

Joanna Leśniowska

Regulatory alokacji środków finansowych na opiekę zdrowotną

Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias 11, 123-138

2017

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Joanna LEŚNIEWSKA

Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie

Regulatory alokacji środków finansowych na opiekę zdrowotną

Synopsis: Celem artykułu jest analiza rozwiązań regulacyjnych w zakresie alokacji środków finansowych w opiece zdrowotnej wprowadzanych przez państwo. W artykule wykazano, że poszczególne rozwiązania regulacyjne powinny być wykorzystywane w zależności od potrzeb i od specyficznych uwarunkowań panujących w danym systemie ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: mechanizmy płatności, formuły alokacyjne, koszty chorób.

Wprowadzenie

Funkcjonowanie opieki zdrowotnej odznacza się swoistą specyfiką wynikającą z wielu cech usług medycznych, które odróżniają je od innych produktów i usług. Podstawowym źródłem specyfiki usług medycznych jest sytuacja ryzyka i niepewności, która towarzyszy pojawianiu się potrzeb zdrowotnych. Ponadto należy zwrócić uwagę na niesprawności mechanizmu rynkowego usług medycznych, jak np. asymetria informacji i efekty zewnętrzne. W większości wypadków konsumenci usług medycznych nie mają wystarczającej wiedzy, żeby ocenić nabywany towar, co więcej – często nie wiedzą, co mieliby nabyć.

Uzasadnia to konieczność wprowadzenia rozwiązań regulacyjnych, za pomocą których można przeciwdziałać zagrożeniom powodowanym przez niesprawności mechanizmu rynkowego. Istotne znaczenie mają rozwiązania regulacyjne wpływające na proces alokacji środków finansowych na opiekę zdrowotną. Celem artykułu jest analiza regulatorów alokacji zasobów finansowych w sferze opieki zdrowotnej wprowadzanych przez państwo i ich potencjalnego wpływu na proces alokacji zasobów finansowych. Do najważniejszych regulatorów należą: regulacje dotyczące źródeł finansowania opieki zdrowotnej, mechanizmów opłacania świadczeniodawców, stosowane formuły alokacyjne oraz oceny programów zdrowotnych.

1. Źródła finansowania opieki zdrowotnej

Źródła finansowania opieki zdrowotnej, podobnie jak mechanizmy opłacania świadczeniodawców i ocena programów zdrowotnych, mają wpływ na efektywność opieki zdrowotnej. Istnieje 5 podstawowych źródeł finansowania ochrony zdrowia. Należą do nich publiczne źródła (podatki i składki społecznego ubezpieczenia zdrowotnego) oraz prywatne źródła (dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne i opłaty).

Podatki

Opieka zdrowotna może być finansowana z podatku ogólnego lub też może istnieć praktyka wyznaczania i zastrzegania określonych podatków na specyficzne cele, jak ochrona zdrowia. W Wielkiej Brytanii podatki, z których finansowana jest ochrona zdrowia, są ogólnymi podatkami dochodowymi. Natomiast w krajach skandynawskich czy też we Włoszech podatki te są w większości lokalnymi podatkami dochodowymi, których celem jest generowanie dochodów prawie w całości dla ochrony zdrowia (por. [31]). Należy zauważyć, że w przypadku finansowania z opodatkowania ogólnego i w sytuacji długotrwałego kryzysu w kraju, zdrowie jako element wydatków z budżetu centralnego może zostać pominięte w podziale środków. Ponadto finansowanie przez podatek ogólny może nie być zawsze oparte o racjonalne kryteria. Deputowani mogą bowiem wykazać brak zrozumienia dla potrzeb ochrony zdrowia i przegłosować bardzo restrykcyjny budżet (por. [16]). W takim przypadku podatki zastrzeżone na cele zdrowotne izolują ochronę zdrowia od konkurencji z innymi dziedzinami finansowanymi ze środków publicznych. Ponadto konsumenci, dla których zdrowie ma dużą wartość, wiedząc, że dochód z określonego podatku jest przeznaczany na cele zdrowotne, nie będą unikać jego płacenia (por. [25]).

Podatki mogą być pobierane przez narodowe, regionalne i lokalne władze. Regionalne i lokalne podatki są dominującym źródłem finansowania ochrony zdrowia m.in. w Bułgarii, Danii i Szwecji. Natomiast podatki narodowe dominują w Wielkiej Brytanii. Podatki lokalne są bardziej widoczne dla konsumenta, a tym samym bardziej odczuwalne. To z kolei umożliwia im pośrednio wycenę wartości zdrowia i podejmowanie bardziej świadomych decyzji o korzystaniu z opieki medycznej (por. [21]).

Tak więc podatek jest – z jednej strony – metodą redystrybucyjną finansowania. Z drugiej strony – środki finansowe pobierane są od dochodów w sposób progresywny. Jeżeli potrzeby zdrowotne wzrastają ze wzrostem indywidualnych dochodów, bogatsi finansują w ten sposób potrzeby mniej zamożnych. Główne cechy systemu opieki zdrowotnej finansowanego z podatków to zerowa cena dla pacjenta w momencie nabywania usługi i brak bezpośredniej współzależności między rozmiarem płaconych przez pacjen-

ta podatków a ilością nabywanych przez niego usług medycznych (por. [3]). Może to wywołać problemy z praktycznym dostępem do świadczeń. Stwarza to z kolei konieczność ustalania priorytetów, co uwidacznia się np. w postaci tworzenia kolejek, czy też całkowitego wyłączenia niektórych grup z określonego typu leczenia (por. [19]).

Składki społecznego ubezpieczenia zdrowotnego

Składki społecznego ubezpieczenia zdrowotnego przekazywane przez pracowników i pracodawców są zasadniczym źródłem finansowania w „bismarkowskim” systemie ochrony zdrowia. Wysokość składki może być ujednoczona (np. w Holandii) lub, tak jak w Austrii, może być różna w zależności od formy zatrudnienia. Różnice w wysokości składek mogą również występować pomiędzy poszczególnymi funduszami (kasami chorych). Sytuacja taka występuje w Niemczech. O wysokości składki dla pracujących ubezpieczonych w tym kraju decydują poszczególne kasy chorych. Szczególnie wysokie składki pobierają kasy lokalne (przeciętnie wynoszą one 13,7% w landach zachodnich i 14,3% we wschodnich). Najniższy poziom składek występuje natomiast w kasach zakładowych (por. [5]).

Przynależność do funduszu (kasy chorych) może być związana z wykonywanym zawodem lub też wynikać z zamieszkania w danym regionie (np. Austria, Polska). Może też istnieć wolność wyboru funduszu (np. w Czechach, Belgii i Niemczech), co wprowadza element konkurencji między kasami. W Niemczech świadczeniobiorcy mieli początkowo możliwość zmiany kasy po upływie 3 miesięcy od powiadomienia danej kasy o planowanej rezygnacji z członkostwa w niej. Od 2000 r. mają oni prawo zrezygnować z uczestnictwa w danej kasie w każdej chwili, ale jest jeden warunek: muszą po dokonanej zmianie pozostać w danym funduszu minimum 18 miesięcy (por. [4]).

Główną zaletą tego źródła finansowania jest jawność dochodów oraz wyłączność celu (tylko na cele zdrowotne), co zapewnia mechanizm obiektywnej alokacji zasobów. Do najważniejszych wad należy zaliczyć trudności w wyegzekwowaniu środków, m.in. w przypadku osób samozatrudniających się, oraz zwiększenie kosztów pracy, gdyż składki stanowią dodatkowe obciążenie dla przedsiębiorstw (por. [9]).

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne

W państwach UE dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne (VHI – Voluntary Health Insurance) nie odgrywają tak ważnej roli, jak np. w Stanach Zjednoczonych, Szwajcarii czy też Australii, i pełnią funkcje uzupełniające. Mogą być one oferowane przez firmy komercyjne nastawione na generowanie zysków oraz przez instytucje non-profit, zarówno te prywatne, jak i publiczne.

Interesującym przykładem może być tutaj funkcjonowanie tych ubezpieczeń w Irlandii. Są one administrowane i dostarczane przez państwową organizację, która od 1990 r. działa jak monopolista na rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (por. [23]).

Ze względu na przedmiotowy i podmiotowy zakres VHI można podzielić na ubezpieczenia substytucyjne, komplementarne i substytucyjne (por. [29]). Ubezpieczenia substytucyjne zabezpieczają przed ryzykiem pojawienia się różnych potrzeb zdrowotnych w związku z pozostawaniem poza systemem publicznej opieki zdrowotnej. Ponadto w niektórych krajach istnieje dla określonych pracowników możliwość wyboru pomiędzy ubezpieczeniem w systemie publicznym a ubezpieczeniem prywatnym. W Niemczech, na przykład, pracownicy zarabiający powyżej 40 000 euro rocznie mogą zrezygnować z ubezpieczenia obowiązkowego i wykupić prywatne polisy. W celu ochrony systemu publicznego wprowadzono jednak regulacje utrudniające powrót do systemu publicznego. Ubezpieczeni w wieku powyżej 54 lat nie mają prawa do powrotu do systemu. W rezultacie tylko 8% pracowników mających prawo do wyboru formy ubezpieczenia zdecydowało się na wykupienie prywatnego ubezpieczenia (por. [27]).

Ubezpieczenie komplementarne jest ubezpieczeniem od ponoszenia pełnych kosztów świadczeń nieobjętych systemem publicznym lub ponoszeniem rozmaitych opłat i dopłat w związku z korzystaniem ze świadczeń w systemie publicznym. Natomiast ubezpieczenie suplementarne zabezpiecza przed ponoszeniem ryzyka utrudnionego dostępu do bezpłatnych świadczeń medycznych w systemie publicznym przez przeniesienie realizacji koniecznych usług do systemu prywatnych usługodawców (por. [28]).

Główną zaletą dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jako formy finansowania ochrony zdrowia jest możliwość wyboru ubezpieczyciela oraz możliwość ubezpieczenia się od konieczności pokrywania kosztów nieobjętych ubezpieczeniem obowiązkowym. Do najważniejszych wad należy ich regresywny charakter oraz zjawisko negatywnej selekcji i selekcji ryzyka.

Opłaty

Wśród stosowanych w ochronie zdrowia form opłat należy wymienić gotówkowe opłaty wnoszone przez pacjentów za nabycie usług medycznych w przypadku, gdy nie ma systemu ubezpieczeń zdrowotnych, oraz różne formy współuczestniczenia pacjentów w ponoszeniu kosztów w przypadku, gdy taki system istnieje. Do najczęściej wykorzystywanych form współpłacenia należą: selektywne wykluczanie świadczeń z finansowania przez ubezpieczenie (pełne obciążenie pacjenta kosztami), procentowy udział pacjenta w kosztach świadczeń, stałe opłaty kwotowe za każdą jednostkę świadczenia oraz indemnizacja (por. [30]).

Jedną z najprostszych form współpłacenia jest selektywne wykluczenie określonych świadczeń medycznych z zakresu ubezpieczenia. Za świadczenia te pacjent płaci pełną cenę. Przykładem mogą być tu usługi protetyczne w Danii, które nie są włączone do katalogu przysługujących ubezpieczonym świadczeń (por. [26]). W rezultacie zastosowania selektywnego wykluczenia świadczeń możliwe jest pozyskanie dodatkowych środków i odciążenie budżetu systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Im niższa jest elastyczność cenowa popytu na usługi medyczne wykluczone z koszyka świadczeń gwarantowanych, im większy jest popyt na te usługi oraz im mniej mają one substytutów, tym większy jest efekt fiskalny. Główną wadą tej formy współpłacenia jest ryzyko wystąpienia efektów substytucyjnych. Wykluczenie pewnych świadczeń zwiększa bowiem popyt na inne niewykluczone usługi. Jeśli z koszyka świadczeń gwarantowanych wykluczone zostaną usługi charakteryzujące się relatywnie niską ceną, może wzrosnąć zapotrzebowanie na drogie substytuty. W efekcie wykluczenie świadczenia nie spowoduje ograniczenia wydatków.

Jedną z najczęściej spotykanych w praktyce ubezpieczeń zdrowotnych form współpłacenia jest stały procentowy udział ubezpieczenia pacjenta w kosztach otrzymanych świadczeń, tzw. współubezpieczenie. Udział ten może odnosić się do wybranych rodzajów świadczeń, np. 15-procentowy udział w kosztach hospitalizacji na oddziale okulistycznym w Słowenii (por. [11]). Może też dotyczyć wszystkich świadczeń medycznych uzyskanych w określonym przedziale czasu (np. 5% kosztów wszystkich świadczeń uzyskanych w ciągu roku). Należy podkreślić, iż aby współubezpieczenie stanowiło efektywne narzędzie ograniczające moralny hazard, udział pacjenta w kosztach leczenia nie może być symboliczny. Natomiast dla osiągnięcia celu fiskalnego wystarczy niska stopa współubezpieczenia, pod warunkiem, że odnosi się ona do całości świadczeń lub świadczeń, których koszty stanowią znaczącą część ubezpieczenia.

Kolejną formą współpłacenia jest kwotowy udział pacjenta w kosztach usług medycznych. Polega on na stałych opłatach wnoszonych przez pacjenta za każdą uzyskaną jednostkę świadczenia. Takie opłaty mogą np. obciążać każdą wizytę u lekarza lub też każdą wypisaną receptę. Przykładem może być tu wprowadzona w 2004 r. w Niemczech opłata za każdą wizytę u stomatologa, w wysokości 10 euro. Za dwa badania kontrolne w roku pacjenci nie płacą. Podobnie jak w przypadku procentowego udziału w kosztach, ta forma opłaty jest efektywnym instrumentem ograniczającym moralny hazard, jeśli opłaty za świadczenia są przez pacjentów „odczuwalne”, a nie tylko symboliczne. Współpłacenie to może również stanowić efektywny instrument fiskalny, jeśli obciążenia dotyczą świadczeń masowo wykorzystywanych i nieposiadających bliskich substytutów.

2. Mechanizmy opłacania świadczeniodawców

Jednym z najważniejszych elementów determinujących efektywność systemu organizacji i finansowania usług medycznych w skali mikro jest wybór określonych mechanizmów finansowania świadczeniodawców. Można wyróżnić następujące główne mechanizmy płatności: budżet globalny, kapitację, prospektywną opłatę za przypadek chorobowy, płatności za wykonaną usługę oraz pensję.

W przypadku budżetu globalnego jednostki medyczne najpierw dostają pieniądze, potem świadczą usługi. Otrzymują one ustalone płatności za opiekę nad grupą pacjentów w określonych czasie. Kwota przekazywana jest przez płatnika z góry w oparciu o rachunek kosztów poniesionych przez świadczeniodawcę najczęściej w okresie poprzednim, skorygowany o inflację. Do zalet tej metody płatności należy m. in. łatwość administrowania systemem dla płatnika oraz stabilny dochód dla usługodawcy i brak bodźców do świadczenia dodatkowych, nieuzasadnionych usług. Wadą jest natomiast brak zainteresowania ze strony świadczeniodawców podnoszeniem jakości usług i związana z tym niska satysfakcja pacjentów (por. [14]).

Kapitacja jest to finansowanie od osoby w postaci z góry ustalonej sumy, wnoszone za każdego faktycznego lub potencjalnego pacjenta umieszczonego na liście danego usługodawcy. Wysokość opłaty może być ustalona w przetargu lub statystycznie, gdy jest określana na podstawie sumy globalnych wydatków (por. [8]). Metoda kapitacyjna sprzyja minimalizowaniu kosztów, co z jednej strony jest jej zaletą. Jednak z drugiej strony – silna motywacja do utrzymywania kosztów na niskim poziomie może skutkować tendencją do obniżania kosztów za wszelką cenę. W rezultacie tego może być stosowana przez świadczeniodawców selekcja ryzyka oraz zaniżanie ilości wizyt i badań, a co jest z tym związane – obniżenie jakości usług. Metoda ta wymaga więc racjonalnego administrowania środkami finansowymi tak, aby pogodzić niskie koszty z dobrą jakością (por. [34]).

Prospektywna opłata za przypadek chorobowy polega na tym, iż świadczeniodawca rozliczany jest za wykonanie pewnej grupy lub pakietu usług, związanych z określoną potrzebą zdrowotną, wg wcześniej ustalonej kwoty. Otrzymuje więc on stałe, z góry ustalone płatności za wyleczenie pacjenta z daną jednostką chorobową. Nie uwzględnia się tu kosztów rzeczywiście poniesionych przez usługodawcę. Przykładem może być płacenie za hospitalizację, które polega na określeniu ceny każdego zarejestrowanego przypadku przyjęcia do szpitala, zwykle na podstawie uśrednionego historycznego kosztu. Jest to sposób mało precyzyjny i sprzyja zjawisku powtórnym przyjęć oraz przyjmowaniu pacjentów w lżejszym stanie, a ponadto stanowi bodziec do oszczędzania na kosztach leczenia. Z tego względu w kontraktach zawieranych wg tego mechanizmu płatności dużą uwagę poświęca się

klauzulom zapewnienia jakości, takim jak np. zapisy penalizujące powtórne hospitalizacje. Bardziej precyzyjnym mechanizmem finansowania opieki szpitalnej jest system opłat oparty na grupach zróżnicowanych diagnostycznie (DRG – Diagnostic Related Groups). Kombinacja kryteriów społeczno-demograficznych (wiek, płeć), medycznych (rodzaj choroby) i kosztowych łączy w tym systemie pacjentów w grupy kosztowe i medycznie zbliżone (por. [15]). W Stanach Zjednoczonych wszyscy pacjenci przyjmowani do szpitala klasyfikowani są do jednej z 475 grup DRG. Dla każdej z tych grup opracowana jest jednolita procedura postępowania, jak i przeciętne koszty z nią związane. Metoda ta uwzględnia więc dążenie do ograniczenia kosztów leczenia i zapewnienia właściwego (zestandardyzowanego) przebiegu leczenia (por. [37]).

Płatność za wykonaną usługę jest retrospektywną formą płatności. Płatność jest dokonywana po wykonaniu usługi, a całkowita wartość uzyskanych dochodów zależy bezpośrednio od liczby wyświadczonych usług. Sprzyja to nadmiernemu świadczeniu usług i w związku z tym eskalacji kosztów. Negatywnym skutkiem tej metody można przeciwdziałać, m.in. wprowadzając obowiązek współpłacenia dla pacjentów za konkretne usługi (por. [2]).

W przypadku pensji świadczeniodawcy otrzymują z góry ustalone wynagrodzenie za świadczenie usług w określonym czasie i miejscu. Nie sprzyja to nadmiernemu świadczeniu usług, ale zachęca do pracy mniej produktywniej i może powodować niskie morale u tych świadczeniodawców, którzy uważają, że nie otrzymują godziwego wynagrodzenia (por. [1]).

Należy podkreślić, iż nie ma jednej, idealnej metody opłacania świadczeniodawców. Każda z nich ma swoje wady i zalety (patrz tab. 1).

Tabela 1. Zalety i wady mechanizmów płatności

Mechanizm płatności	Zastosowanie do alokacji zasobów, wypłacania wynagrodzeń	Najważniejsze skutki	
		Zalety	Wady
Budżet globalny	Wypłacanie wynagrodzeń	Łatwość administrowania systemem; stabilny dochód usługodawcy	Brak motywacji do świadczenia usług wysokiej jakości; tendencja do oszukiwania na wszystkim, co nie jest uwzględnione w budżecie
Kapitacja	Oba zastosowania	Silna motywacja do utrzymywania kosztów na niskim poziomie i do podnoszenia efektywności świadczonych usług; zwiększanie liczby świadczeń profilaktycznych	Nadmierne ograniczenie liczby świadczonych usług; selekcja ryzyka

Tabela 1. Zalety i wady mechanizmów płatności (cd.)

Mechanizm płatności	Zastosowanie do alokacji zasobów, wypłacania wynagrodzeń	Najważniejsze skutki	
		Zalety	Wady
Opłata za przypadek chorobowy	Oba zastosowania	Silna motywacja do racjonalizacji kosztów leczenia; ustalając sztywną kwotę za przypadek, płatnik kontroluje poziom kosztów jednostkowych; otrzymywane są tylko te świadczenia, które są potrzebne	Wysokie koszty wprowadzenia systemu; selekcja ryzyka; nadmierne ograniczenie liczby świadczeń; pułapka diagnozowania (rozdrabnianie przypadków w celu maksymalizacji wynagrodzeń); klasyfikowanie pacjentów do wyższej grupy niż wymaga stan pacjenta i jego leczenie – w celu uzyskania wyższej opłaty
Płatność za usługę	Oba zastosowania	Silna motywacja do zwiększenia liczby oraz podnoszenia jakości usług; łatwy dostęp do większości usług	Nadprodukcja świadczeń, związana z tym możliwość wzrostu kosztów opieki
Pensja	Wypłacanie wynagrodzeń	Brak bodźców do nadmiernego świadczenia usług	Brak motywacji do produktywności pracy (oszukiwanie na wysiłku w pracy)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [32] oraz [12].

Kończąc rozważania dotyczące rozwiązań regulacyjnych w zakresie mechanizmów płatności, należy zauważyć, że ich wybór jest kluczowy dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Determinuje bowiem poziom kosztów – z jednej strony, a z drugiej – dostępność świadczeń medycznych. Należy podkreślić, że dla poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia kluczowe znaczenie ma strategiczne nabywanie świadczeń medycznych. Dlatego też należy ograniczać bierny zakup usług medycznych, przy którym opłacane są one w sposób *ex post*, i w szerszym zakresie stosować strategiczne metody nabywania świadczeń, przy których określa się, jakie usługi powinny być zakupione i od kogo.

3. Formuły alokacyjne

Źródła finansowania opieki zdrowotnej oraz mechanizmy opłacania świadczeniodawców mają kluczowe znaczenie dla procesu alokacji zasobów finansowych i efektywności systemu opieki zdrowotnej. Należy jednak zauważyć, że bardzo ważne są również stosowane formuły alokacyjne.

We wszystkich krajach w oparciu o zdefiniowane czynniki ryzyka wprowadzane są różnego rodzaju formuły alokacyjne. Za czynniki te najczęściej przyjmuje się wiek, płeć, różnice w kosztach wytwarzania usług, miejsce zamieszkania (np. gdy w poszczególnych regionach występują znaczne różnice we współczynnikach śmiertelności), a także zróżnicowanie poziomu dochodów populacji objętej ubezpieczeniem przez poszczególne fundusze.

Na pierwszym poziomie alokacji formuły alokacyjne dotyczą redystrybucji dostępnych środków finansowych dla różnego rodzaju ubezpieczycieli, w zależności od przyjętych rozwiązań w systemach ubezpieczeniowych lub nabywców świadczeń medycznych w systemach zaopatrzeniowych finansowych z podatków.

W Wielkiej Brytanii alokacja jest oparta na wielkości populacji (skorygowanej strukturą wiekową), istniejących potrzebach zdrowotnych i lokalnych kosztach świadczonych usług. Korekta strukturą wieku polega na wydzieleniu ośmiu grup wiekowych i przypisaniu im wartości punktowych. Wielkość potrzeb zdrowotnych określana jest na podstawie statystycznych wskaźników korzystania z określonego rodzaju usług, a wielkość kosztów – na podstawie relatywnych kosztów osobowych personelu, ziemi i budynków w poszczególnych regionach. W Holandii alokacja środków na poszczególne kasy chorych zależna jest od populacji skorygowanej według wieku, płci i kosztów. Populacja jest podzielona na 38 grup, a średni koszt pakietu usług na jedną osobę obliczany jest dla każdej grupy i każdej kasy chorych. Przedmiotem wyrównania jest tu różnica między spodziewanymi ogólnymi wydatkami na opiekę a ogólnymi przychodami uzyskanymi ze składek ubezpieczeniowych.

Interesujący jest przykład alokacji dokonywanej w Niemczech, gdzie w 1994 r. wprowadzono metodę rekompensowania opartą na analizie struktury ryzyka. Populację w tym systemie dzieli się na 60 grup, wyróżnionych pod względem wieku i płci, oraz na grupy inwalidzkie. Następnie dokonuje się porównania standardowych wydatków obliczonych dla tych grup z zasobami finansowymi każdego w oparciu o wielkość populacji uzyskującej dochody. Różnica między przewidywanymi wydatkami a wpływami jest wówczas rekompensowana przez dokonywanie wyrównania między funduszami. Realokacja środków sprzyja realizacji zasady solidaryzmu społecznego i służy lepszemu zaspokajaniu potrzeb pacjentów.

Należy zauważyć, że jednym z najbardziej zaawansowanych krajów w zakresie ustalania priorytetów na rynku opieki zdrowotnej jest Szwecja. W proces ustalania priorytetów włączono w tym kraju lokalne komitety samorządowe, co pozwoliło na zaangażowanie personelu medycznego oraz stowarzyszeń grup chorych i ich opiekunów. W 2006 r. powołano tam grupę roboczą, której celem było wypracowanie modelu transparentnej priory-

tetyzacji w opiece zdrowotnej. W skład grupy weszli eksperci z Krajowego Urzędu ds. Zdrowia i Opieki Społecznej, Centrum Priorytetyzacji oraz władz lokalnych. W pracach grupy uczestniczyli również przedstawiciele profesji medycznych (lekarzy, pielęgniarek). Eksperti, odwołując się do trzech nadrzędnych zasad alokacji, wyróżnili cztery domeny: stopień zaawansowania choroby, zdolność do poprawy zdrowia, efektywność kosztową oraz jakość dostępnych danych (por. [13]).

Drugi poziom alokacji dotyczy mechanizmów rozdzielania środków między różne obszary opieki zdrowotnej i różnych świadczeniodawców. Obejmuje również mechanizmy płatności na rzecz świadczeniodawców. Na ten poziom alokacji wpływa w wielu krajach mechanizm konkurencji wprowadzany w systemach opieki zdrowotnej, który przybiera różne formy. Jedną z cech różnicujących podejście do konkurencji jest określenie, czyje decyzje będą przesądzać o wielkości środków finansowych przekazywanych usługodawcom. Można wykorzystywać decyzje pacjentów, którzy wybierając określonych świadczeniodawców, przy istnieniu określonych mechanizmów ich opłacania, zwiększają przekazywane im środki finansowe. Zakres podejmowanych przez pacjentów decyzji może być różny – np. możliwość wyboru lekarza pierwszego kontaktu czy też szpitala specjalistycznego. Należy podkreślić, iż zakres suwerennych decyzji pacjenta powinien dotyczyć tych usług, których jakość jest on w stanie bez przeszkód ocenić, jak np. usługi stomatologiczne czy też usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Wykorzystując decyzje pacjentów, stosuje się mechanizm przekazywania środków oparty na zasadzie pieniędzy płynących za pacjentem. Pozwala on na opłacanie usługodawców proporcjonalnie do liczby i rodzaju faktycznie świadczonych usług. Może jednak prowadzić do eskalacji kosztów. Dlatego też należy go stosować w powiązaniu z innymi mechanizmami chroniącymi przed negatywnymi skutkami w płaszczyźnie makroekonomicznej. Mechanizmem tym może być np. precyzyjne określenie usług, których pacjent ma prawo wyboru (por. [24]).

Mechanizm przekazywania środków finansowych może być również zgodny z zasadą pieniędzy płynących przed pacjentem. Sytuacja taka ma miejsce w przypadku, gdy decyzje podejmuje administracyjnie ustalony nabywca, negocjując umowy o udzielanie świadczeń (kontrakty). Narzędziem konkurencji jest kontraktowanie z wybranymi świadczeniodawcami. W kontraktach określany jest m.in. wolumen i zakres świadczeń, jakie usługodawcy powinni wykonać w określonym czasie, oraz metody ich opłacania (por. [33]).

Należy podkreślić, iż deficyt środków na przygotowanie procedur kontraktowania oraz brak nadzoru nad realizacją kontraktów stwarza ryzyko niepowodzenia przyjętych mechanizmów konkurencji. Kontraktowanie jest bowiem narzędziem konkurencji, które musi być nadzorowane przez pań-

stwo (por. [22]). Trzeba zauważyć, że kontraktowanie świadczeń medycznych jest szczególnym wyzwaniem dla postsocjalistycznych krajów UE. Jest to spowodowane m.in. tym, iż władze administracyjne tych krajów nie dysponują dostatecznie kompetentnym aparatem zarządzającym, niezbędnym nie tylko do prawidłowego formułowania, ale i nadzorowania realizacji kontraktów. Ponadto wielu świadczeniodawców w tych krajach ze względu na ich trudną sytuację finansową (zadłużenie) lub też niewielką autonomię nie jest w stanie elastycznie dostosowywać się do warunków kontraktów i popytu na świadczenia.

4. Mechanizmy oceny programów zdrowotnych

W procesie alokacji zasobów w opiece zdrowotnej istotne znaczenie ma stosowany mechanizm oceny programów zdrowotnych, w tym zasady przeprowadzania analizy farmakoekonomicznej. Ważnym elementem analizy farmakoekonomicznej jest ocena kosztów chorób. Ocena ta obejmuje analizę kosztów bezpośrednich (leczenia) oraz kosztów pośrednich (np. utraconej produktywności).

Trzeba podkreślić, że koszty pośrednie to kategoria kosztów, która jest sporadycznie włączana do analiz ekonomicznych. Jest to głównie spowodowane brakiem formalnych wymogów włączania tej kategorii kosztów do rachunku kosztów, a także wytycznych umożliwiających wiarygodną ocenę obciążeń społecznych z nimi związanych. W Polsce, zgodnie z wytycznymi przeprowadzania oceny technologii medycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM), podstawową i najważniejszą jest perspektywa płatnika za świadczenia zdrowotne. Dodatkowo, jeżeli jest to uzasadnione, można przeprowadzić analizę z perspektywy społecznej (por. [36]). Rozwiązania podobne do polskich występują w wytycznych na Słowacji i w krajach nadbałtyckich. Na Węgrzech i w Czechach uzależniono perspektywę od analizowanego problemu decyzyjnego, a w Wielkiej Brytanii, zgodnie z wytycznymi National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), rola perspektywy społecznej została znacznie ograniczona. Natomiast w Szwecji, Francji i Holandii to właśnie szeroka perspektywa jest rekomendowana w wytycznych farmakoekonomicznych jako podstawowa (por. [35]).

Należy zauważyć, że koszty utraconej produktywności, będące kategorią kosztów pośrednich, stanowią istotny odsetek kosztów całkowitych związanych z chorobami oraz istotne obciążenie dla gospodarki. Wyniki badania przeprowadzonego przez Autorkę dowodzą, jak bardzo problemy zdrowotne przyczyniają się do dezaktywacji zawodowej, a w konsekwencji powodują poważne obciążenie ekonomiczne społeczeństwa polskiego poprzez obniżenie produktywności populacji. Łączne koszty schorzeń w Polsce w 2010 r.

(z uwzględnieniem utraconej produktywności osób ubezpieczonych w KRUS) wyniosły 149,54 mld PLN, z czego 62% (92,89 mld PLN) stanowiły koszty utraconej produktywności (pośrednie), a 38% (56,64 mld PLN) – koszty świadczeń zdrowotnych (bezpośrednie) (por. [18]). Największe koszty utraconej produktywności generują następujące grupy chorobowe: choroby układu krążenia (17,5% ogółu kosztów), choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (9,6%), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (9,5%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (9,4%), nowotwory (8,8%) oraz choroby układu oddechowego (7,4%). Łączny koszt utraconej produktywności z powodu wymienionych grup chorobowych wynosił w 2010 r. prawie 50 mld PLN.

Przeprowadzona analiza wskazuje, że choroby stanowią istotne obciążenie dla polskiej gospodarki. Potwierdzeniem tego są m.in. następujące fakty. Po pierwsze, kwota 149,54 mld PLN to 10,5% wartości PKB wytworzonego w 2010 r. (koszty utraconej produktywności to 6,5% wartości PKB, a koszty bezpośrednie – 4,0% wartości PKB). Po drugie, kwota 149,54 mld PLN to 51% całkowitej wartości dodanej wygenerowanej w 2010 r. w polskim przemyśle (koszty utraconej produktywności to 31,6% wartości dodanej, a koszty bezpośrednie – 19,28 %). Po trzecie, kwota 149,54 mld PLN to o ponad 61% więcej niż wartość wytworzona przez cały sektor budowlany.

Trzeba podkreślić, że analiza łącznych kosztów schorzeń powinna również obejmować koszty powikłań, ponieważ są one znacznie wyższe od kosztów samej jednostki chorobowej. Przykładem mogą być koszty chorób psychicznych (epizodu depresyjnego i zaburzeń depresyjnych nawracających) (por. [17]).

Należy zauważyć, że w literaturze przedmiotu trudno znaleźć liczne przykłady kompleksowych badań kosztów schorzeń (pośrednich i bezpośrednich). Podobne do niniejszego badania zostały przeprowadzone m.in. w Hiszpanii, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. W Hiszpanii łączne koszty pośrednie związane ze schorzeniami i wypadkami oszacowano w 2005 r. na poziomie 37,9 mld euro, tj. 4,18% PKB (por. [20]). Z kolei w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie łączne koszty pośrednie schorzeń i wypadków stanowiły odpowiednio 4,8% PKB w 2006 r. i 4,3% PKB w 1998 roku (por. [6] i [7]).

Rezultaty przeprowadzonego badania wskazują, że rzeczywiste obciążenie społeczeństwa i gospodarki kosztami chorób jest bardzo wysokie. Podkreślają również wagę problemu kosztów utraconej produktywności w kategoriach społecznego obciążenia chorobą oraz pokazują możliwość istotnego wpływu tej kategorii kosztów na wyniki analiz ekonomicznych, a przez to na wnioskowanie i podejmowanie optymalnych decyzji w ochronie zdrowia (por. [10]).

Niewiele osób zdaje sobie sprawę z tego, że koszty pośrednie chorób, wynikające z utraconej produktywności, mogą być porównywalne lub zna-

cząco wyższe od kosztów rozpoznania i leczenia choroby. Należy podkreślić, że procedury medyczne mogą istotnie modyfikować te koszty poprzez np. zmniejszenie liczby dni zwolnienia chorobowego (szybszy powrót do zdrowia) i zmniejszenie strat społecznych wynikających z braku wykonanej pracy. Racjonalnie prowadzona polityka alokacji zasobów mogłaby zatem prowadzić do ograniczenia kosztów ekonomicznych chorób, przynosząc znaczącą poprawę efektywności finansowania następstw chorób i niesprawności, a w efekcie poprawić dostępność świadczeń zdrowotnych w Polsce.

Podsumowanie

Państwo wywiera wpływ na alokację zasobów w obszarze opieki zdrowotnej w drodze ustalania regulacji oraz zasad. Regulatory alokacji środków na opiekę zdrowotną mają istotny wpływ na efektywność funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że nie ma uniwersalnej we wszystkich przypadkach metody wprowadzania przez państwo regulacji i jego interwencji. Dlatego też poszczególne rozwiązania regulacyjne powinny być wykorzystywane w zależności od potrzeb i od specyficznych uwarunkowań panujących w danym systemie ochrony zdrowia.

Trzeba jednak zaznaczyć, że powinien być wprowadzony system monitorowania kosztów ekonomicznych schorzeń o najwyższym obciążeniu dla gospodarki. Niezbędnym elementem analizy farmakoeconomicznej w ramach oceny programów zdrowotnych powinna być więc ocena łącznych kosztów chorób. Rzetelna analiza obciążenia gospodarki przez konkretne choroby i niesprawności oraz ich wzajemnych zależności może istotnie wspierać poprawę efektywności alokacyjnej zasobów na zdrowie, a w konsekwencji wzrost jakości i dostępności opieki zdrowotnej w Polsce.

Bibliografia

- [1] Carrin G., Hanvoravongchai P., *Health care cost-containment policies in high-income countries: how successful are monetary incentives?*, „Discussion Paper” 2002, no 2, s. 9.
- [2] Carrin G., James Ch., *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period*, „Discussion Paper” 2004, no 2, s. 37.
- [3] Cichon M., *Modelling in health care finance, A compendium of quantitative techniques for health care financing*, International Labour Office, Geneva 1999, s. 42.

- [4] Dixon A., Pfaff M., Hermesse J., *Solidarity and competition in social health insurance countries*, [w:] *Social health insurance systems in Western Europe*, ed. R. Saltman, R. Busse, J. Figueras, Open University Press, McGraw-Hill Education Maidenhead, Berkshire England and Two Penn Plaza, New York 2004, s. 173.
- [5] Dziubińska-Michalewicz M., *Systemy ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach Unii Europejskiej (Francji, RFN, Szwecji, Wielkiej Brytanii)*, Raport nr 168, Biuro Studiów i Ekspertyz 2000, s. 7.
- [6] *Economic Burden of Illness in Canada, 1998*, Minister of Public Works and Government Services Canada, Ottawa, Ontario 2002, s. 4.
- [7] *Fact Book. Fiscal Year 2005*, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, 2006, s. 51.
- [8] Frąckiewicz-Wronka A., *Polityka ochrony zdrowia w gospodarce rynkowej*, [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Frąckiewicz-Wronka, M., Znałek, Akademia Ekonomiczna im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 1998, s. 126.
- [9] *Health systems in transition: learning from experience*, ed. J. Figueras, M. McKee, J. Cain, S. Lessof, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, McGraw-Hill Education, Buckingham-Philadelphia 2004, s. 55.
- [10] Jönsson B., *Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations*, „European Journal of Health Economics” 2009, vol. 10, no 4, s. 357–359.
- [11] Juszczak G., *Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Słowenii*, „Służba Zdrowia” 2003, nr 77–80, s. 25.
- [12] Kissimova-Skarbek K., *Finansowanie opieki zdrowotnej*, [w:] *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, S. Poździech, A. Ryś, t. 2, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, s. 28.
- [13] Kolasa K., *Optymalna alokacja zasobów w ochronie zdrowia*, ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 135.
- [14] Korzeniowski P., *Analiza zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w polskim systemie opieki zdrowotnej*, „Gabinet Prywatny” 2006, nr 8, s. 49–55.
- [15] *Koszty i finansowanie opieki zdrowotnej*, red. J. Chechliński, Stowarzyszenie Absolwentów Łódzkiego Ekonomicznego Ośrodka Akademickiego, Łódź 1993, s. 18.
- [16] Kozierkiewicz A., *Systemy finansowania ochrony zdrowia. Aktualny przegląd porównawczy*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1994, s. 7.
- [17] Leśniowska J., *Economic burden of diseases in Poland*, „Value in Health” 2016, vol. 19, issue 7, <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.09.1616>.

- [18] Leśniowska J., *Koszty utraconej produktywności z powodu chorób w Polsce z uwzględnieniem wpływu na rynek pracy i na gospodarkę. Ekspertyza*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2013, s. 42.
- [19] Mitręga D., *Systemy zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia, ich typologia, praktyka i kierunki zmian w niektórych krajach Europy Zachodniej*, [w:] *Organizacja i finansowanie ubezpieczeń zdrowotnych. Materiały z ogólnopolskich konferencji naukowych Bystra Śląska, 6–7 grudnia 1994, 6–8 grudnia 1995*, red. L. Frąckiewicz, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. K. Adamieckiego, Katowice 1996, s. 165.
- [20] Oliva-Moreno J., *Loss of labour productivity caused by disease and health problems: what is the magnitude of its effect on Spain's Economy?*, „The European Journal of Health Economics” 2012, vol. 12, issue 5, s. 605–614.
- [21] *Options for Healthcare Funding*, Health Policy Consensus Group, <http://www.civitas.org.uk/pdf/hpcgSystems.pdf> dostęp: 11.12.2017].
- [22] Perrot J., Carrin G., Evans D.B., *Application of contracting in developed countries*, „Technical Briefs for Policy-Makers” 2005, no 3, s. 2–9.
- [23] *Proposal for a taxonomy of health insurance*, OECD Study on Private Health Insurance, OECD Health Project, OECD, Paris 2004, s. 14.
- [24] Saltman R.B., von Otter C., *Implementing Planned Markets in Health Care, Balancing Social and Economic Responsibility*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1995, s. 5.
- [25] Savedoff W., *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*, Discussion Paper No 4, 2004, WHO, Geneva 2004, s. 6.
- [26] Schneider M., Hofmann U., Köse A., *Dopłaty do świadczeń stomatologicznych w Europie*, „Gazeta Lekarska” 2005, nr 1, s. 24.
- [27] Sekhri N., Savedoff W., *Regulating private health insurance to serve the public interest: Policy issues for developing countries*, WHO, Geneva 2005, s. 10.
- [28] Sobczak A., *Prywatne ubezpieczenia w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Naukowe Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2004, s. 50.
- [29] Sowada Ch., *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003, t. 1, nr 1, s. 16–30.
- [30] Sowada Ch., *Współpłatność – szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004, t. 2, nr 1, s. 11–22.
- [31] Wagstaff A., Van Doorslaer E., *Equity in Health Care Finance and Delivery*, [w:] *Handbook of Health Economics*, ed. A.J. Culyer, J.P. Newhouse, Elsevier, Amsterdam 2000, s. 1820.

- [32] Windak A., Chawła M., Kulis M., *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, Od teorii do praktyki*, Uniwersytecki Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998, s. 31–34.
- [33] Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, Studium Polityki Zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998, s. 24.
- [34] Włodarczyk C., Tymowska K., *Opieka zdrowotna w krajach Wspólnoty Europejskiej – cechy i wspólne kierunki zmian*, „Antidotum” 1992, nr 9/10.
- [35] Wrona W., Hermanowki T. i in., *Koszty utraconej produktywności w analizach farmakoekonomicznych. Część I. Przegląd systematyczny piśmiennictwa*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2011, t. 65, nr 1, s. 153–157.
- [36] *Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA)*, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa 2009, s. 27.
- [37] *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, red. S. Poźdioch, A. Ryś, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1996, s. 160.

Regulators Allocating Financial Resources for Health Care

Summary: The aim of the article is to analyze regulatory solutions in the scope of financial resources allocation in the healthcare. The article shows that individual regulatory solutions should be used depending on the needs and specific conditions prevailing in a given health care system.

Keywords: payment mechanisms, allocation formulas, diseases costs.