

***Moral hazard* w zakładach opieki długoterminowej**

Słowa kluczowe: moral hazard, zakłady opieki długoterminowej

1. Wstęp

Moral hazard opisywane jest głównie w odniesieniu do rynku świadczeń medycznych. W obszarze opieki długoterminowej zjawisku temu poświęcono dotychczas stosunkowo mało uwagi. Można jednak przypuszczać, że w miarę postępującego procesu demograficznego starzenia i zwiększającej się w związku z tym presji zabezpieczenia potrzeb opiekuńczych niesamodzielnych osób w podeszłym wieku zainteresowanie tym tematem będzie systematycznie rosło.

Celem artykułu jest przedstawienie istoty i znaczenia zjawiska *moral hazard* oraz jego wpływu na sektor instytucjonalnej opieki długoterminowej. Część definicyjna oparta będzie w głównej mierze na publikacjach K. J. Arrowa, M. V. Pauly'ego oraz T. E. Getzena. Do opisu sytuacji w obszarze opieki długoterminowej wykorzystam między innymi raporty OECD oraz Najwyższej Izby Kontroli.

2. *Moral hazard* – istota i znaczenie

Termin *moral hazard* nie ma jeszcze powszechnie uznanego polskiego odpowiednika, choć często tłumaczony jest jako hazard moralny, pokusa nadużyć lub moralne ryzyko. Zjawisko to opisywane jest głównie w literaturze ekonomicznej z zakresu ubezpieczeń. Można się spotkać z dwiema jego interpretacjami [Dionne, 1981]:

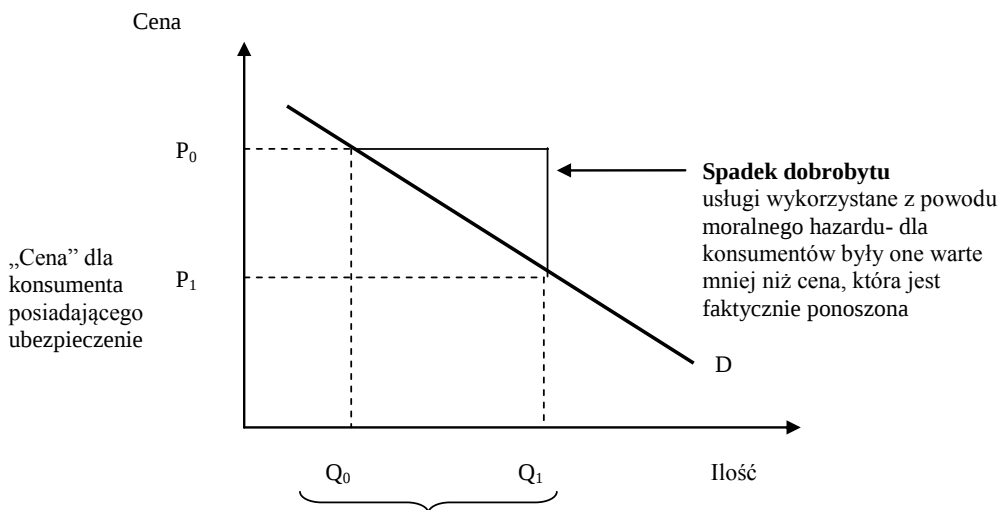
- 1) jako celowe ograniczanie ochrony przed ryzykiem objętym ubezpieczeniem (z tego powodu grupa osób ubezpieczonych przed określonym ryzykiem pada jego ofiarą częściej lub bardziej poważnie niż grupa osób nieubezpieczonych),
- 2) jako wzrost konsumpcji dóbr i usług, których cena jest częściowo lub całkowicie subsydiowana z ubezpieczenia.

Poniższa publikacja traktuje *moral hazard* w jego drugim znaczeniu. Wprowadził je w 1963 roku K. J. Arrow [1963] na podstawie obserwacji rynku

usług medycznych objętych ubezpieczeniem zdrowotnym. Z jego badań wynika, że partycypowanie ubezpieczyciela w kosztach ponoszonych na świadczenia medyczne powoduje wzrost ich konsumpcji, tzn. podmiot ubezpieczony nabywa usługi w znacznie większej skali, niż gdyby nie był ubezpieczony. Takie zachowanie prowadzi do nieuzasadnionej medycznie nadkonsumpcji świadczeń.

Jak wskazuje rys. 1, subsydiowanie usług medycznych przez ubezpieczyciela obniża cenę świadczeniobiorcy z P_0 do P_1 , co skutkuje wzrostem konsumpcji z Q_0 do poziomu Q_1 , a tym samym wzrostem kosztów całkowitych ponoszonych na świadczenia zdrowotne z P_0Q_0 do poziomu P_0Q_1 . Oznacza to, że podmiot ubezpieczony korzysta z usług medycznych nawet wtedy, gdy ich marginalna użyteczność jest mniejsza od marginalnego kosztu, czyli że wartość tych usług jest mniejsza od faktycznie ponoszonych kosztów. Taka nadkonsumpcja prowadzi do nieracjonalnego wykorzystania środków publicznych i spadku dobrobytu.

Rysunek 1. Spadek dobrobytu spowodowany zjawiskiem *moral hazard*



wzrost konsumpcji spowodowany zjawiskiem *moral hazard*

Legenda:

P_1 - cena dla konsumenta posiadającego ubezpieczenie

P_0 - cena dla konsumenta nie posiadającego ubezpieczenia

Źródło: T.E. Getzen, *Ekonomika zdrowia. Teoria I praktyka*, PWN, Warszawa 2000, s. 96.

Wydaje się, że popyt na świadczenia medyczne powinien być doskonale nieelastyczny (sztywny), czyli niewrażliwy na cenę (co ilustruje pionowa linia popytu – równoległa do osi ceny). Oznaczać to może, że o korzystaniu z usług medycznych decyduje konieczność, nie zaś racjonalny wybór. Ponadto specyfika usług medycznych znacznie utrudnia zmianę zakresu korzystania z nich w miarę spadku lub wzrostu ceny (np. trudno wyobrazić sobie, aby ktoś wyrwał kilka dodatkowych zębów z powodu znacznej obniżki ceny usług stomatologicznych). Taka sytuacja oznaczałaby, że popyt jest wolny od *moral hazard*. Jednak istnienie tego zjawiska sugeruje, że popyt sztywny nie jest. Dodatkowo im jest on bardziej elastyczny (im bardziej pochyłona jest linia popytu), tym większa jest pokusa nadużyć [Grubel, 1971].

Zdaniem M. V. Pauly'ego [1968] nadmierną konsumpcję świadczeń medycznych nie należy rozpatrywać w kategoriach problemu etycznego lub moralnego (*moral perfidy*), gdyż jest to wyraz racjonalnego ekonomicznie zachowania ubezpieczonego podmiotu, który staje w obliczu niższych cen za usługi. Dopóki koszt nadkonsumpcji jest dzielony na wszystkich ubezpieczonych, dopóty nie ma motywacji do jej ograniczania.

K. J. Arrow uważa [1968], że racjonalizowanie świadczeń medycznych w warunkach ubezpieczenia zdrowotnego może się odbyć przez:

- szczegółowe weryfikowanie przez ubezpieczyciela celowości świadczeń,
- poleganie na etyce zawodowej świadczeniodawcy,
- poleganie na chęci świadczeniobiorcy zachowania się zgodnie z powszechnie akceptowanymi normami.

Tymczasem to właśnie decyzje pacjentów i lekarzy doprowadzają do powstania nadkonsumpcji, więc wątpliwe wydaje się, aby poleganie na ich chęciach i zamiarach mogło prowadzić do racjonalizacji świadczeń. Pacjenci korzystający z subsydiowanych usług medycznych zazwyczaj ulegają pokusie większej konsumpcji niż wynikałoby to z ich potrzeb (oczywiście dotyczy to jedynie rutynowych porad lekarskich i badań diagnostycznych). Lekarze natomiast starają się dodatkowo motywować pacjentów do korzystania z większego zakresu świadczeń tym częściej, im są one droższe.

2. Istota opieki długoterminowej i metody jej finansowania

Według Światowej Organizacji Zdrowia opieka długoterminowa to system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi) i/lub formalnych (medycznych, społecznych, innych) mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności samoobsługowych, utrzymania najwyższej możliwej jakości życia, zgodnej z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego

możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej [Fathej, 2002]. Około 80% beneficjentów opieki środowiskowej oraz 90% mieszkańców zakładów opieki długoterminowej to osoby w wieku 65+, dlatego opiekę długoterminową zwykle się traktować jako opiekę nad seniorami [OECD, 2005].

Opieka długoterminowa integruje dwa rodzaje usług: zdrowotne i opiekuńcze, które są świadczeniami pierwszej potrzeby, co oznacza, że o korzystaniu z nich decyduje konieczność, a nie racjonalny wybór osoby niesamodzielnej.

Usługi opiekuńcze świadczone są głównie przez opiekunów nieformalnych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej. Rodziny, nie zaś jedynie beneficjenci opieki, odgrywają również kluczową rolę przy dokonywaniu wyboru w zakresie formy i rodzaju formalnych usług opiekuńczych. One również ponoszą finansowe konsekwencje tych wyborów.

Opieka formalna świadczona jest najczęściej w zakładach opieki długoterminowej. Są to specjalistyczne placówki do których w Polsce zalicza się: domy pomocy społecznej; placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku; rodzinne domy pomocy; zakłady opiekuńczo-lecznicze; zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze; szpitale geriatryczne oraz hospicja.

Formalna opieka długoterminowa jest płatna. W zależności od metody jej finansowania wyróżnić można następujące modele [por. Joël, Dufour-Kippelen, 2002]:

- rezydualny: usługi opiekuńcze traktowane są jak towar nabywany na rynku, a każdy obywatel samodzielnie powinien zapewnić sobie opiekę na okres niedołężnej starości, kosztami opieki obciążana jest osoba stara, występuje duży udział ubezpieczeń prywatnych, występuje w krajach anglosaskich;
- zaopatrzeniowy (Beveridge'a): opieka traktowana jest jako prawo obywatelskie, instytucje publiczne (państwo) odpowiedzialne są za zapewnienie usług opiekuńczych finansowanych z podatków, występuje w krajach skandynawskich;
- ubezpieczeniowy (Bismarcka): niesamodzielność i związana z nią konieczność opieki traktowana jest jako ryzyko społeczne objęte społecznym ubezpieczeniem pielęgnacyjnym, usługi opiekuńcze finansowane są ze specjalnego funduszu ubezpieczenia pielęgnacyjnego i przysługują każdej osobie ubezpieczonej, występuje w Niemczech, Holandii, Japonii.

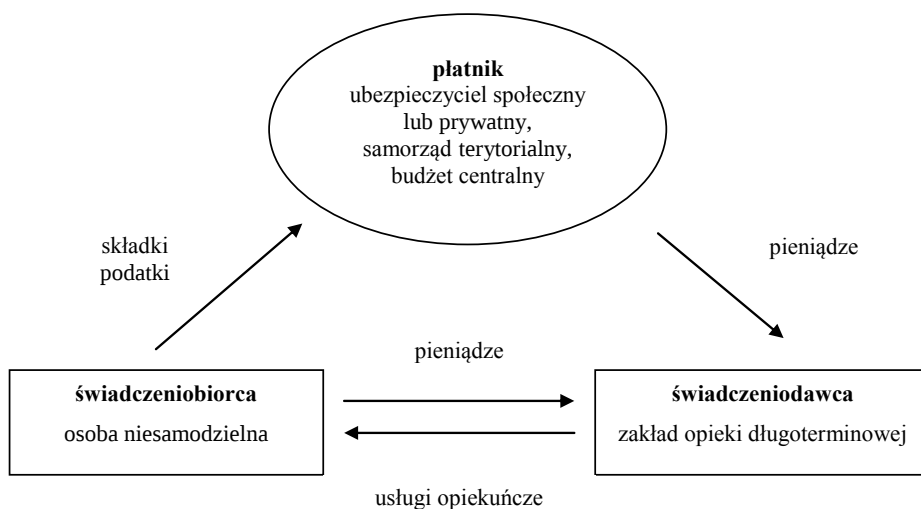
W Polsce opieka długoterminowa podlega różnym sferom instytucjonalnej organizacji, koordynacji i kontroli. Opieka zdrowotna jest domeną ochrony zdrowia, a usługi opiekuńcze (tzw. usługi osobiste – wsparcie w wykonywaniu codziennych aktywności) polityki społecznej. Rozdzielenie kompetencji w zakresie opieki długoterminowej pomiędzy dwa resorty (Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej) oznacza również oddzielne metody organizacji (scentralizowana służba zdrowia i silnie zdecentralizowana pomoc społeczna) oraz odmienne metody finansowania [Golinowska, 2006]. Usługi zdrowotne opłacane są ze

środków Narodowego Funduszu Zdrowia, a usługi opiekuńcze finansuje samorząd lokalny. Ponadto wyodrębnić można obszar komercyjnych usług opiekuńczych świadczonych poza sferą ingerencji władz publicznych. Wynika z tego, że w Polsce występuje model hybrydowy łączący elementy wszystkich modeli finansowania opieki długoterminowej.

4. *Moral hazard* a model finansowania instytucjonalnej opieki długoterminowej

Moral hazard jest zjawiskiem typowym dla każdego rynku, na którym rozdzielona jest funkcja świadczeniobiorcy i płatnika, czyli poza świadczeniobiorcą i świadczeniodawcą występuje trzeci podmiot, którego zadaniem jest partycypowanie w kosztach świadczeń. System finansowania instytucjonalnej opieki długoterminowej ilustruje rysunek 2.

Rysunek 2. Schemat systemu instytucjonalnej opieki długookresowej



Źródło: opracowanie własne.

W obszarze opieki długoterminowej ubezpieczenia prywatne są bardzo słabo rozwinięte¹, dlatego generalnie można stwierdzić, że płatnik jest dysponentem środków publicznych (generowanych z ubezpieczeń społecznych lub podatków). Wydatki całkowite ponoszone na usługi opiekuńcze zawierają więc zarówno środki prywatne beneficjenta opieki, jak i środki publiczne płatnika. Płatnik partycypując w kosztach opieki obniża cenę indywidualną ponoszoną przez osobę niesamodzielną, przez co zwiększa zakres korzystania z usług opiekuńczych.

Zdaniem W. Scanlona [1992] w obszarze opieki długoterminowej skala występowania zjawiska *moral hazard* wydaje się być znacznie większa niż w przypadku innych zabezpieczonych ryzyk. Subsydowanie usług opiekuńczych może prowadzić do znacznego wzrostu konsumpcji. Spowodowane jest to z jednej strony wypełnianiem luki wcześniej niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych (pod wpływem obniżenia ceny opieka formalna staje się bardziej dostępna kosztowo), z drugiej natomiast zamianą opieki otrzymywanej ze strony rodziny lub znajomych na opiekę formalną (pod wpływem obniżenia ceny opieka formalna staje się bardziej korzystna niż opieka nieformalna).

Przewidywanie zmian popytu na instytucjonalne usługi opiekuńcze pod wpływem dostarczania lub ograniczania środków publicznych jest niezmiernie trudne. Wynika to z faktu, że poza ceną indywidualną na popyt wpływają również inne czynniki, takie jak cena alternatywnych form opieki czy stopień zamożności społeczeństwa [Headen, 1993]. Z amerykańskich badań prowadzonych przez B.R. Chiswicka [1976] wynika, że elastyczność cenowa popytu na usługi zakładów opieki długoterminowej wynosi -2.3, co oznacza, że wzrost/spadek ceny indywidualnej o 1% redukuje/zwiększa popyt na instytucjonalne usługi opiekuńcze o 2,3%. Na podstawie podobnych badań Scanlon [1980] wyznaczył elastyczność cenową popytu na poziomie -1,12. Zatem można stwierdzić, że jeżeli w modelu rezydualnym ryzyko niesamodzielnności zostanie zabezpieczone, czyli zacznie funkcjonować instytucja płatnika (np. Fundusz Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego), redukująca cenę indywidualną pobytu w zakładzie opieki długoterminowej na przykład o 50%, to będzie się to wiązało ze znacznym wzrostem popytu na usługi tych placówek, sięgającym nawet 56% (Scanlon) lub 115% (Chiswick). Wzrost ten nie rozłoży się jednak równomiernie w całej populacji osób starszych. Najmniejszy będzie w dwóch grupach [Headen, 1993]:

- wśród najbogatszych seniorów, których stać na drogą opiekę środowiskową,
- wśród najuboższych seniorów, dla których subsydowana opieka instytucjonalna jest nadal droższa od alternatywnej opieki środowiskowej świadczonej przez członków rodziny i znajomych.

¹ W USA jedynie 2% całkowitych wydatków ponoszonych na opiekę długoterminową pochodzi z ubezpieczeń prywatnych [Pauly, 1990].

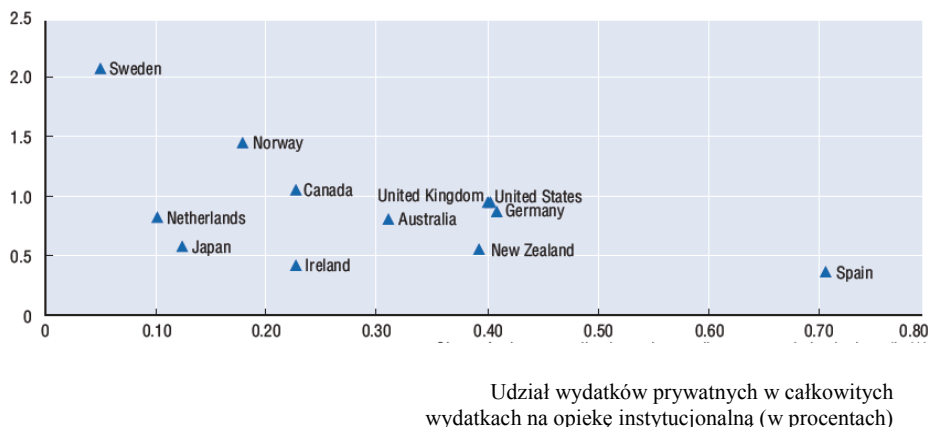
Należy pamiętać, że popyt na instytucjonalne usługi opiekuńcze nie zależy tylko od rozwiązań ekonomicznych. Uwarunkowany jest on również różnorodnymi czynnikami demograficznymi, społecznymi, instytucjonalnymi, politycznymi oraz kulturowymi [Jurek, 2008]. Wszystkie czynniki poza ekonomicznymi charakteryzują się długofalowością zmian, a tym samym stosunkowo długim okresem reakcji w obszarze opieki długoterminowej. Uwarunkowania kulturowe w sferze opieki nad niesamodzielnymi starcami w sposób istotny determinują popyt na różnego rodzaju świadczenia (np. w krajach Dalekiego Wschodu opieka instytucjonalna praktycznie nie istnieje), jednak ich zmiana trwa zwykle wiele dekad, a nawet pokoleń. Podobnie jest ze zmianami w strukturze ludności według wieku. Wraz z procesem demograficznego starzenia wyraźnie wzrasta zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze [Bień, 2001], także te świadczone w formie instytucjonalnej. Ale przeobrażenia demograficzne, chociaż obecnie bardzo gwałtowne, nie następują z dnia na dzień, lecz trwają latami. Tylko wzrost lub spadek popytu pod wpływem zmiany uwarunkowań ekonomicznych można zaobserwować w stosunkowo krótkich okresach, na zasadzie akcja-reakcja. Zmiana ceny świadczenia wywołuje natychmiastową decyzję klienta, który racjonalnie decyduje się o zakupie lub wyborze alternatywnej możliwości.

Wysokość wydatków całkowitych na opiekę instytucjonalną w danym państwie (a tym samym zakres korzystania z usług) uzależniona jest od tego, czy w jej finansowaniu dominują środki prywatne czy publiczne (rys. 3). Im wyższy jest udział środków publicznych w finansowaniu opieki instytucjonalnej, tym większy jest popyt na te świadczenia, a tym samym wyższe są wydatki całkowite. Natomiast jeżeli w finansowaniu dominują wydatki prywatne, to popyt na usługi zakładów opieki długoterminowej jest stosunkowo niski, a tym samym niskie są całkowite wydatki na nie ponoszone. Skrajnymi przykładami są Szwecja, gdzie najwyższy jest udział wydatków publicznych, a tym samym bardzo wysokie są wydatki całkowite na opiekę instytucjonalną, oraz Hiszpania, gdzie bardzo wysoki jest udział wydatków prywatnych, przez co koszty całkowite ponoszone na opiekę instytucjonalną są niskie.

W krajach o wysokich wydatkach publicznych na instytucjonalną opiekę długoterminową (w modelu zaopatrzeniowym i ubezpieczeniowym) presja na rozwijanie nieformalnych usług wspierających osoby niesamodzielne jest stosunkowo mała. Subsydiowanie ze środków publicznych opieki instytucjonalnej obniża indywidualną cenę pobytu w nich, a tym samym powoduje, że zakłady opieki długoterminowej stają się bardziej konkurencyjne w porównaniu do innych, alternatywnych form opieki. Taka sytuacja prowadzi do nadmiernej konsumpcji usług instytucjonalnej opieki, która nie jest uzasadniona faktycznymi potrzebami osób niesamodzielnych, a jedynie względami ekonomicznymi. Jest to więc przejaw *moral hazard* ze strony świadczeniobiorców.

Rysunek 3. Prywatne a całkowite wydatki na opiekę instytucjonalną

Całkowite wydatki na opiekę
instytucjonalną jako procent PKB



Źródło: *Long-term Care for Older People. The OECD Health Project*, OECD PUBLISHING, Paryż 2005, s. 30

Zjawisko hazardu moralnego w obszarze instytucjonalnej opieki długoterminowej często występuje również po stronie świadczeniodawców. Można to zauważyć na dwóch przykładach [Fussek, 2007]:

- 1) Starsza pani wychodzi ze szpitala, jest zupełnie niesamodzielna. Trafia do domu opieki. Spotyka się tam z życzliwą pielęgniarką, rehabilitantką, dostaje opiekę psychologa. Po jakimś czasie są efekty – sama je i pije, aktywnie spędza dzień, wychodzi z depresji. Ale domowi wysiłek się nie opłaca, bo za takiego podopiecznego dostaje mniej pieniędzy niż za wymagającego stałej opieki;
- 2) Starsi podopieczni często przewracają się i łamią kończyny. Można tego uniknąć, kupując specjalne spodnie amortyzujące upadki. Kosztują kilkaset euro, ale dom musi je kupić za własne pieniądze. Gdy pacjent złamie kończynę, kasy chorych płacą tysiące euro za transport do szpitala, opiekę, rehabilitację, co się bardziej opłaca.

4. Popyt na instytucjonalne usługi opiekuńcze w warunkach zmiany metody ich finansowania - przykład Polski

J. Gałęziak [1998] stwierdził kiedyś, że *mechanizm finansowania pomocy społecznej powinien zabezpieczać przed żerowaniem na niej (...). Należy pamiętać, że w Polsce cwaniactwo cieszy się nadal pewnym szacunkiem społecznym i kojarzo-*

ne jest z zaradnością, a wręcz przedsiębiorczością. Nie jest ono potępiane przez większość społeczeństwa. (...). Rodzinie nie może opłacać się oddać swego członka do domu pomocy społecznej. Proceder ten kwitnie, jeśli można uzyskać w ten sposób mieszkanie własnościowe lub gospodarstwo. Rodzina zyskuje pieniądze lub dobra materialne, przekazując podatnikom swego krewnego na utrzymanie. W tym okresie wpływy uzyskiwane przez domy pomocy społecznej z opłat uiszczanych przez pensjonariuszy pokrywały jedynie 20-25% całkowitych kosztów funkcjonowania tych placówek [Dominowski, 2001]. Reszta finansowana była z budżetu państwa.

W 2004 roku zmienione zostały zasady odpłatności za instytucjonalne usługi opiekuńcze świadczone w ramach pomocy społecznej. W finansowanie pobytu osoby niesamodzielnej w placówce włączeni zostali członkowie rodziny oraz samorząd terytorialny. Zaznaczyć należy, że zasada odpłatności skonstruowana została w taki sposób, aby każdej osobie, nawet najuboższej, zagwarantować dostępność kosztową² tych placówek (jeżeli osoba niesamodzielna i jej rodzina nie są w stanie w całości pokryć kosztów pobytu, wówczas powstały niedobór uzupełnia gmina, z której osoba została skierowana do placówki).

Ograniczenie wydatków publicznych w sferę instytucjonalnej pomocy społecznej oraz wprowadzenie obowiązku alimentacyjnego rodziny wobec swoich najstarszych członków spowodowało zmianę popytu na usługi wszystkich zakładów opieki długoterminowej (zarówno pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia). W latach 2003-2005 liczba osób oczekujących na umieszczenie w domu pomocy społecznej zmniejszyła się prawie o połowę [NIK, 2006], a na początku 2007 roku w placówkach tych było już ponad 2500 wolnych miejsc [Rakowska-Boroń, Sikora, 2007]. Równocześnie ze spadkiem popytu na pobyt w domach pomocy społecznej wzrasta popyt na usługi świadczone przez zakłady opiekuńczo-lecznicze. Z kontroli przeprowadzonej przez NIK wynika, że zmiana zasady finansowania instytucjonalnej pomocy społecznej skutkowałą uaktywnieniem poszukiwań *tańszych form sprawowania opieki nad osobami starszymi. Ustalono, że w znacznej mierze sprawowanie opieki przejęła rodzina lub opiekunowie prawni, bądź były świadczone dodatkowe usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania. Natomiast osoby wymagające całkowitej opieki kierowane były do zakładów opiekuńczo – leczniczych (...). Ze względów finansowych, w obecnym stanie prawnym, gminom korzystniej jest kierować osoby do ww. zakładów zamiast do dps* [NIK, 2006].

Kiedy pobyt w domu pomocy społecznej finansowany był z budżetu państwa, chętnie umieszczano w nich osoby niesamodzielne. Zmiana modelu finansowania spowodowała jednak, że placówki te stały się mniej konkurencyjne w porównaniu z innymi formami opieki. Skutki zaistniałej sytuacji są zarówno pozytywne (zaprzestano bezrefleksyjnego wydawania środków publicznych oraz rozpoczęto

² Dostępność kosztowa oznacza zdolność pacjenta do ponoszenia określonych kosztów związanych z oczekiwanym świadczeniem [Klich, 2006]

poszukiwanie racjonalnych form opieki), jak i negatywne (dochodzi do paradoksalnej sytuacji polegającej na tym, że zdrowe osoby niesamodzielne kierowane są do zakładów opiekuńczo-leczniczych, aby w ten sposób, korzystając z droższej formy opieki, ograniczyć koszty indywidualne. Należy pamiętać, że koszt utrzymania osoby starszej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest znacznie wyższy niż w dps, gdyż oprócz kosztów tzw. hotelowych i kosztów opieki ponoszone są tam również koszty opieki medycznej. Pomimo szerszego zakresu usług świadczonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych ich mieszkańcy ponoszą znacznie niższe koszty niż mieszkańcy dps. Wynika to oczywiście z faktu, że zakłady opieki zdrowotnej, a zaliczają się do nich również zakłady opiekuńczo-lecznicze, współfinansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zmiana popytu na usługi domów pomocy społecznej pod wpływem zmiany metody ich finansowania jest zjawiskiem mogącym budzić niepokój. *Ustawa o pomocy społecznej* jasno stwierdza, że prawo pobytu w domu pomocy społecznej przysługuje jedynie osobom nie mogącym samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Oznacza to, że dla tych osób instytucjonalna pomoc społeczna powinna być niezbędna bez względu na jej cenę (popyt sztywny). Natomiast do zakładów opiekuńczo-leczniczych kierowane powinny być jedynie osoby wymagające leczenia i rehabilitacji. Jednak w Polsce forma opieki nie jest determinowana faktycznymi potrzebami ludzi w podeszłym wieku, ale aktualnymi możliwościami systemowymi gwarantującymi finansowanie poszczególnych świadczeń [Jurek, 2007]. Takie rozwiązanie jest niekorzystne zarówno dla organizatorów opieki, jak i dla jej beneficjentów. Ponadto nieuzasadnione medycznie i społecznie korzystanie ze świadczeń finansowanych przez NFZ podnosi społeczny koszt opieki i przyczynia się do nieracjonalnego wydatkowanie środków publicznych.

5. Zakończenie

Już w połowie lat 1970. H. L. Wilensky potwierdził istnienie bardzo istotnej korelacji między przeciętnym wiekiem populacji a zakresem państwowych wydatków społecznych [Golinowska, 2000]. Związane jest to między innymi z tym, że w miarę postępowania procesu demograficznego starzenia się populacji wzrasta w niej zapotrzebowanie na opiekę długoterminową świadczoną w ramach pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia. Stwarza to naturalną konieczność szukania coraz to nowych źródeł finansowania wydatków społecznych ponoszonych na realizację potrzeb opiekuńczych osób starych. W Polsce artykułowane są dwie propozycje systemowego rozwiązania problemu finansowania opieki długoterminowej [Golinowska, 2006]: pierwsza postuluje wprowadzenie społecznych ubezpieczeń pielęgnacyjnych (model ubezpieczeniowy), natomiast druga zmierza do wyodrębnienia

środków na finansowanie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych z podatków ogólnych (model zaopatrzeniowy).

Zarówno w modelu ubezpieczeniowym, jak i zaopatrzeniowym, środki finansowe przeznaczone na opiekę długoterminową trafiają w głównej mierze do instytucjonalnych świadczeniodawców. Skutkuje to nieuzasadnionym medycznie i społecznie wzrostem popytu na usługi zakładów opieki długoterminowej, a tym samym nieracjonalnym wykorzystaniem środków publicznych.

W odniesieniu do opieki długoterminowej bardziej efektywne jest wspieranie finansowe osób niesamodzielnych, czyli świadczeniobiorców. Wówczas beneficjenci opieki stają się klientami świadczeniodawców i korzystają z usług najbardziej odpowiadających ich potrzebom i preferencjom. Przy takim rozwiązaniu wysokość wydatków publicznych na opiekę długoterminową uzależniona jest od liczby osób niesamodzielnych (którą stosunkowo łatwo określić i przewidzieć), nie zaś od liczby świadczeń (która jest zmienna i trudna do przewidzenia). Oznacza to, że subsydjowanie świadczeniobiorców ogranicza zjawisko *moral hazard* i przyczynia się do racjonalnego wykorzystania środków publicznych.

Literatura:

- Arrow K. J., 1963, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, „The American Economic Review”, nr 53, 941-973
- Arrow K. J., 1968, *The Economics of Moral Hazard: Further Comment*, „The American Economic Review”, nr 58, 538
- Bień B., 2001, *Starość pod ochroną*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków, 7
- Chiswick B.R., 1976, *The Demand for Nursing Home Care: An Analysis of the Substitution Between Institutional and Non-Institutional Care*, „Journal of Human Resources”, nr 11(3), 295
- Dionne G., 1981, *Moral Hazard and Search Activity*, „The Journal of Risk and Insurance”, nr 3, 422-423
- Dominowski J., 2001, *Sytuacja i warunki mieszkaniowe w domach pomocy społecznej*, [w:] H. Zaniewska (red.), *Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*, Instytut Gospodarki Mieszkaniowej, Warszawa, 66
- Fathey M. C. J., 2002, *Cultural Change In Long-Term Care Facilities: Changing Facility or Changing the System*, [w:] A.S. Weiner, J.L. Ronch (red.), *Cultural Change in Long-Term Care*, HAWORTH PRESS, Nowy Jork, 36
- Fussek C., 2007, *Biznes bez kontroli*, „Gazeta Wyborcza” (5.09.2007), 11
- Gałęziak J., 1998, *O miejscu i roli pomocy społecznej*, [w:] Z. Tarkowski (red.), *Zarządzanie i kierowanie domem pomocy społecznej*, Wydawnictwo Fundacji ORATOR, Lublin, 10
- Getzen T. E., 2000, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa, 94

- Golinowska S., 2000, *Inna rola państwa także w sferze socjalnej*, „Polityka Społeczna” nr 9 (318), 4
- Golinowska S., 2006, *Przedmowa*, [w:] K. Szczerbińska (red.), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 16
- Grubel H.G., 1971, *Risk, Uncertainty and Moral Hazard*, “The Journal of Risk and Insurance”, nr 38, 100
- Headen A.E. Jr., 1993, *Economic Disability and Health Determinant of the Hazard of Nursing Home Entry*, “The Journal of Human Resources”, nr 28, 106
- Joël M. E., Dufour-Kippelen S., 2002, *Financing systems of care for older persons in Europe*, “Aging Clinical and Experimental Research”, nr 14, 297
- Jurek Ł., 2007, *Stacjonarna opieka społeczna. Spojrzenie w przyszłość*, „Polityka społeczna” nr 5-6, 19
- Jurek Ł., 2008, *Czynniki determinujące zapotrzebowanie na instytucjonalne usługi opiekuńcze z pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku (1). Istota instytucjonalnej pomocy społecznej*; „MEDI”, nr 1, 19-23
- Klich J., 2006, *Teoretyczne podstawy metod badawczych zastosowanych w badaniu dostępności świadczeń zdrowotnych*, [w:] K. Szczerbińska (red.), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 60
- NIK (Najwyższa Izba Kontroli), 2006, *Informacja o wynikach kontroli prawidłowości świadczenia usług przez domy pomocy społecznej*, NIK, Warszawa, 8
- OECD, 2005, *Long-term Care for Older People. The OECD Health Project*, OECD PUBLISHING, Paryż, 25
- Pauly M. V., 1968, *The Economics of Moral Hazard: Comment*, „The American Economic Review”, nr 58, 535
- Pauly M. V., 1990, *The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance*, “The Journal of Political Economy”, nr 98(1), 153
- Rakowska-Boroń I., Sikora D., *W domach pomocy społecznej jest coraz więcej pustych miejsc*, „Gazeta Prawna” (12.02.2007)
- Scanlon W. J., 1980, *A Theory of the Nursing Home Market*, “Inquiry”, nr 17(2), 25-41
- Scanlon W. J., 1992, *Possible Reforms for Financing Long-Term Care*, “The Journal of Economic Perspectives”, nr 6(3), 49

Moral hazard with long term care facilities

The article presents definition of the term “moral hazard” and shows its influence on the field of institutional long-term care. There is an obvious correlation between the scale of institutional care usage and the level of public subsidy. People use it more often when their individual cost is lower. In the other hand formal care givers are not interested in

decreasing patient's dependency level (and the scale of care needs), because it causes decreasing public funds given for such patient.

The article also presents how changed the demand for institutional care in Poland under the change in financing system of care.

Łukasz Jurek: mgr n. ekonom., doktorant w Katedrze Socjologii i Polityki Społecznej na Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu. Pod kierunkiem naukowym dr hab. O. Kowalczyk, prof. AE przygotowuje rozprawę doktorską *Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach*. Członek Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego oraz Dolnośląskiej Rady ds. Seniorów.

e-mail: lukaszjurek@wp.pl