

Czy stać nas na rynkową służbę zdrowia?

Autor: **Kamil Rozynek**

Praca nagrodzona I miejscem w IV edycji konkursu na esej Instytutu Misesa (w kategorii esej publicystyczny)

O kolejnych przełomowych zmianach w służbie zdrowia słyszymy w mediach regularnie. Sądząc po liczbie reform, których doświadczył obszar usług medycznych w naszym kraju, należałoby się spodziewać, że polska służba zdrowia przypomina pięknie błyszczący diament, wypolerowany dzięki zwinnym ruchom rąk kolejnych polityków.

Tymczasem, według sondażu przeprowadzonego dla „The Economist”, największym zmartwieniem Polaków jest właśnie sytuacja służby zdrowia. Aż 74% pacjentów jest niezadowolonych z jej funkcjonowania. Zmiany obecnego systemu opieki zdrowotnej domagają się także rezydenci, na których wiele biurokratycznych absurdów odbija się najbardziej. Również lekarze specjaliści i profesorowie nie są zadowoleni z aktualnego stanu rzeczy. Widok sali intensywnej terapii, która nie jest wykorzystywana, bo brakuje pielęgniarek, konieczność niepotrzebnego przetrzymywania pacjentów na oddziale, tylko po to, żeby korzystniej rozliczyć się z NFZ, sterty niepotrzebnej dokumentacji, strata czasu na wyszukiwanie nieustannie zmieniających się stawek refundacji leków — codziennego funkcjonowania w takim systemie niektórym nie są w stanie wynagrodzić nawet pieniądze czy prestiż. O ile nie do końca wiadomo, jak wyglądać powinien rynek usług medycznych, co do jednego panuje zgoda — potrzebna jest zmiana.

Jednym z nasuwających się rozwiązań jest propozycja deregulacji i konsekwentnego oparcia rynku usług medycznych o dobrowolne relacje wymiany. Przemawiają za tym nie tylko przesłanki etyczne, podkreślające znaczenie indywidualnej wolności, ale również przesłanki efektywnościowe — rynek codziennie dostarcza konsumentom dobra o wysokiej jakości w niskich cenach. Czy nie mógłby zaspokoić potrzeb konsumentów w obszarze opieki medycznej? Głównym czynnikiem, który sprawia, że wielu ludzi nie chce nawet podjąć dyskusji o urynkowaniu służby zdrowia jest strach przed tym, że nie

będzie nas na nią stać, a wielu z nas utraci dostęp do jakiegokolwiek pomocy. Takie obawy opierają się na trzech nieporozumieniach.

Pierwsze z nich polega na wykorzystywaniu obecnych cen w kalkulacjach dotyczących całkowicie prywatnego rynku usług medycznych. W systemie opartym na dobrowolnych wymianach i konkurencji można się spodziewać znacznie niższych stawek. Obecnie wszędzie na świecie rynek medyczny podlega bardzo silnym regulacjom, takim jak państwowe licencjonowanie zawodów oraz sprzętu medycznego, patenty, organizowanie opieki zdrowotnej przez ogólnonarodową instytucję, istnienie centralnego płatnika oraz sztywnego finansowania i „wyceny” usług. Aby świadczyć usługi medyczne jako lekarz, pielęgniarka czy ratownik należy spełnić określone ustawami kryteria. Przyszły doktor zaczyna swoją karierę od zapamiętania — na szczęście tylko na czas matury — cykli rozwojowych mszaków, glonów czy meduz. Do tego jeszcze matura z chemii. Potem 6 lat żmudnych studiów obejmujących nie tylko przydatne informacje i przedmioty dające pewne rozeznanie, ale również mnóstwo „zapychaczy”. Potem rok stażu po którym nadal uprawnienia młodego lekarza są ograniczone. Na pełne prawo samodzielnego wykonywania świadczeń trzeba poczekać kolejne 5 lat, aż do uzyskania tytułu specjalisty. Łącznie by w pełni samodzielnie wykonywać zawód trzeba poświęcić aż 12 lat. Co więcej, w ciągu pierwszych 6 lat studiów młody adept medycyny nie ma jakichkolwiek uprawnień do choćby prostych prac w szpitalu i nie może produktywnie wykorzystywać stopniowo nabywanych umiejętności, co pozbawia go możliwości zdobywania środków na utrzymanie, a także blokuje jego rozwój zawodowy.

Państwo doprowadza do sytuacji, w której każdy przyszły dostawca rozmaitych usług musi pokonać identyczną ścieżkę edukacyjną. Czy można takie umiejętności nabyć taniej, szybciej i skuteczniej? W sytuacji, w której wszyscy zdobywają te umiejętności w tylko jeden, konkretny i określony przez państwo sposób, nie da się rzetelnie odpowiadać na takie pytania.

Nie jesteśmy w stanie porównywać efektów różnych modeli edukacyjnych. Zupełnie inne umiejętności czy wiedzę wykorzystuje radiolog, kardiolog i chirurg, zupełnie różna jest specyfika pracy tych specjalistów. Nie żyjemy już w czasach, w których lekarz od wszystkiego stawiał diagnozę brzmiącą „pacjent zmarł na brzuch”. Dzisiaj w wyniku rozwoju technologii, nowych metod diagnostycznych i leczniczych istnienie takiego samego tytułu, którego zdobycie trwa dokładnie

tyle samo czasu dla różnych wyspecjalizowanych prac, ma tyle sensu, co zwyczaj określenia wszystkich przedmiotów metalowych tym samym słowem przez jedno z plemion Indian amazońskich.

Jak opisywał to noblista Milton Friedman, podnoszenie poziomu usług medycznych przez podnoszenie wyłącznie wymagań dla usługodawców przypomina poprawianie jakości transportu poprzez zakaz ruchu dla pojazdów mniej sprawnych niż mercedes klasy c. Efektem ubocznym będzie zmniejszenie dostępności usług oraz konkurencyjności wśród dostawców i związany z tym wzrost cen.

Nie oznacza to oczywiście, że licencjonowanie pracowników medycznych podejmujących działania obarczone ryzykiem utraty zdrowia lub życia nie jest potrzebne. Jeśli pacjent nie jest w stanie sam zweryfikować lekarza, ale będzie pożytał gwarancji jakości, to na rynku najprawdopodobniej powstaną odpowiednie mechanizmy np. certyfikaty wydawane przez cieszące się autorytetem instytucje. Żaden szpital, przychodnia czy grupa medyczna, której zależy na dobrej opinii, nie będzie zatrudniać przypadkowych i niekompetentnych pracowników. Również firmy ubezpieczeniowe nie mogą sobie pozwolić na refundowanie leczenia u dowolnego, nielicencjonowanego medyka. Szarlatańska terapia grozi poważną utratą zdrowia, a za konsekwencje będzie przecież odpowiadał finansowo ubezpieczyciel. Firmy ubezpieczeniowe, zanim podjęłyby się ubezpieczenia lekarza wykonującego ryzykowne procedury, musiałyby w jakiś sposób zweryfikować jego kompetencje. Wyspecjalizowane instytucje, którym klienci w bezpośredni lub pośredni sposób płacą za kontrolę jakości, nie są przecież niczym obcym w wielu obszarach dzisiejszej gospodarki.

Licencjonowanie oparte na państwowej przemoc, które znacznie winduje koszty dotyczy nie tylko zawodów medycznych, ale również firm produkujących sprzęt medyczny, firm farmaceutycznych i aptek sprzedających leki. Prawa ochrony patentowej, powodują, że przez pierwsze lata od zarejestrowania leki mogą być produkowane przez tylko jedną firmę, co powoduje, że są one albo praktycznie niedostępne ze względu na cenę, albo podatnicy są zmuszani do ich refundacji.

Drugie nieporozumienie dotyczy założenia, że w ramach systemu dobrowolnych wymian będziemy potrzebować takiej samej ilości usług medycznych, jakiej potrzebujemy aktualnie. W obecnej sytuacji, w której

państwo najpierw odbiera podatnikom środki, a następnie opłaca za nie opiekę medyczną z góry, jasnym jest, że każdy będzie chciał skorzystać z jak największej ilości świadczeń. Jeśli dla pacjenta ze zwykłym przeziębieniem jedynym kosztem, aby skorzystać z usług lekarza, jest wstanie z łóżka i odczekanie w kolejce, to nie można się dziwić, że przychodnie POZ i lekarzy rodzinnych pełne są pacjentów, którzy niekoniecznie potrzebują fachowej pomocy, jak w przypadku starszej pani, która na słowa lekarza „Dawno pani u mnie nie była!” odpowiada „A bo trochę chorowałam”.

Według raportu kanadyjskiego ministra zdrowia Marca Lalonda styl życia odpowiada aż za 50% wpływu na zdrowie, przy 10% za które odpowiada system opieki zdrowotnej. Wyzwaniem jest chociażby rosnący problem otyłości. Dzisiaj osoba odpowiedzialna za wybory dotyczące swojego stylu życia nie ponosi wszystkich ich konsekwencji — koszt leczenia jest przenoszony na całe społeczeństwo (tzw. eksternalizacja kosztów). Zmieniona struktura bodźców ekonomicznych kształtuje nasze postawy, wzorce zachowań i kulturę sprawiając, że rzadziej uprawiamy sport, czy z większą swobodą sięgamy po niezdrowe produkty. Wygląda na to, że państwo zakazując słodkich napojów próbuje naprawić problem, który samo stworzyło, przy okazji uderzając w wolność jednostki.

Podobnie ma się sprawa z papierosami, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, sportami ekstremalnymi, nieprawidłowym stosowaniem leków, niekontrolowaniem ciśnienia tętniczego i poziomu cukru we krwi czy wszelkimi podobnymi przejawami pozornie niewinnego zaniedbywania swojego zdrowia. Zupełnie nie doceniamy skali tego problemu. Pacjent źle kontrolujący poziom glikemii generuje w warunkach USA w ciągu 3 lat dodatkowy średni koszt w wysokości 5215 dolarów. Szacuje się, że tylko połowa pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest świadoma choroby, połowa z nich leczy się, połowa z tych, którzy się leczą ma dobrze dobrane leki, a połowa spośród tej ostatniej grupy stosuje się do zaleceń lekarza. Według niektórych szacunków koszt nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w USA może sięgać nawet do 300 miliardów dolarów rocznie tj. 10% całkowitych wydatków na opiekę medyczną.

Ludzie różnią się preferencją czasową — nie wszyscy potrafią zrezygnować z dzisiejszego komfortu na rzecz komfortu w przyszłości. System prywatnych

ubezpieczeń medycznych potencjalnie może wykształcić mechanizmy, które powodowałyby odzwierciedlenie kosztów przyszłych świadczeń w cenie składki płaconej już dzisiaj. Dzięki temu również ci, którzy nie myślą o przyszłości, odczuliby finansową zachętę do podejmowania lepszych wyborów już dziś.

Czy w ogóle istnieje jakiś określony konieczny poziom wydatków na zdrowie? Teoretycznie każda dodatkowa złotówka wydana na opiekę medyczną mogłaby powodować jakieś dodatkowe korzyści zdrowotne, aż do momentu, w którym medycyna pochłaniałaby gigantyczne środki, ostatecznie mogłaby pochłaniać cały dochód narodowy. Wraz ze wzrostem nakładów na zdrowie zawsze dochodzimy do punktu, w którym dodatkowa korzyść zdrowotna przestanie już usprawiedliwiać ten dodatkowy wydatek. To, kiedy pojawi się ten punkt, to sprawa indywidualna, zależy od subiektywnej wartości przypisywanej przez daną osobę do dobrego stanu zdrowia, w porównaniu z subiektywną, przypisywaną przez osobę wartością innych rzeczy, które mogłaby kupić lub zrobić za te pieniądze w danym czasie.

Czy lepiej w ostatnich dniach życia poddać się bardzo drogiej terapii, która nieco wydłuży życie bez znacznej poprawy komfortu, czy może przeznaczyć te środki na ostatnią podróż w piękne miejsce? Takie decyzje może podejmować za siebie tylko jednostka. Jeśli usługi medyczne są dostarczane na rynku, jednostki zgodnie ze swoją oceną będą konsumować je do pewnego punktu i wydawać resztę środków na inne rzeczy. Państwo arbitralnie dokonuje takich rozstrzygnięć i zmusza jednostki do kupowania pewnej ilości usług medycznych, niezależnie od tego, czy uważają one, że są one warte swojej ceny czy nie. Co więcej, na subiektywnej skali wartości każdej jednostki usługi medyczne konkurują nie tylko z przyjemnościami czy podróżami, ale również z różnymi wydatkami, które mają bezpośredni wpływ na zdrowie. Kupowanie lepszej żywności, odpoczynek w górskim uzdrowisku, zamontowanie poręczy zapobiegających upadkowi starszej osoby — to wszystko dobra i usługi konkurujące z wydatkami na terapie medyczne.

Ostatnie nieporozumienie wynika z błędnego założenia, że wraz z wprowadzeniem w służbie zdrowia systemu rynkowego siła nabywca pacjentów pozostanie na dzisiejszym poziomie. Proces przechodzenia do systemu prywatnego oznacza przecież olbrzymie zmniejszenie ciężaru fiskalnego, dzięki

któremu Polacy mogliby odzyskać prawo do indywidualnego dysponowania swoimi środkami.

Mamy tendencję do ignorowania istotnych czynników związanych z konsekwentnym stosowaniem się do zasad prawa prywatnego, takich jak wzrost nacisku na profilaktykę chorób, zmiana struktury bodźców ekonomicznych, modeli edukacyjnych i organizacyjnych czy proces kształtowania panującej kultury zdrowotnej. Każda dyskusja na temat kosztów opieki medycznej musi się więc rozpoczynać od spostrzeżenia, że rynek usług medycznych oparty na dobrowolnych wymianach międzyludzkich oznacza warunki zupełnie inne niż te panujące dzisiaj.