

# KONKURENCYJNOŚĆ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

## COMPETITIVENESS IN HEALTH CARE

Juliusz Szewczyk

Zakład Prawa Medycznego, Katedra Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.35>

### STRESZCZENIE

W artykule ujęto zagadnienie konkurencji w ochronie zdrowia, od strony zarówno teoretycznej, jak i praktycznej. Analizując zjawisko konkurencji, zwrócono uwagę, iż kluczowym aspektem jest możliwość stworzenia warunków, które determinują osiągnięcie założonych korzyści. W niniejszym opracowaniu zaprezentowano katalog cech systemu sprzyjających konkurencji, wśród których szczególnie nacisk położono na rolę informacji i regulacji, jako czynników decydujących o skuteczności podejmowanych działań reformujących system opieki zdrowotnej. Wskazano również pozytywne i negatywne skutki wprowadzenia i umacniania konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami w systemie ochrony zdrowia.

**Słowa kluczowe:** konkurencja w systemie ochrony zdrowia, konkurencja w opiece zdrowotnej, konkurencja między świadczeniodawcami, centralizacja i decentralizacja systemu opieki zdrowotnej.

### ABSTRACT

The article deals with the issue of competition in health care, both theoretical and practical. When analyzing the phenomenon of competition it was pointed out that the key aspect is the possibility of creating conditions that determine the achievement of the assumed benefits. This document presents a catalog of competitive advantage features, with particular emphasis on the role of information and regulation as the determinants of the effectiveness of the reformed health care system. The positive and negative effects of introducing and strengthening competition among providers in the health care system are also indicated.

**Keywords:** competition in the health care system, competition in healthcare, competition among healthcare providers, centralization and decentralization of the health care system.

248

## Wstęp

Systemy opieki zdrowotnej realizują wiele celów, wśród których kluczowe znaczenie mają: sprawiedliwy i równy dostęp do świadczeń lepszej jakości, efektywność kosztowa, opłacalność sposobu organizacji i wykonywania świadczeń zdrowotnych, przy jednoczesnym zapewnieniu ich przejrzystości i odpowiedzialności.

W 1997 roku w Polsce uchwalono *Ustawę (...) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* [1]. Miała ona zreformować system ochrony zdrowia pod względem zarówno sposobu jego finansowania, jak i zarządzania nim. Wyżej wymieniona reforma weszła w życie dopiero w styczniu 1999 roku. Na jej podstawie dotychczasowy system „budżetowy” zastąpiono systemem ubezpieczeniowo-budżetowym, który oparto na zasadzie solidaryzmu społecznego i powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Fundamentalnym założeniem nowego systemu miały być zasady: swobodnego wyboru lekarza oraz podążania pieniądza za pacjentem. Aktualnie podnosi się, iż publicz-

na służba zdrowia nie funkcjonuje dobrze i nie spełnia pokładanych w niej oczekiwań.

Do chwili obecnej nie rozstrzygnięto np. kwestii wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń czy konkurencji dla NFZ lub jego decentralizacji, co w sposób oczywisty mogłoby przełożyć się na konkurencję pomiędzy podmiotami świadczącymi usługi z zakresu ochrony zdrowia.

## Definicja konkurencji

Słowo *concurrentia* pochodzi z łaciny („współzawodnictwo”) i oznacza ekonomiczny proces, w którym uczestnicy rynku, dążąc do realizacji swych interesów, próbują przedstawić oferty korzystniejsze od innych ze względu na cenę, jakość, warunki dostawy i inne charakterystyki, wpływające na decyzje potencjalnych kontrahentów co do zawarcia transakcji [2]. Stanowi ona instrument pobudzania organizacji do większej wydajności i otwartości na preferencje konsumentów [3]. Przynajmniej może ona przybrać postać procesu rywalizacji między niezależnymi podmiotami, które dążą do osiągnięcia tego samego

celu, zachowując chęć uzyskania przewagi. Stanowi nieodłączny element procesu regulującego alokację zasobów w gospodarce rynkowej, której istota sprowadza się do rynkowych relacji wymiany [4]. Często postrzegana jest jako efekt współzawodnictwa między uczestnikami ww. procesu wymiany. Ponadto konkurencja może przejawiać się w zachowaniach czy strategiach rozmaitych podmiotów działających w sposób charakterystyczny dla środowiska silnie konkurencyjnego, a więc np. poprzez obniżanie ceny i podwyższanie jakości [5]. Ze zjawiskiem konkurencji mamy do czynienia wówczas, gdy jeden lub więcej spośród konkurentów ulega naciskom i dostosowuje się do zaistniałej sytuacji albo traktuje ją jako okazję do umocnienia własnej pozycji na rynku [6]. Jest fundamentalną cechą wolnych rynków, zapewniającą efektywną alokację zasobów w społeczeństwie. Za punkt odniesienia przy ocenie konkurencyjności wybranego rynku przyjęto model konkurencji doskonałej i jakiegokolwiek odchylenia od tego modelu skutkują marnotrawstwem, niezrealizowaniem założonego celu lub efektu rynkowego, a nawet obniżeniem dobrobytu [7]. Alokacja zasobów na rynku doskonałej konkurencyjnym jest efektywna zgodnie z teorią Pareta, a sytuacje polegające na tym, że rynek jest nieefektywny, uznawane są za jego zawodność.

Często postrzega się konkurencję jako sposób rozwiązania problemów, z którymi nie radzą sobie publiczne i regulowane systemy w zakresie ochrony zdrowia. Niemniej jednak nie znajdziemy w niej dokładnej odpowiedzi na to, kiedy wprowadzać lub zwiększać poziom konkurencji z korzyścią dla celów realizowanych przez systemy ochrony zdrowia. Należy przy tym zwrócić uwagę na fakt, iż nieskuteczność jednego mechanizmu nie świadczy automatycznie o skuteczności drugiego.

### Konkurencja w systemie opieki zdrowotnej

Z uwagi na takie czynniki, jak: efekty zewnętrzne, siła rynkowa, dobra publiczne i nierzetelność informacji, rynki opieki zdrowotnej nie osiągają efektywności Pareta [8]. W tym miejscu podkreślić należy, iż ww. czynniki wprost przekładają się na ograniczenie rynku w zakresie zachowań prokonkurencyjnych. Jednak nie oznacza to, że nie jest możliwe zwiększenie poziomu konkurencyjności. Otóż jest to możliwe poprzez modyfikację konstrukcji instytucjonalnej systemu opieki zdrowotnej, a także poprzez zmiany w szczegółowych rozwiązaniach stosowanych w szczególności przez usługodawców lub poprzez praktyczne stosowanie przez nich istniejących regulacji [9].

W tym kontekście regulacja pełni dwojaką funkcję: ogranicza wady mechanizmu rynkowego oraz stanowi fundamentalny element realizacji celów społecznych po-

lityki zdrowotnej [10]. Obszary występowania konkurencji są związane z występowaniem i konfiguracją uczestników rynku. Oczywiście mogą również zależeć od tego, jaki system opieki zdrowotnej funkcjonuje w danym kraju. Konkurencja, nawiązując do popytu, może zasadać się na kwestiach związanych z finansowaniem systemu, a odnosząc się do podaży – dotyczyć zagadnienia produkcji świadczeń, lub też wiążąc podaż z popytem – opierać się na mechanizmach alokacyjnych [11].

W kontekście analizy konkurencji kluczowe znaczenie ma możliwość stworzenia warunków umożliwiających osiągnięcie założonych korzyści. W piśmiennictwie nie bez powodu podkreśla się rolę informacji, jej dostępności i jakości jako czynników determinujących możliwość dokonania racjonalnego wyboru [12].

W odniesieniu do systemu opieki zdrowotnej to pacjent musi przeobrazić się z biernego odbiorcy świadczeń w odbiorcę aktywnego, który ma rzetelne informacje [13]. Ekonomiści specjalizujący się w ochronie zdrowia wskazują, że problemy z jakością informacji w opiece zdrowotnej negatywnie wpływają na korzyści płynące z konkurencji [14].

Tego poglądu nie podzielają Porter i Teisberg, którzy stoją na stanowisku, iż pomimo ograniczeń system opieki zdrowotnej może osiągnąć satysfakcjonujące wyniki w obszarze zarówno jakości, jak i skuteczności, lecz wymaga to transformacji i wdrożenia nowych zasad konkurencji nacełowanej na wzrost tworzonej wartości [15].

W tabeli 1 [16] przedstawiono podstawowe korzyści i ryzyka związane z konkurencyjnością w systemie opieki zdrowotnej. Można na ich podstawie przyjąć, iż system jako całość będzie skuteczny, gdy podmioty uczestniczące w nim będą dążyć do konkurencji o sumie dodatniej, która opierać się będzie na: konkurencji na szczeblu konkretnych chorób i dolegliwości, wyróżniających się strategiami płatników i świadczeniodawców, bodźcach motywujących do zwiększania wartości zamiast przesuwania kosztów, informacji na temat doświadczenia, wynikach i cennikach świadczeniodawców oraz na wyborze klienta.

### Konkurencyjność pomiędzy świadczeniodawcami w systemie opieki zdrowotnej

Konkurencja pomiędzy świadczeniodawcami może koncentrować się na konkurencji na rynku, konkurencji o rynek, a także konkurencji porównawczej (benchmarkowej). Na gruncie opieki zdrowotnej przede wszystkim przyjmuje formę konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami opieki zdrowotnej o to, by zostać wybranym przez świadczeniobiorców, a także konkurencji o kontrakty z ubezpieczycielami zdrowotnymi. Niniejsze opracowanie skupia się na

**Tabela 1.** Cechy konkurencji o sumie zerowej i sumie dodatniej w systemie opieki zdrowotnej. Opracowano na podstawie [16]

Cecha	Gra o sumie zerowej	Gra o sumie dodatniej
Szczegół konkurencji	Konkurencja toczy się między programami opieki zdrowotnej, szpitalami i sieciami opieki medycznej	Konkurencja ma na celu zapobieganie konkretnym chorobom lub dolegliwościom, ich właściwe zdiagnozowanie i leczenie
Cel	Redukcja kosztów, uczestnicy starają się ograniczyć koszty własne, przenosząc je na pozostałych graczy, co nie prowadzi do redukcji ogółu kosztów systemu	Podniesienie wartości, czyli stopniowa poprawa jakości na każdy wydany dolar
Formy konkurencji	Konkurencja polega na pozyskiwaniu zdrowych uczestników programów opieki zdrowotnej	Konkurencja tworzy wartość na poziomie diagnozy i leczenia chorób i dolegliwości dzięki rozwojowi specjalistycznej wiedzy, ograniczeniu liczby popełnianych błędów, wzrostowi efektywności oraz poprawie wyników opieki medycznej
Rynki geograficzne	Konkurencja odbywa się tylko w granicach jednostki terytorialnej	Konkurencja obejmuje regiony i cały kraj
Strategia i struktura	Uczestnicy unikają specjalizacji, tworząc zamknięte sieci, konsolidując się z innymi uczestnikami rynku (tym samym ograniczając liczbę konkurentów) i naśladują swoich rywali	Uczestnicy starają się wyróżnić, oferując produkty i usługi, które zapewnią unikalną wartość klientom. System składa się z wielu wyspecjalizowanych konkurentów
Informacja	Informacje dotyczą programów opieki zdrowotnej oraz sondaży poziomu zadowolenia klientów, a nie doświadczenia i wyposażenia świadczeniodawców	Informacje dotyczą dostawców metod leczenia oraz alternatywnego podejścia do różnych schorzeń
Czynniki motywacyjne dla płatników	Płatnicy starają się pozyskać zdrowych uczestników i podnoszą wysokość składek dla osób dotkniętych chorobą	Ubezpieczyciele pomagają swoim uczestnikom dotrzeć do najlepszych ofert i usług opieki medycznej, niezbędnych przy określonej dolegliwości
Czynniki motywacyjne dla świadczeniodawców	Świadczeniodawcy oferują każdy rodzaj usługi, jednak często poniżej powszechnie obowiązujących standardów medycznych	Sukces dostawców usług medycznych jest wynikiem rozwijania obszarów specjalizacji. Zajmują się oceną i poprawą jakości oraz skutecznością leczenia. Eliminują błędy, starając się odnieść sukces na początku kuracji. Spełniają, podnoszą i udoskonalają standardy

250

najczęściej spotykanej, a mianowicie na konkurencji na rynku.

Konkurencja o pacjentów opiera się na grze ceną lub jakością albo ceną i jakością jednocześnie, a czas oczekiwania i priorytet leczenia to tylko przykładowe obszary, które przekładają się na poziom jakości.

W przypadku konkurencji o kontrakty świadczeniodawcy zabiegają o środki budżetowe w systemach ochrony zdrowia, jak ma to miejsce na aukcjach i licytacjach, w zakresie zamówień dotyczących realizacji świadczeń ochrony zdrowia na gruncie umów partnerstwa publiczno-prywatnego.

W zasadzie można wyróżnić kilka ogólnych rodzajów konkurencji, lecz od charakterystyki i struktury danego rynku zależeć będzie to, jaki jej rodzaj okaże się optymalny. Niestety brak jest rozwiązań, które w każdej sytuacji

prowadziłyby do poprawy realizacji celów systemu opieki zdrowotnej.

Wprowadzanie, zwiększanie lub zmiana zasad konkurencji w zakresie świadczeń zdrowotnych wiąże się z ogromną odpowiedzialnością, dlatego w pierwszej kolejności warto przeanalizować potrzebę przyjęcia odpowiednich ram regulacyjnych, a także stworzenia stosownych instytucji i mechanizmów. Kluczowa dla tego zagadnienia będzie akredytacja świadczeniodawców oraz kompleksowe opracowanie kształtu systemów finansowania. W tym miejscu podkreślenia wymaga fakt, iż nie przeprowadzając odpowiednich badań stosowanych rozwiązań w obszarze polityki, niezwykle trudno będzie określić i ocenić wpływ konkurencji. To właśnie ta ocena powinna stanowić podstawę dla zmian regulacyjnych, które pozwolą na realizację przyjętych celów polityki.

Można przyjąć, iż sprawnie funkcjonująca konkurencja wiąże się z: istnieniem wielu świadczeniodawców, łatwością wchodzenia i wychodzenia świadczeniodawców z rynku, a także dostępnością do rzetelnych i zrozumiałych dla pacjenta informacji na temat cen i jakości oferty świadczeniodawców.

### **Wolność wyboru a konkurencja**

Należy rozgraniczyć kwestię konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami od swobody wyboru pacjentów, którą można spotkać w systemach publicznej opieki zdrowotnej. Swoboda ta leży w wielu krajach u podstaw systemu opieki zdrowotnej, pełniąc zarazem funkcję mechanizmu umożliwiającego sprawną alokację zasobów tego systemu zgodnie z preferencjami pacjentów, wzmacniając przy okazji ich pozycję. Z jednej strony należy pamiętać, iż istnienie swobody wyboru wśród pacjentów nie jest równoznaczne z wprowadzeniem lub wzmocnieniem konkurencji, natomiast z drugiej strony warto mieć na uwadze, jak ważna dla sprawnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jest łatwość dokonywania przez pacjentów oceny jakości oferowanych świadczeń.

### **Konkurencja pomiędzy świadczeniodawcami na przykładach państw członkowskich UE (opracowano na podstawie [17])**

Jak zauważono wcześniej, wdrożenie konkurencji lub podniesienie jej poziomu w zakresie świadczeń zdrowotnych nie zawsze będzie najlepszym remedium na dolegliwości systemu, a jej wpływ na funkcjonowanie systemu może okazać się niekorzystny. Nie można również oczekiwać, że konkurencja jednocześnie wpłynie na poprawę wszystkich aspektów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Z politycznego punktu widzenia konkurencja może wiązać się z poważną trudnością w osiągnięciu kompromisu pomiędzy różnymi częstokroć sprzecznymi celami systemów opieki zdrowotnej.

Dla zobrazowania korzyści i ryzyk związanych z wykorzystaniem konkurencji jako instrumentu na rynkach opieki zdrowotnej poniżej zostały przedstawione przykłady funkcjonowania konkurencji w kilku państwach członkowskich Unii Europejskiej.

#### **Portugalia**

Pod koniec XX i na początku XXI wieku w Portugalii przeprowadzono szereg zmian w sposobie finansowania systemu ochrony zdrowia. Rok 2004 był okresem koncentracji uwagi na możliwościach skrócenia czasu oczekiwania na zabiegi chirurgiczne. Zamysł powzięto tam taki, aby ograniczyć zjawisko przekazywania funduszy

na dodatkowe świadczenia, przez które szpitale mogłyby leczyć większą liczbę oczekujących pacjentów. W rezultacie tego wdrożono tam scentralizowany program działań interwencyjnych obejmujący centralny system komputerowej rejestracji wszystkich pacjentów na liście oczekujących, docelowe terminy realizacji świadczeń przez szpitale oraz swobodę wyboru przez pacjentów miejsca wykonania zabiegu w przypadku upływu 75% docelowego terminu.

Zmiany zaowocowały wprowadzeniem konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami w przypadku przekroczenia ww. progu. W rezultacie pacjenci nie byli obciążani opłatami, a placówka, która straciła pacjenta na rzecz innej – nie uwzględniając początkowej fazy projektu – obowiązana jest ponosić z tego tytułu określony ciężar finansowy. Natomiast zespoły chirurgiczne przyjmujące pacjentów po przekroczeniu wskazanego progu otrzymują opłatę za wykonaną usługę.

W tym przypadku konkurencja przyczyniła się do skrócenia czasów oczekiwania w placówkach szpitalnych na świadczenia zdrowotne, a także do wzrostu wydajności zarówno w zakresie normalnych zabiegów wykonywanych w ramach regularnych grafików w szpitalach publicznej służby zdrowia, jak i w zakresie zabiegów nadmiarowych.

#### **Holandia**

W 2005 roku na rynku holenderskim zainicjowano przetarg nieograniczony na leki generyczne, które są zamiennikiem leku oryginalnego, zawierającym tę samą substancję czynną. Stało za tym kilka znaczących podmiotów z sektora ubezpieczeń zdrowotnych, które przyjęły wspólną strategię zakupową opierającą się na wyborze dostawców oferujących najniższą cenę w określonej dacie referencyjnej lub wyborze takich kontrahentów, których cena nie odbiegałaby od najniższej ceny o więcej niż 5%. Fakt wyznaczenia przedziału ceny przełożył się na brak ograniczeń w odniesieniu do liczby samych dostawców, którzy mogli uzyskać kontrakt.

We wczesnej fazie funkcjonowania strategii scentralizowanych zamówień nie zaobserwowano oczekiwanych rezultatów. Było tak przede wszystkim z uwagi na niezmienny poziom cen.

Na pozytywne skutki przyjętej strategii należało czekać 2 lata, gdy na rynku pojawił się nowy podmiot zajmujący się dostarczaniem leków generycznych. Firma, chcąc wejść na rynek, zaoferowała cenę leku o około 15% niższą od dotychczas najniższej ceny na rynku. Dzięki temu w styczniu 2008 roku dostawca ten jako jedyny legitymował się statusem preferowanego dostawcy. Następstwem tego

było obniżenie cen przez pozostałych dostawców, a to z kolei poskutkowało obniżeniem cen o ponad 90%.

W następnym roku ubezpieczyciele holenderscy odeszli od strategii scentralizowanych zamówień publicznych i postawili na indywidualne listy preferowanych leków generycznych.

W tym przypadku dynamiczna konkurencja przełożyła się na redukcję cen konkretnych leków od 75 do 90%.

### Hiszpania

W 1978 roku w hiszpańskim zdecentralizowanym systemie opieki zdrowotnej kompetencje w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych otrzymało 17 autonomicznych regionów, na które podzielone jest Królestwo Hiszpanii. W zakresie zamówień oraz finansowania leków i produktów ochrony zdrowia właściwe stały się regionalne służby zdrowia. Udział każdej z regionalnych służb w rynku różnił się i uwarunkowany był liczbą ludności zamieszkującej dany region.

W 2010 roku Ministerstwo Zdrowia i autonomiczne regiony zawarły porozumienie, którego celem było m.in. stworzenie mechanizmu centralnego systemu zamówień opartego na zasadzie dobrowolnego uczestnictwa. W 2011 roku doszło do pierwszego wspólnego zakupu szczepionek przeciwko grypie. W przedsięwzięciu uczestniczyło 8 regionalnych służb zdrowia, a rezultatem były oszczędności na poziomie 4 mln euro.

W latach 2012–2013 w akcji uczestniczyło już 14 regionalnych służb zdrowia, a szacowane oszczędności wyniosły 5 mln euro. W rezultacie Ministerstwo Zdrowia i autonomiczne regiony postanowiły rozszerzyć zakres współpracy o inne leki i produkty ochrony zdrowia. Postanowiono, że Instytut Zarządzania Zdrowiem przy Ministerstwie Zdrowia będzie odpowiedzialny za organizowanie i administrowanie przetargów.

Rok 2013 przyniósł oszczędności na różnych zamówieniach na poziomie ponad 50 mln euro. W umowach dotyczących centralizacji zamówień uczestniczyło, w zależności od przetargu, od 5 do 14 regionalnych służb zdrowia. Również w tym roku Krajowa Komisja ds. Konkurencji Królestwa Hiszpanii opublikowała raport na temat zamówień i konkurencji w przetargach na świadczenia opieki zdrowotnej w Hiszpanii, poddając analizie umowy partnerstwa publiczno-prywatnego. W raporcie podniesiono, iż nieodpowiednia wielkość i konstrukcja zamówień udzielanych w częściach, brak wystarczających informacji – przede wszystkim w odniesieniu do skutków finansowych – nadmierny czas realizacji zamówień, niedostateczne mechanizmy kontroli jakości, a także nadmierna uznaniowość zama-

wiających mogły niekorzystnie wpłynąć na mechanizm konkurencji.

W czerwcu 2014 roku Ministerstwo Zdrowia opowiedziało się za objęciem akcją grupy blisko 100 kolejnych produktów medycznych. W tym przypadku zastosowanie mechanizmu scalającego działalność autonomicznych regionów zaowocowało istotnymi oszczędnościami. Ponadto wpłynęło na poprawę wydajności i ustalenie norm jakości w krajowym systemie opieki zdrowotnej.

### Szwecja

W Szwecji pod koniec lat 80. XX wieku zauważono, jak istotne dla sprawnie działającej służby zdrowia są badania nad alternatywnymi formami organizacji opieki zdrowotnej. „HSU 2000” – tak nazywała się komisja parlamentarna, która zapoczątkowała publiczne badania w zakresie oceny wszystkich aspektów szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej w latach 90. XX wieku. W pierwszej kolejności skoncentrowano się na raporcie komisji eksperckiej pt. *Trzy modele przyszłej służby zdrowia w Szwecji*, który za zadanie miał zbadać różnych ram organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej. Raport ten przede wszystkim skupiał się na zaletach i wadach zarówno centralizacji, jak i decentralizacji różnych świadczeń, a także na zasadności zmiany funkcjonującego w Szwecji systemu opartego na ubezpieczeniach. Samo zagadnienie konkurencji między świadczeniodawcami stanowiło niewielką część opracowania.

Zmiany zaistniałe w ostatniej dekadzie w szwedzkim systemie ochrony zdrowia, za których podstawę przyjmuje się *Ustawę o bezpieczeństwie pacjenta z dnia 1 stycznia 2011 r.* [18], umocniły pozycję pacjenta poprzez pozostawienie mu swobody wyboru świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej. W praktyce można powiedzieć, że służy ona poprawie efektywności i jakości świadczonych usług w zakresie sprawowanej opieki, zapewnieniu swobodnego dostępu prywatnych świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej spełniających wymagania związane z refundacją kosztów ze środków publicznych i prowadzeniem działalności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a także zwiększeniu różnorodności na rynku. Podstawowym skutkiem wprowadzonej ustawy było zwiększenie liczby świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej. O umocnieniu pozycji pacjenta można również mówić w kontekście stworzenia nowego systemu wnoszenia indywidualnych skarg do National Board of Health and Welfare [19].

Również opieka specjalistyczna została objęta swobodą wyboru świadczeniodawcy. Jednak przy wprowadzaniu dowolności w tym zakresie napotkano kilka komplikacji na gruncie kompleksowego podejścia do zagadnienia opieki

zdrowotnej, aspektów strukturalnych, a także na gruncie całkowitych kosztów świadczeń.

Początkowo prywatyzacja oparta została na modelu kontraktowym, natomiast aktualnie popularniejszy jest model swobody wyboru, w którym konsumenci mogą dokonywać samodzielnego wyboru świadczeniodawcy z grona zatwierdzonych wykonawców. W kontekście tego można mówić o tym, że „pieniądz podąża za pacjentem” i trafia do świadomie wybranego przez niego świadczeniodawcy.

Nie sposób stanowczo stwierdzić, iż efektywność i wydajność poszczególnych rad regionów, które są odpowiednikami samorządów terytorialnych, wynika ze stopnia prywatyzacji i choć w społeczeństwie szwedzkim wyżej ocenia się jakość usługodawców prywatnych, to różnice pomiędzy nimi a usługodawcami publicznymi są niewielkie.

Można zatem wysnuć wniosek, iż istotniejszą rolę od samego podziału na świadczenia komercyjne i niekomercyjne odgrywają mechanizmy płatnicze. Zauważyć można również, że wdrożenie mechanizmu konkurencji przebiegło sprawniej na gruncie opieki podstawowej niż w zakresie usług specjalistycznych, które w Szwecji przeważnie świadczone są w szpitalach miejskich, do których dostęp poza miastami jest raczej mały.

Niedawno opublikowano raport dotyczący kosztów i kontraktów, w którym analizie poddano model zamówień publicznych i model oparty na swobodzie wyboru pacjentów. Z raportu tego wynika, iż podmioty prywatne znacznie częściej świadczyły usługi, które cechuje mała nietypowość transakcji, duża częstotliwość, mniejsza niepewność co do ich rezultatu. W szczególności dotyczy to podstawowej opieki zdrowotnej i zabiegów planowych. Możliwość wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta zdaje się być stabilnym elementem szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej.

Aktualnie władze centralne bardziej niż na konkurencji skupiają się na różnicach w dostępie do opieki i na różnicach w wynikach leczenia pomiędzy poszczególnymi regionami. Rząd złożył projekt ustawy, która zakłada centralizację systemu na szczeblu rad regionalnych poprzez wprowadzenie ogólnokrajowego systemu opieki zdrowotnej. Wedle założeń ustawowych ułatwiłoby to koordynację zarządzania zasobami i procesami leczenia, tak aby „wybór każdego świadczeniodawcy był dobrym wyborem”, a świadczenia były realizowane efektywnie, z zachowaniem zasady równego dostępu.

## Finlandia

W Finlandii system opieki zdrowotnej oparty jest na świadczeniodawcach publicznych, wśród których zjawisko kon-

kurencji jest znikome. Z dniem 1 stycznia 2014 roku w życie weszła ustawa o opiece zdrowotnej, która otworzyła pacjentom możliwość swobodnego wyboru publicznego świadczeniodawcy, jednak do tej pory zaledwie garstka z nich skorzystała z tej opcji. Z jednej strony jest tak z uwagi na fakt, iż finansowanie świadczeń leży po stronie gmin, przez co kwestia ceny nie jest ważna dla pacjentów, natomiast z drugiej strony pacjenci mają mało informacji na temat jakości ofert, które mogłyby być podstawą dokonywanych wyborów.

Również w prywatnym sektorze konkurencja pomiędzy lekarzami jest na niskim poziomie. W tym przypadku zasadą jest, iż uznani specjaliści nie muszą martwić się o brak klientów i mogą sobie pozwolić na stosowanie wyższych cen.

Tam, gdzie rynek został opanowany przez kilka podmiotów, w większym stopniu można zaobserwować konkurencję na gruncie świadczeń opieki zdrowotnej dla pracowników. Niestety pomimo rozwijającej się konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami wzrosły w ostatnim czasie koszty związane z pracowniczą opieką zdrowotną.

W Finlandii zwiększenie swobody wyboru świadczeniodawcy publicznego nie przełożyło się na zwiększenie konkurencji. Równie trudno jest mówić o ożywieniu konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami prywatnymi. Kraj ten jest dobrym przykładem tego, że zaostrzona konkurencja między świadczeniodawcami, w tym przypadku na gruncie świadczeń opieki zdrowotnej dla pracowników, nie musi oznaczać obniżenia cen usług.

## Konkurencja pomiędzy świadczeniodawcami w świetle ustawy o sieci szpitali. Konkluzje

Ustawa o sieci szpitali, jak każda większa zmiana w systemie prawa, budzi wiele obaw. Jej założenia nakierowane są na integrację różnych form świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych. Według jednych zmiany mają zakończyć czasy niezdrowej konkurencji, poprzez zapewnienie placówkom publicznej służby zdrowia stabilnego finansowania, a w konsekwencji tego poprawić bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Drudzy wyrażają obawę, że wprowadzane zmiany mogą doprowadzić do centralizmu i etatyzmu na niespotykaną dotąd w Polsce skalę. Nasuwa się zatem pytanie: czy nowelizacja ustawy rzeczywiście przełoży się na umocnienie pozycji pacjenta w systemie ochrony zdrowia, czy rzeczywiście poprawi poziom jego bezpieczeństwa zdrowotnego w systemie? Zdawać się może, że uprzywilejowanie pozycji szpitali zadziała wręcz odwrotnie, bo pieniądz nie będzie podążać za pacjentem, gdyż płatność będzie uiszczana z góry, niezależnie od jakości usługi.

Założenia ustawy o sieci szpitali kłócą się z zasadą równouprawnienia świadczeniodawców i swobodnej konkurencji między nimi. Do podobnych wniosków można dojść również na gruncie sztywnego określania zakresu świadczeń zdrowotnych, jakie mogą być udzielane przez poszczególne podmioty, czego przykładem może być zakaz łączenia POZ ze specjalistyką ambulatoryjną lub szpitalami.

Zgodnie z artykułem 68 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* [19] zasadą ogólną jest to, iż: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. W tym miejscu należałoby postawić pytanie, czy ów równy dostęp jest wystarczający. Aktualnie pacjenci stają się coraz bardziej wymagający i ważniejsza od dostania się do lekarza jest chęć dostania się do dobrego lekarza. Świadczeniobiorcy oczekują poprawy jakości usług, a to z kolei mogłoby przełożyć się na zwiększenie poziomu konkurencyjności pomiędzy świadczeniodawcami.

Jak już zauważono powyżej, istotne dla zwiększenia poziomu konkurencji będą: promowanie wiedzy o zdrowiu, dostępność rzetelnych informacji na temat jakości i cen świadczeń, bezpieczeństwo, zróżnicowanie i przejrzystość rynku, równy i sprawiedliwy dostęp do opieki zdrowotnej, uwzględnianie i egzekwowanie zasad konkurencji, a także równoważenie podaży z popytem.

Właściwa organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych oraz istnienie sprawiedliwej konkurencji powinny zapewnić efektywność i oszczędność leczenia, przy zachowaniu lub podniesieniu jakości udzielanych świadczeń, prawidłową alokację środków, a także równouprawnienie wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, niezależnie od ich formy organizacyjnej czy własności.

Na podstawie powyższych założeń, myśląc o poprawie sytuacji w systemie ochrony zdrowia, można wziąć pod rozwagę następujące postulaty:

- pacjent powinien mieć swobodę wyboru świadczeniodawcy;
- żaden ze świadczeniodawców nie powinien być dyskryminowany lub uprzywilejowany w możliwości podpisania kontraktu na udzielanie świadczeń refundowanych. Sprzeczne z tą zasadą jest opieranie się na konkursie ofert w warunkach funkcjonowania jednego płatnika, ponieważ może to prowadzić do wymuszeń na świadczeniodawcach akceptacji niekorzystnych warunków umowy. Ten mechanizm byłby szczególnie korzystny w przypadku istnienia wielu, konkurujących ze sobą płatników;

- każdy świadczeniodawca, przynajmniej na poziomie regionalnym, powinien otrzymywać od płatnika tę samą cenę za takie samo świadczenie, a cena powinna uwzględniać wszystkie elementy składające się na koszt świadczenia, w tym koszty amortyzacji sprzętu i budynków;
- należy przeprowadzić, przynajmniej na terenie kilku województw, pilotażowe badania dotyczące skuteczności ustawy o sieci szpitali;
- trzeba ograniczyć lub zaprzestać limitowania świadczeń udzielanych przez danego świadczeniodawcę, w odniesieniu do limitów zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich;
- forma prawna podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych powinna zostać ujednoczona;
- należy wprowadzić mechanizmy umożliwiające dokonanie rzetelnej wyceny poszczególnych świadczeń, oraz równoważące „podaż z popytem”;
- powinna istnieć prawna możliwość dopłat pacjentów do niektórych świadczeń zdrowotnych;
- powinna istnieć możliwość różnicowania wysokości składki dla poszczególnych osób, promująca zachowania prozdrowotne;
- należy określić zakresy świadczeń gwarantowanych przez płatników, opracować standardy postępowania w poszczególnych procedurach;
- możliwość monitorowania zasadności udzielania świadczeń zdrowotnych powinna zostać przewidziana prawem;
- należy wspierać działania prywatyzacyjne zakładów publicznych, przy uwzględnieniu takich założeń, jak: rzetelna wycena zakładu, przekazanie pracownikom bezpłatnych udziałów w zakładach, zapewnienie równych warunków prywatyzacji dla wszystkich zakładów, opracowanie strategii oddłużania zakładów, zapewnienie jednolitych procedur sprzedaży zakładu – na zasadach jawnego przetargu.

Jak wspomniano na początku niniejszego opracowania, system ochrony zdrowia w Polsce dotykają poważne problemy różnej natury. Dopiero po rozwiązaniu jego podstawowych bolączek – m.in. po oddłużeniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – tworząc jednocześnie podstawy bezpiecznego, rzetelnego i zróżnicowanego systemu opieki zdrowotnej, można myśleć o faktycznej realizacji uprawnień pacjentów czy o wzmocnieniu konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami. Pamiętać przy tym należy o tym, że wprowadzenie lub rozwinięcie już istniejącej konkurencji między świadczeniodawcami czy płatnikami nie jest ani złotym środkiem, ani gwarancją kompleksowej poprawy kondycji systemu.

## Oświadczenia

### Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

### Źródła finansowania

Autor deklaruje brak źródeł finansowania.

## Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 153.
2. Słownik języka polskiego PWN, <http://sjp.pwn.pl/szukaj/konkurencja.html> [data dostępu: 15.04.2017].
3. Lurka K. Jak „rywalizuje się” w Europie. Dwie stron medalu. Menedżer Zdrowia z dn. 4.05.2016:20.
4. Kultys J. Znaczenie konkurencji w teorii ekonomii. W: Kopycińska D (red.). Zachowania rynkowe w teorii i praktyce. Szczecin: Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego; 2007. 7–17.
5. Adamczyk-Kloczkowska B, Wojna M. Czynniki wspierające i osłabiające konkurencję w systemie ochrony zdrowia. W: Ryć K, Skrzypczak Z (red.). Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego; 2008. 77–78.
6. Porter ME. Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów. Warszawa: PWE;1994. 33–35.
7. Acocella N. Zasady polityki gospodarczej. Warszawa: PWN; 2002. 91–107.
8. Hnatyszyn-Dzikowska A. Konkurencja między płatnikami w opiece zdrowotnej. Ujęcie teoretyczne. *Ekonomia i Prawo*. 2013;12(2):290.
9. Adamczyk-Kloczkowska B, Wojna M. Czynniki wspierające i osłabiające konkurencję w systemie ochrony zdrowia. W: Ryć K, Skrzypczak Z (red.). Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego; 2008. 78.
10. Maynard A, Dixon A. Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience. W: Mossialos E et al. (red.). *Funding health care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press; 2002. 109.
11. Rudawska I. Konkurencja w podsektorze stacjonarnej opieki zdrowotnej. W: Ryć K, Skrzypczak Z (red.). *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego; 2008. 87–89.
12. Stiglitz J. *Ekonomia sektora publicznego*. Warszawa: PWN; 2002. 96–100.
13. Włodarczyk WC. *Reforma polityki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 1998. 95.
14. Suhecka J. *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Business; 2010. 96.
15. Porter ME, Teisberg E. Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej. *Harvard Business Review Polska*. 2005;32.
16. Hnatyszyn-Dzikowska A. Konkurencja między płatnikami w opiece zdrowotnej. Ujęcie teoretyczne. *Ekonomia i Prawo*. 2013;12(2):291.
17. Lurka K. Jak „rywalizuje się” w Europie. Dwie stron medalu. Menedżer Zdrowia z dn. 4.05.2016:25–36.
18. [Dostępne w Internecie:] [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659).
19. Jangland E, Larsson J, Carlsson M, Gunninngberg L. Patients' complains about negative interactions with health professionals. *Int J Pers Cent Med*. 2011;4.
20. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483.

Zaakceptowano do edycji: 2017-05-15  
Zaakceptowano do publikacji: 2017-05-29

### Adres do korespondencji:

Juliusz Szewczyk  
ul. Feliksa Nowowiejskiego 11/111  
61-731 Poznań  
tel. kom.: 506 130 501  
e-mail: juliusz.szewczyk@gmail.com