

OPTYMALNA ALOKACJA ZASOBÓW W OCHRONIE ZDROWIA

Katarzyna Kolasa



ABC

a Wolters Kluwer business

OPTYMALNA ALOKACJA ZASOBÓW W OCHRONIE ZDROWIA

Katarzyna Kolasa



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2012

Recenzenci

dr hab. Tomasz Hermanowski

dr hab. Ewelina Nojszewska

Wydawca

Izabella Matecka

Redaktor prowadzący

Janina Burek

Opracowanie redakcyjne

Anna Maria Thor

Korekta

Iwona Pisiewicz

Skład i łamanie

Wojciech Prażuch

Projekt graficzny okładki

Maciej Sadowski

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o. 2012

All rights reserved.

ISBN 978-83-264-3859-2

Wydane przez:

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Redakcja Książek

01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a

tel. 22 535 82 00, faks 22 535 81 35

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

Księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

O autorce	11
Wstęp.....	13
Rozdział 1. Alokacja na rynku ochrony zdrowia – podstawowe pojęcia....	17
1.1. Wprowadzenie	17
1.2. Modele jednobiegunowe	22
1.2.1. Model równości.....	22
1.2.2. Model efektywności	22
1.3. Modele dwubiegunowe	23
1.3.1. Model równość – efektywność	23
1.3.2. Model efektywność – równość	23
1.3.3. Model egalitarny	24
1.4. Podsumowanie	25
Rozdział 2. Modele jednobiegunowe – równości i egalitarny.....	26
2.1. Wprowadzenie	26
2.2. Idea równości i sprawiedliwości społecznej jako kryterium optymalnej alokacji zasobów	26
2.2.1. Definicja równości	27
2.2.2. Definicja sprawiedliwości społecznej	27
2.2.3. Optymalna alokacja zasobów według kryterium równości	29
2.2.3.1. Wprowadzenie	29
2.2.3.2. Model optymalnej alokacji zasobów według kryterium równości dostępu	32
2.2.3.3. Model optymalnej alokacji budżetu względem potrzeb zdrowotnych	37
2.2.3.3.1. Model optymalnej alokacji względem początkowego stanu zdrowia	39
2.2.3.3.2. Model optymalnej alokacji względem zdolności do poprawy zdrowia	40

2.2.3.4. Model optymalnej alokacji względem równości końcowego stanu zdrowia	43
2.3. Podsumowanie	44
Rozdział 3. Model jednobiegunowy – efektywność	49
3.1. Wprowadzenie	49
3.2. Zasada efektywności jako kryterium optymalnej alokacji zasobów...	50
3.2.1. Definicja efektywności.....	50
3.2.2. Optymalna alokacja zasobów według kryterium efektywności definiowanej zgodnie z ekonomiką dobrobytu.....	51
3.2.2.1. Przedmiot optymalizacji według ekonomii dobrobytu	51
3.2.2.2. Model optymalnej alokacji według ekonomii dobrobytu	55
3.2.2.3. Metody realizacji modelu optymalnej alokacji według ekonomii dobrobytu – analiza kosztów i korzyści	58
3.2.2.3.1. Podstawowe założenia analizy kosztów i korzyści	58
3.2.2.3.2. Reguła kompensacji.....	59
3.2.2.3.3. Metody wartościowania wyników zdrowotnych	60
3.2.2.3.4. Podsumowanie – przyszłość analizy kosztów i korzyści.....	62
3.2.3. Optymalna alokacja zasobów według kryterium efektywności definiowanej zgodnie z ekstrawelfaryzmem	63
3.2.3.1. Przedmiot efektywności według ekstrawelfaryzmu ...	63
3.2.3.2. Model optymalnej alokacji według ekstrawelfaryzmu	66
3.2.3.3. Metody realizacji modelu optymalnej alokacji według ekstrawelfaryzmu – analiza efektywności kosztowej	67
3.2.3.3.1. Podstawowe założenia analizy efektywności kosztowej	67
3.2.3.3.2. Podobieństwa i różnice między analizą kosztów i korzyści a analizą efektywności kosztowej	69
3.2.4. Optymalna alokacja zasobów według kryterium efektywności definiowanej zgodnie z teorią zdolności	70

3.2.4.1. Przedmiot optymalizacji w teorii zdolności	70
3.2.4.2. Model optymalnej alokacji w teorii zdolności	72
3.2.4.3. Metody realizacji modelu optymalnej alokacji w teorii zdolności	72
3.3. Podsumowanie	73
Rozdział 4. Modele dwubiegunowe	76
4.1. Wprowadzenie	76
4.2. Optymalna alokacja zasobów według kryterium efektywności i równości	77
4.2.1. Przedmiot optymalizacji. Istota konfliktu między równością a efektywnością	77
4.2.2. Model optymalnej alokacji według kryterium równość – efektywność	80
4.2.2.1. Metody realizacji modelu równość – efektywność	82
4.2.2.1.1. Funkcja dobrobytu	82
4.2.2.1.2. Model rangowania QALY	90
4.2.2.1.3. Model Norda	92
4.2.2.1.4. Teoria sprawiedliwego rozdziału	96
4.2.2.1.5. Analiza porównawcza metod realizacji modelu równość – efektywność	99
4.2.3. Model efektywność – równość	103
4.2.3.1. Metody realizacji modelu efektywność – równość.....	104
4.2.3.1.1. Model stratyfikacji Coyle’a	104
4.2.3.1.2. Model ceny opartej na wartości.....	107
4.2.3.1.3. Analiza porównawcza metod realizacji modelu efektywność – równość	108
4.3. Podsumowanie	113
Rozdział 5. Algorytm decyzyjny.....	117
5.1. Wprowadzenie	117
5.2. Modele optymalnej alokacji zasobów na rynku ochrony zdrowia	118
5.2.1. Model równości	118
5.2.2. Model efektywności	119
5.2.3. Model równość – efektywność	119
5.2.4. Model efektywność – równość	120
5.2.5. Model egalitarny	120
5.3. Algorytm decyzyjny umożliwiający wybór modelu alokacji zasobów	121

Rozdział 6. Przykładowe rozwiązania z krajów rozwiniętych	127
6.1. Wprowadzenie	127
6.2. Szwecja	128
6.2.1. W jaki sposób ustalono kryteria alokacji na rynku ochrony zdrowia?	128
6.2.2. Jakie kryteria alokacji wybrano?	129
6.2.3. Jak wykorzystuje się kryteria alokacji w procesie priorytetyzacji na rynku ochrony zdrowia?	133
6.2.3.1. Model transparentnej priorytetyzacji	135
6.2.3.2. Skoordynowane programy opieki medycznej	136
6.2.3.3. Model kolejki	138
6.3. Dania	140
6.3.1. W jaki sposób ustalono kryteria alokacji na rynku ochrony zdrowia?	140
6.3.2. Jakie kryteria alokacji wybrano?	140
6.3.3. Jak wykorzystuje się kryteria alokacji w procesie priorytetyzacji na rynku ochrony zdrowia?	140
6.4. Finlandia	141
6.4.1. W jaki sposób ustalono kryteria alokacji na rynku ochrony zdrowia?	141
6.4.2. Jakie kryteria alokacji wybrano?	141
6.4.3. Jak wykorzystuje się kryteria alokacji w procesie priorytetyzacji na rynku ochrony zdrowia?	141
6.5. Norwegia	142
6.5.1. W jaki sposób ustalono kryteria alokacji na rynku ochrony zdrowia?	142
6.5.2. Jakie kryteria alokacji wybrano?	142
6.5.3. Jak wykorzystuje się kryteria alokacji w procesie priorytetyzacji na rynku ochrony zdrowia?	142
6.6. Program Medicaid w stanie Oregon w Stanach Zjednoczonych	143
6.6.1. W jaki sposób ustalono kryteria alokacji na rynku ochrony zdrowia?	143
6.6.2. Jakie kryteria alokacji wybrano?	144
6.6.3. Jak wykorzystuje się kryteria alokacji w procesie priorytetyzacji na rynku ochrony zdrowia?	144
6.7. Anglia i Walia	146
6.7.1. W jaki sposób ustalono kryteria alokacji na rynku ochrony zdrowia?	146
6.7.2. Jakie kryteria alokacji wybrano oraz jak wykorzystuje się kryteria alokacji w procesie priorytetyzacji na rynku ochrony zdrowia?	146

6.8. Podsumowanie	150
6.9. Wnioski dla Polski	151
Rozdział 7. Preferencje społeczne względem zasad alokacji w sektorze świadczeń zdrowotnych w Polsce – wyniki badania	
„Opinie pielęgniarek o trudnych decyzjach w ochronie zdrowia”	153
7.1. Wprowadzenie	153
7.2. Metody badawcze.....	154
7.3. Kwestionariusz badawczy	155
7.3.1. Część pierwsza.....	155
7.3.2. Część druga.....	155
7.3.2.1. Eksperyment 1	156
7.3.2.2. Eksperyment 2	157
7.3.2.3. Eksperyment 3	159
7.3.2.4. Eksperyment 4	161
7.3.3. Część trzecia badania.....	165
7.4. Analiza statystyczna	165
7.5. Wyniki badania.....	168
7.5.1. Eksperyment 1.....	169
7.5.2. Eksperyment 2.....	173
7.5.3. Eksperyment 3.....	177
7.5.4. Eksperyment 4.....	183
7.6. Dyskusja.....	186
7.6.1. Wnioski końcowe	186
7.6.2. Preferencje polskich pielęgniarek w świetle innych badań naukowych nad alokacją zasobów na rynku ochrony zdrowia	193
7.6.3. Preferencje polskich pielęgniarek a zapisy prawne regulujące alokację zasobów na rynku ochrony zdrowia	195
7.7. Podsumowanie	199
Zakończenie	201
Bibliografia	207
Załącznik	217

— O AUTORCE —

Katarzyna Kolasa jest adiunktem w Zakładzie Farmakoekonomiki na Wydziale Farmaceutycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Studia magisterskie ukończyła na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego. W 2007 roku uzyskała tytuł doktora w Szkole Głównej Handlowej, w Kolegium Zarządzania i Finansów. Tematem rozprawy była „Zasada równości i sprawiedliwości społecznej w aspekcie finansowania służby zdrowia w Polsce i Szwecji”. W 2012 roku ukończyła studia podyplomowe Metody Statystyczne w Biznesie na Uniwersytecie Warszawskim.

Swoją wiedzę z zakresu ekonomiki zdrowia zdobyła na zagranicznych uniwersytetach: w Lund (*Health Economics Course*), Bergen (*Health Econometrics Course*), Bernie (*Quantitative Analysis of Equity in Health Program*) i Lozannie (*Econometric Analysis in Health Economics*). Uczestniczyła także w wielu szkoleniach z zakresu farmakoekonomiki organizowanych przez uniwersytety: w York (*Meeting Decisions Makers' Requirements: Advanced Methods for Cost-Effectiveness Analysis* oraz *Regression Methods for Health Economic Evaluation*), w Glasgow (*Advanced Modelling Methods for Health Economic Evaluation*) oraz w Bristolu (*Systematic Reviews in Health Care*).

Od 14 lat jest zawodowo związana z sektorem ochrony zdrowia. Przez prawie 8 lat pracowała dla szwedzkiego sejmiku samorządowego odpowiedzialnego za organizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych regionu Kalmar. Od ponad 6 lat pracuje w przemyśle farmaceutycznym. Swoją karierą zawodową w tej branży rozpoczęła na stanowisku Health Economics Scientist w dziale Research & Development w Szwecji. Obecnie zajmuje się kwestiami refundacji produktów farmaceutycznych w regionie Europy Środkowo-Wschodniej oraz Skandynawii. Była również zaangażowana jako ekspert do spraw ochrony zdrowia w Polsce w projekt prowadzony przez Bank Światowy.

Autorka szeregu publikacji w języku polskim i angielskim poświęconych zasadom wydatkowania publicznych środków na refundację produktów farmaceutycznych oraz procesowi oceny technologii medycznych w Polsce w porównaniu z innymi krajami. Swoje doświadczenia zawodowe prezentowała wielokrotnie na forum międzynarodowym na takich konferencjach, jak International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), European Meeting czy Drug Information Association (DIA) European Meeting. Prowadziła również szkolenia z zakresu farmakoekonomiki, np. *Health Technology Assessment Training Course* organizowane przez DIA, oraz „Farmakoekonomika – zastosowanie w decyzjach refundacyjnych i gospodarce lekiem w szpitalu” organizowane przez Centrum Kreowania Liderów.

WSTĘP

„Czy istnieje na świecie idealny system ochrony zdrowia, w którym wszyscy pacjenci są leczeni, bez kolejek, wszelkimi dostępnymi metodami, na wszystkie dolegliwości? Z pewnością nie, choć poziom opieki zdrowotnej, a co za tym idzie, poziom satysfakcji pacjenta może podlegać istotnym wahaniom”¹. Rosnące potrzeby zdrowotne związane z wydłużaniem się życia oraz coraz większą świadomością społeczeństwa dotyczącą nowoczesnych metod leczenia spotykają się nierzadko z wyzwaniem, jakim jest niewystarczająca ilość dostępnych środków w budżecie ochrony zdrowia.

Trzeba zatem uzyskać odpowiedź na pytanie, kogo leczyć w pierwszej kolejności, czyje potrzeby są ważniejsze, a czyje mniej ważne. Rozwiązanie dylematu sprowadza się do szukania kompromisu między dążeniem do dwóch rozbieżnych celów: efektywności oraz równości i sprawiedliwości społecznej. Potrzebę balansowania pomiędzy owymi przeciwstawnymi punktami odniesienia wyrażali już ekonomiści w latach 70. poprzedniego stulecia². Jest to kwestia szczególnie intensywnie dyskutowana przez ekspertów do spraw ochrony zdrowia³.

Doświadczenia krajów rozwiniętych uczą, iż nie sposób osiągnąć zadowolenia opinii publicznej z alokacji zasobów na rynku ochrony zdrowia bez akceptacji społecznej wobec odpowiednio zdefiniowanych zasad rozdziału środków. W praktyce oznacza to konieczność znalezienia

¹ K. Kolasa, T. Hermanowski, *Leczenie zawsze musi się opłacać?*, „Puls Medycyny” 2011, nr 17(238).

² A.M. Okun, *Equality and efficiency: The big trade-off*, Brookings Institution, Washington DC 1975.

³ J. Sassi, J. Le Grand, L. Archrard, *Equity versus efficiency: A dilemma for the NHS*, „British Medical Journal” 2001, nr 323, s. 762–763; T. Culyer, A. Wagstaff, *Equity and equality in health and health care*, „Journal of Health Economics” 1993, nr 12, s. 431–457; V. Ortún, *Contradictions and trade-offs between efficiency and equity*, [w:] European Bioethics Conference, 12–15 October 1995; J. Lipscomb, M. Drummond, D. Fryback, M. Gold, D. Revicki, *Retaining, and enhancing, the QALY*, „Value Health” 2009, nr 12, supplement 1, s. 18–26.

odpowiedzi na pytanie: „W jakiej mierze jesteśmy skłonni zrezygnować z koncepcji efektywności na rzecz innych aspektów, takich jak zaspokojenie potrzeby równego dostępu do świadczeń, godności czy wolności jednostki?”. Podejmowaną decyzję można uznać za właściwą tylko wtedy, gdy nie będzie ona stała w sprzeczności z zasadami i wartościami akceptowanymi przez ogół społeczeństwa.

W niniejszej monografii problem badawczy zdefiniowałam jako **poszukiwanie sposobów realizacji optymalnej alokacji zasobów w sektorze ochrony zdrowia**, zgodnie z oczekiwaniami społecznymi. Z względu na przyjęcie perspektywy farmakoekonomisty, zawęziłam omówienie wybranej tematyki do fachowej literatury ekonomicznej.

W celu przeprowadzenia usystematyzowanej analizy problemu badawczego postawiłam przed sobą trzy cele. Po pierwsze, na podstawie dostępnej wiedzy teoretycznej określić, jakie mogą być ekonomiczne i nieekonomiczne kryteria rozdziału środków na świadczenia zdrowotne. Po drugie, zdefiniować modele poszukiwania optymalnej alokacji zasobów. Po trzecie, znając tło doświadczeń wybranych krajów rozwiniętych, zgromadzić dane empiryczne na temat preferencji polskiego społeczeństwa dotyczących zasad alokacji na rynku ochrony zdrowia w Polsce.

W rozdziale pierwszym, w celu odpowiedniego zilustrowania uwarunkowań procesów decyzyjnych, opisuję podstawowe kryteria ekonomiczne i nieekonomiczne oraz wybrane teoretyczne modele poszukiwania optymalnego rozdziału środków na rynku ochrony zdrowia.

Podczas gdy rozdział pierwszy ma charakter wprowadzający, kolejne dwa rozdziały w sposób bardziej szczegółowy prezentują dotychczasowy dorobek naukowy z zakresu zasad alokacji zasobów na rynku ochrony zdrowia. W rozdziale drugim przedstawiam różne definicje koncepcji równości, akcentujące między innymi aspekt dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz równość potrzeb zdrowotnych. Następnie wskazuję konsekwencje przyjęcia określonej definicji na alokację zasobów w sektorze ochrony zdrowia, co ilustruję stosownymi przykładami. Rozdział trzeci poświęcam prezentacji zasady efektywności. Koncentruję się w nim na podejściu welfarystycznym i ekstrawelfarystycznym oraz metodach alokacji zasobów związanych z przyjętymi definicjami efektywności. Przedstawiam również inne podejścia, w tym teorie zdolności proponujące alternatywne sposoby definiowania koncepcji efektywności.

W rozdziale czwartym podejmuję próbę identyfikacji rozwiązań, które pozwalają optymalizować rozdział środków w sektorze ochrony zdrowia na podstawie kryteriów ekonomicznych, jak również nieekono-

micznych. Omawiam podejścia umożliwiające poszukiwanie równowagi między przeciwstawnymi koncepcjami: równości i efektywności. Wśród nich uwzględniam funkcję dobrobytu czy też inne nowatorskie podejścia pozwalające na wprowadzenie wag równości do pomiaru efektów terapeutycznych.

W rozdziale piątym znajduje się podsumowanie teoretyczne rozważań na temat różnorodnych podejść do poszukiwania optymalnej alokacji na rynku ochrony zdrowia. Zaproponowane w rozdziale pierwszym teoretyczne modele uszczegóławiam, a ponadto podejmuję próbę stworzenia algorytmu decyzyjnego pomocnego w wyborze najlepszego z nich. Wskazuję również pytania badawcze, które eksperci zainteresowani szukaniem nowych rozwiązań w dziedzinie alokacji zasobów w ochronie zdrowia powinni uwzględnić w przyszłych badaniach.

W rozdziale szóstym dokonuję przeglądu wybranych rozwiązań z krajów stosujących transparentne podejście do rozdziału środków na świadczenia zdrowotne.

Odwołując się do teoretycznych rozwiązań oraz osiągnięć krajów rozwiniętych, prezentuję badanie empiryczne przeprowadzone wśród reprezentantów zawodów medycznych, a dotyczące ich preferencji wobec kryteriów alokacyjnych. Jego wyniki znajdują się w rozdziale siódmym.

W podsumowaniu niniejszej monografii przedstawiam wnioski końcowe dotyczące problemu badawczego oraz pytań badawczych.

Omówione zagadnienia teoretyczne oraz wyniki badań empirycznych z pewnością nie mogą być traktowane jako instruktaż prowadzenia właściwej alokacji zasobów na rynku ochrony zdrowia. Wskażą jednak najważniejsze kwestie towarzyszące wyborowi właściwego podejścia do optymalnego rozdziału zasobów na świadczenia zdrowotne zgodnego z oczekiwaniami społecznymi. Mogą również stanowić inspirację do podjęcia dialogu społecznego na temat zasad i wartości, z którymi procesy decyzyjne w polskim systemie ochrony zdrowia powinny pozostawać w zgodzie.

Autorka

———— Rozdział 1 ————

ALOKACJA NA RYNKU OCHRONY ZDROWIA – PODSTAWOWE POJĘCIA

1.1. Wprowadzenie

Przystępując do dyskusji na temat optymalnej alokacji zasobów na rynku ochrony zdrowia, trzeba zdefiniować podstawowe pojęcia, takie jak alokacja, racjonalizacja oraz priorytetyzacja¹.

Alokacja oznacza świadomy podział dostępnych zasobów między dwóch lub więcej beneficjentów, zależnie od przyjętych kryteriów, takich jak potrzeby zdrowotne, wiek, lokalizacja geograficzna, dostępna infrastruktura itp. Nie każdy rozdział środków finansowych będzie jednak oznaczał alokację. Istotne jest prowadzenie podziału dostępnych zasobów z uwzględnieniem odgórnie określonych zasad.

Racjonalizacja to ograniczenie swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Ma ona na celu umożliwienie korzystania z danego świadczenia jak największej liczbie beneficjentów. Można wyróżnić pięć metod racjonalizacji²:

- 1) racjonalizacja celu, czyli ograniczenie wymagań odnośnie do oczekiwanego efektu zdrowotnego (np. zapewnienie częściowego powrotu do zdrowia);
- 2) wykluczenie poprzez określenie listy stanów chorobowych niepodlegających danemu świadczeniu zdrowotnemu (np. leczenie tylko przypadków ciężkich za pomocą kosztownej farmakoterapii);
- 3) racjonalizacja czasowa polegająca na określeniu ram czasowych dostępności danego świadczenia zdrowotnego (np. tworzenie list oczekujących);

¹ PrioriteringsCentrum, *Resolving Health Care's Difficult Choices*, National Centre for Priority Setting in Health Care, March 2007, s. 18–23.

² *Ibidem*.

- 4) ograniczenie, to jest świadome zaniżenie standardu danego świadczenia zdrowotnego (np. wykonanie świadczenia bez dodatkowych procedur pozwalających na szybszy powrót do zdrowia pacjenta);
- 5) zmiana warunków realizacji świadczenia – wprowadzenie restrykcji określających dostęp do danego świadczenia (np. ustalenie stanu zaawansowania choroby, przy którym możliwe jest korzystanie z niego).

W odróżnieniu od alokacji i racjonalizacji **priorytetyzacja** oznacza ustalenie rankingu świadczeń zdrowotnych. Podejmowanie decyzji o przyznaniu lub odmowie wykonania określonej usługi zdrowotnej na rzecz danego pacjenta nie oznacza jednak priorytetyzacji. Konieczne jest wcześniejsze zdefiniowanie listy rankingowej. Może to być spis stanów chorobowych lub świadczeń zdrowotnych, których jednoczesne wykonanie nie jest możliwe z powodu ograniczeń budżetowych. Priorytetyzacja może być pionowa i pozioma.

Priorytetyzacja pionowa dotyczy ustalania rankingu świadczeń zdrowotnych wykonanych dla pewnej homogenicznej grupy pacjentów i odbywa się na poziomie świadczeniodawcy lub organizacji odpowiedzialnej za przygotowanie wytycznych postępowania klinicznego.

Priorytetyzacja pozioma dotyczy ustalania priorytetów pomiędzy homogenicznymi grupami pacjentów i odbywa się na poziomie centralnym, głównie przez decydentów odpowiedzialnych za alokację zasobów finansowych w sektorze ochrony zdrowia.

Doświadczenia pokazują, iż istotne jest ustalenie jasnych i transparentnych priorytetów na szczeblu krajowym, tak aby uniknąć przeciwnych decyzji w odniesieniu do pojedynczego pacjenta przemieszczającego się między różnymi szczeblami opieki medycznej. Chociaż rola decydentów w procesie priorytetyzacji ma ogromną wagę, nie jest pozbawiona trudności. W przeciwieństwie do praktyków klinicznych, decydenci nie mają pełnej wiedzy medycznej pozwalającej im swobodnie się poruszać w sferze problematyki zdrowotnej. Sugeruje się zatem, aby decydenci jako reprezentanci społeczeństwa wskazali granice wydatków na ochronę zdrowia, a w odniesieniu do rozdziału zasobów pomiędzy jednostkami zdrowotnymi wspomagali się twardymi danymi uzyskanymi w wyniku analiz przeprowadzonych przez ekspertów od ekonomii zdrowia, statystyki oraz epidemiologii.

Niniejsza publikacja została poświęcona problematyce alokacji zasobów na rynku ochrony zdrowia. Kwestie racjonalizacji oraz priorytetyzacji pozostawiono poza omawianym obszarem badawczym. Jednocześnie należy podkreślić, iż zdefiniowanie kryteriów alokacji jest konieczne

w celu prowadzenia procesu priorytetyzacji. Dlatego też czytelnik będzie mógł znaleźć w niniejszej publikacji wiele odwołań do tej kwestii. Należy ponadto podkreślić, że punktem wyjścia prezentowanych rozważań jest założenie, iż jedynie definiowanie kryteriów alokacji w zgodzie z preferencjami społecznymi może prowadzić do optymalnego rozdziału zasobów³. Uznaje się bowiem, iż brak społecznej akceptacji dla reguł obowiązujących w sektorze ochrony zdrowia jest z góry skazany na niepowodzenie.

W literaturze przedmiotu brakuje zamkniętej listy celów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Chociaż kryterium efektywności wymienia się bardzo często, bynajmniej nie jest ono jedynym brany pod uwagę. Wiele innych aspektów, takich jak równość i sprawiedliwość społeczna, postrzega się jako istotne przy rozdziale środków finansowych w sektorze ochrony zdrowia⁴. Debatując o potrzebie istnienia zorganizowanego systemu ochrony zdrowia, nierzadko wymienia się także konieczność zapewnienia dostępu do określonego zakresu świadczeń zdrowotnych, ochrony pacjentów przed nadmiernymi wydatkami na zdrowie grozącymi niemożnością zaspokojenia pozostałych potrzeb konsumenta, opracowania mechanizmów koordynujących proces udzielania świadczeń, zapewnienia wolności czy dbałości o godność jednostki i inne.

Niektórzy badacze listę celów działania ochrony zdrowia ograniczają do dwóch nadrzędnych: zapewnienie efektywności oraz równości i sprawiedliwości społecznej⁵. W rozważaniach na temat kryteriów rozdziału środków finansowych na świadczenia medyczne oba pojęcia zajmują również kluczową pozycję. Odwołując się do rozważań A. Wagstaffa oraz O. Golana⁶, w niniejszej publikacji przyjęto założenie, iż optymalizowanie alokacji zasobów w sektorze ochrony zdrowia oznacza poszukiwanie

³ J. Vang, *Justice and/or the right to a decent minimum of health care. A moral dilemma in health care policy*, [w:] *Solidarity, justice and health care priorities*, red. Z. Szawarski, D. Evans, Linköping Collaborating Centre, Linköping 1993, s. 6–7.

⁴ J. Coast, *Is economic evaluation in touch with society's health values?*, „British Medical Journal” 2004, nr 329, s. 1233–1236; S. Anand, K. Hanson, *Disability-adjusted life years: A critical review*, „Journal of Health Economics” 1997, nr 16(6), s. 685–702.

⁵ X. Cuadras-Morato, J.L. Pinto-Prades, J.M. Abellan-Perpinan, *Equity considerations in health care: The relevance of claims*, „Health Economics” 2001, nr 10(3), s. 187–205; R. Cookson, P. Dolan, *Public views on health care rationing: A group discussion study*, „Health Policy” 1999, nr 49(1–2), s. 63–74; C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 45–48.

⁶ O. Golan, P. Hansen, G. Kaplan, O. Tal, *Health technology prioritization: Which criteria for prioritizing new technologies and what are their relative weights?*, „Health Policy” 2011, nr 102(2–3), s. 126–135.

równowagi między przestrzeganiem zasady efektywności a dążeniem do równości i sprawiedliwości społecznej. Taki sposób pojmowania kryteriów ekonomicznych i nieekonomicznych z pewnością wprowadza do dalszych rozważań pewne ograniczenia wynikające z pominięcia innych istotnych aspektów. Jest to jednakże podejście najczęściej prezentowane w literaturze przedmiotu zajmującej się ekonomiką zdrowia.

Rosnące znaczenie pojęcia efektywności nie wzbudza zdziwienia, jeżeli uwzględni się podstawowe dane statystyczne. Postęp technologiczny nie tylko wywołuje poprawę jakości świadczeń zdrowotnych, ale również rodzi presję popytową na ograniczone budżety systemów ochrony zdrowia. W ciągu ostatnich dziesięciu lat średnia liczba tomografów komputerowych podwoiła się w krajach OECD (a potroiła w Polsce)⁷. Na wzrost wydatków wpływa nie tylko zastosowanie nowych technologii, ale i poprawa dostępu do świadczeń zdrowotnych. Podczas ubiegłego półwiecza lat liczba lekarzy wzrosła w krajach OECD ponaddwukrotnie (w Polsce półtorakrotnie)⁸. Korzystanie z nowoczesnych metod leczenia oraz poprawa dostępu do świadczeń sprawiają z kolei, że społeczeństwa żyją dłużej. W ciągu pięćdziesięciu lat oczekiwany czas życia wydłużył się średnio o ponad 11 lat w grupie krajów OECD, a w Polsce o osiem lat⁹. Dożywanie późnej starości rodzi dodatkową presję na system ochrony zdrowia. Wreszcie otwarty dostęp do wiedzy na temat nowoczesnych metod leczenia kreuje nowe potrzeby zdrowotne. Nie wzbudza zatem zbytniego sprzeciwu konstatacja, że nie istnieje system ochrony zdrowia, który nadążyłby za rosnącymi oczekiwaniami społeczeństwa. Efektywne gospodarowanie dostępnymi budżetami staje się zatem koniecznością.

Rosnąca presja na finanse systemów ochrony zdrowia przyczynia się nie tylko do nadawania większej wagi kryterium efektywności, lecz powoduje również konieczność zwiększania partycypacji konsumentów usług medycznych w kosztach ich leczenia. Dane OECD dowodzą, iż współpłacenie zwiększyło się średnio o 64 USD liczone według parytetu siły nabywczej (*Purchasing-Power Parity* – PPP), a w Polsce o 135 USD PPP w ciągu ostatniej dekad¹⁰. Przy braku ochrony najbardziej potrzebujących przed nadmiernymi wydatkami pojawić się może problem

⁷ OECD, *Health data*, 2010, http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html (dostęp: 30 sierpnia 2011).

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.

ubóstwa. Jest to jeden z wielu argumentów podawanych przez zwolenników alokacji zasobów na rynku zdrowia opartych na kryterium równości i sprawiedliwości społecznej. Dowodami na duże znaczenie nieekonomicznych aspektów są również wyniki wielu badań empirycznych. Sugerują one, że opinia publiczna krajów rozwiniętych przejawia awersję do nierówności w sytuacjach rozdziału środków na świadczenia zdrowotne. Bogata literatura przedmiotu dowodzi, iż respondenci nierzadko uznają pierwszeństwo w leczeniu pacjentów o gorszej pozycji społecznej kosztem maksymalizacji zdrowia w społeczeństwie¹¹.

Próba jednoczesnej realizacji kryterium **ekonomicznego**, to jest efektywności, i **nieekonomicznego**, czyli równości i sprawiedliwości społecznej, musi prowadzić do konfliktu. Z jednej strony efektywność oznacza „im więcej, tym lepiej”, z drugiej dążenie do równości i sprawiedliwości oznacza „im gorzej, tym więcej”. W praktyce sprowadza się to do dylematu, w jakiej mierze wolno nam poświęcić cel maksymalizacji korzyści zdrowotnych dla innych aspektów, takich jak zapewnienie poprawy zdrowia najbardziej potrzebujących lub takiego samego poziomu zdrowia w danym społeczeństwie. Upraszczając, można skonstatować, iż kluczem do optymalnej alokacji na rynku ochrony zdrowia jest osiągnięcie równowagi między realizacją ekonomicznych i nieekonomicznych kryteriów w podziale środków na świadczenie zdrowotne. Nie ma zatem jednej prawidłowej odpowiedzi na pytanie: „Co to jest optymalna alokacja zasobów?”. Dla jednej grupy może to być przestrzeganie kryterium ekonomicznego, a dla innych zapewnienie realizacji aspektów nieekonomicznych. Ważne wydaje się zatem poznanie preferencji społecznych, tak aby znaleźć odpowiedni punkt równowagi.

Doświadczenia krajów rozwiniętych uczą, iż nie sposób go ustalić w oderwaniu od lokalnych uwarunkowań. Jedynie odwołanie do wartości uznanych za nadrzędne w danym społeczeństwie pozwoli osiągnąć optymalną alokację zasobów na rynku zdrowia. Realność przyjmowanych założeń jest w istocie rzeczą względną i zależną od akceptacji społecznej

¹¹ L. Lindholm, M. Rosen, *On the measurement of the nation's equity adjusted health*, „Health Economics” 1998, nr 7(7), s. 621–628; P. Dolan, R. Cookson, B. Ferguson, *Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: Focus group study*, „British Medical Journal” 1999, nr 318(7188), s. 916–919; M.A.C. Emmelin, L.A. Lindholm, H.C. Stenlund, L.G. Dahlgren, *Pol-ethical considerations in public health: The views of Swedish health care politicians*, „European Journal of Public Health” 1999, nr 9(2), s. 124–130; I. Abásolo, A. Tsuchiya, *Exploring social welfare functions and violation of monotonicity: An example from inequalities in health*, „Journal of Health Economics” 2003, vol. 23, issue 2, s. 313–329.

stwa¹². Wiedza na temat preferencji społecznych względem gotowości do poświęcenia efektywności na rzecz idei równości jest najważniejsza w procesie rozdziału środków na świadczenia medyczne.

Mając na uwadze różnorodne przekonania społeczne zakorzenione w tradycji i kulturze danego narodu, można stwierdzić, że nie istnieje jeden uniwersalny model optymalnej alokacji zasobów w sektorze ochrony zdrowia. Każdy kraj może bowiem preferować inny punkt równowagi pomiędzy realizacją kryteriów ekonomicznych i nieekonomicznych. W celu uszczegółowienia zakresu omawiania problemu badawczego proponuję listę pięciu teoretycznych modeli rozdziału zasobów w sektorze ochrony zdrowia w podziale na dwie grupy:

1) jednobiegunowe:

- równości,
- efektywności,
- egalitarny;

2) dwubiegunowe:

- równość – efektywność,
- efektywność – równość.

Poniżej przedstawię każdy z nich.

1.2. Modele jednobiegunowe

1.2.1. Model równości

Model równości opisuje sytuację, kiedy zapewnienie możliwości leczenia najbardziej cierpiącym jest priorytetem publicznego systemu ochrony zdrowia. Nieuwzględnianie wyników analiz ekonomicznych w decyzjach alokacyjnych wynika z niechęci do narzucania społecznego ładu zakłócającego wolność wyboru jednostki.

1.2.2. Model efektywności

Rozdział budżetu na świadczenia zdrowotne w ramach publicznego finansowania prowadzi się jedynie na podstawie kryterium maksymalizacji korzyści zdrowotnych w ramach posiadanego budżetu. Uważa się, iż

¹² J. Graaff, *Theoretical welfare economics*, Cambridge University Press, London 1957, s. 3.

konieczna jest rozważa przy decyzjach alokacyjnych dla nieopłacalnych terapii medycznych. Pozytywne decyzje w takich sytuacjach oznaczają bowiem, iż może zabraknąć środków publicznych na inne opłacalne świadczenia.

1.3. Modele dwubiegunowe

1.3.1. Model równość – efektywność

Model równość – efektywność obrazuje sytuację, gdy poszukiwanie optymalnej alokacji polega na przestrzeganiu jednocześnie zasady równości i sprawiedliwości społecznej oraz efektywności. Akcent na aspekcie równości wynika z przywiązania do roli państwa w sprawowaniu opieki nad najsłabszymi i poszkodowanymi. Uważa się, iż osoby najciężiej chore powinny mieć pierwszeństwo w leczeniu przed pozostałymi grupami pacjentów. Włączenie kryteriów ekonomicznych bierze się z przekonania o konieczności racjonalnego wydatkowania publicznych pieniędzy. Model efektywność – równość przedstawiono na ilustracji 1.1.



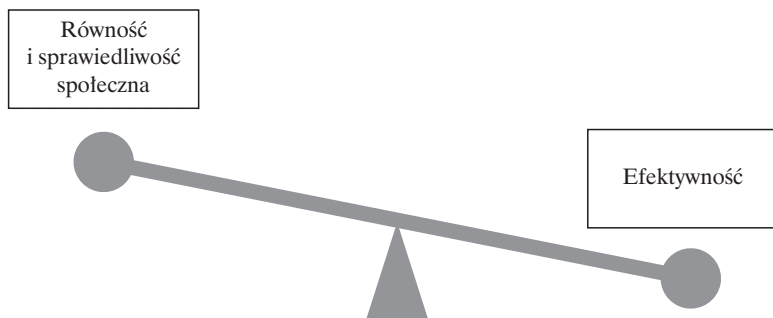
Opracowanie własne.

Ilustracja 1.1. Model równość – efektywność

1.3.2. Model efektywność – równość

Model efektywność – równość obrazuje sytuację, gdy poszukiwanie optymalnej alokacji polega na realizacji zasady efektywności oraz równości i sprawiedliwości społecznej. W przeciwieństwie do poprzedniego

podejścia, zmierzającego do zaspokojenia potrzeb osób najgorzej usytuowanych w pierwszej kolejności, w modelu efektywność – równość dobro ogółu jest ważniejsze od dobra jednostki. Przy czym pierwszeństwo mają ci, którzy mogą uzyskać największą poprawę zdrowia. Wyraża się zrozumienie dla ograniczenia dostępu do świadczeń o gorszej relacji poprawy zdrowia do kosztu, celem uwolnienia zasobów finansowych dla tych, którzy w największej mierze skorzystają z pomocy medycznej. Uznaje się jednocześnie, iż proces rozdziału środków powinien pozostawać w zgodzie z zasadami sprawiedliwości społecznej oraz przebiegać przy współudziale reprezentantów społeczeństwa. Model efektywność – równość przedstawiono na ilustracji 1.2.



Opracowanie własne.

Ilustracja 1.2. Model efektywność – równość

1.3.3. Model egalitarny

Model egalitarny jest odpowiedni wtedy, gdy społeczeństwo nie wyraża poparcia dla alokacji zasobów publicznych dla najciężej chorych kosztem innych grup pacjentów ani priorytetyzowania tych z największymi możliwościami poprawy zdrowia. W tym wypadku nie rozważa się aspektu zróżnicowania potrzeb zdrowotnych, lecz wyznaje zasadę, że każdy powinien mieć prawo do leczenia. Ponieważ wszyscy są sobie równi, nie ma zatem podstaw do wyróżniania jakiegokolwiek grupy pacjentów.