

Izabela Rydlewska*

WPLYW I SKUTKI DZIAŁANIA CZYNNIKÓW EKONOMICZNYCH
KSZTAŁTUJĄCYCH POPYT NA USŁUGI ZDROWOTNE

Celem niniejszego dyskusyjnego artykułu jest wskazanie istotnych, w kontekście planowania ochrony zdrowia w Polsce, związków czynników ekonomicznych z popytem na usługi zdrowotne. Dla udokumentowania wagi problemów zostały przytoczone w obszernym zakresie wyniki badań elastyczności popytu w ochronie zdrowia, zaczerpnięte z literatury zagranicznej, dotyczące odpłatnych usług zdrowotnych.

Ekonomiczne aspekty funkcjonowania ochrony zdrowia stają się na świecie coraz częściej podejmowaną sferą rozważań, o czym świadczy ilość i zakres literatury dotyczącej tej dziedziny wiedzy. Specyfika ochrony zdrowia powoduje, że różni się ona nie tylko od działalności w sferze materialnej, ale także i innych dziedzin sfery niematerialnej. Do cech wyróżniających ją należą: niemierzalny w kategoriach wartościowych, jedynie w sposób umowny, efekt działalności, a miernikiem oceny pracy placówek ochrony zdrowia nie może być zysk i opłacalność oferowanych usług medycznych, wielkość i różnorodność czynników poza działalnością ochrony zdrowia, wpływających na stan zdrowia ludności; brak możliwości ustalenia przez odbiorców usług medycznych ich przyszłych, a nawet niekiedy bieżących potrzeb w tym obszarze; ograniczona rola rynku jako mechanizmu alokacji środków przeznaczonych na ochronę zdrowia oraz - jako źródła sygnałów do podejmowania decyzji - fakt, iż nakłady i efekty

* Mgr, doktorant Studium Doktoranckiego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi.

występują w odmiennych jednostkach, co uniemożliwia ich porównanie¹; szczególna rola człowieka jako podmiotu i przedmiotu, na który skierowane są wszystkie poczynania w ochronie zdrowia².

Stąd badania i analizy dotyczące ochrony zdrowia nie mają wzorców opracowanych i sprawdzonych w innych dziedzinach działalności.

Naczelnym zadaniem służby zdrowia jest zapewnienie opieki medycznej wszystkim ludziom, którzy jej potrzebują. W rzeczywistości jednak zdarza się, że ci, którzy wyrażają zapotrzebowanie na takie usługi, nie mogą ich uzyskać bądź z przyczyn tkwiących w systemie ochrony zdrowia, bądź z powodów natury socjoekonomicznej, organizacyjnej lub demograficznej. Dlatego też niezwykle istotnym problemem jest zbadanie kształtowania się popytu na usługi zdrowotne i czynników go wyznaczających. Praktycznym celem takich badań jest zmniejszenie luki między podażą a zapotrzebowaniem na świadczenia służby zdrowia.

Ponieważ potrzeby zdrowotne, jak i zapotrzebowanie na usługi medyczne zależą od wielu różnorodnych czynników, z tego względu chęć zaspokojenia potrzeby wywołuje zachowanie zdrowotne, rozumiane jako wyraz określonych postaw w stanie zdrowia i choroby, które jednak nie zawsze prowadzi do kreowania popytu na usługi. Taka sytuacja może zaistnieć wówczas, gdy np. potencjalnego pacjenta nie będzie stać na opłacenie usługi zdrowotnej bądź w pobliżu nie znajdzie placówki ochrony zdrowia³.

Określenie rozmiarów i struktury popytu na usługi zdrowotne i czynników go określających może przyczynić się do takiego dostosowania bazy materialnej, kadr oraz podaży usług zdrowotnych, aby było ono adekwatne do potrzeb ludności.

Punktem wyjścia do rozważań poświęconych tym zagadnieniom należy uczynić precyzyjne określenie pojęcia "popyt na usługi zdrowotne". W literaturze występuje wiele określeń w tym zakresie.

¹ A.D.T. G r i f f i t h s, Niektóre zagadnienia opracowania metod ekonomicznej oceny służby zdrowia, "Zdrowie Publiczne" 1973, nr 6.

² J. W i e r z b i c k i, Inwestycje w człowieka, "Poznańskie Roczniki Ekonomiczne" 1973, t. XXVI.

³ J. R. J e f f e r s, M. F. B o g n a n n o, J. C. B a r t l e t t, On the demand versus need for medical services and the concept of "shortage", "American Journal of Public Health" 1971, No 61 (1), s. 46.

Zgodnie z jednym z nich, "popyt na usługi medyczne lub na inne dobra w tym zakresie wyrasta z prób konsumentów zaspokojenia swoich psychologicznie uformowanych chęci"⁴. Jest to "zachowanie rynkowe związane z chęciami, żądaniami konsumentów, cenami usług medycznych, cenami innych dóbr i źródłami pochodzenia środków finansowych"⁵.

Według innego sformułowania "popyt na opiekę medyczną jest definiowany [...] w kategoriach ilości i jakości opieki medycznej otrzymywanej przez ludzi. Popyt, w tym przypadku, w swym ekonomicznym znaczeniu odróżniono od potrzeb"⁶. M. M. Davis stwierdził: "...kiedy wybór między różnymi źródłami opieki medycznej został dokonany i przerodził się w działanie, stał się popytem na usługi medyczne. Wybór jest procesem psychologicznym, który rozpoczyna się wraz z odczuciem potrzeby ..."⁷.

Wszystkie przytoczone z literatury zagranicznej określenia popytu na usługi zdrowotne wydają się być niepełne. Biorąc pod uwagę z jednej strony zachowanie rynkowe konsumentów, a z drugiej - efekt, jaki wywołuje ono w systemie zabezpieczenia opieki zdrowotnej, popyt na usługi medyczne można określić jako zapotrzebowanie na pewną liczbę oraz jakość i usług medycznych. Zapotrzebowanie to wynika z dążenia konsumentów, jako zdefiniowanej społecznie i demograficznie grupy, do realizacji swoich potrzeb i żądań przy panującym w danym okresie poziomie cen i innych czynników socjoekonomicznych.

Niniejsze rozważania zostaną zawężone do relacji między popytem na usługi zdrowotne a czynnikami ekonomicznymi, do których zaliczono dochody ludności, ceny dóbr i usług medycznych, podaż dóbr i usług medycznych oraz tzw. grupę czynników niepieniężnych (nonmonetary factors), która obejmuje koszty traconego przez pacjentów czasu związanego z uzyskaniem porady lekarskiej.

Poza czynnikami ekonomicznymi, na popyt usług zdrowotnych mają wpływ także czynniki demograficzne, zdrowotne i socjologiczne,

⁴ Ibidem, s. 48.

⁵ Ibidem, s. 57.

⁶ J. O h m u r a, Analysis of factors affecting the need and demand for medical care, "Social Security Bulletin" 1975, No 37 (16), s. 485.

⁷ M. M. D a v i s, Medical care for tomorrow, P. 12, Harper 1955.

których cła w kreowaniu popytu na usługi zdrowotne nie jest jednak tematem tego artykułu.

Zależności między popytem a czynnikami go warunkującymi można przedstawić w postaci funkcji, która mierzy zależności między wartościami zmiennych wpływających na decyzje usługobiorców a poziomem popytu na daną usługę czy dobro. Przedstawia to następujący wzór:

$$q_{ms} = f(P_{ms}, P_o, F, N, W)$$

gdzie:

q_{ms} - liczba zapotrzebowanych usług medycznych,

P_{ms} - cena usług medycznych,

P_o - cena alternatywnych dóbr i usług medycznych,

F - dostępne dla konsumentów zasoby finansowe,

N - liczebność populacji,

W - ogół potrzeb społecznych łącznie z potrzebami usług medycznych⁸.

Wprowadzenie takiej funkcji ma na celu wykrycie, które ze zmiennych objaśniających popyt są najważniejszymi jego wyznacznikami. Ponadto chodzi o określenie, jak liczba pożądaných usług i dóbr medycznych będzie zmieniała się (w jakim stopniu i w jakim kierunku) w stosunku do zmian w poziomie czynników określających popyt. Rozwinięciem tej drogi postępowania jest obliczenie wskaźników elastyczności popytu, przez którą rozumie się skłonność popytu do zmian w zależności od wahań czynników go kształtujących.

Przykładowo, dochodowa elastyczność popytu jest to relacja względnej zmiany popytu do względnej zmiany dochodów i przedstawia ją następujący wzór:

$$F = \lim \left(\frac{\Delta P}{P} : \frac{\Delta D}{D} \right)$$

gdzie:

F - współczynnik elastyczności dochodowej popytu,

P - popyt na daną usługę lub dobro,

ΔP - zmiana popytu na daną usługę lub dobro,

D - dochód,

ΔD - zmiana dochodu.

⁸ Jeffers, Bognanno, Bartlett, op. cit., s. 46.

W badaniach elastyczności popytu generalnie przyjmowanym założeniem jest zasada "ceteris paribus", zgodnie z którą popyt ulega zmianie tylko w zależności od zmiany jednego czynnika, podczas gdy inne pozostają nie zmienione⁹.

Powyższe uwagi dotyczą strony metodologicznej badań empirycznych spoza obszaru naszego kraju, służących poznaniu ekonomicznych uwarunkowań popytu na usługi medyczne.

Celem badań dotyczących zagadnień kształtowania się popytu na usługi zdrowotne było, w głównej mierze, przyczynienie się do zmiany metodyki rozwiązań stosowanych w planowaniu ochrony zdrowia. Obok tego dostarczyły one wielu informacji dotyczących znaczenia wpływu poszczególnych czynników ekonomicznych na kształtowanie się popytu na usługi zdrowotne.

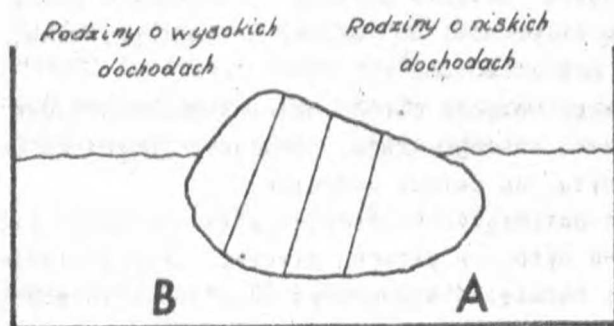
Wśród wspomnianych badań i eksperymentów dominującą grupę stanowią te, które dotyczą wpływu cen na wielkość i strukturę popytu. Dowiodły one, że jeśli część wydatków na opiekę medyczną jest pokrywana z dochodów własnych pacjentów, należy się spodziewać spadku popytu. Wpływ cen usług medycznych mierzono obliczając wskaźniki cenowej elastyczności popytu.

Badania te były głównie prowadzone w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych. Stwierdzono, że poziom współczynnika cenowej elastyczności popytu waha się od -1,5 do wartości dodatnich¹⁰. Elastyczność cenowa -1,5 oznacza, że wzrost ceny o 1% powoduje spadek popytu o 1,5%. Badania te wykazały także, iż w przypadku popytu reprezentowanego przez ludność o niższych dochodach wskaźniki cenowej elastyczności popytu przybierały wyższe wartości. Potwierdzenie tego można znaleźć m. in. w szczególnie popularnej pracy R. G. Becka¹¹, w której autor w obrazowy sposób przedstawia zależność między przynależnością do danej grupy dochodowej ludności a korzystaniem z usług zdrowotnych (rys. 1).

⁹ Ibidem, s. 49.

¹⁰ K. Davies, L. Russell, The substitution of outpatient care for inpatient care, "Review of Economics and Statistics" 1974, No 54 (2), s. 109; A. Holzman, E. Olsen, The demand for dental care: A study of consumption and household production, "Journal of Human Resources" 1976, No 11 (4), s. 546; L. A. Aday, Economic and noneconomic barriers to the use of needed medical services, "Medical Care" 1975, No 13 (6), s. 447.

¹¹ R. G. Beck, Economic class and access to physician ser-



Rys. 1. Góra lodowa symbolizująca opiekę medyczną z podziałem na grupy dochodowe wg: R. G. B e c k, Economic class and access to physician services under public medical care insurance, "International Journal of Health Services" 1973, No 3 (3)

Pod postacią góry lodowej zostały wyobrażone globalne potrzeby zdrowotne ludności. Część góry znajdująca się ponad powierzchnią wody oznacza wszystkie zaspokojone potrzeby zdrowotne społeczeństwa w danym czasie. Jeśli np. zostanie wprowadzone publiczne ubezpieczenie zdrowotne, część góry lodowej ponad powierzchnią wody znacznie powiększy się. Należy dodać, że takie działanie może spowodować wynurzenie się góry ponad powierzchnię oraz jej częściowe "obrócenie się". Wynika to z tego, że gdy bariera finansowa zostanie usunięta, przyniesie to efekt w postaci wzmożonej presji ku górze w punkcie A.

Celem badania przeprowadzonego w prowincji Saskatchewan w Kanadzie było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy usunięcie bariery finansowej w dostępie do usług zdrowotnych wywiera wpływ na stopień korzystania z nich w różnych grupach dochodowych.

Konkluzje wynikające z powyższych obserwacji są następujące:

1. Wraz ze wzrostem udziału ludności w kosztach opieki medycznej 47% osób o najniższych dochodach nie miało żadnego kontaktu z lekarzem w porównaniu z 10% najzamożniejszych.

2. Wraz z usunięciem opłat za usługi medyczne tempo korzystania z usług przez grupy o niskich dochodach było wyższe niż w grupach/zamożnych.

3. W zakończeniu autor zadaje pytanie, które pozostawia bez odpowiedzi, kierując je pod adresem polityków zdrowotnych, a mianowicie: jaki poziom dostępności do usług medycznych może być traktowany jako najbardziej rozsądny i odpowiedni. Problem ten dotyczy racjonalności korzystania ze świadczeń ochrony zdrowia.

Teżę, że wraz z usunięciem barier finansowych tempo korzystania ze świadczeń zdrowotnych będzie wyższe w grupach najuboższych, potwierdza opisany przez F. W. Briana i S. T. Gibbensa¹² eksperyment przeprowadzony w Kalifornii. Eksperyment ten polegał na obciążeniu opłatami grupy ludności, która do tego momentu była całkowicie od nich zwolniona. Chodziło o to, aby pacjenci powyżej określonego pułapu dochodów osobistych zobowiązani byli do płacenia 1 dolara za każdą z dwu pierwszych wizyt u lekarza w miesiącu oraz 0,5 dolara za każde dwie pierwsze recepty. Rezultat był zaskakujący, a mianowicie w rezultacie zwiększonych opłat za usługi medyczne i recepty nastąpił spadek ich "spożycia" sięgający w krańcowych przypadkach 30%.

Wyniki tych i innych¹³ badań cenowej elastyczności popytu wskazują na różne reakcje pacjentów związane z wprowadzeniem lub podniesieniem opłat za usługi zdrowotne. Rzeczą istotną w kontekście polityki społecznej wydaje się być fakt, że odchodzenie od bezpłatności opieki zdrowotnej zmniejsza wyraźnie spożycie tych świadczeń, głównie przez grupę ludności o najniższych dochodach w rodzinie.

W ramach omawianych zagadnień mieści się również problem wpływu cen na strukturę popytu. Dostępne wyniki badań¹⁴ wskazują, że mamy tu do czynienia z istotną reakcją popytu na opiekę szpitalną, w zależności od cen na usługi ambulatoryjne.

Ta cenowa substytucyjna elastyczność popytu może być wyrażana

¹² F. W. Brian, S. T. Gibbens, Californias medical co-payment experiment, "Medical Care" 1974, No 12 (2), Suppl.

¹³ Ch. F. Phelps, J. P. Newhouse, Effect of co-insurance: A multivariate analysis, "Social Security Bulletin" 1972, No 35 (6), s. 20; R. Rosett, L. Huang, The effect of health insurance on the demand for medical care, "Journal of Political Economy" 1973, No 2 (1), s. 284.

¹⁴ Davies, Russell, op. cit.; B. Chiswick, The demand for nursing home care: An analysis of substitution between institutional and noninstitutional care, "Journal of Human Resources" 1976, No 11 (3), s. 295.

również w odniesieniu do kosztów pozacenowych, o których będzie mowa w dalszej części artykułu, np. w postaci kosztu przebycia dyktansu do instytucji medycznych, szpitala lub przychodni. Im znaczniejszy jest zakres bezpłatnych lub tanich usług, tym wyższa jest mierzona cenowa elastyczność popytu.

W świetle rozważań nad wpływem cen na popyt w ochronie zdrowia okazało się, iż w ścisłym związku z tym zjawiskiem pozostaje czynnik dochodów ludności. Tak więc rozważania na temat zależności cen i popytu powinny iść nie tylko w kierunku określenia wysokości opłat bezpośrednio pobieranych od pacjentów, ale również w stronę eksploracji zależności tychże opłat od sytuacji socjoekonomicznej różnych grup społecznych¹⁵.

Zdecydowana większość prac o tej tematyce utrzymuje, że poziom korzystania z usług medycznych jest wyższy w grupach zamożnych, nawet jeśli ma to miejsce w systemie bezpłatnej opieki medycznej. Znany jest przypadek, że w wyniku badania empirycznego stwierdzono, że 70% rodzin o dochodach poniżej 1500 dolarów skorzystało ze świadczeń ochrony zdrowia, podczas gdy ten odsetek dla rodzin o dochodach powyżej 1500 dolarów sięgnął aż 92%¹⁶.

Interesujące, z punktu widzenia planowania w ochronie zdrowia, badanie dostępności do usług zdrowotnych różnych grup dochodowych przedstawił D. S. Salkever w swoim opracowaniu¹⁷. Jak sam mówi, jego "artykuł prezentuje nową metodę opisu nierówności w dostępie do opieki medycznej"¹⁸. Oceną dostępności objęto różne grupy dochodowe w sześciu regionach świata. Były to: Liverpool, Helsinki, Łódź, Baltimore, Northwestern Vermont oraz prowincja Saskatchewan w Kanadzie. Szczególnie zaskakujący jest fakt ogromnych różnic w dostępie dzieci do opieki medycznej (mierzonym liczbą mających kontakt z lekarzem lub innym personelem medycznym) w zależności od dochodów ich rodziców (patrz tab. 1).

¹⁵ Beck, op. cit., s. 341; D. S. Salkever, Economic class and differential access to care: comparisons among health care systems, "International Journal of Health Services" 1975, No 3 (5), s. 373. P. Townsend, Inequality and the health service, "The Lancet" 1974, No 1, s. 1179.

¹⁶ Beck, op. cit., s. 341.

¹⁷ Salkever, op. cit., s. 373.

¹⁸ Loc. cit.

T a b e l a 1

Opieka zdrowotna nad dziećmi w świetle dochodów ich rodziców

Obszar	Liczba dzieci (w odsetkach) nie korzystających z porady lekarskiej, a mających kontakt z innym personelem medycznym, w rodzinach o dochodach:	
	niskich	wysokich
Baltimore	12,7	10,4
Helsinki	21,4	19,5
Liverpool	12,8	3,8
Łódź	10,3	5,6
Northwestern Vermont	5,9	5,4
Saskatchewan	12,8	14,2

Źródło: D. S. Salkever, Economic class and differential access to care: comparisons among health care systems, "International Journal of Health Services" 1975, No 3 (5), s. 373.

D. S. Salkever, prowadzący te badania, stwierdza, że na tym etapie rozpoznania problemu wiele jest pytań, które pozostają bez odpowiedzi, np. dlaczego dostęp dzieci do opieki medycznej jest inny - odwrotny w stosunku do dochodów - jedynie w Saskatchewan, jak to udowodniono w zestawieniu z innymi badanymi obszarami?

Konkludując zauważamy, iż przeprowadzona przez autora analiza dowiodła, że dzieci z rodzin o niskich dochodach korzystają z opieki medycznej w mniejszym stopniu niż ich rówieśnicy z rodzin o wysokich dochodach, niezależnie od struktury systemu opieki zdrowotnej. Wniosek nasuwający się po prezentacji tego typu badań brzmi następująco: wyniki takich i podobnych badań mogą w znacznym stopniu usprawnić planowanie w ochronie zdrowia, gdyż wpłyną na bardziej precyzyjne przewidywanie popytu na usługi zdrowotne. Pozwala to na racjonalne dopasowanie bazy medycznej do potrzeb społecznych. Dochody jednostkowe ludności, traktowane jako zmienna w procesie planowego kształtowania modelu konsumpcji, mogłyby stać się narzędziem stymulującym przekształcenie konsumpcji w pożądanym kierunku. Prowadzenie badań dochodowej elastyczności popytu daje odpowiedź na pytanie,

stopniu dochód jest czynnikiem pobudzającym popyt. Informacja taka jest niezwykle przydatna zarówno w planowaniu ochrony zdrowia, jak i tempa wzrostu dochodów. Znajomość wskaźników dochodowej elastyczności popytu pozwala z dużą dokładnością przewidzieć przyszły popyt w zależności od planowanego wzrostu dochodów pieniężnych w poszczególnych grupach społeczno-zawodowych.

Obok wyżej wymienionych pozytywów tego rodzaju badań, należy podkreślić, że mają one i inne zalety. Po pierwsze - pozwalają na wykrycie grup ludności, które odczuwają uzasadniony "niedosyt" usług zdrowotnych. Po drugie - analizując zróżnicowanie dostępności do usług zdrowotnych wśród różnych grup dochodowych ludności, można uzyskać szereg informacji dotyczących przyczyn zmian w strukturze systemu ochrony zdrowia. Po trzecie - badanie tego rodzaju może być wykorzystane jako przegląd efektywności podejmowanych działań w ochronie zdrowia w celu zredukowania nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Kolejnym czynnikiem kształtującym popyt, wymagającym omówienia, jest podaż usług w ochronie zdrowia. W literaturze zachodniej (J. Ohmura) można spotkać stwierdzenia, że kreuje ona swój własny popyt. Zauważono mianowicie, że popyt na usługi z zakresu służby zdrowia jest wyższy w miastach niż na obszarach wiejskich, co tłumaczy się większą liczbą dostępnych placówek oraz znacznymi ułatwieniami w komunikacji miejskiej. Jednakże to wcale nie oznacza, że potrzeby zdrowotne na terenach wiejskich są niższe.

Ponadto okazało się w wyniku przeprowadzonych badań¹⁹, że istnieje zależność między liczbą łóżek w szpitalach na jednostkę populacji a liczbą dni opieki szpitalnej. Stwierdzono, że wraz ze zwiększeniem liczby łóżek w szpitalach wydłużył się okres opieki szpitalnej. Wykazano również korelację między liczbą dni hospitalizacji oraz liczbą konsultacji lekarskich na osobę a liczbą placówek medycznych na jednostkę populacji. Współczynnik korelacji między liczbą dni hospitalizacji przypadającą na 1 osobę ubezpieczoną a liczbą łóżek w szpitalach wynosi 0,82, a dla osób które częściowo pokrywają koszty leczenia współczynnik ten równa się

¹⁹ A. K l a r m a n, The economics of health, Columbia Univ. Press 1965, s. 139.

0,62²⁰. Wynika z tego, że wspomniana zasada jest w praktyce szczególnie wyrazista, gdy nie istnieją bariery finansowe w dostępie pacjentów do usług medycznych.

Inny aspekt omawianego zagadnienia dotyczy pozycji lekarza jako kreatora podaży. Zaspokaja on nie tylko potrzeby pacjentów, ale sam w pewnym stopniu ma wpływ na wielkość i strukturę popytu. Dzieje się tak dlatego, gdyż mamy tu do czynienia z przekazywaniem lekarzowi przez pacjentów swych uprawnień co do wyboru usługi. Pacjent z reguły nie orientuje się, ile usług danego rodzaju powinien uzyskać, jakiego rodzaju powinny być te usługi oraz, w jakim czasie i w jakiej placówce powinny być dostarczone.

Opisane zjawisko ulega nasileniu, gdy system opłacania lekarza stwarza bodźce ekonomiczne właśnie takiego postępowania lekarza. Podkreśla się w literaturze niejednokrotnie, że stwierdzenie i udowodnienie na drodze badań empirycznych powyższych spostrzeżeń stanowi doniosłe osiągnięcie ekonomiki zdrowia.

W dotychczasowych rozważaniach przedstawiono jedynie pieniężne (monetary factors) wyznaczniki popytu na usługi zdrowotne. Oprócz nich istnieją również czynniki niepieniężne, których pominięcie doprowadzić może do błędnych lub niepełnych szacunków wielkości i struktury popytu. Głównie uwagi te dotyczą stosunkowo najmniej poznanego, trudnego do skwantyfikowania wyznacznika popytu, jakim jest czynnik traconego przez pacjentów czasu na dotarcie do lekarza, na oczekiwanie przed gabinetem na przyjęcie oraz czasu oczekiwania od momentu wyznaczenia terminu wizyty do chwili świadczenia usługi. Jedną z prac o tej tematyce jest obszerny artykuł J. Actona²¹, w którym przedstawiono wyniki obserwacji i badań czasowej elastyczności popytu. Dowodzą one, iż niepieniężne czynniki zmian popytu oddziałują w nie mniejszym stopniu niż dochody ludności oraz ceny usług i leków. W celu przeprowadzenia opisanego przez autora badania stworzono teoretyczny model popytu oparty na pieniężnej cenie usługi, koszcie traconego czasu oraz dochodach osobistych ludności²².

²⁰ O h m u r a, op. cit., s. 485.

²¹ J. A c t o n, Nonmonetary factors in the demand for medical services: Some empirical evidence, "Journal of Political Economy" 1975, No 83 (1), s. 595.

²² J. A c t o n, Demand for health care when time prices

Analiza cenowej i czasowej elastyczności popytu wykazała wzrost wrażliwości popytu na koszt traconego czasu wraz z ograniczeniem opłat bezpośrednich od pacjenta. W konsekwencji popyt na bezpłatne usługi powinien być bardziej wrażliwy na zmiany "ceny" czasu niż popyt na usługi płatne, gdyż czas stanowi większą proporcję globalnej ceny przy usługach bezpłatnych niż przy świadczeniach płatnych. Tłumaczy się to tym, że jeśli cena usługi spada, następuje sytuacja, gdy elastyczność czasowa popytu przewyższa elastyczność cenową. W powyżej opisanym badaniu tak rozumianej elastyczności czasowej jej współczynnik oszacowano na $-0,14$, co oznacza, że wzrost odległości o 1% spowodował spadek popytu o $0,14\%$, natomiast uprzednio cytowani autorzy A. Holtmann i E. Olsen²³ uzyskali te wskaźniki w stosunku do kosztów czasu oczekiwania w przedziale $(-0,054, 0,255)$ oraz w stosunku do czasu podróży $-0,121$.

Przytoczone przykłady badań elastyczności popytu z literatury zagranicznej nie są jedynymi w tym zakresie. Na poparcie warto przytoczyć nieco późniejsze, acz interesujące informacje zawarte w jednym z artykułów dotyczących badania popytu. Autorzy stwierdzają, że czas podróży stał się obecnie jedną z najbardziej istotnych zmiennych określających liczbę pożądaných przez pacjentów wizyt lekarskich. Okazało się ponadto, że w objętym obserwacją rejonie czas podróży był o wiele ważniejszy niż czas oczekiwania na wizytę.

Rezultaty dotychczas zrealizowanych badań wskazują, że tradycyjne ekonomiczne zmienne, jak cena czy dochód, nie mogą być rozpatrywane jako jedyne i wyłączne determinanty popytu.

Warto w tym miejscu wspomnieć o jeszcze jednym badaniu empirycznym²⁴. Polegało ono na tym, że poproszono pacjentów o oszacowanie czasu podróży (dojazdu) do lekarza oraz czasu oczekiwania na wyznaczony termin wizyty, a także oczekiwania przed gabinetem bezpośrednio przed nią. Okazało się, że dla tych, dla których bariery ekonomiczne były minimalne, czas podróży nie ma wpływu na to, czy pacjent korzysta z opieki lekarskiej czy nie, gdy istnieje jej

vary more than money prices, Memorandum R-1189-OEO IXIYC, RAND Corp., May 1973; t e n z e, Demand for health care among the urban poor with special emphasis on the role of time, Memorandum R-1151-OEO/NYC, RAND Corp., April 1973.

²³ H o l t m a n, O l s e n, op. cit., s. 546.

²⁴ A d a y, op. cit., s. 447.

potrzeba. Dla pacjentów ubezpieczonych i nieubezpieczonych, mieszkających w odległości, na przebycie której potrzeba mniej niż 30 minut, zanotowano relatywnie dużo większą liczbę wizyt u lekarza w przypadku pojawienia się jej potrzeby, aniżeli dla tych, którzy mieszkają dużo dalej.

Rozpatrując wpływ czasu podróży do lekarza stwierdzono, że czas w przypadku osób nieubezpieczonych, a potrzebujących pomocy lekarskiej, działa jako mniej ważna bariera dostępności. Podobne wnioski były konsekwencją badania czynnika czasu oczekiwania na termin badania lekarskiego. Inne konkluzje powstały w efekcie badania wpływu czasu oczekiwania na przyjęcie pod gabinetem na liczbę wizyt. Okazało się, że ci, którzy czekają więcej niż 30 minut przed gabinetem lekarskim, korzystają znacznie rzadziej z usług służby zdrowia, z wyjątkiem pacjentów ubezpieczonych, dla których ten czynnik nie ma prawie znaczenia.

Opisane przykłady, zaczerpnięte z literatury angielskiej i amerykańskiej, wskazują zgodnie, że czas jako bariera dostępności może wyprzedzić bariery pieniężne jako czynnik regulujący korzystanie z usług zdrowotnych przez określone grupy pacjentów. Funkcjonuje on jako cena wyznaczająca popyt, szczególnie w systemie bezpłatnej opieki medycznej. Należy pamiętać o ścisłym związku tego czynnika "niepieniężnego" z klasycznymi wielkościami, takimi jak ceny i dochody ludności, gdyż tylko ich łączna analiza może być użyteczna dla efektywnej oceny dostępności do usług zdrowotnych w różnych programach ochrony zdrowia oraz oceny alternatywnych rozwiązań w służbie zdrowia.

Celem powyższej prezentacji badań empirycznych popytu na usługi zdrowotne jest - jak wspomniano na wstępie - wskazanie ich znaczenia w aspekcie planowania ochrony zdrowia. W Polsce problematyka ta nie jest często podejmowana, chociaż w analizach socjologicznych i ekonomicznych coraz częściej podkreśla się związki między popytem na usługi zdrowotne a różnego rodzaju czynnikami kształtującymi jego wielkość i strukturę²⁵

²⁵ K. P i o t r o w s k a, Społeczno-ekonomiczna ocena świadczeń ochrony zdrowia, "Praca i Zabezpieczenie Społeczne" 1978, nr 6, s. 34; L. B e s k i d, Konsumpcja w rodzinach pracowniczych, PWE, Warszawa 1977.

Przeprowadzenie podobnych badań w naszym kraju wymagałoby opracowania metodologii pracy badawczej, co pochłonęłoby z pewnością wiele czasu i środków finansowych. Dlatego też warto zastanowić się nad możliwościami ich adaptacji i pośredniego wykorzystania w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia.

Pamiętać należy jednak o tym, że w odniesieniu do świadczonych bezpłatnie usług zdrowotnych w naszym kraju nie można stosować pojęcia popytu efektywnego w znaczeniu, w jakim jest ono używane w cytowanych przykładach badań. Definicja popytu mówi, że jest to "zapotrzebowanie na konkretne dobra ekonomiczne, konsumpcyjne i produkcyjne [...]. Jeżeli zapotrzebowanie na dane dobro znajduje odpowiednie pokrycie w dochodach konsumentów, mówimy o popycie efektywnym..."²⁶ Dlatego też bardziej stosowne wydają się określenia: konsumpcja lub spożycie usług zdrowotnych.

Stworzenie podstaw do poprawy funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce jest jednym z postulatów reformy tego systemu. Niestety stan zaawansowania badań nad ekonomicznymi aspektami ochrony zdrowia w Polsce nie daje pełnych podstaw do planowania w tej sferze usług społecznych. Należy zwrócić szczególną uwagę na jeden z kierunków reformy, który mówi, iż należy podjąć szereg prac przygotowawczych do opracowania takiego systemu informacji dotyczących nie poznanych dotąd zagadnień ekonomicznych służby zdrowia, aby stał się odpowiednią podstawą do prac planistycznych.

Jednym z najbardziej bulwersujących postulatów reformy w ochronie zdrowia jest wprowadzenie odpłatności za usługi w tej sferze. "Funkcjonujący dotychczas system nieodpłatnych i tanich usług wraz z podmiotowym systemem finansowania jednostek świadczących usługi przyczyniały się do powstawania wielu negatywnych zjawisk [...], negatywnie należy ocenić brak motywacji do prowadzenia kalkulacji kosztów i racjonalizowania wydatków [...], nadużywanie świadczeń i marnotrawstwo środków towarzyszących usługom (leków, [...])"²⁷.

W związku z tym wydaje się, że wprowadzeniu jakichkolwiek rozwiązań eksperymentalnych powinny towarzyszyć analizy wskaźników cenowej i dochodowej elastyczności popytu. Stanowić mogłyby one

²⁶ Mała encyklopedia ekonomiczna, PWL, Warszawa 1974, s. 592.

²⁷ Usługi społeczne, red. A. Ł u k a s z e w i c z, PWE, Warszawa 1984, s. 49.

doskonałą korektę wysokości wprowadzonych bezpośrednich opłat ludności w powiązaniu z przynależnością do grup dochodowych. "Można na tej podstawie wyznaczyć tzw. cenę maksymalną, powyżej której popyt na określony rodzaj usługi - przy danych warunkach dochodowych i społecznych [...] - mógłby ulec obniżeniu"²⁸. Informacje o wzajemnych związkach popytu, dochodów i cen, ich sile i kierunku bezsprzecznie stanowią podstawę planowania przyszłego popytu i jego struktury, a w ślad za tym - planowania przyszłych dostaw usług medycznych i dóbr z nimi związanych.

Ponadto, dzięki znajomości współczynników dochodowej elastyczności popytu oraz planowanego wzrostu dochodów, możliwe staje się trafne przewidywanie kształtowania się popytu. Dodatkowo informacje te stanowią istotną wskazówkę dla podziału środków inwestycyjnych, między placówki świadczące różne rodzaje usług, przy opracowywaniu planów rozwoju ochrony zdrowia. Przykładem problemu, który należałoby rozstrzygnąć w najbliższej przyszłości, jest odpowiedź na pytanie, czy np. obciążenie kosztami leków w rodzinach o najniższych dochodach nie jest zbyt duże, podczas gdy w rodzinach zaможnych jest mało lub wcale nieodczuwalne. Z drugiej strony likwidowanie wszelkich barier cenowych prowadzi - jak wspomniano - do marnotrawstwa.

Reasumując, należy stwierdzić, że ustalenie określonego poziomu odpłatności bezpośredniej pacjentów za pomocą analiz współczynników cenowej i dochodowej elastyczności popytu przynieść może następujące korzyści: racjonalizację korzystania ze świadczeń, uzyskanie sygnałów o aktualnej strukturze popytu, co w konsekwencji umożliwia prawidłowe rozmieszczenie zasobów, oraz pomoc w kształtowaniu przyszłych struktur spożycia.

Analizowanie związków między popytem a różnymi czynnikami ekonomicznymi może być również przydatne dla podniesienia poziomu racjonalnego gospodarowania środkami pieniężnymi w ochronie zdrowia.

Niezmiernie istotną sprawą jest dążenie do upowszechnienia formuły finansowania przedmiotowego, ponieważ zasilanie podstawowych jednostek służby zdrowia oparte na finansowaniu podmiotowym nie spełniło pokładanych w nim nadziei. Dlatego też coraz częściej postuluje się wprowadzenie finansowania przedmiotowego, które łączy

²⁸ Ibidem, s. 54.

zakres i jakość świadczonych usług z zasobami przeznaczonych na nie środków. Aby nastąpiło odpowiednie dopasowanie zasobów finansowych do rozmiarów działalności wytwarzającej konkretny typ usług, należy przede wszystkim znać aktualny i przewidywać przyszły popyt na te usługi. Z pomocą przychodzą tu właśnie badania elastyczności popytu, które pośrednio pozwalają na zaplanowanie wysokości przyszłych zasobów przeznaczonych na wybrany rodzaj usług zdrowotnych oraz na ich prawidłową alokację. Taka działalność może zapewnić pełniejsze zaspokojenie potrzeb społecznych, a tym samym poprawić stopień dostępności do nich.

Analiza popytu powinna również zawierać wzajemne relacje między popytem na usługi zdrowotne a tzw. czynnikami niepieniężnymi, które są szczególnie ważne w bezpłatnym systemie opieki zdrowotnej. Stąd konieczne wydaje się rozwiązanie zagadnienia aktualnego rozmieszczenia i dystrybucji usług ochrony zdrowia, ponieważ - ze względu na dużą odległość od miejsca zamieszkania korzystających z nich pacjentów - część urządzeń służby zdrowia może być nieracjonalnie wykorzystana w stosunku do zapotrzebowania, a w ślad za tym w znacznym stopniu może to ograniczyć dostępność do świadczeń. Istotne jest rozstrzygnięcie, czy w planowaniu sieci placówek służby zdrowia brać pod uwagę nie tylko np. średni promień rejonu, lecz także przy uwzględnieniu rozmieszczenia ludności w perspektywie зда- wać sobie z tego sprawę, jakie efekty w dziedzinie korzystania z opieki ma obecny wariant lokalizacji. Pomocne w rozwiązaniu tych i podobnych problemów jest badanie elastyczności popytu - w zależności od różnych czynników - które dostarcza zarówno informacji o sytuacji bieżącej, jak i wskazówek na przyszłość.

Ponieważ właśnie dostępność do świadczeń zdrowotnych jest wiodącą myślą reformy gospodarczej w ochronie zdrowia, gros działań w tej sferze powinno służyć temu celowi. Wiadomym jest, że system ochrony zdrowia w Polsce nie zapewnił dotychczas powszechnej dostępności do usług, o czym świadczą wyniki prowadzonych w tym zakresie badań empirycznych. Wynika to szczególnie z braku równowagi między popytem a podażą w tej sferze²⁹. Wydaje się, że w aktualnej sytuacji jednym z warunków przeprowadzenia korzystnych zmian jest dokładne rozpoznanie czynników kształtujących zapotrzebowanie na usługi, tak ekonomicznych, jak demograficznych i społecznych.

²⁹ P i o t r o w s k a, op. cit., s. 34.

Temu przedsięwzięciu mogą właśnie posłużyć badania elastyczności popytu, w sensie spożycia usług w ochronie zdrowia. Połączenie badań ekonomicznych z socjologicznymi w tej kwestii oraz wynikające z nich wnioski mogłyby posłużyć jako wskazówka dla przyszłych działań.

Jak zaznaczono na wstępie, artykuł ten ma charakter dyskusyjny, gdyż przedstawione w nim rodzaje badań nie były dotychczas prowadzone w Polsce i dlatego trudno jest przewidzieć ich realną przydatność w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia.

Izabela Rydlewska

IMPACT OF ECONOMIC FACTORS ON DEMAND FOR HEALTH CARE SERVICES

The article analyzes relationships between demand for health care services and chosen economic factors. There are discussed here such factors determining demand for health care services as: incomes of population, prices of medical services, cost of time lost by the patient on waiting for the service and commuting to the physician.

The task of this article is to present results of the studies concerning these problems in the context of health care planning in Poland.

As the studies of a similar kind have not been undertaken in Poland so far it is worth considering the aims and possibilities of their conducting in conditions of the Polish health care system. There are also given here several examples of utilizing the results of analyses focussed on relationships between demand and chosen economic factors determining this demand. This problem seems of be especially significant when the assumptions of the reform in the field of socio-welfare services are taken into account since one of its postulates speaks about the necessity of analyzing elasticity of demand in the sphere of health care in Poland.