

## **Recenzja książki Igi Rudawskiej pt. *Ekonomizacja relacji pacjent-usługodawca w opiece zdrowotnej***

*Jerzy Żyżyński*

Jednym z najbardziej palących problemów współczesnej Polski jest stan systemu ochrony zdrowia. Kierunkiem, ku któremu zdają się zmierzać zmiany wymuszane przez istniejącą sytuację, jest nadanie, przynajmniej w części tego sektora, większej roli mechanizmowi rynkowemu. Decydenci, którzy mieliby ewentualnie wyrazić na to zgodę, muszą wszak podjąć decyzję bardzo rozważnie; zakres rynku, zasady jego funkcjonowania i kontroli, a z drugiej strony kształtowania relacji między elementami systemu a klientami, czyli pacjentami, musi być kształtowany z wielką roztropnością. W tej sytuacji najważniejsza jest wiedza: musimy znać podstawowe uwarunkowania, dorobek nauki, musimy jak najlepiej rozumieć problem, by właściwie działać. Tej potrzebie wychodzi naprzeciw znakomita praca Igi Rudawskiej poświęcona, jak wskazuje tytuł, problemowi kształtowania ekonomicznych stosunków między pacjentami a dostawcami usług zdrowotnych.

Praca składa się z pięciu rozdziałów zamieszczonych na 330 stronach, dających przegląd podstawowych kwestii związanych z działaniem rynku w sektorze ochrony zdrowia. Pierwszy rozdział ukazuje jego miejsce w gospodarce i makroekonomiczną interpretację problemów i uwarunkowań funkcjonowania. Jest to bardzo istotna, być może nawet najważniejsza część pracy, uświadamia ona bowiem, że podstawowe pojęcia ekonomii rynkowej muszą mieć swoją specyficzną interpretację i właściwe przededefiniowanie w odniesieniu do sektora ochrony zdrowia. Wskazuje na specyfikę na przykład tak podstawowego pojęcia, jakim jest popyt, jak i na szczególne wymagania, jakie mamy w stosunku do podaży. Konsekwencją jest zarówno wyjątkowy, w stosunku do innych obszarów działalności ekonomicznej człowieka, status pojęcia efektywności, jak i postulaty w odniesieniu do alokacji usług zdrowotnych i organizacji systemu. Przywołując słynny artykuł K. Arrowa, Iga Rudawska przypomina, że w opiece zdrowotnej charakter relacji między pacjentami a dostawcami usług – czyli, jak pisze autorka, używając chyba zbyt żargonowego określenia, między „stroną reprezentującą popyt” i „reprezentującą podaż (świadczycielom usług)” – odbiega zasadniczo od modelu rynkowego. Jest tak, gdyż warunki doskonałej informacji, doskonałej konkurencji, jak i braku wad rynku, będące przecież tylko ideałami, do których realnie funkcjonujący rynek we wszystkich obszarach gospodarki tylko

w pewnym stopniu się przybliży, tu, w obszarze ochrony zdrowia, są najdalej do spełnienia. Przede wszystkim ma miejsce asymetria informacji, przez co klient nie ma wiedzy o rodzaju, parametrach, jakości produktu i cenach (czy raczej o rzeczywistej relacji między ceną a wartością). Jak trafnie stwierdza autorka, im bardziej złożony jest problem medyczny, tym większe prawdopodobieństwo luki informacyjnej między stronami procesu usługowego. W rezultacie specyficznej asymetrii informacyjnej klient nie jest w stanie jasno sformułować swych preferencji i musi poddać się decyzji świadczeniodawcy. Jak to się mówi popularnie: „pacjent jest zdany na lekarza”.

Obszar ochrony zdrowia jest zatem silnie narażony na ryzyko moralnych nadużyć. Jak trafnie zauważa autorka, szczególnie lekarze pierwszego kontaktu są w stanie oddziaływać na wielkość i strukturę rodzajową popytu, a także na jego strukturę przestrzenną i czasową, a zjawisko takie może się nasilić, gdy system wynagradzania stwarza ekonomiczne bodźce do takiego postępowania. Zjawisko „moralnego hazardu” wzmacniają zaawansowane techniki medyczne, które co prawda zwiększają skuteczność leczenia, ale z drugiej strony indukują zapotrzebowanie na nowe usługi i kosztowne zabiegi nawet w nieskomplikowanych jednostkach chorobowych, nad czym pacjent w wyniku swej niewiedzy, czyli zjawiska silnej asymetrii informacyjnej, nie jest w stanie zapanować.

W sektorze ochrony zdrowia jeśli zatem prawie niemożliwe osiągnięcie racjonalności wyborów, która stanowi podstawowy warunek efektywnego funkcjonowania mechanizmu rynkowego. Umacnia nas w tym przekonaniu szczególna cecha usług medycznych: ich niepowtarzalność, incydentalność, bowiem – jak pisze autorka – racjonalny wybór wymaga wiedzy zarówno o cenach, wartości, jak i naturze uzyskiwanego produktu.

Kluczowym warunkiem funkcjonowania mechanizmu rynkowego jest konkurencja. Autorka przytacza poglądy Ch. Jr. Wolfe’a, który słusznie zauważa, że po pierwsze etyka konkurencji nie harmonizuje z etyką profesjonalistów medycznych, wykonujących zawód opiekuńczy, po drugie, sfera usług medycznych jest mało wrażliwa na ceny, właśnie z powodu asymetrii informacyjnej, przy jednoczesnej niepewności co do wyników realizacji usługi, czasem nawet zagrożenia zgonem pacjenta, co jest skrajnym przypadkiem realizacji usługi w sposób niezgodny z oczekiwaniami klienta. Autorka trafnie zauważa, że ta dysharmonia między etyką konkurencji i normami moralnymi postępowania, jakich oczekujemy od pracowników sektora ochrony zdrowia, występuje wtedy, gdy dostawca usług dąży do osiągnięcia swych partykularnych celów kosztem dobra pacjenta, wykorzystując asymetrię informacyjną do budowy swej przewagi konkurencyjnej. I z pewnością Iga Rudawska ma rację, pisząc, że „funkcja lekarz-przedsiębiorca stoi w sprzeczności z deontologią lekarską”.

Charakterystyki opieki zdrowotnej są zatem na tyle odmienne, że decydują o jej specyfice, ograniczają w istotnym stopniu słuszność „teorematu niewidzialnej ręki rynku”, jak konkluduje autorka ten wątek swej pracy. Wynika z tego oczywisty wniosek o szczególnej i nieusuwalnej roli państwa, która musi być większa niż tylko reagowanie na drobne niesprawności rynku (*market*

*failure*), jakie dopuszcza ekonomia neoklasyczna. Co prawda można przyznać rację cytowanym przez autorkę Weisbrodowi, Tullockowi i Buchananowi, którzy twierdzili, że państwo też jest zawodne, nie jest idealnym dostawcą dóbr zbiorowych, gdyż kieruje się motywami politycznymi, ale wobec ułomności mechanizmów rynkowych niezbędne jest przynajmniej ustanawianie standardów i norm, kontrola ich respektowania i regulacja relacji pacjent-usługodawca. Szczególne znaczenie ma tu, jak pisze autorka, „probabilistyczny charakter występowania epizodów chorobowych”. Sprawia on, że czas, miejsce i sposób świadczenia usług zdrowotnych są trudne do przewidzenia. W związku z tym niezbędne jest powołanie „instytucji trzeciej strony”, której zadaniem jest dysponowanie środkami gromadzonymi na pokrywanie kosztów leczenia. Trzecia strona, finansując koszty leczenia, staje się rzecznikiem pacjenta, ale ma swe własne interesy ekonomiczne. Dlatego w systemach narodowej ochrony zdrowia (na przykład w Wielkiej Brytanii, Irlandii, krajach skandynawskich) funkcję reduktora niepewności pełni bezpośrednio państwo i jego budżet, a w systemach ubezpieczeniowych (Niemcy, Francja, kraje Beneluxu) – ubezpieczenie. I ma autorka rację, pisząc, że tego typu działania ograniczają co prawda niepewność, ale zniekształcają funkcję cen, które przestają być wskaźnikami wartości usług, zatem decyzje nie mogą być podejmowane w pełni racjonalnie z ekonomicznego punktu widzenia. W tym miejscu zabrakło jednak, moim zdaniem, wyciągnięcia szerszych wniosków z tych trafnych spostrzeżeń i konkluzji, że być może powinno się zrezygnować z tej funkcji cen jako wyznacznika racjonalności działań. Koszty musimy znać, trzeba wiedzieć, gdzie i jak wydaje się pieniądze, ale skoro pewne funkcje samych cen nie są do zrealizowania, to trzeba z nich po prostu zrezygnować, niech to nie ceny, lecz inne cele i standardy regulują relację między klientami i usługodawcami, czyli pacjentami i lekarzami.

Zatem niekoniecznie ceny i mechanizm rynkowy, ale przynajmniej liczenie kosztów jest pewnym wymogiem minimum, jaki narzuca nam zasada ekonomicznego postępowania. Jest to wszak tylko jeden aspekt szerszego problemu – ekonomizacji różnych elementów działania sektora publicznego. Jak stwierdza autorka w rozdziale drugim, w finansach publicznych „pojęcie ekonomizacja jest tłumaczone w kategoriach kontroli kosztów w celu ich ograniczenia”. Rozdział ten jest wszak poświęcony ekonomizacji relacji między pacjentem a usługodawcą w sektorze ochrony zdrowia. Rudawska pisze, iż „ekonomizację relacji pacjent-usługodawca można traktować w kategoriach wprowadzania do niej mechanizmów ekonomicznych oraz logiki i reguł rynkowych, w tym marketingowych, wraz z odpowiednimi instrumentami”. Słusznie jednak zastrzega przy tym, że celem aplikacji reguł rynkowych nie jest (czy raczej: nie powinno być, bo wciąż działają aktywnie ideolodzy urynkowienia wszystkiego) dążenie do wykształcenia struktur organizacyjnych typowych dla bardzo konkurencyjnych rynków, lecz raczej rozwój tak zwanych form rynku wewnętrznego, czy inaczej mówiąc, rynku planowanego.

Autorka omawia szeroko różne aspekty tego problemu: przesłanki ekonomizacji relacji między pacjentem a usługodawcą, mechanizmy ekonomizacji

strony podażowej, wnikliwie analizując relacje między dysponentem środków publicznych, dostawcą usług i płatnikiem trzeciej strony a pacjentem w różnych modelach organizacji służby zdrowia i wreszcie mechanizmy ekonomizacji po stronie popytu, w tym skutki partycypacji pacjentów w kosztach leczenia.

Trzeci rozdział jest poświęcony marketingowym aspektom relacji między pacjentem a usługodawcą. Jest to być może najbardziej kontrowersyjny aspekt w problemie ekonomizacji relacji w systemie ochrony zdrowia. Marketing zawiera bowiem w sobie nieodłączny komponent – kreowanie popytu, co w kontekście całej wiedzy przekazanej w rozdziale I o specyfice tej dziedziny i wyjątkowo daleko posuniętej asymetryczności informacyjnej jest wątpliwe z etycznego punktu widzenia. Z wyjątkowo szeroką ofensywą marketingową mamy wszak do czynienia w przemyśle farmaceutycznym. Znamienna jest niedawno podana informacja, że firmy farmaceutyczne po to, by zwiększyć sprzedaż leków, wręcz wymyślają nowe choroby i nadają nadmierne znaczenie innym<sup>1</sup>. Oprócz wymyślenia schorzeń nieistniejących starają się zwiększać znaczenie błahych problemów medycznych, by przekonać ludzi do konieczności kupowania leków<sup>2</sup>. Marketing jest zatem wykorzystywany jako narzędzie wzmacniające asymetrię informacji.

Autorka jest wyraźnie marketingowcem, marketing zdaje się być jej pasją, dostarcza nam szerokiej analizy funkcji marketingu w tym szczególnym obszarze, jakim jest ochrona zdrowia. Zauważa jednak, że z jednej strony większość pacjentów nie różnicuje aspektu leczenia (*cure*) i aspektu opieki (*care*), których łączna realizacja stanowi o istocie etyki zawodu lekarza, a z drugiej strony wielu lekarzy, doskonale technicznie przygotowanych do zawodu, widzi w pacjencie jedynie przypadek chorobowy, a nie osobę o niezaspokojonych potrzebach nie tylko zdrowotnych, ale i psychologicznych. Pacjent jednak nie może na to zwracać uwagi, gdyż zwykle znajduje się pod presją dolegliwości i autorka słusznie zauważa, że staje się to swego rodzaju wyzwaniem dla marketingu. Choć jej analiza funkcji marketingu jest bardzo szeroka i twórcza, imponuje erudycją, szerokością odniesień, to pozostawia jednak pewien niedosyt, gdyż nie przełamuje tych szczególnie nasilonych w sektorze ochrony zdrowia ułomności relacji między stronami, jakie wynikają z asymetrii informacji. Marketing łatwo może być bowiem wykorzystany zamiast do zmniejszenia asymetrii informacyjnej – wręcz przeciwnie – do jej zwiększenia, na co pacjenci nie mają wpływu. Państwo może podjąć się regulacji i kontroli, lecz przy decentralizacji i urynkowieniu staje się to coraz trudniejsze.

Rozdział czwarty omawia uwarunkowania kształtowania relacji między pacjentami a usługodawcami na przykładzie rynku regionalnego. Autorka wykorzystuje swoje doświadczenie praktyczne w badaniu rynku, choć prezentowane wyniki nie są zbyt odkrywcze (mówią one na przykład, że istnieje statystycznie istotna dodatnia zależność między wydatkami ponoszonymi na zakup usług zdrowotnych a dochodem netto do dyspozycji). Myślę, że ważnym wynikiem badań jest wskazanie na uzupełniający się charakter prywatnej i publicznej części sektora ochrony zdrowia, gdyż pacjenci częściej korzystający z usług

zdrowotnych, czyli bardziej chorzy, przesuwają, jak powiada autorka, swoje preferencje z niepublicznej ku publicznej opiece zdrowotnej, czyli po prostu wołają lub – ze względów finansowych – muszą, kierować się ku bezpłatnemu sektorowi publicznemu, co jest zrozumiałe i oczywiste, ale jakby nie dostrzegane przez zwolenników totalnej prywatyzacji.

Bardzo profesjonalna, lecz trudna w odbiorze dla niefachowców, jest analiza statystyczna wyników empirycznych. Szczególnie wartościowe jest wskazanie na czynniki kształtujące różnice kultur organizacyjnych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, a kultura organizacyjna ma wpływ na jakość usług zdrowotnych i wydajność pracy personelu medycznego (choć interpretacja pojęcia wydajności pracy musi być w tym sektorze bardzo specyficzna, zasadniczo inna niż w pozostałych obszarach gospodarki).

Ostatni rozdział jest poświęcony perspektywom rynkowego kształtowania relacji w systemie ochrony zdrowia. Jeśli ekonomizacja jest procesem nieuchronnym, to niewątpliwie musi dojść do redefinicji znaczenia państwa w tym obszarze. Autorka przytacza badania ŚÓZ poświęcone roli władz publicznych w ochronie zdrowia, gdzie wskazuje się, że zawsze podstawową przesłanką reform musi być dążenie do uzyskania lepszych rezultatów zdrowotnych. Szeroko analizuje różne koncepcje funkcji, jakie władza publiczna ma realizować – od funkcji kontrolnej po twórcze, inspirowane zaangażowanie. Niewątpliwie jednak rola rządu jako „etycznie motywowanego reprezentanta ludności odpowiedzialnego za jej dobrobyt” jest idealizacją, która ginie w obecnym procesie autonomizacji władzy poddanej różnym zewnętrznym wpływom.

Przytaczanie światowych doświadczeń, nie zawsze pozytywnych, w prorynkowym reformowaniu sektora ochrony zdrowia wskazuje, że wszelkie zmiany wymagają dogłębnej analizy i przemyślenia konsekwencji faktu, że istnieją istotne strukturalne cechy sektora opieki zdrowotnej i zewnętrzne uwarunkowania, w których mechanizm konkurencji jest uruchamiany. Zatem panujący wśród ekonomistów, jak powiada autorka, brak konsensusu co do koincydencji nieodłącznie powiązanej z urynkowaniem konkurencji i efektywności w opiece zdrowotnej ma swoje uzasadnienie.

Książka Igi Rudawskiej dostarcza szerokiej i rzetelnej wiedzy, wymaga jednak mądrego i refleksyjnego czytania, jest wobec czytelnika wymagająca, gdyż dając wiedzę, zmusza go do przemyśleń, ale to daje nadzieję, że jeśli trafi w ręce mądrych decydentów, ich decyzje nie będą pochopne, jak było to wtedy, gdy wprowadzano naprędce opracowaną reformę z 1999 r.

Wadą pracy jest jej styl, momentami ciężki, niepotrzebnie zbyt barokowy, pojawia się żargon wręcz hermetyczny, co utrudnia odbiór czytelnikowi spoza branży lub może go zniechęcić. Zabrakło pracy dobrej adiustacji, co jest już raczej winą wydawcy i wynika z dość powszechnego obecnie oszczędzania na pracy redakcyjnej, prowadzącego do spadku jakości produktu. Niektóre partie tekstu są chyba niepotrzebne, na przykład rozważania o etymologii niektórych słów (jak „ekonomizacja”). Niemniej jednak autorka wykazuje się ogromną, imponującą wręcz erudycją, znajomością zarówno światowej, jak i polskiej

literatury przedmiotu, a swoją wiedzę przekazuje czytelnikom w sposób syntetyczny i uporządkowany. Niewątpliwie jest to najszersza i najbardziej wnikliwa praca o ekonomicznych aspektach funkcjonowania sektora ochrony zdrowia.

Rudawska, I. 2006. *Ekonomizacja relacji pacjent-usługodawca w opiece zdrowotnej*, Szczecin: Uniwersytet Szczeciński.

### **Przypisy**

- <sup>1</sup> Jak twierdzą naukowcy na łamach „Public Library of Science Medicine”; cytowane za Esculap.pl 24.04.2006.
- <sup>2</sup> David Henry i Ray Moynihan z australijskiego Newcastle University; cytowane za Esculap.pl 24.04.2006.