zdrowie”, docelowo grupującej przedstawicieli przemysłu, instytuty spraw publicznych oraz polityków, którzy chcieliby włączyć się w proces reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce i w UE.

Członkowie koalicji „Wiedza to Zdrowie”:

- Fundacja Instytut Globalizacji;
- Stowarzyszenie Pacjentów *Primum non nocere*;
- Stowarzyszenie „Stop Korupcji”;
- Andrzej Sośnierz;
- MedicNet;
- Stowarzyszenie KoLiber.

Instytut Globalizacji jest wolnorynkowym instytutem spraw publicznych i niezależnym ośrodkiem analitycznym.

Pomysł powołania Instytutu narodził się podczas spotkania w hotelu Marriott w Warszawie w 2005 r., na którym **Tomasz Teluk** – ekspert ekonomiczny i publicysta oraz **Tomasz Sommer** – dziennikarz i wydawca, postanowili o utworzeniu niezależnego wolnorynkowego ośrodka, który miałby realny wpływ na sprawy publiczne w Polsce oraz uczestniczyłby w międzynarodowych programach na rzecz poszerzenia wolności jednostki, obrony tradycyjnych praw własności i wartości wolnego rynku.

W tym samym roku zarejestrowano nazwę Instytut Globalizacji, a rok później ośrodek zyskał statut fundacji. Fundacja Instytut Globalizacji należy do największych sieci podobnych placówek z całego świata: ATLAS Foundation oraz europejskiej Stockholm Network. Na stałe Instytut współpracuje z wiodącymi odpowiednikami za granicą: waszyngtońskimi CATO Institute i Heritage Foundation, amerykańskim Instytutem Lorda Actona, brukselskimi Centre for the New Europe i Institut Economique Molinari czy włoskim Istituto Bruno Leoni.

Chcieliśmy, aby placówka była miejscem edukacji wolnorynkowej społeczeństwa, przy zachowaniu tradycji katolickiej nauki społecznej. Inspirowały nas prace nie tylko filozofów konserwatywno-liberalnych i libertariańskich, takich jak: Friedrich von Hayek, Lord Acton, John Locke, Ludwig von Mises, Milton Friedman, ale przede wszystkim: Biblia, nauczanie społeczne Jana Pawła II, teksty soborów powszechnych i spuścizna scholastyczna.

Opowiadamy się za dobrowolnymi procesami, sprzyjającymi rozwiązywaniu problemów społecznych, prowadzącymi do wzrostu dobrobytu, bez rezygnacji z tradycyjnych wartości. Instytucje prywatne działają lepiej i sprawniej od państwowej biurokracji, dlatego gros funkcji państwa powinno zostać sprywatyzowanych. Uważamy, że człowiek-osoba jest celem i najważniejszym elementem systemu rynkowego. Wolny rynek powinien być ograniczony jedynie zasadami moralności zawartymi w Dekalogu.

Instytut Globalizacji prowadzi szereg projektów obejmujących rozmaite dziedziny życia publicznego: ochronę zdrowia, konkurencyjność przedsiębiorstw, ochronę środowiska, własność intelektualną, procesy globalizacyjne. Instytut wydaje serwis internetowy www.globalizacja.org. Publikujemy także książki, analizy i raporty. Współpracujemy z dziennikarzami, naukowcami i politykami. Organizujemy spotkania prasowe, badania opinii

publicznej, wykłady oraz konferencje. Nasi eksperci komentują najważniejsze wydarzenia w prasie, radiu oraz TV.



INSTYTUT GLOBALIZACJI
www.globalizacja.org

Fundacja Instytut Globalizacji

Ul. Opawska 1/4

44-100 Gliwice, Polska

www.globalizacja.org

instytut@globalizacja.org

tel. + 48 600 023 118

+ 48 32 232 65 54

Instytut Globalizacji jest prywatnym wolnorynkowym instytutem spraw publicznych założonym w 2005 r. Organizacja prowadzi badania z zakresu konkurencyjności, ochrony środowiska, ochrony zdrowia i globalizacji. Do rady instytutu należą m.in. dr Marian Tupy z waszyngtońskiego CATO Institute oraz dr Ana Eiras z Heritage Foundation.

Dyrektorem Instytutu jest dr Tomasz Teluk – ekspert ekonomiczny Centre for the New Europe w Brukseli i Centrum im. Adama Smitha.