

Opieka medyczna – szanse i perspektywy rozwoju sektora prywatnego

Autor: Teresa Domańska, TU INTER Polska S.A., Dyrektor Biura Ubezpieczeń Zdrowotnych

20.08.2014

Zgodnie z ostatnio opublikowanym raportem Polska znalazła się na 4. od końca miejscu wśród 35 badanych krajów pod względem oceny wydajności opieki zdrowotnej (Euro Health Consumer Index 2013 podawany przez Health Consumer Powerhouse). Raport porównuje systemy zdrowotne państw europejskich oceniając pięć kryteriów: przestrzeganie praw pacjenta oraz dostęp do informacji, dostępność leczenia rozumiany także jako czas oczekiwania na leczenie, wyniki leczenia, zakres usług, poziom profilaktyki oraz dostęp do leków.

Na czele badanej grupy krajów stoją niezmiennie – Holandia, Islandia i Dania. Na drugie miejsce z 7 w roku 2013 awansowała Szwajcaria. Porównanie dla Polski jest smutne – przesunęliśmy się o 3 miejsca, niestety pozostając coraz bardziej w tyle. Dla porównania w stosunku do roku 2012 pozycja Niemiec poprawiła się o 7 pozycji. Aktualnie kraj ten znajduje się na 7 miejscu w rankingu.

Sam wynik Polski nie jest dla mnie zaskoczeniem. Przykrą niespodzianką jest jednak pogorszenie czegoś, co wydaje się być już w fatalnym stanie.

Wielu z nas, nie tylko osoby pracujące w szeroko rozumianej ochronie zdrowia, ale także zwykli ludzie, obecni i przyszli pacjenci, zadają sobie pytanie, jak długo tak jeszcze będzie? Co musi się stać, żeby sytuacja uległa poprawie? Czy ktoś będzie miał odwagę dokonać reformy?

Obserwując nastroje społeczne przyznaję, że przywiązanie do rzekomo bezpłatnej opieki zdrowotnej gwarantowanej przez narodowego płatnika jest w Polsce tak duże, że myśl o dodatkowych wydatkach powoduje zdecydowany opór przed jakąkolwiek zmianą systemową. Obszar ochrony zdrowia jest związany z najbardziej delikatną sferą naszego życia. Dlatego wszelkie zmiany powinny być wprowadzane ewolucyjnie, a nie rewolucyjnie. Jako społeczeństwo musimy mieć czas dojrzeć do zmian, przyzwyczaić się do nowej rzeczywistości i nauczyć się w niej funkcjonować. Żeby tego dokonać należy rozpocząć dialog społeczny zakończony gotowymi propozycjami legislacyjnymi.

Jakie powinno być nowe rozwiązanie dla rodzimego systemu ochrony zdrowia?

Nie ma wątpliwości, że kompleksowe. Powinno ono również gwarantować bezpieczeństwo i dostępność, a tym jak wiemy jest największy problem. Dopiero oferując klientowi-pacjentowi-ubezpieczonemu opiekę medyczną spełniającą zarówno kryterium kompleksowości jak i dostępności, stworzymy rozwiązanie korzystne dla wszystkich uczestników systemu. Będzie ono zadowalające przede wszystkim dla pacjenta – zapewni mu bezpieczeństwo w każdej sytuacji, niejednokrotnie umożliwi szybsze podjęcie leczenia. Będzie też bezpieczne dla płatnika, ponieważ pozwoli efektywnie i realnie zarządzać ryzykiem. W takiej sytuacji świadczeniodawca będzie mógł skupić się na udzielaniu pomocy. Dodatkowe środki umożliwią mu wykonywanie większej ilości procedur, co w konsekwencji zwiększy przychody, poprawi wyniki finansowe, a świadczeniodawca będzie miał pewność, że otrzyma zapłatę za zrealizowane świadczenia. To ostatnie możliwe będzie, gdy płatników będzie więcej niż jeden, gdy poszczególni płatnicy (ubezpieczyciele) będą ze sobą konkurować efektywnością zarządzania i w długiej perspektywie – wysokością składki.

Obecnie konkurencja występuje wyłącznie w opiece ambulatoryjnej, która w znacznym stopniu jest sprywatyzowana. Mówiąc o konsultacjach lekarskich, badaniach laboratoryjnych i diagnostycznych oraz stomatologii mamy do czynienia z płatnikiem prywatnym, czyli z rynkiem konkurencyjnym. Oferta prywatnych świadczeń szpitalnych nie osiągnęła skali opieki ambulatoryjnej z powodu braku regulacji określających rolę prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajowym systemie opieki zdrowotnej. Najdroższe szpitalne procedury opłacane są w znakomitej większości przez NFZ. Podkreślić jednak

należy, że środowisko świadczeniodawców deklaruje gotowość współpracy z prywatnym płatnikiem także w tym obszarze.

Warunkiem niezbędnym, by mówić o prawdziwym rozwiązaniu systemowym w ochronie zdrowia jest masowość. Do jej uzyskania konieczne są zachęty państwa dla wchodzących do systemu. Tylko wtedy poziom oferowanych cen ubezpieczenia zdrowotnego będzie akceptowalny dla większości naszego społeczeństwa. Oprócz tego konieczna jest szeroka kampania informacyjna uświadamiająca konieczność wprowadzenia nowych rozwiązań. Bezdyskusyjne jest, że niezbędne są dodatkowe pieniądze, że przyczyną kolejek i braku dostępności do świadczeń bardzo często nie jest brak wolnych mocy, ale brak pieniędzy na sfinansowanie potrzebnych świadczeń. Dodatkowo należy przełamać zakorzenione w świadomości Polaków mity dotyczące prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednym z nich jest sprzeczność z zasadą solidaryzmu społecznego, a przecież im powszechniejsze ubezpieczenia, tym większa dostępność wszystkich obywateli do świadczeń zdrowotnych. Innym mitem jest przekonanie, że prywatne rozwiązanie będzie tylko dla bogatych – przy masowości cena ubezpieczenia może być akceptowalna dla wszystkich. Często słyszymy również, że najlepsi lekarze będą pracować tylko w sektorze prywatnym. Umożliwienie publicznym świadczeniodawcom współpracy z komercyjnymi ubezpieczycielami w dużym stopniu zminimalizuje to ryzyko.

Charakterystyczne dla obecnej sytuacji na rynku prywatnych usług medycznych jest to, że „króluje” oferta dla firm. Klient firmowy, inaczej grupowy lub instytucjonalny to ten, o którego walczą zarówno ubezpieczyciele, jak i firmy abonamentowe. W odróżnieniu od pojedynczej osoby, ryzyko w grupie jest „uśrednione”. Zasady przystępowania do umowy grupowej opieki medycznej ograniczają hazard moralny, tzn. zjawisko kupowania pakietu medycznego w sytuacji, gdy konieczne jest już leczenie, gdy postawiona zostaje diagnoza. W tej sytuacji nie mówimy o ubezpieczeniu, ani o ryzyku zachorowania, ale o fakcie, z którym trzeba się już teraz zmierzyć. Ubezpieczenie jest tylko inną formą finansowania tego leczenia, korzystną wtedy tylko dla klienta/chorego. Nie jest to scenariusz zachęcający do tworzenia oferty indywidualnej. W ubezpieczeniach grupowych, w których to pracodawca finansuje koszt składki, to ryzyko jest zminimalizowane i łatwiej zarządzalne.

Ubezpieczenie zdrowotne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia zapewnia szeroki zakres świadczeń zdrowotnych, a mimo to od lat wzrasta zainteresowanie prywatną opieką. To właśnie z potrzeby finansowego odciążenia systemu państwowego, z jego słabości i niewydolności, zrodziły się zaczątki rozwiązania prywatnego. Kontynuacja tego rozwoju jest tym bardziej ważna teraz, gdy struktura wieku społeczeństwa kształtuje się niekorzystnie – coraz więcej ubezpieczonych korzysta ze świadczeń, coraz mniej osób te świadczenia finansuje. Innym czynnikiem powodującym stale rosnące obciążenia dla systemu jest wydłużenie średniego trwania życia oraz wzrost kosztów procedur medycznych (nowoczesne metody i technologie, badania i rozwój leków), ale również wzrost oczekiwań dotyczących jakości procesu leczenia, zarówno pod względem procedur medycznych i warunków leczenia.

Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce ma swoje początki w ofercie firm abonamentowych w zakresie medycyny pracy. Ubezpieczenia zdrowotne zostały ukształtowane na wzór abonamentów, które cieszą się nadal niesłabnącym zainteresowaniem, zwłaszcza wśród klientów firmowych. Obecnie abonamenty medyczne oraz prywatne ubezpieczenia zdrowotne stanowią alternatywę wobec świadczeń systemu publicznego (funkcjonowanie równoległe). W największym stopniu rozwinięte są ubezpieczenia w zakresie leczenia ambulatoryjnego i diagnostyki medycznej.

Dotychczasowe funkcjonowanie towarzystw ubezpieczeniowych oraz firm abonamentowych (medycznych) w systemie prywatnej opieki zdrowotnej nie może być postrzegane tylko w kategoriach konkurencji i walki o tego samego klienta. Przecież jest ono w dużej mierze oparte o ścisłą współpracę – firmy abonamentowe są dla towarzystw ubezpieczeniowych partnerem biznesowym, jako dostawca świadczeń medycznych. Przy odpowiednich regulacjach prawnych taka współpraca może okazać się dużo bardziej korzystna dla każdej ze stron, stając się czynnikiem stabilizującym system.

Powszechne narzekanie na system ochrony zdrowia w Polsce ma swoje potwierdzenie również w badaniu Diagnoza społeczna 2013. Z badania wynika, że od 2009 roku wzrasta odsetek negatywnych ocen aktualnej sytuacji – 20% uczestników badania twierdzi, że sytuacja pogorszyła się od 2009 roku, 70%, że nic się nie zmieniło, a tylko 2%, że sytuacja się poprawiła.

Czy jest to atmosfera/klimat, który paradoksalnie może sprzyjać rozwojowi prywatnej opieki medycznej? Na pewno tak, ponieważ zainteresowanie pacjentów rynkiem prywatnych usług medycznych związane jest bezpośrednio z ograniczoną dostępnością do usług medycznych, co się przekłada na długie oczekiwanie na świadczenie.

Celem każdej z reform systemu ochrony zdrowia w państwach przodujących w rankingu Euro Health Consumer Index 2013 było stworzenie dodatkowego źródła finansowania świadczeń. Środki publiczne z uwagi na czynniki społeczno-ekonomiczno-demograficzne były niewystarczające. W krajach, które uzyskały najlepszą ocenę w rankingu, występuje koszyk świadczeń gwarantowanych w systemie bazowym. Nawet, jeśli płatnikiem jest prywatny ubezpieczyciel, ma on obowiązek przyjąć wszystkich chętnych do ubezpieczenia (jeśli spełniają kryterium dochodu lub profilu zawodowego). Nie ma prawa odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia ze względu na stan zdrowia. Ryzyko struktury portfela, czyli posiadania portfela bardziej szkodowego niż średnia na rynku, wyrównywane jest poprzez fundusz wyrównawczy, w którym uczestniczą wszyscy płatnicy. Kształtowanie dzisiejszego rozwiązania w tych państwach to efekt długofalowych przemian, to efekt dyskusji i niejednokrotnie prób i błędów. Bo przecież statystyka i modele prognozowania to jedno, a życie i rozwój technologiczny społeczno-gospodarczy to drugie.

Pod rozwagę należy wziąć także rozwiązania współfinansowania świadczeń z kieszeni pacjentów – nawet minimalny udział własny ubezpieczonego kształtuje jego świadomość i przyczynia się do uszczelnienia systemu opieki zdrowotnej.

Polska jest dopiero na samym początku drogi. Z niepokojem zauważam, że z roku na rok sytuacja staje się coraz bardziej niepewna. Same dyskusje przestają wystarczać, bo nie ma realnej poprawy sytuacji, a kolejne kroki podejmowane przez kolejne ekipy rządzące w Polsce nie przynoszą oczekiwanego rezultatu. Zarówno ubezpieczyciele, jak i firmy abonamentowe są zainteresowane losami rozwiązania ustawowego. Patrząc jednak na tempo wprowadzania zmian przypuszczać należy, że nie czekając na ustawę „trzeba robić swoje”. Być może intensyfikacja działań oddolnych doprowadzi do tego, że rozwiązania prawne nie będą kreowały rynku, ale będą jego opisem, bo akceptowalne rozwiązania w tym obszarze będą już ukształtowane przez rynek.