

Analiza i ocena narzędzi regulacji podaży świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Rynek świadczeń opieki zdrowotnej jest rynkiem regulowanym. Konieczność wprowadzenia regulacji wynika ze specyfiki rynku świadczeń, a w szczególności z występującej tu asymetrii informacji, wysokiej niepewności towarzyszącej zawieranej transakcji oraz efektów zewnętrznych. Współistnienie tych cech sprawia, że mechanizmy alokacji rynkowej zawodzą. Dodatkowo w przypadku takich dóbr jak opieka zdrowotna oczekuje się (poza optymalną alokacją rzadkich zasobów) sprawiedliwej ich dystrybucji, tj. zgodnej z zasadami sprawiedliwości, równości i zachowania godności jednostki. Z tego względu alokacja rynkowa wymaga korekty w sytuacji, gdy jej wyniki uznaje się za niesprawiedliwe.

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie narzędzi regulacji podaży rynku świadczeń, które zostały określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powołana ustawa jest jednym z wielu aktów prawnych zawierających przepisy regulujące rynek świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. W pierwszej części artykułu zostaną wskazane przyczyny, dla których podaż na rynku świadczeń jest regulowana, oraz metody regulowania podaży. Następnie zostaną opisane i ocenione narzędzia regulacji podaży określone w ustawie o świadczeniach.

Słowa kluczowe: rynek świadczeń opieki zdrowotnej, asymetria informacji, popyt indukowany przez podaż, podaż na rynku świadczeń, rynek regulowany

Otrzymano: 12.08.2016

Zaakceptowano po recenzjach: 21.12.2016

1. Wstęp

Celem artykułu jest analiza i ocena narzędzi regulacji podaży, które zostały określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹. Ustawa reguluje m.in. zasady funkcjonowania rynku świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W pierwszej części artykułu opiszę przyczyny, dla których podaż na rynku świadczeń jest regulowana, oraz wskażę metody regulowania podaży. Następnie opiszę i ocenię narzędzia regulacji podaży określone w ustawie o świadczeniach.

2. Powody wprowadzenia regulacji podaży na rynku świadczeń opieki zdrowotnej

Rynek świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, jest rynkiem regulowanym. Konieczność wprowadzenia regulacji wynika ze specyfiki rynku świadczeń², a w szczególności z występującej tu asymetrii informacji, wysokiej niepewności towarzyszącej zawieraniem transakcjom oraz efektów zewnętrznych. Każdą z wymienionych cech można spotkać również na innych rynkach, ale tylko na rynku świadczeń zdrowotnych występują one jednocześnie³. Kombinacja tych cech sprawia, że mechanizmy alokacji rynkowej zawodzą. Poniżej przedstawię wpływ specyficznych cech rynku świadczeń na efektywność alokacyjną rynku.

2.1. Wpływ asymetrii informacji

Asymetria informacji oznacza, że strony transakcji – pacjent i lekarz – mają różną wiedzę o przedmiocie transakcji, tj. o świadczeniu zdrowotnym. Asymetria informacji powoduje, że pacjent przestaje być suwerennym konsumentem i powierza decyzje dotyczące swojego zdrowia lekarzom. Asymetrię pogłębia dodatkowo fakt, że opieka zdrowotna jest dobrem produkowanym i konsumowanym w tym samym czasie, a więc

1 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz.1793 z późn. zm.), dalej jako: ustawa o świadczeniach.

2 Specyfika rynku świadczeń zdrowotnych została dokładnie opisana w literaturze, np. J.K. Arrow, *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, „The American Economic Review” 1963, vol. 53, no. 5, s. 941–973; W.C. Hsiao, *Abnormal economics in the health sector*, „Health Policy” 1995, vol. 32, no. 1–3, s. 125–139; T. Getzen, *Ekonomika zdrowia*, tłum. M. Jakubiak, T. Żukowski, red. nauk. K. Tymowska, Warszawa 2000; S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, tłum. E. Nojszewska, M. Próchniak, P. Ciżkowicz, Warszawa 2011.

3 *Handbook of Health Economics*, vol. 1a, ed. by A.J. Culyer, J.P. Newhouse, Amsterdam [itd.] 2000, s. 67.

pacjent nie może wypróbować i porównać usług oferowanych przez poszczególnych świadczeniodawców. Korzystanie z doświadczeń innych jest możliwe (pacjenci często polecają lekarzy, z których usług są zadowoleni), jednak należy podchodzić do nich z rezerwą, ponieważ świadczenie zdrowotne ma charakter indywidualny, a na skutki terapii wpływa wiele czynników, np. styl życia czy uwarunkowania genetyczne konkretnego pacjenta. Do najpoważniejszych skutków asymetrii informacji zaburzających alokację rynkową należy zjawisko indukowania popytu przez podaż, odwrotna selekcja ryzyk zdrowotnych (ang. *adverse selection*) oraz zjawisko zwane „spijaniem śmietanki” (ang. *cream skimming*).

Indukcja popytu przez podaż oznacza, że lekarz decyduje o kształcie popytu na sprzedawane dobra i usługi, wykorzystując swoją przewagę informacyjną, o ile wzrost popytu gwarantuje mu korzyści, np. wzrost przychodów⁴. Kreowaniu popytu przez podaż sprzyja dodatkowo zasada swobody klinicznej, zgodnie z którą lekarz ma prawo do decydowania o sposobie (metodzie) leczenia. Autonomia lekarzy przekłada się również na styl praktyki, który wpływa na liczbę i rodzaj oferowanych przez lekarzy świadczeń, przy czym różnice w stylu praktyki nie wynikają z różnic w stanie zdrowia pacjentów. Styl praktyki decyduje o metodzie leczenia w przypadkach, gdy brak jednolitej opinii medycznej co do sposobu leczenia (brak ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych, standardów medycznych)⁵. Dzięki przewadze informacyjnej oraz swobodzie klinicznej lekarze wpływają na liczbę wizyt kontrolnych (sami je wyznaczają), liczbę skierowań do innych specjalistów oraz do szpitala, jak również na dostęp do leków na receptę⁶.

Trudno określić, jak duża jest siła oddziaływania podaży na popyt, gdyż istnieją duże różnice między wynikami badań⁷. Klasycznym przykładem badań potwierdzających indukowanie popytu przez podaż były badania przeprowadzone w latach 50. ubiegłego wieku przez M. Roemera, które dotyczyły zależności pomiędzy wielkością zasobów szpitalnych a intensywnością hospitalizacji. Roemer zauważył, że wraz ze wzrostem liczby łóżek szpitalnych wzrosła liczba hospitalizacji, chociaż stan zdrowia

4 Wpływ asymetrii informacji na pobudzenie popytu przez podaż zostało opisane w literaturze, np.: J. Richardson, S. Peacock, *Reconsidering theories and evidence of supplier induced demand*, <http://arrow.monash.edu.au/hdl/1959.1/42378> (20.11.2016); L.F. Rossiter, G.R. Wilensky, *Identification of physician – induced demand*, „The Journal of Human Resources” 1984, vol. 19, no. 2, s. 231–244.

5 W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Kraków 1996, s. 272.

6 M.V. Pauly, *The economics of moral hazard: comment*, „The American Economic Review” 1968, vol. 58, no. 3, p. 1, s. 535.

7 J.A. Indulski przytacza wyniki badań Fuchsa i Kramera, którzy stwierdzili, że wskaźnik podażowej elastyczności konsumpcji usług lekarskich wynosił od 0,34 do 0,51, co oznacza, że wzrost liczby lekarzy na daną populację o 10% powodował wzrost liczby porad na 1 pacjenta od 3% do 5%. W innych badaniach, na które powołuje się Indulski, wykazano, że wzrost o 10% liczby lekarzy spowodował wzrost liczby usług o 4% do 5% w przypadku lekarzy ogólnych i o 8% do 12% w przypadku lekarzy specjalistów. Autor badań zaznaczył, że oczekiwano takiego wyniku, ponieważ w przypadku lekarza ogólnego wyższy jest odsetek wizyt zainicjowanych przez pacjenta; podają za: J.A. Indulski, M. Matulewicz, M. Bryła, *Ekonomika zdrowia a problem efektywności ochrony zdrowia*, Łódź 1994, s. 91.

mieszkańców nie uległ pogorszeniu. Roemer postawił hipotezę, że liczba łóżek jest jednym z czynników wpływających na liczbę hospitalizowanych. Badania rozpoczęte przez Roemera są kontynuowane w nurcie badań związanych z koncepcją popytu stymulowanego przez podaż⁸.

Indukowanie popytu przez podaż może być wzmocnione (lub wywołane) poprzez sposób finansowania świadczeń, jeśli zawiera on bodźce sprzyjające temu zjawisku. Metodą płatności najbardziej sprzyjającą kreowaniu popytu jest opłata za usługę, która zachęca do zwiększania liczby udzielonych świadczeń. Najmniej bodźców sprzyjających indukcji popytu zawiera opłata kapitacyjna, jednak może ona prowadzić do obniżenia jakości świadczeń. Opłata kapitacyjna jest najczęstszą metodą finansowania świadczeń lekarza opieki podstawowej, gdyż pełniąc funkcję *gatekeepera*, ma on największe możliwości kreowania popytu zarówno na własne usługi, jak i na usługi specjalistów, do których wystawia skierowania.

Ekonomiści zajmujący się rynkiem świadczeń różnie definiują sytuacje, w których dostawcy wpływają na popyt. Phelps wskazuje, że popyt indukowany przez podaż występuje wtedy, gdy lekarz wykorzystuje dla własnych korzyści finansowych różnicę w poziomie wiedzy pomiędzy sobą a pacjentem, np. zlecając zbędne badania lub niepotrzebne wizyty lekarskie⁹. Podobnie popyt indukowany definiuje Kern: według niego jest to liczba zbędnych świadczeń na rzecz pacjenta, które nie zostałyby zrealizowane, gdyby dysponował on wiedzą, jaką posiada zlecający je lekarz¹⁰. Hej i Leahy twierdzą, że popyt jest pobudzany przez dostawców, gdy usługi zalecane przez lekarza są tego rodzaju, że pacjent nie wyraziłby na nie zgody, gdyby miał tę samą wiedzę i to samo doświadczenie medyczne co lekarz¹¹. Wynika z tego, że miarą popytu indukowanego jest liczba świadczeń, których by nie zrealizowano na rzecz dobrze poinformowanego pacjenta. Zjawisko to powstaje w warunkach asymetrii informacji i w sytuacji, w której lekarz, kierując się chęcią uzyskania korzyści (najczęściej finansowych) wpływa na popyt zgłaszany przez pacjenta, oferując mu zbędne (nieprzynoszące korzyści zdrowotnych) świadczenia. Warunki sprzyjające powstaniu popytu indukowanego to: sposób opłacania lekarzy, autonomia w wyborze terapii przez lekarza, brak standardów leczenia i postępowania z pacjentem, monopol lekarzy w realizacji świadczeń. Wszystkie te elementy dają możliwość zwiększenia dochodu poprzez wykreowanie dodatkowych świadczeń¹².

Kolejnym negatywnym skutkiem asymetrii informacji jest, wspomniana już, odwrotna selekcja oraz „spijanie śmietanki”. W przypadku odwrotnej selekcji dochodzi do wypchnięcia z rynku dóbr i usług o wyższej jakości i zastąpienie ich dobrami i usługami

8 W.C. Włodarczyk, *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2014, s. 269–272.

9 Ch. Phelps, *Health economics*, 2nd ed., USA 1997, s. 246.

10 A. Kern, *Arzinduzierte Nachfrage in der ambulanten Versorgung. Bedeutung für eine Privatisierung von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung*, www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/225.pdf (30.09.2014), s. 9.

11 Podają za: J.A. Indulski *et al.*, *op. cit.*, s. 94.

12 A. Kern, *op. cit.*, s. 32.

niższej jakości¹³. W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych następuje wypychanie dobrych ryzyk zdrowotnych przez złe ryzyka zdrowotne. Dobre ryzyko zdrowotne to takie, przy którym oczekiwana wysokość składek ubezpieczeniowych przewyższa oczekiwaną wysokość wypłat z ubezpieczenia. Odwrotna selekcja wynika z faktu, że ubezpieczyciel nie posiada wiedzy o indywidualnym ryzyku każdego z ubezpieczonych i nie może określić indywidualnej stawki dla każdego oddzielnie. Stawki te są ustalane w oparciu o analizę ryzyka dla grup w miarę jednorodnych (np. ta sama płeć, ten sam wiek), jednak *de facto* o różnym ryzyku zdrowotnym. Osoby z ryzykiem zdrowotnym niższym od ryzyka oszacowanego dla grupy płacą stawkę zawyżoną w stosunku do tej, którą mogliby płacić przy możliwości opracowania stawki indywidualnej, przez co dotują osoby z ryzykiem wyższym niż oszacowane dla grupy. Z tego względu mogą uznać, że jest to system niesprawiedliwy, i zrezygnować z ubezpieczenia. W skrajnym przypadku może się okazać, że osoby z niskim ryzykiem zdrowotnym są nieubezpieczone, natomiast do ubezpieczenia przystępują tylko osoby o wysokim ryzyku zdrowotnym. Natomiast „spijanie śmietanki” oznacza, że ubezpieczyciel próbuje sterować ryzykami w ten sposób, by uzyskać jak największą nadwyżkę przychodów nad kosztami i oferuje lepsze warunki osobom o niskim ryzyku zdrowotnym, a utrudnia wykupienie ubezpieczenia osobom o wysokim ryzyku zdrowotnym.

Konsekwencją asymetrii informacji jest również zjawisko nazwane w literaturze *moral hazard*, najczęściej tłumaczone jako „pokusa nadużycia”¹⁴. Pod tym pojęciem rozumie się zmianę zachowania podmiotów, którą wywołuje zdjęcie z nich części odpowiedzialności finansowej związanej z ponoszeniem kosztów leczenia (np. poprzez objęcie ich ubezpieczeniem). Takie osoby wykazują większą skłonność do zachowań ryzykownych, co zwiększa ryzyko zachorowania oraz koszty leczenia. Z perspektywy rynku świadczeń pokusa nadużycia oznacza zwiększenie nieprzewidywalności decyzji i zachowań stron umowy i w konsekwencji wzrost kosztów transakcyjnych związanych z zabezpieczeniem umowy.

2.2. Wpływ efektów zewnętrznych i dóbr publicznych

Dobra publiczne charakteryzują się tym, że konsumenci nie rywalizują o nie i nie można nikogo wykluczyć z ich konsumpcji¹⁵. Ma to poważne konsekwencje. Pierwszą z nich jest brak możliwości ograniczenia dostępu do dóbr publicznych, co oznacza, że jest on

13 G.E. Akerlof w artykule *The market for „lemons”. Quality, uncertainty and the market mechanism* („The Quarterly Journal of Economics” 1970, vol. 84, no. 3, s. 488–500) opisał na przykładzie rynku samochodów, jaki wpływ na decyzje o zakupie używanego samochodu ma brak informacji o jakości produktu. Autor wskazuje, że na giełdach samochodowych często są oferowane samochody w gorszym stanie technicznym, więc klienci są skłonni zapłacić niższą cenę nawet wtedy, gdy samochód jest w dobrym stanie technicznym, ponieważ zakładają, że wszystkie oferowane samochody są w złym stanie technicznym. To zniechęca właścicieli aut w dobrym stanie technicznym do ich sprzedaży na giełdzie. Rozwiązaniem jest m.in. licencjonowanie jako potwierdzenie dobrej jakości produktu (poza gwarancją i znakiem firmowym czy dobrą marką).

14 *Od ekonomii do ekonomii zdrowia*, red. S. Golinowska, Warszawa 2015, s. 90.

15 P.A. Samuelson, *The pure theory of public expenditure* „The Review of Economics and Statistics” 1954, vol. 36, no. 4, s. 387.

niezależny od indywidualnej zdolności do płacenia przez odbiorcę, a koszt krańcowy (koszt wytworzenia) kolejnej jednostki dobra publicznego jest niewielki lub równy zeru. Brak możliwości wykluczenia oznacza jednocześnie przymus konsumpcji¹⁶. Jednostki, które nie wnoszą opłat za dobra publiczne, korzystają z nich w takim samym stopniu jak ci, którzy te opłaty wnoszą, zachowując się jak „pasażer na gapę” (ang. *free rider*).

W przypadku dóbr publicznych występują tzw. efekty zewnętrzne. Są to korzyści lub negatywne skutki produkcji i konsumpcji dóbr, które dotyczą zarówno osoby korzystające z tych dóbr, jak i te, które z nich nie korzystają. Efekty zewnętrzne sprawiają, że korzyści uzyskane przez jednostkę (lub koszty przez nią poniesione) są mniejsze niż korzyści uzyskane przez całe społeczeństwo. Tak jest np. w przypadku niektórych chorób, w szczególności zakaźnych, lub w przypadku szczepień – zaszczepienie jednej osoby chroni osobę zaszczepioną, ale również zapobiega rozprzestrzenianiu się choroby. W takiej sytuacji ryzyko zachorowania przez osoby niezaszczepione również maleje, więc nie zgłaszają one popytu na szczepienia. W przypadku efektów zewnętrznych suma indywidualnych popytów na świadczenia jest niższa niż popyt całej populacji, dlatego też ocenia się, że indywidualny popyt jest za słaby, co może prowadzić do zbyt niskiej podaży dóbr publicznych o wysokiej wartości społecznej.

Zdrowie jest typowym przykładem dobra publicznego, podobnie jak obrona narodo-
wa czy ochrona środowiska. Zdrowie nie jest przedmiotem wymiany na rynku, są nim natomiast świadczenia zdrowotne, które wpływają na polepszenie zdrowia. Świadczenia zdrowotne nie są dobrem publicznym, gdyż nie spełniają kryterium braku możliwości wyłączenia z konsumpcji oraz kryterium braku rywalizacji. Pomimo to wiele świadczeń zdrowotnych generuje efekty zewnętrzne mające wpływ na obszar użyteczności publicznej, tj. na ograniczenie zachorowalności i rozprzestrzeniania się chorób, przywracanie zdolności do pracy, ograniczenie inwalidztwa itp. Właśnie z powodu pojawienia się korzyści społecznych i gospodarczych w efekcie indywidualnej konsumpcji świadczeń zdrowotnych zalicza się je do dóbr publicznych¹⁷.

2.3. Wpływ niepewności

Niepewność jest jednym ze skutków asymetrii informacji i stanowi immanentną cechę rynku świadczeń. Niepewność dotyczy zarówno popytu, co wynika z braku jego stabilnych przyczyn (gdyż jest on popytem pochodnym na zdrowie), jak również podaży, tj. rodzaju, struktury i miejsca udzielenia świadczenia (poza np. badaniami profilaktycznymi, które można zaplanować). Trudno określić czas wystąpienia choroby oraz koszty jej leczenia. Niepewność pojawia się już w momencie podjęcia leczenia, gdyż nie znamy jego rezultatu. Towarzyszy ona również zawieraniu kontraktów pomiędzy pacjentami

16 A. Sobczak, J. Opolski, *Świadczenia i ubezpieczenie zdrowotne – dobra publiczne czy prywatne?*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 4, s. 230, <http://www.czytelniamedyczna.pl/3113,Swiadczenia-i-ubezpieczenie-zdrowotne-dobra-publiczne-czy-prywatne.html> (02.11.2016).

17 A. Sobczak, J. Opolski, *op. cit.*, s. 235.

i lekarzami, świadczeniodawcami i płatnikami oraz ubezpieczycielami, gdyż żadna ze stron nie ma pełnej informacji o kontrahencie. W przypadku występowania niepewności dobra (pełna) informacja staje się bardzo droгим towarem i w rzeczywistości to właśnie informacja (wynikająca z wiedzy i doświadczenia) jest towarem sprzedawanym przez lekarzy¹⁸. Kiedy brak stabilnych przyczyn popytu oraz pełnej informacji dotyczącej produktu, alokacja rynkowa zawodzi.

Alokacja rynkowa jest również zaburzona poprzez występujące na rynku świadczeń prawo odwrotnej adekwatności opieki (ang. *inverse care law*). Zjawisko to zostało opisane po raz pierwszy w 1971 r. przez angielskiego lekarza J.T. Harta¹⁹ (stąd też jest często nazywane prawem Harta) i oznacza tendencję do intensywniejszego alokowania zasobów opieki zdrowotnej tam, gdzie występują mniejsze potrzeby zdrowotne. Okazuje się, że lekarze chętniej osiedlają się i udzielają świadczeń na terenach bogatszych, gdzie mieszka zdrowsza ludność, gdyż mają tam szansę na lepsze zarobki, a inwestorzy chętnie lokują tam swoje środki, rozbudowując infrastrukturę i zwiększając jej jakość. Z kolei na terenach mniej zamożnych z reguły jest mniej lekarzy i gorsza infrastruktura (mniej szpitali, gorsze zaplecze specjalistyczne). Prowadzi to do nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, które pogłębiają się, jeśli państwo pozostawia zapewnienie dostępności do świadczeń wyłącznie działaniom rynkowym.

Oprócz cech rynku świadczeń zaburzających alokację rynkową istnieją jeszcze inne przyczyny regulowania podaży. Jedną z nich jest wzrost kosztów opieki zdrowotnej – według danych Banku Światowego w 2000 r. wydatki na zdrowie w krajach Unii Europejskiej stanowiły 6,4% PKB, a w 2014 r. – 7,8% PKB²⁰. Wzrost wydatków wynika z wielu przyczyn: starzenia się społeczeństwa, pojawienia się licznych chorób cywilizacyjnych, diagnozowania i leczenia chorób przewlekłych. Obecnie za jeden z najważniejszych czynników wzrostu wydatków na zdrowie uważa się stosowanie na szeroką skalę technologii medycznych, które prowadzą do wzrostu kapitałochłonności podaży²¹. Zastosowanie nowoczesnych technologii w medycynie umożliwia wykrycie choroby na wczesnym etapie, pozwala na leczenie chorób, które były dotychczas nieuleczalne, podnosi jakość udzielanych świadczeń, ale ma również negatywne skutki, np. przeniesienie konkurencji na obszar technologii. Takie działanie zyskało w literaturze miano „medycznego wyścigu zbrojeń”, polega ono na niepoohamowanym dążeniu świadczeniodawców do zwiększania potencjału sprzętowego bez względu na istniejące potrzeby²².

Opisane wyżej cechy rynku świadczeń sprawiają, że państwo tworzy szereg regulacji, które mają na celu poprawę alokacji rynkowej. Ponadto w przypadku takich dóbr jak opieka zdrowotna oczekuje się (poza optymalną alokacją rzadkich zasobów) sprawiedliwej

18 J.K. Arrow, *op. cit.*, s. 946.

19 J.T. Hart, *The inverse care law*, „The Lancet”, 27.02.1971, [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/abstract) (30.09.2014).

20 Bank Światowy (The World Bank), *World Data Bank*, www.databank.worldbank.org (9.08.2016).

21 S. Golinowska (red.), *op. cit.*, s. 186.

22 I. Rudawska, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Warszawa 2007, s. 79.

ich dystrybucji, tj. zgodnej z zasadami sprawiedliwości, równości i zachowania godności jednostki. Z tego względu alokacja rynkowa wymaga korekty w sytuacji, gdy jej wyniki uznaje się za niesprawiedliwe.

3. Narzędzia regulowania podaży

Opisane wyżej przyczyny regulowania podaży zrodziły konieczność opracowania narzędzi, których celem jest ograniczenie lub zlikwidowanie negatywnych skutków zawodności mechanizmu rynkowego.

Niepewność związana ze skutkami finansowymi choroby jest ograniczona poprzez wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia lub finansowania opieki zdrowotnej z podatków. Jest to odpowiedź na brak skutecznych rynkowych narzędzi przymusu, które pozwalałyby na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych oraz na pobudzenie popytu na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Obowiązek ubezpieczenia zapobiega odwrotnej selekcji (wysokość składki jest niezależna od wieku i stanu zdrowia pacjenta) oraz zjawisku „spijania śmietanki” (ubezpieczyciel nie może odmówić objęcia ubezpieczeniem ani różnicować warunków objęcia ubezpieczeniem).

W związku z potrzebą zmniejszenia skutków monopolu profesjonalistów medycznych i asymetrii informacji nastąpił rozwój pozamedycznego ruchu na rzecz zapewnienia jakości w ochronie zdrowia, w ramach którego przedstawiciele profesji niemedycznych, np. ekonomiści czy etycy, zajęli się działaniami na rzecz zapewnienia jakości w ochronie zdrowia i propagowaniem wiedzy o prawach pacjentów. Nastąpiła również poważna zmiana w relacji lekarz – pacjent, gdyż pacjent uzyskał prawo do podejmowania decyzji o sposobie leczenia. Wcześniej lekarz sam o tym decydował, a pacjent nie miał prawa sprzeciwu, gdyż zakładano, że lekarz podjął najlepszą decyzję na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia. Obecnie pacjent musi wyrazić świadomą zgodę na leczenie. Lekarz powinien informować o korzyściach i ryzyku zastosowania różnych metod leczenia, jednak nie powinien wpływać na decyzje pacjenta²³. Aby ograniczyć swobodę kliniczną lekarzy, zaczęto też stosować standardy postępowania w przypadku leczenia konkretnych jednostek chorobowych. Odstępstwo od standardu jest dopuszczalne, jednak wymaga uzasadnienia ze strony lekarza.

Inną powszechnie stosowaną metodą regulowania podaży jest konieczność uzyskania licencji przez lekarza. Licencjonowanie ma wiele zalet, m.in. daje poczucie bezpieczeństwa i ochronę przed niekompetencją lekarzy i zmniejsza koszt zdobywania informacji (ogranicza poszukiwania lekarza tylko do grupy osób z licencją i teoretycznie dotyczy jedynie ceny usługi, choć w praktyce pacjenci poszukują również informacji

²³ R. Wnuk, *Komunikowanie się lekarza z pacjentem – potencjalne źródła konfliktu*, „Diametros” 2009, nr 22, s. 124–133. www.diametros.iphils.uj.edu.pl. (9.08.2016).

o jakości usługi, czasie oczekiwania itp.). Jednakże ekonomiści²⁴ wskazują również na liczne wady wprowadzenia licencji – przede wszystkim stanowi ona barierę wejścia na rynek, ogranicza konkurencję i kreuje rentę monopolistyczną dla osób z licencją, czyli dodatkowe przychody związane z ograniczeniem podaży i wzrostem cen w stosunku do warunków istniejących na wolnym rynku. Licencjonowanie zaburza relacje pomiędzy podażą i popytem, gdyż wzrost popytu przekłada się w całości na wzrost cen, natomiast przy braku licencjonowania wzrost popytu powoduje dopływ pracowników i ceny nie rosną w tak dużym stopniu²⁵. Licencjonowanie lekarzy sprawia, że elastyczność podaży jest bardzo niska, gdyż wiąże się ze wzrostem zatrudnienia wykwalifikowanych pracowników medycznych, których kształcenie jest czasochłonne i kosztowne. Pomimo negatywnych skutków licencjonowanie lekarzy jest jednak konieczne ze względu na zachowanie odpowiedniej jakości usług medycznych i gwarancję bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Istotnym instrumentem regulowania podaży jest system finansowania świadczeń zdrowotnych. Poprzez system finansowania świadczeń płatnik realizuje politykę związaną z motywowaniem świadczeniodawców do racjonalnego świadczenia usług i ograniczania kosztów. Metody opłacania świadczeń zawierają różne bodźce, motywacje, zachęty dla świadczeniodawców, by podejmowali właściwe z punktu widzenia płatnika decyzje dotyczące liczby, jakości i rodzaju udzielanych świadczeń. Sposób opłacania świadczeń decyduje o alokacji zasobów w opiece zdrowotnej, efektywności wykorzystania tych zasobów i kształtuje właściwe zachowania uczestników rynku²⁶. Model finansowania świadczeń jest również pomocny w niwelowaniu skutków działania prawa Harta. W tym przypadku bodźce finansowe mają zachęcić lekarzy do otwierania praktyk w mało atrakcyjnych miejscach (przeważnie opłaty za usługi są wyższe w regionach mniej atrakcyjnych dla lekarzy, np. na wsi).

Regulacje dotyczące ograniczenia wzrostu kosztów polegają głównie na wykorzystaniu narzędzi mających na celu zarządzanie zasobami, takich jak tworzenie sieci szpitali, wydawanie licencji uprawniających do udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych czy nadzór nad rozmieszczeniem terytorialnym lekarzy poszczególnych specjalności. Ponadto określa się maksymalną wysokość środków finansowych przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń oraz tworzy się zasady dostępu do tych środków (są to głównie warunki, które muszą spełniać świadczeniodawcy, którzy chcą udzielać świadczeń finansowanych ze środków publicznych). Dostęp do środków publicznych jest zazwyczaj możliwy po zawarciu umowy z wybranymi świadczeniodawcami. W umowach płatnik określa maksymalną kwotę finansowania świadczeń, rodzaj usług podlegających finansowaniu oraz warunki udzielania świadczeń.

24 Ch. Phelps, T. Getzen i inni.

25 T. Getzen, *op. cit.*, s. 156.

26 A. Wouters, *Alternative provider payment methods: incentives for improving health care delivery*, „PHR Primer for Policymakers” 1999, s. 2–3, www.hrhresourcecenter.org (9.08.2016).

4. Narzędzia regulacji podaży określone w ustawie o świadczeniach

W polskiej ustawie o świadczeniach zawarto regulacje, które mają zapewnić równy dostęp do świadczeń oraz racjonalne wykorzystanie ograniczonych zasobów. Wiele z tych regulacji odpowiada za kształtowanie podaży adekwatnie do możliwości finansowych państwa oraz zgodnie z założeniami polityki zdrowotnej. Poniżej przedstawię najważniejsze z nich.

4.1. Ograniczenie zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych poprzez zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych

Koszyk świadczeń gwarantowanych jest podstawową regulacją, która ogranicza zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Obecnie lista świadczeń gwarantowanych jest publikowana w drodze rozporządzeń ministra zdrowia (tzw. rozporządzenia koszykowe). Koszyk świadczeń zawiera wykaz świadczeń gwarantowanych, w tym m.in. listę badań, które mogą zostać wykonane lub zlecone przez poszczególnych lekarzy specjalistów. Ponadto w koszyku świadczeń zostały określone minimalne zasoby niezbędne do udzielania świadczeń, obejmujące m.in. czas pracy personelu o konkretnych kwalifikacjach, warunki lokalowe, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.

Zmiany w koszyku świadczeń mogą być dokonywane tylko w trybie określonym w ustawie o świadczeniach (art. 31e–31l), a wnioski w tej sprawie mogą składać konsultanci krajowi, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, stowarzyszenia pacjentów oraz towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym. Kompetencje do dokonywania zmian ma minister zdrowia, po uprzedniej analizie skutków finansowych oraz wpływu zmian na poprawę zdrowia obywateli. Ze względu na wagę, jaką ma ustalenie właściwego zakresu świadczeń gwarantowanych, powołano Agencję Oceny Technologii Medycznych, która w 2009 r. została przekształcona w Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji²⁷. Do jej głównych zadań należy wydawanie rekomendacji, które świadczenia opieki zdrowotnej powinny być zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane, oraz określenie sposobu finansowania świadczeń gwarantowanych.

4.2. Określenie minimalnych standardów udzielania świadczeń

Minimalne standardy udzielania świadczeń są określone w rozporządzeniach koszykowych. Ich wprowadzenie miało zapewnić odpowiednią jakość i kompleksowość udzielanych świadczeń zdrowotnych. W przypadku niektórych świadczeń określono

²⁷ Szczegółowe zadania i tryb pracy AOTMiT zostały określone w rozdz. 1b ustawy o świadczeniach.

również częstotliwość, z jaką można uzyskać świadczenie gwarantowane – dotyczy to np. uzyskania refundacji zakupu wózka inwalidzkiego. Te regulacje mają ograniczyć zarówno zjawisko indukowania popytu przez podaż, jak i ryzyko nadużyć ze strony pacjentów.

4.3. Wskazanie źródła finansowania świadczeń i maksymalnej kwoty przeznaczanej na zakup świadczeń finansowanych ze środków publicznych

Wysokość publicznych środków finansowych przeznaczonych na zakup świadczeń zdrowotnych determinuje liczbę zakupionych świadczeń. Z tego względu w ustawie o świadczeniach określono źródła ich finansowania.

Głównym źródłem są składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Wysokość składki wynosi 9% podstawy wymiaru. Część świadczeń jest finansowana z budżetu państwa (np. niektóre programy lekowe), a część z budżetu samorządów terytorialnych (głównie programy profilaktyczne). Niektóre świadczenia można uzyskać dopiero po wniesieniu opłaty przez pacjenta, np. w przypadku zakupu niektórych leków, pobytu w uzdrowisku czy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

4.4. Określenie zasad dostępu do publicznych środków finansowych i zasad ich dystrybucji

Dystrybucją środków finansowych pochodzących ze składek zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia²⁸. Środki te są rozdysponowywane na podstawie umów zawartych z Funduszem. Zawarcie umowy odbywa się w trybie konkursu ofert lub rokowań²⁹.

Świadczeniodawcy, którzy chcą zawrzeć umowę z Funduszem, muszą spełniać kryteria określone w rozporządzeniach koszykowych oraz zarządzeniach prezesa NFZ. Pod uwagę są brane kwalifikacje personelu, kompleksowość udzielanych świadczeń, jakość i dostępność, a także dotychczasowa współpraca z Funduszem. Umowa zostaje zawarta tylko z tymi świadczeniodawcami, którzy uzyskali najlepszą ocenę w trakcie konkursu ofert lub rokowań.

Realizacja świadczeń na podstawie umowy ogranicza indukowanie popytu przez podaż, gdyż świadczeniodawca może zrealizować tylko tyle świadczeń, ile wskazano w umowie. Płatnik wprowadza również różne modele finansowania świadczeń: stawkę kapitacyjną w podstawowej opiece zdrowotnej, opłatę za usługę w ambulatoryjnej opiece

28 Fundusz zarządza również środkami pochodzącymi z budżetu państwa; są one przekazywane do Funduszu przez ministra zdrowia w formie dotacji celowych.

29 Zgodnie z art. 144 ustawy o świadczeniach rokowania mogą być przeprowadzone, jeśli: 1) uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy są takie same jak w konkursie ofert lub 2) zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, lub 3) jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, będących przedmiotem postępowania.

specjalistycznej oraz opłatę za przypadek chorobowy (tzw. system jednorodnych grup pacjentów, JGP) w szpitalach. Zróżnicowane systemy płatności mają na celu ograniczenie negatywnych zjawisk, np. popytu indukowanego przez podaż, oraz wzmocnienie zjawisk pożądanych, np. zmotywowanie lekarzy do przeprowadzania badań profilaktycznych.

4.5. Wprowadzenie zasady wolnego wyboru świadczeniodawcy oraz określenie zasad udzielania świadczeń

Pacjent otrzymał prawo do wyboru świadczeniodawcy (lekarza, przychodni, szpitala), u którego chce się leczyć. Jedynym warunkiem jest posiadanie przez świadczeniodawcę umowy z Funduszem.

Wolny wybór świadczeniodawcy jest ograniczony trójstopniowym systemem udzielania świadczeń, regulowanym przez system skierowań. W przypadku zachorowania pacjent powinien udać się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (dalej jako: lekarz POZ), który decyduje o dalszym leczeniu. Jeśli pacjent nie wymaga leczenia specjalistycznego, leczeniem zajmuje się lekarz POZ. W przypadku konieczności skierowania na badania specjalistyczne lekarz POZ wystawia skierowanie do specjalisty. Lekarza specjalistę wybiera pacjent. Jeśli jest to lekarz, który udziela świadczeń w ramach ubezpieczenia, wizyta jest bezpłatna. Jeśli lekarz nie posiada umowy z Funduszem, pacjent płaci za wizytę według cennika komercyjnego; wtedy też nie potrzebuje skierowania, gdyż nie jest to świadczenie finansowane ze środków publicznych.

W przypadku gdy cel leczenia nie może być osiągnięty ambulatoryjnie, pacjent otrzymuje skierowanie na leczenie szpitalne. Skierowanie do szpitala może wystawić lekarz POZ lub lekarz specjalista. Jeżeli stan pacjenta wymaga natychmiastowego leczenia, przyjęcie do szpitala odbywa się bez skierowania (tzw. przypadki nagłe).

System skierowań jest uzasadniony z punktu widzenia efektywności, ponieważ świadczenie powinno zostać udzielone na najniższym z możliwych poziomów (jeśli terapię może zlecić lekarz POZ, to pacjent nie powinien być leczony w szpitalu, gdyż jest to nieefektywne i generuje zbędne koszty).

4.6. Wprowadzenie obowiązku oceny potrzeb zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń

Obecnie na skutek zmiany przepisów³⁰ wprowadzono obowiązek oceny potrzeb zdrowotnych. Dokonuje się jej m.in. na podstawie map potrzeb zdrowotnych. Mają one stanowić narzędzie planistyczne, służące do rzetelnej oceny potrzeb zdrowotnych

³⁰ W ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1138) wprowadzono rozdz. IVa „Ocena potrzeb zdrowotnych”, w którym określono m.in. to, jakie instytucje są odpowiedzialne za tworzenie map potrzeb zdrowotnych.

w województwie, w oparciu o dane epidemiologiczne gromadzone przez Państwowy Zakład Higieny. Mapy będą tworzone przez wojewodów³¹, którzy na ich podstawie określą priorytety zdrowotne. Będą również zawierać szczegółowe dane dotyczące infrastruktury i rozmieszczenia świadczeniodawców. Na podstawie tych informacji wojewodowie będą wydawać pozytywną lub negatywną opinię na temat zasadności utworzenia nowego świadczeniodawcy na terenie województwa. Pozytywna opinia wojewody będzie zwiększała szanse świadczeniodawcy na uzyskanie kontraktu z NFZ.

Mapy potrzeb zdrowotnych będą również wykorzystywane w procesie planowania zakupu świadczeń przez Fundusz. Obecnie Fundusz dysponuje dokładnymi danymi dotyczącymi rozmieszczenia świadczeniodawców oraz informacjami z zakresu realizacji umów w latach poprzednich – stanowią one podstawę planowania. Tworzenie map przez instytucje niebędące płatnikiem może wpłynąć na zwiększenie wiarygodności danych służących do planowania wydatków na świadczenia.

W ustawie o świadczeniach wprowadzono również obowiązek planowania przez płatnika rozmieszczenia terytorialnego świadczeniodawców. Zasada ta jest realizowana poprzez przeprowadzanie postępowań ze wskazaniem obszaru kontraktowania³². Oznacza to, że w postępowaniu mogą wziąć udział świadczeniodawcy udzielający świadczeń w ramach wskazanego obszaru. Celem takiego działania jest zapewnienie odpowiedniej dostępności terytorialnej do świadczeń.

4.7. Wycena świadczeń

Wycena świadczeń jest istotnym elementem regulowania podaży. Do 2014 r. wyceną świadczeń zajmował się NFZ, obecnie zadanie to zostało powierzone Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, instytucji niezależnej od płatnika. AOTMiT ma możliwość zbierania danych kosztowych (Fundusz nie miał takiego uprawnienia). Takie rozwiązanie – wycena świadczeń przez instytucję inną niż płatnik – jest stosowane również w innych krajach, np. w Niemczech czy Wielkiej Brytanii.

Fundusz oraz inne podmioty finansujące świadczenia są zobowiązane do nieodpłatnego przekazywania AOTMiT wszelkich danych dotyczących finansowania świadczeń. Agencja może zawierać ze świadczeniodawcami umowy dotyczące przekazywania danych kosztowych. Świadczeniodawcom, którzy przekazują dane kosztowe, są przyznawane dodatkowe punkty podczas postępowań w sprawie zawierania umów z Funduszem, mają więc oni większe szanse na podpisanie kontraktu.

Zagrożenia w tym obszarze wiążą się głównie z faktem, że przy obecnym podziale kompetencji pomiędzy poszczególne instytucje konieczna jest ścisła współpraca między płatnikiem i AOTMiT. Agencja z pewnością napotka trudności w porównywaniu

31 Dotychczas Ministerstwo Zdrowia opracowało i opublikowało mapy potrzeb zdrowotnych w kilku obszarach, zob. www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl (20.11.2016).

32 Obszar kontraktowania to obszar zgodny z podziałem terytorialnym (np. gmina, powiat, województwo), na który dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ ogłasza postępowanie.

i analizie danych kosztowych uzyskanych od świadczeniodawców ze względu na brak standardowego rachunku kosztów. Taki standardowy rachunek kosztów ma zostać opracowany i wdrożony dopiero w roku 2020.

5. Podsumowanie i rekomendacje

Opisane wyżej rozwiązania ustawowe dają możliwość regulowania podaży na rynku świadczeń przede wszystkim ministrowi zdrowia, ale również Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Najważniejszym instrumentem jest koszyk świadczeń gwarantowanych oraz zagwarantowanie źródła finansowania świadczeń. Bardzo istotną regulacją jest również możliwość sterowania strumieniem środków finansowych przeznaczonych na zakup świadczeń. W tym procesie bierze udział również minister finansów, który w porozumieniu z ministrem zdrowia zatwierdza plan finansowy Funduszu. Ważnym narzędziem jest planowanie zakupu świadczeń – tę kompetencję przyznano oddziałom wojewódzkim NFZ, które kontraktują świadczenia na poziomie województwa, powiatu i gminy.

Mimo że stosowanych jest tak wiele narzędzi regulacji podaży, brakuje instrumentów umożliwiających całościowe zarządzanie zasobami w opiece zdrowotnej. Wynika to z obecnego podziału zadań i kompetencji pomiędzy podmioty na rynku świadczeń opieki zdrowotnej. Największą wadą tego podziału jest brak sprzężenia zwrotnego pomiędzy planowaniem zasobów w opiece zdrowotnej (głównie zasobów kadrowych) a planowaniem zakupu świadczeń – obecnie są to dwa odrębne procesy. Za planowanie zasobów kadrowych jest odpowiedzialne Ministerstwo Zdrowia, które wyznacza limity przyjęć na kierunek lekarski³³, natomiast planowanie zakupu świadczeń należy do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia. W trakcie planowania zasobów kadrowych nie są brane pod uwagę trudności w zakontraktowaniu świadczeń, które wynikają z niedoboru lekarzy niektórych specjalności, np. endokrynologów czy geriatrów. Ponadto brakuje narzędzi wspierających ciągłość opieki nad pacjentem. Brak koordynacji leczenia znacznie utrudnia wycenę kosztów terapii oraz zwiększa koszty opieki (np. poprzez konieczność powtarzania tych samych badań u lekarza specjalisty i w szpitalu). Ostatecznie negatywne skutki braku koordynacji leczenia ponosi pacjent, który jest narażony na leczenie nieefektywne, np. późne postawienie diagnozy, a czasem nawet na działania zagrażające zdrowiu, np. jeśli lekarz prowadzący nie uwzględni zaleceń lekarzy specjalistów w zakresie leczenia farmakologicznego.

W mojej ocenie niektóre z narzędzi regulacji podaży są stosowane w sposób mało efektywny. Dotyczy to w szczególności kontraktowania świadczeń oraz wykorzystania akredytacji do wyróżnienia podmiotów realizujących świadczenia wysokiej jakości. Obecny model kontraktowania sprzyja fragmentacji procesu leczenia oraz uniemożliwia

³³ Limity przyjęć na poszczególne uczelnie są wyznaczone każdego roku na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny.

zastosowanie zróżnicowanych metod kontraktowania dla podmiotów działających w warunkach silnej konkurencji (ambulatoryjna opieka specjalistyczna) oraz w warunkach ograniczonej konkurencji (szpitale) i braku konkurencji (ośrodki specjalizujące się w leczeniu chorób rzadkich). Zastosowanie jednego modelu kontraktowania świadczeń bez uwzględnienia poziomu konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami generuje wysokie koszty transakcyjne i nie uwzględnia specyfiki zasobów na rynku świadczeń.

W odniesieniu do akredytacji należy podkreślić, że ma ona zbyt wąskie zastosowanie na rynku opieki zdrowotnej: większość podmiotów realizujących świadczenia ambulatoryjne nie może uzyskać akredytacji ze względu na brak standardów akredytacyjnych. Moim zdaniem jest to parametr, który powinien znacznie zwiększać szanse podmiotu na uzyskanie kontraktu z płatnikiem (obecnie tak nie jest), ponieważ uzyskanie akredytacji wiąże się z poniesieniem znacznych kosztów przez świadczeniodawcę oraz gwarantuje lepszą jakość usługi i bezpieczeństwo pacjenta.

Analiza systemów opieki zdrowotnej funkcjonujących w innych krajach, np. w Niemczech czy Wielkiej Brytanii, pokazuje, że nie wszystkie możliwe do zastosowania narzędzia regulowania podaży zostały wykorzystane w Polsce. Brakuje np. regulacji dotyczącej sieci szpitali jako istotnego narzędzia służącego do zarządzania zasobami rzeczowymi na rynku świadczeń, nie ma również regulacji umożliwiających właściwą wycenę świadczeń, co znacznie utrudnia prawidłową alokację zasobów.

Biorąc powyższe zastrzeżenia pod uwagę, w mojej ocenie wzmocnienie skuteczności istniejących narzędzi regulowania podaży wymaga następujących działań:

1. Należy wzmocnić etap planowania świadczeń i połączyć go z aktywnym zarządzaniem zasobami w opiece zdrowotnej. W tym zakresie należy wprowadzić regularną analizę potrzeb zdrowotnych. Jednym z narzędzi wspomagających proces planowania mogą być mapy potrzeb zdrowotnych. Obecnie trudno jednak ocenić poprawność działania tego narzędzia, gdyż w Polsce obowiązek tworzenia map został wprowadzony w 2015 r.
2. Należy wprowadzić aktywne zarządzanie zasobami w ochronie zdrowia, polegające na adekwatnym do potrzeb kształceniu kadr medycznych oraz zakupie kosztochłonnej aparatury medycznej ze środków publicznych. Zakup sprzętu specjalistycznego powinien być dokonywany po uprzedniej analizie zapotrzebowania, z uwzględnieniem parametrów epidemiologicznych na danym obszarze oraz po analizie, czy wszystkie funkcje nowego sprzętu zostaną w jednostce w pełni wykorzystane. W tym obszarze wprowadzenie sieci szpitali oraz opieki koordynowanej przyniosłoby korzyści wynikające z możliwości dokonywania wspólnych zakupów oraz wspólnego wykorzystywania zasobów (sprzętu i aparatury medycznej, wiedzy).
3. Należy rozbudować narzędzia umożliwiające płatnikowi i Ministerstwu Zdrowia stałe monitorowanie zapotrzebowania na poszczególne zasoby systemu opieki zdrowotnej. Monitorowanie i ewaluacja zapotrzebowania w zakresie infrastruktury i alokacji przestrzennej zasobów, a także prognoza zapotrzebowania na kadry medyczne mają zasadnicze znaczenie dla poprawy efektywności i dostępności świadczeń. Usprawnienie procesu zbierania i przetwarzania powyższych danych

oraz przygotowanie narzędzia prognostycznego ułatwi proces podejmowania decyzji w zakresie alokowania środków publicznych. Należy pamiętać, że zasoby na rynku zdrowia mają charakter specyficzny i charakteryzują się niską elastycznością, z tego względu ich właściwe zaplanowanie ma szczególne znaczenie.

4. Należy ograniczyć konkursy ofert, tak aby służyły do zakupu świadczeń na rynku, na którym istnieje konkurencja między świadczeniodawcami, a wykluczyć je tam, gdzie tej konkurencji nie ma lub jest niepożądana. Obecną procedurę konkursową można stosować w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, natomiast dla lecznictwa zamkniętego, ze względu na specyfikę zasobów, należy zastosować inną metodę wyboru świadczeniodawców. W szczególności należy utworzyć sieć szpitali i opracować szczegółowe kryteria włączenia szpitali do sieci. Wpisanie szpitala na listę szpitali udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych powinno być poprzedzone analizą zapotrzebowania na świadczenia udzielane w tym szpitalu. Warunki przyjęcia na listę powinny być szczegółowo opisane w dokumencie rangi ustawowej, a szczegółowe kryteria (jakościowe, infrastrukturalne, techniczne) powinny być uregulowane w rozporządzeniu ministra zdrowia.
5. Należy zmienić przedmiot kontraktowania w sposób, który umożliwi wprowadzenie skoordynowanej opieki nad pacjentem. W tym zakresie należy ograniczyć zastosowanie dotychczasowego modelu kontraktowania wąskich zakresów świadczeń na rzecz finansowania kompleksowej opieki nad pacjentem. Takie działanie zmniejszy negatywne skutki fragmentacji procesu leczenia oraz wymusi właściwy przepływ informacji pomiędzy świadczeniodawcami odpowiedzialnymi za koordynację leczenia pacjenta.
6. Należy rozważyć wprowadzenie obowiązkowych raportów kosztowych sporządzanych przez świadczeniodawców realizujących świadczenia finansowane ze środków publicznych. Obowiązkowe raporty kosztowe są niezbędne do właściwej wyceny świadczeń. W tym celu należy opracować jednolity sposób ewidencjonowania i grupowania kosztów oraz jednolity format raportowania o kosztach. Raporty kosztowe mogłyby pełnić również funkcję narzędzia służącego do oceny efektywności kosztowej świadczeniodawców.
7. Należy opracować standardy jakościowe udzielania świadczeń. W tym zakresie powinno się wzmocnić działania Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, które powinno współpracować z płatnikiem oraz przedstawicielami świadczeniodawców i pacjentów przy opracowywaniu standardów akredytacyjnych. Standardy akredytacyjne powinny mieć szerokie zastosowanie również w opiece ambulatoryjnej. Należy zwiększyć rolę akredytacji jako instrumentu potwierdzającego dobrą jakość świadczeniodawców i powiązać posiadanie akredytacji z uzyskaniem przewagi konkurencyjnej na rynku.
8. Należy włączyć pacjentów w podejmowanie decyzji i umożliwić im wpływanie na istotne elementy systemu opieki zdrowotnej. Powinno się edukować pacjentów w zakresie profilaktyki i prewencji oraz zachowań prozdrowotnych, ale również

ich praw i obowiązków. Świadomy pacjent dokonuje bowiem lepszych wyborów oraz może – w ograniczonym stopniu – kontrolować decyzje lekarzy.

Oczywiście realizacja wymienionych wyżej postulatów wymaga zarówno działań legislacyjnych (nowelizacje ustaw i rozporządzeń), jak i współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami rynku świadczeń zdrowotnych, szczególnie między Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia, Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz placówkami medycznymi.

Regulacja podaży na rynku świadczeń zdrowotnych jest konieczna w ramach obecnie obowiązującego powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Jeśli uda się wyeliminować pewne niedociągnięcia i zastosować przynajmniej część zasugerowanych tutaj rozwiązań, system będzie mógł lepiej spełniać swoją podstawową funkcję: utrzymanie w dobrym zdrowiu jak największej liczby obywateli.

mgr Katarzyna Iłowiecka
Szkoła Główna Handlowa,
Kolegium Ekonomiczno-Społeczne

ŹRÓDŁA

- Akerlof G.E., *The market for „lemons”. Quality, uncertainty and the market mechanism*, „The Quarterly Journal of Economics” 1970, vol. 84, no. 3, s. 488–500.
- Arrow J.K., *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, „The American Economic Review” 1963, vol. 53, no. 5, s. 941–973.
- Culyer A.J. (ed.), Newhouse J.P. (ed.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1a, Amsterdam 2000.
- Getzen T., *Ekonomika zdrowia*, tłum. M. Jakubiak, T. Żukowski, red. nauk. K. Tymowska, Warszawa 2000.
- Golinowska S. (red.), *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, Warszawa 2015.
- Hart J.T., *The inverse care law*, „The Lancet”, 27.02.1971, s. 405–412, [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/abstract) (30.09.2014).
- Hsiao W.C., *Abnormal economics in the health sector*, „Health Policy” 1995, no. 32, s. 125–139.
- Indulski J.A., Matulewicz M., Bryła M., *Ekonomika zdrowia a problem efektywności ochrony zdrowia*, Łódź 1994.
- Kern A., *Arzinduzierte Nachfrage in der ambulanten Versorgung. Bedeutung für eine Privatisierung von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung*, www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/225.pdf (30.09.2014).
- Morris S., Devlin N., Parkin D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, tłum. E. Nojszewska, M. Próchniak, P. Cizkowicz, Warszawa 2011.

- Pauly M.V., *The economics of moral hazard: comment*, „The American Economic Review” 1968, vol. 58, no. 3, p. 1, s. 531–537.
- Phelps Ch., *Health economics*, 2nd ed., USA 1997.
- Richardson J., Peacock S., *Reconsidering theories and evidence of supplier induced demand*, <http://arrow.monash.edu.au/hdl/1959.1/42378> (20.11.2016).
- Rossiter L.F., Wilensky G.R., *Identification of physician – induced demand*, „The Journal of Human Resources” 1984, vol. 19, no. 2, s. 231–244.
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*, Warszawa 2007.
- Samuelson P.A., *The pure theory of public expenditure*, „The Review of Economics and Statistics” 1954, vol. 36, no. 4, s. 387–389.
- Sobczak A., Opolski J., *Świadczenia i ubezpieczenie zdrowotne – dobra publiczne czy prywatne?*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 4, <http://www.czytelniamedyczna.pl/3113,Swiadczenia-i-ubezpieczenie-zdrowotne-dobra-publiczne-czy-prywatne.html> (02.11.2016).
- Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Kraków 1996.
- Włodarczyk W.C., *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2014.
- Wnuk R., *Komunikowanie się lekarza z pacjentem – potencjalne źródła konfliktu*, „Diametros” 2009, nr 22, s. 124–133, www.diametros.iphils.uj.edu.pl. (9.08.2016).
- Wouters A., *Alternative provider payment methods: incentives for improving health care delivery*, „PHR Primer for Policymakers” 1999, www.hrresourcecenter.org/node/1010# (9.08.2016).

Analysis and evaluation of the instruments for the regulation of the supply of the health care benefits defined in the act on health care benefits financed from public resources

The health care benefits market is a regulated market. The need to introduce regulation results from the specifics of the benefit payments market and in particular from the asymmetry in information occurring there, the high degree of uncertainty accompanying concluded transactions as well as the external effects that occur. The joint existence of these features means that the mechanisms of market allocation fail. Additionally, in the case of such forms of welfare such as health care (besides the optimal allocation of scarce resources) their just distribution is expected i.e., in accordance with principles of justice, equality and a maintaining of individual dignity. For this reason market allocation requires correction when its results are deemed to be unjust.

The aim of the present article is to show the instruments regulating the supply of the benefit payment market, which were defined in the act of the 27th of August 2004 on benefit payments for health care financed from public resources. The mentioned act is one of many legal acts containing regulations supervising the health care benefit market in Poland. In the first part of the article shown are the reasons for which supply within the benefit market is regulated as well as the methods for regulating supply. Subsequently the instruments for the regulation of supply outlined in the act on benefits are described and evaluated.

Key words: health care benefit market, asymmetry of information, demand induced by supply, supply on the benefit market, regulated market