



Sherman Folland
Allen C. Goodman
Miron Stano

Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej

Redakcja naukowa wydania polskiego
Jadwiga Suchecka

Przełożyły
Magdalena Korona
Marta Siciarek

Zamów książkę w księgarni internetowej

proinfo.pl
księgarnia internetowa

Spis treści

Wprowadzenie do wydania polskiego.	11
Wstęp.	17
Część I. Podstawowe narzędzia ekonomiczne.	25
Rozdział 1. Wprowadzenie	27
Czym jest ekonomia zdrowia?	28
Znaczenie ekonomii zdrowia.	31
Metody ekonomiczne i przykłady analizy	41
Czy ekonomia ma zastosowanie w zdrowiu i opiece zdrowotnej?	44
Czy opieka zdrowotna jest wyjątkowa?.	46
Wnioski	51
Rozdział 2. Narzędzia mikroekonomiczne w ekonomii zdrowia	58
Rzadkość dóbr oraz krzywa możliwości produkcyjnych	59
Praktyczne aspekty popytu i podaży	64
Funkcje i krzywe	70
Teoria wyboru konsumenta: znaczenie krzywej popytu.	73
Popyt indywidualny i rynkowy	79
Elastyczności	80
Produkcja i podaż rynkowa.	83
Krzywa podaży przedsiębiorstwa w warunkach konkurencji doskonałej.	92
Monopol i inne struktury rynkowe.	95
Straty dobrobytu	97
Wnioski	100
Rozdział 3. Narzędzia statystyczne w ekonomii zdrowia	105
Weryfikacja hipotez.	106
Różnice średnich	107
Analiza regresji	115
Analiza przy wykorzystaniu regresji wielorakiej	121
Wnioskowanie statystyczne w naukach ścisłych i w naukach społecznych	126
Wnioski	127

Rozdział 4. Efektywność ekonomiczna i analiza kosztów i korzyści.	133
Efektywność ekonomiczna	134
Analiza kosztów i korzyści: informacje wstępne	137
Analiza kosztów i korzyści: podstawowe zasady	138
Ocenianie wartości ludzkiego życia.	148
Analiza kosztów i efektywności.	154
Analiza kosztów i użyteczności, wskaźniki QALY i DALY.	156
Dyskusja nad QALY: pochwały i krytyka	158
Wnioski	161
Aneks. Dyskontowanie	167
Część II. Podaż i popyt	169
Rozdział 5. Produkcja zdrowia	171
Funkcja produkcji zdrowia	171
Historyczna rola medycyny i opieki zdrowotnej	175
Współczesna produkcja zdrowia	185
Jak opieka zdrowotna wpływa na inne mierniki zdrowia?	191
Rola kształcenia	198
Wnioski	200
Rozdział 6. Produkcja, koszty i technologia opieki zdrowotnej	204
Produkcja i możliwości substytucji	205
Koszty w teorii i praktyce	212
Nieefektywność techniczna i alokacyjna	223
Postęp techniczny i koszty	230
Dyfuzja nowych technologii w opiece zdrowotnej	235
Wnioski	238
Rozdział 7. Popyt na kapitał zdrowotny	243
Popyt na zdrowie.	243
Substytucja między pracą a odpoczynkiem	247
Inwestycyjne i konsumpcyjne aspekty zdrowia	251
Inwestycje w czasie.	252
Popyt na kapitał zdrowotny	254
Zmiany stanu równowagi: wiek, płaca, wykształcenie i niepewność	256
Analizy empiryczne z wykorzystaniem modelu Grossmana	261
Wnioski	264
Rozdział 8. Popyt na ubezpieczenia zdrowotne oraz ich podaż	269
Co to jest ubezpieczenie?.	270
Ryzyko i ubezpieczenie	273
Popyt na ubezpieczenie.	278
Podaż ubezpieczenia	282
Przypadek pokusy nadużycia (ryzyka moralnego).	287
Ubezpieczenie zdrowotne i efektywna alokacja zasobów	292

Efekty transferu dochodów w ubezpieczeniach	301
Wnioski	305
Rozdział 9. Teoria popytu oraz wyboru konsumenta	310
Zastosowanie standardowego modelu ograniczenia budżetowego	311
Dwie dodatkowe niecenowe determinanty zmian popytu – czas i koasekuracja	318
Kwestie pomiaru popytu na opiekę zdrowotną	324
Empiryczne miary elastyczności popytu	328
Oddziaływania ubezpieczenia na zagregowane wydatki	335
Inne zmienne wpływające na popyt.	336
Wnioski	339
Część III. Informacja i rynki ubezpieczeń	347
Rozdział 10. Asymetria informacji i pełnomocnictwo	349
Przegląd zagadnień związanych z informacją	350
Asymetria informacji	351
Zastosowanie „reguły cytryn”: ubezpieczenie zdrowotne	357
Relacja pełnomocnictwa.	361
Informacja, ceny oraz jakość dla konsumenta	362
Wnioski	370
Rozdział 11. Organizacja rynków ubezpieczeń zdrowotnych	375
Koszty działalności ubezpieczeniowej i zachowanie firm ubezpieczeniowych.	376
Zapewnianie ubezpieczenia zdrowotnego przez pracodawcę: kto za to płaci?.	379
Ubezpieczenie zdrowotne od pracodawcy oraz podaż pracy.	392
Rynek ubezpieczeń	395
Osoby nieubezpieczone: ramy analityczne.	400
Postęp techniczny, wyższe koszty i inflacja.	414
Wnioski	418
Rozdział 12. Zarządzana opieka zdrowotna.	424
Struktura organizacyjna zarządzanej opieki zdrowotnej	426
Cechy ekonomiczne zarządzanej opieki zdrowotnej	428
Tworzenie planów zarządzanej opieki zdrowotnej.	430
Rozwój i wzrost zarządzanej opieki: dlaczego trwało to tak długo?	437
Modelowanie zarządzanej opieki zdrowotnej	441
Czym wyróżnia się zarządzana opieka zdrowotna – rezultaty empiryczne	450
Wzrost wydatków.	457
Efekty konkurencyjne	459
Kontestowanie zarządzanej opieki zdrowotnej.	465
Wnioski	469

Rozdział 13. Przedsiębiorstwa non profit	475
Wprowadzenie do tematyki organizacji non profit	476
Dlaczego istnieją organizacje non profit i dlaczego przeważają w opiece zdrowotnej	476
Modele zachowania szpitali non profit	487
Relatywna efektywność organizacji non profit a efektywność firm komercyjnych	503
Wnioski	509
Część IV. Najważniejsi gracze w sektorze opieki zdrowotnej	515
Rozdział 14. Szpitale i opieka długoterminowa	517
Historia i przegląd typów szpitali	517
Wykorzystanie opieki szpitalnej i koszty szpitala.	523
Zamknięcia szpitali, fuzje oraz restrukturyzacja	531
Jakość opieki	534
Domy opieki pielęgniarstwa	535
Hospicjum, domowa opieka zdrowotna, opieka nieformalna	543
Wnioski	546
Rozdział 15. Praktyka lekarska	550
Model odniesienia praktyki lekarskiej.	551
Lekarz jako pełnomocnik a popyt pobudzany przez dostawców.	555
Dyфуzja informacji oraz odchylenia na niewielkim obszarze	565
Inne kwestie związane z lekarzami i zagadki polityki	573
Wnioski	576
Rozdział 16. Rynki pracy w opiece zdrowotnej oraz szkolenie zawodowe.	580
Popyt na pracę i podaż pracy w opiece zdrowotnej	580
Produktywność czynników wytwórczych i substytucja między czynnikami.	587
Dostępność siły roboczej w opiece zdrowotnej oraz znaczenie niedoborów	590
Problemy kształcenia medycznego oraz kwestia kontroli	601
Licencjonowanie i renty monopolowe.	609
Inne kwestie związane z pracą lekarza.	615
Wnioski	618
Rozdział 17. Przemysł farmaceutyczny	624
Struktura i regulacja.	628
Produkcja zdrowia i substytucyjność.	635
Ustalanie cen leków a zyski	641
Prace badawczo-rozwojowe (B + R) a innowacje	647
Ograniczanie kosztów.	652
Wnioski	658

Część V. Ubezpieczenia społeczne.	665
Rozdział 18. Sprawiedliwość, efektywność i potrzeba.	667
Efektywność i rynki konkurencyjne	668
Odchylenia od modelu konkurencyjności w sektorze opieki zdrowotnej	676
Wspieranie konkurencyjności w sektorze opieki zdrowotnej.	678
Uzasadnienie efektywności ekonomicznej społecznego ubezpieczenia zdrowotnego	680
Potrzeba a podział na podstawie potrzeby	682
Sprawiedliwość horyzontalna a potrzeba	692
Teorie sprawiedliwości społecznej	695
Wnioski	701
Rozdział 19. Interwencje rządu na rynkach opieki zdrowotnej	705
Ekonomiczne przesłanki dla interwencji rządu	706
Formy interwencji rządu	713
Zaangażowanie rządu na rynkach opieki zdrowotnej	717
Zawodność rządu	723
Wnioski	730
Rozdział 20. Regulacje rządowe: główne mechanizmy regulacji.	734
Czy prawa popytu i podaży mają zastosowanie w przypadku regulacji?.	734
Cele regulacji	737
Regulacja sektora szpitalnego	740
Finansowanie perspektywiczne	745
Teoria konkurencji porównawczej i grupy powiązane diagnostycznie	749
Finansowanie perspektywiczne: nowe dane	764
Regulacja wynagrodzeń lekarzy	766
Prawo antymonopolowe.	770
Wnioski	780
Rozdział 21. Ubezpieczenia społeczne.	786
Polityka ubezpieczeń społecznych i programy socjalne.	787
Historyczne źródła ubezpieczeń społecznych	790
Medicare i Medicaid w Stanach Zjednoczonych.	793
Ubezpieczenie publiczne a zdrowie	814
Skutki programów Medicare i Medicaid.	818
Krytyka systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych	831
Wnioski	835
Rozdział 22. Porównanie systemów opieki zdrowotnej	840
Współczesne systemy opieki zdrowotnej.	840
Narodowe programy zdrowotne: Wielka Brytania i Niemcy.	845

Kanadyjski system opieki zdrowotnej	857
Różne systemy w ocenie opinii publicznej	872
Różnice w wydatkach na opiekę zdrowotną w różnych krajach	876
Wnioski	881
Rozdział 23. Reforma systemu opieki zdrowotnej.	887
Cele reformy	887
Zapewnienie dostępu do opieki	892
Strategie konkurencyjne.	896
Reforma systemu zdrowia a konkurencyjność międzynarodowa.	909
Jakość opieki	911
Wnioski	914
Część VI. Tematy specjalne	921
Rozdział 24. Ekonomiczne aspekty uzależnień	923
Wprowadzenie do tematyki uzależnień	924
Modele uzależnienia.	928
Uzasadnienia interwencji publicznej	932
Ograniczanie reklamowania papierosów i alkoholu	934
Podatki akcyzowe a konsumpcja papierosów i alkoholu	940
Wnioski	949
Rozdział 25. Epidemiologia a ekonomia: HIV/AIDS w Afryce	952
Pojęcia stosowane w epidemiologii	952
Epidemiologia ekonomiczna.	956
Studium przypadku: HIV/AIDS w Afryce	964
Wnioski	975
Słowniczek	979
Bibliografia	997
Indeks	1057

Wprowadzenie do wydania polskiego

Ekonomia zdrowia jest obecnie samodzielną dyscypliną naukową, której podstawy wywodzą się z teorii ekonomii. W latach 70. XX wieku stała się również specjalnością na kierunkach ekonomicznych, nie tylko na uniwersytetach amerykańskich, ale także w uczelniach europejskich. W Polsce obserwuje się wzrost zainteresowania analizami ekonomicznymi sektora zdrowia dopiero po dokonaniu transformacji systemu zdrowotnego.

Na rynku polskim pojawia się coraz więcej podręczników autorów polskich dotyczących wybranych aspektów ekonomii zdrowia, a także tłumaczenia podręczników autorów zagranicznych (przeważnie amerykańskich i angielskich), najczęściej poświęconych systemom finansowania, dostarczaniu świadczeń oraz ocenie efektywności ekonomicznej systemu zdrowotnego danego kraju.

Przekład monografii *The Economics of Health and Health Care* autorstwa amerykańskich profesorów Shermana Follanda, Allena Goodmana i Mirona Stano jest na polskim rynku jednym z nielicznych podręczników z dziedziny ekonomii zdrowia i opieki zdrowotnej obejmującym tak szeroki zakres analiz ekonomicznych sektora zdrowia. W Stanach Zjednoczonych publikacja ta doczekała się aż sześciu wydań, co świadczy o jej niezwyklej popularności wśród wykładowców i studentów zajmujących się złożonymi problemami współczesnej opieki zdrowotnej.

Popularność zawdzięcza książka nie tylko prostemu przekazowi trudnych zagadnień teoretycznych z zakresu ekonomii, ale także licznym przykładom empirycznym odnoszącym się do konkretnych zastosowań omawianych teorii ekonomicznych w opiece zdrowotnej. Każdy z czytelników może samodzielnie sprawdzić poziom zdobytej wiedzy, rozwiązując zadania zamieszczone na końcu każdego rozdziału. Dużym ułatwieniem w opanowaniu poszczególnych zagadnień są również podsumowania omówionych problemów ekonomicznych oraz słowniczek podstawowych terminów zastosowanych w publikacji.

Przyznanie w 2000 roku Nagrody Nobla J.F. Stiglitzowi za dokonania w dziedzinie ekonomii sektora publicznego zwróciło uwagę na fakt, że działalność podmiotów sfery niematerialnej podlega takim samym prawom

ekonomicznym jak działalność podmiotów gospodarczych w sferze produkcyjnej. Na złożony charakter ekonomicznych problemów w opiece zdrowotnej zwracał uwagę już w latach 60. XX wieku K.J. Arrow (również laureat Nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii), wskazując na istnienie niepewności oraz na zawodność działania mechanizmów rynkowych, wynikającą głównie z charakteru dóbr dostarczanych przez sektor zdrowia w celu zaspokajania specyficznych potrzeb zarówno jednostki, jak i społeczeństwa, ale również na korzyści, jakie ta działalność może przynosić zaangażowanym podmiotom.

Głównym celem analiz ekonomicznych prowadzonych w sektorze zdrowia jest określenie i pomiar korzyści osiąganych przez poszczególne podmioty. Korzyści ekonomiczne determinuje zarówno aktualna polityka ekonomiczno-społeczna, jak i uwarunkowania instytucjonalne oraz wybory publiczne.

Poszukiwanie efektywnych rozwiązań i uzyskiwania korzyści ekonomicznych w dobie lawinowo rosnących kosztów opieki zdrowotnej jest celem wszystkich systemów zdrowotnych niezależnie od ich form organizacyjnych. Dlatego problemy ekonomiczne i propozycje ich rozwiązań przyjęte w systemie opieki zarządzanej (koordynowanej) w Stanach Zjednoczonych oraz w systemach opieki zdrowotnej w innych krajach mogą być punktem odniesienia dla reformowanego systemu zdrowotnego w Polsce.

Uniwersalny charakter książki wynika także zarówno z prezentacji zagadnień teoretycznych, jak i z omawiania badań empirycznych prowadzonych współcześnie przez specjalistów z dziedziny ekonomii zdrowia z wykorzystaniem bogatego zestawu narzędzi analiz ilościowych stosowanych we współczesnej ekonomii.

Autorzy monografii, przedstawiając teorie ekonomii, starali się odpowiedzieć na pytania: co, jak i dla kogo produkować, zwracając szczególną uwagę na specyfikę sektora zdrowia i rolę, jaką w niej odgrywają trzej „aktorzy”: pacjenci, świadczeniodawcy oraz płatnicy (trzecia strona). Stąd wszelkie działania sektora zdrowia można scharakteryzować wykorzystując odpowiednie teorie ekonomiczne, odnoszące się zarówno do zachowań konsumentów (pacjentów), jak i do zachowań firm dążących do osiągnięcia maksymalnego zysku, albo też odwołując się do teorii dobrobytu społecznego. Autorzy zwracają również uwagę na cztery kwestie o istotnym znaczeniu w ekonomii: rzadkość zasobów społecznych, założenie o racjonalności podejmowanych decyzji, koncepcję analizy marginalnej oraz wykorzystanie modeli ekonomicznych mających często charakter abstrakcyjny.

W tym kontekście ekonomię zdrowia należy traktować jako naukę o przydziale zasobów dla systemu opieki zdrowotnej oraz ich alokacji wewnątrz tego systemu, ale także jako sposób stosowania zasad ekonomicznych w ochronie zdrowia.

W porównaniu z wydaniem pierwszym z 1993 roku ostatnie wydanie *The Economics of Health and Health Care* (2010) zawiera wiele nowych informacji dotyczących poszukiwania rozwiązań ograniczających wzrost kosztów opieki zdrowotnej, ale również gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne pacjentom oraz zyski świadczeniodawcom i ubezpieczycielom.

Zaproponowany układ książki podporządkowany jest klasycznemu modelowi ekonomicznemu, w którym analizuje się zachowania konsumentów (pacjentów) i przedsiębiorstw (świadczeniodawców, ubezpieczycieli) bez ingerencji i z uwzględnieniem ingerencji rządu oraz odpowiednich regulacji legislacyjnych. Analizom ekonomicznym poddano również działalność poszczególnych podmiotów, uwzględniając najistotniejsze problemy zdrowia publicznego i kierunki współczesnej polityki zdrowotnej. Rozważania te dotyczą rezydualnego systemu zdrowotnego (istniejącego tylko w Stanach Zjednoczonych) oraz rozwiązań umożliwiających efektywne i skuteczne zarządzanie podmiotami funkcjonującymi w tym systemie. Część z nich dotyczy wyłącznie specyficznych rozwiązań, których adaptacja jest trudna w innych systemach zdrowotnych, ale występują również elementy, które mogą być częściowo lub całkowicie zaadaptowane w innych systemach. Odniesienia do teorii ekonomii umożliwiają dokonanie analizy trudnych i nieznanymi problemów, np. prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych lub metod ewaluacji ekonomicznej w procesach decyzyjnych, i zaproponowanie nowych, efektywnych rozwiązań w dziedzinie opieki zdrowotnej świadczonej w różnych systemach zdrowotnych. Dzięki temu zaprezentowana przez autorów wiedza zyskuje walor uniwersalności.

Omawiane problemy podzielono na VI części obejmujących: podstawowe narzędzia ekonomiczne (rozdziały 1–4), podaż i popyt (rozdziały 5–9), informacja i rynki ubezpieczeniowe (rozdziały 10–13), najważniejsi gracze sektora opieki zdrowotnej (rozdziały 14–17), ubezpieczenia zdrowotne (rozdziały 18–23) oraz tematy specjalne (rozdziały 24–25).

W części I na szczególną uwagę zasługują rozważania dotyczące roli, jaką odgrywa ekonomia zdrowia w rozstrzygnięciu wielu problemów sektora opieki zdrowotnej w powiązaniu z zasadniczymi elementami polityki zdrowotnej. Podstawowe analizy dotyczą znaczenia teorii mikroekonomii dla konstrukcji praw specyficznych dla ekonomii zdrowia oraz stosowanych metod statystycznych. Warto również zapoznać się z teorią i przykładami wyjaśniającymi kwestie ewaluacji ekonomicznej oraz analizy kosztów i korzyści (*Cost-Benefit Analysis*).

Bardzo interesująca część II książki dotyczy popytu na świadczenia zdrowotne i ich podaży. Szczególną uwagę należy zwrócić na funkcję produkcji zdrowia, wyrażającą zależność między nakładami i wynikami produkcji. Ustalenie związków przyczynowo-skutkowych i przedstawienie ich w postaci

funkcji wymaga bardzo dobrej znajomości determinant zdrowia (również pozamedycznych) i roli, jaką odgrywa polityka zdrowotna, oraz właściwej interpretacji wyników będących podstawą decyzji zarówno indywidualnych, jak i publicznych.

Stosując teorię ekonomii do funkcji produkcji zdrowia należy pamiętać, że i w tym przypadku obrazuje ona prawo malejących przychodów i obejmuje również technologię umożliwiającą substytucję między nakładami wytwórczymi gwarantującą efektywność ekonomiczną (efektywność techniczną i efektywność alokacyjną). Analizy efektywności wykorzystywane są do badania różnic w działalności podmiotów opieki zdrowotnej o różnych formach organizacyjnych i formach własności ekonomicznej lub prawnej.

Drugą stroną relacji rynkowych jest popyt na kapitał zdrowotny, który w istotny sposób różni się od tradycyjnie definiowanego popytu. Różnice te wynikają z traktowania zdrowia jako dobra kapitałowego i pożądanego, toteż popyt na zdrowie ma aspekt inwestycyjny.

Popyt na opiekę zdrowotną i jej i podaż wiążą się z dużą niepewnością. Występowanie niekorzystnych zdarzeń zarówno po stronie popytu, jak i podaży wymaga wprowadzenia różnych form ubezpieczenia zdrowotnego. Jest to kluczowy problem w ekonomii opieki zdrowotnej. Warunki ubezpieczeń zdrowotnych wyrażone w konstrukcji polisy ubezpieczeniowej mają na celu ograniczenie nabywania świadczeń zdrowotnych oraz zminimalizowanie kosztów ubezpieczenia z zachowaniem bezpieczeństwa zdrowotnego wyróżnionej grupy populacji lub całego społeczeństwa. Autorzy książki przedstawili trudności pojawiające się przy realizacji takich działań. Składają się na nie: asymetria informacji występująca na poszczególnych rynkach opieki zdrowotnej, zagadnienia pełnomocnictwa oraz pokusa nadużyć (hazardu moralnego) po stronie zarówno konsumentów, jak i producentów. Z asymetrią informacji mamy do czynienia w sytuacjach, w których nabywcy oraz sprzedawcy dysponują różną ilością informacji. Natomiast pełnomocnictwo odnosi się do sytuacji, w których – z powodu braku niezbędnych informacji – konsumenci i dostawcy świadczeń zdrowotnych, podejmując decyzje, polegają na innych podmiotach.

Zrozumienie specyfiki ubezpieczeń zdrowotnych umożliwia zaczynanie poszczególnych rozdziałów od ogólnych informacji na temat istoty ubezpieczeń zdrowotnych, ich miejsca w ubezpieczeniu społecznym oraz roli, jaką odgrywają w reformowaniu systemu zdrowotnego. Wraz z powstaniem ekonomii informacji jako odrębnej dziedziny nastąpił rozwój narzędzi służących badaniu asymetrii informacji i relacji pełnomocnictwa, co przyczyniło się do zwiększenia znaczenia ekonomii w analizach sektora zdrowia i opieki zdrowotnej.

Informacja, cena oraz jakość świadczeń zdrowotnych mają znaczenie nie tylko dla konsumentów/pacjentów, ale także dla dostawców świadczeń. Sposób oraz zakres finansowania usług medycznych jest jednym z ważnych

czynników decyzyjnych mających wpływ na efektywność systemu oraz na dostępność opieki zdrowotnej.

W *The Economics of Health and Health Care* podmioty świadczące opiekę zdrowotną są określane jako przedsiębiorstwa i działalność ich jest oceniana przez pryzmat rachunku ekonomicznego.

W Polsce z dniem 1 lipca 2011 roku została wprowadzona w życie Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, na mocy której podmioty wykonujące działalność leczniczą są przedsiębiorcami. Dlatego wiele rozwiązań proponowanych w udostępnionej polskiemu czytelnikowi publikacji można odnieść do zarządzania podmiotami sektora zdrowia w naszym kraju, zarówno szpitalami, jak i innymi jednostkami organizacyjnymi.

O efektywności funkcjonowania podmiotów sektora zdrowia niewątpliwie decyduje przyjęty system finansowania opieki zdrowotnej. W większości systemów zdrowotnych (poza systemem centralistycznym) środki finansowe przeznaczone przez płatnika na realizację świadczeń szpitalnych są określane według ustalonych grup powiązanych diagnostycznie (*Diagnosis Related Groups*). System ten wprowadził na szeroką skalę amerykański płatnik Medicare (opieka zdrowotna przeznaczona dla osób w wieku 65 lat i więcej) w celu przeniesienia ryzyka finansowego na szpitale i zmniejszenia kosztów leczenia danego pacjenta. Oznacza to, że szpital musi podejmować decyzje o zastosowaniu danej technologii medycznej, aby móc zagwarantować określony poziom opieki medycznej przy stawce oferowanej przez ubezpieczyciela. System ten zapewnia finansowanie świadczenia zakwalifikowanego do określonej grupy diagnostycznej bez względu na poziom referencyjny szpitala. O efektywności wykorzystania przyznanych przez ubezpieczyciela środków finansowych decyduje prawidłowe zakodowanie danej jednostki chorobowej i przydzielenie jej do odpowiedniej grupy diagnostycznej.

O konsekwencjach – zarówno dla pacjenta, jak i dla świadczeniodawcy oraz ubezpieczyciela – nieprawidłowego kodowania jednostek chorobowych i przydzielania ich do grup terapeutycznych oraz innych sposobów opłacania świadczeniodawców (według stawki kapitacyjnej, opłaty za usługę, opłaty za wyniki leczenia) czytelnik może się przekonać na podstawie rozważań przedstawionych w odpowiednich częściach tej publikacji.

W ostatnim wydaniu *The Economics of Health and Health Care*, którego przekład otrzymują polscy czytelnicy, autorzy prezentują szczegółową analizę procesu reformowania systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, wskazując na trudności w jej przeprowadzeniu i poszukując odpowiedzi na pytanie, jaką rolę powinna odgrywać polityka zdrowotna, ingerencja rządu, dodatkowe regulacje prawne i rynek usług medycznych. Rozważania te mogą również pomóc czytelnikowi zrozumieć trudności z przeprowadzeniem reformy ochrony zdrowia w Polsce, w tym również z wprowadzeniem dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Polski przekład książki autorstwa Sh. Follanda, A.C. Goodmana oraz M. Stano jest godny polecenia naszemu czytelnikowi zainteresowanemu ekonomicznymi aspektami zdrowia, zarówno z punktu widzenia teorii ekonomii, jak i badań empirycznych, do których prowadzenia niezbędna jest wiedza o narzędziach analitycznych ekonomii – statystyce, ekonometrii, rachunku prawdopodobieństwa lub programowania matematycznego. Poza tym, że czytelnik zdobędzie pewien zasób wiedzy uniwersalnej, może uzyskać wiele informacji o specyficznych rozwiązaniach i trudnościach reformowania współczesnego amerykańskiego systemu zdrowotnego.

prof. zw. dr hab. Jadwiga Suchecka

Wstęp

Jest to szóste wydanie książki, której zamysł powstał w 1990 roku, a której pierwsze wydanie ukazało się w 1993 roku. Świat ekonomii zdrowia zmienił się od 1990 roku. W pierwszym wydaniu tej książki znalazło się zaledwie jedno odwołanie do „zarządzanej opieki zdrowotnej”.

Od początku staraliśmy się ułatwić wykładowcom przekazywanie studentom wiedzy na temat ekonomii zdrowia w sposób przejrzysty i stopniowo, krok po kroku. Byliśmy również przekonani, że dla wykładowców istotne jest ukazywanie, jakimi zagadnieniami teoretycznymi oraz badaniami empirycznymi zajmują się specjaliści w dziedzinie ekonomii zdrowia. W książce podsumowujemy współczesne osiągnięcia naukowe dotyczące takich zasad ekonomicznych, jak maksymalizacja użyteczności konsumenta i zysku ekonomicznego, starając się przy tym, aby nasze wywody były przystępne dla słuchaczy studiów zarówno licencjackich, jak i magisterskich. Zamiast koncentrować się na instytucjach specyficznych dla sektora opieki zdrowotnej, postanowiliśmy się skupić na podstawowych tematach ekonomii, tak elementarnych jak podaż i popyt, tak poważanych jak kwestie technologii i siły roboczej oraz tak nowoczesnych jak ekonomia informacji. Cały czas staraliśmy się zwiększać dostępność książki dla szerokiego grona studentów i praktyków w dziedzinie ekonomii zdrowia.

Aby docenić dziedzinę, jaką jest ekonomia zdrowia, studenci muszą mieć pewien zasób wiedzy o narzędziach analitycznych ekonomii i ekonometrii. Niektórzy studenci po zapoznaniu się z wprowadzającym rozdziałem 1 mogą być gotowi przejść od razu do rozdziału 5 („Produkcja zdrowia”). Rozdziały od 2 do 4 umożliwią jednak im oraz wykładowcom zapoznanie się z niezbędnymi koncepcjami analitycznymi lub przypomnienie ich, zanim zajmą się istotą problematyki. Studenci, którzy mają za sobą tylko jeden semestr mikroekonomii, mogą z rozdziału 2 dowiedzieć się, w jaki sposób ekonomiści analizują problemy wykorzystując przykłady ważne dla ekonomii zdrowia. W rozdziale 3 zawarliśmy przegląd podstawowych narzędzi statystycznych stosowanych do współczesnych analiz ekonomicznych i opieki zdrowotnej. W rozdziale 4 uzupełniamy podstawowe zagadnienia ekonomiczne, omawiając koncepcję efektywności ekonomicznej i ukazując, w jaki sposób analizy

kosztu i korzyści oraz kosztu i efektywności wpisują się w ogólną strukturę koncepcji ekonomicznych.

Pamiętając o położeniu nacisku na jasny przekaz informacji, w książce szeroko wykorzystujemy diagramy, tabele oraz wykresy. Podobnie jak we wszystkich poprzednich wydaniach podręcznika, także teraz nie wymagamy wykonywania obliczeń. Pytania do dyskusji i ćwiczenia pomogą studentom opanować podstawowy materiał i skłonić ich do refleksji nad przedstawionymi kwestiami. Ukazaliśmy również przykłady nowoczesnych zastosowań teorii oraz osiągnięć polityki zdrowotnej, a także wybrane ciekawostki zawierające uzupełniające informacje wzięte z życia.

Ostrzegamy, że niektóre rozdziały, jak ten dotyczący ubezpieczeń, mimo że nie zagłębiają się w nich w szczegóły matematyczne, są skomplikowane z logicznego punktu widzenia i ich zrozumienie wymaga pewnego wysiłku. Nie istnieje bezbolesny sposób na zapoznanie się z ogromnym wkładem naukowców w ekonomię zdrowia w ciągu ostatnich lat. Bardziej zaawansowani studenci ekonomii opieki zdrowotnej, chcący pogłębić swoją wiedzę, mogą skorzystać z kompleksowej bibliografii zawierającej ponad 1000 opracowań i wzbogacić swoją (oraz naszą) pracę sięgając do oryginalnych źródeł.

Co uległo zmianie w szóstym wydaniu?

Główne zmiany w tym wydaniu książki dotyczą obszaru polityki zdrowotnej.

W rozdziale 1 dodaliśmy tekst wyjaśniający, czym zajmują się specjaliści w dziedzinie ekonomii zdrowia, i uzupełniliśmy informacje o pilności problemu kosztów opieki zdrowotnej i ubezpieczenia zdrowotnego w 2009 roku.

W rozdziale 8 zaprezentowaliśmy przełomową analizę ubezpieczeń zdrowotnych, jakiej dokonał John Nyman. Twierdzi on, że wypłaty z tytułu ubezpieczenia powinniśmy traktować jako transfery dochodów od osób cieszących się zdrowiem do tych, które zachorują. Transfery dochodów nie prowadzą do zmniejszającej dobrobyt pokusy nadużycia, natomiast przyczyniają się do dodatkowej konsumpcji opieki medycznej i do potencjalnego wzrostu dobrobytu gospodarczego. Nyman zastanawia się, który zdrowy konsument zdecydowałby się na przejście operacji wszczepienia *bypassów* tylko dlatego, że mógłby wtedy skorzystać z ubezpieczenia i cena zabiegu spadłaby do zera. Ceny mogą być niższe dla wszystkich konsumentów, ale na ich spadek zareagują tylko ci, którzy są chorzy. Ponieważ zaś zareagują tylko chorzy, obniżka cen jest narzędziem, dzięki któremu dochód jest transferowany od osób zdrowych do chorych.

W rozdziale 21 („Ubezpieczenie społeczne”) przedstawiamy najnowsze oceny świadczenia refundacyjnego na zakup leków dostępnego w części D programu Medicare. Wprowadzamy także analizy graficzne programu Medicaid. W dalszej części tego rozdziału omawiamy prace dotyczące trwałych, sprzecznych bodźców ze strony programów Medicare i Medicaid, które łącznie mogą prowadzić do nieefektywnego świadczenia opieki zdrowotnej osobom starszym oraz/lub ubogim.

W rozdziale 22 zaprezentowaliśmy nową, interesującą pracę autorstwa Dave’a i June O’Neillów, którzy porównali amerykański i kanadyjski system opieki zdrowotnej. Z ich badania wynika, że w obu systemach osiąga się podobne rezultaty leczenia. Respondenci w Stanach Zjednoczonych w wieku 18–64 lata byli bardziej usatysfakcjonowani (51,5% w porównaniu do 41,3% w Kanadzie) z opieki zdrowotnej i częściej oceniali jakość opieki jako doskonałą (40,4% w porównaniu z 37,7%). Autorzy zwracają jednak uwagę, że satysfakcja i jakość opieki mogą odnosić się zarówno do oczekiwań, jak i do obiektywnych ocen.

Rozdział 23, nowość w tym wydaniu, zawiera szczegółową analizę procesu reformowania systemu opieki zdrowotnej. Zwracamy w nim uwagę na to, że najpoważniejszą przeszkodą w reformach (wykorzystujemy Stany Zjednoczone jako główny przykład) jest fundamentalny podział w kwestii zasad. Czy w polityce zdrowotnej należy zwiększać rolę rządu przez stosowanie przepisów rządowych, dodatkowych regulacji i ulg podatkowych, czy trzeba w coraz większym stopniu polegać na rynkach, wykorzystując deregulację i zmiany podatkowe, które zneutralizują obecną tendencję do kupowania subwencjonowanych przez państwo ubezpieczeń w miejscu pracy?

Wreszcie w rozdziale 25 („Epidemiologia i ekonomia: HIV/AIDS w Afryce”) zaktualizowaliśmy informacje przedstawione po raz pierwszy w czwartym wydaniu książki i uzupełnione w piątym. Dokonywane przez nas bezustannie poprawki świadczą o ogromnych zmianach w kosztach i świadczeniu opieki zdrowotnej, jakie nastąpiły od czasu, kiedy w wydaniu z 2003 roku rozdział ten po raz pierwszy włączyliśmy do książki.

Dodatkowe źródła

W internecie można obecnie znaleźć tabele i wykresy, które kiedyś były dostępne jedynie w formie książkowej, i to dopiero po kilku latach. Zdecydowaliśmy się skupić się na tych stronach, które naszym zdaniem są stabilne oraz wiarygodne.

- Biuro Spisu Ludności (Bureau of the Census), ubezpieczenia zdrowotne, (www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthins.html).
- Ośrodki Zwalczenia Chorób i Zapobiegania im (Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov).
- Ośrodki Usług Medicare i Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services), badania, dane statystyczne, systemy (www.cms.hhs.gov/home/rsds.asp).
- Kaiser Family Foundation (www.kff.org) specjalizuje się w badaniach nad ubezpieczeniami zdrowotnymi.
- Narodowe Instytuty Zdrowia (National Institutes of Health, www.nih.gov).
- Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), dane międzynarodowe (www.oecd.org).
- Urząd ds. Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration), badania i analizy (www.ssa.gov/policy/research_subject.html).

Coraz szerzej dostępne, zarówno w formie drukowanej, jak i elektronicznej, są czasopisma naukowe o tematyce związanej ze zdrowiem. Większość ekonomistów specjalizujących się w ochronie zdrowia chętnie przegląda „Health Affairs”, czasopismo poświęcone polityce zdrowotnej. „Health Economics” oraz „The Journal of Health Economics” stały się najważniejszymi periodykami specjalizującymi się w ekonomii zdrowia. Jak można zauważyć w naszej bibliografii, istnieje również wiele innych specjalistycznych czasopism, które zaspokoją potrzeby czytelników. Uczeń akademicki oraz ich studenci będą często odkrywać, że ich biblioteki mają szeroki dostęp elektroniczny do wielu czasopism. Znakomite materiały dotyczące ekonomii zdrowia można napotkać w prasie popularnej, na przykład w „New York Times” oraz „Wall Street Journal”.

The Handbook of Health Economics, dwutomowy podręcznik wydany w 2000 roku, stał się nieocenionym źródłem w zakresie szczególnych konkretnych tematów; jest bardziej szczegółowy i bardziej rygorystyczny merytorycznie niż każdy inny podręcznik, w tym również nasz. *Elgar Companion to Health Economics*, opublikowany w 2006 roku, zarówno zawiera przydatne informacje, jak i wprowadza nowe zagadnienia. Mamy nadzieję, że nasza książka jest cennym uzupełnieniem tematyki omawianej w obu tych podręcznikach.

Alternatywne formy kursu

Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej obejmuje stale rozwijającą się literaturę naukową, dlatego nie ma jednego „poprawnego” zaprojektowania sposobu wykładania tego przedmiotu. Amerykańscy ekonomiści zazwyczaj porządkują tematy wokół rynków, a rolę rządu wprowadzają o wiele później. Na świecie ekonomiści specjalizujący się w ochronie zdrowia, studenci oraz pracownicy naukowcy często przywiązują znacznie większą wagę do sektora rządowego; koniec końców, mówimy przecież o zdrowiu „publicznym”. Bez względu na ostatecznie przyjętą konstrukcję wykładu tekst musi mieć charakter liniowy, tak aby kolejny rozdział łączył się z poprzednim.

Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej zapewnia wykładowcom dużą swobodę wyboru. Podzieliłiśmy 25 rozdziałów na sześć części.

- I. Podstawowe narzędzia ekonomiczne (rozdziały 1–4).
- II. Podaż i popyt (rozdziały 5–9).
- III. Informacja i rynki ubezpieczeniowe (rozdziały 10–13).
- IV. Najważniejsi gracze sektora opieki zdrowotnej (rozdziały 14–17).
- V. Ubezpieczenie społeczne (rozdziały 18–23).
- VI. Tematy specjalne (rozdziały 24–25).

Kategorie te nie są całkowicie odrębne. Rozdział 8, w którym przyglądamy się popytowi oraz podaży ubezpieczeń, jest ważny zarówno dla części III dotyczącej ubezpieczeń, jak i dla części II, w której omawia się popyt i podaż dóbr.

W całej książce opieramy się na modelu „ekonomicznym”, w którym najpierw rozpatrujemy zachowanie konsumentów i przedsiębiorstw w świecie bez ingerencji rządu i przepisów regulacyjnych. W rezultacie wyrażną dyskusję na temat polityki rządu zaczynamy dopiero w rozdziale 19, mimo że regulacje, licencje i przepisy rządowe omawiane są w związku z innymi tematami znacznie wcześniej. Wielu wykładowców ekonomii może zechcieć omawiać rozdziały niniejszej książki w zaproponowanej przez nas kolejności.

Wykładowcy zainteresowani kwestiami zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej mogą chcieć zapoznać się z niektórymi wcześniejszymi analizami, a następnie przejść od razu do części V, w której omawiamy ubezpieczenia społeczne, regulacje dotyczące opieki zdrowotnej oraz reformę systemu zdrowotnego. Potem mogą zechcieć zapoznać się z wybranymi tematami. Jakkolwiek część analiz w obrębie rozdziałów jest ze sobą połączona, staramy się unikać odwołań do innych rozdziałów książki.

Centrum zasobów wykładowcy

Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej połączona jest z Centrum Zasobów Wykładowcy dostępnym na stronie www.pearsonhighered.com/folland. Rejestracja jest prosta i zapewnia bezpośredni dostęp do nowych tytułów i kolejnych wydań podręcznika. Osoby będące zarejestrowanymi pracownikami naukowymi mogą ściągać pliki umieszczone w zasobach. Do dyspozycji wykładowców korzystających z niniejszego podręcznika znajdują się następujące dodatki:

- podręcznik wykładowcy wraz z zestawami testów,
- prezentacje Power Point.

Podziękowania

Książka ta powstała w wyniku wieloletnich dyskusji toczonych w salach wykładowych i gabinetach pracowników nauki, dlatego dziękujemy tym studentom i współpracownikom, którzy dyskutowali z nami na temat ekonomii zdrowia i opieki zdrowotnej i polemizowali z naszymi założeniami. Pomysł na powstanie tej publikacji oraz nasze pierwsze wspólne spotkanie zawdzięczamy Annie Todd, a Tom McGuire przekonał nas, że możemy odnieść sukces. Mieliśmy szczęście współpracować z wybitnymi redaktorami – byli to Jill Leckta, Leah Jewell, Rod Banister, Gladys Soto, Marie McHale, Michael Dittamo oraz, w tym wydaniu książki, Chris Rogers i Susie Abraham.

Otrzymaliśmy olbrzymie wsparcie od naszych wydawców. John Travis, Maureen Wilson, Kelly Warsak i Melissa Feimer kierowali powstawaniem poprzednich wydań. Clara Bartunek i Kerri Tomasso są naszymi najlepszymi wydawczyniami w tej edycji podręcznika.

Jesteśmy wdzięczni wykładowcom z ponad 300 uniwersytetów w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i innych krajach, którzy dokonali testu rynkowego naszej pracy wprowadzając niniejszy podręcznik do programu swoich zajęć. Wiele osób poświęciło swój czas i energię, by przeczytać i przedstawić swoje uwagi do poszczególnych rozdziałów, za co im dziękujemy. Są to wymienione niżej osoby.

Carson Bays, East Carolina University
James Burgess, Veterans Administration
Frank Chaloupka, University of Illinois–Chicago
Hope Corman, Rider College

Merton Finkler, Lawrence University
Howard Forman, Yale University
Andrew D. Foster, Brown University
Gary Fournier, Florida State University
H. E. Frech, III, University of California–Santa Barbara
Martin Gaynor, Carnegie Mellon University
John Goddeeris, Michigan State University
Warren Greenberg, George Washington University
Michael Grossman, City University of New York
Jack Hadley, Center for Health Policy Studies
James Hamilton, Wayne State University
Janet Hankin, Wayne State University
Govind Hariharan, Kennesaw State University
Ronald Horwitz, Oakland University
Harold Hotelling, Lawrence Technological University
Kathy A. Kelly, The University of Texas at Arlington
Paul Langley, University of Colorado
William Low, University of Northern British Columbia
Timothy McBride, St. Louis University
Tom McCarthy, National Economic Research Associates
Catherine McLaughlin, University of Michigan
Eric Nauenberg, University of Toronto
Eleanor Nishiura, Wayne State University
John Nyman, University of Minnesota
Albert A. Okunade, University of Memphis
Martin Pernick, University of Michigan
Joann Richards, Oakland University
John Rizzo, Stony Brook University
T. Paul Schultz, Yale University
Ya-chen Tina Shih, MEDTAP International, Inc.
Kosali Simon, Cornell University
John M. Tilford, University of Arkansas
Scott Vander Linde, Calvin College
Rob Verner, Kent State University
Kenneth Warner, University of Michigan
Gerard Wedig, University of Pennsylvania
Burton Weisbrod, Northwestern University
William White, Cornell University
Barbara Wolfe, University of Wisconsin–Madison
Michael Woolley, University of Southern California

Składamy także podziękowania następującym osobom, które na swoich zajęciach eksperymentalnie omawiały wybrane części tego podręcznika:

Randall Ellis, Boston University
Gail Jensen, Wayne State University
Thomas McGuire, Harvard University
Lee R. Mobley, Research Triangle Institute
Kathleen Possai, Wayne State University
Richard Scheffler, University of California–Berkeley
Nancy Wolff, Rutgers University

Przez 19 lat, od kiedy zaczęliśmy realizację tego projektu, nasze żony cierpliwie wspierały nasze wysiłki, a nasze córki dorosły stając się utalentowanymi młodymi kobietami. Wszystkie z cierpliwością obserwowały, jak ich mężowie i ojcowie uczą się ekonomii zdrowia. Jesteśmy im dożgonnie wdzięczni.

S.F.
Rochester, Michigan

A.C.G.
Detroit, Michigan

M.S.
Rochester, Michigan

Część I

Podstawowe narzędzia ekonomiczne

Wprowadzenie

- Czym jest ekonomia zdrowia?
- Znaczenie ekonomii zdrowia
- Metody ekonomiczne i przykłady analizy
- Czy ekonomia ma zastosowanie w zdrowiu i opiece zdrowotnej?
- Czy opieka zdrowotna jest wyjątkowa?
- Wnioski

Sektor usług zdrowotnych stanowi jedną szóstą gospodarki Stanów Zjednoczonych! W każdym momencie 46 mln Amerykanów nie ma ubezpieczenia zdrowotnego! Zdrowie, opieka zdrowotna i ubezpieczenia zdrowotne dominują w ekonomicznym i politycznym krajobrazie Stanów Zjednoczonych oraz wielu innych krajów. Ekonomia zdrowia bada sposób alokacji zasobów do systemu opieki zdrowotnej oraz wewnątrz tego systemu. Sektor opieki zdrowotnej stał się największym sektorem amerykańskiej gospodarki, a przewiduje się, że jego udział w produkcie krajowym brutto (PKB) wzrośnie w XXI wieku, nie powinno więc być zaskoczeniem, że ekonomia zdrowia stała się obecnie odrębnym przedmiotem zainteresowania nauk ekonomicznych.

Spis treści zawiera przegląd zagadnień z zakresu ekonomii zdrowia, którymi zajmiemy się w tej książce. Istotną rolę odgrywa popyt na poszczególne usługi zdrowotne oraz ich podaż. Rynki prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w istotny sposób wpływają na obraz amerykańskich miejsc pracy, dlatego szczególnie zbadamy ich działalność. Wiele uwagi poświęcamy rządowi ze względu na jego programy socjalne i działanie w roli regulatora rynku. Hospitalizacja znacznie różni się od wyprawy do supermarketu, dlatego skoncentrujemy się również na takich kwestiach, jak informacje, jakość opieki zdrowotnej oraz równy dostęp do niej. Na koniec przyjrzymy się systemom opieki zdrowotnej w innych krajach, aby zapoznać się z przyjętymi tam praktykami oraz mieć wgląd w kwestie dotyczące opieki zdrowotnej, które dominują w ich krajobrazie politycznym.

W rozdziale 1 przedstawimy więcej podstawowych informacji dotyczących ekonomii zdrowia oraz ekonomistów zajmujących się tą tematyką.

Następnie szerzej omówimy znaczenie sektora opieki zdrowotnej oraz główne problemy związane z polityką zdrowotną. Naszym celem jest przekonanie czytelników, że ekonomia zdrowia dobrze wyjaśnia funkcjonowanie rynku opieki zdrowotnej. Skupiając się na metodach wykorzystywanych w analizie ekonomicznej, zadajemy dwa stale powtarzające się pytania: Czy opieka zdrowotna jest wyjątkowa oraz czy ekonomia ma w niej zastosowanie? Mimo podkreślania różnic między rynkiem usług zdrowotnych a innymi rynkami na oba pytania odpowiemy twierdząco. Przy odpowiedniej modyfikacji typowych narzędzi analitycznych ekonomia jest istotna oraz przydatna. Jak zobaczymy w dalszych częściach tej książki, choć ciągle istnieją kontrowersje wokół zasadniczych elementów polityki zdrowotnej, naukowcy zajmujący się ekonomią zdrowia opracowali rozwiązania wielu problemów sektora opieki zdrowotnej, którymi interesują się zarówno środowiska akademickie, jak i politycy.

Czym jest ekonomia zdrowia?

Ekonomia zdrowia definiowana jest przez to, **kim** są ekonomiści zajmujący się tą tematyką, oraz **co** robią! Morrisey i Cawley (2008) pomagają nam w poznaniu ekonomii zdrowia oraz w zrozumieniu roli osób, które wpływają na tę dyscyplinę. W ankiecie, jaką autorzy ci w 2005 roku przeprowadzili wśród naukowców zajmujących się ekonomią zdrowia, opisują ich w następujący sposób.

1. **Wykształcenie.** Prawie wszyscy (96%) mieli stopnie naukowe doktora. Niemal trzy czwarte osób z doktoratem uzyskało tytuł z zakresu ekonomii.
2. **Zatrudnienie.** 64% pracowało w placówkach uniwersyteckich, 15% w organizacjach pozarządowych, 12% zatrudnione było w aparacie rządowym, głównie w rządzie federalnym.
3. **Jednostka akademicka.** Tylko 24% było zatrudnione w wydziałach ekonomicznych. Nieco więcej, 26%, pracowało w szkołach zdrowia publicznego, a 18% zatrudniały szkoły medyczne.

Druga, istotniejsza dla nas kwestia to informacje dotyczące sfery zainteresowań ekonomistów zajmujących się zdrowiem. Jak widzimy w tabeli 1.1, ich praca naukowa obejmuje wiele dyscyplin ekonomii, takich jak ekonomika pracy, organizacja rynku, finanse publiczne oraz analiza kosztów i korzyści.

Tabela 1.1 zawiera ogólny przegląd działalności naukowej specjalistów w dziedzinie ekonomii zdrowia. W książce przedstawiamy wiele konkretnych

prac badawczych. Przypomnijmy, że obecnie Stany Zjednoczone przeznaczają na wydatki zdrowotne największą część PKB (jedną szóstą), a wydatki zdrowotne *per capita* (prawie 7500 dol.) są znacznie wyższe niż w innych krajach. Większość ekonomistów jest zgodna co do tego, że zależności te wynikają z szybkiego tempa wprowadzania w Stanach Zjednoczonych nowoczesnych technologii. Kraj ten nie ma jednak imponujących notowań, jeśli idzie o rezultaty opieki zdrowotnej, takie jak przewidywana długość życia czy umieralność niemowląt. Krytycy amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej często zastanawiają się, co Amerykanie otrzymują za swoje pieniądze. Politycy i ekonomiści próbują ustalić, czy wydatki na nowe technologie są tego warte. Zapewne nie ma żadnej ważniejszej kwestii.

Rozważmy na przykład nową chirurgiczną procedurę dla pacjenta z ciężkim zawałem serca. Nie wystarczy oszacowanie natychmiastowego wpływu nowego zabiegu na koszty oraz oczekiwanej korzyści pacjenta, czyli uratowania mu życia na jakiś krótki czas. Nowa metoda leczenia, wpływając na zdrowie pacjenta przez wiele lat, spowoduje także zwiększenie wydatków w przyszłości. David Cutler (2007) przedstawił podstawy tych skomplikowanych zależności w artykule *The Lifetime Costs and Benefits of Medical Technology*. Przeanalizował on **rewaskularyzację**, czyli szereg chirurgicznych zabiegów, takich jak operacja wszczepienia bypassów i angioplastyka, przywracających prawidłowy przepływ krwi. Autor ten poddał analizie grupę pacjentów po przebytych zawałach serca korzystających z ubezpieczenia Medicare. Łączny czas trwania obserwacji wyniósł 17 lat. W rozdziale 4 szczegółowo omówimy pracę Cutlera, a teraz zwrócimy uwagę tylko na jego wniosek, że każdy dodatkowy rok życia po rewaskularyzacji kosztuje 33 tys. dol. Czy to opłacalne? Większość z nas przyzna, że tak!

Tabela 1.1. Pola specjalizacji wśród ekonomistów zdrowia

Specjalność	W %
Zachowanie jednostek (np. ekonomika pracy lub konsumpcji)	50
Zachowanie firm (np. organizacja rynku)	34
Administracja publiczna (np. finanse publiczne)	50
Ubezpieczenia zdrowotne (np. analiza ryzyka)	48
Badanie efektów (np. analiza kosztów i korzyści/efektywności kosztów)	50
Inne	31

Uwaga: Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną specjalność.

Źródło: Przedruk z Michael Morrissey, John Cawley, *U.S. Health Economists: Who We Are and What We Do*, „Health Economics” (2008), opublikowane w internecie przez Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).