

System ochrony zdrowia w Polsce

Ewelina Nojszewska



LEX

a Wolters Kluwer business

System ochrony zdrowia w Polsce

Ewelina Nojszewska



LEX

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2011

Recenzent:
Prof. dr hab. Ryszard Bartkowiak

Wydawca:
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący:
Anna Berska

Opracowanie redakcyjne:
Dagmara Wachna

Skład, łamanie:
Kamila Tomecka

Układ typograficzny:
Marta Baranowska

© Copyright by
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2011

ISBN: 978-83-264-1405-3

Wydane przez:
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Redakcja Książek
01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a
tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl
Księgarnia internetowa www.profinfo.pl



Spis treści

Wykaz skrótów	11
Wprowadzenie	13
Część I. Przegląd dorobku ekonomii zdrowia	15
Rozdział 1. Punkt wyjścia – ustalenie zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia	19
1. Rola państwa i jednostek w ochronie zdrowia	20
2. Przesłanki dla ochrony zdrowia	21
3. Podsumowanie	22
Rozdział 2. Charakterystyka zdrowia i ochrony zdrowia	23
1. Charakterystyka ogólna	24
1.1. Ekonomiczna ocena zdrowia	24
1.2. Niepewność w ochronie zdrowia	25
1.3. Asymetria informacji	26
1.4. Negatywna selekcja	27
1.5. Selekcja ryzyka	27
1.6. Pokusa nadużycia	27
2. niesprawności mechanizmu rynkowego w ochronie zdrowia	28
2.1. Efekty zewnętrzne	28
2.2. Dobra publiczne	30
2.3. Siła rynkowa – monopolizacja	30
3. Interwencje rządu w ochronę zdrowia	32
4. Efektywność i sprawiedliwość	33
5. Podsumowanie	36

Rozdział 3. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

- strona popytowa	37
1. Popyt na zdrowie i ochronę zdrowia	37
2. Sposoby finansowania ochrony zdrowia	39
2.1. Gromadzenie finansów ochrony zdrowia	39
2.2. Mechanizm finansowania ochrony zdrowia	42
2.3. Finansowanie świadczeniodawców – skutki bodźców finansowych	43
2.3.1. Retrospektywna (<i>ex-post</i>) i prospektywna (<i>ex-ante</i>) refundacja kosztów	46
2.3.2. Wady i zalety poszczególnych sposobów opłacania świadczeniodawców	47
2.3.3. Tworzenie systemów mieszanych	48
2.3.4. Potencjalne cele, które mają być realizowane dzięki poszczególnym sposobom opłacania świadczeniodawców	50
2.4. Rodzaje płatników w ochronie zdrowia	51
2.5. Współpłacenie pacjentów	54
3. Komercyjne ubezpieczenia zdrowotne	55
4. Podsumowanie	58

Rozdział 4. Funkcjonowanie rynku ochrony zdrowia – strona podaźowa

1. Podaż w ochronie zdrowia	59
1.1. Ochrona zdrowia jako sektor gospodarki	60
1.2. Funkcjonowanie przemysłów w ochronie zdrowia	62
1.3. Rola stowarzyszeń zawodowych	67
2. Problem własności w ochronie zdrowia	68
3. Podsumowanie	69

Rozdział 5. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

- współdziałanie wszystkich uczestników	70
1. Ceny w ochronie zdrowia	70
2. Ograniczenie budżetowe szpitali	72
3. Neutralność między sektorem publicznym i prywatnym	75
4. Podsumowanie	76

Rozdział 6. Ocena ekonomiczna w ochronie zdrowia

1. Ekonomiczne podstawy oceny ekonomicznej	78
2. Sposoby oceny ekonomicznej	80

2.1. Analiza kosztów i efektywności	82
2.2. Analiza kosztów i użyteczności	83
2.3. Analiza kosztów i korzyści	84
2.4. Koszty i korzyści w ocenie ekonomicznej	84
2.5. Stosunek kosztu do efektywności (CER)	86
3. Narzędzia wykorzystywane do oceny ekonomicznej	88
3.1. Dyskontowanie	88
3.2. Modelowanie w ocenie ekonomicznej: analiza decyzyjna i modele Markova	89
3.2.1. Analiza decyzyjna i drzewo decyzyjne	89
3.2.2. Modele Markova	91
3.3. Analiza wrażliwości	91
4. Podsumowanie	93

Część II. Doświadczenia systemów ochrony zdrowia funkcjonujących w krajach rozwiniętych

95

Rozdział 7. Porównanie ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia i narodowej służby zdrowia w wybranych krajach rozwiniętych

97

1. Modele systemu ochrony zdrowia – wprowadzenie teoretyczne	98
2. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w wybranych krajach	100
2.1. Stan zdrowia społeczeństwa	102
2.2. Finansowanie ochrony zdrowia	109
2.3. Zasoby ochrony zdrowia	118
3. Finansowanie w systemie ochrony zdrowia	125
3.1. Przedmiot pokrycia ochroną zdrowia	126
3.2. Gromadzenie finansów ochrony zdrowia	128
3.3. Alokacja funduszy w ochronie zdrowia	133
3.4. Refundowanie kosztów świadczeniodawców	135
3.5. Wnioski dla Polski i krajów postsocjalistycznych	138
4. Podsumowanie	141

Rozdział 8. Wyzwania stojące przed ochroną zdrowia

142

1. Sprawność funkcjonowania ochrony zdrowia	142
1.1. Wydatki na ochronę zdrowia a stan zdrowia w zachodnioeuropejskich systemach ubezpieczeniowych i w systemach narodowej służby zdrowia	143

1.2. Zależność między stanem zdrowia a czynnikami zatrudnionymi do jego produkcji	146
1.3. System ubezpieczeniowy a narodowa służba zdrowia w ocenie Eurobarometru	149
1.4. Baza danych o systemie ubezpieczeniowym i narodowej służbie zdrowia	152
1.5. Zróżnicowanie wyników funkcjonowania systemu ubezpieczeniowego i narodowej służby zdrowia	157
1.6. Efektywność i sprawiedliwość w ochronie zdrowia w krajach rozwiniętych	160
1.7. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009	163
2. Rola pracodawców w ochronie zdrowia	166
2.1. Przyczyny inwestowania w zdrowie pracowników	168
2.2. Choroby chroniczne a absencja w pracy	169
3. Koszty bezpośrednie i pośrednie	170
4. Podsumowanie	173
Część III. Ochrona zdrowia w Polsce po reformie z 1999 r.	175
Rozdział 9. Ochrona zdrowia w III RP	177
1. Zasady funkcjonowania ochrony zdrowia	178
2. Zmiana służby zdrowia na powszechne ubezpieczenie zdrowotne – odsłona prawna	180
3. Zmiana służby zdrowia na powszechne ubezpieczenie zdrowotne – wybrane wydarzenia	183
4. Zmiana służby zdrowia na powszechne ubezpieczenie zdrowotne – spostrzeżenia	186
5. Zmiana służby zdrowia na powszechne ubezpieczenie zdrowotne – wyniki z Narodowego Rachunku Zdrowia w 2009 r.	190
6. Podsumowanie	193
Aneks	193
Rozdział 10. Funkcjonowanie polskiej ochrony zdrowia	198
1. Sytuacja demograficzna	198
2. Przedstawienie polskiego systemu zdrowia	201
2.1. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce	202
2.2. Zasoby ochrony zdrowia w Polsce	205
2.3. Efektywność i sprawiedliwość w ochronie zdrowia w Polsce	211

2.4. Status zdrowotny Polaków	212
3. Ochrona zdrowia jako sektor gospodarki	215
3.1. Ochrona zdrowia jako element systemu gospodarczego	215
3.1.1. Finanse publiczne	215
3.1.2. Rachunki makroekonomiczne – narodowe	218
3.1.3. Inwestycje i środki trwałe	221
3.1.4. Rynek pracy	222
3.1.5. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia	223
3.1.6. Ceny	225
3.2. Funkcjonowanie ochrony zdrowia jako przemysłu	226
3.2.1. Opieka ambulatoryjna	227
3.2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna	227
4. Podsumowanie	233
Rozdział 11. Wyzwania stojące przed ochroną zdrowia	234
1. <i>Value for money</i>	235
1.1. Koszty indywidualne	235
1.2. Struktura i koszty leczenia szpitalnego	243
2. Zadłużenie, czyli syndrom miękkiego ograniczenia budżetowego	250
3. Prywatyzacja i zmiany formy organizacyjno-prawnej	256
3.1. Wprowadzenie prawne i ekonomiczne do prywatyzacji	256
3.2. Przekształcenia własnościowe SPZOZ-ów przeprowadzane przez jednostki samorządu terytorialnego w latach 1999–2009	258
4. Podsumowanie	262
Rozdział 12. Najważniejsze problemy stojące przed ochroną zdrowia	263
1. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne	264
2. Ubezpieczenie zdrowotne rolników	269
3. Partnerstwo publiczno-prywatne	271
4. Neutralność publicznych i prywatnych podmiotów	275
5. System informatyczny i informacyjny (w tym rejestr usług medycznych)	276
6. Koszty pośrednie	277
7. Świadczenia transgraniczne	283
8. Podsumowanie	285

Rozdział 13. Docelowy system ochrony zdrowia dla Polski	286
1. Docelowa konstrukcja systemu ochrony zdrowia	286
2. Dodatkowe zagadnienia	290
3. Podsumowanie	291
Bibliografia	293
Spis ilustracji	303
Spis tabel	307

Wykaz skrótów

AOS	– ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CBA	– analiza kosztów i korzyści (<i>Cost-Benefit Analysis</i>)
CEA	– metoda analizy kosztów i efektywności (<i>Cost-Effectiveness Analysis</i>)
CER	– stosunek kosztu do efektywności (<i>Cost-Effectiveness Ratio</i>)
CUA	– analiza kosztów i użyteczności (<i>Cost-Utility Analysis</i>)
DALYs	– lata życia skorygowane niesprawnościami (<i>Disability-Adjusted Life Years</i>)
FFS	– opłaty za usługę (<i>Fee For Service</i>)
FUS	– Fundusz Ubezpieczeń Społecznych
HHI	– wskaźnik Hirschmana–Herfindahla
HYEs	– hipotetyczna liczba lat życia w pełnym zdrowiu (<i>Healthy-Years Equivalents</i>)
JGP	– jednorodne grupy pacjentów
JST	– jednostka samorządu terytorialnego
KRUS	– Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
NHS	– National Health Service (Narodowa Służba Zdrowia)
NZOZ	– niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
OECD	– Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)
OTC	– leki dostępne bez recepty lekarskiej (<i>Over-the-Counter Drugs</i>)
OTK-A	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego; zbiór urzędowy, Seria A
PKB	– produkt krajowy brutto
POZ	– podstawowa opieka zdrowotna
PPP	– partnerstwo publiczno-prywatne
QALY	– ilość lat życia skorygowana jego jakością (<i>Quality-Adjusted Life Years</i>)
RUM	– rejestr usług medycznych
SDR	– standardowy współczynnik zgonów (<i>Stable Disease Rate</i>)
SHI	– finansowanie z ubezpieczeń społecznych (<i>Social Health Insurance</i>)
SOR	– szpitalny oddział ratunkowy
SOZ	– system opieki zdrowotnej
SPZOZ	– samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
UNUZ	– Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych

- ustawa o ZOZ** – ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej
(tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.)
- WTP** – skłonność do zapłaty (*Willingness to Pay*)
- ZOZ** – zakład/y opieki zdrowotnej

Wprowadzenie

W Polsce pogłębia się kryzys finansów publicznych, a wzrost gospodarczy jest spowolniony. System ochrony zdrowia, a więc i stan zdrowia Polaków, zależą od uwarunkowań gospodarczych, od wielkości wydatków na zdrowie i mądrości ich dokonywania. Nie jesteśmy w tej trudnej sytuacji osamotnieni, gdyż inne kraje – także bardziej od nas gospodarczo rozwinięte – borykają się z analogicznymi problemami. Polska gospodarka musi podjąć największe wyzwanie od zmiany systemu społeczno-gospodarczego z lat 1989–1990. Najważniejszym czynnikiem determinującym osiągnięcie sukcesu są postawy społeczne przekładające się na działania poszczególnych osób. Charakter Polaków ukształtowała historia i przy mozolnej pracy dla bogatszego i szczęśliwszego jutra konieczna jest również zmiana świadomości i postaw, tak aby sprostać wymaganiom stawianym nam przez teraźniejszość i wyzwaniom przyszłości. W życiu gospodarczym przedsiębiorczość jest gwarantem rozwoju i bogactwa, natomiast zbyt rozbudowana opieka socjalna, uzależniając i ubezwłasnowolniając, prowadzi do stagnacji i biedy. Trudności gospodarcze, przede wszystkim w Europie i USA, doprowadziły do coraz bardziej skrupulatnego liczenia wydawanych publicznych pieniędzy. Polityka społeczna, obejmująca także ochronę zdrowia, musi być dostosowana do uwarunkowań gospodarczych, czyli możliwości finansowych. Przy dążeniu do poprawy zdrowia ważna jest szeroko rozumiana efektywność ekonomiczna i skuteczność kliniczna systemu ochrony zdrowia, ale jeszcze więcej zależy od postaw ludzi korzystających z tego systemu.

Jak Polska długa i szeroka, słychać coraz bardziej podniesione i zniecierpliwione głosy, że ochrona zdrowia jest zła, coraz gorsza i nie widać pozytywnych wyników niekończącego się reformowania systemu. Z propozycji zmian legislacyjnych, wypowiedzi różnych osób reprezentujących wszystkie zaangażowane instytucje oraz z dyskusji medialnych można odnieść wrażenie, że uwaga wszystkich została skoncentrowana na szczegółowych rozwiązaniach, z jakimi mamy do czynienia tu i teraz, natomiast brak jest refleksji zarówno nad docelowym systemem ochrony zdrowia i drogą dojścia do niego, jak i nad solidnymi i rzetelnymi podstawami, także ekonomicznymi, niezbędnymi do skonstruowania tego systemu.

Włączając się w wir prac na rzecz poprawy sytuacji w ochronie zdrowia, chciałabym, aby niniejsza książka stanowiła źródło wiedzy o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia i jego finansowaniu zarówno od strony dorobku ekonomii zdrowia, jak i doświadczeń innych państw. Z drugiej strony chciałabym, aby książka ta była bodźcem do wyciągnięcia wniosków z obecnego stanu ochrony zdrowia

w Polsce i podjęcia próby skonstruowania docelowego systemu, bazującego na stworzonym od nowa „kodeksie prawnym ochrony zdrowia”.

Książka składa się z trzech części. W pierwszej prezentuję dorobek ekonomii zdrowia, pozwalający zrozumieć funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia od strony ekonomicznej. Jak nie można przełamać praw fizyki, tak też nikomu nie udało się pokonać praw ekonomii. Należy więc zrozumieć oddziaływanie bodźców ekonomicznych i działanie mechanizmów ich transmisji.

Druga część poświęcona jest doświadczeniom innych krajów. Nie można do systemu ochrony zdrowia mechanicznie włączać rozwiązań, które sprawdziły się w innych krajach, gdyż system ten jest zdeterminowany postawami ludzi i ich mentalnością, a także uwarunkowaniami historycznymi. Zgubne może okazać się wyciąganie pochopnych wniosków z doświadczeń innych społeczeństw, ale szeroka wiedza pozwala na formułowanie spostrzeżeń i dokonywanie przewidywań, a to kolei pomaga przy podejmowaniu decyzji.

W trzeciej części skoncentrowałam się na funkcjonowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia po zmianach wprowadzonych w życie w 1999 r. Jest to bodajże najważniejszy system w życiu Polaków, ale i najbardziej skomplikowany. Jego funkcjonowanie uwarunkowane jest stanem gospodarki i on sam jest również sektorem gospodarczym. Chyba jeszcze ważniejszym czynnikiem oddziałującym na ten system jest mentalność ludzka ukształtowana w okresie socjalizmu, która doprowadziła do postawy roszczeniowej. Ograniczenia finansowe nie pozwalają, aby każdy pacjent dostał natychmiast świadczenie zdrowotne i to o najwyższej jakości. Ponieważ zdrowie ludzkie, a więc i jego ochrona, ma szczególne znaczenie, trzeba znaleźć rozwiązanie, które pozwoli przede wszystkim osiągnąć bezpieczeństwo zdrowotne, coraz lepszy stan zdrowia każdego człowieka, w systemie efektywnym ekonomicznie i skutecznym klinicznie.

Mam nadzieję, że przedkładana książka pomoże w zrozumieniu złożoności funkcjonowania ochrony zdrowia i jej powiązań z innymi sferami życia społeczno-gospodarczego. Dlatego też będzie pomocna w debacie na temat koniecznych zmian, które trzeba wprowadzić do systemu ochrony zdrowia obejmującego także sferę ubezpieczeń w Polsce.

Przegląd dorobku ekonomii zdrowia

Rola państwa we współczesnym świecie zmienia się, obserwujemy bowiem odchodzenie od koncepcji państwa opiekuńczego. Koszty rozbudowanych programów socjalnych są zbyt duże, gdyż na powiększające się oczekiwania społeczne politycy odpowiadali ich zaspokajaniem, tocząc walkę o głosy wyborców. Doprowadziło to do sytuacji, w której ministrowie finansów muszą dokładnie sprawdzać zasadność wydania każdej złotówki przeznaczonej na wydatki publiczne. Ponadto maleją możliwości finansowe budżetów państw, co w konfrontacji z rosnącymi kosztami świadczeń medycznych pogłębia trudności systemu ochrony zdrowia. Współczesne państwo staje się strategiem rozwoju, który stwarza warunki dla efektywnego funkcjonowania. Dbą przede wszystkim o jakość prawa, dążąc do wykreowania mechanizmów umożliwiających prowadzenie działalności przez wszystkich uczestników życia gospodarczego i społecznego. Przykładem może być coraz dynamiczniejszy rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego (także w ochronie zdrowia), którego przyczyną jest połączenie trudności finansów publicznych z rosnącymi budżetami przedsiębiorstw prywatnych. Taka zmiana roli państwa otwiera ogromne możliwości nie tylko dla wzrostu gospodarczego, ale również usług publicznych, a przede wszystkim dla zwiększającej się dostępności świadczeń medycznych i rosnącej ich jakości.

Zdrowie i jego ochrona odgrywają szczególną rolę dla każdego człowieka i dlatego dostępność i jakość świadczeń stanowi przedmiot szczególnego zainteresowania i dbałości nie tylko pacjentów i świadczeniodawców, ale także rządu. Jednakże funkcjonowanie ochrony zdrowia jest szczególnie złożone, zaś na państwie spoczywają obowiązki związane z organizacją tego systemu. Niewystarczająca ilość publicznych pieniędzy przeznaczonych na świadczenia w odpowiedniej ilości i o odpowiedniej jakości prowadzi do niepokojów społecznych, a także wymusza łączenie sił i funduszy publicznych oraz prywatnych. Jednakże mechanizm rynkowy charakteryzuje się zawodnością, szczególnie w tak specyficznym sektorze, jakim jest rynek świadczeń zdrowotnych i rynek ubezpieczeń zdrowotnych.

Wiedza ekonomiczna o funkcjonowaniu ochrony zdrowia stwarza podstawy do podejmowania racjonalnych decyzji i prowadzenia dialogu na tematy, które są szczególnie ważne dla każdego człowieka i dla wszystkich uczestników systemu. Dlatego w pierwszej części książki koncentruję się na przedstawieniu podstaw ekonomicznych wyjaśniających mechanizmy funkcjonowania ochrony zdrowia. Zaczynam od opisanie jej szczególnych cech wymuszających szczególne podejście

do rozwiązywanych problemów. Najważniejszą kwestią jest rozstrzygnięcie, ile państwa, a ile suwerenności konsumenta ma być w ochronie zdrowia, gdyż stanowi to podstawę dla regulacji prawnych i dla wszystkich instytucji zaangażowanych w tę dziedzinę. Dlatego ustalenie zasad funkcjonowania ochrony zdrowia stało się tematem rozdziału 1.

Szczególna charakterystyka ochrony zdrowia, jej nieporównywalność do innych rynków, wymaga wnikliwej znajomości zarówno niesprawności mechanizmu rynkowego, jak i niesprawności rządu, aby móc zrozumieć skuteczność interwencji państwa w sferę ochrony zdrowia, a także możliwości wykorzystywania mechanizmu rynkowego. Najtrudniejszym zagadnieniem jest znalezienie równowagi między efektywnością ekonomiczną a sprawiedliwością społeczną, rozumianą jako równość dostępu do świadczeń zdrowotnych. Tym zagadnieniom poświęcony jest rozdział 2.

W oparciu o podstawy, których znaczenie jest nie do przecenienia, możliwe jest przejście do analizy ekonomicznej. W kolejnych trzech rozdziałach omawiam więc stronę popytu, stronę podaży i łączę je, aby dzięki ich współdziałaniu przedstawić funkcjonowanie ochrony zdrowia. W stronie popytowej z rozdziału 3 najważniejsze są kwestie związane z finansowaniem, a wśród nich szczególnego znaczenia nabierają metody refundacji kosztów świadczeniodawcom przez płatnika. Stanowią one bowiem najskuteczniejsze bodźce do podejmowania określonych działań i zaniechania innych. Dostępność i jakość świadczeń tak naprawdę zależą od konstrukcji metod refundacji kosztów. Poruszam również trudną społecznie kwestię współdziału gospodarstw domowych w płaceniu za świadczenia, oprócz opłacania składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. W rozdziale 4, opisującym podażową stronę systemu, po raz pierwszy poruszam fakt, że ochrona zdrowia stanowi ważny i duży sektor gospodarki, w którym prowadzą działalność różne przemysły, o różnej sile konkurencji, a więc przedsiębiorstwa posiadające różną siłę rynkową przekładającą się chociażby na ceny. Rzadko omawia się kwestię stowarzyszeń zawodowych, które mają ogromny wpływ na sposób dostarczania świadczeń i ich ceny, gdyż mogą np. realizować politykę dyskryminacji cenowej. W tym rozdziale również po raz pierwszy poruszę kwestię własności, którą szczegółowo będę analizować w odniesieniu do sytuacji w Polsce, czyli w rozdziale 11. W rozdziale 5 omówię najważniejsze zagadnienia związane ze współdziałaniem strony popytowej i podażowej. Pierwszym z nich będą ceny, stanowiące szczególny wymiar finansowy w ochronie zdrowia. Następnie skoncentruję się na problemie wszechobecnym w systemach ochrony zdrowia krajów rozwiniętych, czyli na miękkim ograniczeniu budżetowym, które jest szczególnie ważne dla szpitali. W krajach postsocjalistycznych wiele trudności w rozwoju ochrony zdrowia powoduje niemożność uporania się z neutralnością podmiotów prywatnych i publicznych. Nie sposób wyczerpać wszystkich zagadnień związanych z interakcjami uczestników ochrony zdrowia, ale starałam się przedstawić najważniejsze ich aspekty.

W ostatnim rozdziale tej części prezentuję wstęp do oceny ekonomicznej w ochronie zdrowia. Jest to dziedzina rozwijająca się bardzo dynamicznie i stanowiąca podstawę podejmowania właściwie wszystkich racjonalnych decyzji. Ze względu na problemy z finansowaniem ochrony zdrowia konieczna jest znajomość skuteczności wydawania każdej złotówki, a ocena ekonomiczna daje właśnie

narzędzia niezbędne do dokonywania obliczeń pozwalających stwierdzić, co otrzymujemy z wydatkowania pieniędzy. W rozdziale tym sygnalizuję tylko najważniejsze informacje i intuicje, gdyż ocenie ekonomicznej czy też stosowanym w niej narzędziom i metodom poświęcone są całe książki. Uważam, że wiedza dotycząca oceny ekonomicznej jest niezbędna każdemu, kto zawodowo zajmuje się ochroną zdrowia lub też po prostu interesuje się nią.

Punkt wyjścia – ustalenie zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia nie funkcjonuje w próżni politycznej, gospodarczej czy instytucjonalnej. O jego strukturze i funkcjonowaniu decydują akty prawne różnej rangi, poczynając od Konstytucji, przez ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia, dyrektywy i decyzje UE, a także ustawy i rozporządzenia z mocą ustaw, rozporządzenia, kończąc na aktach prawa miejscowego, do których zaliczane są zarządzenia wydawane np. przez Prezesa NFZ. W Polsce mamy do czynienia z syndromem „miękkiego państwa”, co negatywnie przekłada się także na sektor ochrony zdrowia¹. Najważniejszymi problemami są „nieodpowiedzialności” aż w trzech wymiarach. Po pierwsze, możemy obserwować nieodpowiedzialność społeczeństwa, które przerzuca odpowiedzialność za całość życia społecznego na państwo. Brak poczucia suwerenności i odpowiedzialności jednostki jest bardzo ważny, gdyż zgodnie z ogólnie przyjętą koncepcją czynników determinujących zdrowie człowieka to właśnie styl jego życia – czyli sposób bycia wynikający z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje, oraz indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru, w 50% wpływa na jego zdrowie. Pozostałe czynniki to: biologia człowieka – czyli przede wszystkim czynniki genetyczne, które wpływają na zdrowie człowieka w 20%, środowisko – w rozumieniu środowiska społecznego, fizycznego, psychicznego i pracy, których wpływ szacuje się również na 20% oraz organizacja opieki zdrowotnej, czyli działania ochrony zdrowia, których wpływ ocenia się na 10%².

Po drugie, wszechobecna jest nieodpowiedzialność polityczna, prowadząca do zawłaszczania aparatu państwowego przez partie polityczne, któremu towarzyszy pełna obojętność wobec patologii w życiu publicznym i dążenie do zdobywania renty politycznej. Niekończące się działania reformatorskie w ochronie

¹ Na ten temat pisali m.in.: J. Hausner, M. Mirosława (red.), *Polski talk show: dialog społeczny a integracja europejska*, Kraków 2001; J. Staniszkis, *Szanse Polski. Nasze możliwości rozwoju w obecnym świecie*, Komorów 2005; W. Osiatyński, *Rzeczpospolita obywateli*, Warszawa 2004.

² Koncepcja ta po raz pierwszy została przedstawiona w 1974 r. przez Ministra Zdrowia Kanady Marca Lalonde w raporcie *A new perspective on the health of Canadians*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

zdrowia i pogłębiająca się jej zapaść są wynikiem przede wszystkim upolitycznienia wszelkich decyzji dotyczących systemu ochrony zdrowia.

Po trzecie, administrację publiczną cechuje nieodpowiedzialność administracyjna, która oznacza brak odpowiedzialności za uznaniowość podejmowanych decyzji, nieprzejrzystość procedur i niską jakość pracy urzędników. Złe zarządzanie w ochronie zdrowia jest jedną z najważniejszych przyczyn pogłębiającej się niedostępności do świadczeń medycznych.

1. Rola państwa i jednostek w ochronie zdrowia

Siła i dynamika zmian we współczesnym świecie jest bardzo duża. Pisałam już o zmieniającej się roli państwa. Jednocześnie także i w Polsce po roku 1990 budowane jest społeczeństwo obywatelskie, którego podstawą jest samorealizujący się człowiek, autonomiczny i akceptujący, także szukający aprobaty u innych. Bierze on udział we wszelkich rodzajach działalności, które rodzą się i rozwijają w społecznościach lokalnych będących źródłem inicjatyw nieograniczanych przez władzę państwową. Takie warunki otwierają szeroką przestrzeń dla przedsięwzięć realizowanych przez samorządy także w sferze ochrony zdrowia, których przykładem mogą być programy profilaktyczne. W społeczeństwie obywatelskim suwerenny konsument tym bardziej jest odpowiedzialny za stan swojego zdrowia.

Uznając konieczność uwzględnienia znaczenia otoczenia, w jakim funkcjonuje system ochrony zdrowia, a także zmieniającej się roli państwa oraz kształtowania się społeczeństwa obywatelskiego, uważam, że rozważania na temat ekonomicznych aspektów należy poprzedzić sformułowaniem priorytetów, które determinują przyjmowanie konkretnych regulacji prawnych i rozwiązań organizacyjnych³.

Przyczynkiem do powstania ekonomii jest zjawisko rzadkości. W odniesieniu do ochrony zdrowia jest ono szczególnie silne i dokuczliwe. Nie ma bowiem takich pieniędzy, jakich nie wchłonęłaby opieka zdrowotna, można by na nią przeznaczyć nawet cały PKB. Dlatego w każdym kraju istnieje poczucie, że wydatki na ochronę zdrowia są zbyt małe, a szczególnie w konfrontacji z nieograniczonymi potrzebami i oczekiwaniami pacjentów, ich rodzin, całego społeczeństwa. Przy takiej konfrontacji możliwości z potrzebami nie można uciec od decyzji, ile państwa, a ile suwerenności konsumenta w ochronie zdrowia. Solidarność jest jednym z filarów społeczeństw krajów europejskich wyrosłych w tradycji chrześcijańskiej. Należy pomagać cierpiącym, biednym czy upośledzonym. Artykuł 68 Konstytucji RP głosi w ust. 1, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Zgodnie z ust. 2 obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Z ust. 3 wynika, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. W rzeczywistości okazuje się jednak, że finansowanie ze środków publicznych

³ Wnikliwe przedstawienie zasad, zgodnie z którymi powinien funkcjonować system ochrony zdrowia i cały system zabezpieczenia socjalnego, znajduje się w: J. Kornai, K. Eggleston, *Solidarność w procesie transformacji, reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Warszawa 2002, rozdział 1.

jest niewystarczające, aby zaspokoić wszystkie potrzeby zdrowotne wszystkich ludzi i to świadczeniami o najwyższej jakości.

Niedobory finansowania publicznego rodzą dwa problemy. Pierwszym jest konieczność dołączenia innych źródeł finansowania ochrony zdrowia, jak np. komercyjne ubezpieczenia zdrowotne, ale to zagadnienie będę omawiać w rozdziale 3 i 12. Teraz chciałabym skoncentrować się na drugim problemie, a mianowicie postawie człowieka, który ma zagwarantowane świadczenia. Pojawia się u niego bierność czy wręcz roszczeniowość. Rodzi się wspomniana wcześniej nieodpowiedzialność społeczna. Zbyt duża rola przypada państwu, o ilości i jakości świadczeń zdrowotnych decydują politycy i administracja. Ograniczone zostają fundamentalne prawa człowieka. Każdy bowiem ma prawo do suwerenności, do samodzielnego decydowania o sobie, a wolność jednostki jest jej zobowiązaniem wobec społeczeństwa⁴. Co więcej, każdy ma obowiązek wzięcia odpowiedzialności za własne życie, w tym dbania o swoje zdrowie. Jest to szczególnie ważne po stwierdzeniu, że styl życia – czyli sposób bycia wynikający z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje oraz indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru – w 50% wpływa na zdrowie. Jeśli ktoś kompletnie nie dba o swoje zdrowie, to nie może mieć złudzeń, że publiczny świadczeniodawca wróci mu je w pełni.

2. Przesłanki dla ochrony zdrowia

Konfrontacja solidaryzmu społecznego z suwerennością konsumenta kształtuje całą politykę społeczną, wszystkie systemy socjalne. Konstruując docelowy, zgodny z oczekiwaniami wszystkich stron optymalny system ochrony zdrowia, społeczeństwo musi zdecydować, w jakim zakresie stać je na publiczne finansowanie opieki zdrowotnej. Doświadczenia polskie pokazują, że jeśli nie podejmie się takiej decyzji, to dostępność świadczeń jest ograniczona i pacjenci muszą wyczekiwać na leczenie w kolejkach nawet latami, jakość tych świadczeń jest niska, a o przejrzystości nie ma co marzyć⁵. W trosce o dobrze pojęty własny interes system ochrony zdrowia należy zbudować nie tylko w oparciu o finanse publiczne, ale uwzględniając także sektor prywatny i odpowiedzialność człowieka za swoje zdrowie. Na podobne pytania społeczeństwo musi odpowiadać również w innych sferach życia, np. w obliczu terroryzmu dokonuje wyboru, ile wolności, a ile bezpieczeństwa. W tym miejscu chciałabym nadmienić, że dział mikroekonomii, jakim jest równowaga ogólna, podpowiada, że istnieje zamienność między sprawiedliwością (na ogół rozumianą jako równość dostępu) a efektywnością ekonomiczną. Oznacza to, że jeśli dążyć będziemy do sprawiedliwości w dostępie do świadczeń, to za cenę utraty efektywności przy ich wytwarzaniu, a więc po wyższych kosztach. Jeśli natomiast za kryterium przyjmieni efektywność,

⁴ Na ten temat pisał S. Amartya, *Social commitment and democracy: the demands of equity and financial conservatism* (w:) P. Baker (ed.), *Living as equals*, Oxford University Press 1996, s. 226–259.

⁵ Na podstawie: *Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, NIK, KPZ-410-12/2009, nr ewid. 39/2010/P/09/093/KPZ, lipiec 2010.

to kosztem będzie zróżnicowanie dostępności do leczenia przekładające się na gorszy stan zdrowia tych, których nie będzie stać na leczenie. Nie ma rozwiązania jednego, najlepszego. Każde społeczeństwo musi więc podjąć decyzję, ile państwa, a ile suwerenności jednostki w ochronie zdrowia, jak ważna jest sprawiedliwość społeczna i efektywność ekonomiczna.

Na efektywność ekonomiczną i skuteczność kliniczną osiąganą w systemie ochrony zdrowia wpływ ma zarówno konkurencja między uczestnikami systemu, jak i formy ich własności. Nigdzie na świecie nie ma recepty określającej optymalną strukturę zarówno własności, jak i konkurencji w tym sektorze gospodarki. Jednak i teoria ekonomii, i doświadczenia innych, szczególnie socjalistycznych, krajów, pokazują, że monopol państwowy prowadzi do katastrofy nie tylko finansowej, ale i zdrowotnej. Zawsze jednak budżet państwa musi być w stanie realizować zobowiązania państwa wobec społeczeństwa. Publiczni i prywatni świadczeniodawcy powinni konkurować między sobą o kontrakty z płatnikami, a publiczni i prywatni płatnicy o zawarcie kontraktów z najlepszymi świadczeniodawcami. Rola państwa sprowadza się do stworzenia odpowiednich ram prawnych i kontroli uwzględniającej dostępność i jakość leczenia oraz poziom jego kosztów, co nie znosi odpowiedzialności państwa za zagwarantowanie dostępu każdemu obywatelowi do podstawowej opieki zdrowotnej. Regulacje prawne powinny zawierać bodźce, przede wszystkim finansowe, nakłaniające wszystkich uczestników do podejmowania racjonalnych decyzji, ale te kwestie przedstawię podczas omawiania sposobów finansowania świadczeniodawców. Aby budzić zaufanie społeczeństwa do państwa, sposób finansowania ochrony zdrowia powinien być przejrzysty, czyli podatnicy czy płacący składki powinni znać wielkość wydatków i źródło ich pochodzenia. Spokój społeczny towarzyszyłby wprowadzaniu wszelkich zmian do sposobu funkcjonowania ochrony zdrowia, gdyby ich wprowadzanie poprzedzone było merytoryczną debatą wyjaśniającą ich przyczyny i skutki, gdyż ludzie muszą zrozumieć te zmiany i zaakceptować je.

3. Podsumowanie

System ochrony zdrowia znajduje się w dynamicznie zmieniającym się otoczeniu, które na niego oddziałuje. Struktura i funkcjonowanie tego systemu zależą od decyzji podjętych świadomie lub nieświadomie przy jego konstruowaniu. Najważniejsze jest określenie relacji między solidaryzmem społecznym a suwerennością człowieka, czyli określeniem za co odpowiada państwo, a za co każda osoba. Ważna jest również forma własności i struktura konkurencji w sektorze gospodarki, jakim jest ochrona zdrowia. Efektywność ekonomiczna i skuteczność kliniczna zdeterminowana jest sposobem, w jaki państwo wypełnia swoją rolę, przede wszystkim ustawodawczą i kontrolną.

Charakterystyka zdrowia i ochrony zdrowia

Po zapoznaniu się z kwestiami fundamentalnymi nie tylko dla ochrony zdrowia, ale właściwie dla całego sektora społecznego czy systemu zabezpieczenia socjalnego, chciałabym skoncentrować się na wyjątkowych cechach samej ochrony zdrowia. Są one uniwersalne dla ochrony zdrowia we wszystkich systemach społeczno-ekonomicznych, we wszystkich krajach. Poszczególne cechy można odnaleźć także w innych sektorach, ale wyjątkowość i skomplikowanie ochrony zdrowia polega na tym, że w jej przypadku wszystkie one występują naraz.

Niesprawności mechanizmu rynkowego stanowią przyczynę, która uzasadnia aktywność państwa. Interwencja, czyli zamierzona pomoc publiczna, nie rozwiązuje jednak wszystkich problemów, gdyż towarzyszy jej niesprawność rządu. Ochrona zdrowia znajduje się więc gdzieś pomiędzy odpowiedzialnością państwa za zorganizowanie i sposób funkcjonowania systemu a mechanizmem rynkowym, jednocześnie poddawana jest presji społecznej ze względu na rolę zdrowia w życiu każdego człowieka.

Najbardziej kontrowersyjna kwestia dotyczy decyzji związanych ze znalezieniem proporcji w ochronie zdrowia między efektywnością a sprawiedliwością – rozumianą jako równość dostępu do świadczeń. W każdej kulturze nieco inaczej historycznie opisana została rola państwa i każdego człowieka troszczącego się o swój los. W ochronie zdrowia kwestie efektywności i sprawiedliwości nabierają szczególnego znaczenia głównie dlatego, że na ogół nie można zrealizować ich obu na raz. Im bardziej dążymy w kierunku sprawiedliwości, tym jest to kosztowniejsze i pociąga za sobą zmniejszanie efektywności. I odwrotnie, im większą osiągamy efektywność, tym wyższą cenę po stronie dostępu do świadczeń i ich jakości przychodzi nam zapłacić¹. W żadnym systemie ochrony zdrowia politycy nie uciekną od podejmowania takich decyzji.

¹ Skuteczność zwiększania efektywności i dostępności w ochronie zdrowia w krajach OECD zostanie przedstawiona w rozdziale 8.

1. Charakterystyka ogólna

Obecna definicja **zdrowia** przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia WHO jest następująca: „Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kaleczności, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”².

Definicja ta jest bardzo ważna i postępową, ponieważ nie poprzestaje na samym negującym ujęciu, że zdrowie jest brakiem choroby, ale bardzo mocno akcentuje, iż zdrowie ma w sobie aktywny aspekt, którym jest dobrostan. Oznacza to, że w kwestiach zdrowia nie mamy jedynie koncentrować się na chorobach i próbach ich zwalczania, ale powinniśmy zwracać uwagę na samo zdrowie i jego wzmacnianie. Współczesna definicja zdrowia WHO bardzo mocno podkreśla zatem połączenie kwestii zdrowia z życiem wewnętrznym i społecznym – w tym ekonomicznym – człowieka oraz jego osobistą troskę o kondycję fizyczną. Dzięki takiemu podejściu analiza ochrony zdrowia staje się niezwykle złożona, gdyż uwzględnić w niej trzeba bardzo dużo aspektów, jak np. współudział pracodawców w trosce o zdrowie pracowników czy udział samorządów w realizacji programów zdrowotnych.

System ochrony zdrowia można zdefiniować jako zespół osób i instytucji mający za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną ludności. Jest on wyodrębnioną całością złożoną z wielu różnorodnych, powiązanych ze sobą elementów, która realizuje cele związane ze zdrowiem. Można go również zdefiniować jako zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych oraz rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i społeczeństwa³.

1.1. Ekonomiczna ocena zdrowia

Ponieważ ludzie przypisują zdrowiu szczególną wartość, to ochrona zdrowia i ubezpieczenia zdrowotne również nabierają wyjątkowego znaczenia. Samo zdrowie nie ma wartości rynkowej, ale świadczenia i ubezpieczenia zdrowotne już mają. Aby ludzie mogli cieszyć się jak najlepszym zdrowiem, alokacja zasobów w ochronie zdrowia musi być efektywna, a w dążeniu do efektywności mechanizm rynkowy jest skuteczniejszy niż publiczna regulacja.

Dla każdego człowieka jego zdrowie jest bezcenne. Jednakże decyzje dotyczące zdrowia podejmowane są nie tylko przez jednostki, ale również przez polityków oraz pracowników systemu ochrony zdrowia i to w obliczu ograniczenia możliwych do wykorzystania zasobów. Wymaga to skonfrontowania korzyści uzyskanych dzięki wydłużeniu ludzkiego życia i dbałości o jego jakość z kosztami poniesionymi na ten cel po uwzględnieniu skuteczności różnych metod osiągnięcia go. Żadna racjonalna decyzja nie może być podjęta bez wszechstronnej i wyczerpującej oceny wartości strumienia przyszłych korzyści (i negatywnych konsekwencji) przedsięwziętych działań i bieżących ich kosztów. Ponieważ wycena pieniężna wartości wydłużenia

² Zob. http://www.seremet.org/who_zdrowie.html.

³ Poszczególne rodzaje systemu ochrony zdrowia zostaną scharakteryzowane w rozdziale 7.

życia ludzkiego i podniesienia jego jakości dzięki poprawie stanu zdrowia budzi kontrowersje, to w ekonomii zdrowia i farmakoekonomice stworzono mierniki mające służyć przy podejmowaniu decyzji o alokacji zasobów. Istnieje kilka pojęć łączących wielowymiarowe skutki interwencji medycznych w jeden indeks skalarny – QALYs, który mierzy korzyści w jednostkach użyteczności kardynalnej. Korzystanie z niego (i innych indeksów) jest konieczne, gdyż przy znajomości wielkości budżetu na ochronę zdrowia problemem jest wyznaczenie optymalnego zbioru świadczeń medycznych⁴.

Z piśmiennictwa ekonomii zdrowia i farmakoekonomiki wynika, że można wyróżnić trzy alternatywne metody ekonomicznej oceny zdrowia, porównujące korzyści uzyskane dzięki interwencji medycznej z wydatkami na nią poniesionymi⁵. Po pierwsze, można posłużyć się metodą **analizy kosztów i efektywności** (*Cost-Effectiveness Analysis* – CEA) odwołującej się do jednostek naturalnych na jednowymiarowej skali⁶. Jednakże pomiary takie dają wiarygodne wyniki tylko wtedy, gdy alternatywy, do których należy podjęcie danej interwencji medycznej lub nie, różnią się tylko w ramach jednego rezultatu i nie mają skutków ubocznych. Po drugie, można sięgnąć do **analizy kosztów i użyteczności** (*Cost-Utility Analysis* – CUA), w której jednostkami pomiaru użyteczności są jednostki użyteczności kardynalnej odzwierciedlające wielowymiarowe pojęcie zdrowia w indeksie skalarnym. W tym przypadku uwzględniane są wszystkie skutki interwencji medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem wydłużenia czasu trwania życia i poprawy stanu zdrowia po przypisaniu im odpowiednich wag. Skonstruowano kilka takich mierników, jak np. *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs), *Healthy-Years Equivalents* (HYEs) i właśnie QALYs⁷. Koszty przedstawiane są w ujęciu pieniężnym. W analizie tej oblicza się wielkość pieniężnego kosztu poniesionego na uzyskane korzyści mierzone jednostkami użyteczności – QALYs. Po trzecie, wykorzystuje się **analizę kosztów i korzyści** (*Cost-Benefit Analysis* – CBA), posługującą się jednostkami pieniężnymi do wyceny nie tylko kosztów, ale i korzyści interwencji medycznej, czyli wydłużenie życia ludzkiego i poprawa stanu jego zdrowia są wyrażone w pieniądzu. Ocena tych korzyści opiera się na teorii użyteczności subiektywnej i wykorzystuje **skłonność do zapłaty** (*Willingness to Pay*) jednostki jako pieniężny miernik użyteczności.

1.2. Niepewność w ochronie zdrowia

Jedną ze szczególnych cech ochrony zdrowia jest niepewność związana z popytem na świadczenia zdrowotne⁸. Na rynkach dóbr konsumpcyjnych zarówno kupujący, jak i sprzedający znają wielkość popytu. Epidemiologia i statystyka

⁴ Narzędzia ekonomicznej oceny zdrowia przedstawione są w: E. Nojszewska, *Quality-Adjusted Life Years (QALYs) jako narzędzie ekonomicznej oceny zdrowia*, Warszawa 2010.

⁵ Dla porównania zob.: K.L. Rascati, *Essentials of pharmacoeconomics*, Wolters Kluwer 2009; S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Economic analysis in health care*, Wiley 2007.

⁶ Przykładem takiej skali mogą być mmHG przy leczeniu nadciśnienia tętniczego.

⁷ DALYs to lata życia skorygowane niesprawnością, zaś HYEs to ekwiwalent lat w zdrowiu.

⁸ Przelomowy artykuł, dzięki któremu zaczęto analizować skutki niepewności na rynku świadczeń medycznych i na rynku ubezpieczeniowym, napisał K.J. Arrow, *Uncertainty and welfare economics of medical care*, *The American Economic Review*, vol. LIII, no. 5, December 1963.

dostarczają wiedzy dotyczącej zachorowań, a więc i zagregowanego popytu, ale pojedynczy człowiek nigdy nie wie, kiedy zachoruje i jakich usług medycznych będzie potrzebował. W obliczu niepewności i poczuciu zagrożenia ubezpieczenia zdrowotne mogą pomóc w rozwiązaniu problemu, gdyż pozwalają na pokrycie w chwili choroby większych kosztów niż wartość opłaconej składki. Wraz z pojawieniem się ubezpieczeń do systemu ochrony zdrowia wkroczyła trzecia strona, jaką jest ubezpieczyciel, a więc oprócz pacjentów i świadczeniodawców w funkcjonowaniu sektora ochrony zdrowia aktywnie zaczął uczestniczyć płatnik płacący za świadczenia zdrowotne.

1.3. Asymetria informacji

Asymetria informacji jest wszechobecna w naszym życiu. Jej oddziaływanie na podejmowanie decyzji na wszystkich rynkach, także i w ochronie zdrowia, jest przedmiotem analiz ekonomicznych⁹.

Dotyczy ona zachowania świadczeniodawców, którzy w przeciwieństwie do pacjentów posiadają wiedzę medyczną. Powstaje więc sytuacja określona mianem problemu pryncypała-agenta (*Principal-Agent Problem*), gdzie pryncypałem jest pacjent, a lekarz jest agentem pracującym na zlecenie pacjenta i za jego pieniądze¹⁰. Asymetria informacji wpływa na decyzje podejmowane przez lekarza i pacjenta, ale szczególnie ważne jest zachowanie tego pierwszego. Lekarz może dążyć do stosowania zbyt wielu i zbyt drogich usług medycznych, co prowadzi do niepotrzebnej eskalacji kosztów, nieuzasadnionej z medycznego punktu widzenia. Może on również zaniechać wykonania procedur potrzebnych dla polepszenia zdrowia pacjenta, reagując na bodźce, jakimi są sposoby opłacania świadczeniodawców, ale na tym problemie skoncentruję się w rozdziale 3, omawiając tę kwestię teoretycznie, w rozdziale 7, prezentując rozwiązania przyjęte w krajach rozwiniętych oraz w części III, gdzie pojawiać się będzie sposób refundacji kosztów świadczeniodawcom.

Asymetria informacji jest również bardzo ważnym czynnikiem kształtującym rynek ubezpieczeniowy. W idealnym świecie doskonałej informacji składki ubezpieczeniowe płacone przez pacjentów pokrywałyby dokładnie koszty leczenia ponoszone przez ubezpieczyciela. W realnym świecie pacjent posiada więcej informacji, gdyż to on zna stan swojego zdrowia i wie, które usługi zdrowotne wybierze, co oznacza, że może zapłacić za ubezpieczenie zbyt dużo albo zbyt mało, a to niesie ze sobą straty dla ubezpieczyciela¹¹.

Asymetria informacji prowadzi do pojawienia się procesu selekcji. Każdy świadczeniodawca i ubezpieczyciel ma z nią do czynienia, gdyż po stronie popytu znajdują się ludzie, których charakteryzuje różne prawdopodobieństwo zachorowania.

⁹ W 2001 r. George Akerlof, Michael Spence i Joseph E. Stiglitz otrzymali Nagrodę Nobla za wkład w rozwój analizy funkcjonowania rynków w obliczu asymetrii informacji.

¹⁰ Pionierskie artykuły to: B. Holmstrom, *Moral hazard and observability*, *Bell Journal of Economics*, vol. 10, no. 1, Spring 1979; S.J. Grossman, O. Hart, *An analysis of the Principal-Agent Problem*, *Econometrica*, vol. 51, no. 1, January 1983.

¹¹ To zagadnienie przedstawię przy omawianiu negatywnej selekcji.

1.4. Negatywna selekcja

Ludzie znajdujący się w gorszym stanie zdrowia zgłaszają większe zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i dlatego wyrażają większą gotowość wykupienia ubezpieczenia zdrowotnego nawet po wyższej cenie. Natomiast ludzie zdrowi mogą nie być zainteresowani kupowaniem polis ubezpieczeniowych, a szczególnie po wysokich cenach. Firmy ubezpieczeniowe na skutek asymetrii informacji nie wiedzą, kto jest w jakim stanie zdrowia i ile będzie kosztować leczenie. Ustalają więc składkę dzięki znajomości epidemiologii i statystyki. Jeśli nabywcami polis okażą się ludzie, których leczenie kosztuje więcej, to ubezpieczyciel zmuszony będzie podnieść składkę. Podwyżka ceny zniechęci osoby zdrowsze do kupowania polis, a ubezpieczać się będą tylko ci, którzy są bardziej chorzy, czyli bardziej kosztowni dla firmy ubezpieczeniowej. Kolejne podwyższenie składki pogłębia problem, który określa się mianem „spirali śmierci”¹².

Negatywna selekcja prowadzi więc do sytuacji, w której części osób nie stać na wykupienie ubezpieczenia, a inni muszą płacić bardzo wysokie składki. Jest to przykład wskazujący na konieczność kontroli i nadzoru państwa nad rynkiem ubezpieczeniowym.

1.5. Selekcja ryzyka

Selekcja ryzyka pokazuje sposób radzenia sobie z asymetrią informacji i negatywną selekcją przez firmy ubezpieczeniowe. Bronią się one przed ubezpieczonymi wymagającymi ponoszenia wysokich kosztów, dążąc do ubezpieczania ludzi zdrowych, czyli do „spijania śmietanki”, jak inaczej nazywa się selekcję ryzyka. Ubezpieczyciele mogą dokonywać selekcji ryzyka dzięki różnym postanowieniom zapisanym w polisach, jak np. ograniczanie pokrywania kosztów szczególnie drogich procedur pacjentom wysokiego ryzyka przy chorobach nowotworowych. Takie zachowania nie są obce również świadczeniodawcom, którzy niechętnie przyjmują kosztowne przypadki.

Jest to kolejny przykład wskazujący na konieczność kontroli i nadzoru państwa nad rynkiem ubezpieczeniowym i świadczeniodawcami.

1.6. Pokusa nadużycia

Pokusa nadużycia jest powszechną konsekwencją posiadania ubezpieczenia, a polega ona na tym, że im pełniejsze odszkodowanie wypłaca ubezpieczyciel, na tym większe zaniedbania pozwala sobie ubezpieczony. W ochronie zdrowia cechuje ona nie tylko pacjentów, ale i lekarzy¹³. Pacjenci w obawie o zdrowie i życie chcą być leczeni droższymi procedurami, w większej ilości niezależnie od

¹² Pionierski artykuł to: G.A. Akerlof, *The market for lemons*, Quarterly Journal of Economics 1970, no. 84.

¹³ Pionierski artykuł to: K.J. Arrow, *Uncertainty...*, a także M.S. Feldstein, *The welfare loss of excess health insurance*, Journal of Political Economy 1973, no. 81; M.V. Pauly, *Taxation, health insurance and market failure in medical economy*, Journal of Economic Literature 1986, no. 25.

zasadności klinicznej. Lekarze są sojusznikami pacjentów, chcąc leczyć najszybciej i najskuteczniej, tym bardziej, że to nie oni płacą za zrealizowane świadczenia. Pacjenci nadużywają leczenia, gdyż postrzegają je jako darmowe. Nie płacą za usługi zdrowotne w chwili ich otrzymywania i co ważniejsze – nie znają ich ceny. Wydatki na ochronę zdrowia rosną, a więc i składki ubezpieczeniowe muszą zostać podniesione. Pacjenci nie widzą związku między własnym leczeniem, a właściwie jego kosztem, a wzrostem składek, szczególnie w odniesieniu do obowiązkowej składki płaconej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Z pokusą nadużycia wiąże się potrzeba ograniczania nadmiernego popytu na świadczenia zdrowotne, czyli popytu nieuzasadnionego z medycznego punktu widzenia. Przerzucenie pewnej części kosztów leczenia zarówno na lekarza, jak i na pacjenta jest skutecznym narzędziem osiągania tego celu. Współpłacenie przyjmuje różne postaci, ale tą kwestią zajmę się w rozdziale 3, omawiając popytową stronę ochrony zdrowia, a także w rozdziale 7, w którym przedstawię współudział pacjentów w ponoszeniu kosztów świadczeń medycznych z perspektywy międzynarodowej oraz w rozdziałach 10 i 12 poruszając tę kwestię w polskiej ochronie zdrowia.

Wszystkie wymienione cechy występują również na rynku ubezpieczeń zdrowotnych i to z jeszcze większą siłą. Prywatne ubezpieczeniach zdrowotnych będę omawiać w rozdziale 3.

2. niesprawności mechanizmu rynkowego w ochronie zdrowia

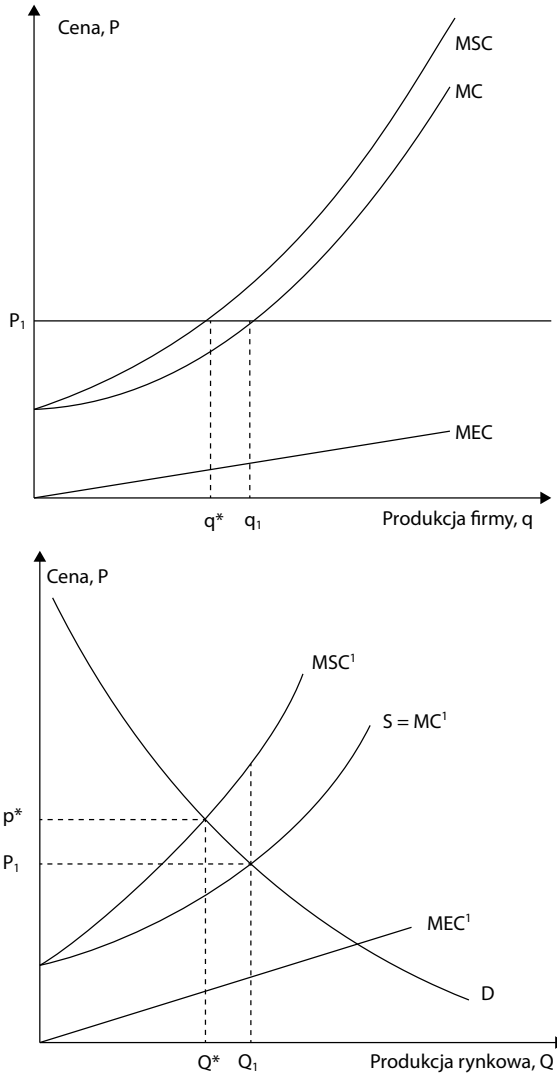
W rzeczywistym świecie mechanizm rynkowy bardzo rzadko pozwala osiągnąć efektywność, którą ekonomiści nazywają efektywnością Pareta¹⁴. Istnieją niesprawności rynku, zwane też zawodnością rynku, uniemożliwiające osiągnięcie efektywności, które postrzegane są jako powód uzasadniający interwencję rządu mającą pomóc rynkowi w dochodzeniu do efektywności. W ochronie zdrowia również mamy do czynienia z sytuacjami, w których rynek (np. farmaceutyczny) nie jest efektywny na skutek istnienia niesprawności, jakimi są: efekty zewnętrzne, dobra publiczne i posiadanie siły rynkowej, a przede wszystkim monopolizacja.

2.1. Efekty zewnętrzne

Istnieją sytuacje, w których działalność osoby lub przedsiębiorstwa wpływa na inne osoby lub przedsiębiorstwa, prowadząc u nich do negatywnych konsekwencji, **zwanych kosztami zewnętrznymi**, przede wszystkim do wydatków. Jeśli firma farmaceutyczna zanieczyszcza rzekę odpadami poprodukcyjnymi, to ludzie żyjący w dole tej rzeki muszą ponosić wydatki na uzdatnianie wody. Często zanieczyszczenia emitowane są do atmosfery, co wywołuje wiele chorób u osób mieszkających także

¹⁴ Mikroekonomiczną definicję efektywności Pareta przedstawię w pkt 4. Więcej na temat efektywności i niesprawności (zawodności) mechanizmu rynkowego można przeczytać w: S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Warszawa 2010; J.E. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, Warszawa 2004.

Ilustracja 2.1. Koszty zewnętrzne: (a) przedsiębiorstwo produkujące lek; (b) rynek tego leku



Źródło: opracowanie własne.

i w dalszej okolicy. Muszą one się leczyć, co pociąga za sobą koszty. Ponadto absencja w pracy powoduje, że część Produktu Krajowego Brutto nie zostaje wytworzona (o konsekwencjach dla przedsiębiorstw i gospodarki będę mówić w rozdziale 8). Okazuje się więc, że koszty zewnętrzne ponoszone są przez pojedynczych ludzi, przedsiębiorstwa i samorządy. Analogicznie można przedstawić korzyści zewnętrzne.

Mechanizm działania kosztów zewnętrznych przedstawia ilustracja 2.1. W części (a) przedstawione jest przedsiębiorstwo farmaceutyczne produkujące dany lek, a w (b) – rynek tego leku. Przedsiębiorstwo napotyka cenę P_1 panującą

na rynku. Maksymalizując swój zysk o wielkości produkcji $q1$, decyduje o wielkości produkcji na podstawie ponoszonych kosztów krańcowych – MC . Pojawiają się koszty zewnętrzne MEC , gdyż rzeka została zanieczyszczona odpadami poprodukcyjnymi, czyli społeczny koszt produkcji tego farmaceutyku MSC , równa się sumie $MC + MEC$. Wynika z tego, że optymalna wielkość produkcji ze społecznego punktu widzenia jest mniejsza niż wielkość maksymalizująca zysk i wynosi q^* . Wielkość rynkowej produkcji leku wynosi $Q1$. Patrząc na zagadnienie z pozycji polityka uwzględniającego wszystkie koszty, a więc i koszty zewnętrzne na tym rynku MSC , można spostrzec, że wielkość produkcji tego leku powinna wynosić Q^* , czyli mniej niż dostarczyłby mechanizm rynkowy, a cena powinna osiągnąć wyższy poziom P^* . Jeśli istnieją koszty zewnętrzne, to należy je uwzględnić.

2.2. Dobra publiczne

Rynek nie może dostarczyć wszystkich dóbr, a przynajmniej nie może ich dostarczyć w odpowiedniej ilości. Przykładem takich dóbr może być obrona narodowa, latarnie oświetlające ulice i latarnie morskie, a także boje nawigacyjne. Dobra te nazywane są dobrami publicznymi. Definiuje się je poprzez takie cechy, jak brak konkurencyjności w konsumpcji i niemożność wyłączenia. Z pierwszej cechy wynika, że konsumpcja tego dobra przez jedną osobę nie zmniejsza wielkości dostępnej do konsumpcji dla wszystkich innych osób, czyli koszt konsumpcji dodatkowej osoby wynosi zero i co więcej, koszt krańcowy produkcji tego dobra również wynosi zero. W konsekwencji braku konkurencyjności dobra te niosą ze sobą ogromne korzyści zewnętrzne, które czynią je społecznie pożądanymi, ale nieopłacalnymi do produkcji przez prywatnego przedsiębiorcę. Natomiast druga cecha oznacza, że nie można zabronić nikomu konsumpcji tego dobra. Każdy może uzyskać korzyści z konsumpcji dobra bez płacenia za nie.

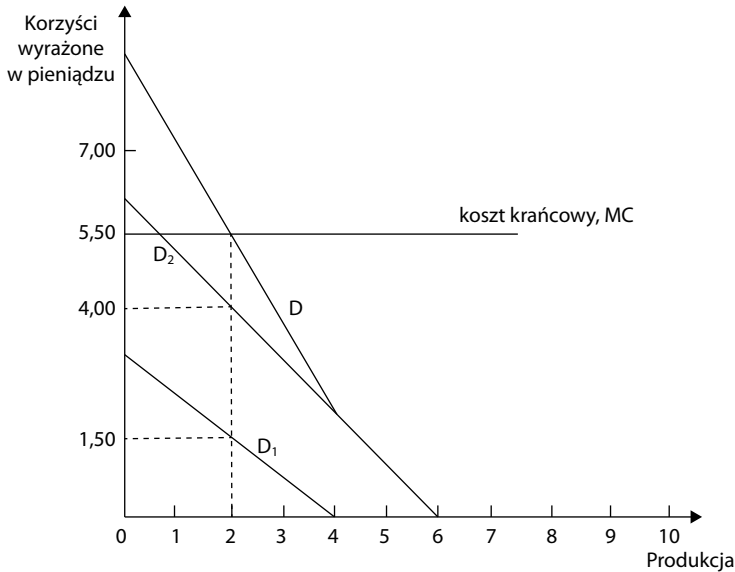
Dóbr publicznych nie dostarczą rynki, gdyż konsumenci nie mają bodźców, aby za nie zapłacić. Są one dostarczane przez rząd, który finansuje ich wytworzenie z dochodów podatkowych. Część ochrony zdrowia wykazuje cechy dóbr publicznych i dlatego za jej dostarczanie odpowiedzialne jest państwo.

Efektywność w odniesieniu do dobra publicznego jest osiągnięta, gdy społeczne koszty krańcowe jego wytworzenia MSC równają się społecznym korzyściom z jego konsumpcji MSB , jak to pokazuje ilustracja 2.2.

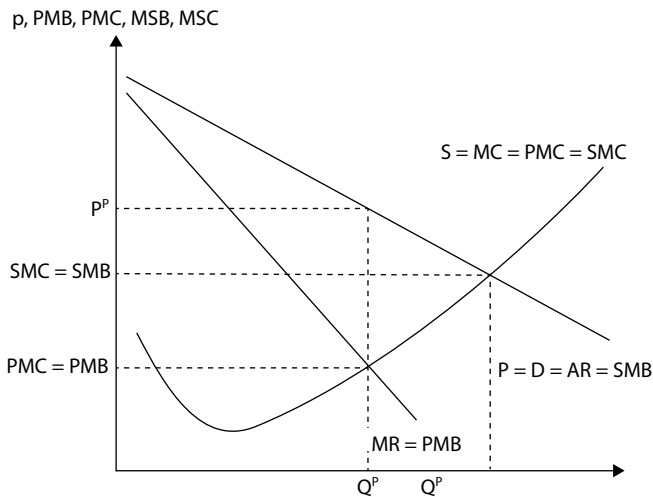
Popyt na dobro publiczne przedstawiający społeczne korzyści krańcowe SMB wyznaczamy, sumując pionowo popyty indywidualne, przedstawiające prywatne korzyści krańcowe: $PMB1 + PMB2$. Efektywną wielkość produkcji wyznacza punkt przecięcia społecznych korzyści krańcowych z kosztem krańcowym wytworzenia tego dobra.

2.3. Siła rynkowa – monopolizacja

Efektywność może być osiągnięta w warunkach doskonałej konkurencji, a to w rzeczywistym świecie bardzo rzadko się zdarza. Jeśli świadczeniodawcy posiadają siłę rynkową, a tak jest w przypadku np. firm-szpitali, to dostarczą zbyt mało świadczeń. Dlatego konieczna jest zarówno konkurencja, jak i publiczna kontrola.

Ilustracja 2.2. Efektywna produkcja dobra publicznego

Źródło: opracowanie własne.

Ilustracja 2.3. Wielkość produkcji przedsiębiorstwa posiadającego siłę rynkową

Źródło: opracowanie własne.

Ilustracja 2.3 przedstawia monopolistę lub firmę z rynku konkurencji monopolistycznej produkującą np. opatentowany lek. Firma jest cenotwórcą, gdyż napotyka opadającą krzywą popytu, która pokazuje również przychody przeciętne i społeczne korzyści krańcowe: $D = AR = SMB$. Krzywa przychodów krańcowych MR jednocześnie przedstawia prywatne korzyści krańcowe MPB . Przedsiębiorstwo maksyma-