

Hnatyszyn-Dzikowska A., *Konkurencja między płatnikami w opiece zdrowotnej. Ujęcie teoretyczne*, „Ekonomia i Prawo”, Polszakiewicz B., Boehlke J. (red.), Tom XII, nr 2/2013, ss. 287–297.
DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/EiP.2013.022>

ANNA HNATYSZYN-DZIKOWSKA*

KONKURENCJA MIĘDZY PŁATNIKAMI W OPIECE ZDROWOTNEJ. UJĘCIE TEORETYCZNE

STRESZCZENIE

W artykule przyjęto założenie, że system z wieloma płatnikami i wprowadzenie konkurencji pozytywnie wpływa na realizację celów polityki zdrowotnej. W analizie konkurencji istotnym aspektem jest możliwość stworzenia warunków, które determinują osiąganie założonych korzyści. Przedstawiono katalog cech systemu sprzyjających konkurencji, kładąc szczególny nacisk na rolę regulacji i informacji, jako determinant skuteczności podejmowanych działań reformujących system opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: finansowanie opieki zdrowotnej, płatnik w opiece zdrowotnej, konkurencja w opiece zdrowotnej

Klasyfikacja JEL: I13, P46

COMPETITION AMONG PAYERS IN HEALTH CARE. THEORETICAL APPROACH

SUMMARY

The article assumes that the system of multiple payers and the introduction of competition have a positive effect on health policy objectives. In the

* Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Collegium Medicum UMK, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Ekonomiki Zdrowia, tel.: +48 600 301 944, e-mail: a.hnatyszyn@cm.umk.pl.

analysis of competition, the possibility to create conditions that determine the achievement of the assumed benefits is vital. The paper presents a catalogue of pro-competitive system characteristics, with particular emphasis on the role of regulation and information as determinants of the effectiveness of policies to reform the health care system.

Keywords: health care financing, health care payer, competition in health care

JEL Classification: I13, P46

WSTĘP

Poszukiwanie organizacji instytucjonalnej oraz mechanizmu finansowania opieki zdrowotnej ma służyć zwiększeniu dostępności usług medycznych w warunkach ograniczonych zasobów i wyzwań demograficznych XXI w. Jedną z postulowanych metod poprawy sytuacji na rynku opieki zdrowotnej jest wprowadzenie konkurencji między płatnikami trzeciej strony, dzięki której pojawiłyby się bodźce do obniżania cen i podnoszenia jakości świadczonych usług medycznych oraz do racjonalizowania zachowań pacjenta. W artykule przyjęto założenie, że system z wieloma płatnikami i wprowadzenie konkurencji pozytywnie wpływa na realizację celów polityki zdrowotnej¹.

Celem artykułu jest zaprezentowanie zjawiska konkurencji w opiece zdrowotnej na szczeblu finansowania. W kontekście dotychczasowych badań teoretycznych i empirycznych, wskazano na warunki konieczne wystąpienia konkurencji, podejmując próbę zidentyfikowania potencjalnych rozwiązań w polskim systemie opieki zdrowotnej.

1. POJĘCIE KONKURENCJI

Etymologia słowa „konkurencja” (łac. *concurro* – „zetknąć się”, „walczyć”, „zbiegać się razem”) wskazuje na ścisły związek pojęcia z rynkiem². W literaturze ekonomicznej występuje szereg znaczeń i ram analizy konkurencji³.

¹ Wskazuje się również na zalety i wady systemów opieki zdrowotnej opierających się na jednym płatniku. P. Hussey, G.F. Anderson, *A comparison of single- and multipayer health insurance systems and options for reform*, „Health Policy” 2003, nr 66, s. 215-228.

² A. Kohutek, M. Sieradzka, *Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów: komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008, s. 45.

³ G. Maniak, *Konkurencja i konkurencyjność w badaniach współczesnej ekonomii*, [w]: D. Kopycińska (red.), *Teoretyczne aspekty gospodarowania*, Wydawnictwo US, Szczecin 2005, s. 151-159.

Przede wszystkim przyjmuje ona charakter procesu rywalizacji między niezależnymi podmiotami, które dążą do osiągnięcia tego samego celu, zachowując chęć uzyskania przewagi. Jest nieodłącznym elementem w procesie regulującym alokację zasobów w gospodarce rynkowej. Jej istota sprowadza się do rynkowych relacji wymiany⁴. Konkurencja traktowana jest także jako stan końcowy rynku. W tej perspektywie opisywane są efekty współzawodnictwa między uczestnikami procesu wymiany. Ponadto, kwestia konkurencji może być postrzegana przez pryzmat dominujących zachowań i strategii podmiotów, które potencjalnie mogą działać tak, jak firmy funkcjonujące w środowisku silnie konkurencyjnym, a więc obniżać ceny, podwyższać jakość i poziom produkcji⁵. Konkurencja występuje wówczas, kiedy jeden lub więcej konkurentów albo podlega naciskom sytuacji, albo widzi okazję do poprawienia własnej pozycji⁶. Wymusza ona działanie i dostosowywanie się do zmieniającego się otoczenia, tak aby sprawnie realizować cele na rynkowej arenie konkurencji.

Pomijając mnogość ujęć ekonomicznego aspektu konkurencji, jest ona przede wszystkim rozumiana jako fundamentalna cecha wolnych rynków, zapewniająca efektywną alokację zasobów w społeczeństwie. Poszczególne rynki poprzez charakterystykę takich cech, jak: liczba podmiotów; wielkość rynku przedsiębiorstwa; zróżnicowanie produktów; informacja rynkowa; bariery wejścia na rynek; wpływ na cenę czy metody konkurencji – zbliżają się do jednego z podstawowych modeli struktur rynkowych⁷. Model konkurencji doskonałej stawiany jest jako punkt odniesienia przy ocenie konkurencyjności danego rynku. Dowodzi się, iż wszelkie odchylenia od tego modelu skutkują obniżeniem dobrobytu i marnotrawstwem⁸. Pierwsze podstawowe twierdzenie ekonomii dobrobytu głosi, że alokacja zasobów na rynku doskonale konkurencyjnym jest efektywna zgodnie z teorią Pareta. Wszystkie sytuacje, w których rynek nie osiąga efektywności Pareta, uznawane są jako zawodność rynku.

⁴ J. Kultys, *Znaczenie konkurencji w teorii ekonomii*, [w]: D. Kopycińska (red.), *Zachowania rynkowe w teorii i praktyce*, Wydawnictwo US, Szczecin 2007, s. 7-17.

⁵ B. Adamczyk-Kloczkowska, M. Wojna, *Czynniki wspierające i osłabiające konkurencję w systemie ochrony zdrowia*, [w]: K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2008, s. 78.

⁶ M.E. Porter, *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*, PWE, Warszawa 1994, s. 34.

⁷ D. Begg, S. Fischer, R. Dornbusch, *Ekonomia. Mikroekonomia*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1997, s. 268.

⁸ N. Acocella, *Zasady polityki gospodarczej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 90-108.

2. KONKURENCJA W OPIECE ZDROWOTNEJ

W rzeczywistości rynki opieki zdrowotnej nie osiągają efektywności Pareta. Przyczyny występowania tej zawodności stanowią: efekty zewnętrzne, siła rynkowa, dobra publiczne i niedoskonałość informacji⁹. Czynniki te, wynikające ze specyfiki usług medycznych wy tłumiają zachowania pro konkurencyjne. Zwiększenie konkurencyjności można osiągnąć jednak poprzez działania w ramach grup czynników systemowych i organizacyjnych, tj. modyfikację konstrukcji instytucjonalnej systemu opieki zdrowotnej. Innym kierunkiem są zmiany w szczegółowych rozwiązaniach stosowanych przez podmioty, zwłaszcza usługodawców lub praktycznym przestrzeganiu regulacji przez te podmioty¹⁰. Regulacja z jednej strony skutecznie niweluje wady mechanizmu rynkowego, a z drugiej jest koniecznym warunkiem realizacji celów społecznych polityki zdrowotnej¹¹.

Obszary występowania konkurencji są związane z występowaniem i konfiguracją uczestników rynku, zależą od praktykowanego w danym kraju systemu opieki zdrowotnej. Konkurencja może koncentrować się po stronie finansowania systemu, a więc tam, gdzie kreowany jest popyt; po stronie produkcji świadczeń, a więc tam, gdzie stworzy się podaż; lub też na mechanizmach alokacyjnych – a więc tych, które wiążą podaż z popytem¹². W analizie konkurencji istotna jest możliwość stworzenia warunków, które determinują osiągnięcie założonych korzyści. W literaturze zwraca się uwagę na rolę informacji, jej dostępności i jakości determinującej możliwość dokonania racjonalnego wyboru¹³. W przypadku systemu opieki zdrowotnej pacjent z biernego odbiorcy świadczeń musi przeobrazić się w odbiorcę aktywnego, posiadającego informację o odpowiedniej jakości¹⁴. Specjaliści z zakresu ekonomiki zdrowia wska-

⁹ S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 175.

¹⁰ B. Adamczyk-Kloczkowska, M. Wojna, *op. cit.*, s. 78.

¹¹ A. Maynard, A. Dixon, *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience*, [w]: E. Mossialos i in. (red.), *Funding health care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham 2002, s. 109.

¹² I. Rudawska, *Konkurencja w podsektorze stacjonarnej opieki zdrowotnej*, [w]: K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2008, s. 88.

¹³ J. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 96-101.

¹⁴ W.C. Włodarczyk, *Reforma polityki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Kraków 1998, s. 95-96.

zują, iż poważne problemy z informacją w opiece zdrowotnej stawiają zalety konkurencji pod znakiem zapytania¹⁵.

Tabela 1. Cechy konkurencji o sumie zerowej i sumie dodatniej w systemie opieki zdrowotnej

CECHA	GRA O SUMIE ZEROWEJ	GRA O SUMIE DODATNIEJ
Szczebel konkurencji	Konkurencja toczy się między programami opieki zdrowotnej, szpitalami i sieciami opieki medycznej.	Konkurencja ma na celu zapobieganie konkretnym chorobom lub dolegliwościom, ich właściwe zdiagnozowanie i leczenie.
Cel	Redukcja kosztów, uczestnicy starają się ograniczać koszty własne, przenosząc je na pozostałych graczy, co nie prowadzi do redukcji ogółu kosztów systemu.	Podniesienie wartości, czyli stopniowa poprawa jakości na każdy wydany dolar.
Formy konkurencji	Konkurencja polega na pozyskiwaniu zdrowych uczestników programów opieki zdrowotnej.	Konkurencja tworzy wartość na poziomie diagnozy i leczenia chorób i dolegliwości dzięki rozwojowi specjalistycznej wiedzy, ograniczeniu liczby popełnianych błędów, wzrostowi efektywności oraz poprawie wyników opieki medycznej.
Rynki geograficzne	Konkurencja odbywa się tylko w granicach jednostki terytorialnej.	Konkurencja obejmuje regiony i cały kraj.
Strategia i struktura	Uczestnicy unikają specjalizacji, tworząc zamknięte sieci, konsolidują się z innymi uczestnikami rynku (tym samym ograniczając liczbę konkurentów) i naśladują swoich rywali.	Uczestnicy starają się wyróżnić oferując produkty i usługi, które zapewnią unikalną wartość klientom. System składa się z wielu wyspecjalizowanych konkurentów.
Informacja	Informacje dotyczą programów opieki zdrowotnej oraz sondaży poziomu zadowolenia klientów, a nie doświadczenia i wyposażenia świadczeniodawców.	Informacje dotyczą dostawców metod leczenia oraz alternatywnego podejścia do różnych schorzeń.
Czynniki motywacyjne dla płatników	Płatnicy starają się pozyskać zdrowych uczestników i podnoszą wysokość składek dla osób dotkniętych chorobą.	Ubezpieczyciele pomagają swoim uczestnikom dotrzeć do najlepszych ofert i usług opieki medycznej, niezbędnych przy określonej dolegliwości.
Czynniki motywacyjne dla świadczeniodawców	Świadczeniodawcy oferują każdy rodzaj usługi, jednak często poniżej powszechnie obowiązujących standardów medycznych.	Sukces dostawców usług medycznych jest wynikiem rozwijania obszarów specjalizacji. Zajmują się oceną i poprawą jakości oraz skutecznością leczenia. Eliminują błędy, starając się odnieść sukces na początku kuracji. Spełniają, podnoszą i udoskonalają standardy.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M.E. Porter, E. Teisberg, *Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej*, „Harvard Business Review Polska” 2005, nr 32.

Innego zadania są M.E. Porter i E. Teisberg, którzy argumentują, iż mimo ograniczeń, system opieki zdrowotnej może osiągnąć doskonałe wyniki zarówno w obszarze jakości, jak i skuteczności. Wymaga to transformacji

¹⁵ J. Suhecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010, s. 96.

cji i wdrożenia nowych zasad konkurencji nacelowanej na wzrost tworzonej wartości¹⁶. Dane w tabeli 1. wskazują na pułapki i szanse gry konkurencyjnej w systemie opieki zdrowotnej. Istotne jest, by nie wpaść w pułapkę gry o sumie zerowej. System będzie skuteczny wówczas, gdy jego uczestnicy będą dążyć do konkurencji o sumie dodatniej. Cechy takiego systemu opieki zdrowotnej, który skoncentrowany jest na charakterze konkurencji, a jego celem jest wzrost tworzonej wartości, to: konkurencja na szczeblu konkretnych chorób i dolegliwości; wyróżniające się strategie płatników i świadczeniodawców; bodźce motywujące do zwiększania wartości zamiast przesuwania kosztów; informacja na temat doświadczenia, wyników i cennika świadczeniodawców oraz wybór klienta¹⁷.

3. KONKURENCJA MIĘDZY PŁATNIKAMI

Zawężając analizę konkurencji do relacji między płatnikami o uczestnika systemu, można stwierdzić, że występuje ona wtedy, kiedy są spełnione warunki konieczne: (1) wielość płatników oraz (2) możliwość wyboru płatnika przez pacjenta. Samo występowanie wielu płatników nie przesądza o konkurencji pomiędzy nimi. Jest to jedynie warunek konieczny do jej istnienia. O możliwości konkurencji można mówić wówczas, gdy obok wielości płatników wprowadzona jest w systemie możliwość okresowego wyboru płatnika przez pacjenta, bez ponoszenia wysokich kosztów finansowych bądź występowania barier operacyjnych takiego wyboru¹⁸. Mitem jest, że w pozycji konkurencyjnej uprzywilejowane są jednostki prywatne. Publiczne i prywatne podmioty działają zazwyczaj w oparciu o różne podstawy prawne, co daje możliwość wykorzystania różnych instrumentów wpływających na ich konkurencyjność. Wprowadzone rozwiązania systemowe mogą wspierać zarówno jedną, jak i drugą stronę, czego przykładem jest Austria, w której jedynie fundusze publiczne korzystają z funduszu na wyrównanie szkodowości¹⁹. Ponadto, systemem dającym najlepsze warunki do konkurencji jest system z wielokrotną oceną ryzyka. Jest on możliwy wówczas, gdy płatnicy mogą oszacować cenę na podstawie determinantów zdrowia (czynników ryzyka), które pojawiają się na

¹⁶ M.E. Porter, E. Teisberg, *Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej*, „Harvard Business Review Polska” 2005, nr 32.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ W.P. Van de Ven, K. Beck, i in., *Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries*, „Health Policy” 2003, nr 65, s. 81.

¹⁹ A. Obermaier, *Cross-border Purchases of health Services. A Case Study on Austria and Hungary*, Policy Research Working Paper The World Bank 2009, nr 4825.

różnych poziomach i w różnych fazach życia²⁰. Co więcej, modelowy sposób finansowania systemu (ubezpieczeniowy bądź zaopatrzeniowy) nie determinuje bezpośrednio wzmocnienia bądź osłabienia konkurencji między płatnikami²¹.

Tabela 2. Cechy systemu płatników sprzyjające lub ograniczające konkurencję

CECHA SYSTEMU	WARTOŚĆ SPRZYJAJĄCA KONKURENCJI	WARTOŚĆ OGRANICZAJĄCA KONKURENCJĘ
Liczba	wielu, przy czym udział w rynku największego płatnika mniejszy niż 50%	jeden
Własność	—	jednoczesne występowanie podmiotów publicznych i prywatnych działających w oparciu o różny reżim prawny
Zasięg	cały kraj	jeden płatnik na jeden region
Podmiot ochrony	wszyscy obywatele/ubezpieczeni	rozdzielność podmiotów wobec płatników
Przedmiot ochrony	możliwość różnicowania cen, koszyka oraz dopłat do świadczeń; możliwość oferowania przez płatnika dodatkowych, uzupełniających produktów	brak możliwości różnicowania koszyka oraz dopłat do świadczeń
Wycena ryzyka	model z jednorazową bądź wielokrotną wyceną ryzyka	model z opłatą uzależnioną od dochodu
Wyrównanie ryzyka/szkodowość	stosowanie modelu wyrównania ex ante oraz ex post, który zawiera takie cechy jak wiek, płeć, stan zdrowia i in.	brak jakiegokolwiek modelu wyrównania
Powiązanie z innymi podmiotami	—	pełna integracja
Swoboda zawierania umów	możliwość selekcji świadczeniodawców, negocjowanie cen, liczby i rodzaju świadczeń	konieczność kontraktowania u wszystkich świadczeniodawców określonej liczby i rodzaju świadczeń po określonej cenie

Źródło: B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst&Young Sprawne Państwo, Warszawa 2010, s. 22, 36.

Dane w tabeli 2. wskazują na konfiguracje cech płatnika, które determinują występowanie konkurencji oraz sprzyjają jej sile. Przedstawione cechy przekładają się na tzw. indeks konkurencji płatników. Według szacunków B. Więckowskiej krajem o najwyższym poziomie tak mierzonego indeksu jest Holandia²², która od 2008 r. jest także liderem Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia²³.

²⁰ W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Łódź 1996, s. 162-163.

²¹ T. Szumlicz, B. Więckowska, *Metoda ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – zakres i możliwości stosowania*, [w]: T. Szumlicz (red.), *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2005, s. 123.

²² B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst&Young Sprawne Państwo, Warszawa 2010, s. 6-7.

²³ A. Bjonberg, *Euro Health Consumer Index 2012 Report*, Health Consumer Powerhouse 2012, raport dostępny na stronie: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>, s. 25, (6.01.2013).

Funkcje płatnika w polskim systemie opieki zdrowotnej pełni Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), który działa na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁴. Przekazuje środki budżetowe przeznaczone na działanie systemu opieki zdrowotnej poprzez zawieranie umów na świadczenie usług zdrowotnych z konkretnymi podmiotami ochrony zdrowia²⁵. NFZ posiada pozycję monopsonu, czyli sytuacji, w której jeden płatnik nabywa usługi w imieniu pacjentów, nie pełniąc roli ich pełnomocnika. Pełniąc jedynie funkcję nabywcy usług, posiada szcątkową wiedzę o cenach i kosztach. Ta bariera wpływa na transparentność działań oraz rzetelność analiz, co zaburza dwie istotne funkcje konkurencji²⁶. Po pierwsze, funkcję regulacyjną – która zapewnia podział dochodów według kryteriów wydajności, a nie według siły ekonomicznej. Po drugie, funkcję alokacyjną – która wpływa na obniżkę kosztów i stymuluje wzrost produkcji²⁷. Zaletą przyjętego rozwiązania jest przeciwdziałanie praktykom wyłączenia z systemu pacjentów wysokiego ryzyka. Obok NFZ, w ramach systemu opieki zdrowotnej, zakłady ubezpieczeń oferują produkty suplementarne. Rozwiązanie to prowadzi do podwójnej ochrony, co wynika z niesatysfakcjonującego standardu oraz ograniczonego dostępu do świadczeń. W wyniku istniejących barier regulacyjnych, pomimo podejmowanych cennych inicjatyw²⁸, ubezpieczenia te wciąż są słabo rozwinięte, lecz stanowią duże znaczenie i mogą służyć współfinansowaniu usług medycznych.

W opublikowanym w 2010 r. raporcie *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, autorstwa B. Więckowskiej, wskazuje się na dziewięć warunków, pozwalających na pełne wykorzystanie korzyści, jakie niesie ze sobą konkurencja na rynku opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem płatników. Są to: możliwość wyboru płatnika; sprawny system wyrównywania ryzyka/szkodowości; swoboda zawierania umów ze świadczeniodawcami; przejrzystość systemu; dostęp pacjenta do informacji; bodźce finansowe skłaniające do efektywności; ograniczenie efektu gapowicza; warunki umożliwiające kontestowalność rynków; sprawny nad-

²⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135.

²⁵ B. Wrona, *Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe PTE Kraków” 2011, nr 11, s. 379.

²⁶ I. Rudawska, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007, s. 75.

²⁷ M. Sieradzka, *Pozew grupowy jako instrument prywatnoprawnej ochrony interesów konsumentów z tytułu naruszenia reguł konkurencji*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 41.

²⁸ PIU, *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Propozycja rozwiązań*, PIU, Warszawa, luty 2008.

zór regulacyjny systemu²⁹. Z przedstawionych warunków, Polska w pewnej mierze spełnia tylko dwa. Po pierwsze, występuje swoboda zawierania umów przez płatnika. Po drugie, nie ma na rynku osób, które świadomie nie wykupują ubezpieczenia zdrowotnego. Brak pozostałych uwarunkowań determinuje potrzebę intensyfikacji działań ukierunkowanych na reformowanie systemu opieki zdrowotnej.

ZAKOŃCZENIE

Koncentracja reform na powszechności i dostępności systemów opieki zdrowotnej powinna uwzględniać funkcjonalne elementy procesu finansowania (gromadzenie środków, łączenie składek i nabywanie świadczeń medycznych), które są rozmaicie realizowane w różnych krajach. Jednym z postulowanych rozwiązań jest wprowadzenie konkurencji między płatnikami w opiece zdrowotnej. Proces ten wymaga szczególnej uwagi. Doświadczenia wskazują, iż prywatne ubezpieczenie zdrowotne mają słabą tendencję do kontrolowania kosztów, w konsekwencji tworzą nierówności w dostępie do świadczeń, co może zwiększyć nierówności w stanie zdrowia³⁰. Adekwatna regulacja zniweluje wady rynku opieki zdrowotnej i stworzy dogodne warunki dla konkurencji. Spójność podejmowanych działań wymaga konsensu społecznego i politycznego w ramach kierunku reform systemowych, co zdeterminowane jest dostarczeniem rzetelnej informacji opartej na analizie danych statystycznych. Rekomendowane są działania umożliwiające stworzenie sprawnie funkcjonującej i dostępnej elektronicznej platformy danych medycznych, która umożliwi prowadzenie analiz i przyczyni się do wzrostu efektywności podmiotów leczniczych. Warto rozważyć wprowadzenie indeksu jakości obsługi pacjenta w kontakcie ze świadczeniodawcami. Upatruje się w tym względzie szczególną rolę państwa jako skutecznego regulatora systemu opieki zdrowotnej.

BIBLIOGRAFIA

- Acocella N., *Zasady polityki gospodarczej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Adamczyk-Kloczkowska B., Wojna M., *Czynniki wspierające i osłabiające konkurencję w systemie ochrony zdrowia*, [w]: K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia*

²⁹ B. Więckowska, *op. cit.*, s. 7.

³⁰ A. Maynard, A. Dixon, *op. cit.*, s. 121.

- i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2008.
- Begg D., Fischer S., Dornbusch R., *Ekonomia. Mikroekonomia*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1997.
- Bjonberg A., *Euro Health Consumer Index 2012 Report*, Health Consumer Powerhouse 2012, raport dostepny na stronie: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>, (6.01.2013).
- Hussey P., Anderson G.F., *A comparison of single- and multipayer health insurance systems and options for reform*, "Health Policy" 2003, nr 66, [http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(03\)00050-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(03)00050-2).
- Kohutek A., Sieradzka M., *Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów: komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.
- Kultys J., *Znaczenie konkurencji w teorii ekonomii*, [w]: D. Kopycińska (red.) *Zachowania rynkowe w teorii i praktyce*, Wydawnictwo US, Szczecin 2007.
- Maniak G., *Konkurencja i konkurencyjność w badaniach współczesnej ekonomii*, [w]: D. Kopycińska (red.), *Teoretyczne aspekty gospodarowania*, Wydawnictwo US, Szczecin 2005.
- Maynard A., Dixon A., *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience*, [w]: E. Mossialos i in. (red.), *Funding health care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham 2002.
- Morris S., Devlin N., Parkin D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Obermaier A., *Cross-border Purchases of health Services. A Case Study on Austria and Hungary*, Policy Research Working Paper The World Bank 2009, nr 4825.
- PIU, *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Propozycja rozwiązań*, PIU, Warszawa, luty 2008.
- Porter M.E., Teisberg E., *Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej*, „Harvard Business Review Polska” 2005, nr 32.
- Porter M.E., *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*, PWE, Warszawa 1994.
- Rudawska I., *Konkurencja w podsektorze stacjonarnej opieki zdrowotnej*, [w]: K. Ryc, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2008.
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007.
- Sieradzka M., *Pozew grupowy jako instrument prywatnoprawnej ochrony interesów konsumentów z tytułu naruszenia reguł konkurencji*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Stiglitz J., *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.

- Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.
- Szumlicz T., Więckowska B., *Metoda ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – zakres i możliwości stosowania*, [w]: T. Szumlicz (red.), *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2005.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135.
- Van de Ven W.P., Beck K., i in., *Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries*, "Health Policy" 2003, nr 65, <http://dx.doi.org/10.1016%2FS0168-8510%2802%2900118-5>.
- Więckowska B., *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst&Young Sprawne Państwo, Warszawa 2010.
- Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Łódź 1996.
- Włodarczyk W.C., *Reforma polityki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Kraków 1998.
- Wrona B., *Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe PTE Kraków” 2011, nr 11.

