

FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA

WYBRANE ZAGADNIENIA

redakcja naukowa
Jadwiga Suchecka

2. wydanie



ABC

a Wolters Kluwer business

FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA

WYBRANE ZAGADNIENIA

redakcja naukowa
Jadwiga Suchecka

2. wydanie zmienione
– rozszerzone i uaktualnione

Zamów książkę w księgarni internetowej

profinfo.pl
księgarnia internetowa



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2015

Stan prawny na 1 września 2015 r.

Recenzent

Prof. dr hab. Kazimierz Ryc

Wydawca

Izabella Matecka

Redaktor prowadzący

Agnieszka Dymkowska

Opracowanie redakcyjne

Daniel Działa

Łamanie

Violet Design

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych

Maciej Sadowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.



SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer SA, 2015

ISBN: 978-83-264-9378-2

2. wydanie

Wydane przez:

Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 19

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Spis treści

Wykaz skrótów	11
Wprowadzenie (<i>Jadwiga Suchecka</i>)	13
Wprowadzenie do wydania drugiego (<i>Jadwiga Suchecka</i>).....	21
Rozdział 1	
Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach (<i>Adam Depta</i>)	27
1.1. Charakterystyka i reformy ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia.....	28
1.1.1. Niemcy	30
1.1.2. Belgia	33
1.1.3. Francja	34
1.1.4. Holandia.....	35
1.2. Charakterystyka i reformy budżetowego modelu ochrony zdrowia	37
1.2.1. Wielka Brytania.....	38
1.2.2. Szwecja	40
1.2.3. Hiszpania	44
1.3. System zdrowotny USA jako przykład rezydualnego modelu ochrony zdrowia.....	46
1.4. Charakterystyka i reformy scentralizowanego modelu Siemaszki.....	49
1.4.1. Litwa	50
1.4.2. Węgry	51
1.4.3. Czechy (transformacja systemu Siemaszki).....	52
1.4.4. System ochrony zdrowia w Polsce.....	53
1.5. Zakończenie.....	58
Rozdział 2	
Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w ujęciu narodowych rachunków zdrowia (<i>Agnieszka Strzelecka</i>)	62
2.1. Wprowadzenie.....	62
2.2. Metodologia Systemu Rachunków Zdrowia według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)	63
2.2.1. Cele i zasady Systemu Rachunków Zdrowia	64
2.2.2. Międzynarodowa Klasyfikacja dla Rachunków Zdrowia (ICHA).....	66

2.2.2.1. Klasyfikacja Funkcjonalna Ochrony Zdrowia (ICHA-HC)	66
2.2.2.2. Klasyfikacja Dostawców Dóbr i Usług Zdrowotnych (ICHA-HP).....	68
2.2.2.3. Klasyfikacja Źródeł Finansowania Ochrony Zdrowia (ICHA-HF).....	69
2.3. System Rachunków Zdrowia w Polsce	70
2.3.1. Instytucje rządowe i samorządowe (z wyłączeniem funduszy ubezpieczeń społecznych).....	71
2.3.2. Fundusze ubezpieczeń społecznych: powszechnie ubezpieczenia zdrowotne.....	72
2.3.3. Fundusze zabezpieczenia społecznego: pozostałe ubezpieczenia społeczne.....	72
2.3.4. Ubezpieczenia prywatne	73
2.3.5. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia.....	74
2.3.6. Wydatki instytucji non-profit działających na rzecz gospodarstw domowych	74
2.3.7. Podmioty gospodarcze	75
2.3.8. Zagranica.....	75
2.4. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w 2010 i 2011 roku	76
2.5. Zakończenie.....	83

Rozdział 3

Makroekonomiczne uwarunkowania wydatków publicznych

na ochronę zdrowia (Agnieszka Strzelecka)	85
3.1. Wprowadzenie.....	85
3.2. Czynniki makroekonomiczne wpływające na wydatki publiczne na ochronę zdrowia.....	87
3.3. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w wybranych krajach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (lata 2005–2012).....	95
3.4. Eksploracja wydatków publicznych na ochronę zdrowia	109
3.5. Zakończenie.....	111

Rozdział 4

Finansowanie prywatne ochrony zdrowia w Polsce

(Zofia Skrzypczak)	112
4.1. Finansowanie prywatne ochrony zdrowia w krajach europejskich	112
4.2. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia w Polsce według Narodowego Rachunku Zdrowia (<i>National Health Accounts</i>)	117
4.3. Wydatki polskich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia – ujęcie mikro- i makroekonomiczne	123
4.4. Propozycja wykorzystania rachunków narodowych jako źródła informacji o wydatkach gospodarstw domowych na ochronę zdrowia.....	130
4.5. Podsumowanie	132

Rozdział 5**Skłonność do płacenia za świadczenia zdrowotne (*willingness-to-pay*)**

(Maciej Jewczak)	133
5.1. Wstęp.....	133
5.2. Geneza gotowości do płacenia	135
5.3. Polityka cenowa podejścia do WTP.....	137
5.4. Konceptje podejścia do WTP.....	143
5.4.1. Mechanizm ceny maksymalnej.....	143
5.4.2. Mechanizm ceny granicznej.....	144
5.5. Techniki pomiaru skłonności do płacenia	148
5.6. Wykorzystanie podstawowych technik WTP w opiece zdrowotnej – próba aplikacji.....	154
5.7. Załącznik metodologiczny	160

Rozdział 6**Partnerstwo publiczno-prywatne w ochronie zdrowia**

(Jadwiga Suhecka, Zofia Skrzypczak).....	168
6.1. Wprowadzenie.....	168
6.2. Istota partnerstwa publiczno-prywatnego	170
6.3. Legislacja dotycząca partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce.....	177
6.4. Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia.....	182
6.5. Przykłady zastosowania partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia na świecie	188
6.5.1. Prywatyzacja ambulatoryjnych usług dializoterapii – Rumunia.....	191
6.5.2. Lepsze IT dla lepszego zdrowia („BIT4health” – Niemcy).....	192
6.6. Podsumowanie	193

Rozdział 7**Przydział uprawnień kontrolnych podmiotom współpracującym
w ramach umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym**

(Jadwiga Suhecka)	196
7.1. Wprowadzenie.....	196
7.2. Alokacja uprawnień kontrolnych w ramach umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym (aspekt teoretyczny)	201
7.3. Praktyczne zastosowanie teorii podziału uprawnień kontrolnych na przykładzie przemysłu farmaceutycznego w Chinach.....	208
7.3.1. Hipotezy i założenia modelu teoretycznego	208
7.3.2. Wyniki badań empirycznych – przemysł farmaceutyczny w Chinach	215

Rozdział 8**Outsourcing – metoda pozyskiwania wewnętrznych źródeł finansowania**

(Hanna Lewandowska)	220
8.1. Wstęp.....	220
8.2. Rodzaje kapitałów w finansowaniu rozwoju przedsiębiorstw	221

8.3. Metody pozyskiwania wewnętrznych źródeł finansowania	225
8.4. Outsourcing jako metoda pozyskiwania wewnętrznych źródeł finansowania. Studia przypadków	235
8.5. Podsumowanie	240

Rozdział 9

Koszyk świadczeń gwarantowanych (Maciej Jewczak)	242
9.1. Uwagi wstępne	242
9.2. Czym jest koszyk świadczeń gwarantowanych?	247
9.3. Koszyk świadczeń gwarantowanych a katalog świadczeń	248
9.4. Rodzaje i modele koszyka świadczeń gwarantowanych	249
9.5. Metody ewaluacyjne stosowane w ekonomice zdrowia	253
9.5.1. Podział i charakterystyka	253
9.5.2. Metody ewaluacyjne - przykładowe zastosowanie	255
9.6. Koncepcje koszyka świadczeń gwarantowanych w Polsce i na świecie.....	258
9.7. Katalogi świadczeń usług.....	262
9.7.1. Katalogi usług opieki leczniczej (HC.1).....	262
9.7.1.1. Opieka szpitalna	262
9.7.1.2. Opieka ambulatoryjna	266
9.7.2. Usługi rehabilitacyjne (HC.2).....	270
9.7.3. Usługi długoterminowej opieki pielęgniarskiej (HC.3)	270
9.7.4. Usługi pomocnicze opieki zdrowotnej (HC.4)	271
9.7.5. Towary medyczne w opiece ambulatoryjnej (HC.5)	272
9.7.5.1. Farmaceutyki i środki medyczne nietrwałego użytku	272
9.7.5.2. Terapeutyczne i inne urządzenia medyczne trwałego użytku.....	273
9.7.6. Zapobieganie i publiczna służba zdrowia (HC.6)	273

Rozdział 10

Jednorodne grupy diagnostyczne narzędziem finansowania świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach UE - analiza porównawcza

(Konstanty Owczarek, Jadwiga Suchecka)	277
10.1. Wprowadzenie	277
10.2. Charakterystyka i proces wyodrębniania jednorodnych grup pacjentów	279
10.3. System DRG w wybranych krajach UE	284
10.3.1. Organizacja i polityka ochrony zdrowia	286
10.3.2. Instytucje decydujące o wdrożeniu systemu DRG	291
10.3.3. Przyczyny wdrożenia systemu DRG	292
10.3.4. Czas wdrażania systemu DRG.....	294
10.3.5. Finansowanie szpitali przed wprowadzeniem systemu DRG	296
10.3.6. Cele wprowadzenia systemu DRG	297
10.3.7. Okres przejściowy między starym systemem finansowania a DRG	298

10.3.8. Podstawy finansowe i różnice pomiędzy lokalnymi wariantami wdrożonego systemu DRG.....	299
10.3.9. Zakres stosowania systemu DRG w szpitalach.....	300
10.3.10. Rodzaj stosowanego systemu DRG oraz przyczyny jego wyboru	301
10.3.11. Efekty wdrożenia systemu DRG.....	302
10.4. Optymalny podział ryzyka między szpitalem a ubezpieczycielem.....	305
10.4.1. Odchylenie standardowe LOS i optymalny próg	312
10.5. Zakończenie	316
Bibliografia	319
Akty prawne	331
Indeks rzeczowy	333
O Autorach	339

Wykaz skrótów

ECM	- model korekty błędem (error correction model)
ESA 95	- Europejski System Rachunków Narodowych i Regionalnych (European System of Accounts)
Eurostat	- Europejski Urząd Statystyczny (European Statistical Office)
ICHA	- Międzynarodowa Klasyfikacja dla Rachunków Zdrowia (International Classification for Health Accounts)
ICHA-HC	- Klasyfikacja funkcji ochrony zdrowia (Classification of Health Care Functions)
ICHA-HF	- Klasyfikacja źródeł finansowania (Classification of Sources of Funding)
ICHA-HP	- Klasyfikacja dostawców usług i dóbr z zakresu ochrony zdrowia (Classification of Health Care Providers)
ISIC	- Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Przemysłu (International Standard Industrial Classification)
k.p.	- ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.)
KRUS	- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
M.P.	- Monitor Polski
NAICS	- Północnoamerykański System Klasyfikacji Przemysłu (North American Industry Classification System)
NHA	- Narodowe Rachunki Zdrowia (National Health Accounts)
NZOZ	- niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
OECD	- Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organization for Economic Co-operation and Development)
ONZ	- Organizacja Narodów Zjednoczonych (United Nations)
PKB	- produkt krajowy brutto (gross domestic product)
PPP	- parytet siły nabywczej (purchasing power parity)
SAM	- macierz rachunków społecznych (social accounting matrix)
SHA	- System Rachunków Zdrowia (System of Health Accounts)
SMP	- służba medycyny pracy
SPZOZ	- samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
SNA 93	- System Rachunków Narodowych (System of National Accounts)
ustawa o zoz	- ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.)
u.p.d.o.f.	- ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307 z późn. zm.)

- u.p.d.o.p.** - ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.)
- u.ś.o.z.** - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
- ZOZ** - zakład opieki zdrowotnej
- ZPFKCH** - Zbiorny Plan Finansowy Kas Chorych

Jadwiga Suchecka

Wprowadzenie

Specyfiką współczesnych systemów zdrowotnych na świecie jest występowanie nierównowagi pomiędzy poziomem zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa a poziomem finansowania świadczeń zdrowotnych. Obserwowany obecnie popyt na opiekę zdrowotną znacznie przewyższa możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych istniejące w sektorze zdrowia. Tendencja ta będzie się utrzymywała, bowiem z prognoz opracowywanych przez różne instytucje wynika, że popyt na opiekę zdrowotną w przyszłości będzie wykazywał tendencję rosnącą.

Zasadniczym problemem, jaki staje przed rządami poszczególnych krajów, jest ustalenie takich sposobów finansowania ochrony zdrowia, aby zachowane zostały reguły polityki gospodarczej, a jednocześnie aby były przestrzegane reguły polityki zdrowotnej.

W sektorze publicznym wydatki na usługi zdrowotne związane są z obowiązującą polityką fiskalną i gromadzonymi funduszami budżetowymi przeznaczanymi na finansowanie sfery niematerialnej. Natomiast w sektorze prywatnym opłata za usługi i dobra medyczne ponoszona jest bezpośrednio z dochodów osobistych, podobnie jak wydatki na inne dobra konsumpcyjne i oszczędności.

Problem, w jaki sposób finansować opiekę zdrowotną (z uwzględnieniem finansowania innych sektorów), musi być rozwiązany z przestrzeganiem obowiązujących zasad finansowania zabezpieczenia społecznego i/lub finansowania prywatnego. Jedną z podstaw zrozumienia tego procesu jest znajomość czynników determinujących wybory dokonywane przez ludzi w kwestii zakupu świadczeń zdrowotnych na rynku tych usług lub dostarczania ich w wyniku politycznych ustaleń. Ponadto wybór dokonany przez pryzmat finansowania opieki zdrowotnej wywiera zasadniczy wpływ na decyzje dotyczące podaży świadczeń zdrowotnych. Z ekonomicznego punktu widzenia kryterium to jest ważne dla ustalenia powiązań finansowania systemu opieki zdrowotnej z produkcją i popytem na usługi i dobra medyczne.

W dyskusjach prowadzonych przez ekspertów światowych oraz polskich podkreśla się, że negatywne zjawiska zakłócające funkcjonowanie współczesnych systemów zdrowotnych uniemożliwiają realizację zasadniczego celu, jakim jest zapewnienie społeczeństwu bezpieczeństwa zdrowotnego i właściwego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Do najczęściej wymienianych

czynników negatywnie wpływających na funkcjonowanie systemów zdrowotnych należą:

- nieodpowiadający aktualnym potrzebom system organizacyjny i finansowy sektora zdrowia,
- zbyt niskie ceny i stawki dla świadczeniodawców ustalane przez płatnika,
- brak środków na inwestycje i niski stopień wykorzystania finansowania zewnętrznego,
- ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz długi czas oczekiwania na usługi wysokospecjalistyczne,
- niska jakość oferowanych świadczeń zdrowotnych,
- długi czas oczekiwania na usługę medyczną.

Przedstawiona lista oczywiście nie wyczerpuje przyczyn złej sytuacji. Istnieją również specyficzne czynniki zakłócające funkcjonowanie ochrony zdrowia w różnych krajach, wymuszające na rządach tych krajów wprowadzanie odpowiednich reform.

Większość zarysowanych problemów, jakie należy rozwiązać, aby sprostać wymaganiom współczesnych społeczeństw, występuje również w Polsce, powodując eskalację niezadowolenia społeczeństwa. Zapoczątkowany w 1999 r. proces transformacji polskiego systemu zdrowotnego trwa do chwili obecnej, a kolejne reformy mają na celu eliminowanie istotnych barier ograniczających jego efektywne funkcjonowanie. Implikuje to konieczność prowadzenia szeregu analiz, również porównawczych, mających na celu wypracowanie najlepszych i efektywnych rozwiązań.

Uwzględniając powyższe rozważania, można przyjąć tezę, że specyficzny charakter i złożoność problemów występujących w ochronie zdrowia wymagają prowadzenia badań interdyscyplinarnych, porównania ich wyników oraz wyboru i adaptacji najlepszych rozwiązań.

Niniejsze opracowanie jest zbiorem tekstów prezentujących aspekty teoretyczne finansowania ochrony zdrowia i praktyczne rozwiązania opisywane w literaturze przedmiotu, zarówno zagranicznej, jak i krajowej, wskazujących również na potrzebę badań porównawczych niezbędnych do wyznaczenia nowych kierunków polityki ekonomiczno-społecznej, w tym polityki zdrowotnej.

Praca składa się z jedenastu rozdziałów, z których każdy zawiera omówienie jednego z wcześniej wymienionych problemów.

W rozdziale 1, mającym w pewnym sensie charakter wprowadzający, przedstawiono kierunki reform wprowadzanych we współczesnych systemach zdrowotnych. Omówiono w nim zarówno kierunki zmian organizacyjnych, jak i sposobów finansowania i gromadzenia funduszy na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych. Rozważania dotyczą procesów transformacji w krajach o ugruntowanym systemie gospodarki rynkowej oraz w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, w których proces transformacji jeszcze się nie zakończył.

W rozdziale 2 zostały przybliżone zagadnienia związane z metodologią Systemu Rachunków Zdrowia (*System of Health Accounts*), ze szczególnym uwzględnieniem Narodowych Rachunków Zdrowia (*National Health Accounts*) w Polsce. System Rachunków Zdrowia został wprowadzony na mocy zaleceń

Eurostatu. Celem tego systemu jest umożliwienie badania i porównywania narodowych wydatków zdrowotnych oraz wykorzystanie do podejmowania decyzji w zakresie zarządzania systemem ochrony zdrowia. Ta Międzynarodowa Klasyfikacja dla Rachunków Zdrowia (ICHA – *International Classification for Health Accounts*) pozwala na analizę ochrony zdrowia z różnych punktów widzenia: źródeł finansowania (Klasyfikacja źródeł finansowania ochrony zdrowia, ICHA-FH – *Classification of Sources of Funding*), dostawców usług i dóbr z zakresu ochrony zdrowia (Klasyfikacja dostawców dóbr i usług z zakresu ochrony zdrowia, ICHA-HP – *Classification of Health Care Providers*) oraz funkcji ochrony zdrowia (Klasyfikacja funkcjonalna ochrony zdrowia, ICHA-HC – *Classification of Health Care Functions*).

Ponadto scharakteryzowano wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2005-2007, uwzględniające zasady Narodowych Rachunków Zdrowia.

Przeprowadzając porównania międzynarodowe dotyczące różnych aspektów ochrony zdrowia, należy uwzględnić zarówno specyfikę funkcjonujących modeli opieki zdrowotnej, jak i poziom rozwoju gospodarczego danego kraju, najczęściej mierzonego wielkością PKB w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Jak wynika z wieloletnich badań, istnieje silny związek pomiędzy wielkością tego miernika a wysokością publicznych środków pieniężnych i prywatnych przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Dodatkowo czynnikami determinującymi poziom wydatków są: struktura demograficzna, stan zdrowia ludności oraz efektywność systemu zdrowotnego.

Problemom kształtowania się wydatków na ochronę zdrowia w ujęciu makroekonomicznym poświęcony jest rozdział 3. Zwrócono w nim uwagę na kształtowanie się wydatków publicznych na ochronę zdrowia z uwzględnieniem poziomu PKB oraz wydatków prywatnych. Ponadto wykorzystując bazę danych OECD *Health Data 2009*, obejmującą lata 2000-2007, dla 19 krajów Unii Europejskiej należących jednocześnie do OECD opisano relacje krótko- i długookresowe pomiędzy analizowanymi zmiennymi. W tym celu zastosowano modele korekty błędem.

Do podstawowych kategorii i wskaźników makroekonomicznych wykorzystywanych w międzynarodowych porównaniach systemów ochrony zdrowia należą: poziom wydatków na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca (w dolarach amerykańskich, według PPP) oraz dynamika ich zmian, relacje wydatków na ochronę zdrowia do produktu krajowego brutto (w procentach) oraz struktura finansowania, uwzględniająca dwa źródła finansowania ochrony zdrowia – publiczne i prywatne.

Fundusze publiczne przeznaczone na ochronę zdrowia trafiają do systemu bezpośrednio z budżetu państwa (model Beveridge'a) lub/i za pośrednictwem powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych (model Bismarcka) do płatnika centralnego.

Finansowanie prywatne obejmuje wydatki gospodarstw domowych i przedsiębiorstw, ponoszone zarówno bezpośrednio na zakup leków i artykułów farmaceutycznych oraz usług medycznych, jak i w formie zakupu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz abonamentów uprawniających do korzystania ze świadczeń w prywatnych placówkach ochrony zdrowia.

Rozszerzenie problematyki wykorzystania Narodowych Rachunków Zdrowia do analizy struktury i poziomu finansowania ochrony zdrowia stanowią rozważania dotyczące finansowania prywatnego ochrony zdrowia w Polsce. Zaprezentowano w nich sposoby ustalania oraz poziom kształtowania się wydatków prywatnych, jak również ich udział w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce. Wskazano również, że sposób liczenia wydatków prywatnych, zwłaszcza ich udziału w wydatkach gospodarstw domowych, prowadzi do znaczącego zaniżenia ich wysokości i wydatków ogółem na ochronę zdrowia oraz ich relacji do PKB. Zwrócono uwagę na fakt, że organizacje międzynarodowe (WHO, OECD) formułują opinie o skali i strukturze środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia w Polsce (a tym samym o miejscu Polski wśród innych krajów UE i świata) na podstawie niepełnych informacji.

Toczące się debaty nad sposobami i możliwościami podniesienia efektywności współczesnych systemów zdrowotnych również dotyczą systemu polskiego. Zasadniczym problemem jest niedostateczne finansowanie ochrony zdrowia. W celu rozwiązania tego problemu poszukuje się różnych sposobów i metod pozyskiwania zewnętrznych i wewnętrznych źródeł finansowania. Do najczęściej proponowanych rozwiązań należy: wprowadzenie zasady współfinansowania świadczeń przez pacjentów, współpraca publicznych placówek ochrony zdrowia w ramach umów o partnerstwie publiczno-prywatnym oraz przyjęcie outsourcingu jako koncepcji zarządzania. Problematyka ta stanowi przedmiot rozważań w trzech następujących rozdziałach.

Rozdział 5, zatytułowany *Sklonność do płacenia (willingness-to-pay) za świadczenia zdrowotne*, poświęcony jest problemowi wyboru przez pacjenta usług zdrowotnych w zależności od klasycznych czynników popytowych (cena, dochód), dostępności do świadczeń medycznych, rzeczywistych potrzeb zdrowotnych oraz postaw wobec ryzyka choroby.

Ustalenie zasad współpłacenia pacjentów za korzystanie ze świadczeń zdrowotnych powinno mieć charakter kompleksowy. Oznacza to, że należałoby proponować takie rozwiązania, które umożliwiają pacjentom wybór pakietu/zestawu świadczeń, które przy odpowiednim poziomie cen mogą zagwarantować mu wyższy poziom użyteczności. Dodatkowym elementem, który powinien być uwzględniany w procesie modyfikowania systemu, jest określenie skłonności do płacenia za pewne świadczenia zdrowotne. W literaturze ekonomicznej zaproponowano wiele metod określenia skłonności do płacenia (WTP), które z powodzeniem mogą być wykorzystane przy ustalaniu stopnia potencjalnej gotowości do podejmowania decyzji konsumenckich na rynku usług zdrowotnych. Jednakże wprowadzenie tych zasad do systemu zdrowotnego musi spełniać określone warunki, które utrudniają ich bezpośrednio wprowadzenie, chociażby ze względu na publiczny charakter dobra, jakim jest opieka zdrowotna.

Rozdział 6 pt. *Partnerstwo publiczno-prywatne w ochronie zdrowia* poświęcony jest problematyce współpracy podmiotów sektora publicznego z innymi organizacjami pozarządowymi (podmiotami prywatnymi) w celu realizacji procesu wytwarzania dóbr publicznych za środki finansowe pochodzące od podmiotów prywatnych.

Pod koniec lat 80. XX w. w Wielkiej Brytanii zrodziła się koncepcja prywatyzacji usług zdrowotnych w ramach istniejącego systemu narodowej służby zdrowia. Wywołała ona szeroką dyskusję wśród polityków i ekonomistów wielu krajów, w których podstawowym źródłem finansowania są fundusze publiczne. Efektem tych dyskusji i debat jest koncepcja publiczno-prywatnego partnerstwa oraz publiczno-prywatnej współpracy w sektorze zdrowia.

W Polsce jest to stosunkowo nowy sposób zewnętrznego finansowania działalności sektora ochrony zdrowia, stanowiący przejaw kooperacji podmiotów publicznych z podmiotami prywatnymi. W pierwszej części rozdziału 6 omówiono istotę partnerstwa publiczno-prywatnego, wskazując różnorodność jego form strukturalnych i prawnych w zależności od podejścia do tej formy finansowania. Proponowane koncepcje mogą dotyczyć: umowy polegającej na stosowaniu czystej inżynierii finansowej oferowanej i zapewnianej przez partnera prywatnego, umowy opartej na podziale zysku, kontraktowania wykonywania zadań publicznych, tworzenia podmiotów o specjalnym przeznaczeniu czy też konstruowania i zarządzania całymi programami inwestycyjnymi, a także prywatyzację.

Ze względu na fakt, że koncepcja partnerstwa publiczno-prywatnego w odniesieniu do ochrony zdrowia w Polsce jest rozwiązaniem nowym, w dalszej części rozdziału scharakteryzowano nie tylko ustalenia legislacyjne umożliwiające jej realizację w ramach podmiotów funkcjonujących w Polsce, ale również zawieranie tego typu umów z podmiotami zagranicznymi.

Natomiast w zakończeniu opisano rozwiązania wprowadzane w sektorach zdrowia różnych krajów. Mogą one stanowić cenne wskazówki dla Polski, pokazując obszary ewentualnych przyszłych przedsięwzięć.

Obserwowane kierunki reform światowych systemów zdrowotnych z jednej strony wskazują na możliwości komercjalizacji i urynkowienia wielu form działalności podmiotów sektora zdrowia, a z drugiej – umożliwiają wprowadzenie nadzoru korporacyjnego ze szczególnym uwzględnieniem władzy ekonomicznej w podmiotach gospodarczych funkcjonujących w ramach sektora publicznego.

W przypadku sektora publicznego niezwykle istotnym problemem staje się wyjaśnienie władzy ekonomicznej oraz prawa regulującego współpracę różnych podmiotów. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia w realizacji umów w zakresie partnerstwa publiczno-prywatnego, zawieranych przez publiczne instytucje i placówki zdrowia z organizacjami i instytucjami sektora prywatnego. W sektorze przedsiębiorstw prywatnych występują silne powiązania władzy ekonomicznej z własnością w sensie prawnym, natomiast w sektorze publicznym związki te są raczej rozmyte.

Termin „własność ekonomiczna” we współczesnej teorii przedsiębiorstw stosowany jest w znaczeniu kontroli nad zasobami. Oddzielenie prawa własności od uprawnień kontrolnych może wpływać na lepsze wykorzystanie zasobów oraz zapewniać efektywność działania podmiotów prywatnych, jednak w odniesieniu do podmiotów sektora publicznego prawa te mogą oddziaływać z mniejszą siłą, co wynika z prowadzonej polityki społecznej i ekonomicznej.

W poszukiwaniu racjonalnych rozwiązań w sektorze publicznym wykorzystuje się niektóre koncepcje prezentowane przez teorie agencji, kontraktów

niekompletnych oraz kosztów transakcyjnych. Teorie te nabierają szczególnego znaczenia w realizacji umów o partnerstwie publiczno-prywatnym, w których mamy do czynienia z różnymi interesami i motywacjami obu stron kontraktu/ umowy.

Najistotniejsze problemy w przypadku umów o partnerstwie publiczno-prywatnym związane z alokacją uprawnień kontrolnych mających wpływ na efektywność tej współpracy i zwiększenie znaczenia sektora publicznego stanowią przedmiot rozważań zawartych w rozdziale pt. *Przydział uprawnień kontrolnych podmiotom współpracującym w ramach umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym*. W końcowej części tego rozdziału zaprezentowano omawiane teorie stosowane w badaniu dotyczącym współpracy przemysłu farmaceutycznego w Chinach z innymi podmiotami funkcjonującymi w tym sektorze.

W następnym rozdziale autorstwa Hanny Lewandowskiej, zatytułowanym *Outsourcing – metoda pozyskiwania wewnętrznych źródeł finansowania*, omówiono inną metodę współpracy podmiotów sektora publicznego i prywatnego, mającą na celu ograniczanie kosztów funkcjonowania placówki opieki zdrowotnej, a pośrednio związaną ze sposobem wewnętrznego finansowania. W rozdziale tym przedstawiono krótką charakterystykę rodzajów kapitałów w przedsiębiorstwie oraz możliwe metody ich pozyskiwania. Następnie opisano metody zdobywania źródeł finansowania poprzez działania związane z ograniczeniami dotychczasowych obszarów działalności niezaliczanej do *core business*. W dalszej części skoncentrowano się na cechach charakteryzujących outsourcing, zwracając uwagę na korzyści i zagrożenia wynikające z jego wdrażania. Rozdział kończy część empiryczna, w której na przykładzie wybranych szpitali przedstawiono zasadność outsourcingu jako metody ograniczania kosztów i pozyskiwania wewnętrznych źródeł finansowania na działania rozwojowe tych organizacji.

Zarówno szacowanie kosztów usług medycznych, jak i wdrażanie procedur i kryteriów ustalania pakietów świadczeń może stać się ważnym instrumentem polityki w zakresie zwiększania całkowitej i szeroko pojętej produktywności systemu opieki zdrowotnej.

Liczne badania prowadzone przez OECD, WHO i Bank Światowy dowodzą, że wszystkie kraje stają przed problemem wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, przy jednocześnie ograniczonych zasobach finansowych przeznaczonych na ten system. Takie ograniczenia wymuszają na decydentach dokonywanie trudnych wyborów. Jednym z rozwiązań ograniczających wielkość wydatków publicznych jest ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych, co w konsekwencji prowadzi do sytuacji, w której pacjenci zmuszeni są do ponoszenia opłat za świadczenia nieuwzględnione w ustalonym koszyku, opłacając je z własnej kieszeni lub pokrywając z polisy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Problematyce tej poświęcony jest rozdział 9, zatytułowany *Koszyk świadczeń gwarantowanych*. Zaprezentowano w nim różne koncepcje konstrukcji koszyka, ich rodzaje oraz przebieg prac nad „reformą koszykową” prowadzonych w krajach Unii Europejskiej.

Racjonalność w finansowaniu świadczeń medycznych mają zapewnić formy kontraktów zawieranych przez świadczeniodawców i płatnika. System finansowania świadczeń zdrowotnych może przybierać różne formy płatności: od najbardziej prostych do najbardziej zaawansowanych.

Aktualnie stosowaną formą płatności, należąca do najbardziej zaawansowanego systemu rozliczeń, jest system oparty na jednorodnych grupach pacjentów (*Diagnostics Related Groups* – DRG). Zaletą tego systemu jest to, że płatność za świadczenie koresponduje dokładnie z leczonymi przypadkami oraz ewentualnym poziomem komplikacji. W przypadku wystąpienia komplikacji w trakcie leczenia pacjenta czy interwencji medycznej możliwa jest zmiana płatności za ustaloną wcześniej kwotę. Uważa się, że DRG/JGP jest jedynym systemem pozwalającym na skuteczną eliminację nieprawidłowości po stronie świadczeniodawców. Jego wadą jest natomiast konieczność dokładnego dokumentowania każdego działania, co zwiększa nakłady na administrację. Jednak nie mniej ważne okazują się cele pozafinansowe, takie jak zwiększenie przejrzystości funkcjonowania szpitali, wzrost ich aktywności i efektywności w obsłudze pacjenta oraz próby stworzenia rynku usług medycznych. W rozdziale 10, poświęconym problemom ustalania i wdrażania koncepcji JGP, przedstawiono również historię powstania tej koncepcji, przyczyny i proces jej wdrażania w wybranych krajach. Rozważania kończy omówienie wpływu wdrożenia DRG na finansowanie świadczeń zdrowotnych przez płatnika oraz prezentacja propozycji analitycznego rozwiązania problemu wynikającego z dłuższego pobytu pacjenta w szpitalu, niż wynikało to z przyjętych norm, czyli „płatności odstających od normy”. Opisane procedury określają próg długości pobytu w szpitalu, ograniczający osiągnięcie przez pacjenta korzyści. W większości systemów DRG próg ten zwiększa się wraz z odchyleniem standardowym rozkładu długości pobytu pacjenta w szpitalu. Rozwiązanie to przypomina umowę ubezpieczenia z udziałem własnym – szpital ubezpiecza tylko część pobytu, do określonego progu.

W ostatnim rozdziale – *Finansowe czynniki determinujące system wynagrodzeń w jednostkach opieki zdrowotnej* – autor omawia istotny element kosztów, wpływający na funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej, jakim są wynagrodzenia. Ich wysokość jest uzależniona od wielu czynników ekonomicznych, takich jak stawki płac obowiązujących za granicą czy mobilność białego personelu. Odpowiednio skonstruowany system wynagrodzeń może motywować pracowników do pozostawania w danej placówce i/lub do bardziej wydajnego świadczenia pracy. Ważnym (pozaprawnym i ekonomicznym) czynnikiem jest czynnik finansowy. W analizach jego wpływu na system wynagrodzeń w placówkach opieki zdrowotnej należy uwzględnić znaczenie systemu rachunkowości, ubezpieczeń społecznych oraz polityki fiskalnej. Mogą one z jednej strony wpływać na sytuację jednostek opieki zdrowotnej, natomiast z drugiej odgrywają ogromną rolę w określaniu wysokości wynagrodzeń otrzymywanych przez pracowników podmiotów świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia.

Przedstawione zagadnienia nie wyczerpują problematyki ekonomicznych i finansowych analiz sektora zdrowia. Wskazują jednak na wiele obszarów i problemów, które należałoby uwzględnić w dalszych badaniach, mogą również stanowić inspirację do zastosowań w praktyce różnych rozwiązań proponowanych w teoriach ekonomii instytucjonalnej, finansach publicznych czy ekonomicznych. Jak pokazują liczne przykłady prezentowane w kolejnych rozdziałach niniejszej pracy, zasadne jest również wykorzystanie odpowiednich metod analizy ilościowej do rozwiązywania konkretnych problemów stojących przed współczesnymi systemami zdrowotnymi.

Jadwiga Suchecka

Wprowadzenie do wydania drugiego

Specyfiką współczesnych systemów zdrowotnych jest wdrażanie procesów ich transformacji lub reformowania w celu podnoszenia efektywności ekonomicznej i racjonalizacji wydatków na opiekę zdrowotną. Ekonomizacja opieki zdrowotnej z jednej strony powinna być prowadzona w taki sposób, aby zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwu, ale jednocześnie nie doprowadzić do zachwiania równowagi gospodarczej. O efektywności funkcjonowania sektora zdrowia, obok wielu innych czynników, w przeważającej mierze decyduje przyjęty w danym państwie system finansowania opieki zdrowotnej.

Obserwowany obecnie wzrost popytu na opiekę zdrowotną – zarówno podstawową, jak i wysokospecjalistyczną – wynika nie tylko z negatywnych procesów demograficznych (starzenie się społeczeństw) i wprowadzanych nowoczesnych technologii medycznych, ale także z pojawiających się nowych problemów epidemiologicznych. Z ekspertyz różnych światowych specjalistów wynika, iż popyt na opiekę zdrowotną w przyszłości będzie wykazywał silną tendencję rosnącą.

Nasilanie się negatywnych zjawisk, w tym nierówności w dostępie do nowoczesnych usług medycznych, powoduje, iż wszelkie działania podejmowane przez ekonomistów zdrowia zmierzają do poszukiwania racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia przez propozycje i aplikacje efektywnych mechanizmów płatności za zrealizowane świadczenia medyczne. Niezależnie od organizacji systemu zdrowia wprowadzony przez decydentów mechanizm rozliczeń finansowych między płatnikiem a świadczeniodawcami stanowi silny bodziec dla podmiotów leczniczych działających w systemie oraz jest jednym z najważniejszych elementów uwzględnianych w strategicznym zarządzaniu sektorem zdrowia.

Należy zauważyć, iż współczesny system zdrowia w swoich założeniach powinien uwzględniać nie tylko zasady finansowania zabezpieczenia społecznego, lecz także (na co wskazują analizy porównawcze systemów zdrowotnych funkcjonujących w krajach rozwiniętych gospodarczo) współfinansowanie z dochodów osobistych ludności i/lub finansowanie prywatne. O aktualności i ważności tego problemu mogą świadczyć procesy transformacji i reform wprowadzanych prawie we wszystkich światowych systemach zdrowotnych, mające na celu zwiększenie efektywności alokacji zasobów w danym kraju – zarówno publicznych, jak i prywatnych.

W pierwszym wydaniu *Finansowania ochrony zdrowia* z roku 2011 zaprezentowano aspekty teoretyczne finansowania ochrony zdrowia i praktyczne rozwiązania opisywane w literaturze przedmiotu zarówno krajowej, jak i zagranicznej. Wskazano również na potrzebę badań porównawczych niezbędnych do wyznaczania nowych kierunków polityki ekonomiczno-społecznej, w tym zdrowotnej. Jednak wraz z upływem czasu rządy poszczególnych państw dostosowywały mechanizmy finansowania świadczeń zdrowotnych do uwarunkowań makroekonomicznych gospodarek i potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Międzynarodowe uszczegółowienie i upowszechnienie informacji z zakresu statystyki medycznej oraz epidemiologii stworzyły warunki do interdyscyplinarnych badań porównawczych dotyczących najważniejszych problemów pojawiających się we współczesnych systemach zdrowotnych. Stąd też w drugim wydaniu monografii *Finansowanie ochrony zdrowia* wprowadzono wiele uaktualnień i rozszerzeń problematyki zarówno w ujęciu teoretycznym, jak i empirycznym – uwzględniającym odpowiednie i wiarygodne dane statystyczne pochodzące z różnych źródeł. Zmiany w drugim wydaniu książki zostały wprowadzone w większości poprzednio prezentowanych rozdziałów, poza rozdziałem siódmym i rozdziałem jedenastym, który został usunięty ze względu na odmienną problematykę prezentowaną w niniejszej monografii. Rozdział siódmy zatytułowany *Przydział uprawnień kontrolnych podmiotom współpracującym w ramach umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym* pozostał w niezmienionej postaci, prezentuje bowiem wyniki konkretnych badań przeprowadzonych w przemyśle farmaceutycznym w Chinach. Zaprezentowano w nim nadal aktualne problemy, z rozwiązaniem których muszą poradzić sobie strony zawierające kontrakt o współpracy partnerskiej. Główne problemy teoretyczne prezentowane w tym rozdziale koncentrują się na tak ważnej kwestii, jaką jest alokacja uprawnień kontrolnych w ramach umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym. Niezrozumienie przez strony kontraktu tak ważnego problemu stanowi częstą przyczynę unieważnienia planowanej umowy, co ma miejsce obecnie w Polsce. Prezentacja praktycznego zastosowania teorii podziału uprawnień kontrolnych wykorzystującej założenia modelu teoretycznego powinna wskazać kierunki rozwiązań kwestii spornych.

Aspekt teoretyczny i praktyczny alokacji uprawnień kontrolnych w ramach umów o PPP ma szczególne znaczenie w upowszechnianiu się tego typu współpracy w Polsce. Znaczące uzupełnienia zostały również wprowadzone w rozdziale szóstym *Partnerstwo publiczno-prywatne w ochronie zdrowia*. Zwrócono szczególną uwagę na problem przestrzegania nadrzędnej zasady tzw. opłacalności (*value for money*) projektu oraz pozafinansowych korzyści z realizacji kontraktu. Wartość dodana, wynikająca z realizacji zawartej umowy w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, najczęściej utożsamiana jest z optymalnym połączeniem pełnego cyklu życia projektu z odpowiednim poziomem jakości, którego efektem końcowym powinny być spełnione oczekiwania użytkownika. W ogólnym znaczeniu opłacalność to równowaga między jakością a ceną oraz wymierna korzyść przy porównywaniu partnerstwa publiczno-prywatnego z inną formą realizacji zadania (np. koncesją). Przyjęcie tego kryterium gwarantuje wyższy poziom efektywności i jakości, ograniczenie kosztów całkowitych, innowacyjność, większą niezawodność i skuteczniejsze zarządzanie.

Często realizacja umowy partnerskiej umożliwia osiągnięcie korzyści pozafinansowych (*non financial benefits*). Korzyści pozafinansowe najczęściej oznaczają korzyści ekonomiczno-społeczne osiągane z realizowanych projektów PPP przez osoby korzystające indywidualnie z usług lub przez ogół społeczeństwa i różnią się zasadniczo od korzyści finansowych czy kosztów, które w rzeczywistości odzwierciedlają przepływy środków finansowych. W praktyce wykazanie przepływów środków finansowych nie nastęrcza większych trudności – najtrudniejszym zadaniem w PPP okazała się identyfikacja, kwantyfikacja i wycena osiągniętych korzyści, zwłaszcza tych, których nie można wycenić w wartościach pieniężnych.

Drugim rozdziałem, w którym dokonano znacznych uaktualnień, jest dziesiąty: *Jednorodne grupy diagnostyczne narzędziem finansowania świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach UE – analiza porównawcza*. Obecnie, po wielu latach doświadczeń funkcjonowania tego systemu w wielu krajach – również w Polsce, uważa się, że najbardziej zaawansowanym systemem płatności za usługi medyczne jest ten oparty na jednorodnych grupach pacjentów (*Diagnostics Related Groups – DRG*). System ten ma ugruntowaną pozycję w stosowanych mechanizmach rozliczania szpitali opartych na DRG (JGP) i funkcjonuje od wielu lat w różnych odmianach na całym świecie. Jest też ciągle udoskonalany i dostosowywany do nowych potrzeb systemu zdrowia. Należy zaznaczyć, że w Polsce pierwsze próby wprowadzenia jednorodnych grup pacjentów miały miejsce dopiero pod koniec lat 90. XX w., a obecnie planowane jest uaktualnienie modelu. Stąd też w rozdziale dziesiątym więcej uwagi poświęcono zagadnieniom związanym z podstawami finansowania świadczeń szpitalnych i różnicom między lokalnymi wariantami wdrożonych systemów DRG.

W rozdziałach prezentujących wyniki badań empirycznych: drugim (*Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w ujęciu Narodowych Rachunków Zdrowia*), trzecim (*Makroekonomiczne uwarunkowania wydatków publicznych na ochronę zdrowia*) i czwartym (*Finansowanie prywatnej ochrony zdrowia w Polsce*) dokonano aktualizacji baz danych statystycznych oraz weryfikacji uzyskanych wyników. Przyjęcie takiego rozwiązania wynikało z upowszechnienia się niektórych rozwiązań proponowanych przez WHO i/lub Eurostat oraz wdrożenie ich do polskiego systemu zdrowia. Wskazano również na bariery ograniczające pełną adaptację rozwiązań światowych do polskiego systemu zdrowia.

I tak, w rozdziale drugim zaprezentowano charakterystykę Narodowych Rachunków Zdrowia (*National Health Accounts*) w Polsce, poprzedzając ją omówieniem metodologii Systemu Rachunków Zdrowia (*System of Health Accounts*). Obowiązujący w Polsce Narodowy System Rachunków Zdrowia umożliwia analizę wydatków na ochronę zdrowia z różnych punktów widzenia, co jest niezwykle ważne dla zarządzania sektorem zdrowia. Informuje bowiem o tworzeniu środków finansowych, produkcji dóbr i usług zdrowotnych oraz o środkach publicznych wydatkowanych na realizowanie określonych zadań i funkcji w sektorze zdrowia. Rozważania teoretyczne zostały uzupełnione wnikliwą analizą statystyczną kształtowania się wydatków publicznych na ochronę zdrowia w latach 2005–2012 z uwzględnieniem zasad Narodowych Rachunków Zdrowia.

W większości krajów wysoko uprzemysłowionych podstawowa część środków finansowych w systemie opieki zdrowotnej pochodzi ze źródeł

publicznych, do których zalicza się podatki ogólne i składki na ubezpieczenia powszechne. Mniejsza, zmienna część środków pozyskiwana jest z opłat bezpośrednich pacjentów lub ubezpieczeń dodatkowych, do których pacjenci przystępują na zasadzie dobrowolności. Mechanizmy finansowania świadczeń medycznych wdrożone w system zdrowotny obowiązujący w danym kraju zależą istotnie od poziomu rozwoju jego gospodarki. Z tego względu w rozdziale trzecim wykorzystano aktualne dane statystyczne w celu określenia makroekonomicznych determinant kształtowania się wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Jako mierniki zastosowano produkt krajowy brutto i wydatki prywatne ogółem. Podjęto również próbę określenia zależności krótko- i długookresowych między zdrowotnymi wydatkami publicznymi a wielkością PKB. Prezentacja kształtowania się wydatków (prywatnych i publicznych) na ochronę zdrowia – ich udziału w PKB czy jako części całkowitych wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia – ma na celu zobrazowanie istniejącej tendencji w Polsce i w wybranych krajach OECD. Informacje dotyczące omawianych wielkości pochodzą z bazy danych OECD Health Statistics 2014 – Frequently Requested Data oraz OECD.StatExtracts, a badania obejmują swym zasięgiem lata 2005–2012. Wszystkie dane zostały podane w dolarach amerykańskich w przeliczeniu na mieszkańca według parytetu siły nabywczej. Badaniu poddano 19 krajów Unii Europejskiej, które jednocześnie wchodzi w struktury Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju oraz należą do nich przez cały ten okres badania. Niezależnie od poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, wielkości i struktury zasobów znajdujących się w systemie ochrony zdrowia, funkcjonującego w danym kraju modelu opieki zdrowotnej i istniejących rozwiązań instytucjonalnych w tym obszarze wyróżniamy dwa podstawowe źródła finansowania ochrony zdrowia: publiczne i prywatne. Ta ostatnia grupa wydatków na świadczenia zdrowotne została omówiona w zaktualizowanym rozdziale czwartym obejmującym również okres kryzysu finansowego. Finansowanie prywatne dotyczy wydatków podstawowych podmiotów gospodarczych, tj. gospodarstw domowych i przedsiębiorstw, ponoszonych zarówno bezpośrednio na zakup artykułów farmaceutycznych i usług medycznych, jak i w formie zakupu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz abonamentów uprawniających do korzystania ze świadczeń w prywatnych placówkach ochrony zdrowia. Szczególną uwagę zwraca sytuacja w nowych krajach członkowskich Unii Europejskiej. Otóż w większości nowych państw UE udział finansowania prywatnego w wydatkach na ochronę zdrowia wykazywał tendencję wzrostową (w wielu przypadkach – znaczną). Oznacza to, iż tempo wzrostu wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w tych krajach było szybsze od tempa wzrostu wydatków publicznych (wyjątek stanowił rok 2008). Źródłem informacji o wydatkach polskich gospodarstw domowych na zakupy dóbr i usług konsumpcyjnych są badania budżetów prowadzone corocznie (od ponad 50 lat) przez Główny Urząd Statystyczny. Umożliwiają one ustalenie poziomu średnich miesięcznych wydatków przypadających na jedną osobę w układzie zgodnym z zalecaną przez Eurostat klasyfikacją według celu (COICOP/HBS). Stosowana w badaniach metoda reprezentacyjna daje podstawę do uogólnienia wyników badanych gospodarstw domowych i wyciągnięcia wniosków na temat polskiego społeczeństwa.

Wykazana w poprzedzających rozdziałach niekorzystna sytuacja w finansowaniu opieki zdrowotnej stała się podstawą prezentacji w rozdziale piątym *Sklonność do płacenia za świadczenia zdrowotne (willingness-to-pay)* najnowszych teorii i rozwiązań praktycznych w zakresie metod ewaluacyjnych określanych mianem skłonności do płacenia (*willingness-to-pay*). Nowe sposoby finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce umożliwiły pacjentowi-konsumentowi wybór między publicznym a niepublicznym podmiotem leczniczym. Dla zobrazowania tego problemu wykorzystano informacje za lata 2009–2012 pochodzące z badań reprezentacyjnych *Diagnoza Społeczna*. W końcowej części tego rozdziału przedstawiono zaawansowane metody obliczania ceny w podejściu do WTP. Problematyka prezentowana w tym rozdziale jest niezwykle istotna i aktualna w świetle toczących się dyskusji nad pozyskiwaniem dodatkowych środków na finansowanie rosnącego popytu na nowoczesne technologie medyczne i świadczenia zdrowotne o wysokiej jakości.

Z prezentowaną problematyką ściśle wiąże się poszukiwanie narzędzi, które umożliwiają uzyskanie odpowiedzi na pytanie, co gwarantuje lub nie gwarantuje pacjentowi publiczny sektor ochrony zdrowia. Oznacza to konieczność określenia – z jednej strony – jakie świadczenia będą przysługiwały pacjentowi w ramach obowiązkowej składki zdrowotnej, a z drugiej – ocenę wysokości kosztów poniesionych przez system na realizację przyjętych zobowiązań. Powszechnie uważa się, iż takim narzędziem jest koszyk świadczeń gwarantowanych. Zawarte w nim wytyczne stanowią informację dla płatnika, świadczeniodawcy i pacjenta korzystającego z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Tym problemom w ujęciu teoretycznym i empirycznym poświęcony jest rozdział dziewiąty *Koszyk świadczeń gwarantowanych*. W części empirycznej zaprezentowano przykłady podziału kosztów w zależności od rodzaju koszyka świadczeń gwarantowanych oraz scharakteryzowano sposób wykorzystania odpowiednich metod ewaluacyjnych w procesie podejmowania decyzji o włączeniu danej procedury medycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych lub eliminacji procedur, które są nieefektywne, nieopłacalne i nie gwarantują odpowiedniej poprawy zdrowia pacjenta wyrażonej np. najczęściej stosowanym miernikiem QALY (*Quality Adjusted Life Years*).

Metodą pozyskiwania wewnętrznych źródeł finansowania jest outsourcing, który znajduje coraz większe zastosowanie w Polsce. Problem ten jest przedmiotem rozważań zawartych w rozdziale ósmym *Outsourcing – metoda pozyskiwania wewnętrznych źródeł finansowania*. Zwrócono w nim uwagę na ważny aspekt finansowy i ekonomiczny. Mianowicie pozyskiwanie wewnętrznych źródeł finansowania wymaga odpowiednio ukształtowanej struktury organizacji oraz odpowiednich metod i sposobów gospodarowania posiadanymi zasobami, które prowadzą do ich efektywnego wykorzystania. Spełnienie tych wymagań związane jest z poszukiwaniem innych rozwiązań logistycznych, których celem jest nie tylko pozyskanie dodatkowych źródeł finansowania działalności podmiotu leczniczego, lecz także zmniejszenie kosztów. Jednym z wielu rozwiązań proponowanych w Polsce jest utworzenie Centrum Usług Wspólnych – CUW. Zasadniczym celem działalności takiej jednostki byłoby ciągłe i nieprzerwane świadczenie usług *non-core business* (spoza podstawowej działalności) dla członków-założycieli. Idea centrum jest zbieżna z koncepcją

funkcjonowania klastrów i byłaby oparta na zasadzie partycypacji w kosztach jego utrzymania przez zainteresowane organizacje. Upowszechnienie się tej koncepcji mogłoby ograniczyć ryzyko związane ze wzrostem cen usług świadczonych przez podmioty, a także pozwoliłoby na prognozowanie kosztów zlecanych usług oraz wprowadzenie – wzorem innych państw – nowych usług, np. rentalu bielizny szpitalnej. Firmy, które się tym zajmują, proponują wynajem bielizny szpitalnej oraz kompleksowe usługi pralnicze. Korzyścią z takiej usługi może być oszczędność czasu oraz środków finansowych przy jednoczesnym zagwarantowaniu wysokiej jakości.

Wprowadzone uaktualnienia i uzupełnienia do wydania drugiego *Finansowania ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia* wskazują, iż wraz z upływem czasu zmieniają się: obraz funkcjonowania systemów zdrowotnych, sposoby pozyskiwania odpowiednich środków finansowych przeznaczanych na zaspokojenie rosnących kosztów świadczeń zdrowotnych oraz rozwój teorii i narzędzi ekonomicznych znajdujących szerokie zastosowanie w zarządzaniu podmiotami leczniczymi.

Adam Depta

Rozdział 1

Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach

Dynamika wydatków na opiekę zdrowotną w zdecydowanej większości krajów charakteryzuje się tendencją wzrostową. Skala tych wydatków oczywiście różni się w poszczególnych państwach. Wysokość uzależniona jest głównie od:

- a) stopnia zamożności państwa;
- b) rodzaju systemu ochrony zdrowia, jaki funkcjonuje w danym kraju;
- c) pośrednio – preferencji społecznych.

Ochrona zdrowia to cała społeczna działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużenie życia oraz zapewnienie zdrowego rozwoju następnym pokoleń¹.

Opieka zdrowotna definiowana jest jako system zakładów opieki zdrowotnej i świadczonych przez nie usług, których celem jest umacnianie i poprawa zdrowia jednostek oraz społeczeństwa przez zapobieganie chorobom, wczesne ich wykrywanie, leczenie i rehabilitację².

Celem systemów ochrony zdrowia jest zapewnienie przez państwo racjonalnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach określonego budżetu. Jest to dla państwa bardzo trudne, dlatego że wraz ze wzrostem zamożności społeczeństwa zwiększają się żądania dostępu do świadczeń medycznych. Oprócz tego rosną wymagania co do jakości świadczonych usług oraz możliwości korzystania z nowocześniejszych technologii medycznych. Ponadto wiadomo, że budżet państwa ma ograniczone możliwości w tym zakresie. Poszczególne systemy ochrony zdrowia są definiowane regulacjami administracyjno-prawnymi, które są specyficzne w zależności od danego kraju. W państwach członkowskich Unii Europejskiej obowiązują oprócz tego różnego rodzaju regulacje prawne, jakie wynikają z konieczności podlegania prawu wspólnotowemu.

¹ *Encyklopedia PWN*, t. II, Warszawa 1999.

² *Ibidem*.

Realizacja powszechnej zasady odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli w różnych krajach gospodarczo rozwiniętych jest przyjmowana w odmienny sposób. Zapewnienie obywatelom bezpieczeństwa w zakresie ochrony zdrowia jest konstytucyjnym obowiązkiem rządu. W krajach Unii Europejskiej im wyższy stopień cywilizacyjnego rozwoju, tym większa troska rządzących o zdrowie społeczeństwa. Można wyróżnić następujące podstawowe modele ochrony zdrowia³:

- powszechnych ubezpieczeń (Bismarcka);
- narodowej służby zdrowia (Beveridge'a);
- ubezpieczeń prywatnych (rezydualny);
- system scentralizowany (Siemaszki).

Nadrzędną zasadą cywilizowanych systemów ochrony zdrowia jest równy dostęp do świadczeń.

1.1. Charakterystyka i reformy ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia

Ubezpieczeniowy model ochrony zdrowia ukształtował się w Niemczech na przełomie XIX i XX w. Jest on oparty na ubezpieczeniach powszechnych. Określa się go również jako model Bismarcka – z uwagi na to, iż kanclerz ten jako pierwszy wprowadził ubezpieczenia zdrowotne. Podstawowym celem wdrożenia nowatorskich jak na tamte czasy rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia było poprawienie zdrowia robotników i ich rodzin, co wynikało ze względów politycznych (rywalizacja z ruchem socjalistycznym). Większość krajów Europy Środkowej i Wschodniej wprowadziła organizację ochrony zdrowia opartą na modelu Bismarcka przed I wojną światową.

Organizacja ochrony zdrowia w modelu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych polega na zabezpieczeniu obywateli przed niezawinionymi konsekwencjami nieprzewidzianych zdarzeń losowych, które niosą negatywne skutki dla ich zdrowia. Model ten opiera się na kategorii choroby, która jest rozumiana jako rodzaj ryzyka społecznego. Poprzez powszechne i obowiązkowe ubezpieczenia na podstawie zasady solidaryzmu ryzyko to rozkłada się na całe społeczeństwo. Ubezpieczeniowy model ochrony zdrowia skupiony jest w zasadniczym zakresie na pracownikach najemnych. Na początku obowiązkowi ubezpieczeniowemu podlegali robotnicy przemysłowi, następnie stopniowo rozszerzano go na inne grupy społeczne. Obecnie ubezpieczenia tego typu obejmują około 90% całej populacji Niemiec. Pracownicy najemni są szczególną grupą społeczną, u której ryzyko choroby związane jest z możliwością utraty dochodów i może negatywnie wpływać na ich egzystowanie. W modelu powszechnych ubezpieczeń zakładany jest przymus ubezpieczania się w pewnym zakresie podstawowym, natomiast istnieje możliwość korzystania z dobrowolnych ubezpieczeń w celu otrzymywania świadczeń ponadstandardowych. Ochrona zdrowia ma charakter zdecentralizowany. Zasadnicza

³ A. Przybyłka, *Systemy ochrony zdrowia – rozwiązania modelowe*, Katowice 1999.

rola przypada tu funduszom ubezpieczeniowym. Kasy chorych, które grupują ubezpieczonych, opierając się na zasadzie konkurencyjności, są powoływane przez wyspecjalizowane instytucje ubezpieczeniowe. Udział w konkretnym funduszu ma charakter dyskrecjonalny i jest definiowany przez pewne cechy charakterystyczne ubezpieczonych, które wynikają z wykonywania danego zawodu. Stąd nazwanie ubezpieczeń należących do tego modelu ubezpieczeniami pracowniczymi.

W rzeczywistości wszystkie osoby czynne zawodowo oraz ich rodziny stanowią podmioty objęte ubezpieczeniami. Z obowiązku tego zwalnia się osoby o wysokich dochodach. Fundusze ubezpieczeniowe gromadzone ze składek są źródłem finansowania opieki zdrowotnej. Uczestnictwo w powszechnych ubezpieczeniach zobowiązuje obywateli do wnoszenia obowiązkowych opłat – składek ubezpieczeniowych, które z reguły są opłacane solidarnie z pracodawcami. Instytucje ubezpieczeniowe zobowiązane są do równoważenia przychodów pochodzących ze składek z wydatkami na świadczenia zdrowotne. W zamian za to osoby ubezpieczone nabywają prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych z funduszu ubezpieczeniowego, którego są członkami. Świadczenia te obejmują koszty leczenia oraz rekompensują utracone z powodu choroby zarobki. Ubezpieczeni mają zagwarantowany dostęp do podstawowego zakresu świadczeń zdrowotnych oraz zaopatrzenie w leki i sprzęt medyczny.

Z uwagi na to, iż zakłada się istnienie wielu zróżnicowanych pod względem formy własności wytwórców usług zdrowotnych, wykonywanie świadczeń jest zdecentralizowane. Uprawnienia do zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do swoich członków mają fundusze ubezpieczeniowe, a ubezpieczeni mają prawo wyboru świadczeniodawcy spośród wszystkich, którzy podpisali umowy z danym funduszem. Fundusze ubezpieczeniowe odgrywają rolę płatników i administratorów. Pacjenci mogą zarówno pośredniczyć, jak i partycypować w kosztach świadczeń niezależnie od wnoszonych przez siebie składek.

Do cech charakterystycznych tego modelu można zaliczyć:

- powołanie ustawowych instytucji ubezpieczeniowych – kas chorych;
- utworzenie ze składek na ubezpieczenie funduszy przeznaczonych na finansowanie określonych świadczeń przysługujących ubezpieczonym;
- współpłacenie składek odpowiednio przez pracownika i pracodawcę;
- zarządzanie funduszami przez niezależne od administracji państwowej zarządy, kontrolowane także przez reprezentantów ubezpieczonych;
- zawieranie kontraktów ze świadczeniodawcami ochrony zdrowia na realizację świadczeń dla ubezpieczonych;
- rozwój uprawnień podmiotowych (ubezpieczony, rodzina, osoby będące na utrzymaniu itp.) oraz przedmiotowych (np. zwiększanie zakresu świadczeń zdrowotnych).

W Europie model ten występuje m.in.: w Niemczech, Austrii, we Francji, w Belgii, Holandii i Luksemburgu, a także (choć głównie oparty na instytucjach prywatnych ubezpieczeń) w Szwajcarii. Należy również zaznaczyć, iż po rozpadzie tzw. obozu socjalistycznego wiele krajów, w tym: Węgry, Czechy, Słowacja, Rosja, Litwa, Łotwa, Estonia, Rumunia, Bułgaria i Słowenia, a także Polska, rozpoczęło w latach 90. wdrażanie systemu powszechnych i obowiązkowych

Jadwiga Suchecka – profesor zwyczajny doktor habilitowany nauk prawnych, kierownik Katedry Ekonometrii Przestrzennej na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego, wieloletni kierownik Katedry Ekonometrii i Statystyki Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej oraz kierownik Zakładu Finansowania Ochrony Zdrowia w Katedrze Polityki Ochrony Zdrowia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Głównym nurtem jej zainteresowań są zastosowania metod statystycznych i ekonometrycznych w ochronie zdrowia, ekonomii i finansach; autorka licznych publikacji i ekspertyz z tego zakresu.

■ Książka omawia problematykę ekonomii ochrony zdrowia, jak również problemy ściśle związane z organizacją i zarządzaniem w sektorze zdrowia. Obejmuje m.in. zagadnienia dotyczące:

- reform współczesnych systemów zdrowia,
- gromadzenia danych w ramach Narodowych Rachunków Zdrowia,
- wprowadzenia nowych rozwiązań w zakresie finansowania i zarządzania ograniczonymi zasobami podmiotów medycznych.

■ Szczególnej analizie zostały poddane sposoby tworzenia funduszy publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia pochodzących z budżetu państwa, funduszy powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz pozyskiwanych ze środków prywatnych.

■ W poradniku zwrócono także uwagę na trudne problemy gospodarowania zasobami placówek medycznych w sytuacji ograniczenia środków finansowych. Omówiono szczegółowo zagadnienia związane z wprowadzeniem do systemu płatności modelu DRG (Diagnostic Related Groups) i wzorowanego na nim polskiego modelu Jednorodnych Grup Pacjentów. W zakończeniu tych rozważań zaprezentowano możliwości zastosowania teoretycznego modelu decyzyjnego do określenia ryzyka poniesienia strat z tytułu dłuższego pobytu pacjenta w szpitalu, niż długość hospitalizacji ustalone dla każdego DRG.

■ Publikacja przeznaczona jest w szczególności dla decydentów w zakresie polityki: finansowej, ekonomicznej, społecznej, zdrowotnej, a także menedżerów ochrony zdrowia oraz studentów kierunków ekonomicznych, zarządzania, nauk o zdrowiu, polityki społecznej i finansów publicznych.



Cena 69 zł
(w tym 5% VAT)

Zamówienia:

infolinia 801 04 45 45, fax 22 535 80 01
zamowienia.książki@wolterskluwer.pl
www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

