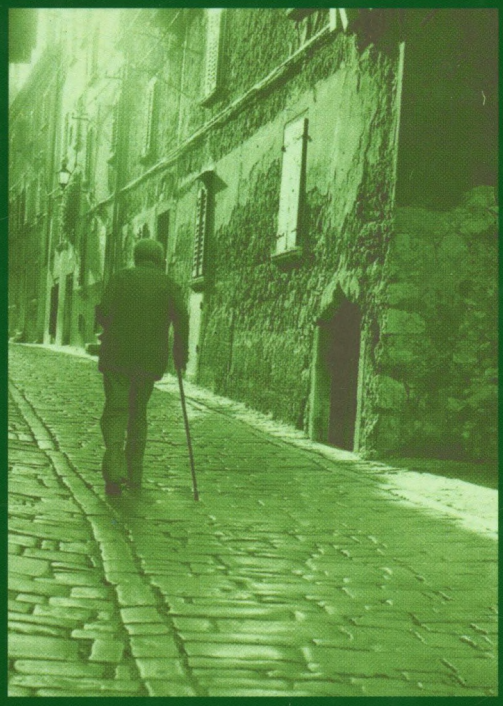
János Kornai, Karen Eggleston



SOLIDARNOŚĆ W PROCESIE TRANSFORMACJI

REFORMA SŁUŻBY ZDROWIA W EUROPIE WSCHODNIEJ

WARSZAWA 2002

SOLIDARNOŚĆ W PROCESIE TRANSFORMACJI

REFORMA SŁUŻBY ZDROWIA W EUROPIE WSCHODNIEJ

Solidarność w procesie transformacji

Reforma „sektora opiekuńczego" dla wszystkich krajów przechodzących transformację – od modelu centralnego planowania socjalistycznego do zorientowanych na wolny rynek demokracji – jest zagadnieniem ważnym, lecz także bardzo trudnym. Na kartach niniejszej książki naukowiec badający ekonomię socjalizmu i postsocjalistyczną transformację wraz z ekonomistką specjalizującą się w zagadnieniach służby zdrowia podejmują się tego trudnego wyzwania. Proponują wytyczne dla reform służby zdrowia w dziesięciu krajach Europy Wschodniej. Opierają się one konsekwentnie na spójnym zestawie wyraźnych, precyzyjnych zasad przewodnich. Po omówieniu cech charakterystycznych właściwych sektorowi, lekcji, jakie można wyciągnąć z przykładów zagranicznych, a także zasadniczego zbioru warunków wstępnych, autorzy zalecają reformy oparte na zinstytucjonalizowanym, publicznym finansowaniu podstawowej opieki zdrowotnej, prywatnym finansowaniu dodatkowej opieki uzupełniającej, pluralistycznej „dostawie" usług zdrowotnych i uregulowanej konkurencji w sektorze. Osoby odpowiedzialne za kształtowanie i realizację polityki w tej sferze muszą dążyć do uzyskania swoistej równowagi, z jednej strony zapewniając powszechny dostęp do podstawowych usług zdrowotnych, z drugiej zaś – rozszerzając możliwość indywidualnego wyboru dobrowolnego ubezpieczenia uzupełniającego. Autorzy rozważają także te problemy, które osłabiają skuteczność rynkowej konkurencji w sektorze zdrowia.

János Kornai jest profesorem ekonomii Allie S. Freed na Uniwersytecie Harvarda i Stałym Członkiem (Permanent Fellow) w Instytucie Studiów Wyższych w Collegium Budapest. Lista jego publikacji jest imponująca. Jednymi z nowszych pozycji na tej liście są *Highways and Byways: Studies on Socialist Reform and Postsocialist Transitions* (1995), *Struggle and Hope: Essays on Stabilization and Reform in a Post-Socialist Economy* (1997) *I On Health Care Reform* (1998).

Karen Eggleston wykłada ekonomię zdrowia na wydziale ekonomii Tufts University. Jest także Research Associate w Kennedy School of Government na Uniwersytecie Harvarda. Jej zainteresowania badawcze obejmują porównania polityki zdrowotnej, bodźce w systemach finansowania służby zdrowia, reformy służby zdrowia w Chinach i ekonomikę umów.

Wykłady im. Federico Caffè

Jest to seria dorocznych wykładów, którą zainicjowano aby uczcić pamięć Federico Caffè. Są one sponsorowane wspólnie przez Wydział Gospodarki Publicznej Uniwersytetu Rzymskiego, któremu Caffè przewodniczył w latach 1959–1987, a także przez Bank Włoch, któremu wiele lat służył jako doradca. Publikowanie treści tych wykładów zainspiruje i zachęci do pracy czołowych wykładowców nauk ekonomicznych, a zainteresowanym czytelnikom ułatwi refleksję nad ekonomicznymi i społecznymi problemami naszych czasów.

János Kornai, Karen Eggleston

SOLIDARNOŚĆ W PROCESIE TRANSFORMACJI

REFORMA SŁUŻBY ZDROWIA W EUROPIE WSCHODNIEJ

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania
im. Leona Koźmińskiego

WARSZAWA 2002

© 2002 Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania
im. Leona Koźmińskiego w Warszawie

Tytuł oryginału:
Welfare, Choice and Solidarity in Transition.
Reforming the Health Sector in Eastern Europe (2001, Cambridge Uniwersity Press)

Tłumaczenie: *Marcin Awdziej*
Redakcja i korekta: *Hanna Grajewska-Rychlik*
Projekt okładki: *Paweł Rosołek*
Koordynacja wydania: *Marek B. Kamiński*

Wydanie książki dotowane przez
MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

ISBN 83-86846-89-5

Adres Wydawcy:
Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego
03-301 Warszawa, ul. Jagiellońska 59
tel. 519-21-60

Oprac. typogr., skład, łamanie: „Polico-Art", Warszawa, tel. 818-08-34
Druk: Z.P. „Hera", Warszawa, ul. Golędzinowska 10, tel. 811-93-76

Podziękowania

Wydawca oryginału, z którego dokonano tłumaczenia, składa serdeczne podziękowania następującym instytucjom za pozwolenie przedrukowania w niniejszej książce chronionych prawami autorskimi materiałów:

Europejskiemu Bankowi Odbudowy i Rozwoju za pozwolenie umieszczenia tabeli 1.1, 4.18 i 7.4 i rysunków 4.3 i 4.4, które po raz pierwszy opublikowano w The Economies of Transition (8/2000), Blackwell Publishers; Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) za pozwolenie na wykorzystanie tabel 2.1 i 3.1, które po raz pierwszy opublikowano w OECD Health Systems: Facts and Trends, 1960-1991, OECD, 1992 i The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries, OECD 1994; Amerykańskiemu Stowarzyszeniu Zdrowia Publicznego za zgodę na przedruk tabeli 8.5, która po raz pierwszy została opublikowana w American Journal of Public Health (1998 88 (8)); Elsevier Science za pozwolenie na przedruk rysunku 8.1, który po raz pierwszy opublikowano w Health Policy, 1999 42 (1).

Przedmowa do wydania polskiego

Rok 1999 wpisał się do naszej historii jako prawdziwie reformatorski. Obok reformy administracji publicznej, wprowadzono trzy wielkie reformy sfery społecznej: emerytalną, edukacyjną i zdrowotną. Ta ostatnia ma swój początek jeszcze w roku 1990, zaś obecnie wchodzi w swoją kolejną fazę, czyli w niepozbawioną dramatyzmu zmianę systemu finansowania świadczeń zdrowotnych. Towarzyszące temu napięcia mają źródło nie tylko w nierozwiązanych dotąd problemach sektora zdrowia, lecz również w zaskakująco niskiej znajomości jego stanu i najważniejszych czynników rządzących nim. Kolejne rządy zaniedbywały wyjaśnienie istoty i skutków przemian najbardziej zainteresowanym, tj. społeczeństwu. Nie tolerująca próżni rzeczywistość spowodowała, że opinia o reformie została ukształtowana głównie przez media, często podsycające i tak już niewyobrażalne oczekiwania społeczne. Również powody obecnego zastępowania jednej struktury powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez inną, Kas Chorych – przez Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia, nie są w odbiorze społecznym krokiem dość klarownym. Odsuwa to tylko w czasie i tak nieuchronną, trudną i unikaną przez polityków debatę o odpowiedzialności za zdrowie przenoszącej się ze strony państwa na każdego z nas – członków społeczeństwa obywatelskiego. Upodmiotowieniu jednostki w systemie demokratycznym towarzyszyć musi bowiem wzrost odpowiedzialności indywidualnej i koniecznej troski o samego siebie, z wszelkimi tego następstwami. Należy zatem dołożyć starań, by w tej debacie racje górowały nad emocjami, a reformatorskie doświadczenia innych były traktowane z należytą uwagą.

W tej perspektywie szczególnego znaczenia nabiera przekład książki dwójki harwardczyków – Jánosa Kornaia i Karen Eggleston, oddawany właśnie do rąk czytelników. Publikacja przedstawia połączone spojrzenia ekonomisty i polityka społecznego na zjawiska transformacji sektora ochrony zdrowia, w kontekście przemian ustrojowych i gospodarczych

w dziesięciu krajach Europy Wschodniej lat 90. Kontekst ten ściśle towarzyszy zamieszczonym w książce rozważaniom i wnioskom płynącym z przebiegu reform zdrowotnych. Wnikliwie przyglądając się losom poszczególnych reform krajowych, autorzy pokazują sytuacje wyjściowe, podobieństwa i odmienności transformacji, pozwalające rzetelniej oceniać siebie na tle innych i lepiej wytyczać drogi ku lepszemu. Dodajmy również, że określenie Europy Wschodniej jako obszaru badań nie jest tu geograficznie ścisłe, z uwagi na pominięcie w rozważaniach obecnej Jugosławii i krajów byłego Związku Radzieckiego. Ze względu na pochodzenie i doświadczenia pierwszego autora, w książce najszerzej zostały potraktowane reformy węgierskie. Znajdujemy w niej jednak sporo nie mniej wartościowych informacji i analiz dotyczących Polski, przybliżających prawdziwy obraz naszego sektora zdrowia na tle innych krajów regionu. Tym bardziej, że obserwowana w byłych krajach „realnego socjalizmu" sytuacja jest raczej mniej czy bardziej zaawansowaną fazą transformacji niż stanem docelowym, którego kształt nie został w pełni określony nawet przez samych kolejnych architektów reform.

Publikacja jest ułożona w dwie wyodrębnione części. Zasadnicze przesłanie książki – rekomendacje kierunków reform w krajach Europy Wschodniej – zawarli autorzy w części drugiej. Część pierwsza stanowi swoiste studium porównawcze systemów ochrony zdrowia krajów Europy Wschodniej na początku i w trakcie reform, jako źródło przesłanek dla rekomendowanych dalej kierunków zmian. Przyjęty zakres rozważań obejmuje przede wszystkim reformy strukturalne i instytucjonalne, co sprawia, że – jak sami autorzy podkreślają – praca nie ma charakteru typowej monografii akademickiej. Jasności wykładu znakomicie przydaje klarownie przedstawiony przez autorów ich system wartości. Stanowi on społeczne credo i swoistą oś rozważań, tak dalece wywierającą wpływ na kształt publikacji, że z pewnością wart jest przytoczenia. János Kornai i Karen Eggleston zawarli go w dziewięciu następujących zasadach, polecanych szczególnej uwadze reformatorów:

- **podmiotowość jednostki** – przemiany powinny powiększać przestrzeń decyzyjną obywatela, a redukować przestrzeń państwa w sferze świadczeń społecznych;
- **solidarność** – system powinien pomagać cierpiącym, osobom w trudnej sytuacji, niepełnosprawnym;
- **konkurencyjność** – nie powinien istnieć monopol własności i zarządu sektora państwowego;

- **zachęty do efektywności** – należy popierać formy własności i zarządzania zachęcające do efektywności;
- **nowa rola państwa** – poprzez prawodawstwo, nadzór nad instytucjami niepublicznymi oraz podstawowe ubezpieczenie państwo powinno zapewnić każdemu obywatelowi dostęp do opieki zdrowotnej;
- **przejrzystość systemu** – związek pomiędzy świadczeniami społecznymi państwa a obciążeniami podatkowymi musi być jasny dla społeczeństwa;
- **czas niezbędny dla reform** – aby mogły się one ukształtować, a społeczeństwo do nich zaadaptować;
- **harmonijny wzrost** – właściwe proporcje pomiędzy środkami przeznaczonymi na inwestycje wspierające szybki wzrost gospodarczy a zasobami na prowadzenie i rozwijanie sektora społecznego, połączone ze stabilnością finansowania – stałą zdolnością budżetu do wypełniania zobowiązań państwa.

W świetle tych zasad autorzy zajmująco prowadzą czytelników trudnymi ścieżkami transformacji ochrony zdrowia. Jednak przystępność wykładu sprawia, że w kręgu odbiorców książki mogą znaleźć się nie tylko wszyscy główni aktorzy tego sektora, lecz również politycy, legislatorzy, aparat partii politycznych, służba cywilna, wykładowcy ekonomii i nauk politycznych, dziennikarze.

Zaplecze aktualnych problemów sfery społecznej to nie tylko trudna sytuacja finansów publicznych, lecz również zbyt wolna adaptacja społeczeństwa, jego świadomości i postaw, wobec wyzwań rozwoju demokracji i gospodarki rynkowej. W niwelowaniu tej luki ważną rolę pełnią szkoły i instytucje akademickie – książka ta może stać się im nieocenioną pomocą. Dlatego warto gorąco polecić ją szczególnie tym wszystkim, którzy uczestniczą w kształceniu kadr ochrony zdrowia i sektorów współpracujących, menedżerów, świadczeniodawców, płatników, producentów technologii medycznych, instytucji nadzorujących i regulujących.

Jacek Ruszkowski
dyrektor Centrum Zdrowia Publicznego
Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania
im. L. Koźmińskiego w Warszawie

Warszawa, grudzień 2002

Wprowadzenie

Służba zdrowia w postsocjalistycznej Europie Wschodniej boryka się z wieloma poważnymi problemami i kłopotami. Potrzeba radykalnej reformy jest powszechnie rozumiana i akceptowana, ale opinie co do rzeczywiście koniecznych kroków i środków, ich rodzaju i umiejscowienia w czasie różnią się niekiedy diametralnie. Czasami za zamkniętymi drzwiami, czasami na forum publicznym, tak w zainteresowanych krajach jak i w międzynarodowych agencjach, instytucjach naukowych i kręgach akademickich, mają miejsce burzliwe dyskusje, których uczestnicy zaangażowani są w doradzanie w kwestiach związanych z gospodarczą i społeczną transformacją.

Autorzy niniejszej książki zajmują określone stanowisko w poruszanych kwestiach. Tłumaczą, jakie kierunki – ich zdaniem – powinny obrać reformy i uzasadniają swój punkt widzenia. Nie czynią jednak drobiazgowych sugestii. Ich wskazówki dotyczą pożądanych atrybutów reform, które są podobne dla wszystkich analizowanych krajów.

Chociaż nie unikamy tutaj zajęcia określonego stanowiska, staramy się wskazać na trudności, które wyłaniają się w trakcie wdrażania reform. Podejmujemy się również identyfikacji możliwych kompromisów i ustępstw. Wskazujemy, co dany kraj może zyskać, a co stracić i jakie rodzaje ryzyka i niebezpieczeństwa napotka, jeśli zdecyduje się na obranie zalecanej przez nas ścieżki reform.

Celem niniejszej książki jest dostarczenie zaleceń, które wspomogą reformę. Wskazówki dotyczące polityki ekonomicznej zostały przedstawione w części drugiej. Część pierwsza koncentruje się na punktach wyjścia do zaleceń.

Poruszany temat jest ogromny. Warto przede wszystkim ustalić kryteria, jakimi posłużyli się autorzy, aby zawęzić zakres analizy. Mimo że nasze zalecenia mogą zahaczać również o inne dziedziny, a tym samym zainteresować więcej osób, w szczególności kierujemy je do dziesięciu

postsocjalistycznych krajów Środkowej i Wschodniej Europy: Albanii, Bułgarii, Chorwacji, Czech, Węgier, Macedonii, Polski, Rumunii, Słowacji i Słowenii. Kraje będące następcami Jugosławii, tragicznie doświadczone wojną, której skutki będą jeszcze przez jakiś czas boleśnie odczuwać, zostały pominięte. Nie dyskutujemy także na kartach tej książki o krajach, które wyłoniły się po upadku Związku Radzieckiego. Tych dziesięć krajów nazywać będziemy, dla celów zwięzłości, „Europą Wschodnią", chociaż świadomi jesteśmy, że określenie to nie odpowiada kryteriom geograficznym.

Tam, gdzie to było możliwe, posłużyliśmy się tabelami i przykładami wykorzystującymi dane i doświadczenia wszystkich dziesięciu krajów. Niestety, nie mogliśmy takiego podejścia stosować konsekwentnie, ponieważ bogate informacje i materiały o charakterze opisowym udało nam się uzyskać jedynie w przypadku nielicznych krajów, podczas gdy dane na temat innych są skąpe. Największa porcja informacji pochodzi z Węgier, ponieważ jeden z autorów jest Węgrem. Udało mu się uzyskać dostęp do niepublikowanych, wewnętrznych informacji oraz wyników badań pogłębionych analiz i samemu zainicjować badania nad daną sytuacją. Pomimo to książka ta nie jest „o Węgrzech" lub dwóch albo trzech określonych krajach. Jest to książka o Europie Wschodniej[1].

Reforma służby zdrowia została zdefiniowana na wiele sposobów. W książce tej wykorzystujemy jej względnie zawężoną interpretację, ograniczoną do zmian strukturalnych i instytucjonalnych. Nie poruszamy bezpośrednio skądinąd ważnej kwestii, czy zasoby dostępne dla służby zdrowia są wystarczające czy nie. Nie omawiamy także, w jaki sposób zasoby te powinny być alokowane pomiędzy działania i organizacje, które zajmują się promocją i zapewnieniem ochrony zdrowia. Kwestie przez nas poruszane są odmiennej natury: jakie instrumenty ekonomiczne i polityczne powinny kierować alokacją zasobów służby zdrowia w Europie Wschodniej?

Nie istnieje chyba żaden inny aspekt ludzkiego życia, który w takim stopniu jak służba zdrowia i w ogóle troska o zachowanie zdrowia wiąże się z kwestią niedoboru, fundamentalnym zagadnieniem ekonomii. Nauka i technologia czynią nieustannie wielkie postępy. Nawet najbogatsze z krajów, najszczodrzej wydające środki na ochronę zdrowia, mogłyby skuteczniej wykorzystywać dodatkowe dolary czy euro, aby ulżyć ludz-

[1] Książkę tę poprzedza praca Kornaia (1998b), opublikowana po węgiersku, która koncentrowała się wyraźnie na reformie służby zdrowia na Węgrzech.

kiemu cierpieniu czy przedłużyć życie. Każda decyzja podejmowana w kwestii wydatków jest niesłychanie trudna. Bezpośrednio czy też nie, decyduje się, kto powinien mieć ograniczony dostęp do określonych usług zdrowotnych. Sformułowanie tego dylematu w ten sposób nie oddaje dokładnie wagi problemu. Komu dać prawo decydowania o tym, kto ma wykorzystywać zasoby dla celów służby zdrowia, w jakich ilościach i w jakich sytuacjach? Czy powinni to być pacjenci, czy lekarze[2], czy też może biurokraci aparatu służby zdrowia? Czy powinni to być zatrudnieni, ubezpieczyciele, czy może rząd i większość parlamentarna? W książce tej rozważymy, jak powinna rozkładać się ta władza decyzyjna. Jej tematem nie jest alokacja zasobów i usług służby zdrowia jako takiej, ale wybór politycznych i ekonomicznych mechanizmów, które będą o tej alokacji decydować[3].

Konieczne jest w tym miejscu podkreślenie, że książka niniejsza posługuje się terminem „sektor opiekuńczy" jako zwykłym pojęciem. Obejmuje on (by wymienić jedynie najważniejsze jego komponenty) służbę zdrowia, edukację, opiekę nad dziećmi i osobami starszymi, a także opiekę społeczną dla osób potrzebujących. Jednym z centralnych zagadnień debaty nad reformami jest decyzja, które działania „sektora opiekuńczego" powinny nadal pozostawać pod auspicjami państwa, a które powinno się wycofać spod jego kontroli. Innymi słowy, które sfery powinny być składową „państwa opiekuńczego"[4]. Mimo że jedna część sektora opiekuńczego – służba zdrowia – w trakcie dalszej dyskusji będzie się stale wysuwała na pierwsze miejsce, wiele z tego, co jest tu powiedziane, można zastosować do tego sektora jako całości lub do innych jego „gałęzi".

Wynika to stąd, że książka ta nie ogranicza się do ekonomii służby zdrowia. W istocie nie interesujemy się tu tylko i wyłącznie niektórymi ważnymi ekonomicznymi aspektami „sektora opiekuńczego", ponieważ

---

[2] W książce wykorzystujemy termin „lekarz", a także szersze pojęcia: „pracownik służby zdrowia" lub „personel medyczny" czy „dostawca", które obejmują pielęgniarki, pomocników lekarzy itp.

[3] Wyrażenie „polityczny i ekonomiczny mechanizm" jest wykorzystywane w takim samym znaczeniu, w jakim stosowano je w trakcie debat nad socjalizmem. Obejmuje ono specyficzną konfigurację praw własności, sfer podejmowania decyzji, bodźców i form koordynacji.

[4] Jak można wywnioskować z opisu, wyrażenie „państwo opiekuńcze" pojawia się w tej książce w swoim europejskim sensie. Różni się to od znaczenia, jakie przypisuje mu potoczna mowa Amerykanów, w której definicja „opieki" jest ograniczona do opieki społecznej jako takiej.

staramy się wykraczać poza granice ekonomii. Jest to więc studium interdyscyplinarne, koncentrujące się na etycznych i polityczno-filozoficznych aspektach reformy. Nie analizujemy tu wyłącznie ekonomicznego kontekstu sytuacji, ale również jej społeczne i polityczne otoczenie.

Do kogo adresowana jest niniejsza książka? Staramy się zwracać przede wszystkim do dwóch grup. Jedna – to ci, którzy interesują się transformacją w postsocjalistycznej Europie Wschodniej. To zainteresowanie może ograniczać się nie tylko do służby zdrowia, lecz obejmować również reformy innych sektorów. Członkowie tej grupy mogą uznać za pouczające przeanalizowanie i rozważenie zmian w służbie zdrowia, gdyż rodzą one problemy podobne do zmian w innych obszarach. Inna grupa czytelników składa się z tych osób, które interesują się reformami służby zdrowia, bez względu na to, czy chodzi o Europę Wschodnią czy inne regiony lub kraje świata. Chociaż zmiany w Europie Wschodniej charakteryzują się kilkoma specyficznymi atrybutami, a wskazówki przedstawiane na stronach tej książki nie roszczą sobie pretensji do uniwersalności, sposób argumentacji może zaowocować bardziej ogólnymi wnioskami, użytecznymi również poza granicami Europy Wschodniej.

Autorzy pragnęliby, aby ich dzieło było zrozumiałe nie tylko dla ekonomistów zajmujących się służbą zdrowia, ale także dla szerokiego grona czytelników, w tym także polityków, prawodawców, działaczy partyjnych, specjalistów od nauk politycznych i dziennikarzy. W tym miejscu musimy przeprosić specjalistów za wytłumaczenie niektórych koncepcji i związków, które z pewnością od dawna są im dobrze znane.

Chcielibyśmy mierzyć sukces tej książki nie tylko uznaniem ze strony naszych kolegów-akademików (których mile witamy, gdziekolwiek pracują i skądkolwiek pochodzą), ale wpływem (jeśli się uda), jaki wywrze ona na bieg wydarzeń. Pragnienie to tłumaczy, dlaczego książka ta jest rodzajem hybrydy. Nie jest to broszura napisana przez polityków i specjalistów od public relations; jest ona, w każdym z przypadków, czymś znacznie więcej. Oczywiste jest, że napisali ją akademicy, ale nie jest to bynajmniej akademicka monografia, ponieważ koncentruje się na wskazówkach dla reform.

Książka ta jest dziełem dwóch autorów. János Kornai specjalizuje się w badaniach nad problemami Europy Wschodniej. Poświęcił dziesięciolecia na studia i analizy systemu socjalistycznego i jego reform, a także – w ostatniej dekadzie – transformacji, która nastąpiła po upadku socjalizmu. Wydawało się, że doświadczenia nabyte podczas jego wcześniejszych badań można będzie wykorzystać w tym nowym obszarze. Tam,

gdzie reforma socjalistycznego sektora służby zdrowia musiała być jeszcze wdrożona, okazywało się, że „fragment" socjalizmu ocalał i trwa w samym sercu kapitalistycznej gospodarki rynkowej[5]. Najważniejsze cechy charakterystyczne i towarzyszące socjalizmowi zjawiska wydają się oczywiste i przejawiają w jaskrawy sposób: nadmierna biurokratyczna centralizacja, nieobecność sygnałów i bodźców cenowych lub zniekształcenia cen, chroniczne niedobory, kolejki i odgórna substytucja, jak również istnienie wielkiego „czarnego" rynku. Tam, gdzie reformy są w toku, pojawiające się natychmiast pytania są znane tym wszystkim, którzy analizowali przebieg wcześniejszych debat nad socjalizmem rynkowym. Czy koordynacja rynkowa może być wprowadzona w sytuacji istnienia własności państwowej? Jaki stopień centralizacji i decentralizacji jest dopuszczalny? Jakie są funkcje cen i jakie elementy składowe kosztów powinny być pokrywane z przychodów uzyskiwanych ze sprzedaży? Czy możliwe jest usztywnienie ograniczeń budżetowych i wdrożenie dyscypliny finansowej, jeśli niechybnie przyniesie to szkody i trudności społeczeństwu? Niestety, uczestnicy światowej debaty nad służbą zdrowia nie skorzystali z intelektualnych zasobów powstałych w trakcie debat nad socjalizmem. Wydaje im się, że każde pojedyncze pytanie i każda odpowiedź muszą być odkryte na nowo. Być może książka ta w jakimś sensie ten mankament naprawi, podejmuje bowiem próbę zespolenia tych doświadczeń i idei, które odchodzą w zapomnienie z żywą, zróżnicowaną i zmienną polemiką nad służbą zdrowia.

Współautorka, Karen Eggleston, jest ekonomistką specjalizującą się w kwestiach zdrowia. W trakcie niedawno ukończonych studiów zdobyła znajomość najnowszej literatury poświęconej zagadnieniom służby zdrowia i miała możliwość zapoznania się z różnorodnymi, często sprzecznymi poglądami, jakie są w niej prezentowane. Jej własne badania ogniskują się głównie na czynnikach wpływających na służbę zdrowia. W trakcie pisania niniejszej książki mogła również wykorzystać doświadczenia, jakie nabyła w trakcie badań służby zdrowia w Chinach.

Mamy nadzieję, że połączenie naszych doświadczeń i wiedzy przyniesie wyjątkowy efekt, który pozwoli wzbogacić literaturę poświęconą reformom służby zdrowia.

---

[5] Gdy własność państwowa (publiczna) i alokacja o charakterze administracyjnym ciągle jeszcze charakteryzowały „sektor opiekuńczy" w Izraelu, jeden z ekonomistów zadał ironiczne pytanie (parafrazując debatę między Stalinem i Trockim): „Czy socjalizm może być zbudowany w połowie kraju?"

Użycie pierwszej osoby liczby mnogiej w wielu ustępach tej książki ma na celu wyrażenie osobistego, indywidualnego charakteru propozycji, nie tylko oryginalności stojących za nią poglądów. Nasze twierdzenia opierają się na własnych osądach i ocenach sytuacji i odzwierciedlają nasz własny system wartości. Propozycje reform są często rezultatem pracy zespołowej, tak więc ostateczny tekst odzwierciedla kompromis między poglądami członków zespołu. Metodę tę wykorzystuje się również na znacznie wyższym szczeblu, w parlamentarnych debatach i uchwałach dotyczących reformy. Ucieleśnia ona liczne kompromisy wypracowywane podczas politycznego procesu legislacyjnego, różne ustępstwa i zaangażowanie ze strony ekspertów, którzy sporządzili projekt ustawy, i polityków, którzy nań głosowali. Nie należymy do grona biurokratów służby zdrowia ani nie jesteśmy ekspertami zatrudnianymi przez partie polityczne zasiadające w parlamencie. Daje to nam możliwość wyrażania własnych opinii, bez czynienia przy tym żadnych ustępstw, koniecznych dla uzyskania wspólnego stanowiska czy zgody wielu stron. Zdajemy sobie sprawę, że jeśli w rządach lub systemie administracyjnym któregokolwiek z krajów Europy Wschodniej znajdą się ludzie zgadzający się z naszymi propozycjami, ustępstwa w niektórych kwestiach prawdopodobnie będą musiały być poczynione. Sądzimy, że lwią część tych ustępstw i pracy nad nimi muszą wykonać oni sami, nie zaś autorzy niniejszej książki. Pozwólmy im decydować, zgodnie z ich własnym poczuciem politycznej odpowiedzialności i pojęciami etycznymi, jak dalece ustępstwa te powinny sięgać. Nasza praca ma charakter odmienny, ponieważ przed nami – jako członkami społeczności akademickiej – otwierają się zupełnie inne możliwości. Chcemy wykorzystać korzyści, jakie daje podział pracy, mając jednocześnie możliwość wyrażania naszych poglądów w sposób spójny i tak, jak dyktują to nam przekonania.

Na końcu pozwalamy sobie powiedzieć trochę o tonie niniejszej książki[6]. Zdajemy sobie sprawę z tego, co oznaczają dla każdego zdrowie i choroba. Nauczyły nas tego nasze własne, osobiste doświadczenia

[6] W tym miejscu powinien być wspomniany problem terminologii używanej w tej książce. Każdy z krajów Europy Wschodniej posługuje się swoimi własnymi terminami w odniesieniu do różnych instytucji służby zdrowia i różnych komponentów mechanizmu ekonomicznego i politycznego. Proste przetłumaczenie ich na język angielski (i w konsekwencji – na polski) spowodowałoby terminologiczny zamęt. Co więcej, terminologia w krajach anglojęzycznych również nie jest jednolita. Aby uniknąć niejasności, książka niniejsza konsekwentnie posługuje się wyrażeniami i terminami używanymi w chwili obecnej w Stanach Zjednoczonych.

życiowe. Pierwszy z autorów tej książki dwukrotnie leżał na dziesięciołóżkowym oddziale Szpitala Budapeszteńskiego po poważnej operacji i mógł z bliska badać socjalistyczną służbę zdrowia. Innym razem, po wypadku drogowym, zabrano go do prywatnej kliniki w Genewie. Chociaż bardzo cierpiał, nikt nie zajął się nim, dopóki nie stało się jasne, kto za wszystko zapłaci. Właśnie tam poznał – niestety na sobie – koszt „czystego rynku". Osobiste doświadczenie nie jest oczywiście najważniejszym aspektem. Wiele razy odczuwaliśmy niepokój, strach i ból naszych krewnych w momentach choroby i bezbronności. W takich chwilach i – co szczególnie zasmucające – po śmierci bliskich nam osób, często zadawaliśmy sobie pytanie, czy uczyniono wszystko, co możliwe, aby wyleczyć pacjentów i ocalić ich życie? Do jakiego stopnia stan służby zdrowia może być odpowiedzialny za ich cierpienie lub – w najgorszym przypadku – śmierć? Nasze współczucie skierowane jest nie tylko do naszych rodzin i przyjaciół, ale do wszystkich ludzi. Dlatego też celem przyświecającym nam w trakcie pisania tej książki nie było schwytanie każdej nadarzającej się szansy przedstawienia rozdzierającego serce opisu obecnych warunków lub złośliwego i ostrego oskarżenia społeczeństwa, rządów czy polityków. Mówiąc krótko, ponieważ sytuacja w wielu aspektach jest dramatyczna, najlepszym wyjściem nie jest żerowanie na ludzkich emocjach, lecz przemyślenie najważniejszych zadań spokojnie i bez nerwów. Naszym ideałem nie jest lekarz, który wybucha płaczem na widok chorego pacjenta, lecz ktoś, kto dodaje jemu i jego rodzinie otuchy i trzeźwo rozważa, jakie lekarstwo lub kuracja okażą się najbardziej skuteczne.

Książka ta jest owocem długiego procesu badawczego. Prace pierwszego z jej autorów, Jánosa Kornaia, przebiegały pod auspicjami Instytutu Studiów Wyższych Kolegium Budapeszteńskiego. Otrzymał on finansowe wsparcie od Narodowej Węgierskiej Fundacji Badań Naukowych (OTKA T 018280 i T 30080), od Węgierskiego Ministerstwa Finansów i Europejskiej Komisji Badań (DG Inco Programme), która wspiera „budujący instytucje" projekt Kolegium Budapeszteńskiego. Autor wyraża w tym miejscu głęboką wdzięczność wszystkim tym instytucjom.

János Kornai kilkakrotnie wykładał zagadnienia będące tematem tej książki, m.in. podczas waszyngtońskiej konferencji National Academy of Science, na Uniwersytecie Harvarda, dla Banku Światowego, berlińskiego Wissenschaftskolleg i Węgierskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dyskusje i debaty po tych wykładach były wielką inspiracją dla jego dalszej pracy. Część tej książki weszła w skład serii wykładów im.

Frederico Caffè, które wygłosił w Rzymie; dało mu to wyróżnienie publikacją w serii wykładów Caffè.

Współautorka, Karen Eggleston, chciałaby podziękować Kennedy School of Government na Uniwersytecie Harvarda oraz programowi studiów *predoctoral fellowship* National Bureau of Economic Research w dziedzinie demografii (starzenie się) i ekonomiki służby zdrowia za hojne wsparcie finansowe w czasie, gdy zaczynała pracować z Jánosem Kornaiem nad zagadnieniami reformy służby zdrowia w warunkach gospodarki w okresie transformacji. Chciałaby wyrazić swoją wdzięczność również Wydziałowi Ekonomii Uniwersytetu Tufts, który zgodził się zmniejszyć jej obowiązki służbowe jesienią 1999 roku, gdy niniejsza książka przybierała ostateczną formę.

Oboje autorzy dziękują wszystkim kolegom, którzy poświęcili swój czas na przeczytanie analiz i studiów bezpośrednio poprzedzających tę książkę. Wdzięczni za skłaniające do myślenia, prowokujące komentarze i sugestie, pragną wymienić zwłaszcza: Gézę Bálint, Nicholasa Barra, Wiliama Hsiao, Zsuzsę Dániel, Guy'a Ellena, Bélę Fekete, Csabę László, Márię Kovács, Pétera Mihályi, Thomasa McGuire'a, Johna McHale'a, Josepha Newhouse'a, Winnie Yip i Richarda Zeckhausera.

Wielu ludzi pomagało w trakcie badań i w kompilowaniu tej książki. Szczególna wdzięczność należy się Ágnes Benedict, która wniosła istotny wkład, inspirując autorów swoimi sugestiami, pomysłowym zbiorem danych, pełnym poświęcenia asystowaniem i pomocą w pracach edytorskich. Bezcennego wsparcia udzielili także Mária Barát, Cecília Hornok, Béla Janky i Virág Molnár. Brian McLean doskonale przetłumaczył te części książki, które w oryginale napisano po węgiersku. Julianna Parti zaoferowała dokładną, skrupulatną, fachową i solidną pomoc w trakcie prac nad manuskryptem. Dzięki wspaniałomyślności Cambridge University Press, wydawcy tej książki oraz redaktorom Ashwinowi Rattanowi i Barbarze Docherty, prezentujemy ją Czytelnikom.

Część I

Punkty wyjścia

Wstęp do części pierwszej

Istnieje kilka punktów początkowych, które determinują sposób i ścieżkę argumentacji, wyznaczając tym samym bieg naszej dyskusji. Ich przeznaczeniem jest stworzenie „szkieletu" wytycznych dla reformy. Podstawowe zasady reformy muszą przede wszystkim mieć przypisane właściwe wagi – zostać uszeregowane według ich ważności (rozdział 1). Następnie konieczna jest analiza cech charakterystycznych służby zdrowia, które wyróżniają ją na tle innych sektorów gospodarki (rozdział 2). Następnym krokiem jest analiza doświadczeń innych krajów. Konieczne jest precyzyjne i jednoznaczne określenie, czy istnieje jakiś kraj, struktura i instytucje służby zdrowia, które mogą być potraktowane jako modelowe. Dodatkowa analiza doświadczeń i trendów w innych krajach może dostarczyć dobrych lekcji i cennych wskazówek, czego należy unikać (rozdział 3). Na koniec niezbędna okaże się wiedza o „odziedziczonych" z poprzedniego okresu atrybutach służby zdrowia w postsocjalistycznej Europie Wschodniej. Stan początkowy i historyczne ścieżki rozwoju, które doprowadziły do punktu wyjścia, ograniczają przyszłe działania (rozdział 4).

Przedstawiony powyżej układ odzwierciedla zastosowaną logikę rozumowania i objaśniania. Jednakże, gdy reformatorzy przystępują do planowania działań, muszą wziąć pod uwagę wszystkie elementy jednocześnie – zasady, cechy specyficzne sektora, lekcje, jakie mogą wyciągnąć z doświadczeń innych krajów, a także podstawowy zestaw warunków wstępnych – i przez cały czas o nich wszystkich pamiętać.

1 rozdział

Ogólne zasady reformy

Książka ta z założenia ma ograniczać się do omówienia reform służby zdrowia, lecz zasady wyłożone w tym rozdziale obowiązują także poza tym sektorem. Ci, którzy je akceptują, mogą zastosować je w trakcie reform innych sektorów „państwa opiekuńczego", które odziedziczono po systemie socjalistycznym. Mamy tu na myśli choćby system emerytalny, szeroko pojmowaną opiekę społeczną czy zasiłki dla bezrobotnych lub finansowanie edukacji. Komentarze i uwagi zostały wyrażone w taki sposób, aby można je było zastosować do „sektora opiekuńczego" jako całości.

Niektóre z zasad przedstawionych w tym rozdziale mają, jak sądzimy, charakter uniwersalny i z tego powodu nie odnoszą się wyłącznie do jednego państwa, regionu czy też zbioru warunków początkowych[1]. Inne zostały nam „zasugerowane" przez obecny stan „sektora opiekuńczego" w krajach postsocjalistycznych. Staraliśmy się sformułować zasady, które będą obowiązujące dla każdego postsocjalistycznego kraju i pod tym względem rozdział niniejszy wykracza poza warunki specyficzne dla Europy Wschodniej (jak zdefiniowano we wstępie).

---

[1] Zasady podobne do zawartych w tej książce zostały wyłożone również przez niektórych reformatorów w krajach rozwiniętych. Patrz, na przykład, Jakobs (1991), Cassel (1992) i Oberender (1992) w trakcie debaty w Austrii, a także Ham (1997: 58 – 9) z punktu widzenia Szwecji.

W sumie postulujemy dziewięć zasad[2]. W części pierwszej prezentowane są te, które mają związek z podstawowymi wartościami. Następna część poświęcona jest pożądanym cechom instytucji zreformowanej służby zdrowia. W części ostatniej rozważane są właściwe proporcje alokacji zasobów, zalecane dla służby zdrowia.

Być może lepiej byłoby przeprowadzić daleko bardziej rygorystyczną dyskusję nad aksjomatami, która zaczynałaby się postulatami podstawowymi i pomocniczymi, i dopiero z nich wywieść konkluzje. Uniknęłoby się wrażenia, że zasady są po prostu wymienione jedna po drugiej, a istnieje między nimi logiczny związek, formując tym samym zamkniętą strukturę teoretyczną. Dla prostoty i spójności z tonem pozostałych części naszej książki, zastosowaliśmy niższy poziom abstrakcji, a dyskusja jest mniej rygorystyczna. Mamy mimo to nadzieję, że pomoże to przynajmniej przenieść ciężar dyskusji ze szczegółów jednej lub drugiej zasady na ich znaczenie zasadnicze. Średni poziom generalizacji przyjęty tutaj wydaje się wystarczający dla zaspokojenia jednego z celów tej książki – dostarczenia powszechnych, podstawowych zasad poszczególnych części reformy: reformy emerytur, służby zdrowia, zasiłków i tym podobnych, które w przeciwnym razie traktowane byłyby oddzielnie.

Zasady wyraziliśmy w formie trybu rozkazującego, zwracając się do „reformatora". Może to być polityk, urzędnik, ekspert-doradca, działacz związkowy lub akademik. Ujawnia to poniekąd swoiste *credo,* ponieważ stajemy w ten sposób po stronie zbioru zasad wyznawanych przez nas, które tkwią u podstaw propozycji.

Wielu czytelników może zaskoczyć fakt, że to właśnie abstrakcyjne, normatywne zasady otwierają dyskusję nad ekonomicznym mechanizmem w służbie zdrowia. Jest to oczywiście rzecz niezwyczajna. Większość propozycji przeważnie przechodzi od razu do kwestii praktycznych. W najlepszym razie wydedukowanie czegoś o zasadach, za którymi opowiada się autor, staje się możliwe dopiero po przestudiowaniu całości jego propozycji. Czasami wychodzi na jaw, że autor kierował się jedynie względami praktycznymi, które okażą się – jeśli przeanalizujemy je według ściślejszego, normatywnego sposobu rozumowania – niespójne

[2] Dlaczego właśnie dziewięć? Nie upieramy się, że taki właśnie zbiór zasad obejmuje wszystko. Być może jakaś reguła mogłaby być pominięta, a jakaś inna włączona do tego zbioru. Treść ich mogłaby być wyrażona tak czy inaczej, nawet jeśli dyskusja ograniczałaby się do tych, którzy prawdopodobnie promowaliby stanowisko zajmowane przez autorów, przynajmniej zgodnie z ich własną wizją świata. Autorzy oczywiście „załatwili" sprawę dziewięcioma, unikając w ten sposób jakiejkolwiek aluzji do „dziesięciu przykazań".

lub, mówiąc bez ogródek, pozbawione zasad. Zaryzykujemy więc wyłożenie naszych kart na stół. Określimy z wyprzedzeniem, jakimi zasadami kierowaliśmy się formułując propozycje i postaramy się w sposób spójny wywieść z nich praktyczne wskazówki.

1.1. Postulaty etyczne

Jesteśmy ekonomistami, lecz reguły ekonomii nie są naszym punktem wyjścia. Poświęcimy im uwagę później, ale nie uważamy ich za fundament reformy.

Jest wielkim błędem, że głównymi argumentami, jakimi szermuje się postulując reformę służby zdrowia – lub, ogólnie rzecz biorąc, całego „sektora opiekuńczego" – są: „nie ma dosyć pieniędzy", „skarb państwa jest pusty" lub „dziura budżetowa jest bardzo poważna". Jeśli rozwój ekonomiczny będzie pomyślny na tyle, że deficyt budżetowy zniknie, czy będzie to znaczyło, że nie ma w ogóle potrzeby reformowania tego sektora? W takim przypadku, czy będzie pożądane lub nawet możliwe odwrócenie środków i kroków podjętych z powodu braku pieniędzy?[3]

Wysuwamy w tym miejscu dwa postulaty – zasady etyczne, które formują punkt wyjścia naszego toku rozumowania i argumentowania, a których reformatorzy, naszym zdaniem, powinni przestrzegać[4]. Instytucje i proporcje alokacji, które powstaną w trakcie reformy, powinny funkcjonować zgodnie z tymi moralnymi imperatywami.

Zasada pierwsza (suwerenność jednostki): *Powinno się promować taki model transformacji, który rozszerza zakres i możliwości decydowania jednostki w sferze usług „opiekuńczych", a ogranicza zakres i możliwości państwa.*

[3] Szczegółowa analiza polityki rozwoju i trendów w chińskiej służbie zdrowia w latach dziewięćdziesiątych dobrze ilustruje stwierdzenie, że potrzeby reformowania służby zdrowia nie odsunie w przeszłość ani w zapomnienie szybki wzrost gospodarczy. Patrz, na przykład, Bank Światowy (1997 a) i Yip i Hsiao (1999).

[4] Staraliśmy się stworzyć „minimalistyczne" rozwiązanie. Innymi słowy, chcemy przedstawić jak najmniejszą liczbę wymogów, np. tyle tylko, ile się wydaje konieczne i wystarczające z etycznego punktu wyjścia reformy.

Jednym z największych problemów, jakie możemy dostrzec w odziedziczonym po systemie socjalistycznym „sektorze opieki", jest pozostawienie zbyt szerokiej sfery zasobów raczej w rękach rządu, procesu politycznego i biurokracji niż jednostki-obywatela. Wkraczamy tu na obszar fundamentalnych praw człowieka, takich jak suwerenność jednostki, samorealizacja i możliwości samodzielnego decydowania za siebie[5]. Gdy wydatki społeczne na opiekę maleją, wraz z nimi maleją podatki przeznaczone na jej finansowanie, a obywatele nie tylko tracą przyznane wcześniej uprawnienia. Bardziej adekwatne byłoby stwierdzenie, że odzyskują czy nabierają prawa do indywidualnego dysponowania pieniędzmi.

Zasada pierwsza zawiera w sobie nie tylko prawa jednostki do podejmowania decyzji, ale także wymóg, aby jednostki wzięły na siebie *odpowiedzialność* za swoje życie. Muszą pozbyć się nawyku przyzwalania paternalistycznemu państwu myślenia za nich (i zapomnieć, że reformatorzy, nie oni sami, „odtrują" ich umysły). Potem będą dysponować daleko szerszym prawem wyboru, jednocześnie odpowiadając za swoje decyzje i ponosząc ich konsekwencje (jeśli decyzja nie była dobra). W większości krajów świata zachodniego jest to postrzegane jako trywialne, oczywiste uwarunkowanie, które obywatele wysysają z mlekiem matki. Pokolenia, które dorastały w systemie socjalistycznym, odziedziczyły postawę przeciwną. Obywateli nauczono, że partia rządząca i państwo są odpowiedzialne za wszystko, a jednostki muszą ich decyzje akceptować, „wierząc, że są w dobrych rękach". Tak więc wielu ludzi w krajach postsocjalistycznych, gdy ma jakiś problem, najpierw myśli nie o jego samodzielnym rozwiązaniu, ale o odwołaniu się do pomocy państwa. Państwo będzie pod ręką, tak więc nie muszą się martwić o jutro[6].

---

[5] Liczni autorzy zajmowali się interpretacją swobód i wolności jednostki. Szczególnie ważne i przydatne okazuje się studium Isaiaha Berlina (1969), gdy zachodzi konieczność zastosowania rozróżnienia między wolnością pozytywną i negatywną. Ta druga jest zagrożona przez hiperaktywne, nadmiernie paternalistyczne państwo opiekuńcze. Dla społeczeństwa byłby pożądany rozwój w takim kierunku, który chroni i wzmacnia negatywną wolność jednostki, jednocześnie rozszerzając wolność pozytywną. W takim rozumieniu Amartya Sen (1990) rozważa twierdzenie o wolności jednostki jako zobowiązaniu wobec społeczeństwa. Patrz także Sen (1996).

[6] Przeprowadzone w roku 1996 badanie na reprezentatywnej grupie na Węgrzech z inicjatywy pierwszego autora książki pod auspicjami instytutu badawczego TÁRKI miało na celu określenie postawy społecznej wobec reformy „sektora opieki" (Csantos, Kornai i Tóth, 1998). Jedno z pytań brzmiało: „W jaki sposób przygotowujesz się do starości?" 51 procent respondentów odpowiedziało, że o tym jeszcze nie myślało.

Według wyników kolejnej ankiety, którą przeprowadzono po wspomnianej wyżej, sytuacja w pewien sposób się zmieniła. W 1999 tylko 33 procent ekonomicznie aktywnych

Reforma „sektora opiekuńczego" opiera się na rozwoju nowego etosu, który suwerenność i odpowiedzialność jednostki stawia na pierwszym miejscu. Pożądane jest ustanowienie instytucji, które skłonią każdego do ponoszenia odpowiedzialności za to, co się będzie z nim działo w przyszłości, zgodnie z zasadą pierwszą.

Wprawdzie żadne społeczeństwo nie może funkcjonować bez pewnej dozy rządowego przymusu, lecz z zasady pierwszej wynika pożądana minimalizacja tegoż i umieszczenie na pierwszym planie zasady *dobrowolnego działania.* Paternalizm próbuje uszczęśliwić ludzi na siłę. Zamiast tego powinno się ludziom pozwolić na samodzielne szukanie szczęścia i powodzenia.

Zasada druga (solidarność): *Pomagajcie cierpiącym, mającym problemy i społecznie upośledzonym.*

Wiele religii, w tym judaizm, chrześcijaństwo i buddyzm, w swojej etyce nakłania do współczującej solidarności. Podobne postawy są nieobce ruchom robotniczym i ludziom o lewicowych przekonaniach politycznych. Uczucia takie mogą także zrodzić się same, z czystej dobrej woli, poczucia braterstwa i wspólnoty czy wrodzonego poczucia altruizmu, a niekoniecznie muszą opierać się na określonym światopoglądzie czy tradycji intelektualnej.

Spora część literatury poświęconej państwu opiekuńczemu, włączając w to reformę służby zdrowia, umieszcza w centrum analizy dylemat „sprawiedliwość kontra wydajność". W niniejszej książce nie kontynuujemy tej tradycji, która stawia szczególnie ważny etyczny postulat w opozycji do instrumentu – wymogu wydajności w obsługiwaniu dobra człowieka. Wymóg stymulowania wydajności został również włączony do dziewięciu reguł (tu przedstawionych jako zasada czwarta), ale jako instrument niższej „rangi", a nie podstawowy postulat etyczny. Z drugiej strony, ranga równa podstawowemu postulatowi etycznemu została nadana zasadzie suwerenności, która znikła z zasobu słów wielu wschodnioeuropejskich reformatorów lub jest wspominana mimochodem.

---

respondentów odpowiedziało, że nie myślało jeszcze o swojej starości (wg TÁRKI). W okresie między obydwoma ankietami z powodzeniem wprowadzono na Węgrzech reformę systemu emerytalnego, która zapoczątkowała istnienie sektora prywatnego, co w jakiś sposób mogło zwrócić uwagę opinii publicznej na problem ubezpieczeń emerytalnych.

W przeciwieństwie do systemu aksjomatów w matematyce, który jest pozbawiony sprzeczności, między podstawowymi postulatami etycznymi może dochodzić do konfliktów. Szczęśliwie nie mamy do czynienia z konfliktem w każdym przypadku; w pewnych kwestiach zasady pierwsza i druga są ze sobą kompatybilne. Przykładowo suwerenność jednostki jest kompatybilna z dobrowolną dobroczynnością. Możemy posłużyć się innym przykładem: rodzaj wsparcia dla potrzebujących, który pomaga im zaadaptować się do trudnych warunków, raczej wzmacnia ich suwerenność, niż miałby ją umniejszać.

Zwolennicy liberalnej etyki nie są przygotowani na zaproponowanie czegoś więcej ponadto (Epstein 1997) i sprzeciwiają się wszelkim prawnym i biurokratycznym formom przymusu, który ma na celu wsparcie tej zasady. Odrzucają wszelkie formy redystrybucji stosowane przez państwo, w tym ideę obowiązkowego ubezpieczenia, ponieważ ogranicza ona suwerenność jednostki i prawo do wykorzystywania własności w taki sposób, w jaki chce jednostka.

Nie podpisujemy się pod taką filozofią liberalną. Jesteśmy świadomi, że między regułami pierwszą i drugą może zachodzić silny konflikt, a przypisano im przecież jednakową rangę. Jesteśmy gotowi zaakceptować przymus państwa, które ma do zrealizowania określone zadania tam, gdzie jest to wskazane i poparte demokratycznym procesem politycznym, uważając jednocześnie, że dążenie do trzeźwego kompromisu jest pożądane w przypadkach, gdy reguły pierwsza i druga są ze sobą sprzeczne.

Realizacja zasady drugiej nie może być pozostawiona wyłącznie dobroczynności czy miłosierdziu jednostki. W takim przypadku niektórzy z prawdziwie potrzebujących mogliby zostać pominięci i nie mieliby dostępu do grona otrzymujących wsparcie. Prawo musi wymagać, aby państwo pomagało cierpiącym, mającym problemy i społecznie upośledzonym[7].

Zgadzamy się, że prawo zmusza obywateli do opłacania określonych rodzajów ubezpieczenia. Ogranicza to zastosowanie zasady pierwszej, ponieważ dobrowolne działanie ustępuje w tym miejscu wymogom prawnym, ale nie ma to paternalistycznego charakteru. Kieruje tym kolektywny własny interes. Wiemy, że każde humanitarne społeczeństwo będzie czuło się zobligowane zaopiekować się chorymi, bezdomnymi i ludźmi starszymi, jeśli ci zostaną pozostawieni bez środków do życia.

---

[7] Kwestię pomocy społecznej i innych środków redystrybucji opisują Atkinson i Micklewright (1992), Andorka, Kondratas i Tóth (1994), Sipos (1994) i Milanovic (1996).

Będą w rezultacie wspomagani na koszt podatników. Dlatego prawo powinno obligować wszystkich podatników do zapewnienia sobie przynajmniej minimalnego ubezpieczenia, aby uniknąć tego niepożądanego, ubocznego skutku (patrz Lindbeck i Weibull 1987).

Zasada druga – solidarność, kolektywny altruizm społeczny – wkracza po to, aby pomóc tym, którzy nie są w stanie płacić za obowiązkowe ubezpieczenie. Tak więc różnica pomiędzy tą propozycją a programami powszechnymi w epoce socjalizmu jest dobrze widoczna. Proponowane jest minimalne obowiązkowe ubezpieczenie, uzupełnione dobrowolnym ubezpieczeniem wykraczającym poza to minimum i pomoc potrzebującym poprzez redystrybucję środków. Stan początkowy, odziedziczony po systemie socjalistycznym, charakteryzował się istnieniem uniwersalnego uprawnienia i realizacją całości zadań związanych z ubezpieczeniem przez „kanały" czy „organy" paternalistycznej, państwowej redystrybucji. Pierwsza przedstawiona propozycja wydaje się nam zdrowszym, bardziej wydajnym kompromisem między zasadami pierwszą i drugą.

Zarówno zasada pierwsza, jak i druga nie *wykluczają* możliwości uregulowania legislacyjnego uniwersalnych zobowiązań państwa, ale ich nie wymagają. Pewne względy mogą uczynić realizację gwarantowanych uprawnień konieczną lub pożądaną przez wszystkich obywateli lub wszystkich pracodawców. Ale inne czynniki, takie jak brak środków ekonomicznych, mogą wciąż kłócić się z tymi uniwersalnymi uprawnieniami.

Zasada druga stoi w sprzeczności z polityczną retoryką, która czyni z klasy średniej głównych beneficjentów polityki podatkowej i redystrybucji w ogóle[8]. Klasa średnia z definicji nie jest tą, która najbardziej ze wszystkich znajduje się w potrzebie i wymaga pomocy. Jednak znaczna część procesu redystrybucji odbywała się w obrębie tej właśnie klasy także w systemie socjalistycznym. Podobnie rzeczy mają się również i w tych krajach, gdzie uniwersalne uprawnienia były realizowane na wielką skalę. Prawdziwie potrzebujący nigdy nie awansowali do klasy średniej, lub gorzej – uplasowali się w hierarchii społecznej poniżej[9]. Tych właśnie ludzi zasada druga stawia na pierwszym miejscu.

---

[8] Żądanie to często pojawia się w amerykańskich debatach politycznych poświęconych podatkom i redystrybucji. Ostatnio wysunięto je także w Europie Wschodniej, w trakcie dyskusji nad aktualną praktyką polityczną.

[9] W trakcie debat w Europie Wschodniej słyszy się alarmujące głosy o szybkim pogarszaniu się finansowej sytuacji wcześniejszej klasy średniej, zwłaszcza osób przynależących do „inteligencji". Działania, które miałyby sytuację tę naprawić, znalazłyby usprawiedliwienie w zasadzie solidarności (zasada druga). Jednak główną formą, jaką powinny one

Zasada ta opiera się na zasadniczym postulacie, że każdy członek społeczności powinien być w stanie zaspokoić przynajmniej podstawowe swoje potrzeby[10]. Nie oznacza to, że państwo samo powinno dostarczać usług i dóbr, które zaspokajałyby podstawowe potrzeby każdego, darmo lub w postaci korzyści po „preferencyjnych" cenach. Większość członków społeczeństwa jest w stanie zdobyć je dzięki swoim własnym wysiłkom. Zasada solidarności musi odnosić się do tych tylko, którzy nie są w stanie zaspokoić nawet swoich podstawowych potrzeb.

Zasada druga nie może być nazywana wymogiem egalitaryzmu. Nie uchyla ona zasady pierwszej. Nie nawołuje też do jednakowych dochodów lub jednakowej konsumpcji, w tym także jednakowej ochrony zdrowia dla wszystkich. Do jej realizacji skłania współczucie, a wszystkim, co chcemy dzięki niej osiągnąć, jest gwarancja, że nikt, kto potrzebuje wsparcia, nie zostanie zostawiony samemu sobie. Każdy będzie miał jednakowy dostęp do minimalnego poziomu usług. Zasada druga obejmuje także zapewnienie każdemu obywatelowi szansy skutecznej samorealizacji. Musi być jednak okazane współczucie tym, którzy bez wsparcia państwa nie będą mieli dobrego startu życiowego. Kryterium solidarności usprawiedliwia także aktywną pomoc społecznie upośledzonym, polegającą na daniu „pierwszej szansy". Z drugiej strony, zasada solidarności nie może być wykorzystywana jako usprawiedliwienie tych działań, które w sposób uproszczony i sztuczny mają zniwelować dystans, jaki dzieli poszczególne grupy społeczne.

Chcemy zdystansować się od tych, którzy odwołują się do zasady solidarności lub rozwijają egalitarne argumenty w celu zmniejszenia znaczenia suwerenności obywateli. Podczas debat nad reformą służby zdrowia zetknęliśmy się z poglądem, że wymóg ten zaspokaja potrzeby bogatszych ludzi, mających możność wyboru między lekarzami, szpitalami czy metodami leczenia. Jesteśmy przekonani, że indywidualna suwerenność nie jest dobrem luksusowym. Bogaci i biedni mają takie samo prawo wyboru. Chociaż wybór ten jest po części uwarunkowany pieniędzmi, istnieje wiele przypadków, gdy możliwość wyboru nie zależy tylko i wyłącznie od zdolności płacenia, ale również od tego, czy ludziom oferuje się i doradza w kwestii możliwości wyboru w ogóle.

---

przyjąć, nie mogą być beneficja, ale wsparcie, mające na celu umożliwienie adaptacji: przeszkolenie do nowego zawodu i pomoc w zmianie domu czy pracy, które zaspokajałyby jednocześnie potrzeby struktury zatrudnienia.

[10] Pozwólmy sobie pozostawić pytanie o naturę i definicję „podstawowych potrzeb" – jakie jedzenie, jaki dom czy mieszkanie i jaką opiekę zdrowotną powinny one obejmować. Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej omówiona jest szczegółowo w rozdziale piątym.

W świetle zasady drugiej warto byłoby rozważyć kwestię niepewności wobec przyszłości. Osoba niezależna od nikogo w chwili obecnej może stać się zależna w przyszłości. Ale, zgodnie z zasadą pierwszą, to przede wszystkim ludzie sami muszą się przygotować na takie ewentualności, oszczędzając i dobrowolnie wykupując prywatne, komercyjne ubezpieczenie. Chociaż można rozważać określone wyjątki, ludzie z zasady powinni być uprawnieni do państwowej pomocy na podstawie solidarności tylko wtedy, gdy doświadczą takich problemów, do których nie mogli się przygotować dzięki środkom własnym[11].

Zasada druga obejmuje solidarność i sprawiedliwą dystrybucję troski o życie i szczęście między pokoleniami. Obecne pokolenie powinno okazywać troskę i poświęcać uwagę przyszłym pokoleniom. Nie można w żaden sposób usprawiedliwić moralnie „ułatwiania" życia dzisiaj, pozostawiając przyszłym pokoleniom poważne zadłużenie, ekonomiczne bomby zegarowe, które eksplodują w nieokreślonej przyszłości.

Oczywiście biedni i społecznie upośledzeni zasługują na współczucie okazywane im przez społeczeństwo. Ale większość ludzi po stronie „otrzymującego" uważa „dobroczynność" za poniżającą. Potrzebującym można i powinno się pomagać przede wszystkim dając im możliwość pracy i wyposażając w umiejętności, które umożliwią im samodzielną poprawę warunków życia. Zakres, w jakim proszący mogą pomóc sobie sami i zaadaptować się do panujących warunków, musi być oszacowany przy określaniu stopnia i rodzaju pomocy, jaką otrzymują (patrz przypis 10 powyżej).

Jeszcze jeden komentarz pomoże podsumować dyskusję nad etycznymi punktami wyjścia. Tryb argumentacji w niniejszej książce nie wychodzi od ostatecznych pojęć wolności, równości, materialnego dobrobytu i bogactwa czy też społecznej sprawiedliwości. Związki pomiędzy wartościami fundamentalnymi a organizacją społeczną[12] są zagadnieniem poruszanym przez studia nad teorią polityczną, która wiąże się z etycznymi

---

[11] Wiele zamieszania spowodowało pomieszanie ubezpieczenia typu risk-sharing, opierającego się na komercyjnych zasadach, z pomocą opartą na altruistycznej solidarności. Szczególnie wiele kłopotów sprawia sytuacja, gdy oba pojęcia mieszają się w definicji „ubezpieczenia społecznego". O związkach między tymi dwoma instytucjami można przeczytać u Csaba (1997). Do tej kwestii powrócimy później.

[12] By wymienić kilka najbardziej znaczących pozycji z wielkiego zasobu literatury na ten temat: Berlin (1969), Sen (1973 i 1992), Nozick (1974) i Buchanan (1986). Dobrą analizę debaty nad filozoficznymi konsekwencjami nowoczesnego państwa opiekuńczego można znaleźć u Culpitta (1992).

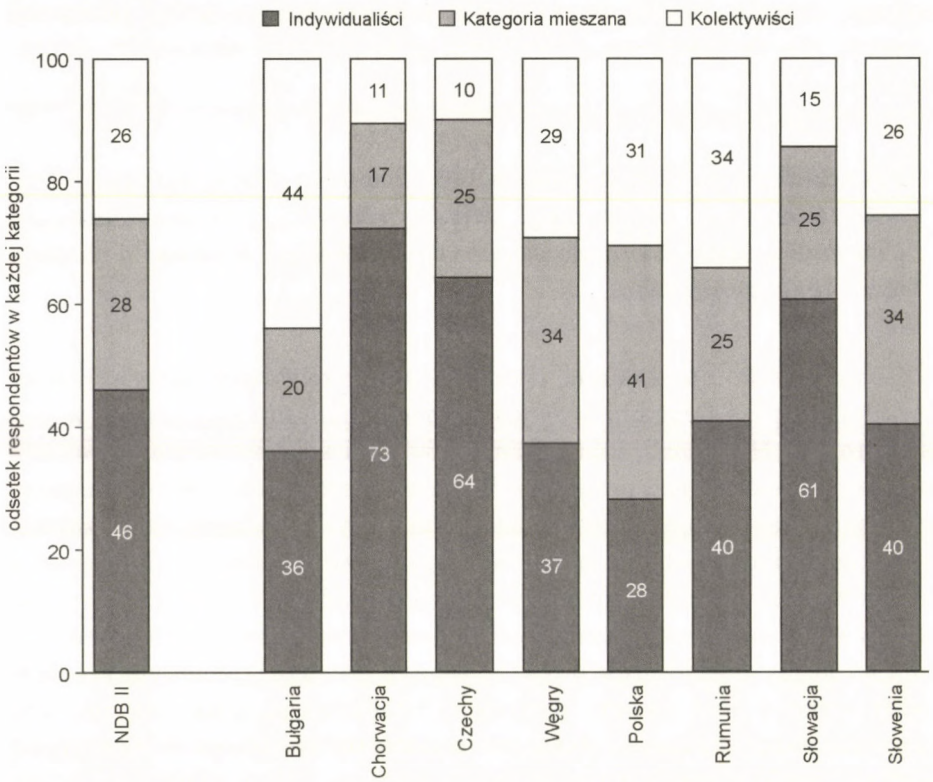
podstawami „dobrego" społeczeństwa. Książka niniejsza nie ma wnieść wkładu do analizy tak głębokich problemów. Mamy nadzieję, że zasady pierwsza i druga, które postulują jedynie „przeciętne" wymagania etyczne, a nie fundamentalne wartości, mogą stanowić wystarczającą platformę, którą zaakceptują ludzie wyznający różne poglądy na wolność, równość i sprawiedliwość społeczną.

Jednakże zasada pierwsza będzie brzmiała obco (a druga być może okaże się zbyteczna) dla tych, których aksjomatyczny punkt wyjścia jest z natury kolektywistyczny: *podległość* jednostki wobec interesu określonego społeczeństwa, bez względu na to, czy będzie to naród, rasa lub klasa, czy wobec zasad religijnych. Przyznajemy, że reforma zalecana przez tę książkę różni się zasadniczo od zmian, jakie sugerowałoby jakiekolwiek pojęcie kolektywizmu.

W świetle tego, co już powiedziano, warto przytoczyć wyniki sondażu opinii publicznej przeprowadzonego przez profesora Richarda Rose'a, sondażu, który był częścią przeprowadzonego w roku 1992 projektu „Nowe demokracje" (Rose i Haerpfer 1993). Badacze przeanalizowali odpowiedzi na cztery pytania, aby zdecydować, czy respondenci byli bliżsi światopoglądowi indywidualistycznemu, czy kolektywistycznemu. Wyniki przedstawia rysunek 1.1.

W każdym kraju, z wyjątkiem Bułgarii i Polski, więcej ludzi wykazywało skłonność raczej do podejścia indywidualistycznego niż kolektywistycznego. W trzech krajach około dwie trzecie populacji faworyzowało indywidualizm. W sześciu na osiem krajów stosunek posiadających spójny kolektywistyczny światopogląd był mniejszy niż jedna trzecia. Nie można stwierdzić, że definicje wykorzystywane przez przedstawiony sondaż dokładnie pokrywają się z tymi, jakimi posługujemy się w niniejszej książce. Jednak idea suwerenności jednostki i odpowiedzialności okazuje się najbliższa systemowi wartości większej części populacji krajów postsocjalistycznych.

Rys. 1.1. *Wybory wartości*



U w a g a: Uczestników eksperymentu poproszono o wybór między wariantami o charakterze indywidualistycznym i kolektywistycznym, przez udzielenie odpowiedzi na cztery pytania. Kategorie skompilowano w następujący sposób: Indywidualiści: trzy lub cztery preferencje o charakterze indywidualistycznym. Kategoria mieszana: dwie preferencje o charakterze indywidualistycznym i dwie – kolektywistycznym. Kolektywiści: trzy lub cztery preferencje o charakterze kolektywistycznym. NDB II: średnia w krajach w nowym badaniu ankietowym „Barometr Nowej Demokracji II" (ang. „Democracy Barometer II"), na przykład we wszystkich krajach przedstawionych na powyższym rysunku plus na Ukrainie i Białorusi.

Ź r ó d ł o: Rose i Haerpfer (1993: 71).

1.2. Pożądane atrybuty instytucji i mechanizmy koordynacyjne

Pozwólmy sobie przeanalizować inną płaszczyznę zasad reformy. Proces reform eliminuje lub zmienia stare instytucje, mechanizmy koordynacyjne czy zasady gry i ustanawia nowe. Zasady trzecia do siódmej

koncentrują się na tych atrybutach, które powinny one wykazywać. Do pewnego stopnia zasady te wynikają bezpośrednio z zasad pierwszej i drugiej, ale te pożądane cechy wymagają również elementów dodatkowych.

Zasada trzecia (konkurencja): *Nie powinien istnieć monopol własności i kontroli państwowej. Między różnymi formami własności i mechanizmami koordynacji powinny zachodzić stosunki o charakterze konkurencyjnym.*

Zasada trzecia nie zakłada istnienia sprecyzowanych proporcji ilościowych pomiędzy formami własności i mechanizmami koordynacji w służbie zdrowia. Nie mówi, jaki udział państwa i sektora niepaństwowego powinien istnieć czy jest pożądany. W każdym przypadku sektor niepaństwowy musi zaspokajać potrzebę istnienia masy krytycznej, która zakończy wyczerpujący monopol państwa i ograniczy możliwości dyktowania warunków konsumentom przez producenta (państwo opiekuńcze). Choć musimy wziąć pod uwagę kwestie związane z wydajnością, które przemawiają na korzyść konkurencji (patrz zasada czwarta), głównym źródłem zasady trzeciej jest zasada pierwsza: konkurencja musi istnieć, aby obywatele mogli wybierać. Jeśli nie podoba im się to, co otrzymują od instytucji państwowych, mogą pozwolić sobie na zakup niepaństwowych dóbr i usług.

Przetrwanie elementów systemu socjalistycznego w sektorze opiekuńczym ma poważne konsekwencje polegające na tym, że obywatele pozostają bezbronni w kilku ważnych obszarach, chociaż obecnie decyzje wychodzą od bardziej rozproszonej „władzy państwowej", a nie z politbiura. To, jakie zasoby przekazywane są na służbę zdrowia i jakie dochody otrzymują starsi ludzie, zależy od skłóconych partii politycznych, podporządkowujących swoją politykę rywalizacji o popularność, a także względnej sile lobby i grup biurokratów wypracowujących kompromisy za kulisami. Zasada trzecia ma na celu przekazanie większej części decyzji tego typu w ręce zainteresowanych jednostek. Przynajmniej do pewnej wielkości wydatków na te cele powinno się pozwolić ludziom indywidualnie decydować w kwestiach, ile chcą wydać na ochronę zdrowia i inne usługi „opiekuńcze" dla siebie i swoich rodzin, a także jak chcą się przygotować na starość. Staje się to możliwe, gdy pewna część zasobów przeznaczonych na utrzymanie sektora opiekuńczego przestaje prze-

pływać przez mechanizm biurokratyczny, opłacany z podatków pobieranych przez państwo i przez nie alokowanych, a gospodarstwa domowe i jednostki mają możliwość decydowania o tych środkach za pomocą innego wielkiego mechanizmu koordynującego – rynku.

Zasada trzecia dąży do otwarcia sektora opiekuńczego dla prywatnych, niepaństwowych instytucji, zarówno nastawionych na zysk jak i niedochodowych. Niech powstają – przez zakładanie nowych organizacji lub prywatyzację istniejących będących własnością państwa – prywatne szpitale, kliniki, laboratoria, przedszkola, szkoły, domy spokojnej starości i komercyjne instytucje ubezpieczeniowe. Równolegle do całkowicie państwowych i ukierunkowanych na zyski, prywatnych dostawców, może istnieć szeroki zakres działalności organizacji niedochodowych. Właściciele lub osoby czy instytucje powołane do kontroli tych instytucji mogliby rekrutować się z towarzystw, fundacji, kościołów, zrzeszeń zawodowych, wielkich pracodawców, związków mniejszych pracodawców itp.

Funkcja realizacji zasady drugiej (solidarności) może być rozdzielona między państwo, segment niedochodowy sektora opiekuńczego i prywatne organizacje charytatywne.

Tym, czego potrzebują odbiorcy, jest bezpieczeństwo, a to musi zapewnić państwo – twierdzą ci, którzy wierzą w całkowicie znacjonalizowany sektor opieki. Naszym zdaniem, argument ten jest dosyć słaby. Skomplikowane dzieła poświęcone niepewności proponują (i sugeruje to także zdrowy rozsądek) prostą regułę: ubezpieczcie się na wszelkie okoliczności. Można ująć tę kwestię w języku portfolio inwestycyjnego: dywersyfikujcie. Byłoby na przykład błędem powierzenie wszystkich oszczędności przeznaczonych na zabezpieczenie starości jednemu tylko, prywatnemu funduszowi emerytalnemu. Gdyby fundusz ten był zarządzany w nieuczciwy lub niezbyt rozsądny sposób, ubezpieczony mógłby znaleźć się w wielkich tarapatach. Podobne problemy mogą się pojawić, gdy całkowicie polegać się będzie wyłącznie na państwie. Do momentu, gdy ktoś przejdzie na emeryturę, rządzące w danym dniu władze polityczne mogą zdecydować się na zignorowanie kwestii, jaki wkład został wniesiony przez te wszystkie lata[13]. Alternatywnie, emeryturom może zaszkodzić wzrost wywołanej przez działania polityczne inflacji, a także zasady

[13] Odnosi się to do większości krajów postsocjalistycznych. System „pay-as-you-go" i powtarzające się zmiany w zasadach organizacji finansowania emerytur, w połączeniu z tendencją do stabilizowania emerytur rozluźniły korelację między rzeczywistymi emeryturami a składką emerytalną płaconą podczas aktywnej fazy życia emeryta.

indeksacji, które redukują ich realną wartość. Najbardziej więc wskazane propozycje reformy systemu emerytalnego to takie, które opierają się na kilku filarach, pozwalając różnym systemom emerytalnym być wykorzystywanymi jednocześnie[14]. Podobne, „wielofilarowe" rozwiązania powinny zostać wzięte pod rozwagę także przy rozwiązywaniu problemów finansowania innych części sektora „opiekuńczego".

Tabela 1.1. *Wybory instytucjonalne: poparcie dla państwa, rynku i rozwiązań mieszanych na Węgrzech, rozkład odpowiedzi w procentach*

Alternatywy	Finansowanie		
	edukacji wyższej	opieki szpitalnej	emerytur
Scentralizowane rozwiązania „państwowe"	42,1	35,5	21,4
Struktury mieszane	43,5	44,1	56,6
Rozwiązania rynkowe	12,1	17,9	18,5
Niezdecydowani	2,2	2,5	3,5
Całość	100,0	100,0	100,0

Uwaga: Instytut badawczy TÁRKI przeprowadził ankietę w roku 1996. Celem badania było stwierdzenie, jaką wiedzą dysponowało węgierskie społeczeństwo na temat relacji między usługami sektora opiekuńczego i podatkami. Dodatkowo badano preferencje dotyczące różnych wariantów instytucjonalnych. Próba obejmowała około 1000 respondentów. Jeśli chodzi o trzy warianty w tabeli, do których się odnoszono, pierwsza pozycja reprezentuje status quo – np. usługi finansowane i dostarczane przez państwo lub agencje związane z rządem. Trzeci wariant reprezentował zdecentralizowany lub w znaczącym stopniu sprywatyzowany sektor opiekuńczy. Drugi obejmował wielofilarowe związki instytucjonalne. Byłoby dobrze oferować więcej niż jedną strukturę mieszaną, ale czynnik czasu nie pozwolił na włączenie tego do ankiety.
Źródło: Csantos, Kornai, Tóth (1998: 307).

Opinia publiczna jest podzielona w kwestii wyboru filarów, ich kombinacji, preferencji. To rozproszenie dobrze zilustrują wyniki sondażu opinii publicznej na Węgrzech, które przedstawialiśmy wcześniej w tabeli 1.1.[15]

---

[14] Węgierska Ustawa o Reformie Emerytalnej z roku 1997, jak również propozycje wypracowane przez rząd polski, opierają się na rozwiązaniu wielofilarowym. Doskonałą analizę i ostrożne propozycje możemy znaleźć w publikacjach Banku Światowego (1994). Krytyczna ocena raportu Banku Światowego zawiera się w pracy Beattie i McGillivray (1995) i w replice najważniejszego z autorów zajmujących się tą kwestią, Jamesa (1996). Propozycje Banku Światowego są analizowane i poddane krytyce również przez Diamonda (1996).

[15] W ankiecie, którą przeprowadzono po tym badaniu, zapytano respondentów o to, czy popierają ideę istnienia kilku konkurujących ze sobą programów ubezpieczenia zdrowotnego, łamiących tym samym aktualny quasi-monopol ubezpieczenia społecznego (patrz rozdział 8 i tabele 8.2–8.4).

Istnieje niebezpieczeństwo, że procedury parlamentarne, opierające się na zasadzie większości, spowodują wprowadzenie reform, które mogą narzucić dominację jednej formy własności i/lub jednej formy kontroli. (Na przykład może zostać utrzymane status quo, czyli dominacja form państwowych lub wysokiego stopnia centralizacji lub, przeciwnie, mogą zostać przeforsowane radykalna i szybka, całkowita prywatyzacja i decentralizacja.) Naszym zdaniem, zasada pierwsza sugeruje, że obywateli nie powinno się zmuszać do uczestnictwa w określonym programie. Tak dalece, jak to tylko możliwe, powinno się pozwolić jednostkom wybierać samodzielnie. Powinno zaistnieć „menu" różnych form własności i mechanizmów kontrolnych i koordynacyjnych, spośród których obywatele mogliby wybierać. Powinni mieć możliwość uczenia się na własnych i cudzych doświadczeniach, eksperymentowania i modyfikacji przyjmowanych rozwiązań i założeń. Istnieje jeszcze jeden powód, dla którego konieczna jest konkurencja w sektorze opieki. W warunkach konkurencji wyboru można dokonywać nie tylko poprzez pełen tarć i przepychanek proces polityczny, ale również przez wybory o charakterze rynkowym, które podejmują gospodarstwa domowe.

Realizacja zasady trzeciej napotyka silną, wyraźną opozycję w krajach Europy Wschodniej. Zrozumiałe, że ci, którzy cieszą się aktualnie istniejącym monopolem własności lub regulacji, obawiają się utraty władzy czy dochodów, ale awersja, jaką ma wiele ludzi wobec istnienia własności prywatnej i wolnego rynku, jest generowana przez uprzedzenia natury ideologicznej. Dyskusja nad reformą sektora opiekuńczego wyciąga na światło dzienne argumenty antykapitalistyczne i antyrynkowe, które pojawiają się nie tylko w wypowiedziach i retoryce radykałów socjalistycznych, ale nawet zaprzysięgłych polityków konserwatywnych. Ten szczególny rodzaj opozycji ideologicznej jest przejawem i domeną fenomenu wspomnianego przez nas wcześniej we wstępie: przetrwania systemu socjalistycznego, w tym wypadku w postaci indoktrynowanych uprzedzeń wielkiej części opinii publicznej.

Zasada czwarta (bodźce efektywności): *Konieczne jest powstanie takich form własności i kontroli, które będą zachęcały do wydajności i ją wspierały.*

Zasada ta jest dosyć oczywista i zrozumiała sama przez się – dokładniej omówimy ją w rozdziale drugim. Jedynym powodem włączenia jej do

deklarowanych zasad jest fakt, że politycy i akademicy, broniący status quo w sektorze opiekuńczym, zdają się o niej zapominać.

Bodźce wydajności (i tu właśnie widzimy zasadniczą różnicę między stanem pożądanym a obecną praktyką) muszą istnieć również i po stronie popytu, muszą być dane także obywatelom, jako *odbiorcom* usług opiekuńczych. Oznacza to, że jedynie w najrzadszych przypadkach usługi te powinny być darmowe. Zamiast korzystać z państwowych subsydiów, aby wymusić obniżkę ceny poniżej poziomu ustalonego na rynku, pomoc państwa powinna być skierowana precyzyjnie do tych, których sytuacja to usprawiedliwia, na przykład w formie voucheru[16]. (Odnosiłoby się to oczywiście do ludzi rzeczywiście potrzebujących, zgodnie z zasadą solidarności.) Nawet jeśli państwo lub ubezpieczyciel ponoszą większą część kosztów dobra lub usługi, odbiorcy również powinni płacić, tak aby docenili to, co otrzymują, i byli świadomi, że nie jest to darmowe.

Właściwe bodźce po stronie popytu obejmują indukowanie wydajności w działaniach ubezpieczycieli, którzy w większej części finansują usługi opiekuńcze. Jest to jeden z kilku argumentów przemawiających przeciwko monopolowi gargantuicznych „molochów": centralnych, państwowych organizacji zarządzających ubezpieczeniami zdrowotnymi i emerytalnymi. Tam, gdzie nie ma konkurencji, tam niemal w ogóle nie występują wystarczająco silne bodźce stymulujące wydajność i oszczędność.

Argumentem tym możemy posłużyć się również w odniesieniu do strony podażowej, do organizacji, które „dostarczają" usług zdrowotnych, edukacji, opieki nad dziećmi i osobami starszymi oraz innych.

Komentując zasadę trzecią, posłużyliśmy się suwerennością jednostki jako argumentem za konkurencją. Niech nikt nie pozostaje zdany na łaskę jednej, monopolistycznej organizacji. Zdajemy sobie sprawę z tego, że zarówno ukierunkowani na zysk i niepaństwowi, jak i nie nastawieni na zysk ubezpieczyciele i dostawcy mogą starać się zmniejszać koszty ze szkodą dla odbiorców (pacjenta albo dzieci, czy osób starszych wymagających tych usług). Niemniej jednak może to wystąpić także w przypadku własności i kontroli państwowej, jeśli instytucje państwowe są zmuszone do obniżenia kosztów i nie mogą dłużej rozrzucać pieniędzy na lewo i prawo. Nieograniczony wzrost wydatków kosztem oszczędności, uderzający w odbiorców usług, stanowi jeden z największych i najbardziej

[16] Debata nad korzyściami i słabymi stronami wykorzystywania voucherów w usługach opiekuńczych trwa. Analizę i badania przedstawia Culpitt (1992).

ponurych dylematów sektora opiekuńczego. Wrócimy do tej kwestii i przeanalizujemy ją bardziej szczegółowo w rozdziale trzecim, który poświęcony jest służbie zdrowia.

Innym aspektem bodźców wydajności, który należy wziąć pod uwagę, jest najbardziej wskazany mechanizm alokacji środków inwestycyjnych – generowanie i wykorzystanie oszczędności i rezerw. Możemy rozróżnić dwa odrębne przypadki. Pierwszy z nich wiąże się najściślej z systemem socjalistycznym, w którym system emerytalny i inne usługi dostarczane przez sektor opiekuńczy są znacjonalizowane i funkcjonują zgodnie z zasadą „pay-as-you-go". Od gospodarstw domowych nie oczekuje się oszczędzania ze względów bezpieczeństwa. Zamiast tego zmusza się je do płacenia podatków, które finansują wszystkie inwestycje i wszystkie usługi opiekuńcze. Całkowita centralizacja prowadzi do niskiej wydajności, i to nie tylko usług świadczonych przez sektor opiekuńczy, ale także w procesie selekcji i realizacji projektów inwestycyjnych.

Innym, diametralnie przeciwnym przypadkiem będzie taki, w którym akumulację rezerw pozostawi się całkowicie gospodarstwom domowym i przedsiębiorstwom. Każde gospodarstwo domowe gromadziłoby rezerwy w portfelu, dzieląc je między banki, fundusze powiernicze, firmy ubezpieczeniowe, fundusze emerytalne i tym podobne. Sektor finansowy, na przykład rynki kapitałowe i kredytowe, wykorzystywałyby ze swojej strony te ogromne oszczędności w „zdecentralizowany" sposób na finansowanie inwestycji. Byłoby to uzupełniane przez zdecentralizowane oszczędności i inwestycje własne firm.

Jedna kwestia ostatecznie została wyjaśniona w wyniku historycznej rywalizacji między systemami kapitalistycznym i socjalistycznym. System, w którym dominują zdecentralizowane inwestycje oparte na własności prywatnej i konkurencji, jest bardziej wydajny niż ten, w którym przeważają centralizacja i własność państwowa. Implikacje dla reformy sektora opiekuńczego są więc oczywiste. Oszczędności gromadzone na wypadek choroby, bezrobocia, wypadku czy starości konstytuują tak wielką część całkowitych oszczędności w gospodarce, że nie mogą być tak po prostu oddane do dyspozycji biurokracji. Większa część tej ogromnej sumy powinna być wykorzystywana w zdecentralizowany sposób. Doprowadzając ten tok argumentacji do konkluzji, zasada czwarta (bodźce dla wydajności) dostarcza jeszcze jednego, znaczącego argumentu przemawiającego na korzyść zasady trzeciej (rozprzestrzenianie się konkurencji i instytucji niepaństwowych). Jednakże nie utrzymujemy, że zalecany jest całkowicie zdecentralizowany mechanizm inwestycyjny.

Możemy słusznie założyć, że stale będzie zachodziła konieczność jakichś inwestycji państwowych, finansowanych z podatków[17].

> **Zasada piąta (nowa rola państwa):** *Głównymi zadaniami państwa w sektorze opiekuńczym muszą być: zapewnienie prawnych ram funkcjonowania i regulacji prawnych, nadzór nad instytucjami niepaństwowymi, a także zapewnienie ostatecznej pomocy i zabezpieczenia ostatniej instancji. Państwo jest odpowiedzialne za zapewnienie, że każdy obywatel ma dostęp do podstawowej edukacji i służby zdrowia.*

Nasz komentarz do zasady piątej wymaga poprzedzenia go wynikami ogólnej obserwacji. Jak sugerowaliśmy to w argumentach przytaczanych wcześniej, w tym miejscu musimy stwierdzić wyraźnie, że państwo, do którego odnosiliśmy się, jest to państwo z normalnie funkcjonującymi instytucjami demokratycznymi. Legislatywa jest wybierana zgodnie ze zdefiniowanymi prawnie procedurami i warunkami, a wybór ten odbywa się przez konkurencję między partiami politycznymi. Rząd jest zatwierdzany i uznany na swoim urzędzie przez parlament. Władza sądownicza jest niezależna. Istnieje wolność słowa, zgromadzeń i prasy. Obowiązują niewzruszone wymogi państwa konstytucyjnego. Demokracja w analizowanych krajach Europy Wschodniej nie poczyniła wszędzie takich samych postępów i nie wszędzie jest tak samo skonsolidowana, ale każde z tych państw wytworzyło minimalny układ instytucji koniecznych dla funkcjonowania demokracji. Musimy zignorować kwestię, jak wiele z zasad i praktycznych propozycji prezentowanych w niniejszej książce może być zrealizowanych w warunkach dyktatury, ponieważ przesłanie, jakie zawiera nasza praca, jest skierowane w każdym przypadku do państw funkcjonujących w ramach ustroju demokratycznego.

Wracając do zasady piątej, zasadniczym wymogiem jest tu radykalna transformacja roli państwa, zgodnie ze wskazówkami wynikającymi z zasady pierwszej, czyli z rozszerzeniem suwerenności jednostki. Pozwólmy sobie na zwięzłe przedstawienie funkcji państwa w zreformowanym sektorze opiekuńczym:

---

[17] W literaturze ekonomicznej możemy znaleźć bardzo szczegółową dyskusję nad tym, w jakich przypadkach jest usprawiedliwiony państwowy wybór, finansowanie i/lub realizacja inwestycji.

- Kreując i wymuszając stosowanie nowego, koniecznego prawa, państwo działa jak strażnik legalności działań sektora opiekuńczego. Jest niezmiernie ważne, aby obywatele mogli korzystać z możliwości szukania zadośćuczynienia w sądach i występować przeciwko rządowi i jego aparatowi, ubezpieczycielom, szpitalom, lekarzom, domom spokojnej starości i innym ciałom czy instytucjom, jeśli ich prawa cywilne zostały naruszone.
- Państwo musi stworzyć odpowiednie organy, które sprawowałyby nadzór nad sektorem opiekuńczym i jego różnymi podsektorami (służbą zdrowia, ubezpieczeniami zdrowotnymi, zarządzaniem funduszami emerytalnymi itp.). Powinny one być wspierane przez jednostki nadzorcze specjalizujące się w obsłudze osób zgłaszających roszczenia i zrzeszenia osób korzystających z usług sektora, prasę, zrzeszenia obywatelskie i społeczeństwo jako całość.
- Państwo powinno ubezpieczać oszczędności, jakie obywatele lokują w instytucjach ubezpieczeniowych i funduszach emerytalnych[18].
- Jak wspomniano wcześniej, przy realizacji zasady solidarności wskazane byłoby przypisanie jakiejś roli organizacjom niepaństwowym. Pomimo to państwo nie może uniknąć swojego udziału i wkładu. Nie zgadzamy się z tymi, którzy najchętniej ukryliby tę pomoc wśród innych wydatków państwowych, aby nie zobaczyli jej wyborcy[19]. Otwarcie musi być powiedziane, że potrzebującym wypłacana jest pomoc państwowa, a pieniądze te pochodzą z podatków płaconych przez podatników.
- Deklaracja, że państwo ponosi odpowiedzialność za podstawową opiekę zdrowotną (i, podobnie, za szkolnictwo podstawowe) pozostawia otwartą kwestię, jak i przez jakie instytucje odpowiedzialność ta ma być realizowana. Może, ale nie musi być tak, że usługi opiekuńcze będą świadczone przez instytucje państwowe lub przez państwo kontrolowa-

---

[18] Przypuszczalnie możliwe jest ustanowienie jakiegoś rodzaju niepaństwowych lub quasi-państwowych instytucji reasekuracyjnych, które chroniłyby inwestycje ubezpieczeniowe obywateli przed porażką określonego ubezpieczyciela. Wystarczyłoby, jeśli państwo zapewniłoby gwarancję ostatniej instancji, jeśli ubezpieczyciel nie będzie w stanie pokryć strat. Rola „ostatecznego ubezpieczyciela" wciąż jest fiskalnym ciężarem, ale daleko mniejszym niż całkowicie państwowe finansowanie usług sektora opiekuńczego.

[19] Większość ludzi ma jakieś poczucie solidarności ze społecznością. Na przykład na Węgrzech, jak wykazał to wspomniany wcześniej sondaż (Csantos, Kornai i Tóth, 1998), wielu bezdzietnych respondentów byłoby skłonnych i chętnych płacić podatki, które wspierałyby wyższą edukację. Możliwe byłoby znalezienie podobnych przykładów w innych krajach, jak również podobnego poparcia dla innych wydatków opiekuńczych.

ne, albo że ich finansowanie wspierać będzie budżet państwa. To, jakie podejście będzie preferowane, będzie zależało od tego, jaka forma własności okaże się najbardziej efektywna w warunkach danego kraju. Zachowanie lub eliminacja własności państwowej jest środkiem, nie celem.

Jak już powiedzieliśmy, książka ta nie ma na celu popierania programu laissez-fair. Nie staramy się uwolnić państwa od jego zobowiązań w sektorze opiekuńczym i jego zań odpowiedzialności, nawet jeśli wiele zadań będzie powierzonych prywatnym przedsiębiorcom i organizacjom niedochodowym organizowanym przez różne społeczności, a koordynowanych głównie przez rynek i aktywizowanych przez konkurencję. Procesy te muszą się kształtować i zaistnieć według reguł ustanowionych przez państwo, pod jego i społeczeństwa nadzorem. Państwo musi również mieć swój wkład w postaci zasobów ekonomicznych tam, gdzie będzie to nieuniknione.

Różne przykłady „porażki rynku", gdy nie spełnił on swojej regulacyjnej roli, zostały wystarczająco opisane i wyjaśnione przez ekonomistów[20]. W przypadkach, gdy rynek zawiódł, interwencja państwa jest usprawiedliwiona, zakładając, że nie ma powodów do obaw, że jego działalność spowoduje jeszcze większe zaburzenia. Teoria wyboru publicznego i badania biurokracji[21] wyjaśniają warunki i konsekwencje różnych form „porażek rządu". Jednakże często mamy do czynienia z problemem określenia względnego prawdopodobieństwa porażki rynku i rządu, jak również skali szkód, jakie spowodują. Dlatego też pozostawiamy otwartym pytanie, jak wielki powinien być sektor opiekuńczy będący własnością państwa lub jak bezpośrednia powinna być kontrola państwowa. Jeśli społeczeństwo, poprzez proces polityczny, wyrazi żądanie, aby jakaś część finansów na utrzymanie służby zdrowia lub innych usług opiekuńczych pochodziła z budżetu państwa, bo określone szpitale pozostają państwową własnością i tak dalej, i jeśli chce płacić podatki na ich wspieranie,

---

[20] W tym miejscu i dalej w niniejszej książce posługujemy się wyrażeniem „porażki rynku". W teorii ekonomii „porażka rynku" następuje w wyniku określonej konfiguracji uczestników rynku i ich otoczenia. Teoria nie twierdzi jednak, że rynek przestaje funkcjonować, to znaczy nie jest w stanie „wykonywać" swojej roli koordynacyjnej w ogóle. Po prostu nie może funkcjonować i wykonywać swojej roli tak dobrze, jak może w bardziej sprzyjających dlań warunkach (głównie w sytuacji zwanej „doskonałą konkurencją"). Porażki rynku mogą być rezultatem różnych sytuacji. Najlepszą analizę porażki rynku możemy wciąż znaleźć w klasycznej pracy Francisa Batora (1958). Patrz także Stiglitz (1986).

[21] Patrz Buchanan i Tullock (1962), Tullock (1965) i Niskanen (1971).

żądanie to powinno być uszanowane. Drugie zastrzeżenie (wola ponoszenia związanych z tym obciążeń podatkowych) prowadzi do następnej zasady, która koncentruje się na przejrzystości.

> **Zasada szósta (przejrzystość):** *Związek między usługami opiekuńczymi dostarczanymi przez państwo i obciążeniami podatkowymi, służącymi ich finansowaniu, musi być dla obywateli przejrzysty i zrozumiały. Praktyczne środki służące realizacji reformy muszą być poprzedzone otwartą publiczną debatą i pełnym informowaniem. Politycy i partie polityczne muszą zadeklarować, jaka jest ich polityka wobec sektora opiekuńczego i w jaki sposób ich działania będą finansowane.*

Reguła ta składa się z kilku elementów. Inspiracją pierwszego zdania był poważny problem: obywatele nie dostrzegają wyraźnie czy w dostatecznym stopniu, że to oni, jako podatnicy, ponoszą „ogólnie" koszty usług opiekuńczych, a państwowej służby zdrowia w szczególności. Zrozumienie relacji między podatkami a wydatkami państwa jest niepełne lub błędne wszędzie na świecie, ale fiskalne iluzje nigdzie nie są tak wyznawane jak w krajach postsocjalistycznych, gdzie przez dziesięciolecia ludzi indoktrynowano ideą, że służba zdrowia jest „za darmo"[22]. Można mieć nadzieję, że opór wobec reformy decentralizacyjnej szybko osłabnie, gdy tylko obywatele zdadzą sobie sprawę z tego, że to właśnie podatnicy płacą za każdą państwową usługę, i dokładnie oszacują rozmiary płatności.

Ostatecznie obywatele wspólnie muszą płacić za usługi opiekuńcze. Jednakże w warunkach demokracji mają możliwość wyboru, wyrażając to w procesie politycznym, między dwoma zasadniczymi kanałami płatności. Jeden z nich przebiega następująco: „podatki płacone przez gospodarstwo domowe → budżet państwa → państwowe usługi opiekuńcze." Inny z kolei ma bardziej bezpośredni przebieg: „dodatkowy wydatek na ubezpieczenie płacony przez gospodarstwo domowe → ubezpieczyciel → usługa opiekuńcza, której koszty pokrywa ubezpieczyciel".

---

[22] Ankieta przeprowadzona na Węgrzech (Csantos, Kornai i Tóth 1998) ujawniła, że jedynie jedna piąta respondentów mogła oszacować z +/– 25-procentowym marginesem błędu, jakie obciążenia podatkowe były wymuszone przez utrzymanie rzekomo darmowej służby zdrowia. Pozostała część próbowała zgadywania albo w ogóle nie mogła udzielić odpowiedzi.

Prowadzi nas to do drugiej i trzeciej części zasady szóstej: potrzeby debaty i przejrzystości wyboru kierunków polityki. W rzeczywistości partie polityczne rzadko ujawniają się ze swoimi poglądami na sektor opiekuńczy, w szczególności na temat służby zdrowia, i prezentują je jasno przed swoim elektoratem. Dzieje się tak zarówno z powodu niezbyt starannego przemyślenia, przeanalizowania i przygotowania ich propozycji, jak i z chęci ukrycia swoich intencji[23]. Ponieważ w tym miejscu nie zgadzamy się w pełni z pozytywną ekonomią polityczną, nie podejmujemy się tu wyjaśnienia kwestii, dlaczego tak się dzieje lub w jaki sposób może to być zmienione. Zgodnie z normatywnym charakterem tego rozdziału, przedstawiamy wymagania. Zasada szósta jest adresowana do lepszej części wszystkich polityków. Jeśli zechcą być uczciwi wobec swoich wyborców, powinni im powiedzieć otwarcie, co chcieliby zrobić z emeryturami, służbą zdrowia i innymi usługami opiekuńczymi. Innymi jej odbiorcami są akademicy jak my, którzy analizują i badają tę materię. Nie mamy w tym żadnego udziału ani nie żywimy chęci zdobycia popularności. Nie prowadzimy kampanii na jakieś obieralne stanowisko. Mamy obowiązek odkryć i przedstawić korzyści i społeczne koszty alternatywnych idei organizacji sektora opiekuńczego. Zasada ta jest wreszcie skierowana do obywateli. Powinni oni postarać się zrozumieć w oświadczeniach partii politycznych i ich programach, co naprawdę zamierzają one zrobić w odniesieniu do sektora opiekuńczego i pamiętać o tym w trakcie głosowania.

Wyborcom trudno jest zrozumieć intencje partii i podjąć decyzję, na którą głosować. Koniec końców, głosując na partię lub polityka, dokonują wyboru między „koszykami" programów. Głosujący na A, a nie B mogą przeoczyć fakt, że program dotyczący sektora opiekuńczego, jaki prezentuje B, jest atrakcyjniejszy i zdecydować się na A, ponieważ wolą jego szerszy program ekonomiczny, prawny, zagraniczny i inne, odpowiadające im programy prezentowane przez B[24].

Te trudne zagadnienia dostarczają dodatkowych argumentów przemawiających na korzyść zasad pierwszej, trzeciej i piątej: konieczna jest

---

[23] Pełne lekceważenie zasady szóstej było kwintesencją systemu socjalistycznego. *W porównaniu z nim* system demokratyczny poczynił wielkie postępy w jej realizacji i zastosowaniu. Jednakże w wielu przypadkach zastosowanie tej zasady w praktyce w demokracji parlamentarnej wciąż może być iluzoryczne.

[24] Tematykę tej książki można by poszerzyć o dyskusję nad tym, jak problem ten mógłby być rozwiązany przez system referendów w najważniejszych kwestiach legislacyjnych. Z wyjątkiem kilku krajów, demokratyczne konstytucje dopuszczają poddanie pod referendum decyzji politycznych tylko w wyjątkowych przypadkach.

redukcja w zestawie usług opiekuńczych, nad którym kontrola sprawowana jest na drodze procesu politycznego.

Zasada siódma (wymogi czasowe programu): *Nowe instytucje sektora opiekuńczego muszą mieć czas na ewolucję, a obywatele na adaptację.*

Zreformowany sektor opiekuńczy będzie zawierał kilka instytucji, nieznanych w czasach socjalizmu. Niektóre będą zupełnie nowe, „zakładane od podstaw", jak prywatne kliniki i szpitale, nowe fundacje, przedszkola czy niepaństwowe fundusze emerytalne. Inne powstaną w wyniku zmian własnościowych, z państwowych organizacji – na przykład jeśli grupa lekarzy będzie pracować jako zespół specjalistów w szpitalu publicznym na zasadzie kontraktu czy umowy leasingowej. Rzecznicy reformy nie mogą, naszym zdaniem, pozostawić tych zmian wyłącznie spontanicznemu rozwojowi wypadków z kilku powodów. Tworzenie nowych instytucji i przekształcenie starych wymaga szczegółowo zaplanowanych reguł uchwalonych przez legislatywę lub lokalny samorząd. Niektóre nowe organizacje powstaną z inicjatywy agencji rządowych. W niektórych przypadkach konieczny będzie polityczny nacisk, aby proces zmian nabrał tempa czy w ogóle został zainicjowany. Można dodać, że – z definicji – zmiana roli *państwa* opiekuńczego może mieć miejsce tylko wtedy, gdy zaangażuje się w nią samo państwo. Chociaż wiele elementów i zjawisk ewolucyjnego procesu transformacji instytucjonalnej pojawi się i będzie przebiegać spontanicznie, nie opowiadamy się za wzorem reform opartym wyłącznie na spontanicznych, „organicznych" zmianach[25].

Podobnie sprzeciwialibyśmy się także wdrażaniu na siłę najszybszej możliwej reformy sektora opiekuńczego, za wszelką cenę. Zdarzają się kryzysy, w trakcie których rząd musi wymusić realizację bolesnych i niepopularnych programów dostosowań gospodarczych, obejmujących także te elementy, które spowodują gwałtowne obniżenie wydatków na cele opiekuńcze ponoszone przez budżet państwa. To jedno, a pełna reforma sektora opiekuńczego to drugie. Ta ostatnia nie jest fiskalnym gaszeniem pożaru, ale radykalną społeczną transformacją, której nie

[25] Uwagi te są zgodne z teorią innowacji instytucjonalnej i ewolucyjnym postrzeganiem historii zmian instytucji ekonomicznych. Patrz Davis i North (1971) i North (1990).

można prowadzić na złamanie karku. Konieczne jest zagwarantowanie czasu koniecznego na szczegółowe i ostrożne planowanie reformy i zdobycie dla niej politycznego poparcia.

Zagadnienie politycznego poparcia było wspomniane już przy okazji omawiania zasady szóstej. Im lepiej opinia publiczna rozumie społeczne koszty i możliwe korzyści reformy, tym chętniej i szybciej będzie gotowa do udzielenia wsparcia, opierającego się na dostępie do pełnej informacji. Jest to możliwe, lecz obywatele muszą mieć czas, konieczny do przystosowania się do nowej sytuacji. Problem uzgodnienia *poziomów przystosowania* poruszono przy omawianiu zasady drugiej. Reformatorzy muszą mieć wyważony i wyczerpujący pogląd na sprawę i wykazać zwykłe ludzkie zrozumienie faktu, że ludzie mają różne zdolności przystosowawcze.

Na ile tylko pozwala stan gospodarki państwa, cierpienie może być złagodzone, a proces adaptacji wsparty przez udzielanie pomocy tym, którzy z powodu reformy ucierpią najwięcej i stosunkowo wiele stracą. Jednakże pomoc udzielana w nieograniczonym okresie powinna być dostępna tylko tym, którzy rzeczywiście nie są zdolni do przystosowania się. Dla wszystkich innych pomoc powinna mieć *tymczasowy* charakter. (Na przykład mogłaby istnieć doraźna rekompensata dla potrzebujących w okresie wycofania subsydiów.) Jakaś ulga powinna być przyznana obywatelom przez pewien czas, ale muszą oni uświadomić sobie, że będą musieli zaadaptować się do nowej sytuacji jak najszybciej, gdyż okres ulgi się skończy.

1.3. Pożądane proporcje alokacji

> **Zasada ósma (harmonijny wzrost):** *Niech między zasobami przeznaczanymi na inwestycje, które mają na celu bezpośrednie wspieranie szybkiego wzrostu, a przeznaczanymi na działalność i rozwój sektora opiekuńczego zachodzi harmonijna równowaga proporcji.*

W trakcie debat nad reformą sektora opiekuńczego pojawiają się dwa skrajne poglądy. Jeden z nich kładzie stronniczy nacisk na straty właściwe procesowi transformacji i pomija fakt, że najlepszym sposobem rozwiązania obecnych problemów jest trwały wzrost gospodarczy. Jakkol-

wiek stwierdzenie to brzmi cokolwiek trywialnie i ekonomiści mogą je uznać za truizm, nieustannie jest ono ignorowane przez tych, którzy wolą utrzymanie status quo w sektorze opiekuńczym. Czasami pogardliwie odrzucają elementarny ekonomiczny argument, że standard życia większości obywateli w krajach postsocjalistycznych nie może nigdy być podniesiony na obecny przecięty poziom krajów zachodnich, zanim nie zostaną poniesione nakłady inwestycyjne konieczne do zapewnienia trwałego i wystarczającego wzrostu gospodarczego.

Inny, równie skrajny pogląd koncentruje się na zagadnieniu równowagi pomiędzy wydatkami na sektor opiekuńczy i inwestycjami powodującymi szybki wzrost gospodarczy. Oczywiście ten ostatni jest faworyzowany. Analizy statystyczne obejmujące kilka krajów pokazują, że w długim okresie najszybszy wzrost gospodarczy miał miejsce w krajach Dalekiego Wschodu, które względnie mało wydają na sektor opiekuńczy. Autorzy zarówno zostawiają czytelnikom z Europy Wschodniej wolną rękę, by mogli wyciągnąć swoje własne wnioski z tej lekcji, jak i stwierdzają otwarcie: jeśli chcecie doścignąć Zachód, postępujcie zgodnie z modelem wschodnioazjatyckim.

W uszach pierwszego z autorów, jako członka starszego pokolenia, ten fetysz wzrostu brzmi znajomo. Jednym z haseł-wytrychów polityki ekonomicznej epok stalinowskiej i chruszczowowskiej było „doścignąć Zachód jak najszybciej". Doprowadziło to do zastosowania strategii wymuszonego, forsownego wzrostu, która w efekcie przyniosła zakłócenia struktury gospodarczej, a jednym z jej rezultatów było ignorowanie doraźnych potrzeb opiekuńczych obywateli[26]. Ten rodzaj stronniczości spowodował śmiertelne problemy w systemie socjalistycznym, którego konsekwencji nie można zwalczyć w dniu dzisiejszym. Byłoby wstydem zaczynać wszystko od początku raz jeszcze.

Do innej konkluzji możemy dojść, jeśli porównanie międzynarodowe nie będzie oparte na relacji między wydatkami na sektor opiekuńczy i *poziomem* rozwoju gospodarczego. Wraz z postępami rozwoju gospodarczego kraju wydatki państwa na służbę zdrowia, edukację, kulturę, opiekę nad dziećmi i osobami starszymi wzrastają. Związek ten nie ma charakteru deterministycznego, jako że jest kształtowany także przez kilka innych czynników, takich jak złożoność systemu rządów danego kraju i jego tradycje kulturalne. Wciąż jednak istnieje silny związek

[26] Studium opublikowane trzydzieści lat temu, *Rush versus Harmonic Growth* (Kornai 1972), sprzeciwiało się fetyszowi wzrostu gospodarczego.

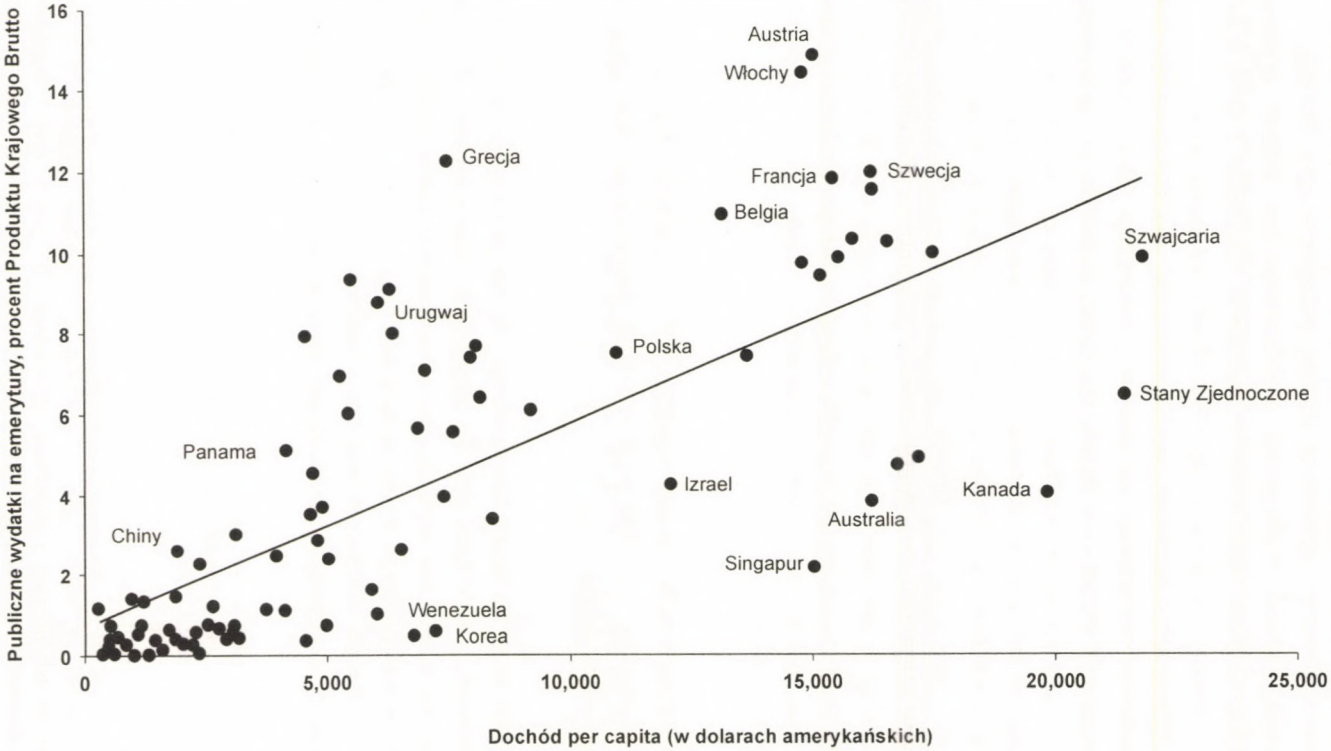
między ogólnym poziomem rozwoju gospodarczego a rządowymi wydatkami na opiekę nad ludźmi. Ilustruje tę relację poziom wydatków na emerytury w 92 krajach, przedstawiony na rysunku 1.2. (Relacja między wydatkami na służbę zdrowia a rozwojem gospodarczym jest omówiona w rozdziale czwartym.)

Odejście od pożądanej wielkości wydatków rządowych na sektor opiekuńczy dla danego poziomu rozwoju może obrać dwa kierunki: ku zbyt hojnemu i zbyt skąpemu finansowaniu. Niektóre kraje socjalistyczne rekompensowały sobie z nawiązką ograniczenia okresu stalinowskiego, pozwalając swoim wydatkom na sektor opiekuńczy uciec na wyższy, „następny" poziom rozwoju ekonomicznego. Zmuszone do tego przez ich paternalistyczną ideologię i chęć udobruchania opinii publicznej, państwo brało na siebie większe zobowiązania, niż pozwalały na to zasoby ekonomiczne i poziom jego rozwoju gospodarczego. Oczywiście możemy to powiedzieć o systemie emerytalnym w krajach Europy Wschodniej, takich jak Bułgaria, Czechy, Węgry, Polska i Słowacja. Odnosi się to nie tylko do pozostających na papierze zobowiązań państwa, ale również i do ich realizacji.

Przywrócenie równowagi w tej kwestii jest kluczowym zadaniem i można do niego podejść na dwa sposoby. Zobowiązania państwa i uprawnienia, jakie gwarantuje, powinny być zredukowane, zaś wzrost gospodarczy – wspierany i promowany. Umożliwi to w przyszłości stały wzrost całkowitego poziomu wydatków na sektor opiekuńczy, któremu będzie towarzyszył spadek jego względnego ciężaru dla gospodarki i budżetu. Nie ośmielamy się podać ilościowej złotej zasady, która zapewniałaby istnienie idealnych, harmonijnych proporcji. Rozważenie tej kwestii w kontekście postsocjalistycznej transformacji byłoby stymulującym zadaniem badawczym. Chociaż więc zasada ósma nie zawiera w sobie metody kwantyfikacji, zawiera się w niej wyraźne ostrzeżenie przeciw rażącym zniekształceniom i błędnym politycznym sloganom.

Zdolność planistów, operujących na szczeblu centralnym, do podejmowania właściwych decyzji odnoszących się do „fundamentalnych proporcji" jest raczej wątpliwa. Konieczne staje się więc powierzenie jednostkom większych uprawnień do podejmowania samodzielnych wyborów ekonomicznych. Czy powodem, dla którego państwo powinno interweniować w przypadku najważniejszych proporcji alokacji, jest obowiązek „obrony" służby zdrowia i edukacji przed decyzjami gospodarstw domowych, ponieważ nie godzą się one na zbyt wielkie wydatki na inwestycje lub finansowanie biurokracji? Nie wydaje się nam, aby tkwiło tu niebez-

Rys. 1.2. *Relacja między dochodem per capita a publicznymi wydatkami na emerytury*



Przypis: Z powodu ograniczenia powierzchni nie uwzględniono wszystkich dostępnych danych. Próba obejmowała 92 kraje w różnych latach okresu pomiędzy rokiem 1986 a 1992.
Źródło: Bank Światowy (1994: 42).

pieczeństwo. Przeciwnie, prawdopodobnym rezultatem indywidualnych decyzji, zagregowanych na poziomie całego kraju, byłoby to, że dobrowolny, zdecentralizowany, społeczny proces podejmowania decyzji, w połączeniu z całkowitymi wydatkami publicznymi na sektor opiekuńczy, spowodowałby wzrost wydatków na zdrowie, edukację i inne działania sektora, niż centralni planiści byliby skłonni im poświęcić[27].

Kolejny komentarz musimy poświęcić raczej służbie zdrowia jako takiej niż ogólnym wydatkom na sektor opiekuńczy. Bez względu na to, jakie są proporcje wydatków określone przez państwo czy gospodarstwa domowe, i – pozwólmy sobie dodać – bez względu na to, jaki jest stosunek własności prywatnej do państwowej w sektorze – zachodzi ryzyko, że stosunek wydatków na służbę zdrowia do produktu krajowego brutto wymknie się spod kontroli. Zależy to przede wszystkim od charakteru bodźców wpływających na dostawców i pacjentów. Powrócimy do tej kwestii później i omówimy ją bardziej szczegółowo. Wszystko, co tu chcemy powiedzieć, to to, że zasada ósma wymaga realizacji trudnego zadania, jakim jest powstrzymanie wzrostu kosztów i dyscypliny w utrzymywaniu ich poziomu.

Zasada dziewiąta (stała stabilność i trwałość finansowania): *Budżet państwa musi być stale w stanie finansować realizację państwowych zobowiązań.*

Podczas gdy zasada ósma koncentruje się na pożądanej alokacji zasobów rzeczowych, ta odnosi się do aspektów finansowych. Jakkolwiek oczywistym okaże się ten wymóg, jego naruszenie zakończyło traktowanie państwa opiekuńczego w wielu krajach jako niemal religijnego tabu.

Wiele gospodarek wykazuje znaczący deficyt budżetowy, odnosi się to w szczególności do prawie wszystkich krajów postsocjalistycznych. Fi-

[27] Wydają się to potwierdzać doświadczenia systemu socjalistycznego. Żelazna ręka stalinowskiej polityki gospodarczej zapewniała, że państwo nie „przepłacało" na szpitale, budownictwo mieszkaniowe itp., a środki i zasoby koncentrowano w przemyśle ciężkim i przeznaczano na wzrost siły militarnej.

Argument ten można zilustrować także w kontekście OECD. Stany Zjednoczone, z ich wysoce zdecentralizowanym systemem podejmowania decyzji w tej kwestii, należą do tych krajów OECD, które na służbę zdrowia poświęcają największy odsetek PKB. Wielka Brytania z jej finansowanym z podatków, kontrolowanym przez rząd i bardzo scentralizowanym systemem publicznej służby zdrowia (*National Health Service*) poświęca znacznie mniejszą część swojego PKB na ten cel.

nansowy deficyt niektórych podsektorów sektora opiekuńczego może być dostrzeżony, przynajmniej w części, w przypadkach gdzie system budżetowy rezerwuje przychody specjalnie przeznaczone na pokrycie określonych rodzajów wydatków opiekuńczych. Deficyt ten już zaistniał, albo prawdopodobnie szybko się ujawni, zgodnie z wszelkimi prognozami. W pewnych podsektorach w niektórych krajach, a także w całym sektorze opiekuńczym innych, fundusze konieczne do pokrycia kosztów usług sektora opiekuńczego nie są odseparowane od tych, które służą innym wydatkom. Państwowe wydatki na opiekę pochodzą z ogólnych wpływów podatkowych, co utrudnia określenie ich relatywnej roli w ogólnym deficycie fiskalnym.

Książka niniejsza nie stawia sobie za cel analizy określonych przyczyn deficytu fiskalnego w różnych okresach, warunkach i krajach. Niemniej jednak warto zwrócić uwagę na kalkulacje, które ilustrują, w jaki sposób zobowiązania i zaangażowanie w sektorze opiekuńczym, prawnie chronione w określonym kraju, staną się w pewnym momencie nietrwałe – przy innych warunkach nie zmienionych i biorąc pod uwagę prawdopodobną stopę wzrostu gospodarczego i trendy demograficzne. Wydaje się, że państwowe usługi zdrowotne, którym towarzyszy wielki nacisk ze strony popytu, nie będą mogły być w przyszłości finansowane. Moment, w którym eksperci przewidują osiągnięcie przez system pułapu finansowania, jest różny dla poszczególnych krajów. W niektórych przypadkach lukę tę można zapełnić przez wzrost podatków, zaś w innych nie jest to możliwe. Jest to po części problem ekonomiczny – wyższe podatki osłabiają bodźce i utrudniają inwestycje – i po części polityczny – niepopularność podniesienia podatków musi być przeciwstawiona niepożądanemu wpływowi, jaki na opinię publiczną wywrze obniżenie wydatków na służbę zdrowia i inne usługi opiekuńcze. Koniec końców, w większości krajów postsocjalistycznych konieczność polepszenia równowagi fiskalnej może usprawiedliwić konieczność cięć w państwowych wydatkach na opiekę.

Chociaż pozostawiliśmy zasady ósmą i dziewiątą na sam koniec dyskusji, nie są one mniej przekonywające niż zasady 3-7, które traktują o pożądanych atrybutach instytucji i mechanizmów koordynujących. Myślimy, że żadnej ustalonej listy problemów dla debaty nad reformą sektora opiekuńczego nie da się obronić. Zwracamy się tylko do dyskusji w kręgach akademickich. Obrońcy państwa opiekuńczego właściwie opisują w dramatycznych terminach cierpienie ludzi pozbawionych środków do życia i społecznie upośledzonych, ale pogardliwie odrzucają jakie-

kolwiek wzmianki o potrzebie zrównoważonych, harmonijnych proporcji gospodarczych. Nie uważają ich za sprawę, którą powinni się przejmować, ponieważ opiera się ona na ograniczonych argumentach natury fiskalnej, których współczująca osoba nie wzięłaby pod rozwagę. Z drugiej strony możemy przytaczać argumenty ekonomiczne, które poświęcają jedno zdanie potrzebie społecznego bezpieczeństwa, ale ich autorzy nie są w stanie uświadomić sobie wszystkich społecznych konsekwencji zasad, jakie proponują. Obie strony zazwyczaj powstrzymują się od opierania swoich stanowisk na kryteriach etycznych. Myślimy, że najwyższy czas, aby zażądać syntezy poglądów, zarówno naszych jak i innych. Żadna ze stron nie ma wyłącznego prawa do posługiwania się zarówno kryteriami społecznymi, jak i argumentami ekonomicznymi.

1.4. Podsumowanie

Analiza zasad 1 – 9 pozostawia otwartymi kilka ważnych pytań, dyskusja nad nimi przekroczyłaby zakres niniejszej książki. Konieczna jest dalsza analiza teoretyczna, aby zadecydować, jak dalece różne pary i mniejsze zbiory zasad mogą być ze sobą zgodne, i jak dalece są one ze sobą sprzeczne lub zachodzi między nimi konflikt. Musimy zdecydować, czy i jakie zachodzą między nimi kompromisy. Na przykład zasada pierwsza (suwerenność i odpowiedzialność jednostki) i zasada piąta (obowiązki państwa) nie są ze sobą niezgodne, chociaż, im dalej sięga jedna z nich, tym bardziej ograniczona jest druga.

Biorąc pod uwagę zasygnalizowane wcześniej konieczne kompromisy pomiędzy poszczególnymi zasadami, konieczne jest jasno określone i odpowiedzialne działanie. Żadna przyjęta a priori zasada czy przesłanka wynikająca z jakiejkolwiek teorii nie powinna i nie może pod żadnym pozorem działania tego wykluczać. W odniesieniu do etycznych zasad pierwszej i drugiej zauważamy, że zachodzi między nimi konflikt. Pozwólmy sobie powtórzyć tutaj ostrzeżenie, wspólne dla całego zbioru dziewięciu zasad. Podobnie jak Victor A. Fuchs, jeden z wiodących amerykańskich teoretyków ekonomii służby zdrowia, ujmijmy to zwięźle: „Najtrudniejszymi wyborami w życiu nie są wybory między dobrem i złem. Najtrudniejsze wybory to takie, które wymuszają na nas wybór między dobrem a dobrem" (Fuchs 1998: 216). Fuchs cytuje Isiaha Berlina: „Konieczność wyboru, poświęcenia najważniejszych wartości innym zdaje

się być permanentną cechą skomplikowanego, pełnego kłopotów ludzkiego położenia" (Berlin 1969).

Nawet jeśli tak jest, chcielibyśmy wierzyć, że prezentacja zwięzłego przeglądu tych reguł nie była bezowocna. System, w którym są one umieszczone, w którym się objawiają, i sposób, w jaki je podsumowano, powinny służyć jako przypomnienie – lista, która zapewniałaby, że żadna z reguł nie będzie zapomniana, gdy planowane, oceniane i realizowane będą rzeczywiste programy, ustawodawstwo i regulacje. Nawet jeśli decydenci są zmuszeni poczynić koncesje i uchylić jakieś zasady, niech czynią to świadomie, walcząc ze swoim sumieniem i zdrowym rozsądkiem, zanim zdecydują się i zaakceptują kompromis. Ci, którzy rzeczywiście opowiadają się za zasadami zaproponowanymi w niniejszej książce, powstrzymają się od wymuszenia czegoś, co w jakikolwiek sposób mogłoby szkodzić innym.

Można mieć obiekcje co do tematu rozdziału. Można się spierać, że zakres reformy we wszystkich krajach postsocjalistycznych został już określony. Jest on wyznaczony przez warunki ekonomiczne i polityczne, które ostatecznie decydują, jaki rodzaj reformy może mieć miejsce. Jeśli reformatorzy rzeczywiście chcą walczyć o swoje idee, będą musieli pójść na ustępstwa. Będą musieli nawet manipulować opinią publiczną. Nie zawsze jasne i zrozumiałe przedstawienie zasad, jakie im przyświecają, tego, co zamierzają uczynić i jakie efekty mogą przynieść ich działania, przysłuży się celowi, jaki pragną zrealizować.

O losie reform decyduje oczywiście arena polityczna. Jednym z zadań badań akademickich, jakie uważamy za ważne, jest przeanalizowanie szans reformy sektora opiekuńczego w kategoriach ekonomii politycznej[28]. W pozostałej części książki kilkakrotnie odnosimy się do politycznych warunków reformy służby zdrowia. Jednakże mamy nadzieję, że podejście do tej kwestii od przeciwnej strony okaże się użyteczne i uzupełni te badania. Pytanie, jakie musimy zadać, nie dotyczy tylko sposobu, w jaki możemy i musimy uczynić kolejne kroki, zaczynając od naszej aktualnej, wyjściowej sytuacji. Konieczne jest również postawienie pytania, gdzie rzeczywiście chcemy dojść. Zwłaszcza w przypadku sektora opiekuńczego warto wziąć pod uwagę *pożądany stan końcowy*.

---

[28] O ekonomii politycznej reformy sektora opiekuńczego i/lub zmniejszaniu rządowych transferów na cele społeczne można przeczytać u Lindbecka i innych (1994) i Lindbecka (1996, 1997). Pozycja ta traktuje o doświadczeniach szwedzkich. Nelson (1992) analizuje problemy w niektórych krajach Ameryki Łacińskiej, Azji i Afryki. Hausner (2001) i Nelson (2001) zajmują się reformami państwa opiekuńczego w krajach postsocjalistycznych, z Polską i Węgrami jako głównymi przykładami.

Dziewięć omówionych tutaj reguł nie jest związanych z programem jakiejś określonej partii w postsocjalistycznej Europie Wschodniej. Nie mogą być wykorzystane „politycznie" w „zwykły" dla polityki sposób. Nie są one ani „lewicowe", ani „prawicowe" w swej naturze, lub, posługując się terminologią amerykańską, nie pasują do tradycyjnych idei „konserwatywnych" czy „liberalnych". Odcinają się od wczesnych pojęć socjalistycznej demokracji, która jako swoje najważniejsze zadanie widziała najpełniejszą budowę państwa opiekuńczego. Podejście to można potępiać z historycznego punktu widzenia za niebotyczne zacofanie i długi, jakie spowodowało. Książka ta odcina się również od radykałów o kamiennych sercach, od idei zmiecenia z powierzchni ziemi wszelkich osiągnięć państwa opiekuńczego, a także od ideologów, którzy jednostronnie i bezkrytycznie występują przeciwko państwu i korzą się przed rynkiem. Ten zestaw dziewięciu zasad reprezentuje specyficzną, „centrową" postawę i chociaż odcina się od tradycyjnych „lewych" i „prawych" skrzydeł, korzysta z ich wartościowych i interesujących idei i propozycji. Naszym celem jest jednak przypodobanie się obydwu stronom. Nasze sugestie mogą równie dobrze zostać odrzucone, nie zadowalając nikogo. Stworzyliśmy ten zestaw dziewięciu zasad w przekonaniu, że złożą się one na integralną całość.

2

rozdział

Charakterystyka służby zdrowia

Omówiwszy zasady, które obowiązują – lub powinny obowiązywać – w całym „sektorze opiekuńczym", pozostałą część niniejszej książki poświęcimy przede wszystkim służbie zdrowia. Każda gałąź sektora opiekuńczego ma specyficzne, właściwe sobie cechy charakterystyczne. Oznacza to więc, że nie można ich reformować według tych samych wytycznych. Uważa się powszechnie, że służba zdrowia tak znacznie różni się od innych usług opiekuńczych, że jej wyjątkowe cechy charakterystyczne wymagają wyjątkowej uwagi i ostrożności, gdy reformy są planowane, a następnie wdrażane. Rozdział ten poświęcony jest analizie tych specyficznych atrybutów.

Pogląd, jaki popieramy w niniejszym studium, jest pokrewny poglądom wielu autorów, aktywnych zarówno w świecie akademickim jak i w polityce. Być może nie jest za wcześnie nazwać tego trendem międzynarodowym, który musi jeszcze znaleźć właściwe sposoby wyrażenia swoich podstawowych treści. Nie szuka on trzeciej drogi między komunizmem i kapitalizmem. Obydwoma stopami stoi twardo na gruncie kapitalizmu. Jednak szuka, nie tylko poprzez pobożne życzenia, ale poprzez budowanie odpowiednich instytucji, pewności, że kapitalizm będzie miał coś więcej niż ludzką twarz – także ludzkie serce i umysł. Stara się budować pewniej i pełniej na fundamencie indywidualnej odpowiedzialności, rynku, konkurencji, prywatnej własności i motywie zysku, niż czyniła to demokracja socjalistyczna, odrzucając jednocześnie rozdętą

biurokrację i centralizację. Z drugiej strony, nie popiera ani nie promuje jakichkolwiek wschodnioeuropejskich wariantów ultrakonserwatyzmu. Stara się zastosować zasadę solidarności nie tylko poprzez indywidualne działanie charytatywne i jest skłonny zaaprobować państwową redystrybucję środków na ten cel, oczywiście w jakiś sposób ograniczoną. Nie żywi iluzji co do rynku i nie odrzuca całkowicie państwowej interwencji.

Bieg historii przez następne dziesięciolecia zdecyduje, jakie rezultaty przyniesie ten rodzący się trend intelektualny i polityczny dla transformacji sektora opiekuńczego.

2.1. Charakterystyka ogólna

Przyjrzymy się bliżej uniwersalnym cechom charakterystycznym służby zdrowia, które są takie same we wszystkich krajach i we wszystkich systemach społeczno-ekonomicznych[1]. W rozdziałach późniejszych omówimy te szczególne cechy służby zdrowia, które są właściwe dla historycznych warunków Europy Wschodniej.

Niewiele, jeśli nie żadna z przeanalizowanych tu cech, gdy analizuje się je w izolacji, jest właściwa tylko i wyłącznie służbie zdrowia. Kilka z nich możemy zidentyfikować również i w innych sektorach. Specyfika służby zdrowia ma swoje źródło w tym, że wszystkie te cechy występują w jej przypadku jednocześnie. Co więcej, niektóre z nich manifestują się z wyjątkową siłą i intensywnością.

2.1.1. Wartość przypisywana zdrowiu

Zdrowie jest tym stanem, do którego posiadania i utrzymania większość ludzi przywiązuje wielką wartość. Chociaż stwierdzenie takie może wydawać się cokolwiek oczywiste i trywialne, zasługuje jednak na to, by je umieścić na samym początku. Nie wszyscy stawiają zdrowie na pierwszym miejscu – niektórzy ludzie umieszczają przed nim inne swoje cele – ale preferencja „zdrowie przede wszystkim" jest dominująca.

[1] Kompilując niniejszą analizę korzystaliśmy z wielu źródeł, w tym Arrowa (1963), Besleya i Gouveia (1994), a także kilku rozdziałów z *Handbook of Health Economics* pod redakcją Culyvera i Newhouse'a. Wszystkie te źródła dostarczają bardziej szczegółowych informacji i bibliografii literatury przedmiotu. Cytujemy więc tu jedynie kilka źródeł o wyjątkowym znaczeniu.

Wartość przypisywana zdrowiu staje się większa wraz z pojawieniem się tego rodzaju osobistych kłopotów lub gdy bliska osoba zachoruje, gdy ból jest nie do zniesienia, gdy choroba uniemożliwia pracę lub gdy niesie ze sobą ryzyko śmierci.

Jakiekolwiek próby porównania przyjemności lub użyteczności oferowanych przez różne dobra i usługi narażone są na trudności. Szczególnie w przypadku zdrowia trudno jest zastosować tradycyjne i szeroko akceptowane ekonomiczne mierniki wartości: dobro lub usługa są warte tyle, ile skłonny jest za nie zapłacić konsument. Nawet jeśli istnieją uzasadnione powody, aby unikać rynkowego oszacowania wartości, nieobecność takiego bezpośredniego kryterium jest problematyczna. Ile pieniędzy zrekompensuje cierpienie fizyczne i psychiczne spowodowane chorobą? Ile warte jest przedłużanie życia o kilka lat? Jaka jest wartość poprawy jakości życia pacjenta wyrażona w pieniądzu? Chociaż sądom czy ubezpieczycielom może udać się ująć w liczby ekonomiczną wartość ludzkiego życia, nikt nie jest w stanie rzeczywiście określić, ile jest ono warte[2].

W większości społeczeństw wyjątkowa wartość przypisywana zdrowiu podnosi wagę i znaczenie opieki medycznej i ubezpieczenia zdrowotnego. Musimy jednak pamiętać, że na zdrowie wpływa wiele czynników poza zasięgiem oddziaływania służby zdrowia, np. odżywianie czy genetyczne dziedzictwo. Szczególnie silnymi czynnikami są elementy indywidualnego stylu życia, takie jak wykonywanie ćwiczeń fizycznych, palenie papierosów czy picie alkoholu w dużych ilościach. Wiele sektorów gospodarki wywiera wpływ na zdrowie, na przykład poprzez zanieczyszczenie środowiska naturalnego lub wypadki przemysłowe. Specjaliści pracujący w służbie zdrowia nie są więc jedynymi, których osąd może być kwestią życia i śmierci: pomyślmy, na przykład, o pracy pilota lub kierowcy. Wyjątkowość służby zdrowia polega na tym, że wpływ, jaki wywiera ona na zdrowie, cierpienie, życie i śmierć jest bezpośredni, stały i bardzo silny.

W świetle tych rozważań ci, którzy „wstydzą się" czy obawiają rynku, mogą słusznie ostrzegać, że jest to obszar, w którym mechanizm rynkowy może ponieść niepowodzenie. Zdrowie, jak twierdzą niektórzy, „nie ma wartości rynkowej", lub – posługując się frazeologią marksistowską – „nie jest towarem".

Jednakże trudności ze zmierzeniem wartości zdrowia nie zwalniają społeczeństwa od uczynienia wyboru. Zasoby są ograniczone, kompromi-

---

[2] Dyskusję nad wartością ryzyka dla życia i zdrowia można znaleźć u Viscusiego (1992).

sy nieuniknione. Centralny system dystrybucji zasobów i odpowiedzialni zań ludzie, bez względu na to, czy funkcjonują w warunkach dyktatury kontrolującej gospodarkę socjalistyczną, czy też parlamentarnej demokracji, w podobnym stopniu napotykają trudności nie do pokonania – dokładnie te same problemy w skali całego kraju – jakie napotyka jednostka. Jak wiele fabryk warto poświęcić, aby zbudować nowy szpital? Z jakiej ilości importowanej ropy należy zrezygnować, aby importować sprzęt medyczny?

W tej sytuacji (i w innych uwarunkowaniach, jak zobaczymy później) „niepowodzenie rynku" i „niepowodzenie rządu" mają wspólne źródło, bowiem zdrowie i ulżenie fizycznemu cierpieniu mają wyjątkowe znaczenie, nieporównywalne z niczym innym[3].

2.1.2. Zasada równego dostępu

Większość ludzi akceptuje jako moralną zasadę prawo każdego do podstawowej opieki zdrowotnej; społeczeństwo musi w jakiś sposób zapewnić możliwość wyegzekwowania tego prawa w praktyce. Nawet ci (jak autorzy), którzy zazwyczaj odrzucają koncepcje radykalnego egalitaryzmu, zdają sobie sprawę, że konieczne jest umożliwienie wszystkim zaspokojenia ich podstawowych potrzeb zdrowotnych (a także – na tej samej podstawie – podstawowych potrzeb edukacyjnych).

Jednakże zdefiniowanie „podstawowych potrzeb" rodzi pewne komplikacje i problemy etyczne, ekonomiczne i polityczne. Analiza tej kwestii pojawia się głównie w literaturze poświęconej dystrybucji dochodu i finansom publicznym. Wystarczy w tym miejscu zacytować klasyczne stwierdzenie Adama Smitha: „Jako niezbędne rozumiem nie tylko dobra koniecznie potrzebne do podtrzymania życia, ale również te wszystkie, których brak u godnych osób, nawet najniższej klasy, zwyczaj danego kraju uważa za nieprzyzwoity" (Smith [1776] 1937: 821). Adam Smith wywodzi swoją koncepcję z obowiązujących norm społecznych, nie tylko z czynników fizycznych czy biologicznych. Podstawowe potrzeby są za-

[3] Niektóre pozycje literatury poświęconej służbie zdrowia uważają za podstawową jej cechę charakterystyczną asymetryczną naturę informacji posiadanej przez lekarza i pacjenta. Chociaż asymetria ta jest rzeczywiście ważna (i omawiana w dalszej części), nie zdecydowaliśmy się umieścić jej na pierwszym miejscu. Nawet pacjenci, którzy sami są lekarzami, posiadający te same informacje co ci, którzy ich leczą, mają takie same doświadczenia jak inni pacjenci: nie istnieje nic, z czym mogliby porównać wartość ich zdrowia lub przeżycia.

spokajane przez te dobra i usługi, które zgodnie z normami społecznymi są nieodzowne dla przyzwoitej ludzkiej egzystencji[4].

Z powodu pierwszej omówionej cechy charakterystycznej – specjalnej wartości przypisywanej zdrowiu, unikaniu cierpienia i ocaleniu życia – większość ludzi jest przygotowana do zaakceptowania *specyficznych egalitarnych zasad* alokacji usług służby zdrowia[5]. Zasady te są głęboko zakorzenione w systemie norm społecznych nowoczesnego społeczeństwa. Nikt nie mógłby otwarcie i z pełną świadomością stwierdzić, że w sytuacji, gdy ktoś bogaty i biedny cierpi na tę samą śmiertelną chorobę, bogaty pacjent powinien być ocalony, a biednemu powinno się pozwolić umrzeć. Co więcej, wielu ludzi może uznać za etycznie niewłaściwe, a nawet niedopuszczalne zmuszanie ludzi upośledzonych przez zły stan zdrowia do płacenia za podstawowe ubezpieczenie zdrowotne sumy kilka razy większej niż ta, którą płacą inni.

Zasada równego dostępu powinna być traktowana jako obowiązująca w służbie zdrowia, na równi z zasadą drugą (etycznym postulatem solidarności), omówioną w rozdziale pierwszym. Zdrowi identyfikują się z chorymi i chcieliby swojemu współczuciu nadać realny, praktyczny kształt, poprzez odpowiedni mechanizm społeczno-ekonomiczny. Kwestię, w jaki sposób ten specyficzny egalitaryzm może być zastosowany w przypadku służby zdrowia w praktyce, omówimy bardziej szczegółowo w dalszej części naszych rozważań.

Teraz zajmiemy się tymi charakterystycznymi cechami służby zdrowia, które mają związek z niepewnością i informacją. Chociaż książka ta traktuje o reformach w Europie Wschodniej, których punktem wyjścia są wczesne lata dziewięćdziesiąte, charakteryzujące się centralizacją służby zdrowia i jej jednolitym finansowaniem z wpływów podatkowych budżetu centralnego lub obowiązkowych składek, łatwiej i prościej będzie można wyrazić nasze przesłanie, jeśli w tym momencie nie zignorujemy pewnej rzeczy. W poniższych akapitach uczyniliśmy założenie, że obywatele mogą kupić ubezpieczenie, które zaspokajałoby ich potrzeby na zdecent-

---

[4] Opierając się na *A Theory of Justice* Rawlsa (1971), Daniels (1985) stworzył teorię sprawiedliwej służby zdrowia, która jest kompatybilna z rozróżnieniem potrzeb i usług na podstawowe i uzupełniające, z definicją usług podstawowych jako definitywnie społecznie uwarunkowanych i wiążących się z normami społecznymi.

[5] Tobin (1970) określił mianem „specyficznie egalitarnej" sytuację, w której społeczeństwo przypisuje szczególną wagę ograniczeniu nierówności w dostępie do określonych dóbr czy usług. Wielu z tych, którzy zazwyczaj są przeciwni redystrybucji na rzecz biedniejszych, jest skłonnych szybciej ją zaakceptować, gdy promuje ona zdrowie wśród takich właśnie ludzi.

ralizowanym rynku ubezpieczeniowym. Jak wyniknie to z przedstawionych w niniejszej książce argumentów, omówione tu cechy charakterystyczne wywierają wpływ nawet wtedy, gdy początkowe status quo pozostaje nienaruszone, choć oczywiście istnieje w innej formie.

Niepewność i popyt na ubezpieczenie

Jedną z ważnych cech służby zdrowia jest nieprzewidywalność zapotrzebowania na opiekę medyczną. W przeciwieństwie do żywności, edukacji czy innych dóbr postrzeganych jako niezbędne do życia, popyt danej jednostki na usługi służby zdrowia jest niepewny. Oczywiście zapotrzebowanie na niektóre usługi, takie jak opieka prenatalna i związana z rodzeniem dzieci, jest możliwe do przewidzenia, jednak większości chorób i wypadków wymagających natychmiastowej i intensywnej opieki medycznej nie da się przewidzieć. Dystrybucja wydatków na służbę zdrowia jest znacznie zniekształcona. Badacze odkryli, że – zasadniczo – w wielkiej populacji w jakimkolwiek danym roku, jeśli ją podzielimy według wielkości wydatków na opiekę zdrowotną, najdroższy jeden procent pacjentów konsumuje w przybliżeniu 30 procent całkowitych wydatków na służbę zdrowia, a najdroższe 10 procent pacjentów – około 75 procent całkowitych wydatków. Jednostki stoją w obliczu wielkiej niepewności, czy znajdą się wśród intensywnych użytkowników opieki medycznej w danym roku[6].

Większość ludzi, zdając sobie sprawę z niepewności co do ich przyszłego stanu zdrowia, byłaby skłonna postarać się o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Ubezpieczenie zdrowotne jest mechanizmem transferu pieniędzy z momentu, gdy są mniej potrzebne do momentu, gdy są potrzebne bardziej. Ubezpieczenie jest bardziej praktyczne i skuteczniejsze niż „zbieranie na czarną godzinę" lub próby pożyczenia wystarczającej sumy pieniędzy koniecznej do pokrycia wydatków w przypadku zachorowania. Łącząc czyjeś indywidualne ryzyko z ryzykiem innych ludzi, którzy również wykupili ubezpieczenie u jakiegoś ubezpieczyciela, można zapewnić sobie pewną ochronę przed finansowym ryzykiem wiążącym się z chorobą czy złym stanem zdrowia, płacąc rozsądną sumę pieniędzy w określonych odstępach czasu.

---

[6] Co więcej, gdy pacjent zachoruje lub zostanie ranny, staje w obliczu wielkiej niepewności, czy i jaka forma terapii okaże się w jego przypadku najbardziej skuteczna. Patrz Arrow (1963).

Oczywiście służba zdrowia nie jest jedynym obszarem, w którym niepewność i ubezpieczenie spełniają ważną rolę. W sektorze zdrowotnym mamy jednak do czynienia z pewnymi szczególnymi i jednocześnie ważnymi cechami ubezpieczenia. Cechy te wraz z innymi właściwościami samego sektora powodują znaczące różnice w „instytucjonalnym" charakterze i organizacji ubezpieczenia (zdrowotnego).

Gdy przyjrzymy się, na przykład, zakupowi ubezpieczenia przeciwko nieprzewidywalnym katastrofom naturalnym, okaże się, że konsument może przeważnie kupić polisę, która całkowicie pokryje pełną wartość domu i jego zawartości, z wyjątkiem być może pewnych „bezcennych" pamiątek rodzinnych. Natomiast to, co zwykło się potocznie nazywać „ubezpieczeniem zdrowotnym", jest zasadniczo „zabezpieczeniem na wypadek korzystania z opieki medycznej": oferuje ubezpieczenie od ryzyka niemożności płacenia za usługi medyczne, które zmniejszą cierpienie lub przedłużą życie, ale zazwyczaj nie uda im się przywrócić pełnego zdrowia. Po prostu nie istnieje „idealna" polisa zdrowotna, która zapewni przywrócenie pełnego zdrowia i zapłaci dostawcom usług medycznych jedynie za korzyści, które otrzyma pacjent[7].

Niepewność i wynikający z niej popyt na ubezpieczenia są źródłem kolejnej centralnej, instytucjonalnej cechy rynków usług medycznych (Ellis i McGuire 1993): ubezpieczenie implikuje istnienie strony trzeciej pomiędzy konsumentem i dostawcą. W ten sposób w sektorze zdrowotnym istnieje triada: konsument, ubezpieczyciel/płatnik i dostawca. Obecność będącego trzecią stroną ubezpieczyciela oznacza, że cena ustalana na podstawie poziomu popytu – z którą ma do czynienia konsument kupujący dobro – może być ustalana w jakiś sposób niezależnie od ceny podaży – którą otrzymuje za sprzedawane dobro dostawca. (W rzeczywistości w większości przypadków istnieje także ważna czwarta strona, *sponsor*, taki jak rządowa agencja lub pracodawca, który pośredniczy w przepływie funduszy między konsumentami i ubezpieczycielami lub planami zdrowotnymi, a który może – lub nie – mieć udział w kosztach ubezpieczenia. Implikacje tego układu omówimy później bardziej szczegółowo.)

Ostatecznie bardzo ważne jest uświadomienie sobie, że ubezpieczenie różni się od innych dóbr i usług w tym sensie, że koszt dostarczenia ubezpieczenia zależy od tego, kto je kupuje (Cutler i Zeckhauser 2000).

---

[7] W tym znaczeniu „doskonały rynek" ubezpieczeń zdrowotnych jest nieosiągalny, a wiele innych instytucji może ewoluować lub konieczne będzie ich stworzenie, aby brak ten zaspokoić (Arrow 1963).

Rozważmy zdecentralizowany rynek ubezpieczeniowy, na którym ubezpieczyciele mogą bez skrępowania decydować o poziomie składki ubezpieczeniowej, jakiej sobie zażyczą. Jeśli konsumenci wysokich kosztów (na przykład ci, którzy cierpią na choroby przewlekłe lub grupy ludzi starszych, którzy zapadają na różne choroby częściej i mają one w ich przypadku cięższy przebieg) kupują polisę ubezpieczeniową, dostarczenie jej będzie drogie. Przeciwnie, jeśli ci konsumenci, którzy z polisy korzystają nieregularnie (na przykład zdrowi młodzi ludzie) przystąpią do danego planu ubezpieczeniowego, jego koszty będą relatywnie niewielkie.

Ponieważ koszt dostarczenia ubezpieczenia zależy od charakterystyki poszczególnych nabywców, konieczne jest wzięcie pod uwagę kwestii, jaki zakres informacji o tych charakterystykach jest dostępny nabywcy i dostawcy. Prowadzi nas to do kwestii asymetrii informacji.

Asymetryczna informacja

Jest to jedno z najbardziej wyczerpująco przeanalizowanych zjawisk nowoczesnej ekonomii. Asymetria informacji pojawia się na każdym rynku, w sytuacji gdy jedna strona transakcji, na przykład sprzedawca, wie więcej o transakcji niż strona druga (np. kupujący). Asymetrie takie są szeroko rozpowszechnione i ważne także w służbie zdrowia.

Na rynku ubezpieczeń zdrowotnych, na przykład, to właśnie strona popytowa często dysponuje lepszymi informacjami o transakcji (konsument chcący kupić ubezpieczenie) – o swoim obecnym i przyszłym stanie zdrowia i skłonności do korzystania z opieki medycznej – niż ubezpieczyciel dostarczający ubezpieczenie. Rozważmy mechanizm ekonomiczny ubezpieczenia komercyjnego. Im większe ryzyko i/lub rozmiar prawdopodobnych strat, a także im pełniejsze pokrycie dla ubezpieczonego, tym większa jest cena, jakiej żąda ubezpieczyciel. Jeśli ubezpieczyciel i ubezpieczony dysponują dokładnie taką samą informacją o ryzyku strat, cena może być ustalona tak, aby ubezpieczony zapłacił aktualnie ustaloną, „sprawiedliwą" sumę pieniędzy (np. oczekiwany koszt straty) – ani grosza więcej, ani mniej. Gdy jednak informacja charakteryzuje się asymetrią, cena może być niewystarczająca do pokrycia rzeczywistego kosztu strat, zależnie od tego, kto przystępuje do ubezpieczenia. Asymetria informacji dotyczących indywidualnego zapotrzebowania na opiekę medyczną może powodować wielkie problemy w przypadku każdego mechanizmu ubezpieczenia zdrowotnego (zostanie to omówione szczegółowo przy okazji niekorzystnej selekcji).

Asymetria informacji odgrywa ważną rolę również w procesie alokacji opieki medycznej. Strona podażowa (lekarz, instytucja dostarczająca opieki zdrowotnej) wie zasadniczo więcej o przedmiocie transakcji – odpowiedniej kuracji choroby, jej pełnych kosztach i korzyściach, w tym także ryzyku i efektach ubocznych – niż strona popytowa (pacjent i instytucja ubezpieczeniowa płacąca w jego lub jej imieniu). Asymetria informacji tego rodzaju silnie kształtuje zachowanie obu stron. Dostawca opieki medycznej, na przykład lekarz, może – opierając się na swojej wiedzy – nakłaniać do nadmiernych wydatków lub, z drugiej strony, odmówić poniesienia niektórych kosztów, zgodnie ze stosowanym systemem bodźców. Pacjent nie dysponuje profesjonalnymi umiejętnościami i doświadczeniem, które pozwoliłyby mu zakwestionować wskazówki dostawcy.

Zasada pierwsza, pierwszy etyczny postulat wymieniony w rozdziale pierwszym, suwerenność jednostki, wymaga, aby taka asymetria informacji była redukowana tak dalece, jak to tylko możliwe. Jest to zależne od ustalonych przez system prawny danego kraju praw przysługujących pacjentowi, od przyjętych konwencji i kodeksu postępowania w społeczności medycznej, a także od mechanizmu ekonomicznego. W przypadku większości pacjentów, im większa swoboda wyboru i im bardziej uderzają w nich finansowe koszty kuracji, tym silniejszą wykazują oni skłonność do domagania się informacji od tych, którzy ich leczą.

Selekcja

Powyższe cechy charakterystyczne prowadzą nas do problemu selekcji. Opisujemy tu (jak również przy ryzyku moralnym poniżej) zjawisko i podkreślamy związki z zasadami zawartymi w rozdziale pierwszym, powstrzymując się od omówienia dowodów empirycznych, praktycznych doświadczeń i potencjalnych środków zaradczych, które przedstawimy w części poświęconej bodźcom. Wszystkie ekonomiczne mechanizmy koordynacji dokonują wyboru między potencjalnymi konsumentami. Mechanizmy typowe dla centralnie sterowanej, planowej gospodarki – administracyjna reglamentacja, system kartkowy, kolejki – zapewniają niektórym ludziom dostęp do pożądanych dóbr, podczas gdy inni są go pozbawieni w myśl różnorakich kryteriów (na przykład miejsca zajmowanego w hierarchii politycznej, koneksji z władzą lub biurokracją służby zdrowia, wręczania łapówek tym, którzy decydują o przyjęciu do szpitala itp.). Koordynacja rynkowa precyzyjnie dokonuje selekcji według kryte-

riów odmiennych niż wymienione powyżej, pozbawiając dostępu przede wszystkim tych, którzy nie mogą lub nie chcą zapłacić ceny rynkowej.

W ekonomii zdrowia zbiorczy termin „selekcja" jest wykorzystywany do określenia problemu, pojawiającego się w sytuacji, gdy ubezpieczyciele i dostawcy dostarczają ubezpieczenie zdrowotne i opiekę medyczną grupie ludzi, których prawdopodobieństwa zachorowania są różne (heterogeniczność ryzyka). Ludzie ci mają możliwość wyboru zarówno dostawcy opieki, sposobu jej dostarczania jak i ubezpieczenia zdrowotnego (zwłaszcza w ramach wolnej konkurencji) (Newhouse 1996). Żaden dostawca ubezpieczenia, żaden szpital, klinika czy też inny dostawca usług medycznych problemu tego nie uniknie. Omówimy pokrótce dwa ważne aspekty selekcji: niekorzystną selekcję i selekcję ryzyka.

Niekorzystna selekcja[8]

Ludzie różnią się pod względem stanu zdrowia i zapotrzebowania na usługi medyczne. Ci, którzy są lub oczekują, że będą w gorszym stanie zdrowia, oczywiście będą potrzebować „więcej" opieki pielęgniarki, większej liczby kuracji, większych dawek lekarstw i „większej opieki" w ogóle. Chociaż związek między „ostrością" i długością trwania choroby z jednej strony, a kosztem kuracji z drugiej jest złożony, jest on oczywiście „przeciętnie" dodatni. Ci, którzy oczekują większej opieki medycznej, będą w ten sposób zmuszeni czy skłonni do kupienia „hojniejszej" polisy ubezpieczeniowej, która pokryje ich wydatki. Przeciwnie ci, którzy są młodzi i zdrowi, mogą żałować pieniędzy na kupno nawet skromnej polisy ubezpieczeniowej.

Ten rodzaj indywidualnego wyboru różnych planów ubezpieczeniowych jest określany mianem *niekorzystnego* z powodu następującego problemu. Jeśli ubezpieczyciele nie są wtajemniczeni w te same informacje o potrzebach opieki zdrowotnej co ich potencjalni klienci (np. zachodzi omówiona wcześniej asymetria informacji), muszą ustalić cenę ubezpieczenia – składkę ubezpieczeniową – na jakimś przeciętnym poziomie. Może od nich tego wymagać regulacja prawna, zaprojektowana tak, aby chronić solidarność społeczną. Jeśli ubezpieczyciel przyciąga wielką grupę chęt-

[8] Niekorzystna selekcja (ang. *adverse selection, reverse selection* lub *counterselection*) zachodzi w wielu rodzajach transakcji. Jednym z pionierskich studiów na ten temat była praca Akerlofa (1970), poświęcona rynkowi używanych samochodów; inny ważny artykuł zajmował się rynkiem ubezpieczeniowym i była to praca Rotschilda i Stiglitza (1976) itp. Dyskusja nasza jest ograniczona do sfery ubezpieczenia zdrowotnego – bardzo wyjątkowego przypadku w obrębie zjawiska „niekorzystnej selekcji" jako całości.

nych, którzy kosztują więcej niż zakłada przyjęta średnia, wówczas traci pieniądze i prawdopodobnie będzie zmuszony podwyższyć składkę ubezpieczeniową. Wyższa składka zniechęci zdrowszych konsumentów do wyboru tego planu, pozostawiając ubezpieczyciela z niekorzystną selekcją „odpowiednich" konsumentów do ubezpieczenia. Jeśli ubezpieczyciel napotyka sztywne ograniczenie budżetowe, to znaczy nie może liczyć na subsydia, które pokryłyby jego straty finansowe, wtedy zbankrutuje, pozostawiając swoich klientów bez zabezpieczenia[9]. Niekorzystna selekcja może spowodować zniknięcie hojnych planów zdrowotnych, ponieważ padną one ofiarą „spirali śmierci" składki ubezpieczeniowej: „chorzy ponad przeciętną" będą się zapisywać, koszty wzrosną, wzrośnie wysokość składki, aż nawet względnie bogaci, ale bardzo słabego zdrowia, nie będą w stanie płacić wysokich składek, których plan potrzebuje do osiągnięcia progu rentowności.

Niekorzystna selekcja nie pozwala niektórym konsumentom kupić ubezpieczenia, którego pożądają, a innych zmusza do płacenia bardzo wysokich składek ubezpieczeniowych. Jeśli w ten sposób szerokie grupy ludności nie mają dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, to jest to naruszenie etycznych zasad zarówno suwerenności jednostki, jak i solidarności społecznej.

Problem niekorzystnej selekcji nie wynika wyłącznie z tego powodu, że komercyjni ubezpieczyciele są „chciwi i chcą realizować zyski". Każda organizacja oferująca pokrycie ubezpieczenia zdrowotnego, w tym także ubezpieczyciele niedochodowi i rząd, staje przed tym samym problemem: ci, którzy najbardziej chcą się przyłączyć do planu ubezpieczeniowego, kosztują najwięcej.

2.1.4. Selekcja ryzyka

(Znana również pod nazwą „zbierania śmietanki", „zrywania owoców" lub „manipulacji planem".) Skłonność pacjentów „wysokich kosztów" do

---

[9] Organizacja podejmująca decyzję o wydatkach (na przykład przedsiębiorstwo lub szpital) ma do czynienia z miękkim ograniczeniem budżetowym, jeśli jej przychody pozostają stale poniżej poziomu jej wydatków, ale wciąż może funkcjonować, ponieważ jakaś instytucja (jak na przykład państwo) jest gotowa ją poratować. Organizacja ma do czynienia ze sztywnym ograniczeniem budżetowym, jeśli nie może przetrwać chronicznego deficytu. Szczegółowe wyjaśnienie koncepcji miękkiego i sztywnego ograniczenia budżetowego i przegląd teorii stojącej za tym problemem znaleźć można u Kornaia (1980, 1986, 1998a) i Maskina (1996).

preferowania hojnych planów jest dla ubezpieczycieli bodźcem do kształtowania struktury ich polis ubezpieczeniowych w sposób zniechęcający chorych do zapisywania się i zachęcający do przystępowania do programu ubezpieczeniowego ludzi zdrowych. Ubezpieczyciele osiągają korzyści finansowe, gdy potrafią skutecznie walczyć z niekorzystną selekcją, w miejsce której są w stanie „zbierać śmietankę" względnie zdrowych, obarczonych niskim ryzykiem klientów. Na wolnym rynku programy ubezpieczeń zdrowotnych mogą dokonywać selekcji ryzyka na wiele różnych sposobów: wykluczyć możliwość pokrycia kosztów usług szczególnie pożądanych i cenionych przez osoby obarczone wysokim ryzykiem (jak krótki czas oczekiwania na wizytę u onkologa); oferować usługi przyciągające niskie ryzyko (jak członkostwo w klubach fitness); lokować przychodnie, gabinety lub kliniki w „zdrowszych" miejscach; kierować reklamę do zdrowszych odbiorców; zaprojektować dodatkowe, uzupełniające korzyści w ubezpieczeniu, które skłonią do zapisywania się klientów „niskich kosztów" itp.

„Zbieranie śmietanki" może charakteryzować nie tylko postępowanie ubezpieczycieli, ale również lekarzy, szpitali i innych dostawców usług zdrowotnych. Jeśli bodźce, które wpływają na ich decyzje, skłaniają ich do postępowania w ten sposób (na przykład jeśli szpital musi utrzymywać wydatki na poziomie ustalonym w budżecie, którego ograniczenie jest sztywne), mogą być żywotnie zainteresowani w unikaniu kosztownych przypadków. Zawsze przecież mogą stwierdzić, że jakiś inny dostawca lepiej zrozumie i poradzi sobie ze szczególnym problemem pacjenta. „Zbieranie śmietanki" i inne problemy związane z selekcją są omawiane w tej części naszych rozważań jak i później w kontekście analizy zdecentralizowanego systemu ubezpieczeniowego. Podobne nadużycia mogą mieć miejsce również i w innych mechanizmach (na przykład w kontrolowanym przez państwo, scentralizowanym systemie finansowanym z wpływów podatkowych).

W warunkach wolnego rynku ubezpieczeń zdrowotnych wielu nabywców (zwłaszcza jednostki „obarczone wysokim ryzykiem", a więc najbardziej potrzebujące zabezpieczenia pokrycia kosztów leczenia) może napotkać jego zaporowe ceny, które sprawia, że może ono być dla nich wręcz nieosiągalne. Wszyscy konsumenci, nawet „niskiego ryzyka", będą pozbawieni możliwości zabezpieczenia się przed staniem się w przyszłości osobami „wysokiego ryzyka" i koniecznością płacenia wysokich składek. Wielu ludzi pozostanie bez ubezpieczenia, jeśli zdecentralizowany rynek ubezpieczeniowy pozostawi się samemu sobie, wolnym od interwencji.

Obydwa zjawiska – niekorzystna selekcja i selekcja ryzyka (zbieranie śmietanki) pozostają w ostrym konflikcie z zasadą drugą – zasadą solidarności. Selekcja dodatkowo narusza zasadę pierwszą – zasadę suwerenności konsumenta – gdyż odsuwa niektórych konsumentów od efektywnego, rzeczywistego wyboru zabezpieczenia kosztów opieki zdrowotnej. Nie spełnia też wymogu stawianego przez zasadę czwartą, mówiącą o bodźcach wydajności. Tak więc każda reforma, zaprojektowana tak, aby przestrzegane były zasady zawarte w rozdziale drugim, nie może dopuścić do rozwoju mechanizmu, który będzie wykazywał „wrodzoną" skłonność do generowania niekorzystnej selekcji i selekcji ryzyka. Nieunikniona konkluzja, jaka się w tym miejscu nasuwa, jest następująca: ubezpieczenie zdrowotne nie może być wyłącznie kwestią dobrowolnych umów z ubezpieczycielami komercyjnymi. Określona część ubezpieczenia czy też ubezpieczenie do określonej sumy musi być obowiązkowe, ograniczając w ten sposób co prawda zasadę indywidualnej suwerenności w przynajmniej jednym wymiarze, jednak celem tego ograniczenia jest zaspokojenie wymogu solidarności społecznej i wyboru indywidualnego w innym. W świetle omówionych dotąd cech charakterystycznych jest oczywiste, że jakiekolwiek społeczeństwo, które każdemu gwarantuje dostęp do podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, musi subsydiować składki tych, którzy nie są w stanie ponosić ich kosztów i przymusić do płacenia tych, którzy płacić nie chcą. Prócz tego istnieje potrzeba podjęcia wielu innych środków zaradczych, aby uniknąć lub przynajmniej znacznie ograniczyć wśród wszystkich uczestników sektora zdrowotnego szkodliwe rezultaty oddziaływania niekorzystnej selekcji i selekcji ryzyka.

Ryzyko moralne

Jest ono jedną ze znanych konsekwencji wszystkich rodzajów ubezpieczenia. To niezbyt trafne określenie opisuje sytuację charakteryzującą się tym, że im większe zabezpieczenie zapewnia ubezpieczyciel, tym słabsze stają się bodźce oddziałujące na ubezpieczonego, skłaniające go do unikania kłopotów lub, jeśli takowe się pojawią, minimalizowania strat. Jeśli, na przykład, ubezpieczenie rolnicze gwarantuje pełne pokrycie strat spowodowanych plagami owadów, nie ma sensu wydawać pieniędzy na insektycydy lub – jeśli owady zaatakują – robić cokolwiek, aby zapobiec ich dalszemu rozprzestrzenieniu się.

Zjawisko to można zaobserwować w służbie zdrowia, tak po stronie pacjentów, jak i lekarzy (dostawców), w formie bardziej nawet zaawan-

sowanej[10]. Rozważmy prosty przypadek, w którym ubezpieczyciel (nieistotne, prywatny czy państwowy) płaci pełny rachunek za opiekę medyczną. Z jednej strony istnieje słuszny powód do zapobiegania chorobom, ponieważ nawet pełne pokrycie finansowe nie zrekompensuje pacjentowi wiążącego się z chorobą cierpienia lub stresu psychicznego. Co więcej, nie mamy gwarancji pełnego wyzdrowienia, bez względu na to, jaka kuracja jest dostępna czy stosowana. Z drugiej strony problem ryzyka moralnego pojawia się, gdy kłopoty już się zaczęły. Nie istnieje nic, co by skłaniało pacjentów do oszczędnego wykorzystywania zasobów medycznych.

Ogólnie niedoinformowani i bezradni pacjenci starają się niemal ślepo bronić swoich interesów. Większość z nich zakłada, że droższa kuracja będzie jednocześnie lepsza. Słyszeli, że droższa kuracja wymaga kosztowniejszych procedur diagnostycznych, lepiej opłacanych, bardziej doświadczonych lekarzy, najnowszych i zaawansowanych procedur i droższych – tym samym prawdopodobnie nowocześniejszych i bardziej skutecznych – leków. W ten sposób pacjenci jako grupa naciskają na dostawców i ubezpieczycieli, skłaniając ich do ponoszenia większych wydatków.

Dostawcy bardzo często są sojusznikami pacjentów. Ich zawodowa świadomość zmusza ich do leczenia pacjentów tak szybko i skutecznie, jak to tylko możliwe. W zależności od tego, jak i ile płaci się lekarzom za ich usługi, nie postrzegają oni ograniczenia kosztów leczenia jako zbieżnego z ich interesem. Asymetria informacji pojawia się w odniesieniu do „koalicji" lekarza i pacjenta przeciwko ubezpieczycielowi. Ten ostatni nie ucieka się do zbadania szczegółów kuracji i oceny stosowności czy zasadności opieki w każdym indywidualnym przypadku. Zamiast tego ubezpieczyciel jest zazwyczaj zobligowany do finansowania popytu kreowanego przez pacjenta i dostawcę (na przykład do zapłacenia pełnego rachunku za kurację), bez względu na to, czy wydatki były skromne czy ekstrawaganckie.

Gdy pacjenci, jako grupa, nadużywają usług medycznych, ponieważ postrzegają je jako prawie „darmowe", koszty dostawy ubezpieczenia wzrosną. Pacjenci, którzy uświadomią sobie związek między ich własnymi, indywidualnymi wydatkami i ogólnym wzrostem składek na ubezpieczenie zdrowotne, będą jednak wyjątkową rzadkością, nawet jeśli kupują indywidualne polisy w zdecentralizowanym systemie ubezpieczeniowym. Związek *a fortiori* między wydatkami na określonego pacjenta

[10] Kwestię tę porusza przede wszystkim klasyczna, pionierska praca Arrowa (1963), a także pisma Feldsteina (1973) i Pauly'ego (1986, 1992).

i obowiązkową składką na ubezpieczenie społeczne lub podatkiem zdrowotnym stanie się jeszcze słabszy, gdy koszty będą pokrywane przez wielki fundusz ubezpieczeniowy, obejmujący miliony pacjentów.

Problemy związane z ryzykiem moralnym uświadamiają nam, że zasada czwarta – konieczność zapewnienia uczestnikom procesu bodźców, które miałyby stymulować wydajność – często nie może być w służbie zdrowia w wystarczającym stopniu zrealizowana, szczególnie w gospodarkach w okresie transformacji, w fazie przed reformą. Pozbycie się ryzyka moralnego będzie wymagało zazwyczaj przerzucenia na pacjenta i/lub dostawcę niektórych kosztów opieki w czasie jej prowadzenia. Od pacjentów można na przykład wymagać płacenia sztywnej sumy pieniędzy lub *potrąceń*, zanim ubezpieczyciel refunduje koszty czy wydatki. Pacjenci mogą być również zmuszeni do płacenia stałej sumy pieniędzy za każde dobro lub usługę (dopłaty) lub jakiegoś procentu całkowitych kosztów opieki medycznej, co znane jest pod nazwą „współubezpieczenia" (ang. *co-insurance*).

Przerzucenie potrąceń i współubezpieczenia na pacjentów ograniczy w pewien sposób nieefektywne, nadmierne wykorzystanie opieki medycznej. Takie zmniejszenie ryzyka moralnego ma jednak swoją cenę – przerzuca ryzyko finansowe na konsumentów i może ograniczyć ich dostęp do opieki medycznej. W rezultacie ubezpieczenie zdrowotne zawiera w sobie konflikt między zasadami drugą i czwartą: dywersyfikacją ryzyka i zapewnieniem wszystkim dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej z jednej strony, a dostarczeniem odpowiednich bodźców do wydajnego korzystania z opieki medycznej z drugiej. Problem ten omówimy bardziej szczegółowo w dalszej części tego rozdziału.

2.1.5. Siła strony podażowej i monopol

Systemy organizacyjne, które tworzą monopol lub prowadzą do sytuacji bliskiej monopolistycznej, nie są po stronie podażowej w służbie zdrowia niczym niezwykłym. Jest to naturalny rezultat skali produkcji, jaki mogą pociągać za sobą usługi wiążące się z zaawansowaną technologią. W małej społeczności, na przykład, nie byłoby zbyt praktyczne posiadanie więcej niż jednego szpitala. Na słabo zaludnionych obszarach rolniczych liczba konsumentów nie mogłaby wystarczyć do utrzymania wielu różnych, konkurujących ze sobą planów ubezpieczeń zdrowotnych.

Siła strony podażowej w służbie zdrowia jest także często wynikiem działania mniej pożądanych sił. Dostawcy korzystają w kategoriach

finansowej, prestiżu i autonomii, gdy dysponują siłą rynkową. W wielu krajach lekarze próbują połączyć się w organizacje, które przypominają gildie, wykluczające konkurencję rynkową[11]. W zdecentralizowanym systemie ubezpieczeniowym prywatne firmy oferujące ubezpieczenie zdrowotne mogą próbować zorganizowania się w kartel. Bez regulacji służba zdrowia może stać się istną wylęgarnią takich prób i wysiłków, których celem jest sztuczne ograniczenie konkurencji. Wszystkie te tendencje są sprzeczne z duchem zasady trzeciej: wymogiem rozwoju konkurencji w służbie zdrowia.

Dylematy, jakie na swojej drodze spotyka reforma w krajach Europy Wschodniej, są szczególnie trudne. Państwowa lub quasi-państwowa instytucja ubezpieczenia społecznego, która finansuje służbę zdrowia w systemie socjalistycznym, musi *de facto* być monopolem: nie musi konkurować bezpośrednio z innymi ubezpieczycielami. Taką właśnie sytuację postsocjalistyczna transformacja otrzymuje w spadku jako stan początkowy. Czy warto zachować monopol, czy lepiej go rozbić? Powrócimy do tego pytania później i omówimy je bardziej szczegółowo.

2.1.6. Bezbronność pacjenta

Jeśli istnieje doskonała konkurencja, nabywca i sprzedawca mają taką samą rangę i żaden z nich nie jest nadrzędny wobec drugiego. W służbie zdrowia, jak naświetlają to omówione dotąd cechy charakterystyczne, nie ma najmniejszego śladu doskonałej konkurencji czy równości pacjenta i dostawcy. Lekarze mają władzę nad swoimi pacjentami, bez względu na system społeczny czy ekonomiczne bodźce wywierające wpływ na ich pracę[12]. Siła strony podażowej jest częściowo rezultatem omówionej już asymetrii informacji, ale nie tylko. Nawet jeśli pacjenci są wystarczająco poinformowani, to ci, którzy ich leczą, mają większy zakres i uprawnienia do podejmowania decyzji niż ich pacjenci, osoby najbardziej zainteresowane. Nawet gdyby lekarze tego chcieli, nie mogą zaangażować pacjentów w każdą decyzję. Pomyślmy o przypadku skrajnym: bezbronności pacjenta podczas operacji chirurgicznej, lub będącego z jakiegoś powodu

[11] Organizacje przybierające formę gildii mogą wywierać również pozytywny wpływ. Członkowie stowarzyszenia lub izby nabywają poczucia odpowiedzialności za całą profesję i mogą wywierać presję na kolegów, jeśli pracują oni niedbale. Na wiele sposobów ludzie tej samej profesji mają lepszą możliwość monitorowania działań innych niż administracyjni nadzorcy czy pacjenci.

[12] Doskonale opisuje to Losonczi (1986).

nieprzytomnym. Nie jest to ani pewne, ani oczywiste, że wszyscy lekarze we wszystkich sytuacjach chcieliby podzielić się informacjami ze swoimi pacjentami i zaangażować ich w proces podejmowania decyzji, ponieważ oznaczałoby to ograniczenie własnej władzy lekarza. Tym samym nawet w najlepszych możliwych warunkach pacjenci znajdują się w sytuacji, która do pewnego stopnia narusza zasadę pierwszą – suwerenność jednostki.

Mimo konieczności delegowania jakiejś części uprawnień związanych z podejmowaniem decyzji do dostawców usług medycznych, jest istotne, jak często lub jak bardzo naruszana jest suwerenność jednostki. Jedną z ważnych cech charakterystycznych różnych systemów służby zdrowia jest zakres, do jakiego suwerenność indywidualnego wyboru jest ograniczona. Klasyczny socjalistyczny mechanizm służby zdrowia sprzed okresu reform krępował istotnie możliwość wyboru, powodując, że bezbronność pacjenta była ogromna. W systemie takim jednostki stawały się bezradnymi, biernymi beneficjentami – lub ofiarami – opieki z ducha paternalistycznej, w której tryby je wepchnięto. Administracyjnie dyktowano ludziom, kto ma być ich lekarzem pierwszego kontaktu. Od lekarza tego zależało, czy zostaną posłani do specjalisty, jakie badania zostaną przeprowadzone, do którego szpitala mają być wysłani i tak dalej.

Ta całkowita bezbronność może być ograniczona, ale nie całkowicie wyeliminowana, jeśli reformatorzy zdecydują się przyznać jednostkom większy zakres swobody do podejmowania samodzielnych decyzji. Stopień bezbronności w zreformowanej służbie zdrowia zależy od praw rządzących relacją lekarz – pacjent, od pisanego i niepisanego kodu postępowania zawodowego w środowisku lekarskim, a także od specyficznych atrybutów mechanizmu ekonomicznego (w tym zapewnienia realizacji zasady trzeciej – kreowania konkurencji) i finansowych bodźców oddziałujących na lekarza i innych dostawców opieki medycznej.

2.1.7. Piętrzenie się kosztów

Koszty opieki zdrowotnej w większości krajów stale rosną. Złożyły się na to dwa elementy: z jednej strony – wzrost wydatków na opiekę zdrowotną mierzony w wielkościach realnych, z drugiej – względny wzrost kosztów w porównaniu z ogólnym wzrostem cen. Połączony efekt tych dwóch komponentów w krajach OECD prezentujemy w tabeli 2.1.

Eksperci nie są zgodni co do sposobu wyjaśnienia wzrostu kosztów. Oddziałują tu różnorodne czynniki:

Tabela 2.1. *Ceny i wielkość wzrostu wydatków na cele zdrowotne w krajach OECD w latach 1980-1990 (przeciętna roczna stopa wzrostu, w procentach)*

Kraj	Udział całkowitych wydatków na cele zdrowotne w TDE[a] 1980	Nominalny wzrost wydatków na cele zdrowotne	Wskaźnik deflacji cen opieki zdrowotnej	Wskaźnik deflacji cen TDE[a]	Wzrost cen związanych z opieką zdrowotną[b]	Wzrost wielkości korzyści związanych z opieką zdrowotną	Przyrost liczby ludności	Wzrost korzyści związanych ze służbą zdrowia *per capita*	Udział całkowitych wydatków na cele zdrowotne w TDE[a] 1990
Australia	7,1	11,8	7,6	7,3	0,3	3,9	1,5	2,3	8,3
Austria	7,7	6,6	5,1	3,7	1,4	1,5	0,2	1,2	8,4
Belgia	6,5	7,9	4,9	4,2	0,6	2,9	0,1	2,7	7,9
Dania	6,7	7,2	6,1	5,9	0,2	1,0	0,0	1,0	6,7
Finlandia	6,4	12,7	8,8	7,1	1,7	3,5	0,4	3,1	7,8
Francja	7,5	10,4	5,2	6,2	–0,9	5,0	0,5	4,5	8,8
Grecja	4,0	22,6	16,9	18,3	–1,2	4,9	0,5	4,4	4,9
Hiszpania	5,4	14,4	9,3	8,9	0,4	4,6	0,4	4,2	6,4
Holandia	8,0	4,4	2,5	2,0	0,5	1,8	0,5	1,3	8,4
Irlandia	8,1	7,7	9,1	6,8	2,2	–1,3	0,3	–1,6	7,6
Islandia	6,5	40,1	32,9	32,3	–0,2	5,4	1,2	4,2	8,5
Japonia	6,5	6,0	2,4	1,5	0,9	3,6	0,6	3,0	6,7
Kanada	7,5	10,7	6,9	5,1	1,8	3,5	1,0	2,5	9,5
Luksemburg	6,8	8,7	5,4	5,0	0,4	3,2	0,4	2,8	7,0
Niemcy	8,4	5,0	3,4	2,6	0,7	1,5	0,3	1,2	8,8
Norwegia	7,1	10,0	7,1	7,2	–0,1	2,8	0,4	2,4	8,0
Nowa Zelandia	7,2	12,3	11,5	9,8	1,6	0,6	0,7	–0,1	7,3
Portugalia	5,1	22,6	17,5	17,1	0,4	4,3	0,0	4,3	6,1
Stany Zjednoczone	9,2	10,4	6,9	4,1	2,7	3,3	1,0	2,3	12,2
Szwajcaria	7,0	7,1	4,4	3,5	0,9	2,6	0,6	1,9	7,9
Szwecja	9,2	8,9	7,1	7,6	–0,6	1,7	0,3	1,4	8,6
Turcja	3,7	51,7	47,9	45,0	2,0	2,6	2,4	0,2	3,8
Wielka Brytania	5,9	9,8	7,6	6,1	1,3	2,1	0,2	1,9	6,0
Włochy	6,6	14,8	10,7	10,0	0,6	3,8	0,2	3,5	8,1
Europa	6,8	12,3	9,1	8,6	0,5	2,8	0,4	2,5	7,5
OECD razem	70	11,8	8,7	8,0	0,7	2,9	0,5	2,4	7,8

← Uwagi:
[a] TDE = Total Domestic Expenditure (Całkowite Wydatki Krajowe)
[b] „Wzrost cen związanych z opieką zdrowotną" jest definiowany jako wzrost ceny opieki medycznej ponad wzrost ceny wszystkich dóbr i usług. Kilka wskaźników w roku 1990 i niektóre z lat 1980–1990 są założeniami prawdopodobnych wyników. Właściwe serie statystyczne są zgodne dla całej dekady, ale nie można wykluczyć nie zaobserwowanych odchyleń. Średnie europejskie i OECD są arytmetyczne, zarówno jedna, jak i druga wyklucza Turcję.
Źródło: OECD (1993: 23).

- Ważną tendencją, która rzuca się w oczy w służbie zdrowia, ale pojawia się także w innych obszarach, jest to, że rozwój technologiczny jest coraz bardziej kosztochłonny. Fundamentalnym powodem wzrostu kosztów jest rosnący potencjał i możliwości medycyny (Newhouse 1992). Zmiana technologiczna – w formie nowych leków, procedur i sprzętu – zrewolucjonizowała terapię wielu chorób, podnosząc zarówno użyteczność, jak i koszt danego jej poziomu[13].
- Chociaż powodujące wzrost kosztów efekty wzrostu dochodów i postępu technologicznego można zaobserwować również i w innych sektorach, istnieją trzy inne czynniki, które ściślej odnoszą się do służby zdrowia. Wielkiemu postępowi technologii mającemu miejsce w służbie zdrowia nie towarzyszą zazwyczaj oszczędności w kosztach pracy. Istnieje tendencja do podnoszenia wydajności procedur medycznych, jednocześnie angażujących tę samą lub nawet większą ilość pracy. Profilaktyka i leczenie prowadzące do znaczącego polepszenia stanu pacjenta lub całkowitego jego wyzdrowienia są coraz powszechniejsze i skuteczniejsze, nie towarzyszy im jednak zmniejszenie ilości pracy lekarza i personelu pomocniczego. Służba zdrowia w tym sensie nie jest osamotniona. Jednakże w większości „normalniejszych" sektorów rozwój technologiczny niesie za sobą również bezpośrednie oszczędności w kosztach pracy. Tak więc koszty produkcji służby zdrowia (i innych sektorów, które ją pod tym względem przypominają) będą rosły relatywnie szybciej w porównaniu z produktami innych, „normalnych" sektorów. Względny wzrost cen jest nieunikniony, nawet jeśli oddziaływają

[13] Ankieta przeprowadzona wśród 50 czołowych amerykańskich ekonomistów, specjalizujących się w dziedzinie służby zdrowia odkryła, że 81 procent zgadzało się ze stwierdzeniem: „głównym powodem wzrostu udziału służby zdrowia w produkcie narodowym brutto przez ostatnie 30 lat jest technologiczna zmiana w medycynie" (Fuchs 1998: 227). Kornai i McHale (1999) odkryli przekonujący statystyczny dowód działania efektu technologii, który dodał 1,4 punktu procentowego do stopy wzrostu wydatków na zdrowie w krajach OECD do roku 1980.

bodźce ekonomiczne, skądinąd przeciwne ekstrawaganckiej alokacji wydatków[14]. Innymi słowy, służba zdrowia, podobnie jak wiele innych sektorów usługowych, charakteryzuje się wysoką pracochłonnością i doświadcza mniejszych wzrostów produktywności niż wiele innych, kapitałochłonnych sektorów gospodarki.

- Wydatki służby zdrowia rosną wraz z wydłużaniem się średniej długości życia (częściowo dzięki postępowi technologii i efektywności pracy służby zdrowia). Przeciętne wydatki na służbę zdrowia w przypadku osób starszych, jak wiemy, są znacznie wyższe od przeciętnych wydatków na osobę młodą[15].
- Kolejnym, już omówionym czynnikiem, jest problem ryzyka moralnego. Im pełniejsze pokrycie kosztów leczenia zapewniane przez ubezpieczenie zdrowotne, tym więcej pacjentów i lekarzy uważa, że koszty mogą być przeniesione na innego ubezpieczonego i dlatego przestaje je kontrolować[16]. Część ogólnego wzrostu kosztów wynika z dywersyfikacji ubezpieczenia i dynamiki efektu ryzyka moralnego, polegającego na upieraniu się przy droższej kuracji w sytuacji, gdy ktoś inny ponosi koszty. W tym miejscu bardzo często następuje naruszenie zasady czwartej – wymogu kreowania bodźców wydajności.

Czynniki, które zdają się powodować wzrost kosztów opieki zdrowotnej w krajach rozwiniętych, wywierają podobne efekty również w Europie Wschodniej.

Zamyka to naszą listę cech charakterystycznych służby zdrowia. Kombinacja tych cech czyni ten sektor wyjątkowym. Warto powtórzyć ostrzeżenie pod adresem tych, którzy przygotowują reformę w gospodarkach w okresie transformacji, aby mechanicznie nie powtarzali wzorów stosowanych i funkcjonujących w bardziej „normalnych" sferach biznesu, które leżą bliżej teoretycznego modelu doskonałej konkurencji. Konieczne jest uważne rozważenie specyficznych cech charakterystycznych służby zdrowia.

---

[14] Patrz klasyczne, pionierskie studia Baumola (1963, 1988).

[15] Przeciętne wydatki na opiekę zdrowotną emeryta są na Węgrzech prawie dwa i pół raza wyższe niż na osobę aktywną zawodowo, a w Słowenii ponad dwa razy (patrz tabele 5.1 i 5.2). Kornai i McHale (1999) szacują, że w krajach uprzemysłowionych wzrost populacji ludzi w wieku pomiędzy 65. a 74. rokiem życia w wysokości jednego punktu procentowego powoduje wzrost krajowych wydatków na służbę zdrowia o 0,7 procent.

[16] Powodujące wzrost kosztów nadużycie z punktu widzenia ryzyka moralnego jest szczególnie szkodliwe, gdy ubezpieczyciel bez szemrania płaci każdy rachunek, jaki wystawi dostawca. Jest to bardzo powszechne w systemie płacenia typu „honorarium – za – usługę", opisanego szczegółowo w dalszej części rozważań.

Niemniej jednak, podkreśliwszy specyficzne atrybuty służby zdrowia, warto dodać, że pod wieloma względami zachowuje się ona jak inne sektory gospodarki. Błędem byłoby zignorować te cechy, a także dobrze znane, fundamentalne prawidłowości czy zjawiska ekonomiczne, obowiązujące również w tym sektorze. Pozwólmy sobie wspomnieć w tym miejscu jeden z tych związków, znaną dobrze, trzyelementową relację między ceną, popytem i podażą. Jeśli, na przykład – po stronie popytu – nabywcy płacą za coś ze swojej własnej kieszeni, wyższa cena zmniejszy popyt. Ta sama reguła obowiązuje w przypadku nabywców instytucjonalnych, dopóki jest sztywne ograniczenie budżetowe. Jeśli – po stronie podaży – dostawca jest zainteresowany wzrostem różnicy między przychodem i rozchodem, wyższa cena zwiększy podaż, przy innych czynnikach nie zmienionych. Odnosi się to do organizacji będących własnością prywatną, bezpośrednio zorientowanych na osiąganie zysków, do lekarzy i innych członków personelu medycznego, praktykujących prywatnie, a także do będących własnością publiczną szpitali i klinik działających w warunkach sztywnego ograniczenia budżetowego.

Reformatorzy muszą zwracać uwagę jednocześnie na te atrybuty, które służba zdrowia dzieli z innymi sektorami, jak i na te, które są specyficzne tylko dla niej samej.

2.2. Dostawa i finansowanie usług: klasyfikacja

W tej części poruszamy problematykę klasyfikacji alternatywnych form organizacji i finansowania służby zdrowia na abstrakcyjnej płaszczyźnie. Skupimy się na metodach organizacji, formach własności i finansowania, nie akcentując kwestii, jakie konfiguracje są charakterystyczne dla różnych formacji społeczno-ekonomicznych, krajów czy okresów historii. Później, opierając się na tej taksonomii, omówimy bodźce, doświadczenia krajów i wytyczne dla reformy służby zdrowia.

Cztery kluczowe osoby prawne

Podobnie jak w innych obszarach gospodarki, w służbie zdrowia można przeprowadzić zasadnicze rozróżnienie między stroną popytową i podażową. W służbie zdrowia mianem „strony podażowej" określamy dostawę (lub zaopatrzenie) dla pacjentów usług medycznych. „Strona popytowa"

odnosi się do metod finansowania służby zdrowia i organizacji reprezentujących konsumentów w procesie zakupu zabezpieczenia kosztów zdrowotnych[17].

W najprostszych systemach zdrowotnych pacjenci kupują usługi bezpośrednio od dostawców opieki medycznej. Istnieją tylko dwaj gracze: pacjent jako kupujący i samodzielnie praktykujący lekarz (lub dostawca), jako sprzedający. Wcześniej podkreślano już, że niepewność potrzeby kosztownych usług medycznych skłania konsumentów do zakupu ubezpieczenia zdrowotnego, co pomiędzy dostawców i konsumentów wprowadza nowego gracza: pośredników[18]. Jednym z takich pośredników jest ubezpieczyciel lub plan zdrowotny. W tym przypadku w służbie zdrowia mamy do czynienia już nie tylko z dychotomią kupujący – sprzedający, ale z „triadą służby zdrowia" – konsumenta, ubezpieczyciela i dostawcy.

Wspominaliśmy wcześniej, że wielu ludzi byłoby nieubezpieczonych, gdyby rynek ubezpieczeniowy został pozostawiony sam sobie, wolny od interwencji. Zasada równego dostępu powoduje jednak, że między pacjentem a dostawcą istnieje kolejny pośrednik. Nazywamy tego czwartego, kluczowego uczestnika *sponsorem*. Przykładem sponsorów mogą być agencje rządowe i grupy pracodawców lub wielcy pracodawcy, którzy wykupują opiekę zdrowotną w imieniu określonych, korzystających z niej osób, takich jak ich właśni pracownicy. Podstawową funkcją sponsorów jest pośredniczenie między ich beneficjentami i ubezpieczycielami. Sponsor działa w imieniu swoich konsumentów i zbiera odpowiednie informacje, wybiera kilku cieszących się poważaniem ubezpieczycieli, między którymi mogą wybierać jego konsumenci, i monitoruje jakość dostarczanego przez nich ubezpieczenia. Sponsor potrzebuje autorytetu i siły, aby móc „ustalać zasady gry" (takie jak zapobieganie dyskryminacji pacjentów wysokich kosztów) i móc redystrybuować fundusze między konkurującymi ubezpieczycielami (aby walczyć z selekcją). Ta władza, podobna władzy regulacyjnej, zazwyczaj pochodzi od agencji rządowej lub pracodawcy, którzy posiadają siłę rynkową, wystarczająco wielką, aby dyktować warunki ubezpieczycielom. Inną możliwą rolą sponsora jest

---

[17] Byliśmy zmuszeni posługiwać się we wcześniejszej części książki określonymi koncepcjami, które pozostawały nie wyjaśnione aż do tego miejsca. Wydawało nam się, że zatrzymywanie się i definiowanie tych pojęć wcześniej zakłóciłoby przebieg dyskusji.

[18] Osoby, które konsultują się z lekarzem, można właściwie nazywać „pacjentami". Jednakże większość kupujących ubezpieczenie zdrowotne to ludzie zdrowi, tak więc woleliśmy posłużyć się w odniesieniu do nich szerszymi, bardziej neutralnymi terminami: „konsumenci" czy „nabywcy".

wnoszenie wkładów w finansowanie wydatków na opiekę zdrowotną. Może tego dokonywać na kilka różnych sposobów, na przykład ponosząc koszty ubezpieczenia niektórych lub wszystkich pacjentów, płacąc dostawcy bezpośrednio lub płacąc część rachunku wystawionego przez dostawcę. Sponsor może spełniać trzecią, bardziej regulacyjną w charakterze funkcję (jak dostawcy licencji), która w tym miejscu nas jednak nie interesuje[19].

Do roli sponsorów i stopnia integracji między nimi a ubezpieczycielami i dostawcami powrócimy później. Rozważmy jednak na samym początku podstawowe „menu wyboru" dostępne dla organizacji i finansowania usług służby zdrowia. Tabela 2.2. jest tak zaprojektowana, aby ułatwić przegląd propozycji.

Strona podażowa (dostawa lub zaopatrzenie)

Pacjenci uzyskują ostatecznie usługi medyczne od indywidualnych dostawców – lekarzy, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego. Jednak interesującą nas w tym momencie kwestią są instytucjonalne, organizacyjne ramy i formy własności, w których obrębie jednostki te pracują. Mamy do czynienia z czterema następującymi „czystymi" formami (patrz kolumny tabeli 2.2.):

(1) ORGANIZACJE. Lekarze, pielęgniarki i inni członkowie personelu medycznego są zatrudnieni przez jakiś rodzaj organizacji (firma, szpital publiczny lub uniwersytet). Ci, którzy finansują służbę zdrowia, często bezpośrednio płacą organizacjom, zamiast refundować wydatki indywidualnym pacjentom.

Organizacje takie można sklasyfikować według kryterium własności (kto je posiada i z praw własności korzysta). Możemy wyodrębnić trzy „czyste" przypadki:

Organizacje będące własnością państwa. Publiczne lub państwowe organizacje dostawcze mogą być dalej dzielone na podgrupy. Możemy mieć do czynienia z dostawcą-monopolistą – np. jedną ogólnokrajową,

[19] Funkcja regulacyjna została w tym miejscu zignorowana, ponieważ regulacja może być również wykonywana przez instytucję (np. państwowe ciało nadzorcze), która nie bierze żadnego udziału w finansowaniu. Już skomplikowany, złożony system klasyfikacji skomplikowałby się jeszcze bardziej, gdybyśmy włączyli doń również alternatywne formy regulacji.

biurokratyczną, hierarchiczną organizacją państwową – lub jakimś rodzajem zbioru zdecentralizowanych organizacji, będących na przykład własnością władz lokalnych.

Tabela 2.2. *Dostawa i finansowanie: klasyfikacja alternatywnych mechanizmów*

Popyt (Finansowanie)	Podaż (Dostawa)			
	(1) Organizacje			(2) Przedsiębiorcy prywatni
	(1.1) Własność państwa	(1.2) Prywatne niedochodowe	(1.3) Prywatne, nastawione na zysk	
(A) Finansowanie państwowe	National Health Service (Publiczna Służba Zdrowia Wielka Brytania) Dostawcy publiczni (Związek Radziecki)		Narodowe ubezpieczenie zdrowotne (Kanada)	
(B) Obowiązkowe ubezpieczenie			Ubezpieczenie społeczne (Niemcy)	
(C) Dobrowolne ubezpieczenie			Przeważnie prywatne ubezpieczenie (Stany Zjednoczone)	
(D) Bezpośrednie płatności wnoszone przez pacjenta				

Uwagi: Różnice między modelem brytyjskim i radzieckim są opisane w rozdziale czwartym, zwłaszcza w przypisie 2.

Organizacje, których *właściciel jest niedochodową i niepaństwową* instytucją (na przykład fundacja dobroczynna lub kościół).

Organizacje, które są prywatne i których właściciele starają się realizować zyski. W świecie rzeczywistym istnieje kilka przypadków mieszanych, na które składają się elementy form czystych, które mogą się łączyć na kilka sposobów. Oto kilka przykładów:

- Szpital, przychodnia lub ambulatorium mogą być niedochodowe i niepaństwowe i mogą nie ograniczać się do dostarczania opieki medycznej wyłącznie przez swoich pracowników. Może zakontraktować zewnętrzne, ukierunkowane na zyski i prywatne organizacje do realizacji

określonych zadań. Organizacje te działają jako poddostawcy i są ukierunkowane na zysk. (Na przykład szpital może zlecić firmie prywatnej wykonywanie określonych testów laboratoryjnych.)

- Możemy mieć do czynienia z sytuacją odwrotną – prywatna praktyka medyczna, będąca własnością pracujących w niej lekarzy, może oferować określone usługi w ramach państwowej lub niepaństwowej, niedochodowej kliniki lub szpitala. Praktyka prywatna może pobierać honoraria za te usługi, płacąc jednocześnie czynsz za użytkowanie pomieszczeń czy też opłaty za wykorzystywanie szpitalnej infrastruktury (np. sprzętu).
- Możemy przeprowadzić rozróżnienie między przypadkiem, w którym przedsiębiorstwo prowadzi prywatny szpital dla zysku i takim, w którym ukierunkowane na zyski przedsiębiorstwo zapewnia opiekę medyczną swoim pracownikom – gabinet lekarski. W drugim przypadku firma nie podejmuje się tej szczególnej działalności dla zysków, ale jest to rodzaj dodatkowej korzyści dla jej pracowników.
- Lekarze, pielęgniarki i inni wyszkoleni pracownicy służby zdrowia mogą podzielić swój czas pracy, pracując jakąś jego część w jednej formie własności, a inną w drugiej, w tym w formie (2).

(2) PROFESJONALIŚCI NA WŁASNYM ROZRACHUNKU. Dostawcy usług w służbie zdrowia często dostarczają swoich usług jako niezależni, prowadzący własną działalność gospodarczą profesjonaliści lub prywatni przedsiębiorcy. Kryterium stosowanym tu nie jest jednak to, czy lekarz lub pielęgniarka są oficjalnie zarejestrowani jako prowadzący samodzielną działalność, płacą odpowiednie podatki itp. Tym, który otrzymuje płatność pacjenta, ubezpieczyciela czy sponsora, jest człowiek będący swoim własnym pracodawcą[20].

Skoncentrowaliśmy się tu na organizacji i formie własności dostawców, lecz ten sam system klasyfikacji organizacji można zastosować do sponsorów i ubezpieczycieli. Sponsor może być, na przykład, (1.1) organizacją państwową (taką jak agencja państwowa lub lokalny samorząd); (1.2) prywatny, niedochodowy (jak regionalny lub ogólnokrajowy fundusz

[20] W wielu przypadkach pracujący na własny rachunek lekarz zatrudnia pielęgniarkę lub sekretarkę, którą opłaca z własnej kieszeni. Ponieważ układ ten składa się z pracodawcy i jednego lub więcej pracowników, powinno się go sklasyfikować, mówiąc ściśle, już jako organizację. Pomimo to książka niniejsza pozostawia takie minimalne „organizacje" w kategorii „samodzielnego zatrudnienia", rezerwując koncepcję „organizacji" na użytek większych jednostek, takich jak szpitale czy polikliniki.

ubezpieczenia zdrowotnego); lub (1.3) prywatny i ukierunkowany na osiąganie zysków (jak wielki pracodawca). Ubezpieczyciele lub plany zdrowotne mogą również mieścić się w jednej z tych kategorii.

Strona popytowa (finansowanie)

Ostatecznym odbiorcą opieki zdrowotnej jest oczywiście pacjent. Jednak gdy bliżej przyjrzymy się mechanizmowi ekonomicznemu, okaże się, że kwestia ta nie zależy całkowicie od pacjenta, lecz raczej od osoby prawnej czy organizacji, która płaci za usługę. Skupimy się tu na źródle, z którego pochodzą fundusze, wykorzystywane do płacenia dostawcom opieki zdrowotnej. Rozróżniamy następujące „czyste" przypadki (patrz wiersze tabeli 2.2):

(A) Finansowanie przez państwo. Państwo finansuje służbę zdrowia z budżetu, z wpływów podatkowych. Innymi słowy, zakupu nie dokonuje się za jakieś specjalne, dodatkowe środki budżetowe, pochodzące z określonych źródeł dochodów.

(B) Obowiązkowe ubezpieczenie. Obywatele mają prawny obowiązek ubezpieczenia się. Przypadek ten może mieć dwie formy. Może istnieć ogólnokrajowa, monopolistyczna instytucja działająca jako ubezpieczyciel społeczny lub zbiór mniejszych, regionalnych ubezpieczycieli-monopolistów, albo też jako zdecentralizowany system instytucji ubezpieczeniowych, które konkurują o klientów, tak więc konsumenci mogą wybierać między ubezpieczycielami, poszukując swoich obowiązkowych polis ubezpieczeniowych.

Zauważmy, że rozróżnienie między „publicznym" i „prywatnym" finansowaniem jest powszechne i niemal naturalne, ale terminy te zacierają różnicę między (A) i (B) jako alternatywnymi formami publicznego finansowania oraz (C) i (D) przedstawionymi niżej, jako wariantami finansowania prywatnego.

(C) Dobrowolne ubezpieczenie. Jednostki (lub jednostki i, jako sponsor, ich pracodawca) mogą wykupić dobrowolne ubezpieczenie komercyjne w instytucji ubezpieczeniowej.

W przypadkach (A), (B) i (C) sponsor lub instytucja ubezpieczeniowa zazwyczaj płacą dostawcy i zastępują w tym pacjenta. Niektóre systemy ubezpieczeniowe wymagają od ubezpieczonego wniesienia dopłaty.

Rozróżnienie między przypadkami (B) i (C) ma fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania mechanizmu służby zdrowia. Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne może być w niektórych krajach kupione u prywat-

nego ubezpieczyciela, lecz na ogół odbywa się to w formie „ubezpieczenia społecznego", które zapewnia quasi-państwowa, niedochodowa instytucja ubezpieczeniowa stworzona specjalnie do tego celu. Omówimy ten układ bardziej szczegółowo w dalszej części książki.

(D) Bezpośrednie płatności indywidualnych nabywców. Pacjenci płacą dostawcy za swoją kurację z własnej kieszeni. Ta forma finansowania jest często zwana „płać sam".

Podobnie jak po stronie podażowej, istnieją różne mieszane formy finansowania. Najistotniejszą z nich jest kombinacja (D) bezpośredniej płatności z (A), (B) lub (C) płatnością sponsora (np. państwa) lub ubezpieczyciela. Związek ten może być legalną częścią polisy ubezpieczeniowej, zgodnie z którą pacjent ponosi część kosztu (jak ryczałtowe potrącenie lub proporcjonalna dopłata). Z drugiej strony może on przybrać formę półlegalną lub całkowicie nielegalną, na mocy której ubezpieczyciel płaci, ale pacjenci wciąż muszą dokładać coś ze swojej kieszeni. Takim napiwkom przyjrzymy się uważniej w dalszej części naszych rozważań.

Ogólnie rzecz biorąc, te różne formy finansowania nie wykluczają się wzajemnie. Ten sam pacjent może uczestniczyć jednocześnie w kilku. Konsument może, na przykład, posiadać zarówno dobrowolne, jak i obowiązkowe ubezpieczenie, korzystając z niektórych usług finansowanych przez państwo i bezpośrednio płacąc za inne.

Stopień integracji pomiędzy nabywcami, ubezpieczycielami i dostawcami

Na koniec warto wyjaśnić alternatywne powiązania pomiędzy podażą i popytem, dostawą i finansowaniem. Jedną z ważnych cech charakterystycznych systemu służby zdrowia jest stopień integracji pomiędzy sponsorami, ubezpieczycielami i dostawcami (patrz rysunek 2.1). Możemy wyodrębnić dwie „czyste" formy:

1. *Integracja.* Dwie funkcje – finansowanie i dostawa – są spełniane przez tę samą osobę prawną czy organizację. Obydwie te role pełni zintegrowany usługodawca (który może również spełniać trzy role: kupującego, ubezpieczyciela i dostawcy). Oto dwa przykłady:

- Klasyczny socjalistyczny system służby zdrowia przed reformą składa się z pojedynczych wielkich organizacji, łączących w sobie formę (1.1) po stronie podaży (państwowy monopol w sferze dostaw) z formą (A)

po stronie popytu (bezpośrednie finansowanie służby zdrowia z budżetu państwa).

- Model National Health Service (publicznej służby zdrowia) został stworzony w Wielkiej Brytanii i przyjął się w wielu krajach skolonizowanych przez Wielką Brytanię, jak również i w innych krajach rozwijających się, takich jak Indie, Bangladesz, Nigeria, Kenia i Sri Lanka (Hsiao 1999). Również ten system łączy państwowe instytucje służby zdrowia po stronie podaży (1.1) z finansowaniem z dochodów państwa po stronie popytu (A). Szpitale publiczne, przychodnie i ambulatoria są opłacane za pomocą systemu pensji i budżetów. Państwo spełnia więc dwie role: sponsora – kupując, na przykład, w imieniu pacjentów usługi, i rolę właściciela – operatora organizacji zajmujących się dostawą.

Rys. 2.1 Rodzaje integracji

Uwaga: Na diagramie zarówno sponsor, jak i ubezpieczyciel występują w pojedynkę. W niektórych mechanizmach może istnieć więcej niż jeden sponsor i więcej niż jeden ubezpieczyciel jednocześnie. W każdym przypadku będziemy mieli do czynienia z kilkoma dostawcami.

2. *Separacja*. W niektórych systemach dwie funkcje – kupującego i dostawcy – są od siebie ściśle odseparowane. Jedna osoba fizyczna lub prawna dostarcza usługę zdrowotną, a druga osoba prawna lub fizyczna za nią płaci. Ta druga rola może być spełniana, na przykład, przez agencję rządową lub narodowy fundusz ubezpieczeniowy (który łączy role sponsora i ubezpieczyciela). Sponsor może także redystrybuować fundusze między ubezpieczycielami, zapewniając tym samym, że choć konsumenci płacą taką samą składkę, ubezpieczyciele są opłacani stawkami, które odzwierciedlają ryzyko, jakie wiąże się z ubezpieczanymi przez nich osobami.

Istnieją trzy warianty systemów, w których role kupującego i dostawcy są odseparowane.

W pierwszym z nich (III) rola sponsora jest odseparowana, a zintegrowane są role ubezpieczyciela i dostawcy. Forma ta powszechnie określana jest mianem „integracja dostawy i finansowania". Przykładowo prywatny ubezpieczyciel może mieć swoich własnych lekarzy, którzy dostarczają najbardziej podstawowe usługi zdrowotne i decydują o skierowaniu pacjentów do zewnętrznych organizacji (na przykład do specjalistycznej kliniki lub szpitala). Układ ten łączy formy (1) po stronie podaży (organizacja jako dostawca) z formami (C) i (D) po stronie popytu (ubezpieczyciel płaci, ale pacjent też wnosi swój wkład). Organizacja ubezpieczyciel – dostawca może bezpośrednio zawierać umowy ze sponsorem. Bardzo często organizacje tego typu konkurują o klientów. Jest to nowa forma, coraz bardziej dominująca w Stanach Zjednoczonych, gdzie instytucje takie znane są pod nazwą organizacji zarządzanej opieki (ang. *managed care organizations*), do których należą np. organizacje ochrony zdrowia (ang. *Health Maintenance Organizations*, HMOs). (Więcej o tych ostatnich powiemy później.) Jednakże nie powinno się żywić przekonania, że są one wynalazkiem amerykańskim. HMOs istniały wcześniej, nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale również i w Europie. Funkcjonowały one na przykład na Węgrzech przed nastaniem okresu socjalistycznego. Była to forma, w której w służbie zdrowia działały stowarzyszenia zawodowe (np. dziennikarzy), podobnie jak programy ubezpieczeniowe wielkich państwowych i prywatnych przedsiębiorstw (np. Węgierskich Kolei Państwowych). Podobnie do nich funkcjonowały wielkie instytucje ubezpieczeniowe w przedwojennej Chorwacji: jedna dla górników, jedna dla innych pracowników zatrudnianych w przedsiębiorstwach prywatnych i jedna dla zatrudnionych przez państwo. Każda z nich miała swoją własną sieć dostawców (WHO: 1999b: 4). W starych, przedwojennych instytucjach, tak jak i we współczesnych HMOs, zatrudniani lekarze mogą nie oferować usług medycznych w pełnym zakresie. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo odesłania ubezpieczonego do innej organizacji w celu uzyskania specjalistycznej usługi na podstawie rekomendacji „własnego" lekarza ubezpieczyciela. Zasadnicza różnica polega tu na integracji funkcji ubezpieczenia, przynajmniej w obszarze szerokiego zakresu usług zdrowotnych, z organizacją dostawcy.

Alternatywnie, sponsor i ubezpieczyciel mogą być zintegrowani, ale odseparowani od dostawców (II. Ii.). Na przykład w systemie National Health Insurance w Kanadzie każda prowincja prowadzi obowiązkowy

program ubezpieczeniowy dla zamieszkałych na jej terenie obywateli, według wytycznych federalnych, płacąc niezależnym dostawcom. W Stanach Zjednoczonych niektórzy wielcy pracodawcy sami są ubezpieczycielami, kontraktując bezpośrednio grupy dostawców na zaopatrzenie swoich pracowników w usługi zdrowotne. W tej formie integracja sponsora i ubezpieczyciela wyklucza na ogół konkurencję miedzy różnymi ubezpieczycielami, chociaż pacjenci mogą mieć wielkie możliwości wyboru dostawców.

Wszystkie trzy role – sponsora, ubezpieczyciela i dostawcy – mogą być spełniane przez oddzielne osobowości prawne (II. Iii.). Sponsor zazwyczaj reguluje konkurencję pomiędzy kilkoma różnymi, alternatywnymi ubezpieczycielami. Konsumenci mogą więc wybierać między konkurującymi ubezpieczycielami. Na przykład stowarzyszenie branżowe lub wielki pracodawca może działać jako sponsor swoich pracowników. Zawiera więc umowy z kilkoma dostawcami funduszu ubezpieczeń zdrowotnych, między którymi mogą wybierać pracownicy, a także pokrywa część składek ubezpieczeniowych. Fundusze ubezpieczeń zdrowotnych z kolei zawierają umowy z niezależnymi dostawcami i organizacjami na zaopatrzenie pacjentów w usługi zdrowotne.

Przedstawienie tej krótkiej listy kategorii było konieczne, aby uczynić dalszą analizę łatwiejszą i prostszą oraz aby zapewnić, że wskazówki będą mogły być formułowane bez żadnych niejasności. Przegląd ten jest użyteczny szczególnie z jednego względu: pokazuje, jak zróżnicowany jest zbiór dostępnych możliwości. Nie musimy dokonywać wyboru między państwową służbą zdrowia a prywatyzacją. Po stronie podaży i popytu istnieje kilka form, które mogą być ze sobą powiązane lub zintegrowane na wiele sposobów, na wiele mieszanych i równoległych możliwości. Wielkim błędem byłoby nadmierne uproszczenie problemu wyboru.

2.3. Bodźce systemu płatności

Bodźce są krytycznym elementem, służącym do określenia, do jakiego stopnia sektor zdrowia ucieleśnia w sobie cele, których realizacji pragnie społeczeństwo. W rozdziale drugim sugerowaliśmy kilka celów czy też zasad reform w gospodarkach w okresie transformacji. Chociaż podstawowym obszarem zainteresowania w tym miejscu jest zasada czwarta – potrzeba zmian form własności, płatności i kontroli, które spowodują

wzrost wydajności – ci, którzy odpowiadają za kształtowanie polityki w służbie zdrowia, powinni być świadomi, że mechanizmy kreowania i oddziaływania bodźców mają równie krytyczne znaczenie w umacnianiu i osłabianiu istniejących (czy pożądanych) możliwości wyboru, solidarności, konkurencji, finansowej trwałości i innych zasad omówionych wcześniej. Bodźce są kluczowe w określeniu, do jakiego stopnia pacjenci, zwłaszcza ci upośledzeni społecznie przez poważniejsze i „droższe" problemy zdrowotne, mają dostęp do rzeczywistego wyboru ubezpieczycieli i dostawców (zasada 1). Porównanie wydatków różnych krajów na służbę zdrowia dodatkowo podkreśla znaczenie bodźców w wyjaśnieniu poziomu i wzrostu wydatków, bezpośrednio wywierając wpływ na finansową stabilność służby zdrowia (zasada dziewiąta).

Bez względu na to, jakie będą inne cechy charakterystyczne wybranego mechanizmu ekonomicznego w służbie zdrowia – struktura własności, stopień decentralizacji, dominująca forma finansowania – zawsze występować będą problemy związane z bodźcami. Kompromisy są nieuniknione, aby między konkurującymi zasadami istniała jakaś równowaga. W tej części skoncentrujemy się na bodźcach kształtujących te kompromisy po stronie popytowej i podażowej. Szczegółowe wskazówki dotyczące polityki w służbie zdrowia są przedstawione w późniejszych rozdziałach.

Terminu *system płatności* używamy tu w szerokim pojęciu, zarówno w odniesieniu do ubezpieczenia konsumenta jak i zwrotu kosztów dla dostawcy. Oznacza to, że w skład systemu płatności wchodzą dwa zasadnicze elementy: jak ubezpieczeni są konsumenci na wypadek ryzyka wydatków na opiekę zdrowotną i w jaki sposób są opłacani za swoje usługi dostawcy tej opieki. System płatności determinuje bodźce, jakie są stosowane w odniesieniu do konsumentów, ubezpieczycieli i dostawców. Pożądaną sytuacją byłaby taka, w której dałoby się strukturę tego systemu ukształtować w taki sposób, aby usługi zdrowotne były produkowane i wykorzystywane wydajnie (ani „za mało", ani „za dużo"), a pacjenci mieli dostęp do możliwości dywersyfikacji ryzyka i opieki wysokiej jakości. Niekorzystna selekcja i selekcja ryzyka, które szkodzą wyborowi i solidarności, są wykluczane.

Problemy z bodźcami po stronie popytu koncentrują się na zagadnieniu *ryzyka moralnego*, problemu polegającego na tym, że w pełni ubezpieczeni konsumenci wykazują skłonność do nadmiernego korzystania z usług, które wydają im się „darmowe" w miejscu ich świadczenia. Problem ten okaże się najpoważniejszy w sytuacji, gdy na dostawcę

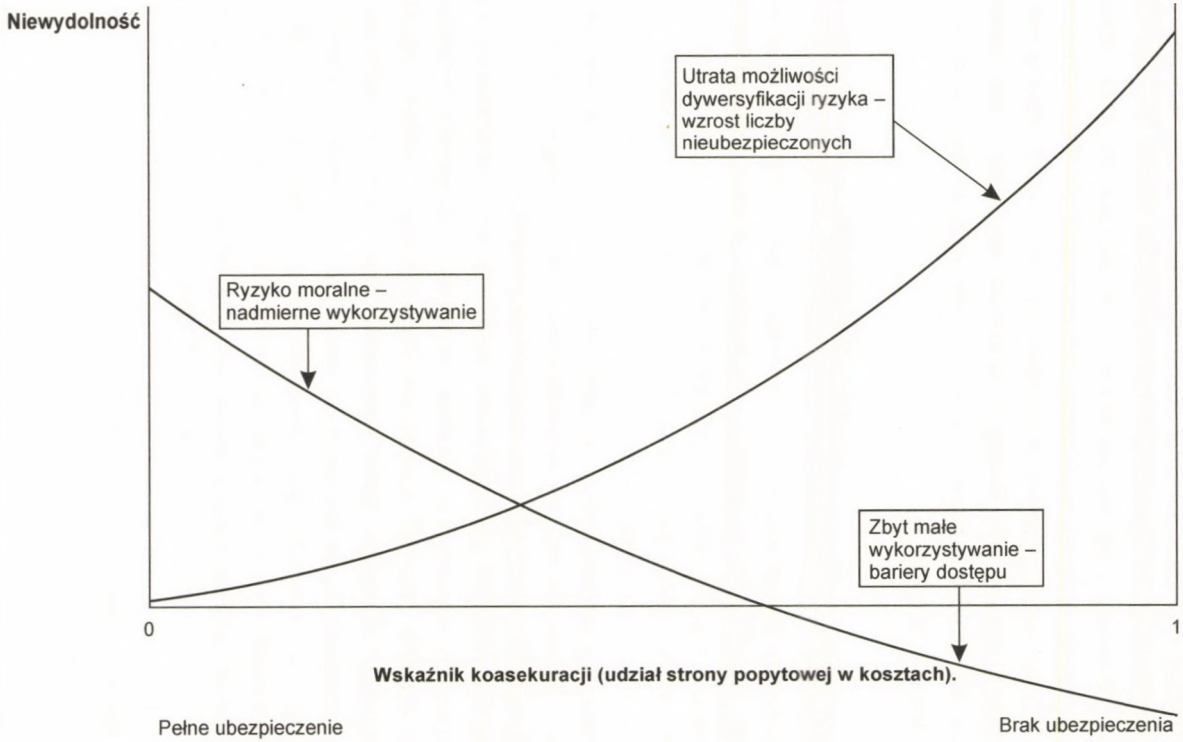
oddziałuje bodziec skłaniający go do spełniania zachcianek pacjenta lub namawiania go do nadmiernego wykorzystywania usług (jest to poniżej omówione przy kwestii bodźców po stronie podaży). Potrącenia, dopłaty i współubezpieczenie – będące pozytywną częścią *udziału strony popytowej w kosztach* – będą zapobiegać marnotrawnemu nadużywaniu usług, nie zniechęcając przy tym do wykorzystywania tych, które są potrzebne.

Udział strony popytowej w kosztach może pomóc w osiągnięciu wydajnego poziomu korzystania z opieki zdrowotnej, jednak istnieje jeszcze jeden problem: jak wspomniano wcześniej, udział strony popytowej w kosztach zdaje się niweczyć zasadniczy cel ubezpieczenia, każąc konsumentowi płacić nieprzewidziane, poważne dopłaty. Innymi słowy, przerzuca ryzyko na konsumentów, którzy chcieliby tego ryzyka uniknąć (lub przed nim się zabezpieczyć). Tak więc ubezpieczenie zdrowotne implikuje fundamentalny dylemat, zmuszający do podjęcia kompromisowego wyboru pomiędzy zapewnieniem odpowiednich bodźców dla wydajnego wykorzystania opieki zdrowotnej a dywersyfikacją ryzyka (Zeckhauser 1970). Zwiększanie „hojności" ubezpieczenia pozwala na szerszą dywersyfikację ryzyka, ale prowadzi również do większych strat, ponieważ ludzie wybierają intensywniejszą opiekę (ryzyko moralne), a dostawcy *ceteris paribus* dostarczają więcej opieki (Cutler i Zeckhauser 2000). Dobrze zaprojektowane zdrowotne polisy ubezpieczeniowe zawierają malejącą skalę, zgodnie z którą wysokość stopy współubezpieczenia maleje wraz ze wzrostem całkowitych wydatków na cele zdrowotne ubezpieczonej osoby. Taka polisa ubezpieczeniowa ograniczyłaby całkowitą finansową odpowiedzialność pacjenta wraz z osiągnięciem przez wydatki określonego pułapu górnego.

Przy próbie wizualizacji tego kompromisu w sferze bodźców użyteczny okazałby się heurystyczny diagram. Rysunek 2.2. przedstawia bodźce związane z ustalaniem wysokości wskaźnika współubezpieczenia (poziom udziału strony popytowej w kosztach). Wraz ze wzrostem wskaźnika, pacjenci korzystają z mniejszej liczby usług. Ta reakcja na cenę jest skuteczna w ograniczaniu ryzyka moralnego, ale może prowadzić do mało wydajnego, niskiego poziomu wykorzystania opieki zdrowotnej przy wysokich wskaźnikach współubezpieczenia[21]. Równocześnie, wraz ze wzrostem stopy współubezpieczenia, rośnie również niewydolność związana

[21] Mówiąc krótko, stuprocentowe współubezpieczenie oznacza, że pacjent płaci pełny koszt opieki ze swojej kieszeni i w ten sposób nie jest ubezpieczony. W takiej sytuacji wielka liczba pacjentów może nie otrzymać koniecznej opieki.

Rys. 2.2. *Kompromisy w procesie ustalania wskaźnika koasekuracji konsumenta*



z utratą możliwości dywersyfikacji ryzyka, zwiększając liczbę niewystarczająco ubezpieczonych i nieubezpieczonych.

Kompromisy te sformułowano pierwotnie w kategoriach wydajności, ale istnieją również kwestie solidarności (zasada druga). Całkowite odrzucenie darmowych usług i wprowadzenie dopłat jest sprzeczne z zasadą solidarności i jej zastosowaniem w służbie zdrowia. Stałe honorarium za każdą wizytę u lekarza lub przepisanie lekarstwa na receptę będzie większym ciężarem dla biednych niż tych z większymi dochodami[22]. Udział strony popytowej w kosztach staje się w ten sposób barierą dostępu do służby zdrowia, która może okazać się nieproporcjonalnie uciążliwa dla biednych.

Dowody empiryczne

Jak istotny jest problem ryzyka moralnego? Wielu badaczy analizowało i badało wrażliwość pacjentów na bodźce po stronie popytowej[23]. Skoncentrowano się na wrażliwości cenowej popytu zgłaszanego przez konsumentów na opiekę medyczną. Ekonomiści mierzą tę wrażliwość cenową w kategoriach procentowej zmiany w korzystaniu (tu z opieki zdrowotnej) w relacji do procentowej zmiany ceny. Nosi to nazwę *elastyczności cenowej*. Oczekuje się, że elastyczność będzie osiągać wielkości ujemne: wzrost ceny prowadzi do zmniejszenia popytu.

Wczesne badania zaowocowały znacząco zróżnicowanymi szacunkami elastyczności cenowej w służbie zdrowia (rozpiętości między – 0,1 do – 1,5). RAND Health Insurance Experiment – wielki społeczny eksperyment w Stanach Zjednoczonych, który przeprowadzono w latach siedemdziesiątych, polegający na losowym przypisaniu prawie 6000 osób do różnych planów ubezpieczeniowych, a następnie poddaniu analizie ich intensywności wykorzystywania opieki zdrowotnej w okresie od lat 3 do 5 – ujawnił ogólną elastyczność cenową opieki zdrowotnej na poziomie około – 0,2 (Newhouse i Insurance Experiment Group 1993: 21). Innymi słowy, 10-procentowy wzrost ceny usług zdrowotnych powoduje 2-procentowy spadek popytu na te usługi. Wielkość ta jest obecnie powszechnie akceptowana.

---

[22] W ujęciu ekonomicznym udział strony popytowej w kosztach jest regresywną formą finansowania, ponieważ powoduje on, że biedniejsi ludzie płacą większy odsetek swoich dochodów za opiekę zdrowotną niż ludzie bogaci.

[23] Podsumowanie wyników tych badań znaleźć można u Zweifela i Manninga (2000), Cutlera i Zeckhausera (2000).

Oczywiście określone specyficzne usługi mogą mieć różne poziomy elastyczności. Na przykład popyt na terapie w nagłych przypadkach wymagających hospitalizacji nie jest w ogóle bardzo wrażliwy. Odwrotnie opieka stomatologiczna i pozaszpitalna opieka psychiatryczna – popyt na nie jest wrażliwy na cenę bardziej niż w przypadku innych usług medycznych. Sugeruje to, że chociaż ryzykowne byłoby oczekiwanie, aby dopłaty za opiekę szpitalną mogły znacznie zmniejszyć wydatki, to właściwe być może byłoby narzucenie wyższych dopłat za bardziej „dobrowolne", uzupełniające usługi zdrowotne.

W sumie dostateczna liczba dowodów empirycznych potwierdza, że popyt na opiekę zdrowotną jest cenowo wrażliwy. Kluczową kwestią w projektowaniu systemu płatności jest wybór właściwych poziomów udziału strony popytowej w kosztach dla różnych usług zdrowotnych. Bardzo wysoki poziom szybko zniechęca do marnotrawnego nadużywania, ale jednocześnie narzuca ryzyko i staje się podatkiem pobieranym od chorych i barierą dostępu.

Bodźce po stronie podaży

System płatności kreuje również określony typ bodźców po stronie podaży. Dysponujemy wieloma dowodami, że struktura procesu i sposób zwrotu kosztów dostawcy wpływa na ilość i jakość usług zdrowotnych. Udział dostawcy usługi w części kosztów w miejscu świadczenia usługi odpowiada po stronie podaży współubezpieczeniu pacjenta i jest to *udział strony podażowej w kosztach (lub dzielenie ryzyka)*. Oznacza ono dzielenie się ryzykiem ponoszenia kosztów opieki zdrowotnej przez płatnika i dostawcę. Płatnikiem może być ubezpieczyciel lub sponsor płacący organizacji integrującej ubezpieczyciela i dostawcę.

Jednym ze sposobów płacenia dostawcom usług zdrowotnych jest refundacja kosztów. Jeśli dostawca otrzymuje rekompensatę wszystkich kosztów opieki – całkowitą refundację czy też pełny zwrot kosztów – nie ponosi żadnego ryzyka. W rzeczywistości płatnik nie zna dokładnych wielkości kosztów opieki, a jedynie płatności, jakie pobiera dostawca za określony zestaw usług. Tym samym refundacja zazwyczaj opiera się na jakimś cenniku. Jedną z bardzo często spotykanych umów jest umowa o płatność typu *honorarium – za – usługę* (ang. *fee – for – service, FFS*), zgodnie z którą dostawcy płacone jest ustalone z góry honorarium za każdą wykonaną usługę. Honoraria te mogą odpowiadać konkurencyjnym cenom rynkowym lub – częściej – są administracyjnymi cenami

wynegocjowanymi lub jednostronnie ustalonymi przez rząd albo agencję ubezpieczenia społecznego. Zazwyczaj honoraria mają być równe lub przewyższać koszty dostarczenia usługi.

Ponieważ w sytuacji pełnej refundacji kosztów lub płatności typu FFS dostawca nie ponosi żadnego z kosztów opieki, te alternatywne formy płatności nie obejmują żadnego udziału strony podażowej w kosztach. W rezultacie dostawca ma do czynienia z miękkim ograniczeniem budżetowym. Nie działają nań żadne bodźce finansowe zmuszające do kontroli kosztów lub ograniczenia liczby świadczonych usług, ponieważ wszystkie koszty będą w całości zwrócone. W rzeczywistości gdy wysokość honorarium za usługę przekracza wysokość kosztów jej świadczenia, dostawca będzie finansowo wynagradzany za świadczenie ogromnej liczby tych usług, bez względu na to, czy korzyści pacjentów uzasadniają koszty czy nie. Ponieważ dostawcy prawie zawsze są lepiej poinformowani niż ich pacjenci i wywierają na nich wielki wpływ w kwestii wyboru kuracji, pacjenci zazwyczaj stosują się ściśle do wskazówek dostawcy, które mogą być rezultatem istnienia nagrody finansowej. Płatność typu FFS jest więc często kojarzona z wysokimi poziomami korzystania z usług i tym samym może zachęcać do ich nadużywania, zwłaszcza tych najbardziej zyskownych. Termin *popyt indukowany przez dostawcę* odnosi się do kontrowersyjnego zjawiska polegającego na tym, że dostawca usług zdrowotnych (lekarz lub inny) manipuluje pacjentami tak, aby korzystali oni z większej liczby usług niżby sami chcieli, powiększając w ten sposób swoje dochody (Cutler i Zeckhouser 2000). Płatność typu FFS z dodatnią marżą zysku na jedną usługę wynagradza finansowo popyt indukowany przez dostawcę.

Tendencja systemu FFS do powodowania wysokich i niepohamowanych kosztów przez wzrost liczby świadczonych usług sprawiła, że kilka krajów, chcąc sobie z tym problemem poradzić, powiązało system FFS z innymi środkami. W Japonii, na przykład, rząd – jak dotąd – odnosi sukcesy w dostosowywaniu listy honorariów, tak aby ogólne wydatki pozostawały względnie niskie. Powszechniejszym podejściem jest formalne narzucenie ogólnego ograniczenia lub globalnego budżetu przeznaczonego na refundację kosztów dostawców. Takie podejście do płatności pozwala zachować wiele korzyści systemu FFS, jednocześnie podejmując próbę ograniczenia ogólnych kosztów w ramach z góry ustalonego budżetu. Kluczem do takiego systemu jest dostosowanie honorariów, tak aby wraz ze wzrostem liczby usług cena za jednostkę usługi zmniejszała się, prowadząc do utrzymania ogólnych wydatków w ramach wielkości ustalonych w budżecie.

Najlepszym przykładem wykorzystania systemu FFS z odgórnym ograniczeniem jest niemiecki system punktowy. W systemie tym procedurom medycznym przypisane są określone liczby punktów, nie zaś bezpośrednia cena czy honorarium. Bardziej skomplikowane i czasochłonne procedury otrzymują większe wartości punktowe. Wielkość zwracanych dostawcy kosztów jest wynikiem pomnożenia liczby punktów przez wskaźnik konwersji punktów na pieniądze. Na przykład jeśli lekarz wystawi rachunek za procedurę, której przypisano 200 punktów, a wskaźnik konwersji wynosi jeden dolar za punkt, refundacja opiewa na 200 dolarów. Relatywna wartość różnych kuracji jest stała (w rzeczywistości te tabele honorariów są często nazywane skalami relatywnej wartości[24]), jednak całkowita wielkość refundacji może być modyfikowana w ramach budżetu poprzez modyfikację określonego wskaźnika konwersji pieniężnej, nawet jeśli liczba usług ulegnie znaczącej zmianie. Honorarium za punkt jest odwrotnie proporcjonalne do liczby usług świadczonych wspólnie przez wszystkich lekarzy. Wzrostowi ogólnej wielkości liczby usług towarzyszy spadek ceny za jednostkę.

W systemie tym podejmowane są starania osłabienia bodźców powodujących wzrost kosztów w przypadku płatności typu FFS poprzez wprowadzenie sztywnego ograniczenia budżetowego. Niestety, w krajach stosujących ten system ograniczenie budżetowe jest narzucane na bardzo zagregowanym poziomie. Prowadzi to do działania w pewnym sensie przewrotnych bodźców. Jeśli wszyscy uczestnicy systemu współpracują nad ograniczeniem ilości, wszyscy będą bogatsi. Ale na każdego wpływa bodziec skłaniający do odstępstw – w tym przypadku do zwiększania dochodu przez zwiększanie liczby punktów, za które wystawia się rachunki, poprzez wykonywanie tylko tych procedur, którym przypisane są wysokie wartości punktowe i „agresywne" wystawianie rachunków. Każdy dostawca stara się zwiększyć swój własny dochód kosztem innych. Nic dziwnego, że w ten sposób systemy łączące FFS z odgórnym ograniczeniem, jak na przykład niemiecki i kanadyjski, doświadczyły znacznych wzrostów liczby usług i wysokości wystawianych rachunków[25]. Podobny,

---

[24] Tabela honorariów wykorzystywana przez Medicare w Stanach Zjednoczonych ma za podstawę skalę względnych wartości (opierających się na zasobach); jest to skala względnych wartości, która mierzy relatywne poziomy wykorzystania zasobów, wydatkowanych przez lekarza świadczącego usługę i wykonującego jakąś procedurę (Hsiao i inni 1988).

[25] Jak zauważa w kwestii opłacania kanadyjskich lekarzy David Naylor, „kombinacja systemu bodźców ukierunkowanych ilością świadczonych usług ze stałym budżetem okazało się receptą na zachodzący konflikt. Zarówno opinia publiczna, jak i środowisko lekarskie

łatwy do przewidzenia, efekt miał miejsce na Węgrzech, gdzie zastosowano płatności FFS z odgórnym ograniczeniem za specjalistyczną opiekę ambulatoryjną: wzrost naliczanych punktów za usługi i spadek pieniężnej wartości jednego punktu (Orosz, Ellena i Jakab 1998).

Inną metodą kontrolowania liczby usług może być wprowadzenie jakiegoś wyraźnego poziomu udziału strony podażowej w kosztach, który wzmocni ograniczenie budżetowe zainteresowanych decydentów – indywidualnych dostawców (lub grup małych dostawców). Dostawca ponoszący ryzyko części kosztów opieki znajduje się tym samym pod wpływem oddziaływania bodźca skłaniającego go do kontrolowania tych kosztów.

Jedną z powszechnych form płacenia dostawcy, która obejmuje udział strony podażowej w kosztach, jest *płatność w zależności od przypadku* (ang. *case-based payment*), często nazywana również *spodziewaną płatnością* (ang. *prospective payment*). Jest to stałe honorarium za kurację przypadku chorobowego danego pacjenta lub za badania w danym przypadku choroby. Wysokość tego stałego honorarium zależy od z góry określonej kategoryzacji przypadków, opartej często na diagnozie pacjenta. W swojej najczystszej formie, w związku z tym że płatność za dany przypadek jest ustalona sztywno „na przyszłość", natura tej płatności sprawia, że dostawca ponosi ryzyko poniesienia kosztów opieki w kategorii danego przypadku. Przykładowo dostawcy płaci się X dolarów za kurację pacjenta po ataku serca, bez względu na to, czy kuracja ta obejmie operację chirurgiczną czy jedynie rutynowy nadzór lekarski. Jeśli kuracja kosztuje mniej niż X dolarów, dostawca zatrzymuje różnicę jako swój przychód. Jeśli jednak wydatki na kurację przekroczą X dolarów, dostawca ucierpi na skutek straty finansowej. Taki rodzaj płatności, opierający się na przypadkach, jest często wykorzystywany do refundowania kosztów szpitalom. Być może najlepiej znanym systemem płatności opartej na przypadku jest amerykański system PPS (Prospective Payment System) dla szpitali zgrupowanych w Diagnosis – Related Groups (DRGs), któremu później przyjrzymy się bardziej szczegółowo.

Inną formą płatności, która implikuje wysoki udział strony podażowej w kosztach, jest *pogłówne* (ang. *capitation*), polegające na płaceniu stałej sumy za jednego zapisanego klienta za pewien okres (np. miesiąc lub rok). Pogłówne może być połączone z jakąś refundacją kosztów za rzeczy-

---

uznaje, że mamy do czynienia z »practice churning« dla maksymalizacji dochodów" (Naylor 1999: 18).

wiste usługi świadczone pacjentowi lub nie. Im większy udział strony podażowej w kosztach, tym sztywniejsze ograniczenie budżetowe, z którym ma do czynienia dostawca decydujący o odpowiedniej kuracji. *Czyste pogłówne*, w warunkach którego dostawca otrzymuje jednakowe płatności za pacjentów korzystających z usług wiele razy, i za tych, którzy korzystają z nich rzadko lub wcale, jest formą *pełnego udziału strony podażowej w kosztach*. Pogłówne jest najbardziej korzystne finansowo w sytuacji, gdy zapisany konsument w ogóle nie korzysta z opieki zdrowotnej: dostawca zatrzymuje całe pogłówne jako zysk. Z im droższych usług korzysta pacjent, tym mniejszy jest zysk lub większe ryzyko strat, jakie musi ponieść dostawca.

Udział strony podażowej w kosztach, taki jak całkowite lub częściowe pogłówne, jest bodźcem dla dostawców, który skłania ich do świadczenia mniejszej liczby usług i wytwarzania ich po mniejszych kosztach. Bodziec ten przeciwdziała skłonności ubezpieczonego konsumenta do nadużywania usług, pomagając eliminować z systemu nieefektywności związane z ryzykiem moralnym. Bodziec skłaniający do kontrolowania kosztów może być jednak zbyt silny. Tak jak system FFS może doprowadzić do świadczenia „zbyt wielu" usług, udział w wysokim ryzyku, jak w przypadku pogłównego, może prowadzić do świadczenia „zbyt małej" liczby usług, zwłaszcza dla tych pacjentów, którzy odnosiliby największe korzyści z kosztownych usług. Dostawca działający w systemie pogłównego będzie finansowo wynagradzany za oszczędzanie na jakości, ograniczaniu korzystnych usług i dyskryminacji pacjentów przez zaangażowanie się w selekcję ryzyka.

Im większe jest ryzyko dostawcy, tym silniejsze są bodźce kontroli kosztów. Z udziałem strony podażowej w kosztach związany jest fundamentalny kompromis: daje on dobroczynny bodziec dla podnoszenia wydajności, ale równocześnie wyzwala szkodliwy bodziec skąpstwa i selekcji ryzyka (Newhouse 1996). W rezultacie płatność angażująca wysoki udział strony podażowej w kosztach może owocować problemami pacjentów wysokiego ryzyka w dostępie do usług zdrowotnych i segmentacji na podstawie kryterium ryzyka, ze zdrowszymi ludźmi umieszczonymi w tańszych planach ubezpieczeniowych i chorymi w drogich. Oczywiście jeśli mamy do czynienia z jednym ubezpieczycielem, ryzyko – i segmentacja – nie mogą być podzielone między różnych ubezpieczycieli. Ale w tym przypadku możliwości wyboru konsumentów będą bardzo ograniczone.

Gdy mamy do czynienia z wyborem, który owocuje segmentacją ryzyka, mniej zdrowi ludzie zazwyczaj płacą znacznie więcej za ubezpieczenie

zdrowotne niż ludzie zupełnie zdrowi. Takie zróżnicowanie płatności za zabezpieczenie opieki zdrowotnej może być traktowane zarówno jako kwestia wydajności, jak i kwestia sprawiedliwości. Do pewnego stopnia regulacje prawne mogą zakazać rażących form dyskryminacji, takich jak klauzule w polisach (dotyczące stanu zdrowia przed ich zawarciem). Chodzi tu o odmowę ubezpieczania kosztów kuracji tych chorób, które pojawiły się przed momentem przystąpienia klienta do funduszu ubezpieczeniowego. Wiele innych form selekcji ryzyka pozostaje jednak poza zasięgiem regulacji prawnej, choć silnie oddziaływają one na decyzje związane z przyjmowaniem klientów do planów ubezpieczeniowych i ich leczeniem. W wykorzystywaniu metod dzielenia ryzyka przez stronę podażową wskazana jest ostrożność.

Ponieważ zapotrzebowanie na usługi zdrowotne jest nieprzewidywalne, a niektóre z nich są szczególnie kosztowne, system płatności, jakim jest pogłówne, narzuca dostawcom duże ryzyko. Ryzyko to, a także związane z nim bodźce, skłaniające do świadczenia mniejszej liczby usług, niż jest to konieczne, są mniejsze, gdy dostawca ma do dyspozycji dosyć wielką pulę pacjentów, pozwalających na dywersyfikację ryzyka. Z tego właśnie powodu system pogłównego jest zazwyczaj kojarzony z dostawcami lub grupami dostawców, którzy obsługują relatywnie wielkie grupy pacjentów. Ryzyko jest również mniejsze w sytuacji, gdy dostawcy są odpowiedzialni jedynie za ograniczony zakres usług, taki jak opieka podstawowa[26].

---

[26] Książka niniejsza konsekwentnie stosuje termin „lekarz opieki podstawowej" lub „lekarz pierwszego kontaktu" (ang. *primary – care physician*, PCP), stosowany obecnie w Stanach Zjednoczonych, w odniesieniu do lekarzy, którzy leczą pacjentów bezpośrednio na poziomie podstawowym. Terminy stosowane w odniesieniu do takich lekarzy różnią się w zależności od kraju. Może to być lekarz domowy, lekarz rodzinny lub dzielnicowy (czy też gminny). Wyrażenie *„general practicioner"* – „lekarz ogólny" jest wykorzystywane w Wielkiej Brytanii. Wyrażenie lekarz pierwszego kontaktu czy opieki podstawowej jest zastępowane tylko wówczas, gdy mamy intencję podkreślenia cech charakterystycznych określonego kraju lub okresu.

Lekarze pierwszego kontaktu pracujący w systemie pogłównego wykazują skłonność do kierowania drogich pacjentów do dostawców specjalistycznych usług, aby uniknąć obciążenia ich kosztami. Przeciwnie rzecz ma się w sytuacji, gdy finansowa odpowiedzialność za pacjentów wymagających specjalistycznej opieki i pacjentów w szpitalu jest zawarta w pogłównym, jak w systemie *„GP fundholding"*, w którego wykorzystaniu pionierem była Wielka Brytania. Lekarz ogólny musi oszacować korzyści, jakie pacjent uzyska dzięki odesłaniu go do dostawców takich usług i odnieść je do ich kosztów. Zakres, w jakim pogłówne generuje bodźce dla profilaktyki (aby unikać w przyszłości kosztownych chorób lub urazów) i kompleksowa, skoordynowana opieka będą w ten sposób zależały od zakresu usług objętych płatnością pogłównego.

Jednym ze sposobów zachowania korzystnego bodźca kontroli kosztów (w przypadku ponoszenia kosztów przez dostawcę) i możliwości wyboru nabywcy, bez wywoływania szkodliwych efektów działania bodźców skłaniających do skąpstwa i selekcji ryzyka, jest technika znana jako *dostosowanie ryzyka* (ang. *risk adjustment*). Aby zrozumieć jej logikę, rozważmy analogię z płaceniem budowniczemu za wzniesienie domu. Jeśli oferujecie płatność mniejszą niż wielkość oszacowana przez budowniczego, ten prawdopodobnie odmówi budowy domu. Zgodzi się natomiast go postawić w sytuacji, gdy to, co zaoferujecie, obejmie oczekiwane koszty budowy i dodatkowe, wynikające na przykład z przestojów na skutek złej pogody.

Podobne rozumowanie odnosi się do dostawcy usług zdrowotnych. Jeśli chcecie, aby dostarczył on usługi wysokiej jakości pacjentowi, którego kuracja będzie kosztowna, powinniście zapłacić oczekiwane koszty leczenia. W innym przypadku dostawca będzie preferował leczenie wyłącznie mniej kosztownych pacjentów i będzie finansowo karany za podnoszenie jakości (ponieważ wysoka jakość przyciąga potrzebujących i niedochodowych pacjentów). Aby dostawca miał jakiś bodziec do akceptowania i leczenia wszystkich pacjentów, płatnik powinien tak dostosować płatności, aby odzwierciedlały oczekiwane koszty *każdego* pacjenta. Takie dostosowanie płatności do oczekiwanych kosztów pacjentów nosi nazwę *dostosowania ryzyka*. Oszacowanie oczekiwanych kosztów opiera się na zauważalnych i sprawdzalnych charakterystykach pacjentów, które są skorelowane z poziomem wykorzystania przez nich opieki zdrowotnej, takimi jak wiek, płeć i przynależność instytucjonalna. Te cechy znane są pod nazwą modyfikatorów ryzyka (ang. *risk adjusters*).

Techniki dostosowania ryzyka mogą uczynić selekcję ryzyka nieopłacalną, pozwalając na zachowanie możliwości wyboru, chroniąc solidarność (równy dostęp) oraz zabezpieczając bodźce skłaniające do podnoszenia wydajności i jakości. Niestety, nawet złożone programy motywacyjne stworzone do tej pory w Stanach Zjednoczonych i w innych krajach rozwiniętych nie są w stanie poradzić sobie z tymi nieprawidłowościami[27]. Niemniej jednak niektóre formy dostosowania ryzyka są obiecującym – jeśli nie niezastąpionym – komponentem systemu płatności, który stara się jednocześnie promować wybór, wydajność i jakość.

---

[27] Bardziej precyzyjne formy dostosowania ryzyka opierają się na diagnozach pacjenta lub całym zestawie diagnoz. Jednak mogą one przewidzieć tylko część różnic w indywidualnych wydatkach na opiekę zdrowotną, jaką przewidziałby idealny modyfikator ryzyka (van de Ven i Ellis 2000).

Ostatnią powszechną formą refundowania kosztów dostawcy, obecną zwłaszcza w gospodarkach w okresie transformacji, jest pensja. Ponieważ pensja nie jest związana bezpośrednio z liczbą świadczonych usług, jest z natury obojętna na bodźce, unika zarówno bodźców skłaniających do nadużywania usług, obecnych w systemie FFS, jak i skąpstwa i selekcji, do których skłaniają bodźce w systemie pogłównego.

Bodźce stymulujące awans zawodowy mogą zachęcać do utrzymywania jakości pracy i wysiłków mających na celu dobrą reputację wśród kolegów i pacjentów. Nagrody związane z liczbą pacjentów lub innymi, specyficznymi miernikami osiągnięć będą zachęcały do zwiększania liczby obsługiwanych pacjentów lub zwiększania wysiłków w obszarach poddanych pomiarowi osiągnięć (być może ze szkodą dla innych, niemierzalnych aspektów jakości). Otrzymujący pensję lekarz, wykładający na uczelni medycznej i zaangażowany w badania naukowe, może być żywotnie zainteresowany leczeniem jedynie rzadkich i skomplikowanych przypadków (przeciwieństwo selekcji ryzyka). Jednak w wielu przypadkach bodźce, z jakimi spotyka się otrzymujący pensję dostawca, będą podobne do tych, z jakimi ma do czynienia dostawca funkcjonujący w systemie pogłównego. Dostawca otrzymujący pensję „jest zagrożony" ryzykiem wysiłku związanego z leczeniem trudnych przypadków i poświęceniem na nie części czasu pracy przeznaczonego na wypoczynek. Zarówno dostawca funkcjonujący w systemie pogłównego, jak i otrzymujący pensję znajdują się pod wpływem bodźców skłaniających ich do skąpienia opieki i odsyłania skomplikowanych przypadków gdzieś indziej. Innymi słowy, gdy płatność nie jest bezpośrednio powiązana z pełnymi miernikami osiągnięć, bodźce stymulujące do dobrej pracy są słabe. Stałe skale płatności za usługi medyczne nie odzwierciedlają wiedzy, doświadczenia i sumienności poszczególnych lekarzy, innymi słowy – różnic w ich indywidualnych osiągnięciach i jakości pracy. Im sztywniejsze zasady zastosowane w skalach płatności, tym słabiej skala ta odzwierciedla powyższe wartości. Szczególnie w Europie Wschodniej należy oczekiwać, że mogą przetrwać sztywne i mało zróżnicowane skale płac odziedziczone po biurokratycznym mechanizmie. Z tych powodów pozbawiony skrupułów lekarz może cieszyć się „słodkim życiem", minimalizując swoje wysiłki w pracy.

W sumie określenie poziomu udziału strony podażowej w kosztach jest ważnym elementem w procesie wyboru właściwej polityki w służbie zdrowia, ponieważ dostawca usług zdrowotnych może podejmować decyzje związane z kuracją, które są reakcją na formę płatności. Takie decyzje po stronie podaży bezpośrednio wpływają na ogólne cele polityki, jak

wydajność, kumulacja ryzyka i kontrola kosztów. Bodźce finansowe związane z alternatywnymi metodami płacenia mogą drastycznie się między sobą różnić. Na przykład system płatności typu FFS, z marżą zysku przypadającą na jednostkę, nagradza dostawców finansowo za świadczenie ogromnej liczby usług. Przeciwnie system pogłównego, który nagradza dostawców za ścisłe ograniczanie liczby świadczonych usług.

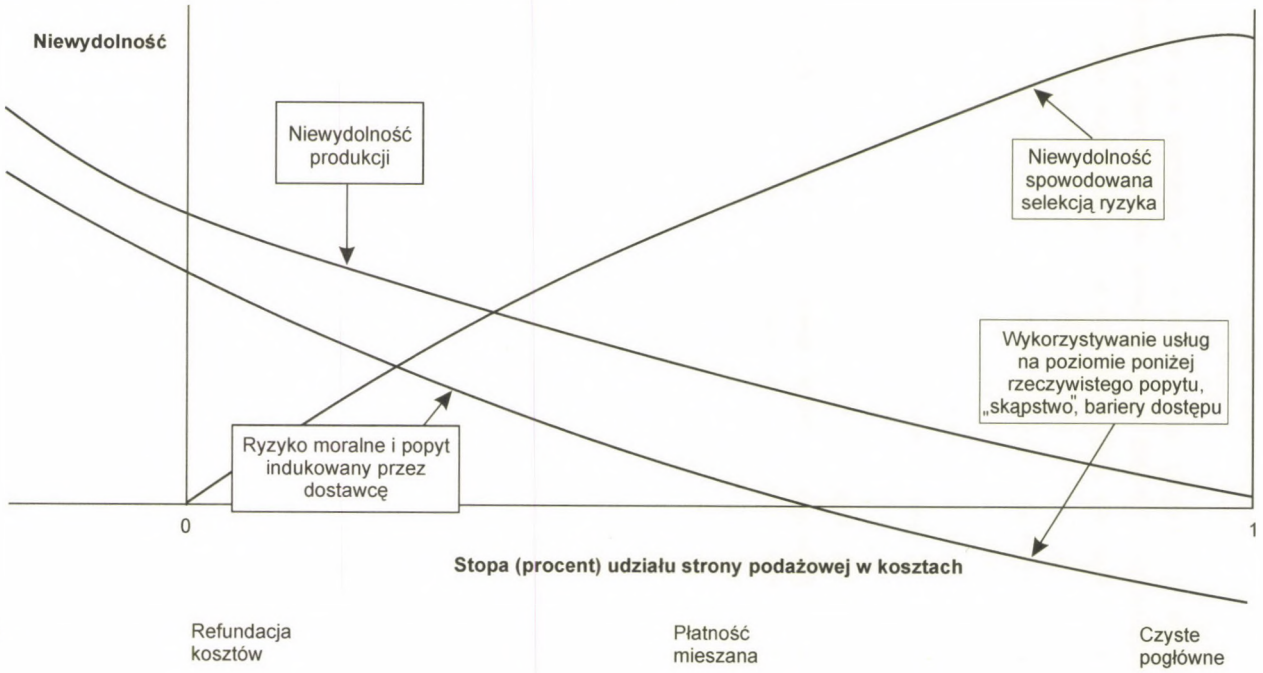
Jeśli system FFS zachęca do nadużywania opieki medycznej i pobudza popyt indukowany przez dostawcę, podczas gdy pogłówne i (do pewnego stopnia) stałe pensje zachęcają do skąpstwa i selekcji ryzyka, to jakaś kombinacja tych dwóch skrajnych form może okazać się wskazana. Korzyści oferowane przez pośrednie poziomy udziału strony podażowej w kosztach, zwane często mieszaną płatnością, były podkreślane przez kilku ekonomistów zajmujących się problematyką służby zdrowia (szczególnie przez Josepha Newhouse'a). Dzieląc ryzyko między płatnika i dostawcę, mieszana płatność zachęca dostawcę do podejmowania wysiłków zmierzających do kontrolowania kosztów, jednocześnie pozwalając uniknąć niekorzystnych bodźców skłaniających do skąpstwa i selekcji ryzyka związanych z pełnym udziałem strony podażowej w kosztach.

Jednym z rozsądnych wariantów dzielenia ryzyka jest system wprowadzony do pewnego stopnia w Holandii. Jest nim przyszłe, obowiązkowe kumulowanie wysokiego ryzyka. W ramach tego systemu ubezpieczycielom-dostawcom płaci się dostosowaną do poziomu ryzyka stałą płatność za większość pacjentów, których leczą. Aby złagodzić siłę oddziaływania bodźca skłaniającego do unikania ryzyka, ubezpieczyciele-dostawcy mogą umieścić (na początku okresu, o którym mowa) mały ułamek pacjentów w puli wysokiego ryzyka. Wydatki na leczenie tych pacjentów są refundowane szczodrzej, być może nawet w całości[28].

Podobnie jak w przypadku strony popytowej, kompromisy w wyborze natężenia i rodzaju bodźców oddziałujących po stronie podażowej związane z ustalaniem wielkości udziału strony podażowej w kosztach można podsumować za pomocą heurystycznego diagramu (patrz rysunek 2.3). Wraz ze wzrostem udziału strony podażowej w kosztach wzrasta siła bodźców skłaniających do kontroli kosztów. Zachęca to do wydajności w produkcji usług zdrowotnych, choć dzieje się to kosztem wzrostu siły

[28] Schemat ten jest mądry, gdyż dostawcy są szczodrze wynagradzani wyłacznie za przypadki pociągające za sobą wysokie koszty, które *przewidzieli* jako wysokie i zostały one umieszczone w puli wysokiego ryzyka, zamiast być opłacanym hojnie za *wszystkie* przypadki z wysokimi kosztami (które zaszkodziłyby bodźcom skłaniającym do kontroli kosztów).

Rys. 2.3. *Kompromisy w procesie ustalania stopy udziału dostawcy w kosztach*



bodźców skłaniających do selekcji ryzyka i związanych z tym szkód w dziedzinie wyboru i solidarności. Większy udział dostawcy w kosztach generuje również bodźce skłaniające do kreowania większych ograniczeń poziomu korzystania z usług. W swoich formach skrajnych system płatności typu FFS (ilustrowany ujemnym poziomem udziału strony podażowej w kosztach) może powodować marnotrawne nadużywanie usług i „popyt indukowany przez dostawcę", podczas gdy pogłówne może prowadzić do wykorzystania usług poniżej poziomu rzeczywistego zapotrzebowania i skąpienia pacjentom odpowiednich dla nich, korzystnych terapii.

Bodźce systemu płatności i prawa własności

Związek między bodźcami systemu płatności, relacjami własnościowymi a miękkim i sztywnym ograniczeniem budżetowym, zwłaszcza w kontekście tej książki, skłania do myślenia. Jednym z dylematów reformy służby zdrowia w Europie Wschodniej jest podjęcie decyzji, czy wprowadzać własność prywatną w miejsce dominującej dotąd własności publicznej. Z argumentacji, której dotąd się trzymamy, jasno wynika, że prywatyzacja *jako taka* nie gwarantuje bodźców dla wydajności. Na przykład jeśli szpital jest sprywatyzowany, ale wszystkie świadczone przezeń usługi są opłacane na podstawie systemu FFS, pojawi się syndrom miękkiego ograniczenia budżetowego, jak miało to miejsce w sytuacji istnienia własności publicznej.

Stwierdzenie to można odwrócić. Jeśli szpital pozostaje własnością publiczną, ale system pokrywania należności jest zmieniony na sztywno narzucony system spodziewanych płatności opartych na przypadku, ograniczenie budżetowe zostaje usztywnione. Inna sprawa, że miękkie ograniczenie budżetowe funduszu ubezpieczenia społecznego, kontrolowanego lub pozostającego pod silnym wpływem państwa, osłabi finansową dyscyplinę państwowych dostawców, takich jak szpitale publiczne. Nabywca doświadczający miękkiego ograniczenia budżetowego nie wykaże się wielkim rygorem. Będzie gotowy na pobłażliwość, tak więc koniec końców zaraza miękkiego ograniczenia budżetowego zainfekuje również dostawców.

Zwolennicy własności publicznej często występują przeciwko przedsięwzięciom ukierunkowanym na zysk z prywatyzacji zakładając, że organizacje będące własnością publiczną będą brały pod uwagę wyłącznie interes publiczny albo, dokładniej rzecz ujmując, interes pacjentów.

Jednak nie w tym rzecz. Przyjmijmy, że sztywne ograniczenie budżetowe stosuje się z całkowitą konsekwencją i spójnością do będącego własnością publiczną szpitala lub kliniki. W tym przypadku osoby znajdujące się na szczycie hierarchii organizacyjnej i inni podlegli im decydenci zaczną zmierzać do maksymalizacji zysków. Ich zachowanie znajdzie się pod silnym wpływem bodźców systemu płatności. Jeśli organizacja ma cel w oszczędzaniu na wydatkach, będzie zmuszona, bez względu na własność publiczną, obniżyć standardy jakości i unikać pacjentów obarczonych wysokim ryzykiem. Z drugiej strony, jeśli szpital funkcjonuje w systemie FFS, jest bardzo prawdopodobne, że pojawi się popyt indukowany przez dostawcę nawet w warunkach własności publicznej jako sposób zwiększenia przychodów i tym samym poprawienia wyników finansowych.

Wniosek, jaki możemy wyciągnąć, jest następujący: dominująca konfiguracja sztywnego i miękkiego ograniczenia budżetowego i system płatności są zazwyczaj czynnikami równie silnymi, jak rodzaj formy własności.

Dowody empiryczne

Czy dostawcy usług zdrowotnych reagują na finansowe bodźce różnych systemów płatności? Chociaż kodeks postępowania zawodowego i wymogi etyczne mogą ograniczać wpływ nagród pieniężnych na zachowanie dostawcy, dysponujemy dowodami empirycznymi, że dostawcy na te bodźce reagują. Niektóre z nich wspomniano już mimochodem (na przykład wzrost wielkości produkcji usług i liczby naliczanych punktów w ramach systemu FFS z odgórnym ograniczeniem). Badania statystyczne wydatków zdrowotnych w krajach OECD wykazały, że – jak przewidziała to teoria – w opiece pozaszpitalnej „systemy pogłównego zdają się prowadzić do przeciętnych niższych wydatków niż w systemach typu FFS o około 17 do 21 procent" (Gerdtham i Jönsson 2000: 46).

Dalsze dowody pochodzą z analizy wpływu, jaki od 1984 roku wywarło wprowadzenie systemu US Medicare, stosującego płacenie szpitalom zgodnie z systemem Diagnostic Related Groups (DRGs). Ten system oczekiwanej płatności opartej na przypadku (PPS) jest jednym z najczęściej cytowanych i naśladowanych systemów płatności ostatnich dziesięcioleci. Jak wspomniano powyżej, w warunkach funkcjonowania tego systemu szpitale mają bodziec do redukowania kosztów i podnoszenia wydajności, ograniczając na przykład czas pobytu pacjenta w szpitalu.

Ale system PPS generuje również bodziec skłaniający do skąpstwa w kwestii opieki w danej kategorii diagnostycznej, zwiększania liczby przyjęć w kategoriach mniej poważnych przypadków, a zmniejszania poważniejszych i zwalniania pacjentów wcześniej niż potrzeba (np. wypisywania pacjentów „szybszych i bardziej chorych"). Bodźce te są osłabiane przez fakt, że system PPS w rzeczywistości reprezentuje mieszany system płatności, ponieważ obejmuje wiele cech, takich jak oddzielne płatności za niezwykłe przypadki i DRGs definiowane za pomocą procedury, które odróżniają go od czysto spodziewanego systemu płatności[29].

Badania wykazały, że większość zamierzonych korzystnych efektów systemu PPS w dziedzinie kosztów i intensywności opieki zostało zrealizowanych, podczas gdy efekty uboczne, których się obawiano, pozostają do dziś minimalne (Coulam i Gaumer 1991; Cutler i Zeckhauser 2000). Liczba przyjęć w pewnym stopniu się zwiększyła, podczas gdy w wielu przypadkach konieczne nakłady na opiekę uległy zmniejszeniu. Badania skutków długości pobytu w szpitalu wykazywały, że zmiana systemu płatności wiązała się przez kilka lat ze zmniejszeniem długości pobytu: od jednej piątej do jednej czwartej poziomu sprzed wprowadzenia systemu PPS. Jakość opieki nad przeciętnym pacjentem zmieniła się nieznacznie, chociaż śmiertelność pacjentów w szpitalach jest mniejsza, jak również zagregowane stopy śmiertelności są niższe. Kilku badaczy dostarczyło dowody na „przerzucanie" pacjentów obciążonych wysokimi kosztami ze szpitali funkcjonujących w systemie PPS do działających w innych systemach (zazwyczaj specjalistycznych). Reasumując – dzięki PPS nastąpiło spowolnienie tempa wzrostu kosztów opieki szpitalnej, na ogół bez szkodliwego wpływu na jakość opieki.

Wnioski

Systemy płatności w służbie zdrowia są tak zaprojektowane, aby zaspokoić wielorakie i często sprzeczne ze sobą cele społeczne. Nie istnieje żaden „idealny" system płatności, a każdy konkretny system będzie implikował konieczność znalezienia punktu równowagi między konkurującymi celami.

---

[29] Na przykład szpital otrzymuje większą płatność za pacjenta z chorobą naczyń wieńcowych, który przeszedł operację wszczepienia bypassów, niż za pacjenta, który jej nie przeszedł.

Tabela 2.3. *Skutki, jakie powodują bodźce generowane przez różne instrumenty polityki płatniczej*

Instrument polityki	Korzyść wynikająca z	Koszt związany z
	Intensyfikacja wykorzystania instrumentu polityki	
Udział strony popytowej w kosztach (np. stopa koasekuracji pacjenta)	Ograniczenie nadmiernego wykorzystania usług (ograniczenie ryzyka moralnego)	Niewydolne podnoszenie ryzyka
Udział strony podażowej w kosztach (integracja ubezpieczenia i dostawy)	Ograniczenie nadmiernego wykorzystania usług	Podatek nałożony na chorych
	Zachęta do redukcji kosztów (wydajności produkcji)	Niewystarczająca podaż
Etyka zawodowa (wierność dostawcy interesom pacjentów)	Ograniczenie popytu indukowanego przez dostawcę	Selekcja ryzyka
	Łagodzenie niewystarczającej podaży	Ryzyko moralne
	Redukcja selekcji ryzyka	
Dostosowanie ryzyka	Zapobieganie selekcji ryzyka	
Konkurowanie dostawców o pacjentów	Zachęta do podejmowania wysiłków przez dostawcę	Selekcja ryzyka

Dysponujemy poważnymi dowodami, że konsumenci i dostawcy reagują na bodźce finansowe, osoby odpowiedzialne za politykę w sektorze zdrowia muszą więc być świadome bodźców związanych z różnymi opcjami płatniczymi, podsumowanymi w tabeli 2.3. Przykładowo wzrost udziału w kosztach, do jakiego będzie zmuszona strona popytowa, ograniczy marnotrawne nadużywanie usług, wynikające z ryzyka moralnego. Ale jednocześnie narzuci ono konieczność wytrzymania niewydolności wynikającej z ponoszonego ryzyka, powodującej, że niektórzy ludzie będą mieli niewystarczające ubezpieczenie lub nie będą go posiadali wcale. Wzrost udziału strony podażowej w kosztach również ograniczy ryzyko moralne, zachęcając jednocześnie do wydajnej produkcji, ale odbędzie się to kosztem wzmacniania siły bodźców skłaniających do ograniczania liczby dostarczanych usług i selekcji ryzyka.

Osoby odpowiedzialne za kształtowanie polityki w służbie zdrowia powinny wziąć pod uwagę również dodatkowe czynniki, takie jak wdrażanie dostosowania ryzyka i promocję etyki zawodowej. Lepsze i dokładniejsze dostosowanie ryzyka służy zapobieganiu jego selekcji. Etyka zawodowa dostawców usług zdrowotnych – zdefiniowana raczej w kategoriach wierności interesom pacjenta niż nagrody finansowej – może uczynić problem ryzyka moralnego jeszcze gorszym (ponieważ lekarze mogą zaspokajać zachcianki pacjentów, żądających więcej droższych usług), ale może jednocześnie rodzić liczne korzyści: ograniczanie „popytu indukowa-

nego przez dostawcę", łagodzenie niedostatecznej podaży usług i redukcję selekcji ryzyka.

Wiadomo, że bodźce są istotne. Powinno się zwrócić uwagę na rozwiązywanie problemów z nimi związanych i przez nie wywoływanych, bez względu na inne wybrane aspekty mechanizmu ekonomicznego (takie jak struktura własnościowa). Konieczne są nieuniknione kompromisy: krok w jednym kierunku pozwala zaspokoić wymagania jednej zasady, szkodząc jednocześnie realizacji wymogów drugiej. Skrajne rozwiązania mogą szkodzić produktywności. Decydujący w kwestiach polityki zdrowotnej powinni poszukiwać rozsądnych kompromisów, kierując jakieś finansowe i moralne bodźce do wszystkich zainteresowanych, pacjentów i dostawców.

3

rozdział

Niektóre doświadczenia międzynarodowe

W rozdziale tym przeanalizujemy doświadczenia niektórych krajów w służbie zdrowia, ograniczając się jedynie do kilku ich aspektów. Rozdział ten poświęcony jest zasadniczo ekonomicznym mechanizmom służby zdrowia w krajach OECD, w których – z wyjątkiem nowych członków, takich jak Czechy, Polska i Węgry – istnieją „tradycyjne" – kapitalistyczne, nie postsocjalistyczne systemy. (Jest to właśnie ta grupa, którą mamy na myśli odwołując się do „krajów rozwiniętych" lub „uprzemysłowionych demokracji".) We wcześniejszej dyskusji posłużyliśmy się listą alternatyw instytucjonalnych, przedstawioną w ujęciu abstrakcyjnym. Rozdział niniejszy ma na celu identyfikację i generalizację niektórych cech mechanizmów ekonomicznych, które funkcjonują w rzeczywistości[1].

---

[1] Analizę stanu służby zdrowia w krajach OECD, stosowanych mechanizmów, ich charakterystyki i kierunków zmian można znaleźć w następujących źródłach: OECD (1992, 1993, 1994a); Saltman i Figueras (1997).

Jedną z części badań podjętych przed napisaniem tej książki były studia opisowe i analityczne „sektora opiekuńczego" przygotowane w Argentynie, Australii, Austrii, Chile, Chinach, Czechach, Francji, Niemczech, Nowej Zelandii i Polsce, jak również studia nad debatami o reformie na Węgrzech. Jesteśmy wdzięczni Márii Barát, Róbertowi Gál, Péterowi Gedeonowi, Andrásowi Nagy, Péterowi Pete, Judit Rimler, Margit Tóth i Lászlo Urbán za ich współpracę. Wykorzystaliśmy w tej książce lekcje, jakie można było znaleźć w ich (jeszcze niepublikowanych) pracach.

3.1. Mechanizmy ekonomiczne w uprzemysłowionych demokracjach

Dwoma ważnymi cechami systemów służby zdrowia są: forma własności dominująca w organizacjach służby zdrowia (po stronie podaży) i dominujące źródło finansowania opieki zdrowotnej (po stronie popytu). Tabela 3.1 zawiera przegląd form własności, jakie spotykamy w sektorze zdrowotnym krajów rozwiniętych. Kraje te są pogrupowane począwszy od tych, w których sektor ten funkcjonuje w ramach własności państwowej i finansowania publicznego, a skończywszy na tych, w których dominuje własność i finansowanie prywatne. Różne mieszane formy alternatywne zostały umieszczone pośrodku.

Nagłówki kolumn posługują się terminem *dominujący*. Prawdziwie skrajne formy *całkowicie* państwowych i *całkowicie* prywatnych systemów własności w praktyce nie istnieją. Wszędzie mamy także do czynienia z formami wyraźnie odmiennymi od dominujących, chociaż w wielu krajach ich znaczenie jest marginalne. W przypadku niektórych krajów dostępne były szczegółowe informacje o roli odgrywanej przez niedominujące formy dostawy i finansowania. Są one podsumowane w tabelach 3.2 i 3.3. Dla jasności i ciągłości wywodu kraje są pogrupowane w ten sam sposób jak w tabeli 3.1, której kolumny (1) i (2) (odpowiednio dominujący dostawca, dominujące źródło finansowania) zostały powtórzone.

Z międzynarodowych doświadczeń, podsumowanych w tych trzech tabelach, można wyciągnąć ważny wniosek. Nie istnieje pojedynczy model mechanizmu ekonomicznego w sektorze zdrowotnym, który byłby ucieleśnieniem nawet głównych, najważniejszych cech mechanizmu w krajach rozwiniętych. Nie jest też prawdą, że istnieją dwa modele – silnie „kolektywistyczny" lub „socjalistyczny" model europejski i silnie „indywidualistyczny" czy „kapitalistyczny" model amerykański. Europa jest heterogeniczna, a finansowanie publiczne ma wielkie znaczenie, jak się okazuje, również i w Stanach Zjednoczonych.

Kolumna (3) w tabeli 3.4 prezentuje udział finansowania ze źródeł państwowych w całkowitych wydatkach na służbę zdrowia. Nawet w Stanach Zjednoczonych nie wynosi on mniej niż 45 procent, podczas gdy w Luksemburgu ponad 90 procent. Jednakże kraje w obrębie tej grupy są bardzo rozproszone. Porównanie kolumn (3) i (1) sugeruje, że w krajach OECD nie istnieje oczywista lub sztywna relacja pomiędzy poziomem rozwoju ekonomicznego kraju a udziałem publicznych pieniędzy w finan-

Tabela 3.1. *Dominujące formy własności wśród dostawców w służbie zdrowia, kraje OECD, 1992*

Kraj	Dominujący dostawca (1)	Dominujące źródło finansowania (2)	Uwagi (3)
Dania Finlandia Grecja Hiszpania Irlandia Islandia Norwegia Portugalia Szwecja Wielka Brytania	Publiczny	Opodatkowanie	
Austria Belgia Francja Japonia Luksemburg Niemcy	Publiczny i prywatny	Ubezpieczenie społeczne	
Włochy	Publiczny	Prawie równy udział ubezpieczenia społecznego i opodatkowania	
Holandia Kanada	Prywatny	Ubezpieczenia społeczne i prywatne	
Turcja	Publiczny i prywatny	Brak dominującego źródła finansowania	
Stany Zjednoczone Szwajcaria	Prywatny	Ubezpieczenie prywatne	Pokrycie kosztów opieki nad osobami starszymi i biednymi (23 procent populacji) z wpływów podatkowych i ubezpieczenia społecznego

Uwaga: Tabela stosuje terminologię wykorzystywaną w źródle danych. Termin „publiczny" odnosi się zasadniczo do własności państwowej, ale nie można wykluczyć, że obejmuje on również organizacje będące własnością instytucji nie ukierunkowanych na zysk.
Źródło: OECD (1994a: 11)

sowaniu służby zdrowia. Analiza światowych trendów w tym obszarze, począwszy od drugiej wojny światowej, ujawnia jednak, że kraje o wysokich dochodach wykazują skłonność do przeznaczania większej części funduszy publicznych na wydatki w służbie zdrowia[2].

[2] Według danych Banku Światowego z połowy lat dziewięćdziesiątych, elastyczność

Tabela 3.2. *Uzupełniające formy własności w usługach zdrowotnych, kraje OECD, lata dziewięćdziesiąte*

Kraj	Dominujący dostawca (1)	Część całkowitej liczby łóżek szpitalnych przypadająca na sektor prywatny, 1997 (2)	Uwagi (3)
Dania	Publiczny	0,7	20 procent opieki pozaszpitalnej jest dostarczane przez prywatnych lekarzy
Finlandia		4,7[2]	
Grecja		29,6[1]	
Hiszpania		32,5[2]	
Norwegia		0,1	
Portugalia		21,7	
Szwecja		23,6	8 procent lekarzy praktykuje wyłącznie prywatnie i 40 procent wszystkich stomatologów pracuje na prywatnych praktykach
Wielka Brytania		3,7[3]	
Włochy		21,9[1]	
Austria	Publiczny i prywatny	30,3	51 procent lekarzy praktykuje prywatnie[5]
Belgia		61,9[4]	
Francja		35,2	
Japonia		65,2	
Niemcy		51,5	
Turcja		5,2	70 procent stomatologów i 32 procent innych specjalistów praktykuje prywatnie
Holandia	Prywatny	85,0	
Kanada		0,9	
Stany Zjednoczone		66,8	

Uwagi:
[1] 1996. [2] 1995. [3] 1993. [4] 1992. [5] 1989

Źródła: Informacje o dominujących dostawcach pochodzą z tabeli 3.1. Dane na temat części łóżek szpitalnych przypadających na dostawców prywatnych pochodzą z OECD (1999b). Pozostałe dane zostały zebrane w OECD (1992, 1993: 276-7).

---

dochodowa dla udziału funduszy publicznych w finansowaniu służby zdrowia wynosi 1.21, sugerując, że udział pieniędzy publicznych wzrasta wraz ze wzrostem dochodu krajowego (Schieber i Maeda 1999:99). Patrz także Kornai i McHale (w druku). Do kwestii tej powrócimy w rozdziale 7.

Tabela 3.3. *Uzupełniające formy finansowania usług służby zdrowia, wybrane kraje OECD, 1992*

Kraj	Dominujące źródło finansowania (1)	Część wydatków na służbę zdrowia nie finansowana z funduszy publicznych (1992 w %) (2)	Część populacji posiadająca prywatne ubezpieczenie (w %) (3)	Uwagi dotyczące warunków prywatnego ubezpieczenia (4)
Dania	Opodatkowanie	18	26	
Finlandia		20,7	<10	
Grecja		23,9	...	
Hiszpania		19,5	10	
Irlandia		23,9[1]	30	Publiczny ubezpieczyciel – monopolista oferujący ubezpieczenie prywatne
Islandia		14,8	...	
Norwegia		5,2	Marginalny	
Portugalia		30,2	5	
Szwecja		14,4	Marginalny	
Wielka Brytania		15,6	11	
Austria	Ubezpieczenie społeczne	34,8	38	
Belgia		11,1	70	
Francja		25,2	80	
Japonia		28,8	Marginalny	
Luksemburg		8,6[2]	Marginalny	Jedynie w przypadku dopłaty i wyjazdu zagranicznego
Niemcy		28,5	10	Pełne zabezpieczenie kosztów dla osób z wysokimi dochodami.
Włochy	Prawie równy udział ubezpieczenia społecznego i opodatkowania	24,8	...	
Holandia	Ubezpieczenie społeczne i prywatne	23,4	32	
Kanada		27,3	...	
Stany Zjednoczone	Ubezpieczenie prywatne	54,3	70,1	Zasadniczo zależne od zatrudnienia; 16 procent populacji nie ma ubezpieczenia
Szwajcaria		32,1	35,2	

Tabela 3.3. *(ciąg dalszy)*

Kraj	Dominujące źródło finansowania (1)	Część wydatków na służbę zdrowia nie finansowana z funduszy publicznych (1992 w %) (2)	Część populacji posiadająca prywatne ubezpieczenie (w %) (3)	Uwagi dotyczące warunków prywatnego ubezpieczenia (4)
Turcja	Brak dominującego źródła finansowania	34,3[2]	0,5	

Przypisy:
[1] 1991. [2] 1990. Dane wykluczają byłą NRD.
Źródła: Informacje na temat dominującego źródła finansowania pochodzą z tabeli 3.1. Kolumna (2): OECD (1994a: 38). Kolumna (3) i (4): dane zebrane z OECD (1992, 1994a), a dla Stanów Zjednoczonych, US Census Bureau (Amerykańskie Biuro Spisu Powszechnego), cytowane przez Kuttnera (1999).

Wydaje się, że nie ma prostego, jednoznacznego wytłumaczenia tak szerokiego rozproszenia udziałów poszczególnych form własności i różnych mechanizmów ekonomicznych. Tabela 3.1 obejmuje kraje pokrewne kulturalnie i podobne pod względem poziomu rozwoju, które jednak znajdują się w różnych kategoriach (na przykład Belgia i Holandia), podczas gdy kraje różniące się kulturalnie i pod względem poziomu rozwoju (jak Dania i Grecja) znajdują się w tych samych kategoriach. Najbardziej prawdopodobna hipoteza tłumaczy tę heterogeniczność następująco: bieg historii każdego kraju, dynamika konkurencji między partiami i ruchami politycznymi, trendy rozwoju gospodarczego, konflikty i współistnienie klas społecznych oraz stratyfikacja społeczna, relacje między pracodawcami i pracownikami i wiele innych czynników – wszystko to razem przyczyniło się do ukształtowania specyficznego systemu instytucji i organizacji w służbie zdrowia. Gdy jakiś kraj podjął już określoną ścieżkę rozwoju, trudno mu z niej zejść. Zmiana kierunku nie jest niemożliwa, ale wcześniejsze warunki zawsze ściśle ograniczają każdy następny krok[3]. W przypadku Francji czy Niemiec ciężko byłoby porzucić ideę powszechnego ubezpieczenia społecznego, ale niewiele łatwiej byłoby je wprowadzić w Stanach Zjednoczonych.

[3] Pogląd ten jest aktualnie utrzymywany przez historyków gospodarczych i teoretyków ekonomii, którzy podkreślają „zależność od ścieżki" rozwoju na poprzednim etapie. Nie liczą się tylko stan początkowy i cel. Również to, co się stanie „na ścieżce", odgrywa decydującą rolę. Patrz Arthur (1989), Krugman (1994) i Stark (1992).

Tabela 3.4. *Realny Produkt Krajowy Brutto per capita, wydatki na cele zdrowotne jako procent PKB i udział funduszy publicznych w wydatkach na cele zdrowotne 1992, porównanie międzynarodowe*

Kraj	PKB *per capita* (w tysiącach dolarów amerykańskich) (1)	Wydatki na cele zdrowotne jako procent PKB (2)	Udział funduszy publicznych w wydatkach na cele zdrowotne jako procent całkowitych wydatków na cele zdrowotne (THE) (3)
Luksemburg	33,1	7,0	91,8
Stany Zjednoczone	29,4	13,9	46,4
Norwegia	26,8	7,5	82,2
Szwajcaria	26,0	10,0	69,9
Dania	25,5	8,0	83,8
Islandia	24,9	7,9	83,8
Japonia	24,6	7,2	79,9
Kanada	23,7	9,2	69,8
Belgia	23,2	7,6	87,6
Austria	23,1	8,3	73,0
Holandia	22,6	8,5	72,6
Australia	22,6	8,4	66,7
Niemcy	22,1	10,7	77,1
Francja	21,3	9,6	74,2
Włochy	21,3	7,6	69,9
Finlandia	20,5	7,4	76,0
Irlandia	20,4	6,3	76,7
Wielka Brytania	20,4	6,8	84,6
Szwecja	20,4	8,6	83,3
Nowa Zelandia	17,9	7,6	77,3
Hiszpania	16,0	7,4	76,1
Portugalia	14,6	7,9	60,0
Korea Płd.	14,5	6,0	45,5
Grecja	13,9	8,6	57,7
Czechy	13,1	7,2	91,7
Węgry	9,9	6,5	69,1
Meksyk	7,7	4,7	60,0
Polska	7,5	5,2	90,4
Turcja	6,5	4,0	72,8

Uwagi:

[1] Mierzone według parytetu siły nabywczej (PPP). Parytet siły nabywczej pozwala dostosować różnice w koszcie życia w różnych krajach przez porównanie cen stałego koszyka dóbr. Koszyk dóbr wykorzystywany do tego dostosowania jest szerokim miernikiem dóbr, które konstruują PKB, nie są zaś dobrami związanymi tylko ze zdrowiem. Tak więc różnice w wydatkach na cele zdrowotne odzwierciedlają różnice w zasobach poświęcanych na wydatki na cele zdrowotne niż raczej różnicę w jakości dóbr związanych ze zdrowiem. Różnice w zasobach są niedoskonałym wskaźnikiem różnic ilościowych w sytuacji, gdy relatywna cena dóbr związanych ze zdrowiem różni się między krajami.

[2] THE = Total Health Expenditure (całkowite wydatki na cele zdrowotne).

Źródło: OECD (1999b).

Pamiętając o tej różnorodności i „zależności od ścieżki", warto mimo to rozważyć podstawowe cechy charakterystyczne kilku systemów służby zdrowia, które okazały się szczególnie wpływowe, zarówno jako przykłady jak i antyprzykłady dla osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki w służbie zdrowia w innych częściach świata. Wprowadzamy tu typologię sześciu „modeli". Każdy charakteryzuje się specyficzną konfiguracją atrybutów i może być zidentyfikowany z określonym krajem[4]. Wszystkie kraje, do których odwołano się w typologii, dokonały kilkakrotnej zmiany swoich mechanizmów służby zdrowia w historii i nadal przeprowadzają reformy, lecz wciąż ucieleśniają główne atrybuty sześciu modeli. Były one pionierami, co usprawiedliwia nazwanie tych modeli ich nazwami.

Pięć z sześciu modeli podsumowano w tabeli 3.2.

1. Model brytyjski: publiczna służba zdrowia (The National Health Service)

Jego pionierem była Wielka Brytania; system ten w swojej „czystej" formie łączy państwowe instytucje opieki zdrowotnej po stronie podaży z państwowym finansowaniem głównych przychodów po stronie popytu. W systemie tym kładzie się nacisk na powszechny i równy dostęp do podstawowych usług zdrowotnych. Szpitale publiczne, ambulatoria i przychodnie są zasadniczo finansowane za pomocą systemu budżetów i pensji. Rząd występuje w podwójnej roli: nabywcy usług w imieniu pacjentów i właściciela-operatora organizacji dostarczających usługi. System ten nosi również nazwę „zintegrowanego modelu publicznego", która podkreśla kombinację *publicznego* finansowania i *zintegrowanej* roli nabywcy i dostawcy (OECD 1992)[5]. System taki może charakteryzować publiczną, ogólnokrajową służbę zdrowia lub jedynie jej części składowe[6]; może być także łączony z dobrowolnym ubezpieczeniem uzupełniającym w przypadku usług, których koszty nie są pokrywane.

---

[4] Ta część opiera się na następujących źródłach: OECD (1992) i Hsiao (1999).

[5] Począwszy od 1989 roku, gdy rozpoczęto reformy w Wielkiej Brytanii, państwo to odeszło od czystego zintegrowanego modelu publicznego na rzecz publicznego modelu kontraktowego (omówionego poniżej), w którym role nabywcy i dostawcy odseparowano od siebie.

[6] Na przykład Amerykański Departament ds. Weteranów reprezentuje publiczny zintegrowany model w obrębie bardziej pluralistycznego modelu służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych.

2. Model kanadyjski: narodowe ubezpieczenie zdrowotne

Model ten obejmuje ogólnokrajowe (narodowe) ubezpieczenie zdrowotne z pakietem standardowych „korzyści" finansowanych z pieniędzy publicznych, (regionalną) pojedynczą instytucję – płatnika i prywatnych dostawców usług. W przeciwieństwie do modelu brytyjskiego, funkcje nabywcy i dostawcy są odseparowane, chociaż funkcje sponsora i ubezpieczyciela są zintegrowane w jednym regionalnym nabywcy (zarządzanym przez rządy prowincji). Każda kanadyjska prowincja prowadzi program obowiązkowego ubezpieczenia swoich obywateli według wskazań rządu federalnego, płacąc niezależnym dostawcom – przeważnie w systemie honorarium – za usługę (FFS). Również ten system kładzie nacisk na powszechny i równy dostęp do podstawowych usług zdrowotnych i może być łączony z dobrowolnym uzupełniającym ubezpieczeniem, zabezpieczającym pokrycie kosztów dodatkowych usług.

3. Model niemiecki: ubezpieczenie społeczne

System ten powstał w XIX wieku, w epoce Bismarcka. Łączy on finansowanie za pomocą obowiązkowego ubezpieczenia po stronie popytu z pluralistyczną dostawą usług po stronie podaży[7]. Funkcjonowanie ubezpieczenia jest bardziej zdecentralizowane niż w modelu kanadyjskim; mamy tu do czynienia z wieloma funduszami chorobowymi, które kumulują ryzyko (pool) według kryterium branży czy regionu, a które w wielu przypadkach mogą konkurować o klientów. Aby zabezpieczyć solidarność, pakiet usług refundowanych w ramach ubezpieczenia jest standardowy we wszystkich funduszach chorobowych. Pacjenci zasadniczo mają swobodę wyboru dostawców, a fundusze chorobowe działają jako ubezpieczyciele-nabywcy w stosunku do dostawców publicznych i prywatnych. Systemy takie jak ten, które łączą *publiczne* (ubezpieczenie społeczne) finansowanie z *kontraktowaniem* pomiędzy nabywcą (nabywcami) i dostawcami (raczej nie mamy tu do czynienia ze zintegrowaną dostawą), są znane również jako „model kontraktów publicznych" (ang. *public contract models*) (OECD 1992). Podobnie jak w większości innych systemów, ubezpieczenie społeczne może być łączone z dobrowolnym ubezpieczeniem na wypadek korzystania z usług nie objętych ubez-

[7] Przed okresem socjalistycznym system ubezpieczenia społecznego podobny do niemieckiego funkcjonował w krajach Europy Wschodniej przez kilka dziesięcioleci, na przykład na terytorium dzisiejszych Czech (OECD 1998a), w Polsce (Koronkiewicz i Karski 1997) i w Słowenii (Tóth 1997).

pieczeniem obowiązkowym, lub gdy się chce wykorzystywać całą gamę usług w przypadku tych osób, które mogą wycofać się z obowiązkowego systemu (jak obywatele o wysokich dochodach w Niemczech).

4. Model amerykański: dobrowolne ubezpieczenie

System opieki zdrowotnej może opierać się na dobrowolnym zakupie ubezpieczenia zdrowotnego, tworzącego większy zakres swobody dla indywidualnego wyboru, wolności i odpowiedzialności kosztem powszechnego dostępu i solidarności społecznej. Pierwszorzędnym przykładem są tu Stany Zjednoczone i ich system opieki zdrowotnej. Chcielibyśmy jednak podkreślić, że wyrażenie „model amerykański" nie jest w rzeczywistości zbyt dokładne. Udział dobrowolnych ubezpieczeń jest tu ogromny i jest to wyróżniająca cecha systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, lecz prawie połowa funduszy pochodzi ze źródeł publicznych. Specyficzne problemy amerykańskiego sektora zdrowotnego rozważymy bardziej szczegółowo w dalszej części rozdziału.

Warto zwrócić uwagę na Holandię, która w ostatnich latach wprowadziła reformę przybliżającą mechanizm jej służby zdrowia do amerykańskiego w kategoriach „możliwość wyboru" i „bodźce" (van de Ven i inni 1994), chociaż zachowano obowiązkowy charakter ubezpieczenia zdrowotnego. Reformy oparto na teorii regulowanej konkurencji, koncepcji stworzonej przez amerykańskiego ekonomistę specjalizującego się w zagadnieniach zdrowotnych, Alaina Enthovena (1978), ale w pełni w Stanach Zjednoczonych nie zrealizowanej[8].

5. Model singapurski: medyczne konta oszczędnościowe

Singapur był pionierem systemu łączącego szczególny wariant finansowania publicznego, obowiązkowych wkładów na indywidualne medyczne konta oszczędnościowe z pluralistycznym systemem dostawy[9]. Pacjenci wykorzystują fundusze ze swoich medycznych kont oszczędnościowych do kupowania usług zdrowotnych od konkurujących prywatnych

[8] Regulowana konkurencja przewiduje efektywne „zarządzanie" przez sponsora działającego w imieniu konsumentów, w tym wybór dostawców ubezpieczenia zdrowotnego, działanie na rzecz cenowej elastyczności popytu, przeciwdziałanie niekorzystnej selekcji i selekcji ryzyka za pomocą standaryzowanego pakietu korzyści i płatności dostarczanych do ryzyka. Na niej właśnie opierał się odrzucony program Clintona. Kolumbia również starała się zastosować uregulowaną konkurencję w swojej służbie zdrowia.

[9] Także Chiny przyjęły system medycznych kont oszczędnościowych w trwającej właśnie reformie sektora zdrowotnego. Eksperymenty z kontami tego typu mają miejsce również w Stanach Zjednoczonych.

i publicznych dostawców. System ten kładzie silny nacisk na indywidualną odpowiedzialność i możliwość wyboru. Ponieważ kumulowanie ryzyka jest rzeczą konieczną w przypadku wielkich „katastroficznych" wydatków, takich jak hospitalizacja, Singapurczycy są zobligowani do zakupu ubezpieczenia na wypadek takich katastrof, a pieniądze na opłacanie składek na to ubezpieczenie pochodzą z ich medycznych kont oszczędnościowych. Aby ograniczyć tendencję do kreowania nierówności, jaką rodzi taki system „indywidualnego nabywcy-ubezpieczyciela", Singapur intensywnie subsydiuje niektóre kategorie dostawców publicznych (na przykład określone oddziały w szpitalach publicznych), co ma na celu promocję równego dostępu do podstawowych usług.

6. Model radziecki: publiczna dostawa opieki zdrowotnej

Model ten jest omówiony bardziej szczegółowo w rozdziale czwartym, a został wymieniony w tym miejscu, aby powyższa lista była kompletna.

Gospodarki w okresie transformacji mogą wyciągnąć lekcje z tej różnorodności, a wnioski nasuwają się automatycznie.

Po pierwsze, nie istnieje żaden „kraj modelowy", reprezentujący „rozwinięty Zachód", którego przykładem mogą bez wahania podążać inne kraje. Nawet identyfikacja kraju, który mógłby być postrzegany jako wzór lub przykład do naśladowania, opiera się na ocenie wartości. Osobom odpowiedzialnym za kształtowanie polityki w sektorze zdrowia zalecalibyśmy wzięcie pod uwagę zastosowanie różnych aspektów wielu systemów, aby móc skonstruować spójny i najbardziej odpowiedni system dla ich własnego kraju.

Po drugie, należy zwrócić szczególną uwagę na historyczny punkt startu każdego kraju postsocjalistycznego: mechanizm służby zdrowia stworzony i ustalony w latach istnienia systemu socjalistycznego. Tylko ten może być poddany transformacji; nie może on i nie powinien być rozdzierany na kawałki, zanim nie zrodzi się alternatywny system, który zajmie jego miejsce. Ostrzeżenie to wiąże się z zasadą siódmą, która wymaga, aby instytucje i jednostki miały czas konieczny do przystosowania się do nowej sytuacji.

Tabele 3.1–3.4 prezentują statyczny obraz stanu mechanizmów służby zdrowia w krajach rozwiniętych we wczesnych latach dziewięćdziesiątych. Obraz ten wygląda na dosyć złożony. Podjęte ostatnio i wciąż trwające reformy systemów służby zdrowia w większości uprzemysłowionych demokracji różnią się między sobą pod wieloma względami. Należy jednak zadać pytanie: czy można było zaobserwować i czy

dostrzegamy w chwili obecnej jakikolwiek ruch we wspólnym kierunku? Czy obecne lub przewidywane reformy zbliżają się do wspólnego modelu?

Niektórzy obserwatorzy mogliby odpowiedzieć na to pytanie twierdząco (na przykład Besley i Gouveia 1994), lecz ostrożniejsze byłoby stwierdzenie, że mamy do czynienia z rozpowszechnionymi tendencjami, ale daleko im do uniformizacji czy wszechobecności. Z tego choćby punktu widzenia warto odseparować rozwinięte kraje europejskie od innych krajów OECD, szczególnie zaś od Stanów Zjednoczonych.

W przypadku większości uprzemysłowionych demokracji europejskich, żywe (i słuszne) poczucie solidarności społecznej w służbie zdrowia podtrzymało dominującą rolę państwa czy quasi-państwowego sektora zarówno w dziedzinie finansowania, jak i dostawy. Pomimo to w ostatnich latach pojawiają się różne formy prywatnej dostawy usług zdrowotnych i prywatnych ubezpieczeń. Daleko im do dominacji, ale przestały mieć całkowicie marginalny charakter. We Francji, na przykład, gdzie działania państwa mają długą tradycję, dwie trzecie szpitali i jedna trzecia łóżek szpitalnych nie należy do państwa, a 83 procent populacji posiada uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne (OECD 1993). W Niemczech 48 procent szpitali jest własnością publiczną, zaś reszta należy do organizacji niedochodowych lub prywatnych (patrz tabela 3.2).

„Quasi-rynkowe" i „quasi-prywatne" formy rosną w siłę również w sektorze publicznym. Na przykład lekarze pierwszego kontaktu mogą otrzymywać fundusz od organizacji zajmującej się opieką zdrowotną, z którego „zarządzają" całkowitymi wydatkami powierzonych czy przypisanych im pacjentów[10]. Podczas gdy szpitale publiczne mogą pozostawać własnością państwa, wzrastać może niezależność ich kadry zarządzającej. Jednocześnie na wydatki państwowych instytucji nakładane są ograniczenia, które usztywniają ich ograniczenie budżetowe. Tabela 3.5 zawiera przegląd quasi-rynkowych reform wdrożonych w krajach OECD[11].

Inne tendencje miały charakter organizacyjny, taki jak odseparowanie ról nabywcy i dostawcy lub ustanowienie lekarzy pierwszego kontaktu „strażnikami" pacjentów, strzegącymi przed nimi „wrót" służby zdrowia;

---

[10] Patrz dyskusja na temat „General Practicioner Fundholding" w rozdziale 2, przypis 26.

[11] Wszystko to sprawia, że Czesi, Polacy i Węgrzy, którzy obserwowali lub uczestniczyli w debatach na temat reformy w systemie socjalistycznym i doświadczyli tych quasi-reformatorskich eksperymentów, mają nieodparte wrażenie *déjá vu*. Zetknęli się już oni z każdą formą i każdym wariantem reformy w swoim życiu, jeśli nie służby zdrowia, to w „biznesowej" sferze gospodarki.

pacjenci muszą uzyskać skierowanie od ich lekarza pierwszego kontaktu, zanim udadzą się po poradę czy opiekę specjalisty (z wyjątkiem nagłych przypadków)[12]. Statystyczna analiza wydatków krajów OECD na służbę zdrowia, zarówno w jakimś punkcie czasowym jak i w danym okresie, ujawnia, że „strażnicza" rola lekarzy pierwszego kontaktu ma związek z obniżaniem kosztów opieki zdrowotnej, kontrolą dochodu per capita i innymi demograficznymi i instytucjonalnymi cechami systemów służby zdrowia (Gerdtham i Jönsson 2000: 46)[13].

Bodźce w systemie płatności również wykazały pewne zbieżności. Większość krajów rozwiniętych wymaga ograniczonych dopłat ze strony pacjentów, radząc sobie w ten sposób z dylematem popytowych bodźców wydajności *kontra* dywersyfikacja ryzyka i solidarność. Na poziomie zagregowanym bezpośrednie wydatki z kieszeni konsumentów zazwyczaj stanowią mały, ale znaczący procent całkowitych krajowych wydatków na cele zdrowotne (patrz tabela 3.6). Jedynie kilka krajów – Korea Południowa, Portugalia, Turcja i Szwajcaria – wymagają wysokich udziałów strony popytowej w kosztach[14]. Tabela 3.7 prezentuje listę systemów opłacania dostawcy w wybranych krajach, ilustrując fakt, że wiele z nich wprowadziło udział strony podażowej w kosztach (dzielenie ryzyka) i mieszane systemy płatności[15]. Kilka krajów wdrożyło dostosowanie ryzyka, głównie w latach dziewięćdziesiątych i przy wykorzystaniu prostych modyfikatorów ryzyka, takich jak wiek i płeć, często łączonych z różnymi innymi sposobami dzielenia ryzyka (patrz tabela 3.8).

---

[12] Jak wyjaśniono w rozdziale 2, wysoki udział strony podażowej w kosztach w szerokich kategoriach usług opieki zdrowotnej, tak jak w przypadku systemu pogłównego, zarówno dla opieki szpitalnej jak i pozaszpitalnej, jest silnym bodźcem, skłaniającym dostawców do kontrolowania kosztów za pomocą takich posunięć jak ustanowienie „strażników". Ten rodzaj działań pozwala zredukować dublującą się lub zbędną opiekę zdrowotną.

[13] Jest to zgodne z dowodami dostarczanymi nam przez Stany Zjednoczone, gdzie organizacje ochrony zdrowia (HMOs) (które prawie zawsze posługują się „strażnikami") obniżyły swoje wydatki o 10 procent w stosunku do systemu FFS (honorarium – za – usługę), przystosowując się do różnic w zdrowiu populacji pacjentów w dwóch rodzajach planów (Cutler i Zeckhauser 2000: 604).

[14] Zauważmy, w związku z tym, że tabela 3.6 prezentuje listę wydatków z kieszeni konsumentów jako procent całkowitych wydatków: zawiera ona nie tylko dopłaty pacjentów za podstawowe usługi, ale również wydatki własne za usługi dobrowolne (jak operacje plastyczne), w przypadku których konflikt z zasadą solidarności jest znacznie mniejszy.

[15] Ten mieszany system płatności, oparty na modelu DRG, jest niezmiernie atrakcyjny, co uwidacznia się w jego przyjęciu w wielu krajach (lub w poważnych planach jego przyjęcia), poza Stanami Zjednoczonymi także w Niemczech, Francji, Wielkiej Brytanii, Kanadzie, Australii, Austrii, Belgii, Danii, Finlandii, na Węgrzech, w Irlandii, Norwegii, Portugalii, Hiszpanii, Szwecji i Szwajcarii (OECD 1994a: 46).

Tabela 3.5. *Wybrane reformy wdrożone w krajach OECD od roku 1984*

Kraj	Zmiany	Udział w kosztach usług służby zdrowia, 1993 (jeśli nie został wykazany w inny sposób)
Australia	Wprowadzenie udziału strony popytowej w kosztach[1]	16 procent wydatków na cele zdrowotne z bezpośrednich płatności konsumentów w latach 1989–1990
Austria		Wydatki na opiekę szpitalną 6 dolarów amerykańskich dziennie, przeciętnie 21,5 procent ceny leków
Finlandia[4,5]		Opłata maksymalna za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu w wysokości 50 marek fińskich, z górnym ograniczeniem lub rocznym odpisem 100 marek fińskich; opieka pozaszpitalna 125 marek fińskich za wizytę; 20 procent całkowitych wydatków na cele zdrowotne z bezpośrednich płatności (1997).
Islandia		Koszt wizyty u lekarza pierwszego kontaktu maksymalnie 9 dolarów amerykańskich za wizytę; specjalistyczna opieka pozaszpitalna i zwykła opieka pozaszpitalna 17 dolarów amerykańskich plus 40 procent reszty kosztów za wizytę.
Japonia		Udział w kosztach jako procent sumy rachunku: Zatrudnieni 10 procent Osoby pozostające na utrzymaniu 20 procent Osoby prowadzące samodzielną działalność 30 procent
Luksemburg		Opieka lekarza pierwszego kontaktu i specjalistyczna opieka pozaszpitalna 5 procent, leki 20 procent
Norwegia		Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu 11 dolarów amerykańskich za wizytę; specjalistyczna opieka pozaszpitalna 16 dolarów amerykańskich za wizytę
Portugalia		Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu i specjalistyczna opieka ambulatoryjna 10 procent
Szwecja		10,7 procent wydatków na cele zdrowotne z bezpośrednich płatności wnoszonych przez konsumentów w 1989
Szwajcaria		Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu i specjalistyczna opieka pozaszpitalna maksymalnie 6-19 dolarów amerykańskich za wizytę, opieka szpitalna 8 dolarów amerykańskich dziennie.
Dania Finlandia[4] Irlandia Włochy Szwecja Wielka Brytania	Płatność lekarzowi pierwszego kontaktu częściowo oparta na systemie pogłównego, zamiast pełnej kompensacji właściwej systemowi FFS 2	

cd. **Tabeli 3.5.**

Kraj	Zmiany	Udział w kosztach usług służby zdrowia, 1993 (jeśli nie został wykazany w inny sposób)
Australia Austria Norwegia Portugalia Szwecja		
Australia Austria Norwegia Portugalia Szwecja	Płatności szpitalom na podstawie systemu płatności opartych na przypadku, podobnie jak w systemie DRG zamiast rocznych budżetów lub płatności per diem	
Dania Grecja Norwegia Szwecja	Korzystanie ze szpitali prywatnych jako sposobu zredukowania okresów oczekiwania na przyjęcie do szpitala[3]	

Źródła: [1] OECD (1994a: 18). [2] OECD (1994a: 24, 42). [3] OECD (1994a: 20). [4] Fińskie Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia (1996). [5] OECD (1999b).

Tabela 3.6. *Płatności z kieszeni konsumentów, wybrane kraje OECD, 1997*

Kraj	Płatności z kieszeni konsumentów jako procent całkowitych wydatków na cele zdrowotne (THE)
Austria	25,1[1]
Czechy	8,3
Dania	12,6[1]
Finlandia	19,9
Francja	12,6[6]
Irlandia	12,9[2]
Islandia	16,2
Kanada	16,5
Korea	52,0[2]
Luksemburg	7,0
Niemcy	10,8[2]
Nowa Zelandia	23,5[1]
Portugalia	44,6[2]
Stany Zjednoczone	17,2
Szwajcaria	29,8[2]
Turcja	31,7[1]
Węgry	15,1[1]
Wielka Brytania	2,7[2]

Uwagi: THE = Total Health Expenditure / całkowite wydatki na cele zdrowotne
[1] 1996.
[2] 1995.
Źródło: OECD (1999b).

Tabela 3.7. *Systemy opłacania dostawców, wybrane kraje, lata dziewięćdziesiąte*

Kraj	Opieka podstawowa („pierwszy kontakt")	Specjaliści w opiece pozaszpitalnej	Opieka szpitalna
Australia	FFS/FFS (honorarium za usługę)	FFS	Budżety z indeksowanymi górnymi ograniczeniami kosztów, niektóre stany przyjmują płatności oparte na przypadku
Kanada	FFS, z globalnym budżetem dla stowarzyszenia lekarzy, negocjowanym przez prowincje		Budżety i pensja
Dania	28-procentowe pogłówne, 63-procentowe FFS, 9-procentowe dodatki	Pogłówne i FFS	Budżety globalne
Niemcy	FFS, z globalnym budżetem dla stowarzyszenia lekarzy; system punktów przypisywanych za usługę, z systemem wartości za punkt obniżanym, jeśli budżet zostanie przekroczony		Budżety celowe i płatności oparte na przypadku
Japonia	FFS	FFS	FFS (projekt demonstracyjny płatności opartej na przypadku)
Korea	FFS	FFS	FFS/j.w.
Holandia	FFS w przypadku wyższych dochodów; pogłówne (dostosowane do wieku) w przypadku niższych dochodów; kumulacja *ex ante* wyższego ryzyka	FFS i pensja	Budżety globalne, negocjowane regionalnie
Nowa Zelandia	FFS, pogłówne, budżetowanie	Kontrakty i FFS	Kontrakty i FFS
Norwegia	Pogłówne, pensje i FFS	FFS i pensja	Globalne budżety
Hiszpania	Pensje i pogłówne (dostosowane do wieku)	Pensja	Globalny budżet dla szpitali „bezpieczeństwa socjalnego"; *per diem* dla innych szpitali
Szwecja	Pensje w przypadku publicznych dostawców; mieszane płatności w niektórych regionach	Pensja + budżet	Budżety
Wielka Brytania (po reformach 1989 roku)	Pogłówne (dostosowane do wieku) i FFS; GP/lekarze ogólni dysponujący funduszami po reformach 1989 roku; grupy opieki podstawowej prowadzone przez lekarzy ogólnych jako dyspozytorów funduszy po reformach roku 1989	Kontrakty i FFS	Kontrakty i FFS

Tabela 3.7. *(ciąg dalszy)*

Kraj	Opieka podstawowa („pierwszy kontakt")	Specjaliści w opiece pozaszpitalnej	Opieka szpitalna
Stany Zjednoczone	FFS (oparta na zasobach skala względnej wartości); pogłówne z umowami dotyczącymi podziału ryzyka itp.	Zasadniczo FFS	Zasadniczo oparta na przypadkach (DRGs)

Źródła: Greiner i Schulenburg (1997); Hakansson i Nordling (1997); Krasnik i Vallgarda (1997); Maarse (1997); Saltman i Figueras (1997); Hall (1999); Ikegami i Campbell (1999); Liu i Jakab (1999); Naylor (1999); OECD (1999b).

Opinia publiczna w uprzemysłowionych demokracjach w kwestii reformy służby zdrowia jest dość podzielona. Dane w tabeli 3.9 dają tego obraz. Jedynie mniejszość respondentów w pięciu badanych krajach (między 9 a 25 procent) uważa, że istniejący mechanizm jest zadowalający i potrzebuje jedynie małych przekształceń. Reszta widzi potrzebę fundamentalnych reform lub radykalnej przebudowy całego systemu. Sposób sformułowania pytań nie pozwalał respondentom na wyrażenie, w jakim *kierunku* chcieliby, aby zmiany się odbywały. Pięć krajów objętych badaniem reprezentuje przynajmniej trzy „modele", nawiązując do klasyfikacji przedstawionej wcześniej w tym rozdziale. Stosunek zadowolonych do niezadowolonych respondentów różni się nieznacznie między krajami, ale krytycyzm mógł pochodzić w jednym kraju z „prawej", w drugim zaś z „lewej" strony.

Chociaż badanie opinii publicznej sugeruje, że wielu ludzi popiera ideę wielkich zmian, rzeczywisty ich zakres jest niewielki. Większość podjętych kroków i zastosowanych środków nie przynosi ze sobą radykalnych zmian, jedynie ostrożne, ewolucyjne „zamiany"[16].

Nawet jeśli podobne zmiany będą miały miejsce we wszystkich rozwiniętych krajach europejskich, obraz wciąż pozostanie bardzo heterogeniczny. Jednakże jakiekolwiek prognozowanie może okazać się wielce ryzykowne. Rozwinięte kraje europejskie jako całość będą prawdopodobnie zbliżały się do „mieszanego", wielofilarowego mechanizmu, w którym (1) własność publiczna nie tylko nie posiada monopolu, ale również jej znaczenie będzie maleć, podczas gdy (2) finansowanie z funduszy publicznych pozostanie dominującym, choć już nie jedynym źródłem funduszy

[16] Kierunek reform w uprzemysłowionych demokracjach sugeruje, że ostrożność zalecana przez zasadę siódmą jest stosowana być może w zbyt dosłowny sposób, najwyraźniej z powodu trudności politycznych.

Tabela 3.8. *Dostosowanie i podział ryzyka, wybrane kraje, lata 1972-2000*

Kraj	Rok rozpoczęcia	Obowiązkowe /dobrowolne	Modyfikatory ryzyka	Dzielenie ryzyka
Belgia	1995	Obowiązkowe	Wiek/płeć/region/niepełnosprawność /bezrobocie/śmiertelność	Proporcjonalne dzielenie ryzyka, przynajmniej 85 procent
Kolumbia	1994	Dobrowolne	Wiek/płeć/region	Nie ma (całkowity udział strony podażowej w kosztach)
Czechy	1993	Obowiązkowe	Wiek	Nie ma (całkowity udział strony podażowej w kosztach)
Niemcy	1994	Obowiązkowe	Wiek/płeć/niepełnosprawność	Nie ma (całkowity udział strony podażowej w kosztach)
Irlandia	1996	Dobrowolne	Wiek/płeć/hospitalizacja/ważona z aktualnymi wydatkami	Częściowe; patrz modyfikatory ryzyka
Izrael	1995	Obowiązkowe	Wiek	Ciężkie choroby (6 procent wydatków)
Holandia	1991	Obowiązkowe	Wiek/płeć/region/niepełnosprawność	Oddzielne i proporcjonalne dzielenie ryzyka
Rosja	1993	Obowiązkowe	Wiele różnych regionalnych eksperymentów	
Szwajcaria	1993	Obowiązkowe	Wiek/płeć/region	Nie ma (całkowity udział strony podażowej w kosztach)
Wielka Brytania	1991	Dobrowolne	Wiek/płeć/wcześniejsze wykorzystanie/czynniki lokalne	Dzielenie ryzyka zależne od specyficznych warunków
Stany Zjednoczone				
Medicare	1972	Dobrowolne	Wiek/płeć/region/hrabstwo Status instytucjonalny/status majątkowy	Nie ma (całkowity udział strony podażowej w kosztach)
HMOs (organizacje ochrony zdrowia) w 1997				
HMOs zaczynające działalność w roku 2000	2000	Dobrowolne	Wiek/płeć/region(hrabstwo)/status majątkowy/Główna Diagnoza Szpitalna	Nie ma (całkowity udział strony podażowej w kosztach)

Tabela 3.8. *(ciąg dalszy)*

Kraj	Rok rozpoczęcia	Obowiązkowe /dobrowolne	Modyfikatory ryzyka	Dzielenie ryzyka
New York Medicaid	1993	Dobrowolne	Wiek/płeć/region	Dzielenie ryzyka zależne od specyficznych warunków
Ubezpieczenie zdrowotne	1992	Dobrowolne	Płeć/liczba dzieci	Nie ma (całkowity udział strony podażowej w kosztach)
Plan for California			Diagnozy na podstawie systemu 120 Marker Diagnoses	
Minnesota Buyers Health Care Action Group	1997	Dobrowolne	Oparte na diagnozie	W celu powstrzymania strat w przypadkach katastroficznych
Colorado Medicaid	1997	Dobrowolne	Wiek/płeć/region; oparte na diagnozie (System płatności w przypadku niepełnosprawności)	Nie ma (całkowity udział strony podażowej w kosztach)
Washington (stan)	1989	Dobrowolne	Wiek/płeć/status zatrudnienia od 1989	Ograniczone

Źródło: Bertko i Hunt (1988); Dunn (1998); Wilson i inni (1998); van i Ellis (2000).

służby zdrowia i (3) przy próbach pogodzenia interesów konsumenta i dostawcy z celami realizowanej polityki większą uwagę poświęci się bodźcom systemu płatniczego.

Tabela 3.9. *Stosunek opinii publicznej do służby zdrowia, wybrane kraje, 1998*

	Australia	Kanada	Nowa Zelandia	Wielka Brytania	Stany Zjednoczone
Satysfakcja: procent respondentów, którzy powiedzieli					
Cały system funkcjonuje całkiem dobrze, a jedynie niewielkie zmiany są konieczne do jego lepszego funkcjonowania	19	20	9	25	17
W naszym systemie służby zdrowia jest kilka dobrych rzeczy, ale potrzebne są fundamentalne zmiany, aby system działał lepiej	49	56	57	58	46
Nasz system służby zdrowia jest tak zły, że musimy go kompletnie przebudować	30	23	32	14	33
Dostęp: procent tych, którzy donosili o trudnościach w dojściu do specjalistów i konsultacji, gdy tego potrzebowali					
„Ekstremalnie" lub bardzo trudny	14	16	17	10	15
W jakiś sposób trudny	21	30	18	19	24
Niezbyt trudny	25	22	26	30	24
W ogóle nie ma trudności	29	25	30	25	32
Koszt: procent tych, którzy donosili o problemach z płaceniem rachunków medycznych w ostatnim roku					
	10	5	15	3	18

Źródło: Donelan i inni (1998; 208, 210), oparte na danych z raportu Commonwealth Fund z roku 1998 pt. International Health Policy Survey, który badał reprezentatywną próbę krajową około 1000 dorosłych osób w każdym kraju w miesiącach kwiecień – czerwiec 1998.

3.2. Przypadek szczególny: amerykańska służba zdrowia

Zadaniem tej książki nie jest szczegółowe analizowanie mechanizmu ekonomicznego służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych[17]. Jednakże

[17] Na ten temat istnieje bardzo obszerna literatura; czytelnicy chcący poznać temat mogą sięgnąć do Fuchsa (1996), Newhouse'a (1996) i Igleharta (1999).

debaty w krajach postsocjalistycznych zawierają nieustanne odniesienia do tego mechanizmu. Bardzo często jako swoistym „antyprzykładem" posługują się nim obrońcy status quo. Konieczne okazuje się więc przedstawienie kilku jego cech charakterystycznych.

Tabela 3.10. *Struktura własnościowa służby zdrowia, Stany Zjednoczone, w procentach*

Usługa	Jednostki/Data	Publiczne	Niedochodowe	Ukierunkowane na zysk
Wszystkie szpitale	Przyjęcia/1997	18	70	12
Szpitale krótkiego pobytu	Łóżka/1997	17	69	14
Szpitale psychiatryczne	Łóżka/1991	91	3	6
HMOs	Uczestnicy programu/1996	0	42	58
PPOs (organizacje preferowanych dostawców)	Plany/1995	0	20	80
Pozaszpitalne punkty dializy	Punkty świadczenia usług	...	...	65

Źródło: Rose-Ackerman (1996: tabela 4: 710); National Center for Health Statistics (1996); dla wszystkich szpitali i PPOs, Claxton i inni (1997: 12); dla ogólnych danych o uczestnikach HMO, Gebel (1997: 135); dla punktów dializy, Niessenson i Rettig (1999: 72).

Na początku zajmijmy się stroną podażową. Jednym z silnie żywionych przekonań opinii publicznej w wielu gospodarkach w fazie transformacji jest przeświadczenie, że amerykański sektor zdrowia jest silnie zdecentralizowany. Nie istnieje żadna silna, hierarchiczna i biurokratyczna organizacja, która kieruje nim z „jednego centrum". Z drugiej strony błędnie się utrzymuje, że w Stanach Zjednoczonych źródłem dostaw usług zdrowotnych są prawie wyłącznie zorientowane na zysk, prywatne instytucje. Dane na temat form własności w amerykańskiej służbie zdrowia przedstawiają tabele 3.10 i 3.11. Pokazują one, że własność organizacji niedochodowych dominuje w większej części sektora, szczególnie w takich dziedzinach jak opieka szpitalna, którą świadczą liczne szpitale, będące własnością kościołów, fundacji i niestanowych uniwersytetów. Znaczenie sektora prywatnego i zorientowanych na zysk organizacji jest duże, ale bynajmniej nie przytłaczające. Co ciekawe, udział łóżek w szpitalach publicznych wzrastał w okresie przedstawionym w tabeli 3.11 (1980–1996). Struktura własności nie była sztywna. Bardziej szczegółowe dane ujawniają, że wiele szpitali przeszło w inne ręce – szpitale prywatne stały się publicznymi i vice versa (patrz Needleman, Chollet i Lamphere 1997; Melnick, Keeler i Zwanziger 1999).

Tabela 3.11. *Zmiana własności łóżek szpitalnych, Stany Zjednoczone, lata 1980-1996*

Rodzaj szpitala	Procent łóżek szpitalnych w każdej kategorii własności w latach		
	1980	1990	1996
Publiczny	21	18	33
Prywatny	79	82	67
Niedochodowy	...	74	57
Zorientowany na zysk	...	8	10

Źródło: OECD (1999b).

Jeśli chodzi o finansowanie, to obraz jest znacznie dalszy od skrajności, niż się przypuszcza. Wracając do tabeli 3.4, okazuje się, że około 46 procent wydatków na cele zdrowotne pochodzi z funduszy publicznych. Dwoma głównymi komponentami finansowania publicznego są programy ubezpieczeń zdrowotnych dla osób starszych i ubogich, które oficjalnie potrzebują wsparcia opieki społecznej (Medicare i Medicaid). Prócz tego, administracja państwowa dodatkowo wnosi wkłady bezpośrednio przeznaczone na badania medyczne i wykształcenie lekarzy. Jest jednak oczywiste, że źródła prywatne dostarczają znacznie większej części funduszy dla służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych, niż zapewniają one w rozwiniętych krajach europejskich (patrz tabela 3.4).

Jedną z mniej znanych, ale ważną cechą amerykańskiego systemu finansowania jest obecność różnych, specyficznych procesów redystrybucji. Programy ubezpieczeniowe prowadzone przez rząd mają istotne cechy redystrybucyjne. Niektórzy pracodawcy nie odejmują z pensji swoich pracowników zryczałtowanej sumy jako składki ubezpieczeniowej, ale związaną z wysokością płacy składkę ustaloną według przedziałów lub ruchomej skali. Także takie działania implikują redystrybucję, korzystną dla mniej zarabiających pracowników, chociaż zasadniczo system ubezpieczeniowy oparty na zatrudnieniu jest z natury regresywny – narzuca, na przykład, proporcjonalnie większe ciężary na płatników o niższych dochodach[18]. Wiele szpitali wykorzystuje finansowanie mieszane, tzn.

[18] Regresywny charakter amerykańskiego ubezpieczenia opartego na zatrudnieniu wynika z dwóch czynników: wielkiej części pracowników, którzy odejmują *stałą* składkę ubezpieczeniową od pensji (przypomina to stały podatek „od głowy" – *fixed-head tax*, który jest większym obciążeniem dla pracowników zarabiających mniej), a także zwolnienia podatkowego, przyznawanego pracodawcom zapewniającym ubezpieczenie zdrowotne (które obdarza większymi korzyściami pracowników z wyższymi dochodami o wyższych krańcowych stopach podatkowych). Patrz Reinhardt (1998).

przychody uzyskiwane od ubezpieczonych i pacjentów płacących prywatnie, aby pokryć wydatki ponoszone na pacjentów nieubezpieczonych lub na badania[19]. Jednak rosnący nacisk konkurencyjny ogranicza dostawcom możliwości kontynuowania tego typu praktyk.

Przez długi czas dostawa i ubezpieczenie w Stanach Zjednoczonych były całkiem odseparowanymi częściami mechanizmu służby zdrowia. Ubezpieczenie przeważnie pochodziło od prywatnych przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, które refundowały pacjentom koszty ich rachunków medycznych. Nominalnie niektóre składki płacone były przez ubezpieczonych, a niektóre przez pracodawców. W kategoriach ogólnokrajowych te oparte na zatrudnieniu, tradycyjne ubezpieczeniowe umowy kompensacyjne obejmowały bardzo dużą część zatrudnionych.

W ostatnich latach różne zintegrowane lub półzintegrowane formy zdobywają coraz większą popularność (Feldstein 1994; Glied 2000). Ich wspólną cechą jest nadzór ubezpieczyciela lub „zarządzanie" przezeń przebiegiem kuracji w celu wyeliminowania wydatków jego zdaniem zbytecznych, stąd nazwa „zarządzana opieka" (ang. *managed care*). Organizacja może zatrudniać zarówno własnych lekarzy, jak i wchodzić w relacje „kontraktowe" z określonymi dostawcami. W amerykańskiej mowie potocznej określa się je mianem „organizacji zarządzanej opieki" (ang. *managed care organizations*). Tabela 3.12 prezentuje ich główne typy i stopień rozpowszechnienia.

Jedną z ich zintegrowanych form jest HMO (organizacja ochrony zdrowia, ang. *health maintenance organization*), która tradycyjnie zdominowała i reprezentowała „zarządzaną" opiekę. Jak wspomniano we wcześniejszych rozdziałach, HMO łączy funkcję ubezpieczyciela po stronie finansowania z funkcją dostawy podstawowej opieki zdrowotnej po stronie podaży. Wiele HMO ma również swoich własnych lekarzy specjalistów, przynajmniej w najważniejszych specjalizacjach, i posiada lub kontraktuje jeden lub więcej szpitali. Zapisani do niej ludzie mogą wybierać jedynie lekarzy należących do grupy HMO. Prócz tego lekarz zatrudniony przez HMO (lekarz pierwszego kontaktu lub specjalista) decyduje, jaką dalszą opiekę szpitalną lub pozaszpitalną uzyska pacjent lub – bardziej precyzyjnie – jaki rodzaj opieki szpitalnej lub pozaszpitalnej HMO jest gotowe finansować. W tym sensie są one formą zintegrowaną, ale wciąż pozostają zdecentralizowane; decyzje dotyczące kuracji nie są dyktowane przez

[19] Nie jest to specyficznie amerykańskie zjawisko. Podobnie dzieje się w wielu innych krajach.

ogólnokrajową, scentralizowaną organizację. Zamiast tego HMO opiera się na bodźcach organizacyjnych i płatniczych, aby związać interesy indywidualnych dostawców z interesami większej organizacji.

Całkiem niedawno znaczący udział rynkowy zaczęły zdobywać formy „zarządzanej" opieki, które dają pacjentom szerszy zakres możliwości wyboru, takie jak „organizacje preferowanych dostawców" (ang. *preferred provider organizations*, PPO) i „point-of-serviceplans" (patrz tabela 3.12). HMO i inne „zarządzane", zintegrowane organizacje ubezpieczyciela-dostawcy konkurują między sobą i z innymi formami ubezpieczenia.

Tabela 3.12. *Zatrudnienie w różnych rodzajach programów zdrowotnych, Stany Zjednoczone, lata 1987-1995, w procentach*

Rodzaj planu	1987	1990	1993	1995
Niezarządzane FFS	41	5	Marginalne	Marginalne
Zarządzane FFS	32	57	49	27
HMOs	16	20	22	28
PPOs (organizacje preferowanych dostawców)	11	13	20	25
Point – of – service – plans	...	5	9	20

Uwagi: Różnice między „zarządzanymi" i „niezarządzanymi" formami a warunkami dla HMO są wytłumaczone w tekście.

PPO jest skrótem od Preferred Provider Organization. W ramach takiego programu ubezpieczyciel zawiera kontrakty z siecią lub zespołem dostawców na dostawę usług medycznych. Dostawcy są często opłacani na podstawie zdyskontowanych honorariów – za usługę (FFS) w zamian za gwarantowany przepływ pacjentów. Osoby zapisujące się do takiego programu zazwyczaj mają swobodę korzystania z opieki lekarzy spoza sieci związanej z programem, jeśli są gotowe płacić różnicę w kosztach z własnej kieszeni.

Plan point-of-service jest programem „zarządzanej" opieki, który pozwala zapisanym doń osobom na wybór lekarzy nie związanych z programem, jeśli chcą płacić znacznie więcej z własnej kieszeni za taką opiekę.

Źródła: Iglehart (1992: 745) dla lat 1987 i 1990; Jensen i inni (1997: 125) dla lat 1993 i 1995.

Jakie są osiągnięcia i niedociągnięcia obecnego amerykańskiego systemu służby zdrowia? Najbardziej niekorzystną cechą jest to, że w ostatnich latach znaczna część Amerykanów, szacowana na 15 procent lub ponad 40 milionów ludzi, nie ma ubezpieczenia zdrowotnego. Co więcej, mamy do czynienia ze znacznie mniej znanym, ale też i znacznie poważniejszym problemem „niewystarczającego ubezpieczenia", który naraża miliony Amerykanów na wysokie poziomy ryzyka finansowego z powodu wydatków zdrowotnych. W przypadkach życia lub śmierci czy innych ekstremalnych zdarzeń istnieją publiczni i prywatni dostawcy, którzy leczą również i nieubezpieczonych, ale kuracja mniej poważnych chorób

jest często niestosownie odkładana w czasie. W „rutynowych", nie nagłych przypadkach, gdy zajdzie potrzeba skorzystania z usług medycznych, ludzie tacy mogą polegać na instytucjach charytatywnych lub szpitalach i klinikach publicznych, które często są niewyobrażalnie zatłoczone. Badania wykazały, że nieubezpieczeni „uzyskują przeciętnie około 60 procent usług zdrowotnych, jakie uzyskują ubezpieczeni Amerykanie", po skorygowaniu tego wyniku w świetle innych czynników, które mogą tłumaczyć tę różnicę, takich jak dochody czy czynniki demograficzne (Altman, Reinhardt i Shields 1998: 5).

Grupa nieubezpieczonych nie pokrywa się z grupą ubogich oficjalnie zarejestrowanych jako potrzebujący pomocy, ponieważ ci drudzy, jak wspomniano wcześniej, są uprawnieni do korzystania z dotowanej opieki medycznej w ramach programu Medicaid. Większość nieubezpieczonych to „mający kiepską pracę". Jedynie 16 procent nieubezpieczonych w roku 1992 pochodziło z rodzin, w których głowa gospodarstwa domowego nie pracowała; resztę stanowili członkowie rodzin wspieranych przez robotników pracujących w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu (Rowland, Feder i Keenan 1998: 28). Większość z wymienionych znajduje się też ponad „oficjalną" krzywą ubóstwa. Wysoka cena prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego jest zbyt wielką barierą, aby mogli oni zostać objęci ochroną ubezpieczeniową, zapewniającą im pokrycie kosztów opieki. Inni dysponują zarobkami, które mogłyby im pozwolić na ubezpieczenie siebie i swoich rodzin, ale nie udaje im się z różnych powodów wykupić ubezpieczenia. Może mają nadzieję, że nie będą potrzebowali opieki zdrowotnej i wolą wydawać swoje ograniczone środki w inny sposób[20]. Mała liczba nie zdobyła podstawowego poziomu wykształcenia, który pozwoliłby im pojąć potrzebę ubezpieczenia zdrowotnego lub rozważyć ją mimo swoich przekonań religijnych[21]. Inni prawdziwie potrzebujący powstrzymują się z powodu skromności lub dumy, nie pozwalającej im zaakceptować piętna „opieki społecznej", kojarzonego z oficjalną opieką nad biednymi. Bez względu na to, jakie są powody, fakt, że szerokie warstwy społeczne nie mają ubezpieczenia zdrowotnego, przynosi hańbę

---

[20] Wielu ludzi nie wykupuje dobrowolnego ubezpieczenia, ponieważ wiedzą, że prawo zmusza „sieci zdrowotne" do dostarczania darmowej opieki w nagłych przypadkach. Wierzą, że lekarze interpretują „leczenie w nagłym przypadku" wystarczająco szeroko w ich przypadku, jak również, że nie będą potrzebowali dalszej opieki.

[21] W roku 1993 7 procent nieubezpieczonych dorosłych donosiło, że byli nieubezpieczeni z wyboru bądź z powodu swojej „niewiary w ubezpieczenie" (Rowland, Feder i Keenan 1998: 29).

tak bogatemu społeczeństwu jak amerykańskie. Jest to poważny wyłom w drugim postulacie etycznym, zasadzie drugiej – solidarności. Narusza to specyficzne pojęcie egalitaryzmu, które wymaga, aby każdy miał dostęp przynajmniej do podstawowej opieki zdrowotnej[22].

Debata nad sposobem położenia kresu tym poważnym zniekształceniom odbywa się w Stanach Zjednoczonych na szerokim forum społecznym i scenie politycznej już od dłuższego czasu. Prezydent Clinton na początku swojej pierwszej kadencji gotów był wprowadzić jakieś formy powszechnego prawa do korzystania z opieki zdrowotnej. Zamiar ten spotkał się z tak wielkim oporem w Kongresie, że musiał od niego odstąpić. W trakcie drugiej kadencji Clintona obowiązkowe powszechne ubezpieczenie zdrowotne nie zostało nawet umieszczone w porządku obrad, chociaż wielkie zmiany postępowały w szybkim tempie[23].

Przyczynom porażki planów Clintona poświęcono kilka serii badań. Opinie co do ich natury różnią się między sobą (Skocpol 1996). Warto oczywiście zwrócić uwagę na podstawowy argument podnoszony przez oponentów propozycji Clintona. Wprowadzenie powszechnego uprawnienia, jak mówili, oznaczałoby konieczność ustanowienia wielkiej, scentralizowanej biurokracji, a tym samym konieczność podniesienia podatków. Byłoby to sprzeczne z amerykańską tradycją, która jest przepojona duchem decentralizacji, konkurencji, indywidualnej przedsiębiorczości, ograniczonych władz federalnych i względnie niskich stóp opodatkowania.

Wielu ludzi, nawet opowiadających się po stronie politycznych zwolenników Clintona, którzy wspierali jego cele w dziedzinie publicznego „sektora opiekuńczego", twierdziło, że nie potrzeba powszechnej służby zdrowia finansowanej przez państwo, aby poradzić sobie z problemem 15 procent nieubezpieczonych. Problem mógł być rozwiązany przez skierowanie interwencji państwowej bezpośrednio do tych 15 procent.

Porażka planów Clintona ilustruje, że program reform, bez względu na jego szlachetne intencje, nie może być oddzielony od warunków początkowych – w tym przypadku od już istniejącego, zdecentralizowanego

---

[22] Tabela 3.9 pokazuje, że Stany Zjednoczone, najbogatszy z pięciu przebadanych krajów, są jednocześnie tym, w którym udział respondentów mających problemy z zapłaceniem swoich rachunków medycznych był największy.

[23] Na przykład State Children's Health Insurance Program (Stanowy Program Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci), który przeszedł jako część Ustawy Budżetowej w roku 1997, zapewniał kilku stanom ponad 20 miliardów dolarów w grantach na objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym większej liczby dzieci.

mechanizmu i finansowania większości wydatków z funduszy niepaństwowych. Pragmatyczni reformatorzy muszą zwrócić szczególną uwagę na istniejące, silnie zakorzenione tradycje i oczekiwania.

Byłoby oczywiście nie na miejscu oceniać służbę zdrowia danego kraju wyłącznie na podstawie kryteriów przyszłości, w tym przypadku – specyficznego, egalitarnego kryterium „równego dostępu", chociaż może ono być bardzo ważne. Funkcjonowanie amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej również powinno być poddane przeglądowi i ocenione w świetle innych kryteriów.

Decentralizacja i konkurencja w obrębie sektorów daje jednostkom wielką swobodę wyboru, podtrzymując tym samym zasadę pierwszą, ich suwerenność. Większość Amerykanów ma szansę wycofania się: mogą pójść do nowego lekarza, nowego szpitala lub nowego ubezpieczyciela, jeśli nie są zadowoleni z dotychczasowych. Ta wolność jest oczywiście ograniczona przez względy geograficzne, takie jak lokalne monopole. Silniejszym ograniczeniem jest jednak zaaranżowanie ubezpieczenia wielu ludzi przez ich pracodawcę, który zazwyczaj wnosi wkład finansowy w koszty i odpowiednio ogranicza wybór ubezpieczenia w swoim własnym interesie. Jednakże, pomimo tych ograniczeń[24], wielu ludzi wciąż dysponuje różnorodnymi możliwościami wyboru, co amerykańscy obywatele wysoce sobie cenią.

Konkurencja wymusza podnoszenie jakości i postęp techniczny, zgodnie z zasadą czwartą, wymagającą bodźców stymulujących wydajność. Szeroka swoboda inicjatywy rodzi niezrównane osiągnięcia naukowe. Stany Zjednoczone są niezaprzeczalnie wiodącym krajem świata, jeśli chodzi o badania medyczne i ich praktyczne zastosowanie[25].

Badania zadowolenia opinii publicznej ujawniają pewną dwuznaczność, z jaką amerykańska opinia publiczna postrzega służbę zdrowia. Amerykanie zazwyczaj uważają swoją własną opiekę za doskonałą, ale cały system postrzegają jako wadliwy. Jednak dzięki najnowszym anali-

---

[24] Przeprowadzone w roku 1997 badanie reprezentatywnej próby dorosłych ludzi w wieku produkcyjnym wykazało, że 42 procent nie miało możliwości wyboru planu zdrowotnego, a wśród tych, którzy taką możliwość mieli, 20 procent skarżyło się na zbyt małą różnorodność (Gawande i inni 1998: 187).

[25] Według Donna Shalala, najdłużej urzędującego ministra zdrowia i opieki społecznej w historii Stanów Zjednoczonych, „na szczycie znajduje się nasz system opieki zdrowotnej, najlepszy na całym świecie. Nic nie jest w stanie równać się, czy zastąpić wspaniałe amerykańskie, akademickie centra badawcze... na samym dole jednak nasz system potrafi być nędzny, szczególnie w przypadku ludzi, których nie zaczęto leczyć wystarczająco wcześnie" (Shalala i Reinhardt 1999: 47).

zom porównawczym Stanów Zjednoczonych z kilkoma innymi uprzemysłowionymi demokracjami wiemy, że niezadowolenie amerykańskiej opinii publicznej nie jest uderzająco większe czy mniejsze niż żywione w innych krajach (patrz tabela 3.9).

Tabela 3.13. *Wzrost wydatków na cele zdrowotne, kraje OECD, lata 1960 i 1997*

Kraj	Udział całkowitych wydatków na cele zdrowotne w całkowitych wydatkach krajowych (w procentach)	
	1960	1997
Australia	4,8	8,4
Austria	4,3	8,2
Belgia	3,4	8,0
Dania	3,6	8,7
Finlandia	3,8	8,2
Francja	4,3	10,0
Grecja	3,4	7,8
Hiszpania	1,6	7,5
Holandia	3,9	9,2
Irlandia	3,6	7,7
Islandia	3,2	8,0
Japonia	3,0	7,2
Kanada	5,3	...
Luksemburg	...	7,8
Niemcy	4,9	10,9
Norwegia	2,9	8,1
Nowa Zelandia	4,2	7,6
Portugalia	...	7,3
Stany Zjednoczone	5,3	13,7
Szwajcaria	3,1	10,5
Szwecja	4,6	9,3
Turcja	...	3,8
Wielka Brytania	3,9	6,8
Włochy	3,6	7,9

Źródło: OECD (199b).

Znamienne jest, że w Stanach Zjednoczonych poziom wydatków na zdrowie *per capita* jest jak dotąd najwyższy (patrz kolumna 2 w tabeli 3.4). Wielkość ta rosła szczególnie począwszy od roku 1975. W tabeli 3.13 porównano wzrost udziału wydatków na cele zdrowotne w Stanach Zjednoczonych z innymi krajami OECD w latach 1960–1997. Widzimy, że amerykański udział rósł znacznie szybciej niż średnia OECD, a także szybciej niż jakiegokolwiek kraju OECD, z wyjątkiem Hiszpanii. Jednakże w kraju tym wydatki na służbę zdrowia w roku 1960 wynosiły jedynie

1,6 procent produktu krajowego brutto, a następnie, po prawie pięciokrotnym wzroście, wciąż wynoszą 7,5 procent, niewiele więcej niż połowa tej wielkości w Stanach Zjednoczonych.

Wysoki poziom stopy wzrostu wydatków na cele zdrowotne w Stanach Zjednoczonych wynika z połączenia kilku czynników, które zasługują na uwagę.

Po pierwsze, gdy obywatele w przeważającej mierze samodzielnie decydują o tym, jaka część ich budżetu domowego będzie przeznaczona na cele zdrowotne, nadają wydatkom na zdrowie przeważnie znacznie wyższy priorytet niż politycy, którzy decydują o strukturze wydatków budżetowych. Tak więc jednym z powodów wyższego niż w jakimkolwiek państwie poziomu stosunku wydatków na cele zdrowotne do produktu krajowego brutto w Stanach Zjednoczonych jest pełniejsza realizacja zasady suwerenności konsumenta.

Drugi czynnik, wspomniany wcześniej, to fakt, że Stany Zjednoczone są wiodącym krajem świata w rozwoju technologii medycznej, a przecież wiadomo, że pionierskie technologie są najbardziej kosztowne na etapie praktycznego ich zastosowania. Później zazwyczaj są tańsze w przeliczeniu na jednego pacjenta – gdy nowy proces technologiczny dostatecznie się rozpowszechni, a nowe urządzenie czy lek wejdą do masowej produkcji, chociaż redukcja kosztów jednostkowych może być zrównoważona również przez większą liczbę użytkowników. Znaczna część kosztów badań i rozwoju (R&D) w dziedzinie postępu naukowego jest pokrywana przez społeczeństwo amerykańskie, szczególnie przez pacjentów najwięcej płacących za swoją opiekę medyczną.

Trzecim czynnikiem są wysokie zarobki lekarzy. Amerykańscy lekarze zarabiają przeciętnie pięć razy więcej niż wynosi średnia krajowa, co jest poziomem wyższym nawet niż w Niemczech, gdzie płace lekarzy (i tak bardzo wysokie) są „jedynie" cztery razy większe niż średnia (patrz tabela 4.12.).

Czwartym powodem wysokich wydatków na cele zdrowotne w Stanach Zjednoczonych są koszty administracyjne związane ze zdecentralizowanym i konkurencyjnym rynkiem ubezpieczeniowym. Koszty te obejmują wydatki na marketing i kontraktowanie konkurencyjnych ubezpieczycieli i dostawców, jak również koszty transakcyjne pacjentów i dostawców, konieczne do zabezpieczenia się przed kosztami zaspokojenia roszczeń sądowych, pozwów itp.

Piątym powodem wysokiego udziału wydatków na cele zdrowotne jest fakt, że niektóre usługi są ekstrawaganckie, zbyteczne, a często szkod-

liwe. Produkcja sektora zdrowotnego wzrastała szybciej, niż to było uzasadnione. Szczególnie w okresie poprzedzającym rozpowszechnienie się HMO i innych „zarządzanych" form organizacyjnych, nikt w zdecentralizowanym mechanizmie ekonomicznym nie doświadczał działania wystarczających bodźców, które skłoniłyby go do utrzymywania kosztów na niskim poziomie. Służyło to interesom niektórych lekarzy, którzy ordynowali więcej testów, badań i wykonywali więcej operacji, niż to było konieczne.

Pacjent i lekarz przerzucali koszty drogiej kuracji na płatników (pracodawców i ubezpieczonych) w postaci wyższych składek ubezpieczeniowych. Z drugiej strony, w większości krajów europejskich, większość kosztów służby zdrowia było finansowanych bezpośrednio lub pośrednio z budżetu państwowego, tak więc presja fiskalna ostatecznie ograniczyła możliwości wydawania pieniędzy.

Wiąże się to z szóstym czynnikiem: częstotliwością pojawiania się pozwów sądowych o postępowanie niezgodne z etyką zawodową. Sądy często przyznają pacjentom wysokie odszkodowania za szkody, rodząc tym samym formę dodatkowego nacisku, który powoduje wzrost wysokości składek ubezpieczeniowych. Co więcej, prawdopodobieństwo pojawienia się takich spraw sądowych zachęca dostawców do zamawiania zbytecznych testów i konsultacji (nazywanych medycyną defensywną), co ma chronić ich przed możliwymi oskarżeniami o postępowanie niezgodne z etyką zawodową.

Nie można jednak stwierdzić definitywnie, czy presja fiskalna ze strony systemu finansowania państwowego jest jedynym możliwym sposobem ograniczenia wymykających się spod kontroli wydatków na opiekę zdrowotną. Może się wydawać, że organizacje „zarządzanej" opieki są w stanie ograniczyć proces windowania i przerzucania kosztów dzięki działaniom, które sprawią, że ograniczenie kosztów będzie leżało jednocześnie w interesie pacjentów, lekarzy i ubezpieczycieli. Pacjentom daje się bodziec do oszczędzania w postaci dopłat (chociaż wymogi udziału strony popytowej w kosztach w „zarządzanej" opiece są często minimalne) i dzięki oferowaniu możliwości wyboru pomiędzy tańszymi i droższymi planami ubezpieczeniowymi. Jesteśmy prawie pewni, że większe znaczenie mają bodźce kierowane do lekarzy i innych dostawców usług zdrowotnych, skłaniające ich do utrzymywania kosztów na niskim poziomie bądź ich obniżania. Organizacja może też interweniować bezpośrednio w sferze kosztów – „zarządzać opieką" w inny sposób. Na przykład w niektórych przypadkach zwraca się o opinię do drugiego lekarza przed przyjęciem do

szpitala lub podjęciem decyzji o określonym rodzaju operacji chirurgicznej. Monitoruje długość pobytu w szpitalu. Sprawdza po leczeniu, czy kuracja była odpowiednia i tak dalej. Taka surowsza kontrola wydatków może mieć również szkodliwe efekty uboczne. Pacjentom można odmówić rzeczywiście potrzebnych testów, badań, kuracji czy lekarstw z powodów ucinania kosztów[26]. Dostawcy otrzymują bodziec do unikania najpoważniej chorych, co prowadzi do selekcji ryzyka i nierównego dostępu. Mamy do czynienia z wieloma usprawiedliwionymi skargami, tak więc poszukuje się lepszych dróg zaspokojenia wymagań pacjentów, podnoszenia jakości opieki i ograniczania wzrostu kosztów[27].

Rozprzestrzenianie się HMO i innych form „zarządzanej" opieki, kontrowersje i krytyka ich praktyk, jak również pierwsze pragmatyczne kroki podjęte w celu naprawienia rażących dewiacji systemu, dowodzą dynamizmu i woli eksperymentowania i innowacji, charakterystycznych dla amerykańskiego sektora zdrowotnego.

---

[26] Inne negatywne konsekwencje zostały opisane w rozdziale 2.

[27] Można oczekiwać, że prawo, nad czym rzeczywiście szeroko debatowano, ureguluje kwestię, jakiego rodzaju usług HMO i inne organizacje „zarządzanej" opieki mogą odmówić i do finansowania czego mają być zobligowane. Jak wspomniano, bardziej elastyczne praktyki, dzięki którym dodatkowa kuracja wymagana przez pacjenta może być przepisana tak długo, jak długo pacjent wnosi dopłatę do dodatkowych kosztów, rozpowszechniają się zarówno w PPO, jak i programach typu point-of-service.

4

rozdział

Służba zdrowia w Europie Wschodniej: stan początkowy

Podobnie jak w przypadku struktury politycznej i innych sfer gospodarki, służba zdrowia w Europie Wschodniej odziedziczyła po systemie socjalistycznym stan, który w różnych krajach jest pod wieloma względami odmienny. W tym rozdziale skoncentrujemy się raczej na podobieństwach niż różnicach i opiszemy tu większość wspólnych cech; niektóre z nich omówimy później, przedstawiając propozycje reform.

4.1. Mechanizm ekonomiczny „klasycznego" socjalizmu

System socjalistyczny przeszedł przez kilka dziesięcioleci swojej historii wiele zmian. Model okresu stalinowskiego, sprzed reform zorientowanych na „socjalizm rynkowy", określany jest mianem „klasycznego" systemu socjalistycznego[1]. Oczywiście nawet w okresie klasycznym między poszczególnymi krajami istniały różnice. Ograniczamy się tu jednak

[1] Różnice między klasycznym i zreformowanym socjalizmem oraz główne charakterystyki tych dwóch okresów można znaleźć u Kornaia (1992b).

do głównych, wspólnych cech charakterystycznych. W tym miejscu opiszemy szósty model, który zasygnalizowaliśmy w rozdziale trzecim – model radziecki, publiczną dostawę opieki zdrowotnej.

Służba zdrowia jest integralną częścią gospodarki nakazowej. W swoim mechanizmie ekonomicznym nie różni się w najmniejszym stopniu od innych sektorów. Funkcjonowanie wszystkich sektorów jest centralnie kontrolowane. Na szczycie stoi minister zdrowia, który podlega kierownictwu swoich zwierzchników w partii komunistycznej i aparacie państwowym. Polecenia i rozporządzenia przepływają w dół, od ministra poprzez biurokratyczną hierarchię do funkcjonariuszy kontrolujących najniższy szczebel organizacji: szpitale, przychodnie, ambulatoria, kliniki i dzielnicowe gabinety lekarskie, oferujące podstawową opiekę medyczną. Ci z kolei kierują lekarzami, pielęgniarkami i pozostałym personelem medycznym pozostającym pod ich kierownictwem (w mniejszych jednostkach bezpośrednio, w większych przez dalszy poziom biurokracji).

Wszystkie instytucje odpowiedzialne za opiekę zdrowotną są własnością państwa. Kwestia, czy są one własnością rządu centralnego, czy lokalnego, jest różnie uregulowana w poszczególnych krajach bloku. Wszyscy zatrudnieni w służbie zdrowia są pracownikami państwowymi. Właściwy zwierzchni funkcjonariusz decyduje o tym, kto gdzie będzie zatrudniony, kto awansuje, a kto straci pracę. Skale zarobkowe są określane centralnie.

Wszystkie budynki związane ze służbą zdrowia i ich wyposażenie są również własnością państwa, a zasoby i środki konieczne do ich funkcjonowania są alokowane przez centralną organizację zarządzającą materiałami i innymi rodzajami „wkładów". Decyzje dotyczące projektów inwestycyjnych podejmuje się na szczeblu centralnym, gdzie także decyduje się o „produkcji" – liczbie łóżek czy przyjęć – każdej instytucji służby zdrowia (na przykład szpitala czy kliniki).

O rozwoju służby zdrowia decyduje się na najwyższym szczeblu hierarchii politycznej, na przykład ile zagregowanych zasobów gospodarki zostanie przeznaczonych dla tego sektora. Dyktator i jego towarzysze-pośrednicy lub – formalnie – komitet centralny, ewentualnie jeszcze węższe grono, politbiuro, decydują, jaką wagę powinien mieć ten sektor w stosunku do innych sektorów gospodarki. Zwykli obywatele nie mają w ogóle nic do powiedzenia.

Polityczne kierownictwo klasycznego okresu stalinowskiego przyznawało różny priorytet różnym branżom gospodarki. Wielkie znaczenie na przykład miał zawsze przemysł ciężki, zwłaszcza produkcja zbrojeniowa,

podczas gdy służba zdrowia zawsze znajdowała się wśród branż o mniejszym znaczeniu. Chociaż całkowita suma zasobów poświęcanych służbie zdrowia rosła wraz ze wzrostem gospodarki, jej udział w alokacji pozostawał „konsekwentnie" mały. Ciągłe zaniedbywanie służby zdrowia jest typowym przykładem naruszenia przez klasyczny socjalizm zasady ósmej – wymogu harmonijnego wzrostu. To, wraz z obecnością niewłaściwych bodźców, było jednym z najważniejszych czynników odpowiedzialnych za niską jakość dostarczanej opieki i zacofanie technologiczne.

Klasyczny system socjalistyczny jest ostateczną manifestacją paternalizmu: ideologia i praktyka systemu zaprzeczają z całą mocą zasadzie pierwszej – idei suwerenności jednostki. Filozofia partii komunistycznej głosi: „Zatroszczymy się o ciebie. Otrzymasz darmową opiekę zdrowotną. My zaś, z drugiej strony, zdecydujemy o tym, jaką opiekę otrzymasz i jak wiele jej będzie". Tak więc jedną z głównych cech charakterystycznych klasycznego modelu radzieckiego jest powszechne uprawnienie do korzystania z darmowej opieki zdrowotnej.

Pacjenci nie mają żadnej swobody wyboru. Na przykład w Jugosławii i na Węgrzech lekarze pracowali w zorganizowanych według kryterium terytorialnego dzielnicowych przychodniach lekarskich, a każdy pacjent był jednoznacznie przypisany do jednego i tylko jednego lekarza. Lekarz dzielnicowy (odpowiednik amerykańskiego lekarza pierwszego kontaktu – PCP) funkcjonował jako rodzaj „strażnika", decydującego o tym, czy zdiagnozować pacjenta samodzielnie i samodzielnie kierować jego kuracją, czy wysłać go do specjalisty lub określonego szpitala na dalsze badania. Jeśli odsyłał pacjenta, ten znowu napotykał kolejnego lekarza, który odpowiadał za decyzję o dalszych krokach. W takim systemie nie ma miejsca na odwołania.

W innych krajach, takich jak Bułgaria, Czechy, Słowacja, Polska i Rumunia, rozwinięto sieć poliklinik łączących podstawową opiekę zdrowotną i specjalistyczną opiekę pozaszpitalną czy ambulatoryjną. Jednak sytuacja nie różniła się zasadniczo od opisanej powyżej: jednostka wciąż nie miała możliwości wyboru. Lekarz w poliklinice jest odpowiedzialny za kurację pacjenta i jego ewentualne skierowanie dalej.

Klasyczny system socjalistyczny jest gospodarką „quasi-pieniężną". Transakcje nakład – produkt są ustalane w pieniądzu, ale jednocześnie określane w bardzo szerokich kategoriach, dla organizacji gospodarczych jako całości. Istnieją księgi mające wykazać, czy dochody budżetu nie przekroczyły wydatków. Jednak różnica między przychodami organizacji i jej wydatkami nie ma wielkiego znaczenia. Na żadnym poziomie

hierarchii decydenci nie funkcjonują jako ci, którzy mają „maksymalizować zysk" lub „minimalizować koszty". Jak już wspomniano, zasoby są dystrybuowane głównie w bezpośredniej, fizycznej formie, jako efekt scentralizowanych decyzji biurokratycznych, które określają przydziały środków czy materiałów potrzebnych do produkcji, alokacje surowców i siły roboczej zatrudnienia (z przypisaniem pracowników do określonych zajęć, stanowisk w określonych miejscach kraju i na określonych warunkach). Rzeczywiste działanie dotyczy alokacji fizycznych wkładów i produktów, w stosunku do których alokacje budżetowe wyrażone w pieniądzu i transakcje pieniężne są co najwyżej akompaniamentem.

W przypadku tego mechanizmu, integracja dostawy i finansowania omówiona w rozdziale drugim jest trudna do zinterpretowania czy wyjaśnienia, ponieważ finansowanie nie jest związane z określonymi transakcjami w służbie zdrowia, a jego rola nie jest w żadnym przypadku zasadnicza. Możemy jednak stwierdzić, że dostawa i alokacja koniecznych nakładów są ze sobą powiązane, do tego stopnia, że model radziecki jest modelem zintegrowanym[2].

W służbie zdrowia pojawiają się chroniczne niedobory, podobnie jak w innych branżach gospodarki klasycznego systemu socjalistycznego. Już sam fakt, że wszyscy obywatele są uprawnieni do korzystania z darmowej opieki zdrowotnej, rodzi niedobory. Zjawisko „ryzyka moralnego" przejawia się tu w swojej skrajnej formie; na pacjentów nie oddziałują żadne bodźce, które skłaniałyby ich do ograniczenia zgłaszanego popytu. Najczęstsze symptomy gospodarki niedoborów są zazwyczaj najbardziej widoczne i oczywiste: zatłoczone kliniki i szpitale, długie kolejki w poczekalniach, listy kolejkowe w oczekiwaniu na miejsce w szpitalu, badania, kuracje i długo odkładane operacje chirurgiczne. Wymuszona substytucja jest powszechna: specjalista lub rzeczywiście wymagane leki są trudno dostępne, więc zamiast nich są przepisywane substytuty niskiej jakości.

W sytuacji braku informacji zdrowotnej znakomita większość pacjentów nie ma pojęcia o tym, czego im się odmawia, albo pada ofiarą

---

[2] Oznacza to, że byłoby niestosownie zrównywać klasyczny mechanizm typu radzieckiego ze scentralizowanym, finansowanym z podatków modelem typu brytyjskiego (o tym drugim patrz rozdział 3). Podobieństwo obydwu systemów polega na tym, że są one scentralizowane i kontroluje je państwo – obydwa są „zintegrowane". Jednak poza odmiennymi kontekstami politycznymi, różnią się tym, że w systemie brytyjskim dystrybuowane są państwowe alokacje o charakterze ściśle finansowym, podczas gdy w systemie typu radzieckiego odgrywają one drugorzędną rolę.

„strażników". To oni, którzy kierują pacjentów na badania, do opieki pozaszpitalnej lub na leczenie w szpitalu czy też ordynują im określone procedury szpitalne (np. operacja), funkcjonują w warunkach ściśle przestrzeganych, odgórnie narzuconych i surowych przepisów, które takie ich działania regulują. Lekarze wiedzą, jak ograniczona jest przepustowość klinik i szpitali, tak więc oszczędzają skierowania.

W warunkach gospodarki nakazowej i chronicznych niedoborów wszystkie sfery gospodarki cierpią z powodu braku bodźców, zmuszających do odkrywania i wprowadzania nowych produktów, procedur i technologii. To ogólne spostrzeżenie odnosi się w pełni również i do służby zdrowia. Z wyjątkiem kilku szczególnie oddanych i utalentowanych innowatorów, rozwój naukowy i techniczny, z jakim mamy do czynienia w klasycznym modelu radzieckim, zdawał się mieć charakter imitacyjny. Celem jego było powielenie innowacji stworzonych w służbach zdrowia i branżach farmaceutycznych rozwiniętych gospodarek Zachodu, zgodnie z prawem lub przy naruszeniu praw patentowych, zazwyczaj po określonym czasie.

Podsumujmy, co zostało powiedziane do tej pory. Przyczyny – to państwowy monopol i biurokratyczna centralizacja, połączona z gospodarką niedoboru. Rezultat – to całkowita bezbronność pacjenta, niska jakość opieki i powolny (albo żaden) rozwój naukowy i technologiczny. Same ciężkie, negatywne cechy.

Z drugiej strony, błędem byłoby pominąć bezpieczeństwo, solidarność i równość, aczkolwiek na krańcowo niskim poziomie. Jednym z przykładów jest względnie pełny i wydajny system publicznej podstawowej opieki zdrowotnej w dziedzinie szczepień. Mówiąc bardziej ogólnie, państwo funkcjonuje jako kompleksowa, ogólna instytucja ubezpieczeniowa. Społeczeństwo przyzwyczaja się do tego i uważa ten stan za naturalny. Ludzie oczekują od państwa spełniania tej roli. To oczekiwanie jest jednym z ukrytych dziedzictw systemu socjalistycznego, z którym każda późniejsza polityka zdrowotna musi się liczyć jako z polityczną rzeczywistością.

Jednakże paternalistyczne bezpieczeństwo i równy dostęp do opieki zdrowotnej w klasycznym okresie przed reformami są rażąco zdyskredytowane przez przejawy korupcji i przywileje. Możliwe jest uzyskanie lepszej opieki, kuracji poza kolejnością, usług, których w innym przypadku by się odmówiło, lub droższych leków, jeśli się ma koneksje osobiste, zajmuje wysoką pozycję w hierarchii, wyświadcza lekarzom przysługi lub nawet przekupuje ich pieniędzmi czy podarunkami. Istnieją specjalne szpitale (lub oddziały szpitalne) dla wysoko postawionych członków

„nomenklatury", mniej zatłoczone i lepiej wyposażone. W wielu miejscach istnieje hierarchia przywilejów, z najlepszym szpitalem zarezerwowanym dla najwyższego szczebla elity, trochę gorszym, ale i tak dalece lepszym niż przeciętny, dla reszty elity i tak dalej. Nie ma powodu, aby oczekiwać od służby zdrowia odporności na korupcję i przywileje, które przenikają każdą transakcję w społeczeństwie klasycznego systemu socjalistycznego.

Na końcu opisu mechanizmu służby zdrowia „klasycznego" socjalizmu konieczne jest podkreślenie, że mechanizm ten nie przetrwał nietknięty w jakimkolwiek kraju Europy Wschodniej. Jednak jego pozostałości możemy odczuć na wiele sposobów i pod wieloma względami są one dostrzegalne.

4.2. Zmiana definicji uprawnienia do korzystania z opieki

Odejście od klasycznego systemu nie było procesem jednolitym. Czas i miejsce wprowadzenia reform są różne w różnych krajach[3]. Książka niniejsza nie jest aktualnym raportem dotyczącym stanu reformy, ponieważ sytuacja nieustannie się zmienia, a sposób zmian i kierunki różnią się w poszczególnych krajach.

Intencja przyświecająca autorom jest inna – chodzi o przedstawienie ogólnych tendencji. Początki godnych uwagi zmian przed politycznym punktem zwrotnym, jakim były lata 1989-1990, ograniczały się zasadniczo do byłej Jugosławii, Polski i Węgier. Procesy te przyspieszyły gwałtownie w latach dziewięćdziesiątych w kilku krajach, ale pozo-

[3] Goldstein i inni (1996) oraz PHARE dostarczają ogólnego przeglądu reform służby zdrowia w krajach Europy Wschodniej. Podsumowanie, którego autorami są Saltman, Figueras i Sekallarides (1998), traktujące o reformie tego sektora w Europie, zawiera wiele godnych uwagi informacji i analiz, które mają wiele wspólnego ze specyficznymi problemami także Europy Wschodniej. Odwołania do niego pojawiają się w: Orosz, Ellena i Jakab (1998) i Mihályi (2000) dla Węgier, WHO (1999a) dla Bułgarii, WHO (1999b) dla Chorwacji, OECD (1998a) dla Czech, Chawla, Berman i Kawiorska (1998) dla Polski, WHO (1999a) dla Słowacji i Toth (1997) dla Słowenii.

Autorzy otrzymali wielką pomoc w gromadzeniu informacji o krajach Europy Wschodniej od Andrei Despot (Chorwacja), Matjaza Nachtigala (Słowenia) i Christiana Pop – Elches (Rumunia), wszystkich trojga będących studentami Harvardu, a także od Ventislava Voikova (Bułgaria, Agencja Analiz Ekonomicznych i Prognozowania).

stawały one dalece mniej dramatyczne niż reformy zrealizowane w innych sektorach gospodarki.

W dalszej części naszych rozważań zaprezentujemy jedynie krótką, wstępną analizę głównych kierunków zmian. Do każdej z tych tendencji powrócimy później. Rozdział ten ma charakter opisowy. Krytyczna analiza obecnych mechanizmów pojawi się w rozdziałach opisujących propozycje reform.

Pierwszym aspektem, który należy przeanalizować, jest sposób, w jaki system prawny w Europie Wschodniej definiuje prawo do opieki zdrowotnej. W klasycznym systemie socjalistycznym każdy obywatel był uprawniony do korzystania z darmowej opieki (jak definiowało to państwo) i do niczego innego. Przynajmniej jeśli chodzi o literę prawa, pacjenci nie mogli kupować dodatkowych usług zdrowotnych za pieniądze[4]. Żaden z krajów nie utrzymał tego powszechnego, nieograniczonego uprawnienia po zmianie systemu. Tabela 4.1 przedstawia sposób, w jaki prawa te zostały zmienione: (1) Większość krajów we własnym zakresie zdefiniowało krąg uprawnionych. Obywatelstwo nie jest wystarczającym warunkiem. Świadczenie usług zdrowotnych należy się przede wszystkim tym jednostkom i ich rodzinom, które wnoszą składki na ubezpieczenie społeczne. Państwo podjęło się płacenia składek na ubezpieczenie społeczne dla niektórych innych wielkich grup, np. niezatrudnionych[5]. (2) Kilka krajów usunęło niektóre usługi (takie jak opieka stomatologiczna) z zakresu darmowego leczenia. Innymi słowy, rozpoczęło proces rozróżniania pomiędzy *opieką podstawową*, dostępną za darmo (lub prawie za darmo), pod auspicjami programu ubezpieczenia społecznego, a *opieką uzupełniającą*, która może być kupiona za pieniądze, chociaż jej zakres i skala pozostają względnie ograniczone. (3) Kilka krajów przestało oferować różne usługi całkowicie nieodpłatnie. Wprowadziły dopłaty, aby zwiększyć nakłady na ubezpieczenie społeczne.

---

[4] W większości krajów socjalistycznych konstytucja deklarowała, że obywatele mieli prawo do opieki zdrowotnej. W dwóch krajach, Bułgarii i Polsce, konstytucja ustanawiała, że *darmowa* opieka zdrowotna była prawem cywilnym, a w trzecim kraju – Czechosłowacji, istniała odrębna regulacja prawna stanowiąca dokładnie to samo. Międzynarodowe porównanie praw konstytucyjnych tego typu można znaleźć u Hofmanna i innych (1998).

[5] Zapewnienie zgodności z tym środkiem nawet w aktywnej populacji. Zazwyczaj mamy do czynienia tylko z powierzchownym sprawdzeniem, czy pacjenci zgłaszający się na kurację mają numer ubezpieczenia społecznego. Nie ma kontroli tego, czy rzeczywiście płacili wkłady, czy płacą co ustala prawo itp.

Mimo tych restrykcji szerokie rzesze społeczeństwa ciągle oczekiwały opieki zdrowotnej niemalże za darmo. Kto nie śledził szczegółowych zmian i podejmowanych kroków, żywił przeczucie, że powszechne prawo do opieki zdrowotnej nadal obowiązuje, a większość przeciętnych obywateli nadal jej oczekuje. Jest to jeden z najważniejszych warunków początkowych, z którym stykają się wszystkie dalsze reformy służby zdrowia. Większość ludzi będzie uważała, że pozbawia się ich należnych praw, jeśli zostaną wprowadzone bardziej radykalne ograniczenia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej niż te, które już się pojawiły.

Tabela 4.1. *Prawo do opieki zdrowotnej, Europa Wschodnia, późne lata dziewięćdziesiąte*

Kraj	Podstawa uprawnienia[1]	Podstawowe zabezpieczenie[2]
Bułgaria	Obywatelstwo przed czerwcem 1999 roku, od tej daty płacenie składki	Prawie powszechne
Chorwacja	Płacenie składki	Dopłaty do wizyt domowych lekarza lub pielęgniarki, wszystkie wizyty w gabinecie lekarskim i określone profilaktyczne badania
Czechy	Płacenie składki	Powszechne, z wyjątkiem opieki stomatologicznej i operacji plastycznych
Węgry	Płacenie składki	Powszechne, z wyjątkiem opieki stomatologicznej i operacji plastycznych
Polska	Obywatelstwo przed rokiem 1989, od tej daty płacenie składki	Prawie powszechne
Rumunia	Obywatelstwo przed rokiem 1989, od tej daty płacenie składki	Prawie powszechne
Słowacja	Płacenie składki	Powszechne, z wyjątkiem opieki stomatologicznej i operacji plastycznych
Słowenia	Płacenie składki	Prawie powszechne z powszechnymi dopłatami

Uwagi:

[1] Bez względu na to, czy wprowadzono model niemiecki, ustalono w zasadzie, kto płaci składki za kogo. Kraje różnią się pod względem ubezpieczenia dzieci ze składek ich rodziców (jak jest to na przykład na Węgrzech i w Bułgarii) lub przez wkłady wnoszone przez państwo (jak na przykład w Czechach i w Słowacji). Wkłady pokrywające opiekę zdrowotną nad starszymi emerytami są generalnie płacone przez państwo lub fundusz emerytalny. W praktyce niektóre państwa (Czechy, Węgry i Słowacja) ograniczyły dotacje, redukując w ten sposób deficyt budżetu centralnego i zwiększając deficyt budżetu organizacji ubezpieczenia społecznego.

[2] Wszędzie zaprzestano przepisywania darmowych lekarstw.

O tym patrz tabela 3.6.

Źródła: WHO (1996a, 1999b, 1999c), Toth (1997); NERA (1999); OECD (1999a).

4.3. Separacja finansowania i dostawy

Gospodarka nakazowa załamała się w latach dziewięćdziesiątych w każdym kraju Europy Wschodniej, nawet jeśli zmiany te nie pojawiły się wcześniej, jak w Jugosławii, Polsce i na Węgrzech. Nieuchronnie spowodowało to wzrost roli pieniądza i finansowego charakteru alokacji zasobów. Stosując typologię wprowadzoną w rozdziale trzecim, zmiana w sektorze zdrowotnym może być opisana w kategoriach płatności jako przejście od modelu radzieckiego („publiczna dostawa usług") do modelu brytyjskiego („publicznej służby zdrowia", NHS). Niemniej jednak, w każdym przypadku zmiany były niekonsekwentne:

- Wiele określonych usług zdrowotnych nie ma ceny, którą nabywca (bez względu na to, czy będzie to jakaś instytucja państwowa, aparat ubezpieczenia społecznego czy pacjent) jest w stanie uświadomić sobie i zapłacić, a dostawca otrzymać. Zamiast tego, usługi świadczone poszczególnym pacjentom są opłacane jako część rekompensaty za jakąś „zagregowaną usługę".
- Rekompensata jest ustalana w taki sposób, aby mniej lub bardziej pokrywała koszty operacyjne dostawcy, ale nie pokrywa ona kosztów odnowienia i rozwoju stałych aktywów. Kalkulacja nie obejmuje amortyzacji, bowiem jak wspomniano wcześniej, działalność inwestycyjna na wielką skalę jest w służbie zdrowia silnie scentralizowana. Jednym z powodów, dla których instytucja otrzymująca rekompensatę za świadczone usługi zdrowotne (na przykład szpital lub klinika) nie może podejmować decyzji inwestycyjnych, jest fakt, że nie uzyskuje przychodów na ich finansowanie. Finansowe pokrycie jej własnych inwestycji musi pochodzić z organizacji centralnej, musi więc walczyć o dotacje państwowe. Jeśli pomimo to zdecyduje się na takie wydatki, będzie musiała wydzielić na nie pieniądze – wbrew prawu – z funduszy otrzymywanych jako jej aktualne nakłady. Może przykładowo nie zapłacić lekarzom i innemu personelowi medycznemu za pracę w nadgodzinach, aby móc zakupić nową aparaturę. Praktyka taka poważnie wypacza wszystkie kalkulacje wymagane przy alokacji zasobów.
- Racjonalna kalkulacja jest utrudniona przez niesłychanie skomplikowaną sieć różnych subsydiów.

Prowadzi to nas do problemu znanego z debat dotyczących socjalizmu rynkowego. Na poziomie „sterylnego" teoretycznego rozumowania można wyobrazić sobie istnienie mechanizmu ekonomicznego, który zachowuje

własność publiczną, ale występujący w nim gracze zachowują się tak, *jakby* byli maksymalizującymi zysk prywatnymi właścicielami. Czyni to możliwym zastosowanie mechanizmu rynkowego, który pozwala na wydajną alokację zasobów. Problem z tym pomysłem (nie tylko w gospodarce jako całości, ale w służbie zdrowia) polega na tym, że nie bierze pod uwagę rzeczywistych wzorców zachowań wymuszonych przez określone formy własności. Prawdziwi właściciele nie tolerowaliby sytuacji, w której rekompensata za ich wkład nie pokrywałaby amortyzacji i nie zapewniała funduszy na odnowienie i rozwój aktywów. Instytucje służby zdrowia w Europie Wschodniej stan ten tolerują, ponieważ tego się od nich oczekuje. Jeśli przynajmniej niektóre usługi byłyby dostarczane przez instytucje pozostające w rękach prywatnych, wymusiłoby to radykalną zmianę w systemie płatności, powodując powstanie w służbie zdrowia reżimu cenowego, umożliwiającego przeprowadzenie racjonalnych kalkulacji.

Kraje Europy Wschodniej zazwyczaj odchodzą od zintegrowanego modelu do modelu oddzielającego dostawę usług od finansowania. Tworzą i rozwijają mechanizm, który naśladuje model niemiecki pod dwoma względami. Po pierwsze, fundusz ubezpieczenia społecznego ma swoje własne, oddzielne źródło przychodów – składki, które obywatele muszą zgodnie z wymogami prawa płacić wyraźnie na ten cel[6]. Po drugie, fundusz służy jako *nabywca*, płacący pieniądze dostawcy jako *sprzedającemu*, od którego jest instytucjonalnie odseparowany.

Metoda regulowania płatności przed odseparowaniem łączyła modele radziecki i brytyjski (patrz typologia w rozdziale drugim) w różnych proporcjach w różnych krajach. Proporcje te zależały od tego, jak dalece i jak długo pozostawała utrzymana centralnie sterowana alokacja wkładów, jak długo i jak konsekwentnie realizowana była „monetaryzacja" procesów ekonomicznych – zastosowanie płatności pieniężnych.

Daty przedstawione w tabeli 4.2 oznaczają, kiedy dany kraj przeszedł na model niemiecki. Pozostawia to otwartym pytanie prawnego statusu nabywcy, funduszu ubezpieczenia społecznego w każdym kraju. Może on być instytucją oddzieloną od rządu i jego budżetu centralnego, z własnym ciałem kierowniczym. Alternatywnie, może on podlegać rządowi centralnemu i funkcjonować jako część rządzącej biurokracji (pozostając jedno-

[6] Książka ta zazwyczaj pomija określenie „służba zdrowia" w zwrocie „fundusz ubezpieczeniowy służby zdrowia", tam gdzie jasno wynika z kontekstu, bez względu na to, czy argumenty odnoszą się do funduszu służby zdrowia, czy emerytalnego i funduszy służby zdrowia jako całości.

cześnie odseparowanym, w obrębie aparatu rządowego, od biurokracji kontrolującej i nadzorującej „sprzedawców" dostawców usług zdrowotnych). Kolumny tabeli 4.2 opisujące status prawny mówią „tak", gdy rozróżnienie to może być precyzyjnie przeprowadzone. Na Węgrzech, na przykład, fundusz ubezpieczenia społecznego funkcjonował jako niezależny nabywca od roku 1991, a większość jego przychodów pochodziła z funduszy rezerwowych. Do tego momentu naśladuje on model niemiecki. Fundusz ten cieszył się autonomią do połowy roku 1998; od tego momentu przywrócono jego podległość wobec rządu (WHO 1999b).

W Jugosławii marszałka Tito każda republika prowadziła swoją własną służbę zdrowia, która funkcjonowała w terytorialnie zdecentralizowanej formie. Przeciwnie do innych krajów socjalistycznych, Jugosławia nie

Tabela 4.2. *Przejście do niemieckiego modelu ubezpieczenia społecznego, Europa Wschodnia*

Kraj	Rok wprowadzenia	Autonomia	Kontrolowane przez rząd	Uwagi
Bułgaria[2]	1999-		Tak, do roku 2000	
Rumunia[2]	1999-	Tak		Od 1999 geograficznie zdecentralizowany FUS/ Fundusz Ubezpieczenia Społecznego
Polska	1999-	Tak		Od 1999 geograficznie zdecentralizowany Fundusz Ubezpieczenia Społecznego
Albania	1994-	Tak	Tak	Ograniczony Fundusz Ubezpieczenia Społecznego finansuje jedynie zwrot kosztów leków i lekarzy pierwszego kontaktu
Czechy	1992-	Tak		Od 1993 zdecentralizowane, konkurujące, niedochodowe fundusze ubezpieczenia zdrowotnego
Słowacja	1994-	Tak		Od 1993 zdecentralizowane, konkurujące, niedochodowe fundusze ubezpieczenia zdrowotnego
Węgry	1991-	Tak, do lipca 1998	Tak, od sierpnia1998	
Chorwacja[2]	1945-(1993)	Tak		
Macedonia[2]	1945-(1991)		Tak	
Słowenia[2]	1945-(1992)	Tak		

Uwagi:

[1] Skrót FUS oznacza Fundusz Ubezpieczenia Społecznego (wytłumaczenie znajdzie czytelnik w dalszej części naszych rozważań).

[2] Wytłumaczenie dat znajdzie czytelnik w głównym tekście.

Źródła: WHO (1996b, 1999b, 1999c); Toth (1997); OECD (199a); kontakty osobiste z Rumuńskim Ministerstwem Zdrowia.

zlikwidowała funduszy ubezpieczenia społecznego opartych na kryterium zatrudnienia, istniejących jeszcze przed rokiem 1944. Do tego momentu można powiedzieć, że system regulowania płatności naśladował model niemiecki, chociaż był to mechanizm dosyć rozczłonkowany i mało wydajny. Chorwacja, Macedonia i Słowenia zastąpiły go na początku lat dziewięćdziesiątych narodowymi funduszami ubezpieczenia społecznego.

Po kilku latach przygotowań, w roku 1999, Polska wprowadziła mechanizm naśladujący model niemiecki w dziedzinie finansowania i procedur płatniczych. Rumunia i Bułgaria planowały wprowadzenie w roku 1999 modelu niemieckiego, ale prawdopodobnie zostanie ono odłożone, chociaż prace ustawodawcze nad regulacjami odseparowującymi finansowanie od dostawy usług zostały już podjęte.

4.4. Finansowanie

Na początku rozważymy stronę popytową. Pozwólmy sobie przeanalizować kolejno możliwe źródła finansowania, nawiązując do systemu klasyfikacji przedstawionego w rozdziale trzecim.

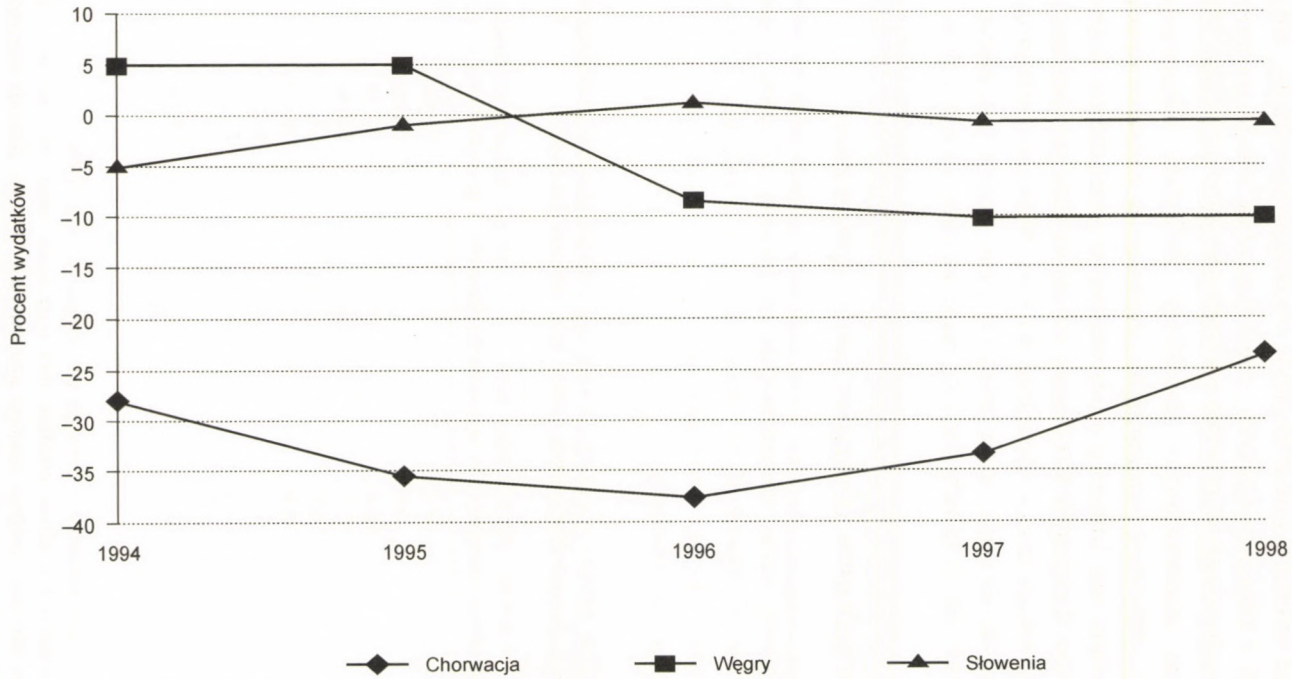
4.4.1. Budżet państwowy

Wraz z odchodzeniem postsocjalistycznego sektora zdrowotnego w Europie Wschodniej od mechanizmu stosowanego w klasycznym systemie socjalistycznym, w mniej lub bardziej pełnym zakresie przyjęto model niemiecki, a także radykalnie zmniejszono udział opieki zdrowotnej, finansowanej bezpośrednio z budżetu państwowego. Jednakże państwo nie wycofało się z finansowania: jego rola w różnych krajach jest różna, ale pozostaje bardzo znacząca.

Centralny budżet państwowy ciągle finansuje publiczną służbę zdrowia (choćby takie elementy jak szczepienia i prześwietlenia klatki piersiowej). Wciąż wspiera lub mocno subwencjonuje wielkie, wyspecjalizowane instytucje o zasięgu ogólnokrajowym (np. centra badań onkologicznych i instytuty transplantologii), znaczną część badań naukowych w dziedzinie medycyny i edukację medyczną. Państwowe finansowanie tych dziedzin jest motywowane silną presją zewnętrzną (dla zachowania pozorów lub ze względu na istotny aspekt dobra publicznego).

Centralny budżet państwowy pozostaje także głównym źródłem finansowania większych projektów inwestycyjnych.

Rys. 4.1. *Deficyt funduszy społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, Chorwacja, Słowenia i Węgry, lata 1994–1998*



Źródła: PHARE (1998: Dodatek), Urząd Statystyczny Republiki Słowenii (1998), Banka Slovenje (1999), Centralne Biuro Statystyczne (1999), OECD (1999a).

Większą rolę w finansowaniu służby zdrowia niż w klasycznym systemie socjalistycznym spełniają zdecentralizowane instytucje regionalne finansowane z budżetu państwowego: wyższego (prowincja, województwo, hrabstwo) i niższego (miasto, wieś) szczebla lokalnego samorządu. Pociąga to za sobą również transfer niektórych praw własności. Jednakże proces ten ma ambiwalentny charakter. Zwiększa odpowiedzialność i uprawnienia organizacji samorządu lokalnego w zakresie dostarczania opieki zdrowotnej dla ludności i ich władzę o charakterze interwencyjnym, ale zasoby finansowe konieczne do spełniania powierzonej im roli nie zawsze wzrastają proporcjonalnie do niej. W służbie zdrowia, podobnie jak w innych sferach, mają miejsce silne tarcia i napięcia między rządem centralnym a lokalnym lub regionalnym samorządem czy administracją.

4.4.2. Obowiązkowe ubezpieczenie społeczne

Gdy już wprowadzono ubezpieczenie społeczne, wszyscy pracodawcy i pracownicy są zobligowani do płacenia na nie składek. Ich wielkość i podział płatności między pracodawców i pracowników jest różny w różnych krajach (patrz tabela 4.3).

Tabela 4.3. *Wielkość składki na opiekę zdrowotną i rozkład obciążeń pomiędzy pracodawców i pracowników, Europa Wschodnia, późne lata dziewięćdziesiąte*

Kraj	Wielkość składki (jako część zarobków wyrażona w procentach)	Rozkład obciążeń pomiędzy pracodawców i pracowników, w procentach
Albania	3,4	50:50
Bułgaria[1]	6,0	50:50
Chorwacja	16,0	50:50
Czechy	13,5	66:33
Węgry[1]	14,0	79:21[3]
Macedonia	3,6	100:0
Polska[1]	7,5	0:100
Rumunia[1]	14,0	50:50
Słowacja	13,7	66:33
Słowenia[2]	12,8	50:50

Uwagi:
[1] od 1999
[2] Wielkość składki zmniejszała się stale od 18 procent w roku 1992.
[3] Na Węgrzech pracodawcy płacą każdego miesiąca stałą sumę na cele zdrowotne jako wkład na fundusz zdrowia każdego swojego pracownika. W roku 2000 do zapłacenia była suma odpowiadająca około 5 procentom przeciętnej pensji.
Źródła: Saltman i Figueras (1997); NERA (1999); WHO (1999a, 1999b, 1999c).

Obowiązkowe składki tworzą główne źródło przychodów funduszu ubezpieczenia społecznego, w tym funduszu ubezpieczenia zdrowotnego, chociaż nie zawsze są jedynym źródłem. W przypadku służby zdrowia jako całości, fundusze ubezpieczenia społecznego stały się do końca lat dziewięćdziesiątych głównymi źródłami finansowania opieki zdrowotnej w Europie Wschodniej.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że fundusz ubezpieczenia społecznego musi pokrywać wydatki ze swoich przychodów; innymi słowy, że mamy do czynienia z ograniczeniem budżetowym. Jak sztywnym lub miękkim ograniczeniem? Rysunek 4.1 przedstawia deficyt funduszu ubezpieczenia społecznego w służbie zdrowia w trzech krajach. Szczególną uwagę zwraca fakt, że jego poziom jest wysoki w dwóch krajach, za to bardzo niski w trzecim, Słowenii. Wytłumaczenie okazuje się proste, jeśli uważnie przeanalizujemy dane z tabeli 4.4, w której wskazano, w którym kraju mamy do czynienia z prawodawstwem obligującym państwo do automatycznego pokrywania deficytu ubezpieczenia zdrowotnego. Słowenia jest jedynym z trzech krajów przedstawionych na rysunku 4.1, w którym nie istnieje ustawodawstwo zmuszające budżet centralny lub lokalny do finansowego ratowania służby zdrowia[7]. Fundusze ubezpieczenia społecznego w dwóch pozostałych krajach – Chorwacji i na Węgrzech – cieszą się jednym z „najbardziej miękkich" ograniczeń budżetowych. Jak pokazuje tabela 4.4, sytuacja jest podobna w kilku innych krajach postsocjalistycznych. Inne sfery muszą lobbować, aby zostać uratowane, i wywierają presję na organizacje w stosunku do nich nadrzędne. Jeśli chodzi o służbę zdrowia, prawo gwarantuje, że państwo uratuje sytuację finansową instytucji, która cierpi na deficyt. Reguła ta sama w sobie zachęca do tolerowania marnotrawstwa i podaje w wątpliwość zasadność twierdzenia, że finansowanie przez ubezpieczenie społeczne rzeczywiście jest odseparowane od bezpośredniego finansowania z podatków, ponieważ pojawienie się deficytu automatycznie oznacza czerpanie z tego drugiego źródła.

[7] Tabela 4.4 ujawnia, że wspieranie finansowe nie jest obowiązkowe w Czechach, ale nie jest też zakazane. Deficyt może być pokryty, jeśli większość parlamentarna (np. partie rządzące) mogą być przekonane, że muszą tak postąpić.

Tabela 4.4. *Gwarancje państwa co do zapewnienia wypłacalności społecznych funduszy ubezpieczenia zdrowotnego, Europa Wschodnia*

Kraj	Gwarancje
Bułgaria (2000-)	W przypadku deficytu finansowego, Fundusz Ubezpieczenia Społecznego będzie mógł wykorzystać krótkoterminowe, nieoprocentowane kredyty z budżetu państwa lub z dodatkowych budżetowych rachunków i funduszy.
Chorwacja (1993-)	Prawna gwarancja pokrycia deficytu Funduszu Ubezpieczenia Społecznego
Czechy (1993-)	Parlament może głosować nad udzieleniem kredytu w przypadku deficytu FUS; nie dla innych niedochodowych funduszy ubezpieczenia zdrowotnego
Węgry	Prawna gwarancja pokrycia deficytu Funduszu Ubezpieczenia Społecznego
Polska (1999-)	FUS musi tworzyć fundusz rezerwowy, który może być wykorzystany jedynie za zgodą rady nadzorczej funduszu; również samorząd lokalny może zapewnić pożyczkę z funduszu terytorialnego (nieograniczoną)
Słowacja	Prawne gwarancje dla FUS, Funduszu Ubezpieczeniowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Obrony i Ministerstwa Transportu i Komunikacji, nie dla innych niedochodowych funduszy ubezpieczenia zdrowotnego
Słowenia	Brak gwarancji

Źródło: WHO (1996a, 1996b, 1999a, 1999b, 1999c); Toth (1997); OECD (1999a).

4.4.3. Dobrowolne ubezpieczenie

Istnieje kilka wersji dobrowolnego ubezpieczenia. Podczas gdy posiadanie ubezpieczenia społecznego jest obowiązkowe dla zatrudnionych, w tym także osób prowadzących samodzielną działalność, inne grupy społeczeństwa mogą mieć możliwość uczestniczenia w ubezpieczeniu społecznym. Będą one mogły wykorzystywać usługi opłacane przez ubezpieczenie społeczne tylko wtedy, gdy zapłacą wymagane składki.

Prawie wszystkie kraje postsocjalistyczne były świadkami pojawienia się prywatnych, nastawionych na zysk, komercyjnych ubezpieczycieli i ubezpieczycieli niedochodowych oferujących ubezpieczenie zdrowotne. Sytuacja ta jest przedstawiona w zarysie w tabeli 4.5. Prywatne polisy ubezpieczeniowe mogą być wykupywane przez tych, którzy nie kwalifikują się do społecznego ubezpieczenia zdrowotnego (chodzi tu, na przykład, o cudzoziemców rezydujących w danym kraju), a także przez tych, którzy chcą pokryć koszty nie refundowanych usług uzupełniających. Powróci-

my do tej kwestii i omówimy ją bardziej szczegółowo w dalszej części naszych rozważań.

Kolumna (3) tabeli 4.5 jest godna szczególnej uwagi: rola odgrywana przez ubezpieczenie prywatne jest wciąż znikoma.

Tabela 4.5. *Udział prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, Europa Wschodnia*

Kraj	Dostarczane przez	Za co	Wydatki na prywatne ubezpieczenie zdrowotne
Bułgaria	Ubezpieczycieli komercyjnych	Udogodnienia	Minimalne
Chorwacja	Ubezpieczycieli komercyjnych Ubezpieczycieli niedochodowych	Udogodnienia wyłączone z podstawowego pakietu, dopłaty	Minimalne
Czechy	Ubezpieczycieli komercyjnych Zagraniczne przedsiębiorstwa „zarządzanej" opieki	Udogodnienia wyłączone z podstawowego pakietu, opiekę w szpitalach prywatnych	Minimalne
Węgry	Ubezpieczycieli komercyjnych Fundusze dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego Zagraniczne przedsiębiorstwa „zarządzanej" opieki	Udogodnienia, opiekę w szpitalach prywatnych, utratę pensji w trakcie choroby, napiwki[1]	Minimalne
Macedonia	Ubezpieczycieli komercyjnych Fundusze dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego	Minimalne	
Polska	Ubezpieczycieli komercyjnych Zagraniczne przedsiębiorstwa „zarządzanej" opieki	Udogodnienia wyłączone z pakietu podstawowego, opiekę w szpitalach prywatnych	Minimalne
Rumunia	Ubezpieczycieli komercyjnych		Minimalne
Słowacja	Ubezpieczycieli komercyjnych Zagraniczne przedsiębiorstwa „zarządzanej" opieki		1% całkowitych wydatków na cele zdrowotne (THE, 1995)
Słowenia	Słoweński Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego Ubezpieczycieli komercyjnych na dobrowolnej podstawie	Dopłaty, leki, opiekę w nagłych przypadkach za granicą	12% całkowitych wydatków na cele zdrowotne (THE, 1997)

Uwagi:

[1] nieoficjalny termin „ubezpieczenie na wypadek wyrazów wdzięczności" jest powszechną formą w przypadku niektórych polis zdrowotnych dostępnych na rynku.

THE = Całkowite wydatki na cele zdrowotne (ang. Total Health Expenditure)

Źródło: PHARE (1998: Dodatek); WHO (1999b).

Tabela 4.6. *Obecność, nieobecność, rozmiary i dziedziny dopłat, Europa Wschodnia, późne lata dziewięćdziesiąte*

Kraj	Leki	Opieka pozaszpitalna	Opieka szpitalna
Albania	Tak, różne kategorie refundacji[1] Przeciętnie 25 procent	Nie	Nie
Bułgaria	Tak, za całą opiekę pozaszpitalną, w praktyce również w szpitalach	Znaczące, z wyjątkiem przypadków ze skierowania. Planowane: 1 procent minimalnej płacy na wizytę	Znaczące, z wyjątkiem przypadków ze skierowania. Planowane: 2 procent minimalnej płacy za wizytę dla maksymalnie 20 dni rocznie
Czechy	Tak, różne kategorie refundacji[1] Przeciętnie 10 procent	Nie, z wyjątkiem kosztów materiałów jednego lub dwóch leczeń u stomatologa	Tak, w instytucjach zajmujących się pacjentami chronicznie przykutymi do łóżek i za dodatkowe usługi hotelowe
Chorwacja	Tak, znaczące	10 procent	Tak, znaczące
Węgry	Tak, różne kategorie refundacji[1] Przeciętnie 30 procent	Znaczące, z wyjątkiem przypadków ze skierowania	Tak, w instytucjach zajmujących się pacjentami chronicznie przykutymi do łóżek i za dodatkowe usługi hotelowe
Macedonia	20 procent	20 procent	10 procent
Polska	Tak, różne kategorie refundacji[1]	Nie	Nie
Rumunia	Tak, znaczne	Nie	Nie
Słowacja	Tak, różne kategorie refundacji[1]	Nie	Nie
Słowenia	Tak, różne kategorie refundacji[1]	Lekarz rodzinny, 0-25 procent; Opieka stomatologiczna, 0-85 procent; Inne rodzaje opieki pozaszpitalnej, 0-85 procent	5-15 procent

Uwagi:

[1] Większość krajów wprowadziła zróżnicowany system subsydiowania leków. Dopłaty mogą różnić się między sobą w zależności od rodzaju leku i społecznej sytuacji pacjenta. Niektóre muszą być w pełni opłacane przez pacjenta, a niektóre otrzymują dotację państwową ustalonej wielkości.

Źródła: Chen i Mastilica (1998); NERA (1998a); PHARE (1998: Dodatek); kontakty osobiste Ventislava Voikova, Bułgaria.

4.4.4. Bezpośrednie płatności wnoszone przez pacjentów

Wszystkie kraje Europy Wschodniej zaczęły wprowadzać system dopłat. Ubezpieczenie społeczne ciągle finansuje przeważającą część kosztów opieki zdrowotnej, ale rozszerza źródło finansowania o bezpośrednie wkłady pacjentów. Tabela 4.6 przedstawia przegląd usług, w przypadku których dopłata musi być wniesiona w każdym kraju: ile wynosi dopłata, czy jest jednolita czy zróżnicowana według jakiegoś kryterium. Jednakże zasada, że pacjenci powinni wnosić małe wkłady do kosztów określonych usług, zaczęła obowiązywać wszędzie.

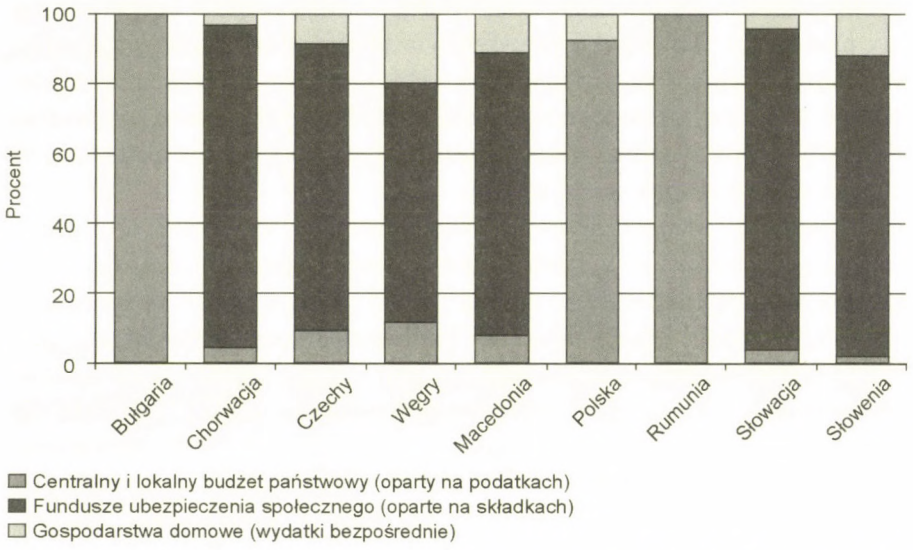
We wszystkich krajach Europy Wschodniej, z wyjątkiem Bułgarii, pacjenci mają możliwość wyboru lekarza pierwszego kontaktu (lekarza opieki podstawowej). Spełnia on rolę „strażnika": ubezpieczenie społeczne pokryje koszty opieki specjalistycznej lub hospitalizacji tylko wtedy, gdy pacjent został skierowany przez lekarza pierwszego kontaktu. Jednakże w większości krajów istnieje możliwość ominięcia „strażnika" i udania się bezpośrednio do wybranego szpitala lub specjalisty, jeśli oczywiście zostanie wniesiona odpowiednia dopłata. Ta dopłata jest w niektórych krajach, takich jak Bułgaria, Słowenia czy Węgry, stosunkowo wysoka.

Warto podkreślić, że wprowadzenie dopłat w Europie Wschodniej jako całości i w służbach zdrowia poszczególnych krajów jest wciąż zjawiskiem sporadycznym i stosowanym jedynie w małej części usług zdrowotnych. Pacjenci płacą bezpośrednio za legalną opiekę prywatną, na przykład lekarzowi, pielęgniarce czy fizjoterapeucie przyjmujących ich w swoich gabinetach prywatnych lub w prywatnym szpitalu itp. Wręczanie półlegalnych lub nielegalnych „dowodów wdzięczności" lekarzom i innym dostawcom usług zdrowotnych jest również powszechnym zjawiskiem. Omówimy je później.

Rysunek 4.2 prezentuje ogólny obraz struktury finansowania, uporządkowany według jego źródeł. Przedstawia on sytuację z roku 1997. Już wcześniej było wiadomo, że Bułgaria, Polska i Rumunia wprowadziły lub przygotowywały się do wprowadzenia reform, tak więc do roku 2000 nastąpi przemieszczenie do kolumny środkowej – finansowanie z centralnego i lokalnego budżetu zostanie zastąpione finansowaniem z funduszy ubezpieczenia społecznego. Wyższa część, z definicji, zawiera cały wkład wnoszony przez ludność w formie dopłat, za pośrednictwem ubezpieczenia prywatnego, jako honoraria za legalne usługi prywatne lub jako półlegalne „dowody wdzięczności". Liczby te są publikowane dla zaspokojenia ciekawości i uzyskania pełniejszego obrazu sytuacji, ale mamy

wrażenie, że znacznie zaniżają one rzeczywiste, bezpośrednie wydatki ponoszone przez ludność.

Rys. 4.2. *Źródła finansowania służby zdrowia, Europa Wschodnia, 1997*



Źródła: Tóth (1997); Btora i Skladony (1998); OECD (1998a, 1999a); PHARE (1998: Dodatek); WHO (1999a, 1999b, 1999c); kontakty osobiste z Rumuńskim Ministerstwem Zdrowia.

4.5. Dostawa: instytucje publiczne

Omówiwszy sytuację po stronie popytu, przejdźmy do opisania strony podażowej. Znaczna większość instytucji oferujących opiekę zdrowotną (szpitale i kliniki) pozostaje własnością publiczną nawet w krajach, gdzie reformy są najbardziej zaawansowane. Jednakże powinniśmy sobie uświadomić, że ekonomia wytycza granicę między własnością w sensie prawnym i rzeczywistym egzekwowaniem różnych praw własności, włączając w to prawa do kontroli. Jeśli podejście takie zastosujemy w przypadku szpitali, klinik i innych instytucji będących własnością publiczną, odkryjemy, że od okresu klasycznego socjalizmu przeszły one istotne zmiany. Także i w tej dziedzinie dał się odczuć upadek gospodarki nakazowej.

Warto przypomnieć sytuację państwowych przedsiębiorstw na Węgrzech, a później także w Polsce i Związku Radzieckim oraz w Chinach w okresie eksperymentów z socjalizmem rynkowym. Narodziła się wtedy zadziwiająca hybryda scentralizowanej, biurokratycznej kontroli i rynko-

wej koordynacji. Przedsiębiorstwa zdobyły znaczną autonomię, ale pozostawały zależne od organizacji w stosunku do nich nadrzędnych, które ingerowały w ich działalność na setki możliwych sposobów. Dzisiejsze relacje własnościowe publicznych instytucji służby zdrowia w Europie Wschodniej, z ich dziwnymi kombinacjami niezależności i podległości, są reminiscencją okresu socjalizmu rynkowego.

Weźmy na przykład zakres odpowiedzialności i uprawnienia menedżerów szpitali (dotyczy to także „głów" innych publicznych instytucji służby zdrowia). Dysponują oni szerokimi uprawnieniami, jeśli chodzi o wiele decyzji cząstkowych, podobnie jak menedżerowie w fabryce w czasach rynkowego socjalizmu, ale wciąż istnieją organizacje w stosunku do nich nadrzędne, mające nad nimi władzę:

- Organizacje państwowe dokonujące mianowania na stanowiska. W różnych krajach sytuacja ta przedstawia się rozmaicie. Może to być prowincjonalny przedstawiciel ministra zdrowia lub lokalny (regionalny) samorząd. Bez względu na okoliczności, kariera menedżera w służbie zdrowia zależy od biurokracji.
- Organizacje państwowe decydują o inwestycjach w szpitalach. Centralizacja w tej sferze jest nawet silniejsza niż w innych sektorach w okresie socjalizmu rynkowego. Upodabnia się więc ściśle do krańcowego centralizmu klasycznej gospodarki nakazowej, sprzed reform socjalizmu rynkowego. Zasadniczo wszystkie decyzje inwestycyjne koncentrują się w rękach rządu centralnego lub lokalnego. Władza decyzyjna należy przeważnie do tego pierwszego, ponieważ samorząd lokalny ma zbyt małe środki na te cele. Niektóre inwestycje przyciągają pieniądze również z funduszy ubezpieczenia społecznego. Praktycznie nie istnieją możliwości samodzielnego finansowania inwestycji przez szpital lub inną instytucję służby zdrowia (na przykład laboratorium czy przychodnię).
- Zarówno organizacje państwowe, jak i ubezpieczenie społeczne ustalają budżet na wydatki bieżące. (Tabela 4.7 zawiera przegląd uprawnień państwa w stosunku do inwestycji czy wydatków bieżących.)
- Jeśli przyjęto surowe procedury płatnicze, organ państwowy (ewentualnie profesjonalne zawodowe stowarzyszenie lekarskie jako „kartel" dostawców) decyduje przeważnie o relatywnych „cenach" lub liczbie punktów przypisanych różnym procedurom medycznym[8].

[8] W kwestii systemu punktowego zastosowanego w modelu niemieckim, patrz rozdział 3.

Tabela 4.7. *Instytucje odpowiedzialne za alokację budżetów, Europa Wschodnia, 1998*

Kraj	Budżety pokrywające koszty operacyjne	Budżety pokrywające koszty kapitałowe
Albania	Fundusz ubezpieczenia społecznego + Ministerstwo Finansów	Ministerstwo Finansów
Bułgaria[1]	Ministerstwo Zdrowia, inne ministerstwa	Samorząd lokalny, Ministerstwo Zdrowia
Chorwacja	Fundusz ubezpieczenia społecznego	Samorząd lokalny, Ministerstwo Zdrowia
Czechy	Fundusze ubezpieczenia społecznego	Samorząd lokalny, Ministerstwo Zdrowia
Węgry	Fundusz ubezpieczenia społecznego	Samorząd lokalny, Ministerstwo Zdrowia
Macedonia	Fundusz ubezpieczenia społecznego	Fundusz ubezpieczenia społecznego
Polska[1]	Ministerstwo Zdrowia	Samorząd lokalny, Ministerstwo Zdrowia
Rumunia[1]	Ministerstwo Finansów	Samorząd lokalny, Ministerstwo Zdrowia
Słowacja	Fundusze ubezpieczenia społecznego	Ministerstwo Zdrowia, fundusze ubezpieczenia społecznego
Słowenia	Fundusz ubezpieczenia społecznego	Ministerstwo Zdrowia

Uwagi:
[1] Od stycznia 1999 r. w Polsce budżety przeznaczone na pokrycie kosztów operacyjnych są alokowane przez terytorialne fundusze ubezpieczenia społecznego – regionalne kasy chorych. Pokrywanie kosztów kapitałowych pozostanie w gestii Ministerstwa Zdrowia. W Bułgarii i Rumunii od roku 2000 koszty operacyjne znalazły się w gestii funduszu ubezpieczenia społecznego.

Źródła: PHARE (1998: Dodatek); WHO (1999b).

❑ W większości krajów lekarze pracujący w szpitalach i innych instytucjach publicznych kwalifikują się do grona urzędników (funkcjonariuszy) służby cywilnej, posiadających odpowiednią rangę w biurokratycznej hierarchii rang, zgodnie z zajmowaną przez nich pozycją i starszeństwem[9] (patrz tabela 7.3). Ich pensje zależą, ogólnie rzecz biorąc, od alokacji budżetu na płace personelu służby zdrowia, który jest zależny od fiskalnego stanu państwa, a w szczególności od rangi przypisanej poszczególnym jednostkom w biurokratycznej strukturze płac.

[9] Na Węgrzech lekarze pierwszego kontaktu nie kwalifikują się jako urzędnicy służby cywilnej, podobnie jak ich koledzy i inni lekarze zajmujący się opieką pozaszpitalną w Czechach i Słowacji.

- Chociaż menedżer z zasady cieszy się niezależnością w podejmowaniu decyzji o charakterze operacyjnym, jego zwierzchnicy interweniują w różnoraki sposób. Od czasu do czasu stosują nawykową metodę zapamiętaną z czasów gospodarki planowej, polegającą na narzucaniu „fizycznych" celów. Na Węgrzech okazało się, że jest wiele zbytecznych łóżek szpitalnych. Gdyby zapewniono odpowiedni bodziec ekonomiczny, szpitale same uznałyby, że w ich szeroko pojętym interesie jest redukcja tej liczby (proporcjonalnych kosztów ich utrzymania). Zamiast tego, w 1994 r. wydano rozporządzenie administracyjne, określające ile łóżek szpitalnych może zlikwidować każdy szpital, a gdy kampania ta poniosła porażkę, w 1996 r. ustalono górne pułapy dla każdej gminy (OECD 1999a: 121-2). Podobne interwencje administracyjne miały miejsce w Bułgarii i Czechach w latach 1997-1998.

- Z reguły jest ustalone, że szpitale muszą pokrywać swoje wydatki ze swoich przychodów; nie mają prawa przekroczyć powierzonych im budżetów. W praktyce zdarza się to nagminnie. Szpital popada w długi, gdy w ciągu kilku miesięcy zmuszony jest wydać pieniądze przeznaczone na cały rok działalności. Rezultatem tego jest zazwyczaj pomoc finansowa z zewnątrz, polegająca na pokryciu deficytu i spłaceniu długów z centralnego lub lokalnego (regionalnego) budżetu państwowego. Próby odmówienia takiej pomocy owocują wielkim naciskiem na organizacje zwierzchnie, które ostatecznie ustępują. Polska służba zdrowia zadłużyła się do końca roku 1998 na sumę będącą równowartością kilku miliardów dolarów. Ministerstwo Finansów podjęło się więc ratowania sytuacji. Niektóre długi zamieniono na państwowe obligacje, niektóre przetransferowano za obopólną zgodą do banków, podczas gdy niektóre z sum należnych dostawcom zapłacono gotówką (OECD 2000:151). Wspomniano już wcześniej, w kontekście finansowania, że fundusz ubezpieczenia społecznego zazwyczaj ma miękkie ograniczenie budżetowe. To samo oczywiście odnosi się do organizacji „dostarczających" usługi zdrowotne. Ograniczenie budżetowe publicznych instytucji służby zdrowia jest „całkiem miękkie" – państwo w tym sektorze nie wymaga dyscypliny finansowej. Otwiera to drogę do marnotrawstwa.

Wszystkie przedstawione sytuacje będą dobrze znane tym, którzy analizują eksperyment rynkowy w okresach reform w krajach socjalistycznych, gdy podjęły one próbę umieszczenia przedsiębiorstw państwowych w quasi-rynkowym otoczeniu.

4.6. Dostawa: legalne działania sektora prywatnego

Pierwsze niepubliczne szpitale, polikliniki, kliniki i inne rodzaje organizacji – dostawców usług zdrowotnych pojawiły się w niektórych krajach, takich jak Czechy, Polska, Słowacja, Słowenia i Węgry. Niektóre z nich są własnością Kościołów i prywatnych fundacji i mają charakter niedochodowy. Inne są komercyjnymi, nastawionymi na przynoszenie zysków instytucjami. Jeśli chodzi o te ostatnie, warto wspomnieć, że w większości stolic regionu działają obecnie instytucje opieki zdrowotnej

Tabela 4.8. *Niepaństwowy sektor usług zdrowotnych, Węgry, 1996, wybrane dane*

Rodzaj usług	Opis	Procent
Opieka szpitalna	Stosunek płatności otrzymywanych za hospitalizację przez szpitale prywatne z ubezpieczenia społecznego do całkowitych wydatków ubezpieczenia społecznego na opiekę szpitalną	1,3
Dializa	Udział sektora prywatnego w ogólnym budżecie na ten cel (5,4 mld forintów)	80
Tomografia komputerowa	Stosunek liczby aparatów w rękach prywatnych do całkowitej liczby aparatów	75
Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego	Stosunek liczby aparatów w rękach prywatnych do całkowitej liczby aparatów	57
Ambulans	Stosunek płatności za usługi związane z ambulansem otrzymywane przez prywatnych dostawców z ubezpieczenia społecznego do całkowitych wydatków związanych z ambulansem ponoszonych przez ubezpieczenie społeczne	8
Specjalistyczna opieka domowa	Stosunek płatności otrzymywanych za świadczenie opieki domowej przez prywatnych dostawców z ubezpieczenia społecznego do całkowitych wydatków na opiekę domową ponoszonych przez ubezpieczenie społeczne	0,8
Stomatologia	Stosunek płatności otrzymywanych przez prywatnych stomatologów z ubezpieczenia społecznego do całkowitych wydatków na usługi stomatologiczne ponoszonych przez ubezpieczenie społeczne	6,5
Opieka podstawowa – pierwszy kontakt[1]	Stosunek samodzielnych lekarzy pierwszego kontaktu zakontraktowanych przez ubezpieczenie społeczne do całkowitej liczby lekarzy pierwszego kontaktu opłacanych przez ubezpieczenie społeczne.	76

Uwagi: [1] Dane dotyczące lekarzy pierwszego kontaktu odnoszą się do maja 1997. Pozostałe dane na rok 1996.

Źródło: Autorem tabeli jest Virá Molnár; dane wykorzystane przy jej kompilacji pochodzą z Narodowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego.

będące własnością osób czy kapitału zagranicznego, które dysponują najnowszym wyposażeniem i lekarzami mówiącymi płynnie w obcych językach. Instytucje te obsługują głównie obywateli zagranicznych. Szacuje się, że w Europie Wschodniej jako całości udział sektora niepublicznego w całkowitej podaży usług dostarczanych przez szpitale i inne instytucje jest bardzo mały, na poziomie najwyżej kilku procent (mierzony, na przykład, liczbą łóżek szpitalnych lub leczonych przypadków).

Jedynym wyjątkiem są Czechy, gdzie 9,4 proc. wszystkich łóżek szpitalnych w roku 1997 należało do szpitali prywatnych. Również i Węgry mają wysoki udział sektora prywatnego w określonych, wyspecjalizowanych dziedzinach diagnostyki i terapii. Do roku 1996 80 procent z 5,4 miliarda forintów węgierskich rezerwowanych na dializę nerki zapłacono sektorowi prywatnemu, a 75 procent tomografów komputerowych i 57 aparatów do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego znajdowało się w rękach prywatnych (patrz tabela 4.8).

Jeśli chodzi o lekarzy praktykujących samodzielnie, zmiany miały jeszcze większy zasięg. Możemy wyodrębnić tu trzy następujące kategorie:

(a) Lekarze pierwszego kontaktu (opieki podstawowej)

Przed wprowadzeniem reform lekarze ci byli opłacani przez ubezpieczenie społeczne jako pracownicy państwowi, podobnie jak ich koledzy pracujący w szpitalach czy klinikach specjalistycznych[10]. W niektórych krajach Europy Wschodniej (na Węgrzech, w Czechach, Rumunii i Słowacji) usługa ta została „sprywatyzowana"; innymi słowy – lekarze przekształcili się z pracowników państwowych w pracujących na własny rachunek profesjonalistów, pracujących w ramach kontraktu zawieranego z ubezpieczycielem i lokalnym (lub regionalnym) samorządem czy administracją, które zapewniają im pomieszczenia i konieczne wyposażenie.

(b) Stomatolodzy

Prywatyzacja opieki stomatologicznej jest bardzo zaawansowana w większości krajów Europy Wschodniej.

---

[10] Termin „lekarz dzielnicowy" został użyty wcześniej w odniesieniu do lekarza, do którego pacjenci – w systemie socjalistycznym – byli obowiązkowo przypisywani na podstawie ich miejsca zamieszkania. Wraz z przejściem tej funkcji do sektora prywatnego stosowniejsze wydaje się przyjęcie terminu współcześnie używanego w rozwiniętych gospodarkach rynkowych.

Udział sprywatyzowanego sektora w tych dwóch kategoriach przedstawia tabela 4.9.

Tabela 4.9. *Udział sektora prywatnego, Europa Wschodnia, 1997[1], w procentach*

Kraj	Lekarze pierwszego kontaktu	Stomatolodzy	Farmaceuci
Bułgaria		82	70
Chorwacja		96	~100
Czechy	95	~100	~100
Węgry	76	40 [1]	~100 [1]
Polska		~100 [1]	93
Rumunia		~100 [1]	75
Słowacja	98	~100	100
Słowenia[2]	14	37	68

Uwagi:
[1] Udział prywatnych łóżek szpitalnych we wszystkich krajach jest nieznaczny, z wyjątkiem Czech, z 9,4 procent w 1997.
[2] 1998
Źródła: Bútora i Skladony (1998); Gyenes i Kastalay (1998); Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej (1998); Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego Republiki Słowenii (1999); Narodowy Instytut Statystyczny (1999a); WHO (1999b, 1999c); Rumuńska Narodowa Komisja Statystyczna (1999).

(c) Inni lekarze praktykujący prywatnie

W większości krajów w klasycznym okresie socjalistycznym lekarze nie mogli praktykować prywatnie, chociaż możliwa była i rzeczywiście miała miejsce ich działalność nielegalna lub półlegalna[11]. Do wczesnych lat dziewięćdziesiątych prywatna praktyka lekarska została zalegalizowana i bardzo rozpowszechniona w krajach Europy Wschodniej, szczególnie tam, gdzie miała miejsce kampania na rzecz prywatyzacji, a więc w Czechach (1993), Słowacji (1995) i Chorwacji (1996).

Wyczerpujące dane dla całego regionu nie są niestety dostępne, ale fragmentaryczne informacje, jakie można uzyskać, sugerują, że udział prywatnej opieki specjalistycznej w większości krajów jest niski, choć mamy do czynienia z kilkoma wyjątkami. Dane o usługach specjalistycznych w sektorach prywatnym i publicznym w Czechach i w Budapeszcie na Węgrzech są zaprezentowane w tabelach 4.10 i 4.11. Tabela 4.11

[11] Indywidualne prywatne praktyki lekarskie utrzymywały się w okresie stalinowskim w niektórych krajach, takich jak Węgry czy NRD, chociaż były one raczej wyjątkiem niż regułą.

Tabela 4.10. *Zatrudnienie według sektorów, Czechy, 1997, w procentach*

Pracownicy służby zdrowia	Rząd centralny	Samorządy lokalne	Sektor prywatny
Lekarze	39,4	5,8	54,8
Farmaceuci	10,1		89,9[1]
Personel paramedyczny z wyższym wykształceniem	55,8	8,3	35,9
Pracownicy służby zdrowia, razem	52,7		47,3[1]

Uwagi:
[1] Obejmuje również tych, których zatrudnia samorząd lokalny.
Źródło: Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej (1998).

ujawnia, że w niektórych specjalizacjach udział ten wynosi ponad 50 procent, chociaż dane węgierskie nie są bezpośrednio porównywalne z czeskimi (patrz przypisy do tabeli 4.11). Skalę rozpowszechnienia się praktyki prywatnej, przedstawioną w kategoriach czasu poświęcanego na to przez lekarzy, ujawnia ankieta przeprowadzona w Krakowie (Chawla i inni 1999:10). Dzięki niej wiemy, że 1096 specjalistów poświęciło przeciętnie 10,8 godziny tygodniowo na prywatną praktykę, w każdym przypadku pracując jednocześnie w organizacji publicznej. Opiszemy teraz pokrótce półlegalne, ukryte praktyki prywatne, które łączą się z działalnością pracowników zatrudnionych w sferze publicznej.

Analizując prywatyzację opieki medycznej, warto wspomnieć o własności aptek. Ta część służby zdrowia została już całkowicie lub przytłaczająco sprywatyzowana w większości krajów (patrz tabela 4.9).

Obraz, jaki się wyłania, jest raczej mieszany. Najważniejsze jego kontury przedstawiają się następująco: prywatyzacja usług zdrowotnych dostarczanych przez małe organizacje jest całkiem znacząca (w niektórych krajach nawet bardzo). Większość wielkich działań, „na skalę szpitala", pozostaje w sferze własności publicznej. Struktura własności w służbie zdrowia w latach dziewięćdziesiątych naśladuje sytuację, jaką zastajemy w przemyśle i handlu w okresie reform socjalizmu rynkowego.

4.7. Zarobki i „dowody wdzięczności" otrzymywane przez lekarzy

Istnieje inna, ostatnia nić podobieństwa, łącząca okres socjalizmu rynkowego ze służbą zdrowia w latach dziewięćdziesiątych i jest to rodzaj

konfliktu między pozornie legalnymi i nielegalnymi (lub półlegalnymi) zarobkami. Okres socjalizmu rynkowego był świadkiem bujnego rozwoju tej sfery gospodarki, która pozostaje ważna także i dziś, a znana jest pod różnymi nazwami: jako „druga", „szara", „nieoficjalna" czy „ukryta" gospodarka. Większość ludzi ma „pierwszy", oficjalny i całkowicie legalny dochód: zarobki z miejsca pracy, być może emeryturę, alimenty na dzieci, zasiłek dla bezrobotnych lub zasiłek chorobowy. Mają również i drugie źródło dochodu. Płaci się im za różne usługi, ale nie deklarują tego z powodów podatkowych lub nie płacą z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne[12].

Ten dualizm objawia się w swojej najjaskrawszej postaci (co więcej, najmniej smacznej) w służbie zdrowia krajów Europy Wschodniej. Zjawisko to dotyczy również pielęgniarek i innych pracowników służby zdrowia, ale uwagę swoją skupimy w tym miejscu na lekarzach, wśród których to jest najbardziej rozpowszechnione.

Jednym z aspektów tego zjawiska jest nieproporcjonalnie niska pensja lekarzy zatrudnionych w publicznych instytucjach. Tabele 4.12 i 4.13 pokazują, że lekarze znajdują się w grupie najlepiej opłacanych profesji w tradycyjnych gospodarkach rynkowych krajów rozwiniętych. W Europie Wschodniej zarobki lekarskie w oficjalnym miejscu pracy w połowie lat dziewięćdziesiątych były jedynie 1,3 do 2 razy wyższe niż średnia krajowa. Zrozumiałe, że ta relatywnie niska wielkość może powodować rozgoryczenie. Wraz z postępem rozwoju kapitalistycznej gospodarki rynkowej, który powoduje progresywne różnicowanie się zarobków w innych sferach gospodarki, zarobki lekarzy wcale nie zostały podwyższone.

Inną stroną medalu jest system zwany pieniężnymi „dowodami wdzięczności". Pozwólmy sobie wytłumaczyć, co pod tym pojęciem rozumiemy.

(a) Termin „pieniężny dowód wdzięczności"[13] w swoim ścisłym znaczeniu oznacza płatność czynioną przez pacjenta lub jego rodzinę lekarzowi lub innemu dostawcy usług medycznych za usługi dostępne w obowiązującym mechanizmie za darmo. Usługi te są finansowane przez państwo lub ubezpieczenie społeczne. Instytucja publiczna, w której odbywa się kuracja (na przykład szpital), zapłaciła już lekarzowi

[12] Wielu ludzi żyje prawie wyłącznie z dochodów uzyskiwanych z drugiego źródła i w ogóle nie ma oficjalnych dochodów.

[13] Terminem aktualnie używanym w węgierskiej branży medycznej jest łacińskie słowo *parasolvencia*. Polszczyzna tłumaczy to jako „kopertówka", „koperta" lub „pieniądze w kopercie".

i innemu personelowi medycznemu za włożoną pracę, zazwyczaj w formie pensji. Osoba akceptująca dowód wdzięczności nie płaci dodatkowego honorarium czy opłaty za wykorzystanie pomieszczeń, sprzętu, leków itp.; są one finansowane z funduszy publicznych.

Tabela 4.11. *Udział prywatnych dostawców, Czechy i Węgry*

	Budapeszt[1]			Czechy
	Liczba licencji udzielonych specjalistom w 1999[2]		Prywatne licencje/ wszystkie licencje[3] (w procentach)	Specjaliści[4] w sektorze niepaństwowym /specjaliści w obu sektorach, 1997 (w procentach)
	Wszystkie licencje	Prywatne licencje		
Medycyna wewnętrzna	1 892	1 217	64	48
Chirurgia	726	166	23	42
Położnictwo/ginekologia	485	289	60	62
Pediatria	478	324	68	76
	155	38	25	...
Laryngologia	188	107	57	56
Okulistyka	228	131	57	59
Dermatologia i wenerologia[5]	176	132	75	64
Psychiatria[6]	278	69	15	64
Urologia	131	59	45	33
Podstawowa stomatologia i stomatologia specjalistyczna	1 974	1 877	95	...
Rehabilitacja i masaże	129	82	64	...

Uwagi:
[1] Dane ogólnokrajowe nie były dostępne.
[2] Licencji udzielano w kilku kategoriach: lekarze na praktykach prywatnych, przedsiębiorcy zdrowotni, prywatne kliniki, jednostka publiczna lub prywatna, niedochodowy lub nastawiony na zysk szpital prywatny.
[3] Jak wynika z mechanizmu licencyjnego, stosunek ten nie odzwierciedla liczby pacjentów leczonych w sektorze prywatnym, ani też liczby pracujących w nim lekarzy.
[4] W tym także specjaliści pracujący w jednostkach opieki szpitalnej i pozaszpitalnej.
[5] W Czechach wyłącznie dermatolodzy.
[6] Z wykluczeniem neurologii.
Źródła: Narodowy Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej (1998); osobiste kontakty Istvána Felmérai z Narodowym Stowarzyszeniem Pracowników Zdrowia Publicznego i Medycyny Republiki Węgier (2000).

Pojęciem najbliższym „dowodowi wdzięczności" w służbie zdrowia jest napiwek wręczany kelnerowi w restauracji. Inną analogią jest sytuacja, jaka często miała miejsce w gospodarce niedoborów w systemie socjalistycznym, gdy kierowcy samochodów „przewozili na czarno pasażerów", to

znaczy prywatnie wozili pasażerów państwowymi pojazdami, za co otrzymywali pieniądze. Są to najbliższe analogie, bez względu na to, jak bardzo są one „pozbawione godności".

(b) Przynajmniej w sensie konceptualnym „dowody wdzięczności" można odseparować od części honorariów płaconych lekarzom i innym dostawcom usług zdrowotnych na praktykach prywatnych (pielęgniarkom domowym, fizjoterapeutom, masażystom), których obdarowani nie deklarują, głównie z powodu chęci uniknięcia podatku. Dostawca w takich przypadkach nie oferuje faktury, a pacjent takiej się nie domaga. Jest to po prostu zwykły wybieg „szarej strefy" pozwalający na uniknięcie podatku, analogiczny do praktyk wielu taksówkarzy, pracujących na własny rozrachunek rzemieślników i innych dostawców usług.

Tabela 4.12. *Zarobki lekarzy w porównaniu z zarobkami wszystkich zatrudnionych, lata 1992-1999, porównanie międzynarodowe*

Kraj	Rok	Średnie zarobki wszystkich zatrudnionych = 100
Czechy	1998	170
Węgry	1998	127
Polska	1996	133
Rumunia	1997	121
Słowacja	1998	165
Słowenia	1997	211
Austria	1997	169
Finlandia	1998	208
Niemcy	1992	404
Szwecja	1997	170
Wielka Brytania	1999	243
Stany Zjednoczone	1993	496

Uwaga:
Wykorzystano najbardziej aktualne dane, jakie można było uzyskać.
Źródła: Tabelę skompilował János Varga. Dane pochodzą z Komisji ds. Rewizji Płac Lekarskich (1996); Amerykańskiego Biura Spisu Powszechnego (1996); Czeskiego Urzędu Statystycznego (1999); Narodowego Urzędu Statystycznego (1999); ILO (1996, 1998, 1999a, 1999b); OMMK (1999), Narodowej Rumuńskiej Komisji Statystycznej (1999); Urzędu Statystycznego Republiki Słowacji i VEDA (1999a, 1999b).

(c) Zjawiska (a) i (b) mogą się w specyficzny sposób ze sobą łączyć, głównie w relacjach lekarz-pacjent. Pacjent przychodzi na prywatną wizytę w państwowej placówce i płaci lekarzowi formalne honorarium. W rzeczywistości, wnosząc płatność, chce nabyć przywilej. Oczekuje specjalnej uwagi lekarza w jego drugim, oficjalnym miejscu

pracy, państwowym szpitalu lub klinice – pomocy w ominięciu kolejki do badań, bardziej komfortowego miejsca w szpitalu i tak dalej[14]. W dalszej części książki posługujemy się terminem „dowód wdzięczności" w jego szerszym znaczeniu, obejmującym zarówno (a), jak i (c). Zjawisko (b), uchylanie się od płacenia podatków, nie jest specyficzne dla Europy Wschodniej, spotyka się je na całym świecie.[15] Z drugiej strony zjawiska (a) i (c) są prawdopodobnie specyficznymi, socjalistycznymi i postsocjalistycznymi, wschodnioeuropejskimi zachowaniami czy nawykami, lub przynajmniej są w tym regionie bardziej niż gdzie indziej rozpowszechnione.

Znawcy tematu twierdzą, że półlegalne opłacanie lekarzy jest bardzo rozpowszechnione na Węgrzech, w Rumunii, Polsce i Bułgarii, rzadziej spotyka się je w Czechach, Słowacji, Chorwacji i Słowenii. Badania przeprowadzone w Polsce ujawniły, że suma otrzymanych przez lekarzy „dowodów wdzięczności" w roku 1994 była mniej więcej równa ich oficjalnym zarobkom brutto. Około 60-70 procent pacjentów leczonych w szpitalach „odwdzięczało się" lekarzom (Chawla, Berman i Kawiorska 1998:8).

Częstotliwość i rozmiary „dowodów wdzięczności" poddano w 1998 roku na Węgrzech intensywnym badaniom, analizowano również postawę wobec nich, wykorzystując dwie próby: jedną dobraną z „normalnej" populacji, drugą spośród lekarzy[16]. Jak oczekiwano, częstotliwość „dowodów wdzięczności" zależy od rodzaju uzyskiwanej usługi medycznej. Przyjrzyjmy się sytuacji, w której „dowody wdzięczności" są najczęstsze. W badaniu populacji więcej niż trzy czwarte respondentów powiedziało, że jest to przyjęta „tradycja" w przypadku operacji chirurgicznej, narodzin dziecka lub zapłacenia lekarzowi, który musiał złożyć wizytę nocą.

---

[14] Czeski system płac uniemożliwia półlegalne powiązania między dwoma typami własności. Ubezpieczyciel zapłaci tylko temu prywatnemu lekarzowi, który nie jest pracownikiem państwowym.

[15] Tibor Scitovsky, wybitny ekonomista, opisuje w swojej autobiografii przykład zjawiska (b) – rozpowszechnienie uchylania się od podatków lekarzy francuskich. Stowarzyszenie zawodowe reprezentujące lekarzy francuskich jest przygotowane do obrony swoich członków w razie oskarżeń aparatu podatkowego, pod warunkiem że nie zaniżyli swojego dochodu o więcej niż 30 procent. Jeśli przekroczą tę granicę – są zdani sami na siebie – co za dużo, to niezdrowo. Patrz Scitovsky (1997: 187-8).

[16] Wyniki ankiety, przeprowadzonej przez instytut badawczy TÁRKI, którą kierowali Géza Bognár, Róbert Gál i János Kornai, zostały podsumowane w publikacji Bognár, Gál i Kornai (2000). Wszystkie dane dotyczące Węgier cytowane w tej części książki pochodzą z tego właśnie badania.

Tabela 4.13. *Zarobki lekarzy w porównaniu z innymi zawodami (służącymi jako podstawa porównania = 100)[1], lata 1996-1999, porównanie międzynarodowe*

	Czechy 1998	Węgry 1998	Polska 1996	Rumunia 1997	Słowacja 1998	Słowenia 1997	Austria 1997	Finlandia 1998	Niemcy[7] 1998	Szwecja 1997	Wielka Brytania[9] 1999	Stany Zjednoczone 1998
Wszystkie zawody[2]	90	98	113	...	128	101	...	...	...	132	185	152
Księgowi	...	44	77	26	86	205	95	140[6]	132	...	165	172
Architekci[3]	101	106	85	...	...	155	...	137	214[8]	120	179	133
Programiści komputerowi	121	90	104	118	97	127	92	154[6]	144	...	187	137
Ekonomiści	91	55	...	...	...	97	...	129	...	122	...	128
Zawody prawne[5]	80	51	61	...	94	77	...	116	140[8]	104	133	95

Uwagi:

[1] Najnowsze dane oparte na przeciętnych zarobkach brutto. Dane dotyczące Stanów Zjednoczonych pokazują medianę jako środkowy wynik dla populacji. Dane amerykańskie w kategorii specjalizacji zawodowej

[2] Czechy: wykształcenie uniwersyteckie. Słowenia: zatrudnieni z dyplomem uniwersyteckim. Wielka Brytania: Wolne zawody. Stany Zjednoczone: dane w kategorii specjalizacji zawodowej

[3] Szwecja i Polska: architekci, inżynierowie i zawody pokrewne

[4] Słowenia: ekonomista-analityk-planista. Szwecja: nauki społeczne i specjaliści od lingwistyki

[5] Czechy i Finlandia: prawnicy. Węgry: prawnicy i radcy prawni. Słowacja: prawnicy z wyłączeniem adwokatów i sędziów. Słowenia: sędzia sądu najniższej instancji. Stany Zjednoczone: prawnicy i sędziowie. Niemcy: prokuratorzy.

[6] Dane na rok 1995

[7] Dane odnoszą się do landów RFN sprzed zjednoczenia Niemiec.

[8] Dane na rok 1999

[9] Dane na kwiecień 1999

Źródła: ILO (1996, 1998, 1999a, 1999b); Biuro Statystyki Pracy Stanów Zjednoczonych (1999); Czeski Urząd Statystyczny (1999); Narodowy Urząd Statystyczny (1999); OMMK (1999); Narodowa Rumuńska Komisja Statystyczna (1999); Urząd Statystyczny Republiki Słowacji i VEDA (1999a, 1999b); Urząd Statystyczny Republiki Słowenii (1999).

Gdy zapytano lekarzy, ich odpowiedzi były dokładnie takie same: chirurdzy otrzymują „dowody wdzięczności" od 73 procent pacjentów, a ginekolodzy od 85 procent.

Tabela 4.14. *Przeciętne wielkości „dowodów wdzięczności" za opiekę lekarską, Węgry, 1999, w forintach węgierskich*

Usługa	Szacunek opinii publicznej	Szacunek lekarzy
Nocna wizyta lekarza domowego (dyżurującego przy telefonie)	857	763
Rutynowe badanie ginekologiczne	860	1,231
Zastrzyk wykonywany w gabinecie lekarza	206	146
Usunięcie wyrostka robaczkowego lub operacja woreczka żółciowego wykonana przez chirurga	6,001	8,879
Przyjęcie porodu przez położnika	10,982	19,340
Umieszczenie przez lekarza zdrowego pacjenta na liście chorych	...	2,063
Złożenie przez lekarza oświadczenia, że sprawny pacjent kwalifikuje się do renty inwalidzkiej	...	32,086

Uwagi:
Respondenci „normalnej" populacji i lekarze musieli odpowiedzieć na pytanie „Ile dowodów wdzięczności dają ludzie?", a nie „Ile dałeś/dałaś?" lub „Ile dostałeś/dostałaś?" Chodziło o to, aby zachęcić respondentów do szczerszych odpowiedzi. Ostatnie dwa pytania odnosiły się do czynów, które można było potraktować jako łapownictwo, tak więc nie zostały postawione respondentom z „normalnej" próby.
Źródło: Bognár, Gál i Kornai (2000: 37).

Ankieta starała się określić również zwyczajowe rozmiary „dowodów wdzięczności" dawane lub otrzymywane. Tabela 4.14 przedstawia raczej zaskakujący zestaw odpowiedzi. Urodzenie dziecka, rzekomo darmowe, oznacza „wdzięczność" w wysokości około 11 000 do 19 000 forintów węgierskich, według odpowiednio „normalnych" respondentów i lekarzy. Aby móc ocenić wysokość tych kwot, musimy dodać, że średni zarobek netto zatrudnionego w tym roku wynosił 45 162 forinty węgierskie miesięcznie (1999:93).

Opierając się na odpowiedziach z populacji, badacze oszacowali zagregowaną całkowitą wielkość „dowodów wdzięczności" otrzymywanych w służbie zdrowia. Oczywiście nie do uniknięcia są w przypadku takiej estymacji pewne nieścisłości. Jednakże konkluzja, że całkowita suma „dowodów wdzięczności" na poziomie makro otrzymywana przez praktykujących lekarzy była ponad półtora raza większa niż ich oficjalne zagregowane zarobki, prawdopodobnie zaniża niż zawyża rzeczywistą

wielkość. Udział „dowodów wdzięczności" na Węgrzech był najwyższy w całym regionie. Niestety, w innych krajach nie przeprowadzono skrupulatnych szacunków rozmiarów płatności w postaci „dowodów wdzięczności" na poziomie mikro.

Dwa oblicza systemu „dowodów wdzięczności" wyjaśnione w tej części książki – nieznośnie niska oficjalna pensja, powszechność i zadziwiająca wielkość półlegalnych płatności – są nierozłącznie ze sobą związane.

Tabela 4.15. *Opinie na temat „dowodów wdzięczności" wśród lekarzy i opinii publicznej, Węgry*

Opinia	Zgadzam się		Nie zgadzam się	
	całkowicie	częściowo	całkowicie	częściowo
Dawanie „dowodów wdzięczności" jest formą zabezpieczenia pacjenta, ponieważ wydaje im się, że kupują dodatkową uwagę:				
Lekarze	19,4	44,2	19,5	16,9
Opinia publiczna	26,1	28,4	19,8	25,7
„Dowody wdzięczności" nie czynią żadnej różnicy w leczeniu:				
Lekarze	32,0	17,6	23,7	26,7
Opinia publiczna	14,4	17,1	30,0	38,5
„Dowody wdzięczności" podkopują zaufanie w relacji lekarz-pacjent:				
Lekarze	17,8	17,6	31,9	32,7
Opinia publiczna	15,1	21,7	33,2	30,1
„Dowody wdzięczności" są złem koniecznym:				
Lekarze	58,0	22,2	9,8	10,1
Opinia publiczna	58,0	22,2	9,8	10,1
Tak długo, jak państwo nie zapłaci im odpowiednio, lekarze mają prawo akceptować „dowody wdzięczności":				
Lekarze	54,4	27,5	11,0	7,1
Opinia publiczna	39,1	28,4	17,5	15,0
Akceptowanie „dowodów wdzięczności" przez lekarzy jest moralnie naganne:				
Lekarze	3,6	7,5	29,4	59,6
Opinia publiczna	16,6	17,7	33,3	32,4
„Dowody wdzięczności" są nieprzyjemne i poniżające zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów:				
Lekarze	68,0	21,8	7,1	3,1
Opinia publiczna	30,0	32,4	22,6	15,0
Istnienie „dowodów wdzięczności" wskazuje, że społeczeństwo uważa, że lekarzom płaci się za mało:				
Lekarze	72,6	17,5	6,7	3,2
Opinia publiczna	41,6	28,1	17,0	13,3
„Dowody wdzięczności" nie są kwestią moralną:				
Lekarze	42,2	29,1	18,1	10,7
Opinia publiczna	33,5	29,3	19,4	17,8

Źródło: Bognár, Gál i Kornai (2000: 295).

Większość społeczeństwa jest przekonana, że lekarze oczekują „dowodów wdzięczności". To nieprawda, wielu lekarzy nie podziela tych oczekiwań. Są oni gotowi poświęcać taką samą uwagę każdemu pacjentowi, bez względu na „wdzięczność" czy honoraria za prywatną wizytę. Jednak sam fakt, że pacjenci *myślą,* iż mogą kupić dodatkową uwagę lekarza metodą (a), (b) lub (c), wywiera demoralizujący wpływ. Tabela 4.15 rzuca światło na to, jak etycznie kłopotliwe zjawisko „dowodów wdzięczności" jest postrzegane przez opinię publiczną i środowisko medyczne na Węgrzech.

„Dowody wdzięczności" nie są rozdzielane sprawiedliwie[17]. Na przykład operowany pacjent (lub krewny) wręcza „dowód wdzięczności" bezpośrednio kierującemu operacją chirurgowi, nawet jeśli operacja jest pracą zespołową. Niektórzy chirurdzy dzielą się otrzymywanymi pieniędzmi z członkami swojego zespołu, ale nie wszyscy postępują w ten sposób. Istnieją całe specjalizacje lekarskie, które w systemie tym nie uczestniczą i nic nie otrzymują, np. radiolodzy, anestezjolodzy i personel laboratoryjny.

„Dowody wdzięczności" budzą wśród pacjentów zakłopotanie. Rynek nie jest przejrzysty, a ceny są niejasne. Nikt nie jest pewny, czy daje za dużo, czy za mało. Pacjenci rywalizują między sobą, co winduje w górę przyjęty powszechnie poziom „wdzięczności".

Rozpowszechnienie i demoralizujący wpływ „dowodów wdzięczności" – to jeden z głównych hamulców pojawienia się bezpośredniej działalności prywatnej i przyzwoitych relacji biznesowych w służbie zdrowia.

4.8. Wskaźniki ekonomiczne służby zdrowia i stan zdrowotny populacji

Reasumując, możemy stwierdzić, że w służbach zdrowia krajów Europy Wschodniej zaszły istotne zmiany w porównaniu z odziedziczonym po systemie socjalistycznym mechanizmem sprzed lat dziewięćdziesiątych. Niektóre kraje podjęły jedynie nieśmiałe kroki prowadzące ku reformie, podczas gdy inne poczyniły wielkie postępy. Jednak rezultaty tych działań są raczej niespójne i wciąż mamy do czynienia z wielką potrzebą dalszych reform.

---

[17] Losonczi (1997: 23) cytuje kilka przyprawiających o zawrót głowy wyników ankiety przeprowadzonej w wielkim szpitalu na prowincji. Jedynie 10 procent lekarzy pracujących w tym szpitalu otrzymywało „dowody wdzięczności", a w obrębie tej grupy 2 procent lekarzy kumulowało aż 80 procent pieniężnej „wdzięczności".

Chociaż wykracza to poza główną tematykę niniejszej książki, warto podsumować powyższy szkic kilkoma słowami na temat ekonomicznego wymiaru i wyników służby zdrowia. Odsłoni to obraz, który pod wieloma względami okaże się niepokojący. Jednak jest to tylko obraz obecnej sytuacji, o której powinni pamiętać reformatorzy w trakcie tworzenia założeń propozycji reform. Warto byłoby wiedzieć, do jakiego stopnia niekompletność reformy instytucjonalnej i brak bodźców mogą tłumaczyć dwuznaczne wyniki służby zdrowia. Można podejrzewać istnienie jakiegoś przypadkowego związku, ale wyjaśnienia jego natury nie będziemy się tu podejmowali.

Jednym ze sposobów podsumowania ekonomicznego obrazu służby zdrowia jest spojrzenie na dane dotyczące ogólnokrajowych wydatków na cele zdrowotne. Tabela 4.16 pokazuje wydatki *per capita* na cele zdrowotne w Europie Wschodniej, wykorzystując ceny, które korygują różnice kosztów życia – dzięki temu można dokonać porównań między poszczególnymi krajami. Tabela 4.17 zawiera dane dla krajów OECD w latach 1970-1994, z cenami porównywalnymi do przedstawionych w tabeli 4.16.

Tabela 4.16. *PKB i wydatki na cele zdrowotne, Europa Wschodnia, lata 1990-1994*

Kraj	PKB *per capita*, w dolarach amerykańskich 1990 (PPP)[1]				
	1990	1991	1992	1993	1999
Bułgaria	5,296	4,157	3,764	3,812	3,914
Czechy	9,754	8,363	7,970	7,623	8,058
Węgry	6,514	5,657	5,535	5,605	5,76
Polska	4,504	4,234	4,206	4,260	4,605
Rumunia	4,433	3,706	3,321	3,363	3,454
Słowacja	7,315	6,273	5,977	5,829	5,986
Słowenia	...	8,920	8,191	8,520	8,979
	Wydatki na cele zdrowotne *per capita*, w dolarach amerykańskich 1990 (PPP)				
Bułgaria	275	226	256	196	185
Czechy	527	443	430	556	612
Węgry	436	385	398	415	455
Polska	230	246	265	...	309
Rumunia	124	122	116	101	114
Słowacja	393	310	304	371	422
Słowenia	...	461	608	653	700

Uwaga: 1 PPP = Purchasing Power Parity, pol. parytet siły nabywczej (wytłumaczenie znajdzie czytelnik w przypisach do tabeli 3.4.).

Źródło: Kornai i McHale (2000:383).

Jedynie w Czechach i Słowenii wydatki *per capita* na cele zdrowotne przekroczyły średnią OECD z 1970 roku. W innych krajach ich poziom kształtował się poniżej średniej, blisko poziomu wydatków biedniejszych krajów OECD 24 lata wcześniej. Porównując sytuację w tych dwóch grupach w roku 1994, kraje Europy Wschodniej wykazują szerokie rozproszenie wydatków na cele zdrowotne *per capita*: pomiędzy 8 a 52 procent średniej rozwiniętych krajów uprzemysłowionych.

Tabela 4.17. *Wydatki na cele zdrowotne per capita, kraje OECD, lata 1970–1994*[1]

Kraj	1970	1982	1994
Australia	672	1,077	1,453
Austria	512	926	1,432
Belgia	425	1,009	1,471
Dania	690	1,237	1,496
Finlandia	531	894	1,153
Francja	662	1,198	1,671
Grecja	189	294	565
Hiszpania	263	542	909
Holandia	653	1,098	1,481
Irlandia	316	688	1,011
Islandia	445	1,027	1,408
Japonia	419	904	1,330
Kanada	813	1,267	1,791
Korea	45	141	386
Luksemburg	475	976	1,753
Niemcy	566	1,059	1,765
Norwegia	428	994	1,529
Nowa Zelandia	568	777	1,068
Portugalia	141	445	839
Stany Zjednoczone	1,159	1,880	3,246
Szwajcaria	814	1,313	2,052
Szwecja	869	1,390	1,364
Turcja	72	107	170
Wielka Brytania	464	733	1,083
Włochy	502	924	1,402
Średnia	508	916	1,353

Uwaga: [1] Wszystkie wartości są mierzone w odniesieniu do cen amerykańskich w roku 1990, dostosowano je do parytetów siły nabywczej PKB.
Źródło: OECD (1998b).

Głównym powodem tych różnic jest oczywiście fakt, że Europa Wschodnia ma znacznie niższy poziom produktu krajowego brutto *per capita*.

Lewa strona tabeli 4.18 prezentuje wydatki na cele zdrowotne jako procent produktu krajowego brutto.

Tabela 4.18. *Rzeczywiste i prognozowane wydatki na cele zdrowotne, kraje Europy Wschodniej, lata 1990-1994*[1]

Kraj	Rzeczywiste wydatki na cele zdrowotne, jako procent PKB					Prognozowane wydatki na cele zdrowotne, jako procent PKB					Różnica między rzeczywistymi a prognozowanymi wydatkami				
	1990	1991	1992	1993	1994	1990	1991	1992	1993	1994	1990	1991	1992	1993	1994
Bułgaria	5,2	5,4	6,8	5,2	4,7	4,7	4,2	4,2	4,2	4,2	0,5	1,3	2,7	0,9	0,5
Czechy	5,4	5,3	5,4	7,3	7,6	6,2	5,8	5,9	5,8	5,8	–0,8	–0,5	–0,5	1,5	1,8
Węgry	6,7	6,8	7,2	7,4	7,9	4,8	4,5	4,7	4,7	4,7	1,9	2,3	2,5	–2,7	3,2
Polska	5,1	5,8	6,3	..	6,7	4,0	3,9	4,0	4,1	4,2	1,1	1,9	2,3	..	2,5
Rumunia	2,8	3,3	3,5	3,0	3,3	3,9	3,6	3,5	3,6	3,5	–1,1	–0,3	0,0	–0,6	–0,2
Słowacja	5,4	5,0	5,1	6,4	7,1	5,2	4,9	5,0	5,0	4,9	0,1	0,1	0,1	1,4	2,1
Słowenia	5,6	5,2	7,4	7,7	7,8	..	5,7	5,7	5,9	5,9	..	–0,5	1,7	1,8	1,9

Uwagi:
[1] Wartości prognozowane oparte są na estymacjach analizy regresji. Zmienne wyjaśniające w analizie regresji to PKB *per capita*, wskaźnik liczby osób starszych pozostających na utrzymaniu i stosunek liczby pracujących kobiet do liczby pracujących mężczyzn.
Źródło: Kornai i McHale (2000: 384).

W jaki sposób wydatki wschodnioeuropejskie, tak mierzone, da się porównać z tymi, które można uważać za „normalne" w gospodarkach rynkowych? Możemy uzyskać zadowalająco precyzyjną odpowiedź na to ważne pytanie, rozumując w następujący sposób. Po pierwsze, załóżmy, że wschodnioeuropejski kraj, powiedzmy Słowacja, ma system polityczny i gospodarczy podobny do „normalnej" gospodarki rynkowej. W tym przypadku jej „normalny" stosunek wydatków na cele zdrowotne do produktu krajowego brutto może być przewidziany na podstawie (a) własnych cech charakterystycznych ekonomicznych i demograficznych Słowacji i (b) sposobu, w jaki cechy te odnoszą się do wydatków na cele zdrowotne w gospodarkach rynkowych. Ten drugi związek – w jaki sposób wydatki na cele zdrowotne wiążą się ze wzrostem produktu krajowego brutto i zmianami innych zmiennych (jak struktura wiekowa populacji) – był tematem wielu badań z dziedziny ekonometrii[18]. Odwołamy się tu do analizy sporządzonej przez pierwszego autora tej książki i Johna McHale'a. Studium to badało zasadność wielu ekonomet-

[18] Gerdtham i Jönsson (2000) wyczerpująco analizują obfitą literaturę dotyczącą tych badań.

rycznych parametrów. Skupmy się na rezultatach analizy regresji, wykorzystując skumulowane serie czasowe, próbę przekrojową dla lat 1970--1994 i 25 krajów OECD (obecnych członków OECD z wyjątkiem Czech, Meksyku i Polski). Oprócz produktu krajowego brutto *per capita* zastosujemy inne zmienne, takie jak struktura wiekowa i udział kobiet w sile roboczej. Relacja ta może zmieniać się w czasie w reakcji na wzrost wydatków na cele zdrowotne spowodowany przez nowe technologie. Posługując się doświadczeniami tych krajów jako „benchmarkiem", możemy prognozować „normalny" stosunek wydatków na cele zdrowotne do produktu krajowego brutto w kraju Europy Wschodniej takim jak Słowacja w roku 1994, dzięki włączeniu do analizy regresji takich zmiennych jak struktura wiekowa i udział kobiet w sile roboczej[19].

Wynik przedstawiono w środkowej części tabeli 4.18; dla Słowacji wynosi on 4,9 proc. Innymi słowy, środkowa część prezentuje wartości prognozowane za pomocą równania regresji.

Prawa strona tabeli 4.18 pokazuje różnicę między wartościami w części lewej i środkowej dla tego samego kraju i tego samego momentu. Widzimy, że w roku 1994 Rumunia jest jedynym krajem, dla którego rzeczywisty udział nie odbiega od wielkości prognozowanej za pomocą analizy regresji. W przypadku innych krajów wschodnioeuropejskich przedstawionych w tabeli, rzeczywisty wynik przewyższa wynik prognozowany. Węgry są szczególnie warte uwagi ze względu na największą rozbieżność między rzeczywistymi a prognozowanymi wydatkami, jak widać z danych umieszczonych w tabeli 4.18 i na rysunku 4.3[20].

Różnica między prognozowanym, „normalnym" wzorem a rzeczywistymi wydatkami na cele zdrowotne w Europie Wschodniej jest ściśle związana z bezprecedensową transformacją społeczną i gospodarczą, jaka ma miejsce w kilkunastu ostatnich latach. Ogromny spadek wielkości

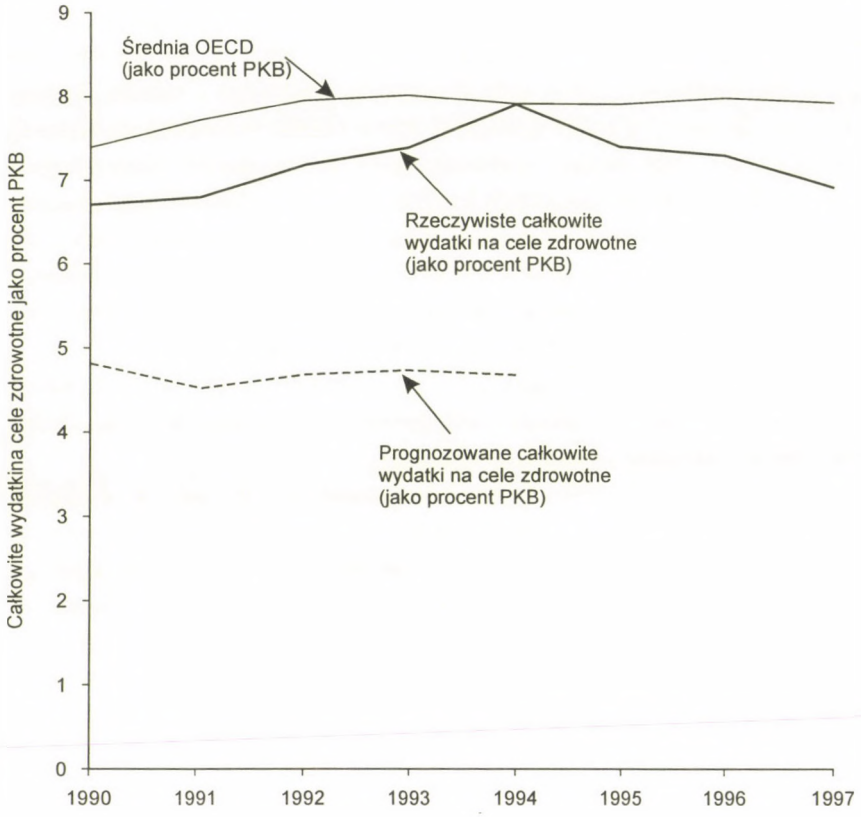
---

[19] Szczegółowe informacje na temat tego badania znaleźć można u Kornaia i McHale'a (2000). Tabela 5 z tego studium jest powtórzona w tej książce jako tabela 4.18.

Jeśli chodzi o dane dotyczące krajów Europy Wschodniej wykorzystane w tej książce, to istnieją pewne statystyczne wątpliwości i niepewności. W literaturze dodatkowo pojawia się dyskusja nad odpowiednimi technikami ekonometrycznymi dla porównań międzynarodowych. Chociaż trudności powyższe zmuszają do ostrożności, skalkulowane wyniki podane w niniejszej książce wydają się wystarczające do wyciągania wniosków o charakterze jakościowym.

[20] Właśnie dostrzeżenie tej różnicy skłoniło pierwszego autora do nazwania Węgier „przedwczesnym" czy też „niedojrzałym" państwem opiekuńczym w jednej z jego prac (1992a). Różne uwarunkowania historyczne skłoniły rząd węgierski przed upadkiem systemu socjalistycznego do intensywniejszego, niż w innych krajach na podobnym poziomie rozwoju gospodarczego, rozwoju sektora opiekuńczego.

Rys. 4.3. *Węgry, rzeczywiste i prognozowane wydatki na cele zdrowotne, dane dotyczące okresu transformacji, lata 1990-1997*



Źródło: Kornai i McHale (2000: 385).

produkcji w Europie Wschodniej w latach dziewięćdziesiątych był najgłębszą recesją, jaką do tej pory przeszły w swojej historii gospodarczej kraje tego regionu. Jednakże wydatki na sektor opiekuńczy, w tym służbę zdrowia, malały w tempie mniejszym niż produkt krajowy brutto. Wszystkie rządy krajów regionu podjęły kroki mające na celu jakiekolwiek złagodzenie znaczącego, uciążliwego obniżenia standardu życia spowodowanego przez recesję[21]. Tak więc w dołku recesji wydatki na cele

[21] W okresie 1991-1994 chorwackie wydatki na cele zdrowotne zmniejszały się znacznie wolniej niż PKB. Bardziej uderzający jest fakt, że Bułgaria, Rumunia, Słowacja i Słowenia w rzeczywistości zwiększały wydatki, podczas gdy ich PKB się zmniejszał (Kanavos i McKee 1998: 33).

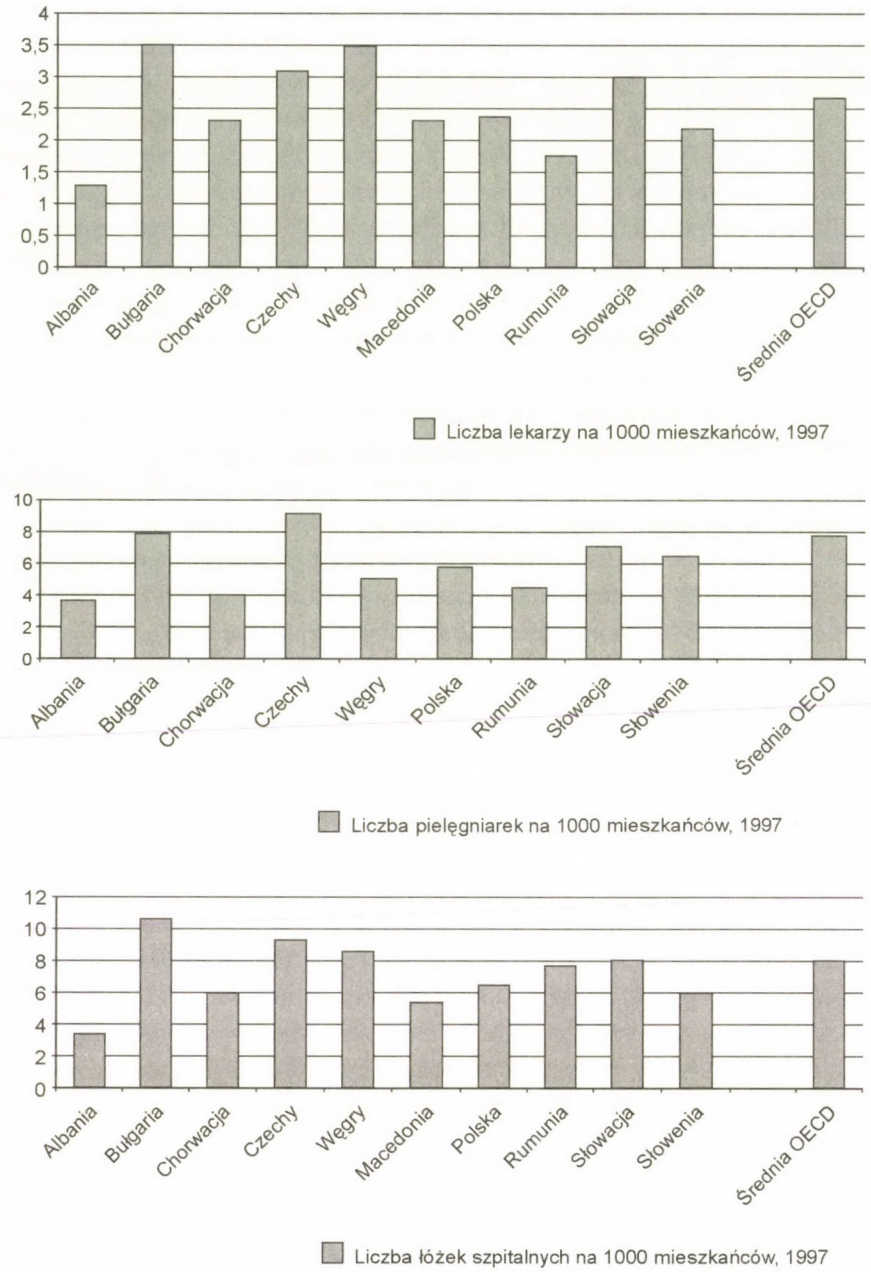
zdrowotne rosły jako udział w produkcie krajowym brutto. Czy udział ten pozostanie wysoki (lub jeszcze wzrośnie) czy nie, w dużym stopniu będzie zależało od polityki reform, zarówno tych w służbie zdrowia, jak i ukierunkowanych na stymulowanie ogólnego wzrostu gospodarczego.

Warto odwołać się w tym miejscu do zasady ósmej, wymagającej harmonijnych proporcji wydatków na cele zdrowotne (oraz służbę zdrowia) i wydatków stymulujących wzrost gospodarczy. Możliwe jest pewne odchylenie (posługując się raz jeszcze słownictwem analizy regresji) od „normalnych" proporcji, od części produktu krajowego brutto „zwyczajowo" wydawanej na cele zdrowotne w innych krajach o podobnych charakterystykach, ale ryzykowne jest odchodzenie zbyt daleko czy zbyt długo. Istnieje bardzo wiele palących problemów, które usprawiedliwiają wydatki na cele zdrowotne, pochłaniające coraz większą i coraz bardziej nieproporcjonalną część zasobów społeczeństwa. Fakt, że dla roku 1994 po prawej stronie tabeli 4.18 (z wyjątkiem Rumunii) pojawiły się wartości dodatnie, wskazuje, że kraje te wydawały tak wiele (lub w niektórych przypadkach znacznie więcej) jak mogłyby wydać kraje o gospodarce rynkowej znajdujące się na podobnym poziomie rozwoju gospodarczego. Zmiany, jakie zaszły w ostatnich latach, wymagają dalszych badań.

Argument ten być może przekonałby makroekonomistę, który jest przyzwyczajony do rozważania relatywnych proporcji stosunków i wielkości w każdym sektorze w gospodarce jako całości i traktowania ich jako mierników kosztów możliwości i wydajności alokacji zasobów. Problem tkwi w tym, że ani pacjenci, ani lekarze nie myślą o tym w ten sposób. Bardziej interesuje ich to, co pokazują tabele 4.16 i 4.17: dlaczego obywatele czescy, polscy i słoweńscy otrzymują jedynie ułamek tego, co ich szczęśliwsi koledzy w krajach Europy Zachodniej. Ten relatywny stosunek jest jednym z motorów napędzających niezadowolenie społeczne. Nie łagodzi go inna, bardziej krzepiąca myśl, że wcale nie otrzymują mniej, jeśli wziąć pod uwagę gospodarcze siły państwa.

Chociaż całkowita część zasobów ekonomicznych poświęcanych na służbę zdrowia i cele zdrowotne w żaden sposób nie może być uznana w Europie Wschodniej za „małą", problemy zdrowotne mnożą się, istnieje paląca potrzeba polityki, która podniesie „wartość dolara" wydawanego na cele zdrowotne. Ta potrzeba większej wydajności jest tłamszona przez dziedzictwo socjalistycznego planowania w systemie dostawy opieki zdrowotnej w całym regionie. Jednym z doskonale znanych symptomów chronicznych braków w gospodarce socjalistycznej był fakt, że brak ten i nadwyżka egzystowały obok siebie w całej gospodarce. Przedsiębiorstwo

Rys. 4.4. *Zasoby służby zdrowia, Europa Wschodnia, lata 1995–1997*



Źródło: WHO (1999d).

mogło skarżyć się na ciągłe braki siły roboczej, jednocześnie wykazując niedostatek miejsc pracy. Zapasy mogły piętrzyć się w magazynach, podczas gdy konsumenci stali w kolejkach po dobra, których potrzebowali. Pod tym i innymi względami ślady socjalizmu można dostrzec w służbie zdrowia. W osłupienie wprawia odkrycie, jak to ilustruje rysunek 4.4, że względnie biedny kraj, taki jak Bułgaria czy Słowacja, ma więcej łóżek szpitalnych *per capita* niż wynosi średnia krajów OECD! Jednocześnie poczekalnie lekarzy są zatłoczone. Do określonych rodzajów badań ustawiają się długie kolejki i tworzą listy oczekiwania na określone rodzaje kuracji (na przykład różne procedury chirurgiczne). Istnieją ogromne jeszcze moce wytwórcze i możliwości bardziej wydajnego wykorzystania zarówno kapitału fizycznego, jak i ludzkiego.

Symbioza niedoboru i nadwyżki powinna być bodźcem skłaniającym reformatorów do szybkiego zaprojektowania takiego mechanizmu ekonomicznego w służbie zdrowia, który będzie promował wydajność, zachęcał do efektywności, lepszego wykorzystania zasobów i który przyniesie trwalszą, ściślejszą równowagę popytu i podaży.

Wspomniano już kilka cech sektora służby zdrowia. Aby uzupełnić powyższy obraz, chcielibyśmy przedstawić nieco danych na temat stanu zdrowia populacji krajów Europy Wschodniej. Informacje na ten temat zawierają tabela 4.19 i rysunek 4.5, z których można wnioskować, że jedynie wskaźniki Czech i Słowenii są zbliżone do wskaźników Unii Europejskiej. Sytuacja w innych krajach Europy Wschodniej jest alarmująca.

Tabela 4.19 i rysunek 4.5 mają wyłącznie charakter uzupełniający, stanowią szersze tło sytuacji. Nie podejmujemy się tu próby wytłumaczenia, w jaki sposób stan zdrowia populacji w tych krajach wiąże się z mechanizmem ekonomicznym rządzącym w tym sektorze. Stan zdrowotny populacji jest wypadkową wielu połączonych czynników. Mechanizm ekonomiczny w służbie zdrowia jest jedynie jedną z kilkunastu zmiennych i niekoniecznie jej wpływ jest najsilniejszy (Adler i inni 1993). Można jednak oczywiście stwierdzić, że gdyby funkcjonowanie służby zdrowia było sprawniejsze i bardziej wydajne, mogłoby to pomóc poprawić zdrowotny stan populacji, oczywiście w połączeniu z innymi korzystnymi zmianami. Mamy tu do czynienia z wielką potrzebą naprawy, koniecznej, aby ponury obraz prezentowany w tabeli 4.19 i na rysunku 4.5 uczynić jasnym i optymistycznym.

Tabela 4.19. *Śmiertelność noworodków, oczekiwana długość życia w momencie narodzin, prosty wskaźnik śmiertelności, Europa Wschodnia, lata 1990-1997*

Kraj	Śmiertelność noworodków (śmierci na 1000 żywych narodzin)			Oczekiwana długość życia w momencie narodzin, w latach			Proste wskaźniki śmiertelności 1 na 1000 osób		
	1990	1994	1997	1990	1994	1997	1990	1994	1997
Albania	30,9[2]	32,9	...	72,6	73,0	...	5,5[2]	5,3[4]	...
Bułgaria	14,8	16,3	14,4[6]	71,5	70,8	72,8[6]	12,1	13,2	14,7
Chorwacja	10,7	10,2	8,2	72,6	73,2	72,6	10,9	10,4	11,4
Czechy	10,8	8,0	6,1	71,5	73,2	74,1	12,5	11,4	10,9
Węgry	14,8	11,6	9,9	69,4	69,5	70,8	14,1	14,3	13,7
Macedonia	31,6	22,5	15,7[5]	71,8[3]	71,9	72,5	7,7[2]	8,1	8,3
Polska	16,0	15,1	12,2[5]	71,0	71,8	72,4	10,2	10,0	10,0[5]
Rumunia	26,9	23,9	22,0	69,8	69,4	69,1	10,7	11,7	12,4
Słowacja	12,0	11,2	8,8[6]	71,1	72,5	...	10,2	9,6	9,8[5]
Słowenia	8,3	6,5	5,2	74,1	74,2	75,3	9,4	9,7	9,6
Mediana OECD	7,9	6,2	5,9	...	...	...	7,6	7,1	7,1
mężczyźni				72,6	73,5	74,5			
kobiety				79,0	79,7	80,6			

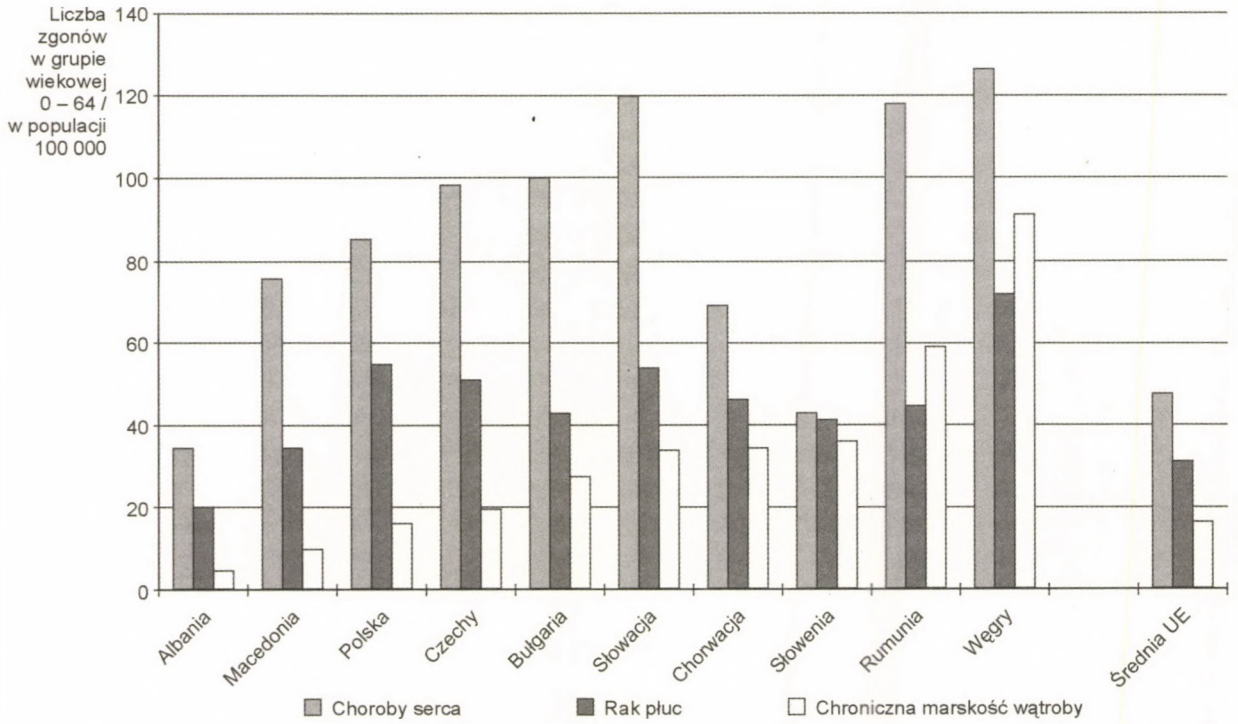
Uwagi:

[1] Prosty wskaźnik śmiertelności jest wskaźnikiem śmiertelności nie modyfikowanym w odniesieniu do różnic w składzie populacji, które tłumaczyłyby różnice we wskaźnikach śmiertelności, takich jak płeć i wiek. Mediana OECD wskaźników śmiertelności jest opata na modyfikowanych według czynnika wieku danych o śmiertelności i dlatego nie może być bezpośrednio porównywana z odpowiednimi danymi dla Europy Wschodniej.

[2] 1989, [3] 1991, [4] 1993, [5] 1996, [6] 1998.

Źródła: GUS (1998), OECD (1998b, 1999b), Urząd Statystyczny Republiki Słowenii (1998), WHO (1998, 1999d); Centralne Biuro Statystyczne (1999); Narodowy Instytut Statystyczny (1999a, 1999b); Urząd Statystyczny Republiki Słowacji i VEDA (1999c).

Rys. 4.5. *Standaryzowane wskaźniki śmiertelności mężczyzn (wiek 0-64 / 100 000), Europa Wschodnia*



Uwagi: Standaryzowane wskaźniki śmiertelności mówią o tym, jakie byłyby proste wskaźniki śmiertelności, gdyby populacja miała taki sam rozkład wieku jak standardowa populacja europejska. Dane dla Albanii: 1993, Bułgaria: 1994, średnia UE: 1995, wszystkie pozostałe: 1996.

Źródło: WHO (1998).

Część II

Wytyczne dla reformy

Wstęp do części drugiej

Część pierwsza była poświęcona punktom wyjścia reformy: podstawowym zasadom, specyficznym atrybutom służby zdrowia, doświadczeniom różnych krajów i wstępnym warunkom, z jakimi mamy do czynienia w Europie Wschodniej. Gdyby reformatorzy w każdym kraju Europy Wschodniej przyjęli jednakowe zasady, ich rzeczywiste plany działania w każdym momencie znacznie różniłyby się między sobą, ponieważ w każdym kraju regionu mamy i będziemy mieć do czynienia z odmienną sytuacją – w sensie prawnym, strukturalnym, ekonomicznym, w kategorii postaw społecznych i preferencji politycznych. Jest to jeden z zasadniczych powodów, dla których niniejsza książka nie zawiera szczegółowych, praktycznych programów.

Jej druga część ogranicza się do opisania ogólnego podejścia i szerokich ram reform, które autorzy uznają za rozsądne i pożądane. Stosowne będzie powtórzenie w tym miejscu stwierdzenia, które po raz pierwszy pojawiło się we wstępie: z pełną konsekwencją i szczerością przyznajemy, że reformy, które zalecamy, odzwierciedlają przyjęty przez nas system wartości. Nie jest to zbiór reform *á la carte,* z którego można wybierać na chybił trafił, a nawet po zastanowieniu – to dla konserwatystów, tamto dla centrystów, a jeszcze tamto dla lewicy socjalistycznej. Jeśli system wartości wyrażony w rozdziale drugim możliwy jest do zaakceptowania, czytelnicy mogą skorzystać ze zbioru współzależnych od siebie wytycznych i propozycji reform, który jest w tej części prezentowany.

Jeśli jednak okaże się nie do przyjęcia, to wszystkim, czego się czytelnik dowie w części drugiej, jest znajomość praktycznych zmian i implikacji, które wynikają – lub mogą wyniknąć – z wyłożonych wcześniej zasad. W rezultacie nie będziemy mieli tu do czynienia z wyczerpującą analizą, zagadnienie po zagadnieniu, wszystkich ważnych alternatyw i możliwości omówionych w literaturze przedmiotu. Jeśli okaże się, że w myśl zestawu zasad możliwe jest tylko jedno rozwiązanie, tylko to jedno będzie zalecane. Alternatywy, zachowujące różne pewne proporcje między zasadami, które mogą wymagać kompromisu (np. między możliwością indywidualnego wyboru a solidarnością społeczną), zostaną zaproponowane tylko wtedy, gdy będą zgodne z wiodącymi zasadami.

W rozdziałach szóstym i siódmym, a także w pierwszej połowie rozdziału ósmego, pominięto tymczasowo zagadnienie wsparcia, jakiego udzieliliby rozważanym reformom zainteresowani ludzie i jakie stanowisko zajęliby względem nich przedstawiciele różnych sił politycznych. Aspekt ten – ekonomię polityczną reformy służby zdrowia – omówimy w drugiej połowie rozdziału siódmego i w rozdziale ósmym. Innymi słowy, rozdziały piąty, szósty i pierwsza połowa siódmego ograniczają się do zaleceń i wytycznych. Rozdział ósmy kończymy prognozami prawdopodobieństwa zakończenia się procesu reform sukcesem, a także próbą przedstawienia politycznych i społecznych trudności, jakie napotka on na swej drodze.

5

rozdział

Strona popytowa: finansowanie, korzyści i organizacja ubezpieczenia

5.1. Najważniejsze idee leżące u podstaw zaleceń

Rozdział ten ma na celu zwięzłe podsumowanie idei, które leżą u podstaw reformy mechanizmu ekonomicznego po stronie popytowej. W dalszej części propozycje nasze będą systematycznie rozkładane na bardziej elementarne części, omówimy też szczegóły i konieczne zastrzeżenia.

Usługi zdrowotne dzielą się na dwie grupy: opiekę podstawową i uzupełniającą. Wszyscy obywatele powinni mieć dostęp do opieki podstawowej. Uprawnienie to musi być chronione prawem. Prócz tego państwo powinno zabezpieczyć, organizacyjnie i ekonomicznie, przestrzeganie i realizację tej prawnej gwarancji.

Inaczej jest z opieką uzupełniającą – ta musi być przez pacjentów kupowana. Konieczne jest więc istnienie takich uwarunkowań prawnych i organizacyjnych, które umożliwią legalne powstanie i rozwój instytucji oferujących taki rodzaj opieki w ramach komercyjnego zakupu i komercyjnej sprzedaży.

Głównym źródłem finansowania opieki podstawowej jest podatek płacony przez obywateli i/lub obowiązkowe składki czy też obciążenia nakładane na nich w formie podatku. Innymi słowy, opieka podstawowa jest

finansowana z pieniędzy publicznych. Jest to dominujące, choć nie wyłączne źródło finansowania.

Głównym źródłem finansowania opieki uzupełniającej są własne pieniądze ludzi lub ich rodzin. Innym ważnym źródłem może być dobrowolny wkład pracodawcy (dodatkowo i ponad wymagane od pracodawcy przez prawo wpłaty na fundusz czy opiekę zdrowotną). W obydwu przypadkach źródłem tym są jednak prywatne pieniądze.

Gdzie biegnie linia rozdzielająca opiekę podstawową i uzupełniającą? W dyskusji naszej powrócimy do tej kwestii kilkakrotnie. W tym miejscu wystarczy stwierdzić – uprzedzając niejako bieg dyskusji – że linią podziału nie są możliwości czy potrzeby służby zdrowia, które są nienasycone. Alokacje pieniędzy na poziomie makro, mające na celu finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej, takie jak w edukacji, obronie czy ochronie środowiska, powinny być kształtowane, a decyzje o nich podejmowane w sferze politycznej. Rozmiary sum dostępnych opiece podstawowej są tym, co konstytucyjnie uprawnione ciała, centralne i lokalne, przeznaczają na ten cel. Ci, którzy narzekają, że całkowita suma wydawana na podstawową opiekę zdrowotną jest niewystarczająca, bez względu na to, czy są to pacjenci czy lekarze lub ktokolwiek inny, o więcej muszą walczyć na froncie politycznym.

Jednakże sfera polityczna nie determinuje bezpośrednio wydatków na opiekę uzupełniającą. Te są w przeważającej mierze określane przez wolę gospodarstw domowych lub pracodawców, przez ich skłonność i możliwości wydawania na ten cel.

Rozdział pierwszy wskazywał na kilka różnych dylematów powodowanych przez konflikty między zasadą pierwszą – suwerennością jednostki a zasadą drugą – solidarnością społeczną. Reformy muszą ustalić pewien rozsądny kompromis między tymi dwoma zasadami.

Proponujemy w tym miejscu, aby zasada druga i jej realizacja w służbie zdrowia – zasada specyficznego egalitaryzmu – była zrealizowana na poziomie opieki podstawowej. Dostęp do podstawowego pakietu korzyści podstawowych powinien być powszechny i równy. Podstawowy poziom opieki zdrowotnej powinien współgrać z poziomem rozwoju gospodarczego kraju (zasada ósma). Finansowanie powinno mieć trwałe podstawy i stałe źródła (zasada dziewiąta) zarówno w sensie fiskalnym, jak i politycznym. Wymagane przychody państwowe i alokacje budżetu powinny być akceptowane nie tylko przez dzisiejszych podatników i prawodawców, ale, na ile można to przewidzieć, również przez przyszłych podatników i prawodawców.

W sferze politycznej powinny być podejmowane jedynie decyzje dotyczące budżetu makro opieki podstawowej. Alokacje na poziomie mikro – kto, kiedy i co otrzymuje – składają się z milionów szczegółowych decyzji, podejmowanych zasadniczo i w większości przypadków przez decydentów w samym sektorze zdrowotnym – przez dostawców i pacjentów. Jednakże konieczne jest zapewnienie odpowiedniego mechanizmu, który zapewni, że całkowity koszt, konieczny do realizacji wszystkich decyzji na poziomie mikro, zmieści się w ogólnym budżecie dla opieki podstawowej. W książce niniejszej nie definiujemy opieki podstawowej za pomocą listy określonych zabiegów i lekarstw. Zamiast tego sugerujemy *proceduralną* definicję dwóch kategorii o fundamentalnym znaczeniu – opieki podstawowej i uzupełniającej i prezentujemy zalecenia odnośnie do tego, jakie instytucje i jednostki powinny być uprawnione do określania i uaktualniania pakietu podstawowych korzyści.

W przeciwieństwie do opieki podstawowej, powszechny i równy dostęp do opieki uzupełniającej nie powinien być zagwarantowany. Usługi nie mieszczące się w zakresie pakietu podstawowych korzyści powinny raczej być dostępne tym, którzy chcą za nie zapłacić. Usługi, które zostaną uznane za uzupełniające, będą tym samym nierówno dystrybuowane między członkami społeczeństwa. Między dobrobytem a dochodami zachodzi silna korelacja: innymi słowy – korelacja z tym, ile gospodarstwa domowe mogą sobie pozwolić wydać na opiekę zdrowotną. Jednak nie zależy to tylko i wyłącznie od tego. Jest to także kwestia indywidualnych preferencji rodzinnych i tego, jaką część swojego dochodu ludzie chcą poświęcić na ten cel, kosztem innych rodzajów wydatków.

Nierówność w dystrybucji wydatków zdrowotnych razi poczucie sprawiedliwości niektórych ludzi, w tym – nie przeczymy – autorów. Z drugiej strony równie szkodliwe etycznie byłoby zakazanie ludziom wydawania ich własnych pieniędzy na zdrowie swoje lub swoich bliskich. Jeśli gospodarka rynkowa pozwala wszystkim konsumentom wydawać pieniądze na jedzenie, mieszkanie, cele kulturalne, rozrywkę, którą lubią, jakie prawo ma państwo zakazywać wydawania tyle, ile im pasuje na cele zdrowotne? Byłoby to wielkie naruszenie zasady pierwszej, suwerenności jednostki. Co więcej, jednocześnie byłaby to wielka hipokryzja, ponieważ zamożni pacjenci i tak kupowaliby dodatkowe usługi, jeśli nie legalnie, to w „szarej strefie" czy na „czarnym rynku". Z tego to właśnie powodu konieczne jest stworzenie legalnych i wydajnych form, umożliwiających ludziom wybór i zakup dodatkowej opieki zdrowotnej.

Z tego samego powodu pracodawcom nie powinno się odmawiać prawa wydawania więcej niż wynosi obowiązkowe minimum na ochronę zdrowia swoich pracowników.

Palące kwestie moralne dotyczące nierówności okazują się słabsze, gdy weźmie się pod uwagę fakt, że skłonność ludzi bogatych do kupowania opieki zdrowotnej „ponad" opiekę podstawową może mieć pozytywne rezultaty „zewnętrzne". Może pomóc lekarzom i innym dostawcom opieki medycznej nabyć doświadczenia w stosowaniu nowych, początkowo kosztowniejszych procedur; może oznaczać dodatkowe przychody na zakup droższego wyposażenia, później szerzej wykorzystanego przez tych, którzy w przeciwnym razie nie mieliby do niego dostępu, i pozwala na precyzyjniejsze i bardziej wydajne ulokowanie nakładów publicznych na rzecz tych, którym powodzi się gorzej. W koordynacji z polityką, zaprojektowaną tak, aby zróżnicowane wykorzystanie opieki uzupełniającej nie osłabiło integralności powszechnego, równego dostępu do społecznie zdefiniowanego pakietu korzyści podstawowych i wraz z podjęciem wysiłków mających na celu zmuszenie do przestrzegania ogólnego ograniczenia budżetowego całkowitych wydatków na cele zdrowotne, umożliwienie korzystania z opieki uzupełniającej jest bezpośrednim wymogiem wynikającym z suwerenności jednostki. Obywatele powinni mieć prawo wyboru – nie tylko podjęcia samodzielnej decyzji, czy wydadzą swoje pieniądze na opiekę uzupełniającą czy nie, ale także wyboru tego dostawcy czy ubezpieczyciela, który zaoferuje im za ich pieniądze najlepszą wartość.

W sumie propozycje reformy opierają się na publicznym finansowaniu opieki podstawowej, prywatnym finansowaniu opieki uzupełniającej, pluralistycznej „dostawie" usług i „zarządzanej", uregulowanej konkurencji, ze szczególnym zwróceniem uwagi na bodźce i regulacje, które narzucają ograniczenie budżetowe na ogólne wydatki na cele zdrowotne (podstawowe i uzupełniające, publiczne i prywatne). W pozostałej części tego rozdziału omówimy szczegółowo reformę strony popytowej sektora zdrowia, w tym finansowania, zakresu korzyści i organizacji ubezpieczenia. Na samym początku zostanie omówione finansowanie, któremu poświęcimy interesującą dyskusję. Jest ono krytycznym i często niedocenianym instrumentem kształtowania polityki służby zdrowia, który służy kształtowaniu systemu, godzącego zasady solidarności i trwałości, wyboru i wydajności. Chociaż omawianie finansowania przed zdefiniowaniem pakietu podstawowych korzyści może wydać się trochę nie na miejscu, to jest jednak kwintesencja naszych propozycji: zakres opieki podstawowej

powinien być zdefiniowany przede wszystkim poprzez finansowanie – ile społeczeństwo, poprzez swoje demokratyczne instytucje, zdecyduje się wydać na opiekę podstawową. Kwestia, kto i jakie usługi zdrowotne otrzyma jako opiekę podstawową, jest określana na trzy współzależne sposoby: po pierwsze, przez mechanizm determinujący *całkowite wydatki* na opiekę podstawową, wraz z redystrybucją, która je implikuje i pod wpływem pewnego finansowania za pomocą dopłat. Po drugie, poprzez proces instytucjonalny, który decyduje o tym, *jakie usługi zdrowotne* znajdują się w pakiecie podstawowych korzyści. I, po trzecie, przez lekarzy i innych dostawców usług zdrowotnych (wraz z samymi pacjentami), którzy decydują, *kto otrzyma jaką usługę* w warunkach ograniczeń narzucanych przez limit całkowitych wydatków, zakres pakietu korzyści i wpływu organizacji i bodźców.

5.2. Finansowanie opieki podstawowej

Kto powinien określać, jaka ilość zasobów społeczeństwa będzie przeznaczona na podstawową opiekę zdrowotną? Proponujemy, aby poziom całkowitych wydatków lub alokacja w skali makro na opiekę podstawową nie były ustalane przez dostawców opieki zdrowotnej („sprzedawców") czy też pacjentów („nabywców"). Państwo ma obowiązek zagwarantować rozsądną alokację na rzecz opieki podstawowej na poziomie makro, a każdy pojedynczy obywatel ma prawo z niej korzystać[1]. Pod tym względem mechanizm, który zalecamy, upodabnia się ściślej do systemu niemieckiego lub – ogólniej – bardziej do wzorca europejskiego i kanadyjskiego niż amerykańskiego. Utrzymuje on prawa nabyte i chronione w systemach prawnych większości krajów Europy Wschodniej w okresie socjalistycznym, a nie zniesione w trakcie postsocjalistycznej transformacji w krajach regionu.

W jaki sposób sugerowana metoda finansowania opieki podstawowej różni się od stosowanej przed zmianą systemu? Główna różnica tkwi w tym, że system polityczny stał się *demokratyczny*. Decydenci nie są już

[1] Warto rozważyć, czy prawo to należy się obywatelom łamiącym prawo przez niepłacenie podatku i tym samym nie wnoszącym wkładu na cele zdrowotne. Nie można im odmówić opieki w nagłych przypadkach; oczywiście dzieci nie mogą być karane za grzechy swoich rodziców. Właściwsze byłoby chyba nieodmawianie „wolnym jeźdźcom" ich praw obywatelskich, ale raczej udoskonalenie metod ściągania podatków.

przywódczą grupą w łonie partii komunistycznej, ale legitymizowaną instytucją legislacyjną: parlamentem i władzami lokalnymi wybranymi w wolnych wyborach.

Nie mamy zamiaru idealizować tego procesu podejmowania decyzji. Nie można stwierdzić, że „wola ludu" manifestuje się w prawodawstwie regulującym przychody, wydatki i „produkcję" służby zdrowia. W procesie transmisji łączącym obywateli i legislatywę mają miejsce bardzo liczne tarcia i rozbieżności. Prawdziwe preferencje ogółu często zniekształcają, a nawet wypaczają decyzje zgromadzeń centralnych i lokalnych. Także kwestia podstawowej opieki zdrowotnej plącze się w gąszczu otaczającym wszystkie decyzje parlamentarne. Prawodawcy i ciała rządowe tworzące propozycje legislacyjne ulegają interesom partyjnym, grupom nacisku i lobby, a także pokusom taniej popularności i demagogii. Dzieje się tak nawet w warunkach funkcjonowania legalnego mechanizmu politycznego, który w 1947 roku w Izbie Gmin scharakteryzował Churchill: „Nikt nie udaje, że demokracja jest doskonała lub wszechwiedząca. W rzeczywistości mówi się, że demokracja jest najgorszą formą rządu z wyjątkiem innych form, których próbowano od czasu do czasu."[2]

Aby zachęcić opinię publiczną do skrystalizowania swojej woli i jej pełniejszej realizacji, konieczna jest bardziej konsekwentna i spójna realizacja zasady szóstej – *przejrzystości*. Istnieje kilka technik, za pomocą których można to uczynić:

- Wskazane byłoby gromadzenie tak wielkiej części koniecznych przychodów, jak to tylko możliwe, w formie „zarezerwowanych" (tzn. przypisanych wyraźnie do określonego celu) obowiązkowych wkładów lub podatków. Niech prawo gwarantuje, że sumy płacone przez obywateli na opiekę podstawową będą wykorzystywane wyłącznie na ten cel. Badania empiryczne wskazują, że ludzie są bardziej skłonni do płacenia podatków, jeśli wiedzą dokładnie, w jakim celu wykorzystywane są ich pieniądze[3]. W praktyce nie jest możliwe zrozumienie bezpośredniego związku pomiędzy rezerwowanymi, zastrzeżonymi przychodami i wydatkami na opiekę podstawową. Nie da się uniknąć korzystania z innych zasobów. Pomimo

---

[2] *The Oxford Dictionary of Political Quotations*, Anthony Jay (ed.), Oxford University Press, 1996, s. 93.

[3] Amerykańskie badanie opierające się na sondażu opinii publicznej w Marylandzie (Haynes i Florestano 1994) odkryło, że znacznie więcej ludzi zgadzało się z podatkami rezerwowanymi na określone cele, niż im się sprzeciwiało. Największe poparcie uzyskały właśnie podatki zastrzeżone na opiekę zdrowotną.

to im większy jest udział zarezerwowanego, zastrzeżonego na cele zdrowotne podatku lub obowiązkowych wpłat pracodawców, tym przejrzyściej jawi się obywatelom związek pomiędzy odpisami podatkowymi z jednej strony, a standardem opieki z drugiej[4]. Musimy zasugerować następujący sposób argumentacji: jeśli jesteście niezadowoleni z obecnego pakietu podstawowych korzyści, głównym sposobem zmiany tego stanu jest płacenie większego podatku na cele zdrowotne. Aby zmniejszyć podatek, który płacicie, zaakceptujcie konsekwencje: w przyszłości będziecie musieli płacić za opiekę, za którą dotąd płaciło państwo.

- Pierwszy problem wiąże się z niektórymi fiskalnymi iluzjami, które kształtują światopogląd znacznej części ogółu. Chociaż rozpowszechnienie się obowiązkowych dopłat i „dowodów wdzięczności" wstrząsnęło wiarą w darmowy charakter opieki zdrowotnej, wielu ludzi wciąż nie rozumie, że obietnicy darmowej opieki przeczą nie tylko same bezpośrednie wkłady. Głównym powodem jest to, że ostatecznie opieka podstawowa jest finansowana z podatków i obciążeń ściąganych z obywateli. Wielu ludzi nie jest wystarczająco świadomych kosztów opieki zdrowotnej, tego kto i jakie na nią płaci podatki i ponosi inne świadczenia[5]. Umocnienie świadomości podatkowej obywateli jest zasadniczą sprawą, jeśli mają oni wyrażać swoje opinie, oparte na odpowiednich informacjach, a dotyczące opodatkowania i wydatków na cele zdrowotne.

- Nawet jeśli zastrzeżone podatki czy wkłady staną się powszechne i dominujące, finansowanie podstawowej opieki odbywa się za pomocą bardzo złożonej sieci kanałów. Tak więc potrzeba prowadzenia skrupulatnej księgowości, rozliczania przychodów i rozchodów w bardzo przejrzysty sposób, otwarty na kontrole i poddany czujnej obserwacji, staje się jeszcze bardziej paląca.

---

[4] Idea ta skłania wielu ekonomistów w wielu rozwiniętych krajach uprzemysłowionych specjalizujących się w tematyce służby zdrowia do wspierania zastrzeżonego podatku zdrowotnego. Victor R. Fuchs, na przykład, pełniący w 1995 r. obowiązki przewodniczącego Amerykańskiego Towarzystwa Ekonomicznego i jeden z najważniejszych ekonomistów zajmujących się służbą zdrowia, wyraził swoje poparcie dla ogólnego podatku na cele zdrowotne w swojej mowie inauguracyjnej. Fuchs (1996: 16-20).

[5] Jak wspomniano w przypisie 16 do rozdziału 4 (s. 161), węgierska grupa badawcza pracująca pod auspicjami TÁRKI badała świadomość podatkową i zakres, w jakim funkcjonowały w niej różne „mity fiskalne". Około 14 procent respondentów nie zdawało sobie sprawy, że składki na ich ubezpieczenie społeczne były odejmowane od ich płac lub nie było tego faktu pewnymi. W grupie, której członkowie tego faktu byli świadomi, 26-24 procent nie znało wielkości składki (w procentach). TÁRKI powtórzyło badanie w roku 1999 i odkryto podobny rozkład odpowiedzi.

• Politycy we wszystkich krajach, konkurując o głosy wyborców, bez zająknienia obiecują, na poziomie ogólnej retoryki, bardziej dostępną, „obfitszą" i lepszej jakości opiekę *równolegle* z obniżeniem podatków. Wyborcom trudno zakwestionować to, co słyszą i jakoś się do tego ustosunkować. „Wydobycie" większej przejrzystości szczegółów i konkretów jest zadaniem środowiska lekarskiego, mediów, prasy, świata akademickiego i, oczywiście, ekonomistów zajmujących się problematyką służby zdrowia. Polityków trzeba zmusić do ujawniania jak największej liczby szczegółów na temat tego, co zamierzają zrobić i poparcia swoich argumentów liczbami, które można sprawdzić.

Pozwólmy sobie przeanalizować źródła, które tworzą budżet makro opieki podstawowej.

(a) W sytuacji, gdy pierwsza sugestia, jak opisano powyżej, jest akceptowana, największym składnikiem budżetu jest podatek zastrzeżony na cele zdrowotne lub wkład (składka) na cele zdrowotne w obciążeniach na rzecz funduszu ubezpieczenia społecznego, które – zgodnie z prawem – mogą być przeznaczone wyłącznie na cele zdrowotne.

(b) W budżecie centralnym znajdują się środki wydzielone i zastrzeżone na cele zdrowotne. Struktura budżetu różni się między krajami, ale w większości z nich takie elementy pojawiają się pod kilkoma pozycjami – w budżetach ministerstwa zdrowia i innych ministerstw i programów. Niestety, jeszcze bardziej utrudnia to właściwe rozeznanie w sytuacji.

(c) Te same uwagi można poczynić pod adresem ciał samorządu lokalnego, których wydatki na cele zdrowotne podobnie są rozbijane na kilka pozycji.

(d) Wkłady na rzecz sektora zdrowotnego mogą pochodzić również z dodatkowych – budżetowych instytucji publicznych, takich jak państwowy fundusz emerytalny[6].

(e) Pacjenci wnoszą bezpośrednie dopłaty za opiekę podstawową. Te pochodzą z własnych kieszeni pacjentów, ale powiększają całkowitą pulę dostępną finansowaniu opieki podstawowej.

---

[6] Elementy (a) – (d) mogą się ze sobą zazębiać. Oddzielenie ich od siebie zależy od struktury budżetu analizowanego kraju. Z punktu widzenia ekonomicznej natury tych elementów, kwestią, którą należy podkreślić, jest fakt, że oprócz głównego źródła (a) mogą istnieć inne, które zaliczają się do funduszy publicznych.

(f) Prywatne darowizny na rzecz opieki podstawowej, czynione przez indywidualne osoby, przedsiębiorstwa i fundacje. Podobnie jak w przypadku poprzedniego elementu, także i te pochodzą z prywatnych kieszeni, ale są przeznaczone na wspólny cel. Płatności takie wciąż są w Europie Wschodniej sporadyczne, ale nie są bynajmniej nieznane. Byłoby wielce pożądane, aby ich całkowita wielkość wzrosła.

Zsumowanie tych wszystkich elementów daje budżet makro opieki podstawowej. Nie może on być wydany tak, jak widziałaby to najchętniej służba zdrowia, lub poświęcony na inne cele, ponieważ niektóre z tworzących go środków są z góry przypisane do określonych celów. Pieniądze przeznaczone na fundusz emerytalny powinny być wydane na opiekę podstawową dla emerytów, pieniądze samorządu lokalnego na cele lokalne, dopłaty na pokrycie rachunków pacjentów, którzy je zapłacili i tak dalej. Niemniej jednak możliwe jest poczynienie kilku rodzajów zmian, zawsze jednak ograniczonych ostateczną, górną granicą budżetu makro.

Głównym aktorem w procesie podejmowania decyzji dotyczących alokacji całkowitego budżetu opieki podstawowej jest aparat służby zdrowia, któremu ton nadaje profesja lekarska. Niemniej jednak, ponieważ zaangażowane są w to pieniądze publiczne, usprawiedliwiony jest nadzór organów państwowych i społecznych nad dystrybucją funduszy. Będą go wykonywały instytucje, komitety, grupy zawodowe i robocze sformowane ad hoc na wyższych i niższych poziomach, w skład których wchodzić będą lekarze, pracodawcy, ubezpieczyciele, prawnicy posiadający znajomość służby zdrowia, ekonomiści specjalizujący się w jej zagadnieniach i reprezentanci różnych grup pacjentów (przykłady takich ciał w innych krajach są przedstawione w dyskusji nad instytucjami ustalającymi priorytety opieki podstawowej).

Zakres nadzoru i wpływu społeczeństwa obywatelskiego jest cechą, która odróżnia alokację funduszy publicznych przeznaczonych na opiekę podstawową w warunkach demokratycznych (lub raczej, powinna odróżniać) od biurokratycznego rozdrabniania „centralnych" kwot w socjalistycznej gospodarce nakazowej. Obydwa procesy alokacji oznaczały tarcia i kłótnie różnych grup o pieniądze publiczne, ale w warunkach demokracji powinno się im poświęcać więcej rozgłosu i obejmować silniejszą kontrolą społeczną.

Oczywiście uczestnicy procesu decyzyjnego dotyczącego alokacji na poziomie mikro nie zaakceptują bez walki alokacji makro. Pragną, aby ich głos był dobrze słyszany. Mogą próbować wywierać nacisk na prawodawców, aby zwiększyć budżet na opiekę podstawową, ale muszą sobie

uświadomić, że nie oni o tym budżecie decydują. Decyzje podejmują uprawnione, legitymizowane organy w sferze politycznej, reprezentujące interesy podatników i innych grup społecznych.

5.3. Redystrybucja przez finansowanie

Gwarantowana powszechna opieka zdrowotna nie może być dostarczana przez system ubezpieczenia zorganizowanego wyłącznie na zasadach komercyjnych. Jak wspomniano w rozdziale drugim, metoda finansowania musi łączyć ubezpieczenie z elementami redystrybucji pomiędzy różnymi grupami społecznymi. Jest ona istotna z przynajmniej trzech powodów:

1. Niektórzy ludzie cierpią z powodu chorób wrodzonych lub podatności na choroby, albo rodzą się z jakimś upośledzeniem fizycznym. Inni ulegają w trakcie życia chorobie, która powoduje u nich stałe inwalidztwo. Ludzkie szanse na zdrowie lub chorobę – ryzyko zdrowotne – są nierówne. Niektórzy ludzie przez całe swoje życie są upośledzeni zdrowotnie lub będą takimi przez resztę życia.

   W przypadku całkowicie komercyjnego systemu ubezpieczeniowego ci upośledzeni musieliby płacić wyższe składki ubezpieczeniowe niż ich bardziej szczęśliwi rówieśnicy. Równy dostęp do opieki podstawowej może być zabezpieczony i zrealizowany tylko wtedy, gdy istnieje jakiś proces redystrybucji, dający korzyści tym pierwszym kosztem tych, którzy nie cierpią z powodu przewlekłych czy powtarzających się niedyspozycji zdrowotnych. Redystrybucja oznacza specyficzny rodzaj solidarności, *solidarność ryzyka* (van de Ven i Ellis 2000).
2. Wpływ starzenia się i wieku wiąże się z punktem 1, ale można rozpatrywać go oddzielnie. Relację między wydatkami na opiekę zdrowotną i wiekiem ilustrują dane dotyczące Czech, przedstawione na rysunku 5.1, ale ogólnie związek ten obowiązuje wszędzie. Krzywe zaczynają się wysokimi wydatkami: opieka nad noworodkami jest znacznie kosztowniejsza niż nad dziećmi czteroletnimi.[7]

[7] Pierwsza kolumna rysunku 5.1 reprezentuje grupę wiekową 0-4 lata. Nie zwrócone wydatki w tym okresie są największe, gdyż podejmuje się tu próby ocalenia niedojrzałego dziecka. Im dojrzalsze jest dziecko, tym niższe koszty jego uratowania.

Po tym okresie krzywa wydatków stale opada do osiągnięcia grupy wiekowej 10-14 lat, gdy zaczyna rosnąć, na początku powoli, a następnie bardziej stromo. Najsilniejszy wzrost pojawia się po osiągnięciu wieku 64 lat, gdy dla przedłużenia życia okazują się konieczne drogie interwencje lekarskie.[8]

W przypadku całkowicie komercyjnego systemu ubezpieczeniowego wysokość składki zależałaby od wielkości i struktury wiekowej rodziny. Miałaby ona oczywiście skłonność do wzrastania wraz z wiekiem. W rzeczywistości, w warunkach nieuregulowanej rynkowej konkurencji między ubezpieczycielami zdrowotnymi, ludzie mogliby nie być w stanie kupić ubezpieczenia zdrowotnego po przekroczeniu określonego wieku. Aby zabezpieczyć dostęp wszystkich do opieki podstawowej bez względu na wiek, raz jeszcze konieczna okaże się redystrybucja, działająca na korzyść starszych i rodzin z niesamodzielnymi dziećmi na koszt pozostałej części populacji.

3. W punktach 1 i 2 rozważono wydatki, które są z zasady nierówne, biorąc pod uwagę dziedziczone geny, naturalny proces starzenia itp. Przyjrzyjmy się teraz stronie finansowej. W systemie komercyjnym ta sama składka ubezpieczeniowa byłaby płacona przez każdego człowieka w tej samej kategorii ryzyka (z takimi samymi oczekiwanymi kosztami opieki), bez względu na dochody czy bogactwo. W przypadku bardziej ogólnego systemu ubezpieczeniowego ryzyko może być kumulowane w taki sposób, aby każdy płacił tę samą składkę bez względu na indywidualne ryzyko, ale wciąż może to być problematyczne, jeśli wysokość składki zależy od dochodów. Na przykład, pozwólmy sobie założyć (uwzględniając w kalkulacji redystrybucję wyjaśnioną w punktach 1 i 2), że ustalono, jaka średnia składka ubezpieczeniowa na jednego ubezpieczonego będzie konieczna do pokrycia wszystkich kosztów medycznych, kumulując ryzyko w całej populacji. Jeśli każdy będzie musiał zapłacić tę średnią składkę, bez względu na swoje dochody, wielu ludzi nie będzie w stanie jej zapłacić, tak więc zostaną wykluczeni z grona tych, którzy mogą korzystać z opieki podstawowej.

---

[8] Książka niniejsza nie zajmuje się poważnym dylematem moralnym, jak daleko, w ramach opieki podstawowej opłacanej z funduszy publicznych, krzywa może i powinna poruszać się w kierunku najgwałtowniejszego wzrostu wydatków. Im hojniejsza jest opieka zapewniana niektórym grupom, takim jak ludzie starsi, tym mniej środków na opiekę przeznacza się dla innych grup.

Rys. 5.1. *Przeciętne koszty opieki zdrowotnej na jednego ubezpieczonego, rozkład według grup wiekowych, Czechy, 1997*

Źródło: Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej (1998).

Przykład ten ilustruje, dlaczego powszechna opieka wymaga dalszej redystrybucji, na korzyść biednych i na koszt bogatych. Ten rodzaj redystrybucji można nazwać *solidarnością dochodów*, aby odróżnić ją od solidarności związanej z ryzykiem kosztów opieki zdrowotnej, omówionej powyżej. Adekwatny program państwa będzie musiał być stworzony na rzecz tych, którzy nie mogą zapłacić nawet minimalnej składki na cele zdrowotne. Te wszystkie elementy, jak dotąd, nie obejmują całości środków o charakterze redystrybucyjnym, koniecznych do zapewnienia powszechnej opieki podstawowej. Jednakże wystarczają do zademonstrowania, że jedna z idei leżąca u podstaw reformy, jaką zalecamy, państwowa gwarancja opieki podstawowej, może być zabezpieczona (lub, jeśli już została zabezpieczona, może być podtrzymana) jedynie wtedy, gdy solidarność ryzyka i dochodu zostaną przez społeczeństwo zaakceptowane. Jeśli większość wyborców i – w konsekwencji – większość parlamentarna odrzuci zasadę drugą (solidarność) i towarzyszącą jej specyficzną, egalitarną redystrybucję na rzecz podstawowej opieki, reformy nakreślone w tej książce nie mogłyby być wdrożone czy utrzymane.

Dalszy bieg argumentacji zakłada, że to odrzucenie solidarności nie będzie miało miejsca, a specyficzna redystrybucja w obrębie finansowania publicznego, mająca na celu wsparcie solidarności ryzyka i dochodu na rzecz opieki podstawowej, będzie politycznie zaakceptowana i utrzymana. Nawet jeśli tak się stanie, wiele pytań pozostanie otwartych: kilka z nich tu rozważmy.

Tabele 5.1, 5.2 i 5.3 dostarczają pewnego wglądu w sposób redystrybucji kosztów i wydatków na opiekę zdrowotną między różnymi grupami populacji na Węgrzech, w Słowenii i Czechach. Niestety, struktury tych trzech tabel różnią się między sobą, tak więc nie można porównywać ich bezpośrednio. Co więcej, klasyfikacja populacji nie jest zbyt fortunna. Kategorie obejmują grupy, które powinny być obserwowane oddzielnie, jeśli dystrybucja ma być analizowana dogłębniej. Nie chodzi o to, że autorzy tej książki czy inni badacze materii nie mają precyzyjnego obrazu sytuacji. Wymóg przejrzystości nie został spełniony: opinia publiczna nie jest w stanie pojąć, kto za kogo płaci.

Spróbujmy zatem wyciągnąć kilka konkluzji na podstawie danych z tych tabel. Dane dla Węgier i Słowenii potwierdzają to, co było już powiedziane: koszt *per capita* podstawowej opieki zdrowotnej emerytów jest znacznie wyższy niż w przypadku aktywnych zawodowo i zarabiających ludzi. W świetle argumentów przytaczanych wcześniej nikt nie będzie oczekiwał od starszych ludzi płacenia tych wysokich kosztów z ich

Tabela 5.1. *Rozkład kosztów opieki zdrowotnej finansowanych przez ubezpieczenie społeczne, Węgry, 1995*

Kategorie ubezpieczonych	Udział w populacji	Udział w finansowaniu (w procentach)	Udział w całkowitych wydatkach (w procentach)	Przeciętny wydatek *per capita* (w forintach węgierskich)
Zatrudnieni	31,1	68,0	24,3	20,708
Emeryci w starszym wieku[1]	23,2	21,3	44,8	51,350
Zatrudnieni na własny rachunek	7,5	3,3	5,9	20,708
Bezrobotni	2,2	1,7	1,6	18,474
Pozostali[2]	36,0	5,7	23,4	17,300

Uwagi:
[1] Składki emerytów nie były odejmowane od ich emerytur, ale płacone przez system ubezpieczenia emerytalnego z jego budżetu, proporcjonalnie do wysokości emerytur. Jak wspomniano wcześniej, układ ten przestał obowiązywać w roku 1997.
[2] Kategoria „pozostali" obejmuje wszystkich tych ubezpieczonych będących na utrzymaniu innych ubezpieczonych, których składki są płacone przez budżet.
Źródło: Bank Światowy (1997b).

Tabela 5.2. *Rozkład wydatków na cele zdrowotne finansowanych przez ubezpieczenie społeczne, Słowenia, 1998*

Kategorie ubezpieczonych	Udział w populacji		Udział w finansowaniu (w procentach)	Udział w całkowitych wydatkach (w procentach)	Przeciętny wydatek *per capita* (w tolarach słoweńskich)
Zatrudnieni, pracodawcy i zatrudnieni na własny rachunek	63,1			49,2	95,000
Bez osób na utrzymaniu		39,1	80,2		
Starsi emeryci[1]	26,6			43,8	184,000
Bez osób na utrzymaniu		23,5	16,7		
Rolnicy	1,9			1,2	68,000
Bez osób na utrzymaniu		1,2	0,5		
Pozostali[2]	8,4			5,8	48,000
Bez osób na utrzymaniu		6,7	2,6		
Razem	100	70,5			

Uwagi:
[1] Składki emerytów nie były odejmowane z ich emerytur, ale płacone przez system Instytutu Ubezpieczenia Emerytalnego z jego budżetu, proporcjonalnie do wielkości emerytur.
[2] Kategoria „pozostali" obejmuje bezrobotnych, beneficjentów budżetu, i tych, których składki są płacone przez samorządy lokalne.
Źródło: Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego Słowenii (1999).

Tabela 5.3. *Rozkład obciążeń na ubezpieczenie społeczne, Czechy, 1994*

Kategorie ubezpieczonych	Rozkład ubezpieczonych z populacji (w procentach)	Rozkład całkowitych przychodów ze składek na ubezpieczenie społeczne (w procentach)
Płacący samodzielnie:		
Zatrudnieni	41,0	73,4
Pracujący na własny rachunek	4,5	4,6
Pozostali płatnicy składki	1,7	1,0
Opłacani przez rząd:		
Emeryci	21,5	8,5
Dzieci	24,2	9,6
Bezrobotni	2,7	1,1
Kobiety korzystające z urlopu macierzyńskiego	2,5	1,0
Pozostali	1,9	0,7

Źródło: NERA (1996)

własnych kieszeni. Jednakże redystrybucja od pracujących podatników na rzecz ludzi starszych nie jest przejrzysta, ponieważ jedynie mała część tych wydatków jest pokrywana ze środków systemu emerytalnego. Droga pozostałej części środków finansowych nie może być prześledzona. Program opieki zdrowotnej przeznaczonej dla osób starszych powinien być precyzyjnie odseparowany, tak aby można go było finansować z funduszy publicznych, za zgodą parlamentu.

Ponoszenie przez społeczeństwo kosztów opieki podstawowej bezrobotnych i biednych jest zgodne z etycznymi zasadami, zalecanymi w tej książce, jak również z wymogiem finansowania opieki podstawowej w celu podtrzymania solidarności dochodów. Ale zasada przejrzystości wymaga, aby te finansowe nakłady były oddzielnie traktowane. Musi być jasne, który organ władzy lub program pokrywa koszty opieki nad potrzebującymi.

Przejrzystość nie jest tu jedynym problemem. Tabele odzwierciedlają, czasami w sposób przesadny, ogólne zakłócenia systemu podatkowego w krajach postsocjalistycznych, a w szczególności niesprawiedliwą dystrybucję obciążeń podatkowych. Dochody populacji w grupie aktywnej zawodowo dzielą się na dwie podstawowe części.

- Pierwsza składa się z legalnych zarobków z „normalnego", oficjalnego miejsca pracy. Dochód ten jest łatwy do zidentyfikowania, tak więc podatek czy też składka zależna od dochodu są łatwe do wymierzenia i ściągnięcia. W przypadku dochodów tego rodzaju łatwo jest zastosować

trzeci z omówionych tu rodzajów redystrybucji – za pomocą prostego podatku liniowego lub ekwiwalentu liniowej składki na ubezpieczenie społeczne. Ci, którzy zarabiają więcej, zapłacą więcej.

❑ Druga część składa się ze wszystkich pozostałych dochodów, które ciężko obłożyć podatkiem, a które mogą całkowicie wymknąć się opodatkowaniu. Wielu ludzi postara się o „niewidzialne" przychody. Na przykład pracodawca, w porozumieniu z pracownikiem, deklaruje tylko część płacy władzom skarbowym, a resztę bezpośrednio płaci gotówką, unikając tym samym podatków. Wiele osób pracujących na własny rachunek (będących swoimi własnymi pracodawcami), począwszy od pozbawionych środków do życia robotników sezonowych po biznesmenów-milionerów, ukryje całkowicie swoje dochody lub zadeklaruje jedynie ich część. Społeczność wiejska jest szczególnym przypadkiem, gdyż jej członkowie częściowo kwalifikują się do grupy osób pracujących na własny rachunek. Populacja wiejska we wszystkich krajach Europy Wschodniej dokłada proporcjonalnie mniej niż bierze ze wspólnego portfela; odnosi się to także do jej obciążeń na rzecz opieki zdrowotnej[9].

Powszechne prawo do korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej oznacza nie tylko to, że *każdy* otrzymuje opiekę podstawową, ale także obowiązek i odpowiedzialność za płacenie podatków czy też obowiązkowych składek na cele zdrowotne, chyba że solidarność społeczna podyktuje inaczej. Pod tym drugim względem powszechność uprawnienia do korzystania z opieki podstawowej jest w Europie Wschodniej wypaczona. Nie każdy, kto ma wystarczające dochody, *dokłada się* do finansowania opieki podstawowej. Liczba „wolnych jeźdźców" jest spora. Opinia publiczna pogodziłaby się z ich istnieniem, gdyby wszyscy oni byli naprawdę biedni, ale w rzeczywistości wielu „wolnych jeźdźców" żyje na znośnej stopie lub nawet dobrze prosperuje. Podział dochodów na dwie części odzwierciedlają w trochę przejaskrawionej formie wiersze trzech tabel, które są poświęcone zatrudnionym (tabele 5.1 – 5.3). Stanowią oni 30-40 procent populacji, ale wnoszą 60-80 procent funduszy. Takie obciążenie finansowe byłoby łatwiejsze do zaakceptowania, gdyby było rozłożone na większą część populacji – na tych, którzy w wielu przypadkach są zatrudnieni, ale nie płacą podatków od swoich dochodów.

---

[9] W Albanii, na przykład, pracujący na własny rachunek ludzie żyjący na obszarach rolniczych stanowią 54 procent aktywnej zawodowo populacji. Jedynie jedna dziesiąta tej grupy płaciła na opiekę zdrowotną w 1997 roku (Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego Albanii 1998).

W świetle tego, co zostało powiedziane, można sformułować kilka zaleceń.

5.3.1. Szersza podstawa

Zwiększenie zasobów finansowych na rzecz opieki podstawowej jest częścią bardziej rozległego i złożonego zadania, przed którego realizacją stoją obecnie wszystkie kraje Europy Wschodniej: rozszerzenie podstawy („bazy") wpływów finansowych. Konieczne jest podjęcie wysiłków w celu przekształcenia działalności w „szarej strefie", która wymyka się opodatkowaniu, jest półlegalna i nieoficjalna lub całkowicie nielegalna, w legalną, opodatkowaną działalność gospodarczą, która włączy się w ponoszenie obciążeń na rzecz wydatków publicznych. Obejmuje to również podjęcie odpowiednich kroków przeciwko „wolnym jeźdźcom" podstawowej opieki zdrowotnej.

Stosowane dotychczas wyrażenie „wkład" czy „składka na rzecz opieki zdrowotnej" pozostawia otwartym pytanie, czy obowiązkowe płatności mają być podatkiem czy też składką na rzecz ubezpieczenia społecznego. W tym miejscu jednak możliwości wyboru znacznie się zawężają. Jeśli zamiarem i celem jest rozszerzenie podstawy obowiązkowych płatności na opiekę zdrowotną, tak aby włączyć do niej dochody nie związane z pracą, konieczne staje się wprowadzenie ogólnego, powszechnego podatku na cele zdrowotne i włączenie doń obecnych składek na ubezpieczenie społeczne. Rozszerzenie podstawy podatku zdrowotnego, a nie wzrost stóp opodatkowania jest preferowaną metodą zwiększenia potrzebnych przychodów.[10] Gdyby rozszerzono podstawę podatku, stopy podatkowe mogłyby być zmniejszone przy jednoczesnym utrzymaniu obecnego standardu podstawowej opieki zdrowotnej, lub – alternatywnie – standard opieki mógłby się podnieść bez konieczności uciekania się do jednoczesnego podnoszenia stóp podatkowych.

---

[10] Podobny pomysł zrodził się podczas debaty nad reformą „sektora opiekuńczego" we Francji. Kilku ekspertów zalecało, że – podobnie jak w przypadku podatku – odpowiedzialność za ponoszenie obciążeń powinna być rozszerzona. Argumentowano, że służbą zdrowia objęto całe społeczeństwo, tak więc nie ma usprawiedliwienia, aby jedynie ludzie mający pensje i płace oficjalne finansowali opiekę ze swoich nakładów. Patrz Nagy (1997: 34).

Stwierdzenie, że obecnie istniejący system opiekuńczy opiera się zbyt mocno na aktywnej populacji mającej legalne dochody, sformułowano również w trakcie debat niemieckich. Oznacza to, że aktywna zawodowo część populacji wspiera na przykład tych, którzy tego nie potrzebują, ponieważ utrzymują się ze swoich zasobów kapitałowych. Patrz Henke (1988: 67).

Podobne argumenty słyszało się również w Stanach Zjednoczonych (patrz przypis 4).

Zalecana jest więc prosta, przejrzysta zasada: niech podatek na cele zdrowotne będzie „neutralny"; niech zarobki będą traktowane jednakowo, bez względu na źródło ich pochodzenia. Bez względu na to, z jakiego źródła pochodzą zarobki, bez względu na ich wysokość niech będą obciążone wyraźnie wydzielonym i przypisanym, zarezerwowanym wyłącznie na cele zdrowotne podatkiem. Nie ma potrzeby ustanawiania nowych kategorii lub wprowadzania nowych pojęć. Potrzebna definicja opodatkowanego dochodu powinna być przyjęta z obecnej praktyki fiskalnej. Podatek na cele zdrowotne, który podtrzymuje zasady kierujące tymi zaleceniami, a który charakteryzuje się cenną cechą prostoty, mógłby mieć charakter liniowy, o jednej stopie stosowanej do wszystkich podlegających opodatkowaniu dochodów, bez względu na ich źródło. Chociaż nie możemy uniknąć istnienia wyjątków od ogólnej zasady, wskazane jest jak największe ograniczenie ich liczby.

5.3.2. Minimalne wymagania

Aby utrudnić unikanie podatku na cele zdrowotne, wszyscy obywatele zaangażowani w działalność przynoszącą dochody lub otrzymujący jakiś inny dochód niż pochodzący z pracy, powinni płacić stały, minimalny podatek w zamian za prawo do korzystania z opieki podstawowej dla siebie i osób pozostających na ich utrzymaniu. Innymi słowy, powinno się ustalić stałą sumę do jakiegoś pułapu dochodów, poza którą powinien być płacony podatek proporcjonalny, być może również do pewnego progu (omówionego poniżej).

Zalecamy jednolite regulacje kierujące tą stałą sumą i częścią pochodzącą z proporcjonalnego opodatkowania dochodu. Chociaż opodatkowanie za pomocą stałego minimum ma charakter regresywny, podobnie jak finansowanie z dopłat pacjentów, środki takie są użyteczne ze względu na ich dyscyplinujący efekt, wiążący finansowanie z zakresem świadczonych usług. W obydwu przypadkach konieczne jest uczynienie wyjątków dla tych, których dochody są niskie i wykluczają ponoszenie tych obciążeń bez nadmiernych trudności finansowych. Udział dochodów objętych wyjątkiem i rozmiary zwolnień powinny być znacznie mniejsze niż aktualny udział całkowitych dochodów objętych zwolnieniem z obowiązkowych ciężarów. Jest to jeden z ważnych celów: rozszerzyć podstawę podatków mimo zagwarantowanych wyjątków. Dostosowując poziom stałej sumy i progresywność pozostałego finansowania z podatków od dochodów, uprawnieni w demokratycznym procesie politycznym decy-

denci w każdym kraju mogą podjąć decyzję, jaką równowagę ustalić między różnymi celami finansowania: tymi o charakterze redystrybucyjnym i o charakterze bodźców.

Wysunięto propozycję, aby obywatele, którzy chcieliby tak uczynić, mieli możliwość dobrowolnego wycofania się z powszechnego systemu opieki zdrowotnej. Nie płaciliby wkładów i nie mogliby korzystać z finansowanej z funduszy publicznej opieki zdrowotnej. Autorzy są zdania, że prawo wycofania się z systemu nie powinno być udzielane na obecnym poziomie rozwoju w regionie. Zasadnicza redystrybucja odbywa się w wielkiej skali, tak więc wycofanie się obywateli ponoszących wysokie nakłady spowodowałoby poważne straty i zaburzenia w systemie. Z drugiej strony nie jest właściwym rozwiązaniem stosowanie w nieograniczony sposób formuły liniowych obciążeń. Do pewnego pułapu dochodów wkład powinien być proporcjonalny do ich wysokości, ale po jego przekroczeniu mógłby być gwałtownie zmniejszony lub nawet wynosić zero. Formuła wnoszenia wkładów tego typu funkcjonuje w wielu krajach zachodnich, jak również w niektórych krajach Europy Wschodniej.

5.3.3. Dopłaty

Ponieważ dopłaty pacjentów stanowią rodzaj podatku nakładanego na chorych, bez względu na dochody, osłabiają one efekty redystrybucyjne finansowania opieki podstawowej za pomocą opodatkowania szerszej podstawy podatkowej. Jak już wspomniano w rozdziale drugim i co omówimy bardziej szczegółowo w następnej części, powszechne dopłaty są wartościowe ze względu na generowane bodźce, które ograniczają popyt.[11] Aby zrównoważyć te ich cechy, usprawiedliwione jest ustalenie wysokości dopłat na względnie niskim poziomie i ograniczenie ich regresywnych efektów.

5.3.4. „Zastrzeżone" wkłady

Największy możliwy udział w funduszach wymaganych przez opiekę podstawową powinien pochodzić z „zastrzeżonych" wkładów na cele opieki zdrowotnej (lub – gdzie to możliwe – z wyraźnie oznaczonego

[11] Nie myślimy tu bynajmniej o sztywnych, bezwzględnych zasadach dotyczących wszystkich bez wyjątku. W przypadkach, w których dopłaty stanowiłyby zbyt wielkie obciążenie dla ludzi w potrzebie, powinno się czynić wyjątki.

podatku na cele zdrowotne), a najniższy, jak to tylko możliwe – z ogólnych przychodów budżetu. Łatwiej jest pozyskać akceptację polityczną dla tej pierwszej formy finansowania.

5.3.5. Neutralność sektora i dostosowanie ryzyka

Gdy już wszystkie dochody zostaną opodatkowane z przeznaczeniem na finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej, każdy ma prawo z niej korzystać, włącznie z tymi, na przykład, którzy korzystają z opieki prywatnych szpitali i porad prywatnych lekarzy. Uprawnienie do korzystania z opieki podstawowej powinno być „sektorowo neutralne" – dostępne bez towarzyszących mu dyskryminujących ograniczeń ze strony dostawców publicznych czy prywatnych. Kwestię tę rozważymy później bardziej szczegółowo.

Wszystko, co zostało tu powiedziane, odnosi się jedynie do opieki podstawowej, nie do uzupełniającej, w przypadku której zasada pierwsza, nie zaś druga, ma większe znaczenie. Proponowana reforma umożliwia wszystkim obywatelom (i wszystkim pracodawcom przygotowanym na płacenie części kosztów ich pracowników) korzystanie z uzupełniającego ubezpieczenia, które zechcą i będą w stanie wykupić, a które podlegać będzie jedynie ogólnym regulacjom, stworzonym po to, aby zapobiegać „porażkom rynku".[12]

5.4. Dopłaty

Tę metodę płatności wcześniej określaliśmy mianem *udziału strony popytowej w kosztach* lub *dopłat* (ang. *co-payments*). Wspomniano już o niej kilka razy, teraz przyjrzymy się jej bliżej.

Jak wspomniano w rozdziale drugim, jednym z dylematów, jakie rodzą się w procesie projektowania systemu dopłat (jak również finansowania i projektowania korzyści uzyskiwanych przez pacjentów), jest występujący po stronie popytowej kompromis pomiędzy wydajnym wykorzystaniem

[12] Jeśli pracodawca jest gotów wnosić swój wkład finansowy na rzecz grupowego, uzupełniającego ubezpieczenia, które zorganizował, wciąż mogą one mieć charakter redystrybucyjny. Można to zinterpretować jako manifestację solidarności między pracownikami w tej samej organizacji.

opieki, dywersyfikacją ryzyka i solidarnością, związanymi z różnymi poziomami dopłat wnoszonych przez pacjentów. Zasady ósma i dziewiąta – nawołujące do harmonijnych proporcji w sferze wydatków i trwałego, niezakłóconego finansowania – nie wymagają w zasadzie dopłat. Opieka podstawowa może być finansowana całkowicie z podatku na cele zdrowotne lub z obowiązkowych składek. Przyniosłoby to prawdopodobnie korzyści natury administracyjnej, ponieważ gromadzenie i księgowanie dopłat oznacza dodatkową pracę. Gwarantowałoby również maksymalną dywersyfikację ryzyka w przypadku pacjentów i solidarność między konsumentami, przy różnych poziomach zapotrzebowania na podstawowe usługi.

Jednakże zasada czwarta – potrzeba stymulowania wydajności – skłania nas do wprowadzenia dopłat. Jest ekonomicznym truizmem, że niepłacenie powoduje marnotrawstwo i niedobory. Chociaż ryzyko moralne wiąże się z każdym rodzajem ubezpieczenia, w przypadku uzupełniającej opieki zdrowotnej powstaną w końcu rynkowe ceny, które „uporządkują" rynek, zarówno w sferze składek ubezpieczeniowych jak i dopłat w miejscu świadczenia usług, tak więc mechanizm rynkowy będzie pośredniczył pomiędzy ubezpieczycielem, dostawcą i użytkownikiem. Nie odnosi się to do opieki podstawowej, ponieważ finansowanie z funduszy publicznych jest wykorzystywane do zapewnienia solidarności ryzyka i dochodu. Korzystający z opieki podstawowej mają więc znacznie słabszą motywację finansową do ograniczania swojego popytu, niż mieliby w przypadku, gdyby musieli płacić rynkową cenę w momencie wykorzystywania usługi. Jednak chociaż bodziec jest słabszy, niewskazane byłoby całkowite unikanie udziału strony popytowej w kosztach. Nawet czysto nominalna dopłata wywiera dyscyplinujący wpływ. Z tego właśnie powodu pożyteczne byłoby nie tylko wprowadzenie umiarkowanych dopłat za usługi podstawowe, ale również ustalenie, że pacjenci nie mogą wykupić uzupełniającego ubezpieczenia, które całkowicie pokrywałoby także te płatności, przez co pożądany efekt dyscyplinujący w ogóle by nie wystąpił.

Warto podkreślić, że rola dopłat w finansowaniu opieki podstawowej rośnie w wielu krajach rozwiniętych. We Francji na przykład udział strony popytowej w kosztach przybiera postać koasekuracji (*co-insurance*), odpowiedzialności pacjenta za część tego, co wydano na niego (a nie stałej dopłaty). Pacjenci mogą kupować uzupełniające ubezpieczenie, które ma pokryć dodatkowe koszty. Wysunięto propozycję, żeby nie byli oni w pełni zwalniani z udziału strony popytowej w kosztach, nawet jeśli mają takie ubezpieczenie (OECD 1994b). W Niemczech za kurację w szpitalu ubezpieczony płaci stałą sumę za każdy dzień przez pierwsze dwa

tygodnie; po tym okresie koszty są w pełni pokrywane przez ubezpieczenie (Pfaff, Busch i Rindsfsser 1994).

Rozdział czwarty, opisujący obecny stan reform w Europie Wschodniej, przedstawił w skrócie stan zaawansowania procesu wprowadzania dopłat w każdym z krajów regionu. Tabela 4.6 pokazuje, że kilka krajów nie wiąże wielu usług podstawowych z dopłatami żadnego rodzaju. Chociaż pierwsze kroki w kierunku wprowadzenia dopłat podjęto w takich obszarach jak dostawa leków, nie są one zbyt zaawansowane. Zdaniem autorów konieczne są w tej kwestii dalsze, bardziej konsekwentne kroki.

Osoby odpowiedzialne za kształtowanie polityki rozwoju służby zdrowia muszą działać ostrożnie i mieć na względzie wymogi sprawiedliwej dystrybucji dochodu i kosztu, wzmacniając jednocześnie siłę oddziaływania bodźców zmuszających do wydajnego wykorzystywania usług zdrowotnych i ograniczania ryzyka moralnego. Istnieje kilka komplementarnych sposobów realizacji tego zadania:

- Ważne, aby skala dopłat była niska i dla nikogo nie były one obciążeniem. Wprowadzenie dopłat nie jest konieczne z „fiskalnych" powodów, ale ze względu na bodźce ograniczania kosztów, których są źródłem.
- Z medycznego i finansowego punktu widzenia konieczne jest rozważne rozpatrzenie, czy dopłaty mają być przypisane do każdego rodzaju usług. Pośpiech może łatwo doprowadzić do zastosowania nieodpowiednich środków, które zaszkodzą pacjentom i jednocześnie nie wywrą pożądanego skutku ekonomicznego.
- Dopłaty nie powinny być wprowadzane w okresie kryzysu gospodarczego.[13] Jeśli to możliwe, system powinien zaczynać swoje funkcjonowanie w okresie ekspansji gospodarczej, gdy dodatkowe obciążenia mogą być zrównoważone wzrastającymi realnymi zarobkami.
- Powinien istnieć górny pułap wielkości dopłaty, którą w jednym roku może wnieść jakikolwiek pacjent. Wiele komercyjnych polis ubezpieczeniowych zawiera klauzulę o podobnym charakterze. Gdy ktoś

---

[13] Wydaje się, że próba wprowadzenia po raz pierwszy dopłat na Węgrzech w roku 1995, jako części programu stabilizacyjnego i dostosowawczego, była błędem. Rząd musiał ustąpić w obliczu oporu, z jakim się spotkał. Patrz Losonczi (1997: 93).

Dopłaty wprowadzone w Chorwacji we wczesnych latach dziewięćdziesiątych i wykluczenie określonych procedur profilaktycznych z podstawowego pakietu doprowadziło do tego, że ludzie w najgorszej sytuacji finansowej stracili dostęp do profilaktyki i opieki podstawowej. Może to w długim okresie spowodować poważne szkody (Chen i Mastilica 1998).

osiągnie pułap (lub gdy członkowie rodziny osiągną swój połączony pułap), nie powinien wnosić więcej dopłat. Pułap ten może być różny ze względu na poziom dochodów rodziny.

- Kwestia ustalania kryteriów dla zwolnień od dopłat wymaga starannego przemyślenia. Środki o charakterze redystrybucyjnym usprawiedliwia zasada druga. Sposób zastosowania tej zasady zależy od tego, jak ogólnie „sektor opiekuńczy", a w szczególności służba zdrowia, poradzą sobie z poszczególnymi przypadkami osób w rzeczywiście złej sytuacji. Jeśli, na przykład, osoba taka wymaga wsparcia finansowego, wysokość potrzebnej sumy będzie grała istotną rolę przy podejmowaniu decyzji. Tak długo, jak długo ma się na względzie bodźce o charakterze ekonomicznym, jeśli wsparcie wystarcza na pokrycie dopłaty, działanie bodźców, nawet w obrębie rozważanej grupy, będzie podtrzymane. Jednak wypłacanie takiej pomocy nie zawsze jest w praktyce możliwe, więc taka osoba powinna być zwolniona z konieczności wnoszenia dopłaty.

Celem niniejszej książki nie jest proponowanie szczegółowych środków czy praktycznych narzędzi. Wszystkim, co staramy się uczynić, jest pokazanie, co naszym zdaniem może złagodzić trudności związane z systemem dopłat. Jednakże podkreślamy raz jeszcze, że konieczne jest odejście od całkowicie i powszechnie „darmowej" opieki i wprowadzenie dopłat, które pozwolą utrzymać w ryzach wzrost kosztów i uniknąć chronicznych niedoborów funduszy w opiece podstawowej. Wprowadzenie udziału strony popytowej w kosztach, nawet grożące niezadowoleniem społeczeństwa, jest dobrym miernikiem odwagi i probierzem dojrzałości politycznego przywództwa, a także wkładem rządu i parlamentu w reformowanie służby zdrowia.

5.5. Pakiet podstawowych korzyści

W poprzednich podrozdziałach wyjaśniliśmy już główną ideę stojącą za rozgraniczeniem pomiędzy usługami podstawowymi a uzupełniającymi. Górny limit wydatków na usługi podstawowe jest politycznie wykonalnym budżetem makro. Ten podrozdział jest poświęcony trudnemu zagadnieniu określania zawartości pakietu (lub inaczej „koszyka") korzyści podstawowych (poza właśnie omówionym wymogiem pewnych dopłat).

Kto określa, jakie usługi zdrowotne zawierają się w uprawnieniu obywatela do korzystania z opieki podstawowej?

Mając na uwadze istniejącą ograniczoność zasobów każdego społeczeństwa, konieczna jest jakaś metoda reglamentacji. Fakt, że zazwyczaj ubezpieczenie pokrywa wszystkie „medycznie uzasadnione" koszty usług, nie eliminuje konieczności reglamentacji. Dlaczego coś innego będzie „medycznie konieczne" w Niemczech, a co innego w Albanii? „Większość sposobów, którymi posługujemy się do reglamentowania opieki, jest niejasna, przysłonięta założeniami kulturowymi, politycznymi racjami i rozumowaniem, a także realnymi uwarunkowaniami ekonomicznymi" (Mechanic 1997: 83-4). Pokrycie „czegokolwiek, co jest medycznie konieczne" przerzuca cały ciężar podejmowania decyzji na lekarza lub innego dostawcę opieki zdrowotnej. Jednak dostawca mocno dostraja się do potrzeb pojedynczych pacjentów i jest oddalony od ograniczeń budżetu makro. Nie ma oczywiście powodu, aby budżet ten uwzględniał wielkość popytu na opiekę zdrowotną określoną za pomocą „medycznej konieczności" każdego pacjenta, chyba że usługi są „pośrednio" reglamentowane za pomocą takich metod jak czas oczekiwania i zmienna jakość opieki. Definicja opieki podstawowej zgodna z „medyczną koniecznością" jest więc nieprecyzyjna, a nawet myląca. Potrzebne są tu bardziej zawężone kryteria.

Zalecamy wzięcie pod uwagę przejrzystego, społecznie akceptowanego i przejrzystego sposobu ustalania priorytetów przy definiowaniu zawartości pakietu podstawowych korzyści. Na samym początku musimy przyjąć, że kryteria w podejmowaniu decyzji włączenia/wyłączenia w opiece zdrowotnej nigdy nie mogą być zamknięte czy jednoznaczne. Zawsze będzie potrzeba oceny lekarza. Żadna lista priorytetów, wytycznych czy protokołów procedur medycznych nie może określić każdego możliwego scenariusza, każdej możliwej ewentualności. Dokładnie to jest ten powód, dla którego podkreślamy w całym niniejszym studium konieczność i potrzebę bodźców. Pacjenci i dostawcy muszą wspólnie zadecydować o wykorzystaniu zasobów służby zdrowia, a te decyzje będą modyfikowane w zależności od bodźców, z którymi się zetkną. Niemniej jednak niemożność wstępnego określenia i z góry założenia wszystkiego nie neguje wartości ustanowienia przejrzystego, akceptowanego i w jakiś sposób uprawomocnionego procesu kierowania wyborem społecznym, który określi, co powinno znaleźć się w pakiecie podstawowych korzyści.

Gospodarki w okresie transformacji mogą w tej materii wykorzystywać bogate doświadczenia innych krajów. W wielu krajach rozwiniętych poczyniono wyraźne wysiłki w celu zdefiniowania priorytetów dla po-

krywania kosztów opieki z funduszy publicznych. Na przykład w Szwecji stworzono Parlamentarną Komisję ds. Priorytetów, która zajmuje się tym zagadnieniem. W Holandii Raport Komisji Dunninga z 1991 roku zalecał ustalanie priorytetów według czterech kryteriów: opieka medyczna musi być konieczna, wydajna i efektywna; musi też istnieć jakaś współodpowiedzialność pacjenta. W Nowej Zelandii stworzono Komitet Usług Podstawowych (*Core Services Comittee*, później przemianowany na Narodowy Komitet Zdrowia) i przeprowadzono serię konferencji w celu osiągnięcia jednomyślności, aby zdefiniować priorytety opieki zdrowotnej. Oregon w Stanach Zjednoczonych rozszerzył pokrycie kosztów opieki na większą liczbę rodzin o niskich dochodach, ograniczając podstawowy pakiet korzyści oferowanych przez program Medicaid do sprecyzowanej listy usług. Izrael zmagał się ze zdefiniowaniem opieki podstawowej przy wdrażaniu Narodowego Ubezpieczenia Zdrowotnego w 1995 roku.

Przeanalizujmy krótko zasadność różnych podejść w definiowaniu podstawowej opieki zdrowotnej:

- Jako pierwsze „przybliżenie" może posłużyć status quo, które można uznać za podstawowy pakiet. Pacjenci wciąż otrzymują wszystkie usługi, do których się przyzwyczaili. W Nowej Zelandii na przykład „usługi podstawowe" zdefiniowano tak, aby obejmowały usługi aktualnie oferowane, ponieważ posłużono się nimi jako reprezentacją „wartości i priorytetów minionych pokoleń Nowozelandczyków" (Honigsbaum i inni 1995: 26). Izraelskie Narodowe Ubezpieczenie Społeczne przyjęło jako swój koszyk podstawowych korzyści wyczerpującą listę usług największego funduszu chorobowego (Chinitz i Israeli 1997). Chociaż przyjęcie status quo jest problematyczne (na przykład może być ono źródłem niskiej wydajności i samo z siebie być niejednoznaczne, jak w przypadku pokrywania kosztów „wszystkich koniecznych usług medycznych"), niemniej ma ono społeczne przyzwolenie i jest, generalnie rzecz biorąc, „politycznie wykonalne". Podejście to może być dobrym punktem wyjścia w Europie Wschodniej, gdzie większość obywateli czuje się uprawniona do korzystania z wszystkich usług medycznych finansowanych z funduszy publicznych. Jeśli pakiet podstawowy jest inicjowany jako poziom wydatków przy status quo, dalsze dyskusje mogą skoncentrować się na alokacji w skali mikro jakichkolwiek zmian w budżecie makro.
- Pakiet podstawowy będzie ograniczony przez realne moce wytwórcze sektora zdrowia, zarówno w kategoriach kapitału ludzkiego jak i fizy-

cznego. Odpowiednia dyfuzja nowych technologii medycznych jest szczególnie ważną kwestią przy definiowaniu usług podstawowych, ograniczonych przez budżet makro. Większość krajów OECD dysponuje jakimiś systemami oceny technologii medycznych, w tym rygorystycznymi programami regulacyjnymi, zapewniającymi bezpieczeństwo nowych leków i urządzeń. Chociaż szczegółowa dyskusja nad polityką personalną i ocena technologii leży poza kręgiem zainteresowań tej książki, konieczne jest zwrócenie uwagi na to, że decyzje inwestycyjne i dotyczące edukacji medycznej będą miały krytyczny, pośredni wpływ na to, jakie usługi będą dostępne i staną się społecznie akceptowane jako integralna część opieki podstawowej.

- Jednym ze sposobów zdefiniowania opieki podstawowej jest stworzenie listy usług zdrowotnych, uporządkowanej według przyznanych im priorytetów. Często zalecanym i logicznym kryterium uporządkowania usług na takiej liście jest posłużenie się jakimś wariantem miernika „wartości za pieniądze", takim jak choćby wydajność kosztowa. Wydajność ta jest „netto przychodem" zdrowia, uzyskanym dzięki usłudze zdrowotnej (w porównaniu z sytuacją, w której nic by nie zrobiono), podzielonym przez jej koszt. Uporządkowanie usług według ich wydajności (kosztowej) wymaga wielu informacji. Chociaż dokładny pomiar kosztów przedstawia pewną trudność, bardziej problematycznym aspektem jest zazwyczaj kwantyfikacja wydajności w kategorii efektów zdrowotnych. Wymagana jest pewna korekta, bowiem gdy pojawia się choroba lub ma miejsce wypadek, istnieje prawdopodobieństwo, że osoba, która to przeżyła, nie powróci do pełnego zdrowia (może wystąpić stałe pogorszenie jakości życia). Przykładowe mierniki wydajności kosztowej wykorzystujące takie modyfikatory obejmują QUALYs („*Quality – Adjusted Life Years*") i DALYs („*Disability – Adjusted Life Years*"). Gdy dysponujemy koniecznymi danymi, można się nimi posłużyć do stworzenia uporządkowanej według ważności listy usług na podstawie kosztu, jaki będzie konieczny do przeżycia kolejnego roku w zdrowiu. Oznacza to, że im niższy koszt przypada na DALY, tym wydajniejsza kosztowo jest usługa.[14] Planowanie może zacząć się od „wypełniania" budżetu makro, począwszy od najbardziej wydajnych kosztowo usług i „scho-

[14] Ustalanie priorytetów według wydajności kosztowej z wykorzystaniem miernika DALYs było na przykład zalecane przez Bank Światowy w *Raporcie o Rozwoju Świata* z 1993 roku (Bank Światowy 1993).

dząc w dół" listy, aby progresywnie włączyć weń mniej wydajne kosztowo usługi.

Taki „algorytm" wydajności kosztowej został wykorzystany w Oregonie do ustalenia priorytetów na liście usług dostępnych beneficjentom programu Medicaid (na liście początkowej z roku 1990). Lista ta w rzeczywistości została wdrożona dopiero w roku 1994, jednak luźno opierała się na kryteriach wydajności kosztowej (Tengs 1996). Istnieją 743 pary choroba/kuracja na obecnie przyjętej liście. Przyjęty na okres 1999–2001 budżet finansuje pary choroba/kuracja począwszy od pozycji 1 do 547 (Office for Oregon Health Plan Policy and Research Homelage 2000).

Chociaż uszeregowanie według kryterium wydajności kosztowej wydaje się interesujące w obszarze medycyny objawowej, kryterium tego nie można mechanicznie zastosować do ostatecznego zdefiniowania listy usług w pakiecie podstawowym. Elastyczne odstępstwa od sztywnego uszeregowania według wydajności kosztowej są konieczne, aby uwzględnić inne wartości społeczne. Na przykład wstępne uporządkowanie w Oregonie z 1990 roku par choroba/kuracja przyznawało zdecydowane pierwszeństwo określonym kuracjom, które wielu uznało za nieważne, takim jak leczenie ssania kciuka i ostre bóle głowy. Jeszcze częściej kwestionowano niską pozycję na liście przyznaną kuracjom pewnych poważnych i zagrażających życiu chorób, jak AIDS czy mukowiscydoza (Tengs 1996). Komisja Usług Zdrowotnych Stanu Oregon przygotowała poprawioną listę, która nadawała pierwszeństwo usługom w odniesieniu do dwóch wymiarów, najpierw w odniesieniu do wymiaru „istotne" (np. ostre śmiertelne) *kontra* usługi, które były „bardzo ważne" (np. chronicznie nie powodujące śmierci) lub „wartościowe dla określonych osób" (np. leczenie niepłodności). Porządek ten następnie był przedmiotem „ręcznego modyfikowania" przez członków komisji, którzy kierowali się głosem opinii publicznej i profesjonalnym osądem. Proces ten doskonale ilustruje ograniczenia i wady ściśle technicznych rankingów.[15]

Oregon nie jest jedynym przykładem wykorzystania precyzyjnej listy usług medycznych. Jak wspomniano wyżej, w Izraelu pakiet

[15] Komitet Usług Podstawowych Nowej Zelandii uznał, że lista „musiałaby być zarówno tak obszerna, że aż pozbawiona sensu, lub tak ograniczona, że aż nieelastyczna i niesprawiedliwa"; rząd brytyjski uznał tworzenie jednoznacznych list usług za „niebezpieczną zabawę" (Ham 1997: 61-2).

podstawowy dla ubezpieczenia ogólnokrajowego jest szczegółową listą usług, pierwotnie wykorzystywaną przez wielki fundusz chorobowy. Ale Oregon wyróżnia się pionierskim podejściem w nadaniu usługom rang na podstawie ich wydajności kosztowej. Dyskusje nad doświadczeniami Oregonu koncentrują się często na uporządkowaniu par choroba/kuracja. Nie zauważa się być może najważniejszej cechy tego podejścia, *procesu* definiowania listy i sposobu, w jaki zyskała ona uznanie tych, którzy działali według jej zaleceń (np. pacjentów, ich rzeczników, dostawców i planów zdrowotnych).[16] Prócz tego miała miejsce szeroka konsultacja społeczna i otwarcie uznano, że wydajność kosztowa czy rankingi według korzyści kosztowych, chociaż użyteczne, nie mogą stanowić jedynego kryterium dla decyzji o wyłączeniu. Konieczne okazało się uzyskanie szerszej akceptacji społecznej.

Warto zauważyć, że ranking usług nie musi oznaczać wykluczenia pokrycia kosztów usług dodatkowych, *jeśli* skuteczny dostawca jest w stanie dostarczyć te usługi po koszcie nie większym niż koszt przypadający na osobę przyjęty w przypadku usług podstawowych, bez konieczności uciekania się do selekcji ryzyka. W ten sposób wszyscy pacjenci mogą potencjalnie korzystać z wydajnej opieki bez godzenia się z ograniczeniem ogólnych wydatków na cele zdrowotne. Na przykład w Oregonie ponad trzy czwarte beneficjentów uczestniczy w planach „zarządzanej" opieki. Plany te otrzymują płatności na zasadzie pogłównego, opartego na prognozowanych kosztach podstawowych korzyści refundowanych w ramach Listy Priorytetów. Ponieważ plany te zakładają istnienie pełnego ryzyka finansowego, ich dyrektorzy medyczni mogą – i rzeczywiście tak robią – zgadzać się na świadczenie opieki w przypadku stwierdzenia choroby „spod kreski"– np. na usługi wyraźnie nie umieszczone w pakiecie podstawowym (Bodenheimer 1997: 654). Ilustruje to sposób, w jaki bodźce związane z płatnościami współdziałają z decyzjami włączenia/wyłączenia. Wykorzystując płatność w systemie pogłównego do przeniesienia ryzyka na zintegrowane organizacje dostawców, rząd utrzymuje sztywne ograniczenie budżetowe, umożliwiając jednocześnie pacjentom korzystanie ze wzrostów

[16] Można się upierać, że *Oregon Plan* oznacza reglamentację dla najbiedniejszego segmentu populacji, a nie reglamentację dla całej populacji, i z tego powodu jest moralnie wątpliwy (np. Daniels 1998). Sympatyzujemy z tym poglądem i wydaje nam się, że proponujemy szerszą reformę systemu dla gospodarek w okresie transformacji, w których rozróżnienie pomiędzy opieką podstawową i uzupełniającą odnosi się (jednakowo) do wszystkich warstw społecznych.

wydajności, które mogą usprawiedliwiać szersze pokrywanie kosztów. (Niemniej jednak należy uważać na selekcję ryzyka.) Także kilka innych czynników łagodzi kontrowersje narosłe wokół Listy Priorytetów stanu Oregon.[17]

- Bardzo często ważną rolę w procesie definiowania zakresu opieki podstawowej odgrywa system prawny. W Oregonie, na przykład, pierwsza lista musiała być zmodyfikowana z tego powodu, że algorytm tworzenia rankingu pozornie zaniżał jakość życia związaną z różnymi stanami niepełnosprawności i potencjalnie naruszał ustawę *Americans with Disabilities Act* (Ustawa o solidarności Amerykanów z niepełnosprawnymi). Z Izraela pochodzi przykład związany z kontrowersjami wokół betaseronu (leku na sklerozę, chorobę wyraźnie objętą refundacją zgodnie z przepisami Izraelskiego Narodowego Ubezpieczenia Zdrowotnego). Sądy mogą odegrać istotną rolę w zmianie pakietu podstawowych korzyści. W 1995 r. kilkunastu pacjentów, którym odmówiono dostępu do tego leku, złożyło w sądzie wniosek i zdobyło jego poparcie – sąd nakazał ubezpieczycielowi zapłacić za dostęp do tego leku. W 1996 r. Ministerstwo Zdrowia zaleciło włączenie tego leku na listę i, wraz ze zgodą Ministerstwa Finansów i Komisji Pracy i Opieki Społecznej, betaseron oficjalnie stał się częścią pakietu podstawowych korzyści. Ministerstwo Zdrowia wystosowało zalecenia (oparte na amerykańskich), kto miałby dostęp do tego leku. Sąd później unieważnił to ograniczenie, zarządzając ostatecznie: „względy kosztowe mogą być wykorzystane do utrzymania tej pozycji całkowicie poza pakietem, ale nie mogą być wykorzystywane do decydowania, kto ją otrzyma, a kto nie, w sytuacji gdy jest już ona tego pakietu częścią" (Chinitz i Israeli 1997: 208).
- Wytyczne kliniczne są coraz częściej dominującą metodą ustalania priorytetów, zazwyczaj uzupełniającą wobec innych metod definiowania pakietu korzyści podstawowych. Istnieją ważne powody dla włączenia usługi, ale zawsze wraz z ograniczeniami. Na przykład rankingi usług według wydajności kosztowej mogą różnić się w zależności od tego, komu są świadczone (np. badanie mammograficzne kobiety mło-

[17] Zakres pokrycia kosztów rozszerzył się, zarówno w obszarze objętej nim populacji, jak i niektórych usług (opieki stomatologicznej np. i transplantacji organów), które pierwotnie były zeń wykluczone. Co więcej, zanim odmówi się kuracji, wymagana jest diagnoza, wiele chorób (np. zapalenie oskrzeli), których leczenie nie jest objęte refundacją, może być mimo to leczone w trakcie refundowanej wizyty diagnostycznej (Bodenheimer 1997: 653-4).

dej *versus* kobiety starszej). W Holandii rzadko wykluczane są całe grupy usług, ograniczony jest raczej zakres refundacji ich kosztów (Ham 1997: 61). W Oregonie Komisja Usług Zdrowotnych opracowała wytyczne kliniczne w celu „wyjaśnienia intencji par choroba/kuracja" (Oregon Health Services Commision 1999: ix). Wytyczne mogą być postrzegane jako próba stworzenia związku między profesjonalną oceną potrzeb pacjenta dokonaną przez dostawcę a szerszym społecznym celem uporządkowanego według priorytetów procesu wykorzystania ograniczonych zasobów.

Ubezpieczyciele o dobrze ustalonej pozycji (jak wielkie organizacje „zarządzanej" opieki w Stanach Zjednoczonych) dysponują protokołami finansowymi, które wspierają decyzje włączenia i wykluczenia. Mogą one zawierać precyzyjne instrukcje dla lekarzy, oparte na praktyce medycznej i względach finansowych. Takie podejście do definiowania korzyści może być postrzegane w kontekście organizacyjnym jako połączenie wytycznych klinicznych i bodźców systemu płatniczego oddziałujących na dostawcę. Celem tego połączenia jest kształtowanie zakresu usług dzięki podejmowaniu „klinicznych" decyzji przez dostawcę.

- Innym podejściem jest sformułowanie listy usług, które są wyraźnie wyłączone z refundacji kosztów. W krajach OECD opieka dentystyczna i okulistyczna, regularne badania lekarskie i szczepienia, zapłodnienie *in vitro* itp. nie są zazwyczaj objęte publicznym pakietem podstawowych korzyści. Wariantem tej metody może być zdefiniowanie podstawowego koszyka – rozważenie, czy istnieje realne prawdopodobieństwo powstania wydajnego i sprawnie funkcjonującego rynku prywatnych ubezpieczeń na rzecz usług wyłączonych z finansowania publicznego. Chociaż prywatne ubezpieczenie będzie wykazywało skłonność do „naturalnego" rozprzestrzeniania się w wielu usługach, istnieje kilka rodzajów usług zdrowotnych, których kosztów ubezpieczyciele prywatni nie chcą pokryć czy też pokrywają sporadycznie, lub które sprawiają szczególną trudność przy próbach prawnych regulacji w ramach prywatnego rynku ubezpieczeniowego. Posługując się taką argumentacją, w Holandii ustanowiono specjalne warunki dla refundacji pewnych podstawowych kosztów w ramach Ustawy o Nadzwyczajnych Wydatkach na Cele Zdrowotne, regulującej wydatki „w przypadku których ryzyko jest tak znaczne, że nie może być ponoszone przez jednostki czy odpowiednio refundowane przez ubezpieczenie prywatne," w tym długookresową opiekę w instytucji opiekuńczej (jak dom

pogodnej starości), szpitalach psychiatrycznych itp. (Holenderskie Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu 1998:5).

Jak widzimy, istnieje wiele różnych podejść do definiowania opieki podstawowej. Decyzje dotyczące włączenia i wykluczenia są często wielce kontrowersyjne i „obciążone politycznie". Osoby odpowiedzialne za projektowanie pakietu podstawowych korzyści regularnie stają się celem lobbingu określonych grup beneficjentów czy dostawców, które uważają, że usługi przez nich cenione są niesprawiedliwie wyłączone.[18] Każde społeczeństwo będzie musiało ustanowić procedury kompatybilne z jego własnymi kulturowymi, politycznymi i ekonomicznymi warunkami i dziedzictwem.

Zachęcamy decydentów w Europie Wschodniej do kształtowania procesu ustalania priorytetów opieki podstawowej, który umacnia zasadę *przejrzystości*. Wystrzeganie się trudności związanych z jednoznacznym ustalaniem priorytetów prowadzi jedynie do nieprzejrzystych form reglamentacji[19]. Krytycznym czynnikiem okazuje się zaangażowanie opinii publicznej. W Nowej Zelandii posłużono się kwestionariuszami ankiet, publicznymi spotkaniami, „warsztatami etycznymi" i otwartymi wykładami ekspertów. Szwecja i Oregon wykorzystały grupy robocze, aby przeanalizować i przedyskutować te ważne kwestie. W Holandii wdrożono imponujący program komunikacji społecznej, obejmujący publiczną kampanię informacyjną, wywoływanie i gromadzenie reakcji zwrotnych, które zebrano w syntetycznym raporcie wysłanym do wszystkich członków profesji medycznej, pobudzono na wielką skalę zainteresowanie i uwagę mediów (Ham 1997).

Konieczne jest stworzenie odpowiednich instytucji, które będą koordynowały to publiczne zaangażowanie i nadzorowały ciągły proces definiowania i uaktualniania zakresu podstawowej opieki. W wielu krajach instytucje takie już istnieją, w innych muszą być stworzone od podstaw. Zazwyczaj ostatnie słowo mają władze ustawodawcze, ale wiele krajów próbuje utrzymać listy usług medycznych z dala od polityki. Szczegółowe opisanie kilku rozwiązań instytucjonalnych może okazać się bardzo użyteczne.

---

[18] W Izraelu, na przykład, do koszyka dodano, „na skutek nacisku pewnej liczby grup interesu związanych z określonymi chorobami, kilka bardzo spektakularnych i kosztownych procedur" (Chinitz i Israeli 1997).

[19] Filozof Norman Daniels sugeruje cztery warunki dla zapewnienia legitymizacji i sprawiedliwości decyzji ustalających ograniczenia w służbie zdrowia, w tym warunek, aby decyzje te były „publicznie dostępne" i można je było zakwestionować (Daniels 1998: 42).

W Oregonie stanowa władza legislacyjna ustanowiła *Oregon Health Services Commision*, której zadaniem jest tworzenie i uaktualnianie Priorytetowej Listy Usług Zdrowotnych. Komisja ta składa się z jedenastu członków (pięciu lekarzy, czterech przedstawicieli konsumentów, pielęgniarki środowiskowej i pracownika opieki społecznej). Modyfikacje obowiązującej listy dokonywane są co pół roku, aby uwzględnić zaistniałe zmiany i każdego roku w przypadku rozważenia nowych technologii medycznych. Bardziej szczegółowe przeglądy odbywają się co dwa lata przed każdą sesją legislacyjną i obejmują badania ankietowe dostawców i otwarte przesłuchania publiczne. *Health Outcomes Subcomittee* (złożony z lekarzy-członków komisji) na początku dokonuje przeglądu wyników ankiet i ogólnych wyników, a następnie przygotowuje zalecenia dla całej Komisji. Niezależna firma zajmująca się statystyką aktuarialną określa „fiskalny efekt" jakichkolwiek modyfikacji Listy. Jeśli modyfikacje te spowodują znaczące zmiany w strukturze kosztów, Komisja musi wystosować wniosek do *Oregon Legislative Emergency Board*. Nawet jeśli nie planuje się żadnych zmian w kosztach, Komisja musi składać raporty do przewodniczących legislatywy stanowej. Przed wprowadzeniem ustawy Balanced Budget Act w roku 1997, Oregon musiał starać się również o zgodę władz federalnych (np. *Health Care Financing Administration*). Komisja stworzyła również komitet, który pomaga uprościć i wyjaśnia metodologię listy priorytetowej.

W Izraelu wdrażanie prawa związanego z narodowym ubezpieczeniem społecznym nadzorowane jest przez Narodową Radę Zdrowia, której przewodniczącym jest minister zdrowia, a która obejmuje reprezentantów funduszy chorobowych, ekspertów od polityki zdrowotnej i przedstawicieli rządu. Rady lekarskie składające się z najlepszych praktyków mają swój wkład w przeglądy i analizy pakietu podstawowych korzyści. Minister zdrowia może rekomendować dodanie czegoś do koszyka, ale „jeśli wymaga to dodatkowych środków, musi zagwarantować, wspólnie z ministrem finansów, ich dostępność. Wycofanie czegokolwiek z koszyka podstawowego musi być zaaprobowane przez parlamentarną Komisję Pracy i Opieki Społecznej" (Chinitz i Israeli 1997: 206-7).

W Holandii w podobny sposób Rada Funduszy Ubezpieczenia Zdrowotnego (lub Zarząd Ubezpieczenia Zdrowotnego) rekomenduje Ministerstwu Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu, i – ostatecznie – legislatywie, decyzje dotyczące włączenia/wyłączenia. Członkowie tej Rady są reprezentantami pracodawców, pracowników, ubezpieczycieli oferujących

ubezpieczenie zdrowotne i dostawców opieki zdrowotnej (Holenderskie Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu 1998).

Słowenia jest jedynym krajem Europy Wschodniej, który stosuje przejrzyste procedury ustalania priorytetów. Każdego roku między Ministerstwem Zdrowia, dostawcami i przedsiębiorstwami ubezpieczeniowymi oferującymi ubezpieczenie zdrowotne odbywają się negocjacje, których efektem są uzgodnienia dotyczące ilości i ceny opieki oraz płatności, jakie będą wnoszone. Ugoda obejmuje, na przykład, liczbę operacji wymiany stawu biodrowego, usunięcia katarakty i operacji serca, badań rezonansem magnetycznym i tym podobnych, które sfinansuje ubezpieczyciel. Prawdopodobna liczba pacjentów jest szacowana na podstawie danych z poprzedniego roku i długości list oczekiwania na określone kuracje. (Warto wspomnieć, że dostępne są precyzyjne i szczegółowe dane na ten temat.) Na podstawie tych danych podejmuje się decyzje o liczbie sfinansowanych procedur. Dostawcy mogą ubiegać się o fundusze. Ubezpieczyciel nie płaci za liczbę procedur przekraczającą ustalone wielkości.

W roku 1998 całkowita liczba hospitalizowanych pacjentów była o 8 procent większa niż planowana, ale zagregowana wielkość dostawy zrealizowała 95,3 procent planu. Szpitale, których wyniki nie osiągnęły wielkości planowanych, otrzymały od ubezpieczycieli rekompensatę, co miało zapobiegać wydawaniu przez instytucje całych sum, o które się ubiegały (Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego Słowenii 1999).

5.6. Organizacja ubezpieczenia: własność, decentralizacja i uregulowana konkurencja

W dalszej części dyskusji przyjmiemy, że osoby odpowiedzialne za kształtowanie reform zaakceptowały propozycje przedstawione w tym rozdziale. Gotowe są one traktować opiekę podstawową jako powszechne uprawnienie, finansowane z pieniędzy publicznych. Mimo to mają do dyspozycji kilka alternatyw, które można sklasyfikować z kilku różnych punktów widzenia.

Pierwsza z nich wiąże się z kwestią, czy opieka podstawowa powinna być dostarczana bezpośrednio przez państwo w postaci zintegrowanego dostawcy usług zdrowotnych w skali ogólnokrajowej, czy też powinno się ją kupować od samodzielnych dostawców, poprzez system ubezpieczenia społecznego. Jak wspomniano wcześniej, klasycznym przykładem pierw-

szego rodzaju dostawy jest pierwotny system brytyjski, drugiego zaś – system niemiecki. Posłużmy się dla przypomnienia przykładem: w pierwszym przypadku koszty szpitala są bezpośrednio pokrywane przez budżet państwa (władze administracyjne). W drugim systemie większość funduszy publicznych gromadzona jest pod hasłem składek na ubezpieczenie społeczne tych, którzy prawnie zmuszeni są do ponoszenia tych nakładów, a następnie przekazywana do sejfów instytucji ubezpieczeniowej (lub kilku takich instytucji), które płacą szpitalowi. W takim systemie to raczej „pieniądze idą za pacjentem", niż są alokowane przez budżet centralny, który bezpośrednio płaci dostawcy.

Zalecamy drugi wariant. Jest on bardziej elastyczny i przejrzysty, zostawia również więcej otwartych dróg i możliwości realizacji innych wariantów reformy. (Jak stwierdzono w rozdziale trzecim, nawet Wielka Brytania odeszła od czystego zintegrowanego modelu, odseparowując role nabywcy i dostawcy w obrębie National Health Service.) Najbardziej przekonującym argumentem jest jednak to, że ubezpieczenie społeczne jest punktem wyjścia w większości krajów Europy Wschodniej (patrz tabela 4.2). Kraje te odeszły już od radzieckiego modelu zintegrowanego, centralnie kierowanego systemu dostawy usług i finansowania i przestawiły się na niemiecki model ubezpieczenia społecznego, odseparowujący dostawę od finansowania, co jest raczej słabym argumentem przemawiającym za reintegracją.[20] W kategoriach typologii wprowadzonej w rozdziale drugim (patrz rysunek 2.1), Europa Wschodnia przeszła transformację od etapu „I. Integracja", przechodząc do „II. Separacja" i wierzymy, że jest to pozytywny krok w toku reform. Pozostawia to otwartą kwestię istniejącego jeszcze stopnia integracji pomiędzy sponsorem(ami), ubezpieczycielem(ami) i dostawcą(ami) – II.i., II.ii czy II.iii – kwestię, do której jeszcze powrócimy.

Kolejna kwestia odnosi się do zagadnienia, które w literaturze przedmiotu określane jest mianem wyboru pomiędzy systemem „jednego gracza" a systemem „wielu graczy" i wiążącego się z nim stopnia centralizacji lub decentralizacji. Czy powinien istnieć jeden ubezpieczyciel zdrowotny dla opieki podstawowej, który będzie kumulował ryzyko wszystkich konsumentów i płacił dostawcom za wszystko lub pokrywał większość

[20] Powrócimy później do kwestii zasadności integracji ubezpieczenia i dostawy w małych organizacjach, takich jak amerykańskie HMOs w kontekście zdecentralizowanego systemu ubezpieczycieli zdrowotnych i dostawców. Kwestia ta miała wielkie znaczenie w Polsce, poruszano ją przez cały czas trwania negocjacji nad reformą służby zdrowia (Bossert i Włodarczyk 2000).

kosztów opieki podstawowej? A może lepiej, aby ubezpieczenie zostało zdecentralizowane, charakteryzując się mniejszymi kumulacjami ryzyka i prawdopodobnie konkurującymi ubezpieczycielami?

W systemie jednego gracza role sponsora i ubezpieczyciela są naturalnie zintegrowane (II.ii). Rząd lub niekomercyjny centralny fundusz odpowiedzialny za wydatkowanie obowiązkowych wkładów na opiekę podstawową w imieniu konsumentów (np. sponsor) funkcjonuje również jako ubezpieczyciel. Idea pozostania ubezpieczenia na potrzeby opieki podstawowej w ramach tego niekomercyjnego systemu ubezpieczenia społecznego ma wielu zwolenników, jednak powinien on być podzielony między regionalne ciała, aby zapobiegać nadmiernej centralizacji. Zamiast jednej, gigantycznej organizacji istniałyby mniejsze, regionalne organizacje ubezpieczenia społecznego, łatwiejsze do monitorowania (Bank Światowy 1993; Bossert i Włodarczyk 2000). Nie konkurowałyby one między sobą. Wszyscy obywatele uprawnieni do korzystania z opieki, wraz z osobami od nich zależnymi, automatycznie płaciliby składki na te fundusze i byliby ubezpieczani przez ubezpieczyciela społecznego na obszarze, na którym zamieszkują. Decentralizacja tym samym zachowywałaby monopol, aczkolwiek na poziomie regionalnym, a nie ogólnokrajowym. Debatowano nad tym, czy decentralizacja jest wartościowym pomysłem przy jednoczesnym utrzymaniu monopolu ubezpieczeniowego. Jest to wyłącznie problem natury administracyjnej, nie zaś delikatna kwestia polityki społecznej. Rzecznicy decentralizacji regionalnej wymieniają wszystkie możliwe korzyści, jak choćby to, że system ten zachęca do elastycznej adaptacji do warunków lokalnych. Tam, gdzie ten pożądany, pozytywny efekt rzeczywiście zaistnieje, nic nie powinno przemawiać przeciwko takiemu systemowi.[21] Bardziej fundamentalną kwestią polityki zdrowotnej i społecznej jest zasadność i opłacalność wprowadzenia konkurencji pomiędzy ubezpieczycielami.

System wielu graczy z definicji łamie monopol w dziedzinie ubezpieczeń: wielu ubezpieczycieli współistnieje obok siebie i konkuruje o konsumentów; dostawcy mogą otrzymywać płatności od wielu płatników.[22] Chociaż w teorii wszyscy konkurujący ubezpieczyciele mogliby

---

[21] To, czy warto dążyć do decentralizacji terytorialnej, będzie zależało od rozmiarów kraju. Populacje krajów postsocjalistycznych Europy Wschodniej są wielkości około 10 milionów lub mniejsze. Problemowi temu poświęcono więcej uwagi w Polsce, która ma 38,5 miliona obywateli. Propozycja decentralizacji terytorialnej pojawiała się we wszystkich wariantach propozycji reform (Bossert i Włodarczyk 2000).

[22] W przypadku monopolu ubezpieczenia społecznego zdecentralizowanego na poziomie

być przedsiębiorstwami państwowymi, w praktyce w systemie wielu graczy prawie zawsze uczestniczą konkurujący ubezpieczyciele prywatni. Mógłby jednak istnieć jeden ogólnokrajowy sponsor, centralny fundusz, który pośredniczyłby pomiędzy konsumentami i ubezpieczycielami, przekazując tym drugim publiczne pieniądze na finansowanie opieki zdrowotnej ich klientów. W tym przypadku funkcja sponsora jest oddzielona od funkcji ubezpieczyciela (formy II.i lub II.iii na rysunku 2.1).[23] Prywatni ubezpieczyciele konkurowaliby w sprzedaży ubezpieczeń zdrowotnych. Konkurowaliby oczywiście między sobą, ale jak mieliby się ustosunkować do niekomercyjnej organizacji ubezpieczenia społecznego (która pierwotnie funkcjonowała zarówno jako sponsor, jak i ubezpieczyciel)? Czy mieliby rozszerzać jej działalność, czy też z nią konkurować?

A. W przypadku tego wariantu ciągle istniałby publiczny monopol w dziedzinie ubezpieczenia opieki podstawowej, chociaż ryzyko mogłoby być kumulowane na poziomie centralnym lub regionalnym. W przeciwieństwie do tego monopolu opieki podstawowej, istniałyby legalne możliwości konkurowania w dziedzinie ubezpieczeń i dostawy opieki uzupełniającej. Ubezpieczenie dla usług uzupełniających mogłoby być oferowane zarówno przez ubezpieczycieli publicznych, jak i prywatnych.[24]

---

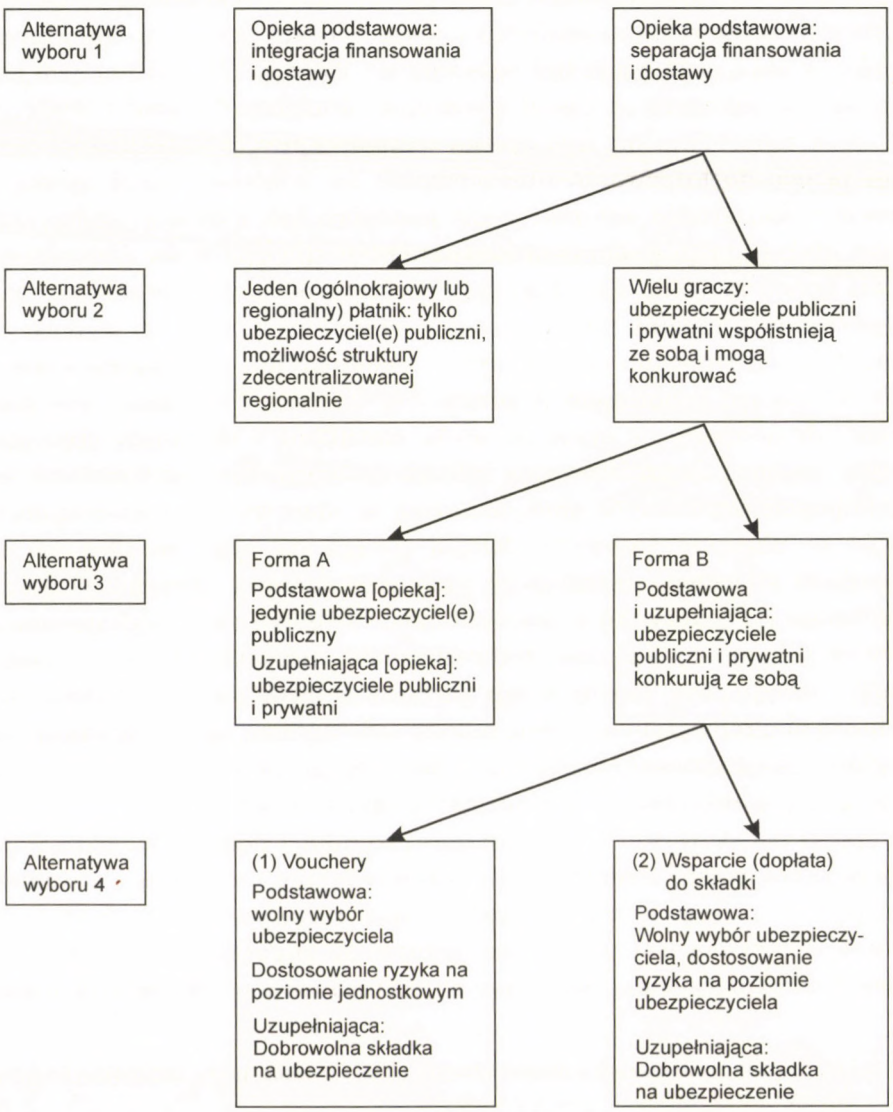
regionalnym, specjalistyczni dostawcy na określonym terenie (jak szpitale posiadające zaawansowane technologicznie wyposażenie, znajdujące się w stolicy kraju) mogą przyjmować pacjentów i idące za nimi płatności od kilku różnych ubezpieczycieli regionalnych, wprowadzając tym samym elementy systemu wielu graczy. Aby odróżnić ten przypadek od wielu ubezpieczycieli w każdym regionie, nadal będziemy określać go mianem systemu jednego regionalnego płatnika.

[23] Sponsor może również zorganizować swój własny plan ubezpieczeniowy i jednocześnie regulować konkurencję między samodzielnymi ubezpieczycielami, chociaż może to uczynić go mniej obiektywnym w stosunku do konkurujących ubezpieczycieli. Redystrybucja w Czechach jest dokonywana przez jednego ubezpieczyciela, Generalny Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego, który tym samym sprawuje funkcję sponsora. W Polsce założono oddzielny fundusz, odseparowany od pojedynczych graczy regionalnych.

[24] Rodzi to problem terminologiczny. Określenie „ubezpieczenie społeczne" pierwotnie oznaczało „czysty" Bismarkowski model, w którym dochody ubezpieczyciela pochodziły z płatności uczestników jego planu, a ubezpieczyciel miał monopol na ubezpieczanie opieki podstawowej. Jeśli prywatni ubezpieczyciele dostaną zezwolenie na oferowanie ubezpieczenia opieki podstawowej lub uzupełniającej, wątpliwe jest, czy warto rezerwować koncepcję ubezpieczenia społecznego dla niekomercyjnych, będących własnością publiczną ubezpieczycieli. Aby uniknąć kontrowersji terminologicznych, od tego momentu wyrażenie „ubezpieczyciel publiczny" będzie przeciwieństwem „ubezpieczyciela prywatnego".

B. Natomiast w tym wariancie monopol publiczny na ubezpieczenie opieki podstawowej zostałby zniesiony. Ubezpieczyciele prywatni mieliby wolną rękę i oferowaliby ubezpieczenia obejmujące zarówno opiekę podstawową, jak i uzupełniającą. Alternatywa ta zamieniałaby dziedzinę ubezpieczenia zdrowotnego w obszar intensywnej konkurencji w każdej części sektora zdrowotnego.

Rys. 5.2. *Alternatywne sposoby decentralizacji systemu ubezpieczeniowego*



Rysunek 5.2 przedstawia w uproszczeniu klasyfikację i wzajemne powiązania czterech ważnych alternatyw wyboru dotyczących organizacji ubezpieczenia. Zajęto już stanowisko w sprawie pierwszego dylematu; to, co następuje, dotyczy alternatyw wyboru dostępnych po odseparowaniu finansowania i dostawy.

W literaturze przedmiotu można zetknąć się z intensywną i różnorodną debatą na temat względnych zalet systemów jednego i wielu graczy.[25] Większość z tych kwestii jest podnoszona w połączeniu z trzecim wyborem – formą, w której system wielu graczy miałby określoną strukturę, a który wkrótce zostanie omówiony. Zasadniczym powodem, dla którego system wielu graczy może być zalecany dla Europy Wschodniej, jest jego zdolność do umacniania zasad wyboru, konkurencji i bodźców wydajności. Jeśli dozwolona ma być opieka uzupełniająca, a konsumenci mają mieć prawo do kupowania ubezpieczenia na wypadek takiej opieki, to system wielu graczy automatycznie powinien być wybrany. Jeden publiczny płatnik mógłby oferować konsumentom ubezpieczenie uzupełniające, ale konsumenci mieliby małe możliwości wyboru; żywszy sektor opieki uzupełniającej mógłby zaoferować konsumentom możliwości wyboru pomiędzy konkurującymi (publicznymi i prywatnymi) ubezpieczycielami.

Praktycznym problemem w przypadku Europy Wschodniej jest możliwość utrzymania się systemu wielu płatników i skłonność obywateli krajów regionu do preferowania takiego systemu. Nie zastanawiano się, czy dopuścić prywatnych ubezpieczycieli do oferowania uzupełniających pakietów ubezpieczeniowych. Kłopot polega na tym, że idea ta nie wzbudziła zbytniego entuzjazmu pomiędzy samymi ubezpieczycielami. Możliwości na tym rynku w rzeczywistości nie były i nie są wykorzystane. Prywatnych ubezpieczycieli interesowałoby uczestnictwo w systemie opieki podstawowej. Gdyby mogli zaoferować swoim konsumentom polisę, która obejmowałaby zarówno opiekę podstawową, jak i uzupełniającą, mogliby eksploatować możliwości ogromnego potencjału rynkowego. Tam, gdzie zainteresowanie ubezpieczyciela w dostarczaniu ubezpieczenia opieki podstawowej i uzupełniającej wynika z potencjału, pozwalającego mu zaoferować wydajny, zintegrowany pakiet tych usług konsumentom, powinno się go do tego zachęcać i taką inicjatywę należycie docenić. Jednak konieczna jest ostrożność: jednym ze znaczących powodów, dla których ubezpieczyciele mogą być zainteresowani w oferowaniu zabez-

[25] Zalety i wady centralizacji i decentralizacji ubezpieczenia, patrz Saltman i Figueras (1997: 43-58).

pieczenia zarówno podstawowego, jak i uzupełniającego, może być dostrzeganie przez nich możliwości selekcji ryzyka. Jeśli prywatni ubezpieczyciele „zbierają śmietankę" konsumentów niskich kosztów poprzez działania marketingowe na rzecz atrakcyjnych pakietów uzupełniających, mogą realizować znaczne zyski, zmuszając jednocześnie ubezpieczyciela publicznego do borykania się z niekorzystną selekcją konsumentów wysokich kosztów. W tym i dalszych rozdziałach przedstawimy różne rodzaje środków, które pozwalają uniknąć tego drugiego scenariusza.

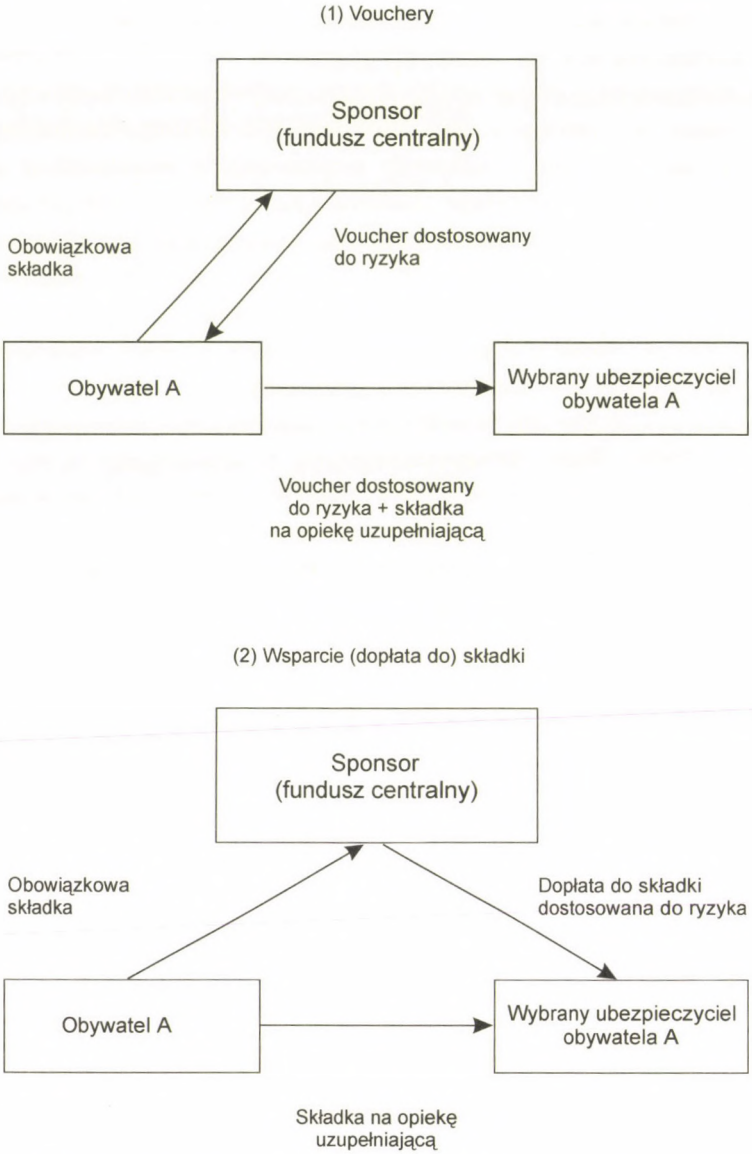
Zanim podsumujemy główne argumenty przemawiające za formami A i B, warto rozważyć, jaką strukturę przyjęłaby forma B, uregulowana konkurencja zarówno w ubezpieczeniu podstawowym, jak i uzupełniającym. Rzeczywista decentralizacja ubezpieczenia opieki podstawowej i uzupełniającej, wraz z niezależnymi, prywatnymi i publicznymi ubezpieczycielami konkurującymi między sobą, mogłaby być administrowana na kilka sposobów. Sumy przeznaczone na finansowanie opieki podstawowej, w szczególności obowiązkowe składki obywateli, wpływałyby do centralnego, państwowego funduszu.[26] Konsumenci wybieraliby pomiędzy konkurującymi ubezpieczycielami. W jaki sposób fundusze publiczne przeznaczone na opiekę podstawową, utrzymywane w centralnym funduszu, docierałyby do wybranego ubezpieczyciela? Dwa alternatywne rozwiązania wariantu 4 przedstawiają rysunki 5.2 i 5.3.

Jedną z technik jest *system voucheru*. Każdego roku fundusz centralny, działający jako sponsor, wysyłałby wszystkim uprawnionym do korzystania z opieki podstawowej voucher, który oni przesyłaliby do wybranego ubezpieczyciela. Wartości poszczególnych voucherów byłyby różne, głównie z powodu wieku, ale również płci, zawodu i, być może, ze względu na inne kryteria. Innymi słowy, vouchery byłyby indywidualnie dostosowane do ryzyka. Na przykład voucher 70-letniego konsumenta wnosiłby ubezpieczycielowi znacznie większą kwotę niż osoby 30-letniej.

---

[26] Kontynuujemy tu problem terminologiczny podniesiony w przypisie 24. Jak powinno się nazwać obowiązkowe wkłady na opiekę zdrowotną wnoszone przez obywateli? Tam, gdzie zakorzenił się model niemiecki, są one znane w większości krajów jako „składki na ubezpieczenie społeczne". Jeśli przyjmuje się wcześniejszą propozycję, powinno się je raczej nazywać „podatkiem na cele zdrowotne". Jednocześnie wątpliwe jest, jak podkreślono w przypisie 24, aby kategorię „ubezpieczenie społeczne" można było utrzymać w sytuacji, gdy we wszystkich gałęziach ubezpieczenia zdrowotnego istnieje konkurencja między ubezpieczycielami prywatnymi i publicznymi. W dalszej części książki będziemy posługiwać się zbiorczym terminem „obowiązkowy wkład/składka". W rzeczywistości przymiotnik „obowiązkowy" często będzie pomijany, jeśli można wydedukować z kontekstu, że chodzi o wkład, który musi być zapłacony, a nie dobrowolną składkę ubezpieczeniową.

Rys. 5.3. *Przepływy finansowania w różnych zdecentralizowanych systemach ubezpieczeniowych*



P r z y p i s: Dla większej prostoty wywodu posłużono się tylko jednym obywatelem i jednym ubezpieczycielem, chociaż wszyscy obywatele mogą wybierać między konkurującymi ubezpieczycielami w obydwu systemach. Składka wnoszona na opiekę uzupełniającą jest dobrowolna. Dostawcy (nie uwzględnieni) mogą być zintegrowani z ubezpieczycielami lub funkcjonować jako odrębne osoby prawne, opłacane przez ubezpieczyciela za dostarczanie usług.

Indywidualne dostosowanie ryzyka byłoby tak skalkulowane, aby całkowita wartość voucherów równała się budżetowi makro przeznaczonemu na podstawową opiekę zdrowotną. Konsumenci wybieraliby pomiędzy różnymi polisami ubezpieczeniowymi, które obejmowałyby takie same pakiety podstawowych korzyści, ale potencjalnie różniłyby się pod względem obejmowanej przez nie opieki uzupełniającej (które usługi wchodzą do oferty, jaką część kosztów musiałby pokryć pacjent, jaką swobodą wyboru mieliby cieszyć się pacjent i lekarz, i tak dalej). Pieniądze uzyskiwane przez przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe od każdego konsumenta składałyby się z dwóch części: dostosowanej do ryzyka wartości voucheru, jaki otrzymał konsument, i dalszych płatności z jego własnej kieszeni, jako składek na ubezpieczenie uzupełniające. W takim systemie voucherowym ubezpieczyciel żądałby od różnych osób różnych cen za ten sam pakiet usług. Na przykład składką klienta na ubezpieczenie opieki podstawowej byłaby wartość jego voucheru dostosowanego do ryzyka.

Dopłata do składki jest alternatywnym sposobem zorganizowania przepływu funduszy z funduszu centralnego do konkurujących ubezpieczycieli. Każdy ubezpieczyciel żądałby od wszystkich konsumentów tej samej ceny za dany zestaw usług. Fundusz centralny gwarantowałby każdemu obywatelowi stałą sumę pieniędzy na wsparcie zakupu przezeń ubezpieczenia opieki podstawowej. Suma ta byłaby taka sama w przypadku wszystkich ludzi uprawnionych do korzystania z opieki podstawowej. Konsumenci porównywaliby pakiety ubezpieczeniowe i wybierali preferowanego przez nich ubezpieczyciela. W sytuacji, gdy składka na wybrane ubezpieczenie byłaby wyższa niż określona suma gwarantowana przez fundusz centralny, konsument płaci dodatkową sumę – pokrywa różnicę z własnej kieszeni. Czyni to konsumenta bardziej świadomym kosztów wyboru ubezpieczyciela i zmusza ubezpieczycieli do podejmowania starań nad doskonaleniem oferty, aby przyciągnąć większą liczbę chętnych. W przeciwieństwie do systemu voucherów, fundusz centralny nie płaci poszczególnym osobom wsparcia (dodatku do) składki, ale płaci raczej ubezpieczycielowi danej osoby. Aby uniknąć konkurencji między ubezpieczycielami (opartej raczej na selekcji dobrego ryzyka, a nie obniżaniu kosztów i/lub podnoszeniu jakości), płatności *ex ante* dla ubezpieczycieli powinny być dostosowane do ryzyka, odzwierciedlać ryzyko ich klientów. Selekcja może być ograniczana dalej za pomocą płatności mieszanych i obowiązkowej kumulacji wysokiego ryzyka.[27]

[27] Płatność mieszana uzupełnia płatności *ex ante* składek z funduszu centralnego wraz

Przykład uregulowanej konkurencji opierającej się na wspieranych składkach pochodzi z Uniwersytetu Harvarda. Harvard poświęca określoną sumę na zakup ubezpieczenia i próbuje zapewnić swoim pracownikom możliwość wyboru. Można wybierać spośród dziewięciu planów ubezpieczeniowych, które różnią się pod względem wysokości składki, wymiarów dopłat, zakresu usług, ograniczeń wyboru dostawców itp. Składka pracodawcy jest stała, bez względu na wybór pracownika. Ci, którzy wybiorą droższy (i – mają nadzieję – korzystniejszy) program, muszą płacić wyższą składkę. Ponieważ wkład uniwersytetu jest jednakowy, czynnik ten nie wpływa na wybór jednostek. Zmuszenie przedsiębiorstw ubezpieczeniowych do konkurowania ze sobą spowodowało znaczący spadek kosztów uniwersytetu i jego pracowników. Z drugiej strony, pojawiło się zjawisko niekorzystnej selekcji. W przypadku najhojniejszego programu uruchomiła się spirala śmierci i firma musiała się z niego wycofać. Usunęło to najatrakcyjniejszy plan ze zbioru dostępnych pracownikom możliwości wyboru. Mimo tego negatywnego skutku ubocznego, konkurencja między ubezpieczycielami zaczyna przynosić pożądane, pozytywne rezultaty (Cutler i Reber 1998).

Aby uniknąć problemów z selekcją, system dopłat do składki powinien być dostosowany do ryzyka. (Harvard nie uczynił tego w okresie, z którego pochodzi przytoczony przykład.) Fundusz centralny powinien przewidzieć koszt opieki podstawowej każdego obywatela. Zamiast wręczać każdemu dostosowaną do ryzyka sumę jako voucher, fundusz płaciłby określoną sumę bezpośrednio wybranemu przez daną osobę ubezpieczycielowi. Ponieważ płatności za wszystkie objęte ubezpieczeniem osoby kierowane są bezpośrednio do ubezpieczyciela, dostosowanie ryzyka w przypadku dopłaty do składki oznacza raczej prognozę kosztów puli jednostek niż oddzielnie każdej z nich.

Wybór 4, między voucherami a dopłatą do składki, obejmuje kilka kwestii technicznych, dla których nie zebrano jeszcze żadnych ostatecz-

---

z jakąś płatnością *ex post* dla ubezpieczyciela, opartą na rzeczywistym wykorzystaniu usług przez jego pacjentów. W sytuacji obowiązkowej kumulacji wysokiego ryzyka, ubezpieczyciele otrzymują dodatkową płatność za tych pacjentów, którzy według ich przewidywań generować będą wysokie koszty. Ubezpieczyciele muszą gromadzić wspólny fundusz, aby pokryć koszty pacjentów wysokiego ryzyka i mogą, na początku rozpatrywanego okresu, umieścić małą część swoich pacjentów w puli wysokiego ryzyka. Wydatki przeznaczone na leczenie tych pacjentów obciążonych wysokim ryzykiem są refundowane z puli funduszy hojniej niż inne, być może nawet w całości. Te koncepcje płatności zostały wprowadzone w rozdziale 2 i zostaną omówione bardziej szczegółowo również w rozdziale 7.

nych dowodów teoretycznych i empirycznych, ponieważ doświadczenia z voucherami są bardzo rzadkie. Być może forma ta jest preferowana w sytuacji przypisania większej wagi zasadzie pierwszej niż drugiej, a dopłata do składki w sytuacji, gdy przypisuje się im względne wagi. Kwestia najbardziej skutecznej strategii kształtowania struktury B zasługuje oczywiście na dalsze studia i analizy.[28]

Pozwólmy sobie przejść do trzeciego wyboru, między alternatywnymi formami A i B. Jest to znacznie bardziej skomplikowany problem. W niektórych krajach doszło już do starcia opinii na ten temat, podczas gdy w innych debata jeszcze się nawet nie zaczęła. Na Węgrzech przeprowadzono godny uwagi sondaż opinii publicznej na ten temat (patrz tabele 8.2–8.4). Znaczna część próby poparłaby zmianę z A na B, nawet jeśli oznaczałoby to wyższe składki, ale wiele osób zrobiłoby to tylko w sytuacji, gdyby składki pozostały te same, a niektóre odrzucały jakąkolwiek ideę konkurencji.

Zachowanie formy A stwarza problemy również z punktu widzenia prawa publicznego. Kto powinien być uprawniony do podejmowania decyzji w sprawach monopolu organizacji ubezpieczenia społecznego? Czy powinien istnieć osobny organ zarządzający systemem ubezpieczenia społecznego? W tym drugim przypadku – jakie procedury powinny być podjęte, aby organ ten sformować? Czy powinien on być wybierany przez ubezpieczonych, a może składać się z delegatów organizacji społecznych (takich jak pracodawcy, pracownicy lub stowarzyszenia lekarskie)?[29]

---

[28] Drugi z autorów niniejszej książki jest zdania, że system dopłaty do składki byłby lepszy od systemu voucherów jeśli chodzi o zapewnienie wyboru, przy jednoczesnym uniknięciu kłopotów z selekcją. Główny powód tkwi w tym, że opieranie się na indywidualnie dostosowanych do ryzyka voucherach, gdy technologia dostosowania ryzyka jest jeszcze ograniczona, może prowadzić do bardzo trudnych problemów z selekcją ryzyka, które mogą się „zakorzenić instytucjonalnie" i być, z politycznego punktu widzenia, trudne do rozwiązania.

[29] Status prawny (w prawie publicznym) scentralizowanego systemu ubezpieczenia społecznego w Europie Wschodniej jest różny w różnych krajach. W Bułgarii, na przykład, autonomiczny Narodowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego zaczął korzystać ze swoich praw statutowych w roku 2000. Jego ciało zarządzające składa się w równych częściach z reprezentantów ubezpieczonych, pracodawców i pracowników. Odpowiednie prawodawstwo wypracowano w Rumunii w 1998 roku: gwarantuje ono samodzielność Funduszowi Opieki Zdrowotnej, któremu przewodzą przedstawiciele ubezpieczonych i pracodawców. Podobnie zorganizowane ciało kierujące systemem ubezpieczenia społecznego istnieje w Słowenii. Na Węgrzech dotychczas samodzielny Fundusz Ubezpieczenia Społecznego został rozwiązany w roku 1998, gdy rząd przejął nad nim bezpośrednią kontrolę. Krok ten krytykowano, uzasadniając, że publiczny nadzór nad finansowaniem opieki podstawowej jest niewystarczający.

Chodzi tu o sformułowanie pytań, a nie określonych zaleceń. Chcemy podkreślić – ponieważ chodzi o szczególny monopol funkcjonujący dzięki funduszom publicznym – że zachodzi tu wyjątkowa potrzeba nadzoru publicznego.

Forma A, opierająca się na monopolu publicznym na ubezpieczenie podstawowe, ma dwie wielkie zalety. Łatwo się nią administruje, tak więc może być znacznie tańsza niż zarządzanie kilkoma równoległymi, konkurującymi organizacjami, z których każda ma własną administrację, a to znaczy, że dostawcy muszą otrzymywać należne im płatności z kilku miejsc jednocześnie[30]. Drugą wielką zaletą jest kumulowanie ryzyka dla całej populacji. Zwłaszcza w przypadku jednego, ogólnokrajowego płatnika wielkość „publiczności", wśród której ryzyko jest rozproszone, ma maksymalną wielkość. Z drugiej strony forma A ma wady związane z monopolem: tendencję do czynienia klientów bezbronnymi. Monopol pozbawia obywateli możliwości odejścia do innego dostawcy, co zachęcałoby ubezpieczyciela do lepszego działania, innowacji i rozwoju technicznego. Na monopolistyczną organizację ubezpieczeniową nie oddziałują bodźce ekonomiczne, skłaniające ją do maksymalizacji wyników, zarówno w sferze jej własnej administracji jak i interakcji z dostawcami usług zdrowotnych. Nie ma powodów do bycia oszczędnym w swoich wydatkach. Forma ta w sposób oczywisty stoi w sprzeczności z zasadą trzecią, potrzebą rozwoju konkurencji.

W tym miejscu ujawniają się wielkie zalety formy B. Tu i w każdym innym obszarze konkurencja indukuje większą pomysłowość, innowację i uwagę skierowaną na klientów. Jedną z wad są większe wydatki administracyjne, ale gdyby był to jedyny cień kładący się na formie B, wybór byłby łatwy. W każdej sferze gospodarki połączona administracja kilku równoległych organizacji zawsze okazuje się po zagregowaniu droższa niż administrowanie jedną organizacją monopolistyczną. W przypadku organizacji nastawionej na realizację zysków przychody muszą pokryć zarówno wydatki, jak i zyski. Problem ten przywołuje, w obrazie jednej branży, dobrze znaną antynomię pomiędzy socjalizmem i kapitalizmem, centralnym planowaniem a konkurencją rynkową. Na pierwszy rzut oka pierwszy składnik tych par, centrali-

[30] W Słowenii w przypadku pakietu podstawowego organizacja ubezpieczenia społecznego poświęcała 2,2 procent swoich wydatków na administrację, podczas gdy jej odpowiednik na Węgrzech wydawał 3,8 procent (Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego Słowenii 1999; Narodowy Bank Węgier 1999). Wielkości te pokazują, że poziom wydatków administracyjnych jest rzeczywiście niski.

zacja i monopol administracyjny, wydaje się „tańszy" ze statycznego punktu widzenia. Jednakże rywalizacja między dwoma systemami trwająca kilka dziesięcioleci dowiodła, że w rzeczywistości był on droższy, ponieważ prowadził do lenistwa, konserwatyzmu technicznego i stagnacji.

Trudniejsze okazuje się porównanie tych alternatywnych form z punktu widzenia dywersyfikacji ryzyka. Prócz „ogólnych" argumentów przytaczanych w każdej debacie nad centralizacją i decentralizacją, monopolem i konkurencją, istnieją pewne specyficzne problemy właściwe służbie zdrowia, które należy wziąć pod uwagę. Wspominaliśmy wcześniej, a bardziej szczegółowo wyłożyliśmy w rozdziale trzecim, że konkurencja połączona z ponoszeniem ryzyka prowadzi do powstania silnych bodźców skłaniających do niekorzystnej selekcji, selekcji ryzyka i zbierania śmietanki. Rywalizujący ze sobą, konkurujący ubezpieczyciele mogą starać się zdobyć przewagę, unikając ubezpieczonych obarczonych wysokim ryzykiem. Osoby odpowiedzialne za kształtowanie polityki w tej sferze są zobowiązane do zdefiniowania i uważnego monitorowania „reguł gry", jakie obowiązują konkurujących ubezpieczycieli, w sposób umożliwiający minimalizację problemu selekcji. Powrócimy do tej kwestii w rozdziałach szóstym i siódmym, ale wskazane byłoby przedstawienie kilku środków przydatnych do zwalczania bodźców skłaniających do selekcji:

- Prawo powinno określać, że ubezpieczyciel, który chce uczestniczyć w rynku ubezpieczeniowym w segmencie opieki podstawowej, nie może odmówić polisy nikomu, kto chce ją kupić. Konieczny jest stały okres otwartego przystępowania i zakaz umieszczania klauzul wykluczających objęcie polisą tych pacjentów, którzy zachorowali przed przystąpieniem do planu ubezpieczenia zdrowotnego. Wszyscy kupujący dany pakiet ubezpieczeniowy muszą płacić tę samą składkę. Przeciwnie rzecz ma się z ubezpieczeniem opieki uzupełniającej, które jest transakcją dobrowolną: jeśli klient nie chce płacić składki, jakiej życzy sobie ubezpieczyciel, kontrakt nie będzie zawarty.
- Branża ubezpieczeniowa będzie uregulowana; wejście do niej nie będzie całkowicie „wolne". Przedsiębiorstwa chętne do wejścia na rynek będą musiały spełniać kilka wymogów natury profesjonalnej i finansowej. Pożądanym stanem byłaby obecność na rynku kilku wielkich ubezpieczycieli o dobrej reputacji, działających w danym obszarze rynku, każdy z wielką liczbą zapisanych do jego programu

klientów[31]. Ułatwiłoby to dywersyfikację ryzyka bez konieczności poświęcania korzystnych bodźców skłaniających do konkurowania o nowych klientów.

- Pracodawcy zamierzający wnosić wkłady na ubezpieczenie zdrowotne swoich pracowników „przyprowadzą" ubezpieczycielom wielkie grupy ludzi. Zwiększy to koncentrację i rozmiary pul skumulowanego ryzyka i umożliwi pracodawcom spełnienie roli sponsora, dając im sporą siłę przetargową w negocjacjach z ubezpieczycielami. (Więcej na ten temat – w dalszej części rozważań).
- System płatności będzie krytycznym czynnikiem w ograniczaniu działania bodźców skłaniających do selekcji ryzyka. Odpowiednie zróżnicowanie płatności otrzymywanych przez ubezpieczyciela za różnych ubezpieczonych samo z siebie zredukuje opór wobec przyjęcia klientów obarczonych „złym" ryzykiem. Im więcej czynników ryzyka obejmie płatność, tym silniejsza motywacja dla ubezpieczycieli do zaakceptowania, czy nawet wyszukiwania klientów, którzy prawdopodobnie będą oznaczać większe wydatki. Ponieważ dostosowanie ryzyka jest złożone, a jego skuteczność ograniczona, konieczne wydaje się propagowanie dzielenia ryzyka, mieszanych systemów płatności, w tym obowiązkowa – *ex ante* – kumulacja wysokiego ryzyka. Opcje polityki płatniczej, wspomniane w rozdziale drugim, zostaną omówione bardziej szczegółowo w rozdziale siódmym przy okazji analizy związków łączących popyt z podażą. Wystarczy tutaj wspomnieć, że kombinacja instrumentów polityki kształtowania rynku ubezpieczeniowego, uważnie zaprojektowana i rygorystycznie wdrażana, może dać doskonałe efekty. Zniknie wówczas obawa, że problemy z selekcją przyćmią korzyści wynikające z konkurencji, takie jak choćby innowacyjność.

Wszystkie powyższe propozycje mogą pomóc zniwelować niekorzystne cechy formy B, ale nie mogą zagwarantować całkowitej ich eliminacji. Nie

---

[31] W Czechach, gdzie w roku 1992 podjęto decyzję na korzyść formy B, na początku powstało kilka małych przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Do roku 1995 było 27 ubezpieczycieli, z których kilku miało mniej niż 5000 klientów. Okazało się, że system taki nie funkcjonuje dobrze. Do 1998 r. bankructwa i fuzje zredukowały liczbę ubezpieczycieli zdrowotnych do dziesięciu i spowodowały wzrost przeciętnej liczby ich klientów do 301 000, pomijając następcę starego monopolu, Generalny Zakład Ubezpieczenia Społecznego.

Słowacja wprowadziła formę B w roku 1995. Korzystając z doświadczeń czeskich, prawodawstwo słowackie określiło, że ubezpieczyciel powinien mieć przynajmniej 30 000 klientów, podnosząc liczbę tę do 300 000 w ciągu dwóch lat, jeśli miał dalej funkcjonować (Lawson i Nemec 1998: 245).

istnieje rozwiązanie doskonałe. Forma B obciążona jest niebezpieczeństwem „porażki rynku". Z drugiej strony forma A niesie ze sobą prawdopodobieństwo „porażki rządu" i wady monopolu.

Zdaniem autorów nie powinni o tym decydować reformatorzy. Dylemat ten nie powinien być również rozwiązywany przez legislatywę. Jedynymi kompetentnymi sędziami są w tym wypadku sami obywatele. Reforma powinna stworzyć warunki, w których jednostki mogą wybierać, a nie tylko odpowiadać na pytania w kwestionariuszach ankiet czy za pośrednictwem wyborów parlamentarnych, głosując na program polityki w służbie zdrowia jakiejś partii czy polityka. Niech głosują samodzielnie, w praktyce wykorzystując prawo do rzeczywistego wchodzenia i wychodzenia.[32]

Punktem wyjścia powinna być forma A. Monopolistyczny ubezpieczyciel publiczny, finansujący opiekę podstawową, powinien dalej funkcjonować, zarówno jako organizacja scentralizowana, jak też podzielona na ubezpieczycieli regionalnych. Dodatkowo powinno się pozwolić działać ubezpieczycielom prywatnym, oferującym konsumentom różne uzupełniające polisy ubezpieczeniowe. Forma taka istnieje w większości krajów Europy Zachodniej. Udział usług uzupełniających może nie być wielki, lecz będzie nieprzerwanie wzrastał.

Droga ku formie B będzie musiała być przygotowana bardzo starannie i równie starannie i pilnie nadzorowana. Pierwszym krokiem będzie zgromadzenie odpowiednich danych. W następnej kolejności – stworzenie systemu, za pomocą którego możliwe będzie dokładne dostosowanie do oszacowanego ryzyka płatności, jakie przepływają z funduszu monopolistycznego do innych ubezpieczycieli. Potrzebne jest jakieś doświadczenie w porównywaniu dostosowanych do ryzyka składek każdej jednostki z rzeczywiście występującymi kosztami, tak aby dostosowanie ryzyka mogło być później dokładnie określone. Pierwotnemu publicznemu ubezpieczycielowi powinno się dostarczyć bodźców, aby pomóc mu udoskonalić metody dostosowania ryzyka i inne strategie zapobiegania selekcji. Mógłby on bowiem stać się ofiarą odwrotnej selekcji, gdyby system płatności nie zapobiegał „zbieraniu śmietanki" zyskownych klientów przez ubezpieczycieli prywatnych.

---

[32] Dając obywatelom prawo wyboru między formami A i B, sugeruje się, że monopol ubezpieczenia publicznego opieki podstawowej w przypadku pierwszej formy nie będzie monopolem wymuszonym, ale raczej jednym ubezpieczycielem na rodzącym się właśnie rynku. Niemożliwa byłaby jednoczesna egzystencja wymuszonej, monopolistycznej formy A i wolnego wyboru, jako etap przejściowy do formy B.

Ubezpieczyciele prywatni (na przykład przedsiębiorstwa, które okazały się solidne w działaniach poza sektorem zdrowotnym i już są znane ze swojego uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego) powinni mieć legalne możliwości oferowania ubezpieczenia opieki podstawowej. Obywatele będą wtedy mogli opuścić bez przeszkód starego, monopolistycznego ubezpieczyciela i przystąpić do wybranego przez siebie ubezpieczyciela prywatnego.

Konieczne jest jednak ostrzeżenie: chociaż możliwe będzie odejście od publicznego ubezpieczyciela zdrowotnego, jednostki nie będą miały prawa do zaprzestania płacenia obowiązkowych składek (podatku na cele zdrowotne, składek na ubezpieczenie społeczne itp.). Innymi słowy, w przypadku wszystkich propozycji przedstawionych w niniejszej książce, zawsze zostanie zachowana, obejmująca całą populację, kumulacja ryzyka na potrzeby publicznego finansowania opieki podstawowej.

Czas pokaże, czy ubezpieczyciele korzystają z dostępnych im możliwości wchodząc na rynek ubezpieczeń opieki podstawowej[33], a także, czy obywatele są skłonni do zrezygnowania z uczestnictwa w ubezpieczeniu oferowanym przez wcześniej istniejący monopol i wyboru nowego ubezpieczyciela w zdecentralizowanym sektorze ubezpieczeniowym. Okaże się również, czy pracodawcy są przygotowani na wnoszenie wkładów na ubezpieczenie zdrowotne, wykraczających poza obowiązkowe płatności na opiekę podstawową, których ubezpieczycieli w tym celu wybiorą i czy przyjmą na siebie rolę odpowiedzialnych sponsorów działających w imieniu swoich pracowników, nie poświęcając szerzej pojmowanej solidarności społecznej w przypadku opieki podstawowej.

Chociaż reforma ubezpieczenia zdrowotnego różni się w wielu ważnych aspektach od reformy systemu emerytalnego, warto wspomnieć, że podobne możliwości wyboru zaistniały na Węgrzech podczas reformy systemu emerytalnego. Umożliwiła ona określonym grupom wiekowym „wzięcie sprawy we własne ręce" poprzez transfer ich zakumulowanych praw emerytalnych do prywatnych funduszy emerytalnych. Okazało się, że wielu ludzi paliło się do tego – znacznie więcej niż oczekiwali twórcy tej reformy (Economist Intelligence Unit 1998: 24).

---

[33] Oczywiście zalecane byłoby wcześniej przedyskutować to z ubezpieczycielami prywatnymi, zanim programy dostosowania ryzyka płatności składek zostaną zainicjowane. Angażowanie się w całą pracę administracyjną i organizacyjną nie będzie miało sensu, jeśli ubezpieczyciele prywatni nie okażą większego zainteresowania w oferowaniu połączonego ubezpieczenia opieki podstawowej i uzupełniającej.

Wybór formy ubezpieczenia zdrowotnego jest pod wieloma względami trudniejszy niż wybór planu emerytalnego. Jest trudniejszy, ponieważ nie chodzi w nim wyłącznie o pieniądze, jak w przypadku emerytury. Opieka zdrowotna angażuje kwestie życia i śmierci. Co więcej, programy emerytalne nie muszą zajmować się nieprzewidywalnymi wydatkami o „katastroficznym" charakterze, tak jak programy ubezpieczenia zdrowotnego. Jak wspomniano wyżej, konieczne są stałe okresy otwartego, swobodnego zapisywania się do wszystkich uczestniczących ubezpieczycieli. Konsumenci (i pracodawcy, jeśli selektywnie wchodzą w umowy w imieniu konsumentów) mogą zmieniać przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe nawet raz w roku. Obejmuje to również przypadek, w którym konsumenci – niezadowoleni z ubezpieczyciela prywatnego – decydują się na powrót do ubezpieczyciela publicznego. Zmiana ubezpieczyciela może równie dobrze oznaczać także zmianę lekarza, co czyni proces podejmowania decyzji jeszcze trudniejszym.

Jeśli prywatne ubezpieczenie zdrowotne zdobędzie poparcie, to nie stanie się to z roku na rok. Będzie to proces stopniowy, trwający kilka lub kilkanaście lat, postępujący wraz z rozwojem branży ubezpieczeniowej, wzrostem jej atrakcyjności i przyzwyczajeniem się ludzi do tej koncepcji. Ubezpieczyciele prywatni będą konkurowali o klientów z ubezpieczycielem publicznym. Szkodliwe byłoby poświęcenie tej owocnej i zdrowej konkurencji na rzecz wymuszonej prywatyzacji – *Blitzkriegu* systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Reorganizacja może nieść ze sobą pewne trudności. Jeśli wielu ludzi odejdzie od starego monopolu do nowych ubezpieczycieli, exodus ten może istotnie zagrozić jego finansowej stabilności, ponieważ ci, którzy w nim pozostaną, prawdopodobnie doświadczą niekorzystnej selekcji, gdy koszty będą spadały znacznie wolniej niż liczba klientów.

Jedynym sposobem zapobieżenia odwrotnej selekcji i możliwej spirali śmierci składki ubezpieczeniowej pierwotnego ubezpieczyciela może być dokładne dostosowanie ryzyka i wspieranie systemu bodźców (np. efektywna *ex ante* kumulacja ryzyka, jak wytłumaczono powyżej). Dodatkowo, wraz z obniżaniem się całkowitych przychodów ubezpieczyciela publicznego, jego społeczne i polityczne znaczenie również może się obniżyć. Ci, dla których władza i siła związana z monopolem miały wielkie znaczenie, mogą stawić znaczny opór.

Należy oczekiwać trudności również w przypadku dostawców. Fakt, że wcześniej mogli liczyć na pacjentów i płatności od monopolistycznego ubezpieczyciela, które równoważyły ich całą moc wytwórczą, dawał im

poczucie bezpieczeństwa. Teraz stają w obliczu kilku nabywców, naciskających na nich, wymuszających więcej usług w zamian za mniejsze płatności. Może się to okazać bardziej kłopotliwe i stresujące, chociaż uczyni ich jednocześnie mniej bezbronnymi i ubezwłasnowolnionymi. Będą musieli oczywiście przyjąć postawę zorientowaną na rynek, jeśli chcą sprzedać to, co oferują. Taka zmiana nastawienia jest jedną z głównych zalet formy B.

W świetle tego, co zostało powiedziane, musi istnieć jakaś zachęta do eksperymentowania, nawet jeśli forma B nie może być „wciśnięta" społeczeństwu za pomocą administracyjnych zarządzeń czy legislacyjnych rozgrywek. Próbę rozwiązania tego problemu w sposób szybki i radykalny podjęto w Czechach w roku 1992, bez odpowiednich przygotowań czy stosownego okresu przejściowego. Spowodowało to spore zamieszanie, a w niektórych przypadkach nawet poważne zakłócenia. Jak opisano w przypisie 31, nie zastosowano się do zasady piątej, a nowa rola państwa nie została dostatecznie określona. Podobnym błędem okazało się niezastosowanie się do zasady siódmej: czas na przygotowanie nie był wystarczający. Wszyscy uczestnicy, w tym sponsorzy i osoby czy organizacje regulujące, którym powierzono zadanie nadzorowania łagodnej transformacji, będą potrzebowali czasu na zaadaptowanie się do nowego systemu.

Obywateli nie można pozostawiać na łasce nie objętych żadnymi regulacjami prywatnych ubezpieczycieli. Konieczny jest nadzór ze strony państwa i, jeśli okaże się to konieczne, jego interwencja. Zgodnie z zasadą piątą, państwo musi wspierać ludzi jako ubezpieczyciel ostatniej instancji. Nawet jeśli prywatny ubezpieczyciel stanie się niewypłacalny, jego indywidualni ubezpieczeni klienci pozostają uprawnieni do korzystania z opieki podstawowej. W takim przypadku państwo lub – dokładniej mówiąc – centralny fundusz gromadzący obowiązkowe składki będzie musiał za nich zapłacić. Konieczna okazuje się więc wystarczająca rezerwa służąca jako fundusz gwarancyjny przeznaczony na ten cel, a prywatni ubezpieczyciele powinni mieć obowiązek wnoszenia doń obowiązkowych wkładów.

Czas podsumować propozycje dotyczące organizacji ubezpieczenia. Niech rozwinie się uregulowana konkurencja, wpierw w dziedzinie usług uzupełniających, a następnie w zakresie całościowego pakietu ubezpieczenia opieki podstawowej i uzupełniającej. Tam, gdzie zastosowano model niemiecki, powinno się go rozszerzyć formą A. Innymi słowy, musi istnieć możliwość kupienia dobrowolnego, uzupełniającego ubezpieczenia

zdrowotnego, „ponad" ubezpieczenie opieki podstawowej zapewnianej przez finansowanie publiczne. Konieczne jest stworzenie organizacji i warunków prawnych dla rozwoju formy B, czyli uregulowanej konkurencji pomiędzy ubezpieczycielami gwarantującymi zarówno opiekę podstawową, jak i uzupełniającą. Ponieważ opinia publiczna podzielona jest w kwestii wyboru formy A i B (patrz tabele 8.2–8.4), forma B nie powinna być wdrażana na siłę, ale wolność wyboru również nie powinna być tłumiona. Prywatne przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe, pracodawcy i przede wszystkim wszyscy członkowie społeczeństwa zdecydują za pomocą swoich rzeczywistych wyborów, jak dalece chcą zaangażować się w decentralizację ubezpieczenia zdrowotnego.

5.7. Zakres i finansowanie opieki uzupełniającej

Jakie usługi zdrowotne mogą pozostawać poza obrębem „podstawowego pakietu"? Zilustrujmy za to pomocą przykładów, nie próbując jednak kompilować kompletnej listy:

(a) Testy diagnostyczne i ogólne badania lekarskie natury profilaktycznej, przeprowadzane na życzenie pacjenta, wykraczające poza zakres, w którym są zapewniane jako opieka podstawowa.

(b) Opieka zdrowotna zaprojektowana z myślą utrzymania ludzi w dobrej kondycji fizycznej, taka jak gimnastyka, masaże, zabiegi kąpielowe, dostępne jako opieka podstawowa jedynie tym pacjentom, którzy wymagają bezpośredniej ingerencji lub rekonwalescencji. Problem jest analogiczny w przypadku operacji chirurgicznych poprawiających wzrok.

(c) W ciężkich przypadkach kuracja, która jest wygodniejsza dla pacjenta niż ta, którą obejmuje opieka podstawowa. Gdy nie można uniknąć hospitalizacji, wyższy poziom komfortu niż oferowany w przypadku opieki podstawowej (własny pokój, lepsze meble, radio i telewizja, lepsze jedzenie itp.). Powinno istnieć kilka poziomów dodatkowego komfortu o różnych cenach.

(d) Potwierdzenie diagnoz otrzymywanych w systemie opieki podstawowej, oparte na drugiej lub trzeciej opinii lekarskiej, gdy nie są one finansowane jako opieka podstawowa.

(e) W sytuacji, gdy z medycznego punktu widzenia nie jest jasne, czy hospitalizacja jest konieczna, jak długo powinna trwać, istnieje możliwość wzięcia pod uwagę osobistych preferencji pacjenta: opieka domowa przy braku obiekcji lekarzy, jeśli pacjenci ją preferują i są gotowi zapłacić więcej,[34] lub przedłużenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu na jego życzenie, nawet jeśli nie jest to absolutnie konieczne, tak długo jak długo pacjenci pokrywają dodatkowe koszty.

(f) Część opieki po poważnych przypadkach, która nie jest finansowana jako podstawowa (w sanatorium lub w domu).

(g) Wizyty lekarza w domu, nawet w przypadkach, gdy koszt tej wizyty pokrywałaby opieka podstawowa, jeśli pacjent poszedłby do gabinetu lekarskiego.

(h) W przypadku zamiennych leków, wybór lekarstwa droższego w miejsce tańszego dostępnego w ramach opieki podstawowej (zakładając, oczywiście, że rezultaty jego działania nie są gorsze niż jego tańszej alternatywy).

(i) Operacje plastyczne i chirurgia plastyczna z powodów estetycznych. W określonych przypadkach, jak usuwanie blizn czy deformacji przypadkowych, byłyby one częścią pakietu opieki podstawowej, nie uzupełniającej.

(j) Wiele krajów klasyfikuje opiekę stomatologiczną jako opiekę uzupełniającą, podczas gdy inne jedynie niektóre koszty tej opieki traktują jako uzupełniające[35].

W żadnym z wymienionych powyżej przypadków nie wytyczono wyraźnej linii podziału między tym, co zalicza się do opieki podstawowej, a tym, co powinno wchodzić w skład uzupełniającej i – tym samym – być finansowane z prywatnych pieniędzy. Wraz ze wzrostem produktu krajowego brutto i skłonności społeczeństwa do poświęcania większej części

---

[34] W niektórych krajach opieka domowa jest zapewniana w ramach opieki podstawowej w określonych przypadkach i towarzyszy jej względnie mała dopłata wnoszona przez pacjenta. Może ona być zapewniona jako finansowana prywatnie opieka uzupełniająca, nawet wtedy, gdy nie jest objęta opieką podstawową, lub jeśli pacjenci oczekują wyższego standardu opieki domowej niż oferowany w ramach opieki podstawowej.

[35] Na ten temat sporo się debatuje. Niektórzy twierdzą, że radykalne wyłączenie opieki stomatologicznej z pakietu opieki podstawowej powoduje, że ludzie całkowicie zaniedbują swoje zęby. Powstałe społeczne szkody są dużo wyższe niż „oszczędności" w wydatkach publicznych.

podatków na ten cel, sfera wydatków pokrywanych jako przynależne do opieki podstawowej może się rozszerzyć. Jednakże linia podziału może być wytyczona w każdym dowolnym momencie i trzeba ją wyraźnie nakreślić, aby zminimalizować niestosowne dysputy i korupcję.

Nie oczekiwalibyśmy silnych obiekcji przy klasyfikacji (jako opieka uzupełniająca) przypadków wymienionych w punktach (a)–(j). Jednak musimy wymienić dwa inne, bardziej kontrowersyjne typy:

(k) Jak w każdej innej profesji, dwóch lekarzy o tej samej pozycji zawodowej, po zdobyciu prawie takiego samego wykształcenia i z tak samo długim doświadczeniem praktycznym nie będzie miało takich samych wyników pracy. Jednostki różnią się pod względem zdolności, predyspozycji intelektualnych i manualnych, nagromadzonej wiedzy, znajomości życia, podejścia do pacjentów, zdolności zarządczych i tak dalej. Nie istnieją żadne etyczne i ekonomiczne powody, dla których powinny otrzymywać takie samo wynagrodzenie. Niewłaściwe byłoby ustalanie takich samych cen za rutynową operację, jeśli przeprowadzałby ją błyskotliwy chirurg i ten o przeciętnych zdolnościach, albo za rutynowy zabieg przeprowadzany przez doskonałego i miernego stomatologa. Nie będą oni realizowali rutynowych zadań na tym samym poziomie. Jeszcze prawdziwsze jest to w przypadku nierutynowych kuracji.

Oczywiście rozpiętość zarobków lekarskich powinna być większa niż jest aktualnie w Europie Wschodniej. Zróżnicowanie dopuszczane przez oficjalne stawki płac jest prawie żadne, chociaż wzrasta dzięki dochodom w postaci „dowodów wdzięczności" i z półlegalnych praktyk prywatnych. Powinno ono być zastąpione przez otwarcie uznane rozwarstwienie: niech lepsi lekarze zarabiają więcej (lub ci, których uważa się za lepszych; różnice między postrzeganymi a rzeczywistymi wynikami mają miejsce również i w innych zawodach). Wyższe zarobki są sprawiedliwą nagrodą za talent, wysiłek i „warsztat", a także niezastąpionym bodźcem skłaniającym do poświęcenia i ciągłego rozwoju zawodowego.

Kto powinien zapewnić dodatkowe zarobki lepszym lekarzom (lub rzekomo lepszym)? Skale płac zatrudnionych przez instytucje państwowe muszą mieć większą rozpiętość. Część zróżnicowania powinna być scedowana na sferę objętą prywatnym finansowaniem. Zaproponowanie szczegółowych strategii realizacji tego zadania nie wchodzi w zakres tej książki. Ustęp ten przedstawia raczej ogólny zarys podejścia. W przypadku lekarzy dostarczających usługi objęte pakietem korzyści podsta-

wowych, podstawowe wynagrodzenie – poprzez pensję, pogłówne czy też za pomocą innych form – pochodziłoby z finansów publicznych przeznaczonych na opiekę podstawową. Pacjenci, realizując w praktyce swobodę wyboru własnego lekarza, mogliby ubiegać się o leczenie u tego, który żąda więcej, zakładając, że byliby przygotowani na pokrycie różnicy (bezpośrednio – przez większą dopłatę niż wymagana w innej sytuacji, albo przez prywatne, uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne). Innymi słowy, lekarze mieliby pozwolenie na wystawianie rachunków pacjentom.

Istnieje niebezpieczeństwo, że lekarze – „gwiazdy" mogą ostatecznie ograniczyć się do bogatych pacjentów, którzy zapłacą więcej za ich opiekę. Ale ze zjawiskiem tego rodzaju można sobie poradzić za pomocą biurokracji. Zwrócenie się do zdrowego moralnego osądu lekarzy powinno być wystarczające; sami powinni mieć na względzie swój kodeks etyczny. Od wszystkich lekarzy, bez względu na to, jak są wspaniali, oczekiwano by poświęcania znacznej części ich czasu na pracę, w której rozróżnienie między biednymi a bogatymi nie byłoby istotne, podobnie jak rozróżnienie między płacącymi z własnych kieszeni i tymi, których opiekę opłacano by z funduszy publicznych. Konieczne jest stworzenie warunków organizacyjnych, które umożliwiłyby lekarzom realizację tych niedyskryminujących zadań dla dobra bardziej potrzebujących pacjentów.

Problem (k) ściśle łączy się z następnym przypadkiem.

(l) W służbie zdrowia mamy do czynienia z pewnymi wąskimi gardłami, na przykład niektóre urządzenia diagnostyczne czy infrastruktura potrzebna do niektórych kuracji jest dostępna tylko w kilku miejscach. Czy dopuszczalne jest, aby były one oferowane pacjentom poza kolejnością, za odpowiednią opłatą, podczas gdy inni muszą czekać w długiej kolejce?

Początkowo odpowiedź większości ludzi jest negatywna. W pewien określony sposób kłóci się to ostro ze specyficznym poczuciem egalitaryzmu, jakie panuje w służbie zdrowia.

Następną reakcją może być cyniczna kapitulacja: to zdarzy się i tak, czy nam się to podoba, czy nie. „Bodźce" finansowe i osobiste koneksje liczą się bardzo, gdy przychodzi do decyzji, komu dać pierwszeństwo.

Lepsze niż cyniczna tolerancja byłoby znalezienie etycznego, jednocześnie skutecznego rozwiązania tego bolesnego dylematu związanego z alokacją. Raz jeszcze strona administracyjna jest ignorowana na korzyść ogólnej idei leżącej u podstaw procedury, która będzie przedstawiona

przede wszystkim poprzez odwołanie się do przykładu. Przykład ten może wydać się spreparowany, ale pozwala wyrazić ten etyczny i ekonomiczny problem w prostszy sposób.

Załóżmy, że nowy, skuteczny, ale bardzo drogi produkt postępu technicznego nie został jeszcze wprowadzony w określonym kraju Europy Wschodniej. Bogaty pacjent oferuje zakup i import sprzętu, aby wykorzystać go do leczenia własnej choroby, ale jednocześnie oferuje go szpitalowi jako prezent, co oznacza, że również inni pacjenci mogą skorzystać z leczenia. Pacjent oczywiście zdobył przywilej, jako że nikt inny w kraju nie był przed nim leczony za pomocą takiego urządzenia. Jednakże przywilejowi temu towarzyszy pożyteczna okoliczność – inni także mogą korzystać z tego dobra.[36]

Pierwszy poziom generalizacji, jaki możemy określić na podstawie powyższego przykładu, jest taki, że inwestycja finansowana z prywatnych darowizn musi być dozwolona, nawet jeśli dawca wiąże z tym jakieś określone, szczegółowe warunki. Darowizny takie mogą być szczególnie pożyteczne, ponieważ system opieki podstawowej zawsze może produktywnie wykorzystać każdy dodatkowy kapitał.

Przechodząc na wyższy stopień generalizacji, wspominaliśmy wcześniej o możliwości dotacji łączonych w obrębie organizacji. Jest to powszechne w wielu szpitalach prywatnych w Ameryce i Europie Zachodniej. Leczenie nie płacących lub mało płacących pacjentów jest finansowane z przychodów uzyskiwanych dzięki bogatym pacjentom. Mogłoby to być dozwolone również w krajach postsocjalistycznych. Ceny niektórych usług finansowanych ze źródeł prywatnych powinny być tak ustalane, aby obejmowały dotacje łączone.

W tym miejscu odejdźmy od przykładu i sformułujmy pewne ogólne zasady. Opisana powyżej sytuacja może być sklasyfikowana z ekonomicznego punktu widzenia jako pewien rodzaj wtórnego podatku o charakterze redystrybucyjnym. Pierwotna redystrybucja w opiece zdrowotnej ma miejsce wtedy, gdy ludzie płacą obowiązkowe składki proporcjonalne do ich dochodów (nie otrzymywanej opieki). Jest to typ redystrybucji

---

[36] Pierwszemu z autorów lekarz badający go za pomocą drogiego, importowanego i nowoczesnego urządzenia opowiedział następującą historię. Podczas badania pierwszej osobistości w państwie i partii socjalistycznej powiedział pacjentowi, że istniałaby możliwość przebadania go za pomocą sprzętu, którego szpital jeszcze nie posiada. Przywódca ten działał błyskawicznie. Aparat został importowany i wręczony szpitalowi.

Historia ta jest analogiczna do powyższego przykładu w tekście, z tym wyjątkiem, że patron sfinansował dodatkowy import z funduszy publicznych, a nie z własnej kieszeni.

o charakterze podatku od dochodów. To, co jest teraz proponowane, to dodatkowy, wtórny rodzaj podatku redystrybucyjnego, podobny do podatku od konsumpcji. Jeśli pacjenci są przygotowani na płacenie za usługę, której podaż jest ograniczona, niech płacą *wysoką* opłatę, która pokryje nie tylko koszt ich własnej kuracji, ale także koszty leczenia innych, niezdolnych do zapłacenia za siebie. Oczywiście możliwości wytwórcze zarezerwowane dla pacjentów nabywających pierwszeństwo w ten sposób nie powinny być równe całkowitym możliwościom wytwórczym sprzętu czy wyposażenia. Pewna ich część powinna być zarezerwowana na potrzeby opieki podstawowej.[37]

Przykładów problemu (1) w dzisiejszej Europie Wschodniej nie ma z pewnością wiele. Omówiono tę sytuację szczegółowo, ponieważ stanowi ona formę szybkiego złagodzenia dylematu wynikającego z konfliktu zasady pierwszej i drugiej, suwerenności *kontra* solidarność i wydajności *kontra* specyficzny egalitaryzm. Możliwe rozwiązania tego dylematu nie muszą być mętne lub cyniczne. Konieczne jest podjęcie wysiłków, aby znaleźć przejrzyste, etyczne, prawnie uzasadnione i owocne kompromisy między nimi.

Opisano dotychczas zakres usług, które można uznać za „uzupełniające", ale jedynie mimochodem wspominano, jak wyglądałyby sposoby płacenia za nie.

Najbardziej oczywistym sposobem jest bezpośrednie płacenie przez pacjenta z jego własnej kieszeni. W Europie Wschodniej zjawisko to jest dosyć powszechne. Duża część usług uzupełniających, które wymieniliśmy, dostępna jest w gabinetach i klinikach prywatnych prowadzonych przez prywatnie praktykujących lekarzy. Przypadki, w których publiczne szpitale i inne organizacje służby zdrowia są przygotowane do świadczenia dodatkowych usług legalnie za dodatkową opłatą, są sporadyczne (np. własny pokój, lepsze jedzenie). Jednakże znaczna część opieki uzupełniającej jest kupowana przez pacjentów półlegalnie, za pomocą „dowodów wdzięczności" dla lekarzy.

Inna możliwość polega na wykupieniu ubezpieczenia na wypadek korzystania z określonych usług uzupełniających. Każdy konsument płaci ustaloną składkę, w zamian za którą ubezpieczyciel pokrywa koszty

---

[37] Dotacje łączone odnosiłyby się do dopłat, niekoniecznie do honorarium, które otrzymuje za każdą usługę dostawca, ponieważ zakłócona struktura cen przy wysokich marżach zysku w przypadku bardzo drogich procedur mogłaby prowadzić do poważnych zakłóceń po stronie podaży.

określone w polisie. Niestety, wybór polis oferowanych przez branżę ubezpieczeniową pozostaje bardzo wąski.

Krajem regionu postsocjalistycznego, w którym dobrowolne prywatne ubezpieczenie zdrowotne jest najbardziej rozpowszechnione, jest Słowenia. Narodowy Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego i Adriatycka Kompania Ubezpieczeniowa (AIC) administrują tam programami dobrowolnego, uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego. W roku 1998 prawie 70 procent populacji uczestniczyło w programie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez Instytut, zarówno indywidualnie jak i przez związek zawodowy lub specjalne umowy emerytalne. Wykupione polisy zapewniały 12 procent funduszy służby zdrowia w roku 1998. Jednak większość tych funduszy pokrywa koszty dopłat, a jedynie ich ułamek został wykupiony w celu pokrycia dodatkowych usług poza obrębem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego Słowenii 1999).

Znaczenie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego wzrasta zarówno w Polsce i na Węgrzech, jak w innych krajach, ale jego zakres pozostaje wciąż niewielki. Przeszkodą dla rozprzestrzeniana się ubezpieczenia prywatnego jest zjawisko „c", opisane w rozdziale piątym. Ponieważ dostęp do wcześniej wymienionych usług, potencjalnie pokrywany przez ubezpieczenie uzupełniające, można wciąż uzyskać płacąc z własnej kieszeni za kilka prywatnych wizyt w gabinecie lekarskim, nie zachodzi konieczność dodatkowego ubezpieczenia. Nie zaistnieje więc masowy popyt na ubezpieczenie uzupełniające (Tymowska 1997). Prawdopodobnie dlatego duża część prywatnych przedsiębiorstw z doświadczeniem w innych rodzajach ubezpieczeń ma bardziej restrykcyjne i ostrożne podejście do ubezpieczenia zdrowotnego.[38]

W przypadku jednego nietypowego rodzaju polisy, powszechnego na Węgrzech, ubezpieczyciel, zamiast refundować koszty rachunków medycznych ubezpieczonego pacjenta, płaci mu określoną sumę, proporcjonalną do czasu trwania choroby lub hospitalizacji. Dodatkowo z niektórych polis wypłaca się ubezpieczonemu określoną sumę za określone rodzaje operacji chirurgicznych czy leczenia. Chociaż sposób sformułowania polisy o tym nie wspomina, ukryta intencja jest jasna: pacjent powinien składać pieniężny „dowód wdzięczności" z pieniędzy otrzymanych od

[38] Obecnie, na przykład, przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe na Węgrzech wiążą polisy ubezpieczeniowe na życie z ubezpieczeniem zdrowotnym, ponieważ popyt na czyste ubezpieczenie zdrowotne jest niedostateczny.

ubezpieczyciela. Jest to racjonalny akt redukcji ryzyka dokonywany przez ubezpieczonego, jeśli „dowód wdzięczności" jest jednoznaczny i prawie obowiązkowy w zaistniałych warunkach. Wielkie wydatki związane z zachorowaniami są pokrywane z miesięcznych składek. Jednocześnie praktyka ubezpieczeniowa pomaga utrwalać system płatności za pomocą „dowodów wdzięczności", z jego wieloma szkodliwymi efektami. W każdym przypadku bodźcowy efekt transakcji jest wątpliwy, ponieważ zachęca ubezpieczonego i współpracującego z nim lekarza do przedłużania deklarowanego, usprawiedliwionego czy też nie, okresu trwania choroby i czasu hospitalizacji. Co więcej, płatności takie mogą być wykorzystane do zrównoważenia oficjalnych wymogów dopłat, na co, jak wspomniano wcześniej, ogólnie nie powinno być przyzwolenia, żeby nie zniszczyć dyscyplinującego charakteru popytu.

Pomiędzy popytem na uzupełniające ubezpieczenie prywatne i płaceniem „dowodów wdzięczności" rodzi się błędne koło złych zależności. Ponieważ to drugie zjawisko nadal istnieje, popyt na prywatne ubezpieczenie opieki uzupełniającej będzie mały (podobnie jak podaż). Z drugiej strony, eliminacja „dowodów wdzięczności", zanim nie stworzy się szansy istnienia ubezpieczenia uzupełniającego, będzie bardzo trudna.

Na początku tego podrozdziału wymieniono dwanaście rodzajów opieki uzupełniającej, od (a) do (l). Każdy z nich indukuje koszty, od których można się ubezpieczyć. Miejmy nadzieję, że ostatecznie prywatni ubezpieczyciele w postsocjalistycznych krajach stworzą produkty ubezpieczeniowe, które będą pokrywały koszty jednej lub, być może, kilku grup usług uzupełniających. Podaż wygeneruje popyt na ubezpieczenie uzupełniające (i *vice versa*), tak więc im bardziej zróżnicowana i bogatsza stanie się oferta, tym większa będzie liczba nabywców. Wstydem byłoby bierne oczekiwanie, aż ubezpieczyciele prywatni będą mogli oferować zarówno ubezpieczenie opieki podstawowej, jak i uzupełniającej jednocześnie (innymi słowy, forma B, omówiona wcześniej, zostanie wreszcie zaakceptowana). W interesie ubezpieczycieli prywatnych powinna leżeć chęć poznania cech charakterystycznych ubezpieczenia zdrowotnego tak szybko, jak to tylko możliwe, nabycie doświadczenia w tym obszarze i wygranie zaufania klientów. Dobrą metodą osiągnięcia tych celów jest stworzenie rynku dla uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego. Należy mieć nadzieję, że obecność takiego ubezpieczenia zapewni ludziom szerszy dostęp do usług uzupełniających, ponieważ początkowo jedynie zamożniejsi będą dysponować gotówką potrzebną do zapłacenia za te usługi. Dywersyfikując ryzyko

za pomocą mniejszych składek w dłuższym okresie, ubezpieczenie umożliwi większej liczbie konsumentów zdobycie niezawodnego dostępu do tych usług.

5.8. Rola pracodawców

Aby omówić rolę pracodawców w finansowaniu i organizowaniu ubezpieczenia zdrowotnego ich pracowników, konieczne jest rozróżnienie opieki podstawowej i uzupełniającej. Po pierwsze ograniczmy dyskusję do formy A ubezpieczenia, na przykład do przypadku, w którym opiekę podstawową ubezpiecza publiczny ubezpieczyciel-monopolista.

Z jednym wyjątkiem, wszędzie w Europie Wschodniej regulacje prawne nakazują płacenie obowiązkowych składek oddzielnie przez pracodawcę i pracownika[39]. Jednakże rozróżnienie to jest nominalne (patrz Musgrave i Musgrave 1980: 494-6). Ponieważ składki są obowiązkowe, w rzeczywistości stanowią one część kosztów płac w kategorii ich zawartości ekonomicznej.

Gdy składka na ubezpieczenie społeczne jest częściowo lub w całości zastąpiona podatkiem na cele zdrowotne, warto rozważyć możliwość zniesienia rozróżnienia pomiędzy wkładami pracodawcy i pracownika. Płaca pracownika powinna być „ubruttowiona" o nominalny wzrost do poziomu, na którym obejmuje wcześniejsze wkłady pracodawcy. Podatek na cele zdrowotne może następnie być odjęty od podniesionej płacy, bez zmniejszania płacy netto. Rozwiałoby to fiskalną iluzję, że pracodawcy finansowali część podstawowej opieki zdrowotnej swoich pracowników[40]. Rzeczywisty ciężar spada na pracowników (lub raczej na wszystkich obywateli płacących podatek na cele zdrowotne). Ponieważ decyzje dotyczące budżetu makro podejmowane są w sferze politycznej, szczególnie pożyteczne byłoby zwiększenie świadomości podatkowej pracowników. Zajęliby bardziej rozważną postawę wobec tego, czy chcą hojniejszego pakietu podstawowych korzyści, za który oni sami, a nie ich pracodawcy, musieliby płacić większy podatek, czy woleliby płacić mniej i zadowolić się względnie wąskim zakresem podstawowych korzyści.

---

[39] Wyjątkiem tym jest Polska, gdzie składki są w całości płacone przez zatrudnionego.

[40] Argument ten wysunął książę Otto Lambsdorf, wiodący polityk Wolnych Demokratów, podczas debaty nad reformą służby zdrowia w Niemczech („Die Welt", wrzesień 25, 1995).

Powróćmy do obecnej sytuacji. Regulacje ogólnie określają, że składki pracowników muszą być odejmowane od ich płac przez pracodawców. Następnie składki pracodawców i pracowników są płacone wspólnie na odpowiedni fundusz. Pracodawcy spełniają wyłącznie administracyjną rolę w tym procesie, podobną do tej, w której płacą podatki za swoich pracowników urzędowi skarbowemu. Przypuszczalnie będą musieli robić to dalej.

W przypadku finansowania opieki uzupełniającej sytuacja ulega radykalnej zmianie. Pracodawcy mają tu swobodę wyboru. Mogą zadecydować, że nie zrobią nic, albo postanowią *dobrowolnie* wnosić wkłady. Zakres udziału pracodawcy może być szeroki i bardzo różny. Płacenie przez pracodawcę składek na ubezpieczenie opieki uzupełniającej stanowi ważne dodatkowe świadczenie. Pracodawców mogą do tego skłaniać różne czynniki. Według teorii wydajności płacy, pracodawcy są zdecydowani na przyciąganie i zatrzymywanie pracowników, których bardzo potrzebują w warunkach konkurencji rynkowej. Niektóre grupy zawodowe mogą wygrać dla siebie przywileje poprzez negocjacje płacowe. Te dwa czynniki mogą oddziaływać jednocześnie. W niektórych sytuacjach pracownik lub pracodawca, lub obaj jednocześnie, mogą postrzegać jako korzyść fakt, że jakaś część kosztów związanych z pracą jest rejestrowana jako nie podlegające opodatkowaniu dodatkowe świadczenia, a nie jako podlegający opodatkowaniu dochód.[41]

Jak dotąd w Europie Wschodniej napotkać możemy jedynie nikłe ślady zaangażowania pracodawców, ale mogliby oni odegrać istotną rolę w przyszłych reformach[42]. Warto więc przemyśleć implikacje tego zjawiska bardziej szczegółowo.

Pracodawcy nie tylko wnoszą pieniądze do ubezpieczenia uzupełniającego; wpływają również na wybór ubezpieczyciela. Większe przedsiębiorstwo lub inna organizacja może „wprowadzić" do firmy ubezpieczeniowej kilka tysięcy konsumentów, umożliwiając jej szerszą dywersyfikację ryzyka. Jest to ważna funkcja, nawet jeśli w przypadku formy A jest

---

[41] Twórcy prawa podatkowego są tego świadomi i starają się tak sformułować przepisy, aby nie można było tego wykorzystywać jako sposobu ucieczki od podatków.

[42] Przedsiębiorstwo „zarządzanej" opieki zdrowotnej typu amerykańskiego działa w regionie od 1995 roku, starając się wprowadzić całościową, opłacaną w formie przedpłaty, prywatną opiekę zdrowotną. W ciągu czterech lat stworzyło ono 15 centrów medycznych w Polsce. Opieką objętych jest 35 000 osób z około 1 000 przedsiębiorstw, z których wiele to dobrze znane zachodnie korporacje. Ta sama firma otworzyła także centra na Węgrzech i w Rumunii (Medicover 2000).

ograniczona do opieki uzupełniającej. Jej znaczenie rośnie dalej w obrębie formy B, gdy każdy ubezpieczyciel, konkurując z innymi, może pokrywać koszty opieki podstawowej i uzupełniającej.

Można oczekiwać, że ubezpieczyciele będą aktywnie konkurować raczej o wielkich pracodawców z ich wielkimi zbiorowościami potencjalnych konsumentów niż klientów indywidualnych. Będą oferować korzystniejsze warunki (niższe składki i/lub lepsze korzyści) tym, którzy za jednym zamachem wprowadzą do nich kilkuset klientów. Ubezpieczenie grupowe jest tańsze niż indywidualne w przypadku tych samych usług, a im większa grupa, tym większe oszczędności. Oszczędności te są dzielone w jednakowych proporcjach między pracodawcę i pracownika.

Innymi słowy, pracodawcy mogą skutecznie odgrywać rolę sponsora, negocjując z ubezpieczycielami i dostawcami w imieniu swoich pracowników. Dzięki tym negocjacjom mogą uzyskać niższą cenę ubezpieczenia. Pracodawcy mogą również dobrowolnie przyjmować drugą rolę sponsora, a mianowicie prywatnie finansować opiekę uzupełniającą. Obydwie formy przypuszczalnie przyniosą korzyści ich pracownikom.

Gdy pracodawca przyjmuje na siebie tę rolę, możliwe jest pojawienie się kilku problemów. Jeden z nich będzie polegał na tym, że w wyniku aktywnych negocjacji pracodawcy będą systematycznie uzyskiwać niższe ceny (i/lub lepszą jakość) zarówno opieki podstawowej, jak i uzupełniającej nad swoimi pracownikami. Może to narażać na szwank wymóg specyficznego egalitaryzmu dotyczącego opieki podstawowej, ponieważ niezatrudnieni nie będą mogli zakupić tego samego pakietu wysokiej jakości opieki zdrowotnej po równie niskiej cenie. Pracownicy cieszą się z dodatkowych korzyści, do których niezatrudnieni nie mają dostępu.

Innym problemem może okazać się niechęć pracowników do zmiany pracy, nawet na bardziej produktywną w innym miejscu, z obawy przed utratą atrakcyjnego ubezpieczenia zdrowotnego, zapewnianego przez aktualnego pracodawcę. Takie „unieruchomienie siły roboczej" prowadzi do niewydajności i zakłóceń na rynku pracy. Powinno się stworzyć przepisy, które pozwolą uniknąć powielania tego i innych, dobrze znanych problemów systemu ubezpieczeniowego opartego na kryterium zatrudnienia.

Mogą się także pojawić problemy odmiennej natury. Ponieważ pracodawca negocjuje z ubezpieczycielem i ma interes w oszczędzaniu kosztów, istnieje niebezpieczeństwo, że to obniżanie kosztów będzie udziałem tylko jednej strony i nie będzie mu towarzyszyć obniżenie się jakości opieki. Dodatkowo możliwość indywidualnego wyboru może być znacznie ograniczona, jeśli pracodawca wybiera spośród dostępnych przedsiębiorstw

ubezpieczeniowych. Suwerenność jednostki nie byłaby naruszona, gdyby pracownicy mogli wybierać swobodnie spośród kilku polis ubezpieczeniowych. W praktyce jednak pracodawcy stosują wstępną selekcję. Z jednej strony, może ona rozszerzyć możliwości wyboru pracownika, przez udostępnienie mu opcji ubezpieczenia po cenie niższej, niż mógłby uzyskać występując jako indywidualny nabywca tego samego ubezpieczenia. Z drugiej strony preselekcja pracodawcy może równie dobrze zawężać zakres wyboru w liczbie dostępnych opcji. W rzeczywistości niektórzy pracodawcy są przygotowani do robienia interesów tylko z jednym ubezpieczycielem, aby zmniejszyć swoje własne wydatki. Ogłaszają, że zapłacą składkę pracownika jedynie wtedy, gdy będzie on gotowy przystąpić do programu wskazanego ubezpieczyciela. Tak więc zasada trzecia, konkurencja między ubezpieczycielami, działałaby w praktyce, ale istotnie naruszałaby zasadę pierwszą, suwerenność jednostki.

Problemu tego nie da się całkowicie uniknąć, ale można go skutecznie ograniczyć poprzez uregulowaną konkurencję pomiędzy kilkoma ubezpieczycielami, jak ilustrował to przedstawiony wcześniej przykład Uniwersytetu Harvard.

W przyszłości w Europie Wschodniej prawodawstwo dotyczące wkładów pracodawców mogłoby określić, czy pracownicy muszą mieć rzeczywistą wolność wyboru, aby nie byli zmuszani do określonego w tym względzie postępowania.

Opisana relacja pomiędzy ubezpieczycielem, pracodawcą i pracownikiem odnosi się przede wszystkim do wielkich pracodawców, zatrudniających kilka lub kilkanaście tysięcy pracowników. W przypadku małych i średnich przedsiębiorstw, a także innych organizacji z mniejszą liczbą ludzi, sytuacja przedstawia się odmiennie. Nie „wprowadzają" ubezpieczycielowi wielkiej liczby nowych klientów i nie mogą uzyskać dla siebie tak korzystnych warunków umowy. Pomóc może związek czy też stowarzyszenie małych pracodawców. Powinno się umożliwić takim związkom pracodawców rozwój i funkcjonowanie jako zorganizowanemu nabywcy, działającemu w imieniu swoich pracowników.

Rola podjęta przez pracodawców stymuluje proces, który może prowadzić do formy B na rynku ubezpieczeniowym, w której konkurencja między ubezpieczycielami się rozszerzy. Usprawiedliwione jest nawet mocniejsze sformułowanie: może ona być wstępnym warunkiem wydajnego tej formy funkcjonowania.

Prócz instrumentów wspomnianych do tej pory (dobrowolnych wkładów pieniężnych i ubezpieczeń grupowych), istnieje inny sposób współ-

pracy pracodawców w opiece zdrowotnej, a mianowicie zapewnienie odpowiednich udogodnień w miejscu pracy[43]. Niektóre przedsiębiorstwa utrzymują kliniki, często nie tylko z lekarzami pierwszego kontaktu, ale oferujące opiekę stomatologiczną, pediatryczną i inne specjalistyczne usługi. Gdy praca jest szkodliwa dla zdrowia, personel medyczny może zorganizować specjalną ochronę i urlopy rehabilitacyjne dla robotników. Przedsiębiorstwa w systemie socjalistycznym zapewniały opiekę zawodową na wielką skalę. Wiele z tych instytucji zamknięto po upadku systemu, głównie na entuzjastycznej fali prywatyzacji i komercjalizacji. Po zapoznaniu się z doświadczeniami Europy Zachodniej i Japonii, przedsiębiorstwa ponownie zdają sobie sprawę, że troska o zdrowie pracowników jest całkowicie zgodna z kapitalizmem. Nawet jeśli oznacza koszty krótkookresowe, może ostatecznie odpłacić firmie silniejszą lojalnością wobec miejsca pracy.

Bez względu na to, w jakiej formie pracodawcy wezmą udział w finansowaniu opieki zdrowotnej swoich pracowników, ich skłonność do podjęcia się tego wynika z wpływu przepisów podatkowych. Większość rozwiniętych krajów udziela ulg podatkowych, aby zachęcić pracodawców do podejmowania takich inicjatyw. Gdy zastosowanie podobnych środków bierze się pod uwagę w Europie Wschodniej, należy pamiętać, że koncesje podatkowe implikują redystrybucyjny transfer. Pośrednio, podatnicy jako całość pomagają pracownikom przedsiębiorstw oferujących programy zdrowotne uzyskać dostęp do usług uzupełniających. Nie jest to w pełni zgodne z główną ideą stojącą za propozycjami reform zawartymi w niniejszej książce, która zaleca finansowanie z pieniędzy publicznych jedynie opieki podstawowej. Mimo pewnych niekonsekwencji, warto wziąć pod uwagę ulgi podatkowe, ponieważ wynikające z nich korzyści mogą przeważyć ich złe strony. Warto zachęcać pracodawców, na poziomie państwa, do uczestniczenia w organizowaniu i finansowaniu ubezpieczenia.

---

[43] Jest to druga forma dobrowolnego wkładu na prywatne finansowanie opieki zdrowotnej, poprzez „dostarczenie" usług na miejscu, w obrębie organizacji raczej, a nie „kupowanie" ich od osobnych dostawców.

6

rozdział

Strona podażowa: struktura własności systemu dostaw, organizacja i kontraktowanie

6.1. Pobudzanie prywatnej inicjatywy

W niniejszej książce zalecamy pluralistyczny system dostaw, zgodny z zasadą konkurencji (zasada trzecia) i doświadczeniami międzynarodowymi. Rozdział ten jest poświęcony zasadniczo reformie struktury własności, ale obejmuje również inne, wiążące się z nią zagadnienia, odnoszące się do ekonomicznych kwestii organizacji, rodzajów i natury umów między producentami (np. dostawcami usług zdrowotnych) a ubezpieczycielami.

Zacznijmy jednak od tego, czego raczej nie zalecamy. Naszą intencją nie jest przedstawienie wyczerpującego „projektu", który jednoznacznie i definitywnie rozstrzygnie, które organizacje powinny pozostać własnością publiczną, a które przejść w ręce prywatne. Stanowczo doradzamy powstrzymanie się od jakiejkolwiek kampanii prywatyzacyjnej, która miałaby zacząć się wcześniej, niż zostanie osiągnięty pewien krytyczny próg wartości, konieczny dla prywatyzacji. Jakakolwiek całkowicie odgórna decyzja, za pomocą której starano by się zorganizować prywatny

sektor zdrowotny, mogłaby wywołać jedynie wielką konsternację i zgubny zamęt.

Z drugiej strony, powinno się szczególnie intensywnie zachęcać i pobudzać oddolną inicjatywę prywatną, w jej wszystkich prawnie, etycznie i profesjonalnie poprawnych formach. W kilku miejscach w niniejszej książce argumentuje się, że zasada pierwsza odnosi się do interesów pacjentów. Odnosi się ona również do dostawców, którzy także mają prawo do suwerenności jednostki i inicjatywy w ramach swoich uprawnień – lekarskich, wiążących się z inną profesją medyczną czy przedsiębiorcy aktywnego w tym sektorze. Poza podstawowymi, rozsądnymi, ustanowionymi przez parlament przepisami prawnymi nie ma potrzeby, aby reformatorzy decydowali zawczasu, jakie formy inicjatywy prywatnej są najbardziej pożądane. Pozwólmy eksperymentować i rzeczywiście do tego zachęcajmy. W swoim czasie okaże się, jakie formy są najbardziej wydajne, sprawne i działają najlepiej.

Oczywiście nie oznacza to, aby rząd, legislatywa czy aparat państwowy obserwowały biernie inicjatywy prywatne w sektorze. Mogą one zostać w pełni zrealizowane jedynie wtedy, gdy wesprze je państwo. Istniejące regulacje prawne muszą być elastycznie dostosowane do zmian struktury własności. Zasady kierujące legalnymi działaniami prywatnej przedsiębiorczości w służbie zdrowia muszą być ujęte w pewne ramy i konieczne jest stworzenie systemu nadzoru państwowego nad prywatnymi dostawcami. Działania państwa niekoniecznie muszą czekać na moment, w którym prywatna przedsiębiorczość osiągnie pełnię swoich działań. W wielu przypadkach powinny one wyprzedzać fakty, kreując prawne struktury ukierunkowujące „zdrowy" rozwój sektora prywatnego. Warto pomyśleć, czy państwo nie powinno wspierać rozwoju sektora prywatnego za pomocą gwarancji kredytowych, zwłaszcza na początku, gdy zaistnieją pierwsze, sporadyczne przejawy prywatnej inicjatywy. Jest to zgodne z zasadą piątą: nową rolą państwa.

Wielu reformatorów ma upodobanie do uniformizacji, wynikające z nazbyt pedantycznego poczucia porządku i niekiedy obsesyjnej troski o przejrzystość. Porządek jest bardzo pożądany, ale powinno się go robić później, gdy dokonuje się przeglądu sytuacji. Nie ma powodu, aby na tym etapie stosować surową, narzuconą odgórnie jednolitość form, którym pozwala się istnieć, czy też klasyfikować je według kilku łatwo definiowalnych typów. W przeciwieństwie do tego rodzaju działań, całkowicie słuszne jest wprowadzenie różnych innowacji organizacyjnych, po których oczywiście nastąpi naturalna selekcja. Zdarzyło się to już w innych,

„komercyjnych" sektorach gospodarki[1]. Jeśli organiczne, oddolne podejście okazało się właściwym trybem rozwoju wypadków w tych branżach, takie samo podejście jest podwójnie słuszne w służbie zdrowia, gdzie wymagana jest wyjątkowa uwaga i ostrożność.

Zacznijmy od przyjrzenia się ekspansji sektora prywatnego, wykorzystując klasyfikację form prawnych, jakie on przyjmuje:

(a) Jednym z najczęstszych i najważniejszych trybów transformacji będzie oczywiście dalszy rozwój tradycyjnego typu *indywidualnej prywatnej praktyki lekarskiej.* W sensie ekonomicznym lekarze ci są pracującymi na własny rachunek przedsiębiorcami (są swoimi pracodawcami)[2]. (Alternatywnie, jak zobaczymy wkrótce, kilku z nich może stworzyć prywatne partnerstwo).

Praktyka prywatna może rozprzestrzenić się szczególnie szybko w przypadku opieki podstawowej czy też „pierwszego kontaktu", w sytuacji prywatyzacji praktyki rodzinnej. W rozdziale czwartym staraliśmy się wytłumaczyć, w jaki sposób proces ten objął prawie całkowicie tę część służby zdrowia w Czechach, Rumunii, Słowacji i na Węgrzech. Byłoby dobrze, aby inne kraje postsocjalistyczne również przyspieszyły te zmiany.

Niełatwo przeciąć tę szczególną pępowinę łączącą lekarzy pierwszego kontaktu z ich poprzednimi pracodawcami (organem samorządu lokalnego czy instytucją państwową), początkowo mogą pojawiać się formy hybryd. Na przykład lekarze (samodzielnie lub jako partnerzy) mogą działać jako prywatni przedsiębiorcy płacący swoim pomocnikom i innym pracownikom. Jednakże pomieszczenia i sprzęt, jakich używają, mogą wciąż pozostawać własnością publiczną, ale być dla nich dostępne bez opłat. Sytuacja tego typu powoduje spore zamieszanie w kwestii własności i będzie musiała być ostatecznie wyjaśniona. Jeśli obecni właściciele chcą utrzymać budynki i wyposa-

---

[1] We wczesnych latach dziewięćdziesiątych ekonomiści sporo na ten temat debatowali. Pierwszy autor uczestniczył w tych dyskusjach, popierał zwolenników rozwoju ewolucyjnego w sektorze prywatnym i nie zgadzał się z tymi (jak z niektórymi ekonomistami czeskimi i słowackimi), którzy stali po stronie szybkiej, wymuszonej kampanii prywatyzacyjnej. Na temat tej debaty patrz, na przykład, Murrell (1995), Poznański (1995) i Kornai (2000).

[2] Pod tym względem zmiana przypomina proces, za pomocą którego wielu prawników, którzy wcześniej pracowali przeważnie jako funkcjonariusze państwowi, przekształciło się w pracujących na własny rachunek adwokatów czy radców prawnych praktykujących prywatnie (Mihláyi 2000: 139-45).

żenia jako własność publiczną, powinni obstawać przy tym, aby lekarze płacili im czynsze. Alternatywą może być prywatyzacja środków trwałych poprzez sprzedaż, a nie nieodpłatne ich udostępnianie.

Równie powszechna w krajach postsocjalistycznych jest prywatna praktyka stomatologiczna.

Inni specjaliści (tacy jak ginekolodzy, okuliści, laryngolodzy czy dermatolodzy) są w stanie dostarczyć część oferowanych przez siebie usług jedynie w prywatnych klinikach. W tych dziedzinach medycyny wielkie znaczenie ma możliwość uzyskania przez pacjentów innych komponentów opieki specjalistycznej w szpitalu czy też innej instytucji (jak specjalistyczna klinika diagnostyczna). Oczywiście w krajach postsocjalistycznych wciąż jest całkiem sporo miejsca dla prywatnej praktyki lekarskiej, nie tylko w opiece podstawowej czy stomatologicznej, ale również i w innych specjalnościach.

(b) Uformują się różne rodzaje kooperacji pomiędzy prywatnymi lekarzami pierwszego kontaktu i/lub specjalistami na prywatnych praktykach. Pierwsze takie układy już istnieją i warto je wspierać i zachęcać, aby się rozpowszechniały. Możemy wyobrazić sobie kilka następujących form takiej kooperacji:

(b1) Lekarz pozostaje (w sensie ekonomicznym) samodzielnym przedsiębiorcą. Jednakże kilku lekarzy może połączyć swoje zasoby w praktykę grupową: mogą dzielić się pomieszczeniami i personelem pomocniczym, a także wspólnie kupować i korzystać ze swojego i innego wyposażenia.

(b2) Lekarze mogą przenieść swoją współpracę na wyższy poziom i założyć rodzaj *„partnerstwa"*, w którym będą współwłaścicielami. Organizacja tego typu może mieć swoich pracowników, takich jak pielęgniarki, asystenci i sekretarki.[3]

Formy (b), różne rodzaje praktyki grupowej i partnerstwa, po jakimś czasie pojawią się po formie (a), rozwoju samodzielnej praktyki prywatnej. Nie ma powodu do przyspieszania tempa powstawania takich związków, w których względy ekonomiczne i zawodowe same stanowią odpowiednie bodźce.

---

[3] Prywatne partnerstwa, także przedsiębiorstwa medyczne typu (d), które zostaną omówione później, mogą mieścić się w istniejących aktualnie ramach prawnych w niektórych krajach. Możliwe, że pewne kraje mogą potrzebować nowych regulacji prawnych, wyraźnie porządkujących ograniczenia prawne i zobowiązania prywatnych partnerstw i przedsiębiorstw w służbie zdrowia.

(c) Poprzednie punkty (a) i (b) odnosiły się do lekarzy, którzy zasadniczo zajmują się swoimi pacjentami poza szpitalem, na przykład w warunkach ambulatoryjnych czy w przychodni. Powinno się stworzyć możliwości działania partnerstwom lekarskim w dziedzinie opieki szpitalnej. Możliwe są tu dwie ścieżki rozwoju:

(c1) Jedną z nich jest zawarcie przez szpital kontraktu ze spółką lekarską, która przejmuje działania w budynku szpitala, ponosząc zań odpowiedzialność i prowadząc własną księgowość. Kontrakt może obejmować określone zadania diagnostyczne, na przykład prowadzenie laboratorium lub dostarczanie określonego rodzaju procedur medycznych. W sytuacji tej szpital jest „kupującym", a spółka „sprzedającym".[4] Szpital – zamiast opierać się wyłącznie na usługach własnych pracowników – „kontraktuje z zewnątrz" niektóre usługi, dostępne pacjentom w pomieszczeniach szpitalnych i świadczone przez niezależnych dostawców.

(c2) Inną możliwością partnerstwa lekarskiego jest wynajem pomieszczeń, wyposażenia, sprzętu i, być może, personelu pomocniczego w szpitalu, potrzebnego do świadczenia usług jego pacjentom. W tej sytuacji stowarzyszenie jest „kupującym", a szpital „sprzedającym".

Oczywiście, role, jeśli chodzi o płatność, również ulegają odwróceniu. W przypadku (c1) szpital będzie otrzymywał płatność za usługi zdrowotne od płatnika (pacjenta i/lub ubezpieczyciela). W przypadku (c2) partnerstwo lekarskie będzie otrzymywało płatność za usługę. Tym samym (c2) reprezentuje wyższy „stopień prywatyzacji".

Rezultatem (c2) i innych możliwych wariantów formy (c) jest zmiana w legalne, uregulowane i przejrzyste formy transakcji form dotychczas ukrytych we mgle systemu „dowodów wdzięczności" i „szarej strefy" w obrębie służby zdrowia. Lekarz wciąż otrzymuje płatności, gdy pacjent korzysta ze środków i pracy personelu szpitalnego, ale dzieje się to w jawny sposób[5]. Legalne umowy określają bezpośrednio i przejrzyście, kto co czy ile daje i otrzymuje.

---

[4] Układ ten przypomina „partnerstwo gospodarcze wewnątrz przedsiębiorstwa" (VGMK), zakładane na Węgrzech „wewnątrz" państwowych przedsiębiorstw w ostatniej fazie okresu reform socjalistycznych.

[5] Rozdział 5 traktował o organizacji ubezpieczenia i strukturyzacji sposobu przepływu finansów pomiędzy płatnikami i dostawcami. W rozdziale 8 przeanalizujemy bodźce różnych metod płatności bardziej szczegółowo.

Również innych niż lekarze członków personelu służby zdrowia powinno się zachęcić do podejmowania pracy w alternatywnych formach (a), (b) i (c). Może się to odbywać bez lekarzy, jako praca na własny rachunek lub przez oddzielne związki partnerskie masażystów, fizjoterapeutów czy pielęgniarek domowych, ewentualnie w ramach związku partnerskiego obejmującego jednocześnie lekarzy i przedstawicieli innych profesji związanych ze służbą zdrowia.

Rozpowszechnienie się takich form (c) – rozwój relacji kontraktowych pomiędzy szpitalami a partnerskimi związkami świadczącymi usługi zdrowotne – będzie chyba postępowało znacznie wolniej niż form (a) i (b). Prawdopodobny opór mogą napotkać te atrybuty, które uważamy za największe zalety: legalność i przejrzystość. Aktualne, nieprzejrzyste relacje między działalnością prywatną a szpitalami państwowymi umożliwiają lekarzom pracującym w szpitalach i innym dostawcom większe korzyści finansowe, niż mogłaby zapewnić bezpośrednia relacja kontraktowa. „Szara" strefa kreuje płodniejsze otoczenie i lepszą atmosferę dla „dowodów wdzięczności". Rozpowszechnienie się kontraktowych form (c) powinno być wspierane i promowane przez wszystkich, którzy stoją po stronie reformy, w zawodowym środowisku lekarskim, w organizacjach państwowych zajmujących się opieką zdrowotną i w sferze politycznej.

(d) Osób fizycznych i prawnych spoza sfery medycznej nie powinno się wykluczać z uczestnictwa w strukturze własności organizacji, które przyjmują legalną formę prywatnych lub publicznych spółek akcyjnych zaangażowanych w działalność w służbie zdrowia.

Formy (a) i (b) różnią się od formy (d) pod tym względem, że właściciele dwóch pierwszych są ludźmi „z wewnątrz" – lekarzami i innymi dostawcami opieki zdrowotnej – podczas gdy wszyscy lub większość właścicieli przedsiębiorstw formy (d) są ludźmi „z zewnątrz" i nie mają wykształcenia medycznego. Właściciel prywatnego szpitala czy innej prywatnej organizacji w służbie zdrowia może być organizacją niedochodową (fundacją, organizacją charytatywną, kościołem czy uniwersytetem). Równolegle do nich mogą zaistnieć również właściciele zorientowani na zysk (w większości przypadków spółki akcyjne), dla których służba zdrowia jest miejscem inwestycji.

Kryją się tu wielkie możliwości. Prywatne instytucje, każda specjalizująca się w określonej usłudze zdrowotnej, mogą powstać już w najbliższym czasie. Ich przykładem mogą być laboratoria, kliniki diagnos-

tyczne pracujące na specjalnym sprzęcie różnego rodzaju, punkty dializy, kliniki okulistyczne, kliniki chirurgii plastycznej itd. Ostatecznie szpital prywatny prowadzący szerszy zakres działań przestanie być wielką rzadkością.

Funkcjonowanie szpitali prywatnych czy przychodni ukierunkowanych na realizację zysków nie jest w krajach postsocjalistycznych prawnie zabronione. Wśród różnych przeszkód w ich działalności należy wymienić ograniczenia w dziedzinie finansowania i zakłócenia „neutralności sektora". (Rozważymy tę kwestię szczegółowo później.) Uprzedzenia wobec sektora prywatnego, jakie żywi biurokracja służby zdrowia i sfera polityczna, działają jak silne hamulce rozwoju przedsiębiorstw prywatnych w tym sektorze.

Uprzedzenia te muszą być odłożone na bok. Z jakiej przyczyny prywatne, kapitalistyczne przedsiębiorstwo nie miałoby funkcjonować równie wydajnie i skutecznie w tym obszarze jak działa w innych?[6] Nie ma potrzeby z góry przypisywać mu jego miejsca, musi bowiem mieć możliwość konkurowania. Jeśli ludzie chcą ufundować nową, „zbudowaną od podstaw" instytucję i dysponują potrzebnym kapitałem, pozwólmy im to uczynić. Jeśli oferują korzystne warunki przejęcia własności istniejącej organizacji (szpitala publicznego czy przychodni), nie powinno być żadnych obiekcji. Należy jednak ocenić, jakie podejmują oni zaangażowanie w służbie zdrowia, jaki planują rozwój, jaki gwarantują standard profesjonalny i jaką proponują cenę. Czy wszystkie te podjęte kroki sprawiają, że sytuacja będzie lepsza niż w przypadku kontynuacji działania organizacji w ramach istniejącej formy własności, możliwe że przynoszącej straty? Są to kwestie, od których powinna zależeć decyzja sprzedaży. Nie ma potrzeby forsowania kampanii mającej na celu sprywatyzowanie organizacji będących własnością publiczną, ale potrzebna jest przyzwalająca postawa wobec transakcji prywatyzacji, które nie są jedynie finansowo bezpieczne, ale również wyraźnie korzystne społecznie.

Warto wyciągnąć wnioski z doświadczeń procesu prywatyzacyjnego w innych sektorach gospodarki, które można określić mianem „biznesowych". Na początku lat dziewięćdziesiątych liczba zwolenników poglądu, że prawa własności powinny być bezpłatnie rozdane, jako sposób

---

[6] Warto zauważyć, że znaczna część literatury porównującej wyniki (jakość, koszty, standardy opieki itp.) szpitali niedochodowych i ukierunkowanych na zysk, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, ale także i w innych krajach, znajduje niewiele różnic pomiędzy typami własności (Sloan 2000).

przyspieszenia prywatyzacji, była znaczna. Dzisiaj zwolenników tej idei nie ma zbyt wielu. Niezbyt szczęśliwe doświadczenia miały Czechy, a przede wszystkim Rosja, z jej strategią wymuszonej, pochopnie zrealizowanej „masowej prywatyzacji", której głównym instrumentem było rozdawnictwo aktywów państwowych. Chociaż plan ten zakończył się, niestety, porażką, powraca teraz jako idea sprywatyzowania publicznych szpitali, klinik i innych większych instytucji dostarczających opieki zdrowotnej i „rozlewa" się po Europie Wschodniej. Wpływowe grupy lekarzy z chęcią położyłyby ręce na wartościowych budynkach i sprzęcie otrzymanym za darmo lub po cenach nominalnych. Istnieje niebezpieczeństwo, ze proces ten może być skażony koneksjami politycznymi i osobistymi, a nawet łapówkarstwem.

Zamiast darmowej dystrybucji, prywatyzacja powinna opierać się na sprzedaży, po odpowiedniej cenie, szpitali, poliklinik i innych organizacji, wraz z ich fizycznym i ludzkim kapitałem. Jeśli jest to możliwe, powinno się odbyć na zasadach konkurencyjnych, w świetle których można porównać rywalizujące oferty w ramach prawnie stabilnych i nienagannych warunków. Być może nabywcom powinno się pozwolić wnieść cenę zakupu w kilku lub kilkunastu ratach lub włączyć do finansowania kredyt bankowy. Chociaż szczegółowe procedury, za pomocą których podejmowane są starania eliminacji nieuczciwych transakcji, spowalniają proces prywatyzacji, po co się spieszyć? Zasadniczym aspektem tego procesu nie jest szybkość, ale podniesienie jakości i wydajności służby zdrowia, które wynikają z przekształceń własnościowych. Jedni nabywcy mogą być ubezpieczycielami, którzy chcą zintegrować ubezpieczenie i dostawę (integracja pionowa), według wzoru HMO. Innymi będą niepaństwowi właściciele podobnych organizacji, pragnący rozszerzyć skalę swoich operacji, wraz z innymi innowacjami organizacyjnymi. Całkiem długi czas potrzebny do transformacji struktury własnościowej jest konieczny do poprowadzenia tego procesu i przełożenia na wzrost jakości w systemie dostawy usług zdrowotnych. Wymuszone przyspieszanie naturalnego wzrostu nie zakończyłoby się szczęśliwie.

Decentralizacja systemu ubezpieczeniowego zaczęła się w Czechach w roku 1992 (patrz rozdział piąty), równolegle do kampanii prywatyzacyjnej po stronie podaży. Postęp w tej drugiej sferze był szczególnie szybki w dziedzinie opieki podstawowej („pierwszego kontaktu"), stomatologii i specjalistycznych praktyk ambulatoryjnych. Instytucje służby zdrowia umieszczono w różnych kategoriach, którym przypisano ostateczne terminy prywatyzacji. Jednakże proces ten zatrzymał się na progu szpitali,

gdzie brakowało koniecznych ram i rozwiązań prawnych (Vyborna 1995; Kokko i inni 1998).

Pozostałe kraje Europy Wschodniej nie rozpoczęły przyspieszonych kampanii prywatyzacyjnych narzuconych odgórnie jak w Czechach. Prywatyzację i rozwój sektora prywatnego rozpoczęto sporadycznie, ale większość krajów regionu boryka się z zupełnie innym problemem. Dogodne środki i kroki zmierzające do realizacji reformy własności są ciągle odkładane.

Konieczny jest ścisły, profesjonalny nadzór nad działalnością prywatnych szpitali i innych prywatnych przedsięwzięć w sektorze zdrowotnym. Ustanowienie instytucji nadzorczych i zdefiniowanie ich statusu prawnego jest jednym z ważnych elementów tej reformy. Jednakże musimy dodać, że organizacje w sektorze prywatnym nie potrzebują ani ściślejszego, ani luźniejszego nadzoru niż organizacje pozostające własnością publiczną. Przypadki niedbalstwa, lekceważenia i postępowania niezgodnego z etyką zawodową mogą mieć miejsce wszędzie.

Zmiana w strukturze form własności przynosi ze sobą również zmianę w skali i rozmiarach przedsięwzięcia. Przedsiębiorstwa przynależące do formy (a) z definicji są „małym biznesem". Formy (b) i (c) obejmują tworzenie firm małych i średnich. Przedsiębiorstwa formy (d) mogą osiągać różne wielkości: małych, średnich i wielkich, a nawet rozległych sieci szpitali. Cokolwiek się wydarzy, rozwój i ekspansja sektora prywatnego zmniejszy koncentrację wielkich organizacji, charakterystycznych dla socjalistycznej służby zdrowia. Zmiana ta będzie podobna do tej, jaka miała miejsce w przemyśle, transporcie i pozostałych branżach usługowych. Wielkie koncerny zajmą znaczną część rynku, ale udział małych i średnich przedsiębiorstw wzrośnie dramatycznie, zarówno po stronie nakładów jak i produkcji, innymi słowy – w zagregowanym zatrudnieniu w sektorze zdrowotnym i całkowitej podaży opieki zdrowotnej.

6.2. Wzmacnianie quasi-rynkowych elementów w sektorze publicznym

Zalecaliśmy wcześniej wzmocnienie sektora prywatnego w służbie zdrowia. Nawet jeśli cel ten zostanie z powodzeniem osiągnięty, znaczących rozmiarów sektor publiczny nadal będzie istniał. Jest to sytuacja, jakiej doświadczają również inne kraje świata (była o tym mowa w roz-

dziale trzecim). Głębokie zmiany są konieczne w odniesieniu do wszystkich dostawców opieki zdrowotnej, zwłaszcza tam, gdzie dotychczas nie miała miejsca zmiana radykalna. Celem tych zmian jest podniesienie wydajności oferowanej opieki. Analogiczne zadania do tych, które stawiali przed sobą reformatorzy próbujący wprowadzić „socjalizm rynkowy". Podobieństwo jest oczywiste: organizacje pozostają własnością publiczną, ale mają być wystawione w większym stopniu na działanie sił rynkowych, na przykład za pomocą nacisku konkurencji (między sobą i z sektorem prywatnym). Konkurencja nie będzie doskonała, ponieważ wiele szpitali i innych placówek służby zdrowia utrzyma ogólnokrajowy lub przynajmniej regionalny monopol podaży. Dostawca staje raczej wobec monopsonistycznego, jednego płatnika niż zatomizowanej masy nabywców lub, jeśli mamy do czynienia z sytuacją, w której istnieje wielu płatników, branża ubezpieczeniowa prawdopodobnie będzie bardzo skoncentrowana.

Mimo wszystko sfery praw własności i związane z nimi uprawnienia muszą być bardziej przejrzyście podzielone pomiędzy rząd centralny, samorząd, szpitale publiczne i inne organizacje służby zdrowia. W przypadku zadań podlegających prerogatywom państwa, usprawiedliwiony jest większy stopień decentralizacji regionalnej i wzrost odpowiedzialności i władzy samorządu lokalnego. Dyrektor zarządzający szpitala czy innej instytucji służby zdrowia powinien mieć dosyć samodzielności i niezależności, a także szerszą swobodę podejmowania decyzji niż wcześniej.[7]

Dyrektor zarządzający nie musi być najlepszym lekarzem w danej dziedzinie. Wymagania, jakie należy mu postawić, to doskonałe kwalifikacje menedżerskie (Mihályi 2000: 146-8). Może mieć kwalifikacje i doświadczenie lekarskie, ale ich posiadanie nie jest konieczne. Prawdziwym probierzem są zdolność, talent i doświadczenie w dziedzinie zarządzania w służbie zdrowia.[8]

---

[7] Zarządzający szpitalami w systemie socjalistycznym, podobnie jak inni wysocy funkcjonariusze i dyrektorzy przedsiębiorstw, byli wybierani głównie na podstawie ich politycznej lojalności. Zwyczaje te przetrwały i utrzymują się również w okresie postsocjalistycznym. Według jednego źródła, na przykład, piętnastu dyrektorów szpitali w Słowacji zostało zwolnionych w marcu 1995 roku, ale tylko jedno zwolnienie było uzasadnione ściśle profesjonalnymi powodami (Lawson i Nemec 1998: 248).

[8] Specjalne uzupełniające studia i szkolenia w tej dziedzinie pojawiły się w niektórych krajach postsocjalistycznych. Studenci, jak dotąd, pochodzą częściowo z profesji lekarskiej, częściowo ze środowisk profesjonalnego biznesu.

Pod wieloma względami granica między działalnością ukierunkowaną na zysk i niedochodową jest zwodnicza i wprowadza w błąd. Szpital publiczny, czy też inna instytucja służby zdrowia, potrzebuje wystarczających dochodów, aby pokryć swoje bieżące wydatki, a także wyposażyć, zmodernizować i utrzymać swoje pomieszczenia i wyposażenie we właściwym stanie. Jeśli koszty i przychody są skalkulowane na podstawie rozsądnych cen, a bilans organizacji wciąż wykazuje stratę, wskazuje to na kłopoty natury ekonomicznej, których nie może ignorować kadra zarządzająca. Pod tym względem dostawca publiczny w służbie zdrowia nie może być wyjątkiem wobec elementarnych reguł ekonomii. Określenie „niedochodowy" może odnosić się do właściciela, który *nie* kieruje instytucją w celu realizacji zysków pieniężnych, w przeciwieństwie do „ukierunkowanego na zysk" biznesu, w którym pieniądze zainwestował właściciel w wyraźnym celu ich pomnożenia.

Potrzebne są bardziej bezpośrednie, intensywniejsze negocjacje płatników (głównie ubezpieczycieli) w celu ustalania cen usług zdrowotnych. Ubezpieczyciele nie powinni zadowalać się akceptowaniem „kosztuje, ile kosztuje". Nie jest to popularne zadanie, ale jego realizacja nie powinna prowadzić do powstania jakichkolwiek skrajności. Prawa pacjentów nie mogą być naruszane i należy zwalczać marnotrawstwo wszelkich zasobów. Uregulowana konkurencja pomiędzy ubezpieczycielami, której zarysy przedstawiono w rozdziale piątym, będzie dla organizacji ubezpieczeniowych źródłem bodźców, skłaniających je do selektywnego zawierania kontraktów z dostawcami, którzy mogą zaoferować wydajną kosztowo dostawę usług o wysokiej jakości. Z drugiej strony równania sprzedawca (dostawca) powinien być przygotowany na wykazanie, ile kosztuje dana procedura. Także i oni odczują efekty konkurencji, szczególnie nacisk na zdobywanie kontraktów z ubezpieczycielami w celu zapewnienia sobie stałego przypływu pacjentów. Dostawcy będą potrzebować większego rozeznania i biegłości w kwestiach związanych z kontraktami i zarządzaniem, zarówno poprzez rozwój swoich własnych umiejętności, jak i zatrudnianie w ramach kontraktów personelu, który będzie wspierał ich kliniczną praktykę.

Scentralizowany system regulacji płac, odziedziczony po systemie socjalistycznym, przetrwał w szpitalach publicznych w większości krajów postsocjalistycznych. Jest to kolejny obszar, w którym należy dyrektorowi zarządzającemu przyznać uprawnienia przynajmniej takie, jakie dyrektorzy przedsiębiorstw uzyskali w okresie reform socjalizmu rynkowego: wyższy stopień autonomii w decydowaniu o poziomie płac swojej siły roboczej.

Warto pomyśleć, czy obecne prawne ograniczenia zaopatrzenia nie są przypadkiem zbyt nieefektywne. Mniej dokuczliwy system mógłby zapewnić obronę przed pokusami korupcji.

Konieczny jest ponowny przegląd kwestii amortyzacji, a także praw podejmowania decyzji inwestycyjnych. Wiąże się to ściśle z punktem wyjścia: przeanalizowaniem kwestii alokacji praw własności. Wskazana jest znaczna decentralizacja, odchodząca od aktualnej, ekstremalnej centralizacji. W przeciwnym razie niemożliwe będzie zastosowanie zasady czwartej, która postuluje stymulowanie wydajności. Kadra zarządzająca szpitalem publicznym lub inną publiczną organizacją w służbie zdrowia jest odpowiedzialna za utrzymanie, modernizację i rozwój ich fizycznego wyposażenia i infrastruktury. Zanim będzie się tej odpowiedzialności wymagać, większa część uprawnień decyzyjnych i zasobów finansowych musi być tym osobom delegowana.

7

rozdział

Interakcje podaży i popytu: kształtowanie cen, płatność, sztywne ograniczenie budżetowe i ogólny rozwój służby zdrowia

Po oddzielnym zbadaniu w rozdziałach piątym i szóstym strony popytowej i podażowej w kategoriach finansowania, korzyści, własności i struktury ubezpieczenia, jak również dostawy opieki zdrowotnej, czas przeanalizować zachodzące pomiędzy nimi interakcje. Zacznijmy od przemyślenia problemu cen, ponieważ grają one wyjątkowo ważną rolę jako bodźce zarówno po stronie popytu, jak i podaży i wpływają na podejmowane w sferze politycznej decyzje, związane z alokacją. Jakie koszty powinny być uwzględnione w cenie? Gdy rynek nie określa cen, jak powinny być ustalane ceny administrowane? Dyskusja powróci następnie do zagadnienia sztywnego ograniczenia budżetowego i projektowania systemu płatności (np. dyscypliny finansowej), wskazania kto ponosi ryzyko i do jakiego stopnia ceny są ze sobą powiązane, wynagrodzenia lekarzy i innych specjalistów opieki zdrowotnej (np. poziomu rozpiętości płac lekarskich). Po omówieniu koncepcji neutralności sektora (wstępnie zasygnalizowanej w rozdziale piątym), rozdział ten podsumujemy wskazując, w jaki sposób proponowane reformy określają, kto powinien decydować o rozwoju ogólnokrajowego sektora zdrowotnego.

7.1. Rozsądne ceny

Rozważając, jak rozsądne ceny powinny pośredniczyć pomiędzy podażą i popytem w służbie zdrowia, w szczególności w kwestii cen administrowanych *kontra* ceny ustalane rynkowo, dyskusja dotarła do punktu, w którym przypominają się debaty nad reformą gospodarki w czasach socjalizmu. Klasyczne studium Hayeka (1935) przyjęło następujący tok myślenia. Nie może być racjonalnej kalkulacji sprzyjającej wydajności, chyba że mamy do czynienia z cenami odzwierciedlającymi względne niedobory. Ceny takie mogą być ukształtowane jedynie przez rynek. Socjalizm eliminuje rynek, gdy usuwa własność prywatną i w ten sposób staje się niezdolny do ustalania racjonalnych cen. Może płynąć z tego wniosek, że socjalizm nie jest w stanie skutecznie funkcjonować.

Zwolennicy socjalizmu rynkowego nie przeczą, że racjonalne ceny są rzeczą pierwszorzędnej wagi. Uczeni, począwszy od Oskara Langego do czasów współczesnych, wysunęli różne propozycje dojścia do mniej lub bardziej racjonalnych cen bez pomocy prawdziwego rynku, poprzez jakąś jego stymulację.[1]

Trudność w ustalaniu cen usług zdrowotnych przypomina ten problem socjalizmu, ponieważ nie może się ono opierać wyłącznie na mechanizmie rynkowym. Wynika to częściowo z tego, że w służbie zdrowia mamy do czynienia z wyjątkowymi „porażkami rynku" (patrz dyskusja nad asymetrią informacji), a częściowo z powodu istnienia celów o charakterze redystrybucyjnym, jak również mniej „łagodnych" uwarunkowań historycznych i politycznych. Im mniejsze jest znaczenie sektora prywatnego po stronach podaży i popytu i im bardziej państwo ingeruje w funkcjonowanie mechanizmu rynkowego, z któregokolwiek z przedstawionych powyżej powodów, tym bardziej nieunikniona staje się ważna rola czynników nierynkowych w określaniu cen. Odnosi się to również do większości gospodarek Europy Zachodniej, ale zdecydowanie bardziej do krajów postsocjalistycznych, które po systemie socjalistycznym odziedziczyły mechanizm, przede wszystkim eliminujący własność prywatną i rynek.

Bardziej lub mniej realne ceny kształtowane przez rynek w końcu się jednak pojawią w wąskim segmencie sektora zdrowotnego, gdzie transakcje odbywają się legalnie pomiędzy prywatnymi sprzedawcami i prywat-

[1] Dobre podsumowanie obfitej literatury poświęconej socjalizmowi rynkowemu i stanie debaty nad nim można znaleźć w książce zredagowanej przez Bardhana i Roemera (1993).

nymi nabywcami. Dzieje się tak w prywatnej opiece dentystycznej, gdzie konsumenci mogą rozglądać się za usługami, nabywać doświadczenie, oceniać jakość i stać się poinformowanymi nabywcami. Wiele transakcji w służbach zdrowia w Europie Wschodniej odbywa się zarówno bez uczestnictwa ceny, na podstawie fizycznej reglamentacji, jak w obecności poważnie zniekształconych cen.

Zanim omówimy tę sytuację i propozycje jej rozwiązania, powinniśmy wyjaśnić, że określenie „cena" odnosi się do każdej płatności za dobro, usługę lub kompozycję takich dóbr i usług. Kilka przykładów koncentruje się na rozdrobnionych, *ex post* cenach specyficznych usług zdrowotnych, takich jak wykorzystywane przy płatnościach w systemie FFS. Ale te same reguły odnoszą się do zagregowanych *ex ante* cen, takich jak w sytuacji opartej na konkretnym przypadku chorobowym płatności pogłównego. Następny podrozdział koncentruje się na kwestiach bodźców związanych z wyborem pomiędzy różnymi poziomami złożoności płatności za usługi zdrowotne.

Przeanalizujmy, jedno po drugim, charakterystyczne zniekształcenia systemu kształtowania cen opieki zdrowotnej w Europie Wschodniej i wskażmy zadania reformy, jakie nieprawidłowości te implikują:

- Szpitale i kliniki w Europie Wschodniej, będące własnością publiczną „ogólnie", nie wiedzą dokładnie, jaki jest przeciętny koszt świadczonych przez nie usług. Nie są w stanie określić, ile kosztuje „zwykły" poród czy rutynowa operacja chirurgiczna. Nie wiedzą, ile kosztuje utrzymanie pacjenta na intensywnej terapii, dopóki nie minie śmiertelne niebezpieczeństwo po ataku serca i tak dalej. Jednak znajomość tych kosztów będzie punktem wyjścia, koniecznym do ustalenia rozsądnych cen po stronie podaży.

  Cel jest oczywisty: skalkulować starannie koszty i podzielić je dokładnie tak, aby odzwierciedlały rzeczywiste koszty dostarczania przynajmniej najważniejszych kategorii usług. Łatwiej powiedzieć, niż zrobić. Prosi się o mierniki różnego rodzaju: od kompilacji i zastosowania standardów rachunkowości, które będą pasować do cech charakterystycznych służby zdrowia po organizację nowoczesnej księgowości i wprowadzenie regularnych procedur audytowych. Dostawcy usług zdrowotnych będą mieli motywację do wprowadzenia tych zmian, jeśli zetkną się ze sztywnym ograniczeniem budżetowym i naciskiem na doskonalenie wyników, tak więc brak dokładnych informacji na temat kosztów uniemożliwi im zdobycie przewagi konkurencyjnej.

Istnieje pewien inny obszar, w którym Europa Wschodnia musi się wiele nauczyć od krajów rozwiniętych. Przyjrzyjmy się na początku *rachunkowości kosztowej.* Nowoczesne, złożone i wyrafinowane metody rachunku kosztów są konieczne dla dokładnego kształtowania cen usług medycznych i skutecznego zarządzania szpitalami i innymi organizacjami – dostawcami usług zdrowotnych. Trudnym problemem jest precyzyjne zdefiniowanie produkcji, produktu czy usługi (Berman, Kukla i Weeks 1994: 637). Względna złożoność systemu rachunkowości może być mierzona ogólnie za pomocą poziomu szczegółowości informacji na temat kosztów, zdolności klasyfikacji kosztów według różnych praktycznych kategorii, aktualności i dokładności informacji itd. Podział kosztów na stałe i zmienne, racjonalne ich przypisanie do danych usług jest szczególnie ważne w przypadku szpitali, gdzie wielka część całkowitego kosztu jest przeważnie stała[2]. Złożone systemy rachunku kosztów mogą przypisać koszty za pomocą procedury lub przypadku (np. wszystkie koszty związane z leczeniem przypadków w danej grupie diagnostycznej).

- Musimy w tym miejscu powtórzyć, że amortyzacja nie jest brana pod uwagę w rachunkowości sektora publicznego w krajach postsocjalistycznych. Sektor ten dodatkowo unika włączania do rachunku swoich kosztów produkcji dochodów netto wykraczających poza obecne koszty operacyjne (skalkulowane bez amortyzacji). Przeoczenie to pozbawia szpitale publiczne i inne instytucje możliwości samodzielnego decydowania o odnowieniu, modernizacji i rozwoju środków stałych, ponieważ nie istnieje możliwość samodzielnego ich sfinansowania. Co więcej, to poważne zniekształcenie można znaleźć we wszystkich kalkulacjach rachunkowych całego sektora.

  Doświadczenia międzynarodowe nie są pod tym względem jednolite. W warunkach systemów ubezpieczenia społecznego typu niemieckiego, budżety operacyjne szpitali zawierają zazwyczaj fundusze na amor-

[2] Powszechna forma rachunku kosztów, standardowy rachunek kosztów, na początku przypisuje koszty do komponentów (materiałów, pracy i pośrednich kosztów stałych), a następnie obejmuje względną wartość jednostek i analizę wariancji, aby zmierzyć wyniki w stosunku do normatywnych standardów kosztowych (stworzonych za pomocą analiz engineeringu przemysłowego). Istnieje kilka podstawowych metod rachunku kosztów obejmujących koszty pośrednie, takie jak „metoda bezpośrednia" czy „wielokrotnego podziału" (Eastaugh 1992: 40-1). W Stanach Zjednoczonych szpitale i zintegrowane organizacje opiekuńcze przyjęły coraz bardziej złożone systemy rachunku kosztów, podobne do tych używanych przez przedsiębiorstwa w innych branżach, łącząc je z rozpowszechnieniem płatności zależnych od przypadku.

tyzację kapitału (Saltman i Figueras 1997: 199). Alokacja nowych inwestycji jest scentralizowana w wielu krajach, takich jak Wielka Brytania, gdzie podstawowe usługi są finansowane z centralnych podatków. Decyzje inwestycyjne w Australii nie są całkowicie scentralizowane, ale powiązane z centralnym przyzwoleniem.

Wydaje się, że minimalna, zasadnicza zmiana powinna polegać na włączeniu amortyzacji w rachunek kosztów i zapewnieniu jej pokrycia w cenie usług[3]. Pozostawia to otwartym dyskusyjne pytanie, czy dochód netto przeznaczony na potrzeby *rozwoju* powinien być całkowicie włączony w koszty wkalkulowane w cenę, czy włączony jedynie częściowo.[4]

Załóżmy, że musi być podjęta decyzja dotycząca kalkulacji amortyzacji i dochodu netto. Pierwszym zadaniem jest oczywiście określenie i zastosowanie wymaganych przepisów prawnych. Nie jest to łatwe, ponieważ zmiana prawdopodobnie podniesie cenę żądaną za usługi.

Saldo zmiany w obciążeniu finansowym, które ostatecznie będzie rozłożone na gospodarstwa domowe, wyniesie w kategoriach makroekonomicznych zero. Będziemy mieli do czynienia tylko z przegrupowaniem kosztów, z kosztem odnowienia i modernizacji budynków i wyposażenia spadającym na dostawców zamiast na centralną instytucję finansującą. Przychody przeznaczone na użytek centralny i podatki, które je generują, mogą być proporcjonalnie zredukowane. Inną kwestią jest, czy rząd okaże się zdolny do zastosowania tego zrównoważonego rozwiązania budżetowego w spójny i konsekwentny sposób. Co więcej, równowaga zerowa na poziomie makro nie wyklucza możliwości, że niektóre gospodarstwa domowe odkryją, że ich wydatki

---

[3] W Polsce ulga na cele amortyzacyjne została wprowadzona w roku 1999 (OECD 2000: 151).

[4] Istnienie mechanizmu, w którym dochód netto płynie w pierwszym rzędzie do dostawców, gdzie jego część może pozostawać jako źródło samodzielnego finansowania inwestycji, a część może być płacona funduszowi centralnemu (lub regionalnemu) i ponownie alokowana, jest teoretycznie wyobrażalne. Rozwiązanie to najlepiej zapewnia przejrzystość kosztów i cen, ponieważ czyni precyzyjne rozróżnienie pomiędzy dwoma aspektami: kosztorysowaniem i kształtowaniem cen z jednej strony, a stopniem centralizacji inwestycji z drugiej. Istnieje niebezpieczeństwo, że zwolennicy scentralizowanego podejmowania decyzji inwestycyjnych będą gotowi poświęcić przejrzystość i zechcą, aby fundusze na inwestycje docierały do nich bezpośrednio, nie zaś okrężną drogą.

Konieczne jest stwierdzenie, że względy uprawnień nie są jedynymi kryteriami, które przemawiają za jakąś częściową centralizacją. Pomaga ona zabezpieczyć się w pewnym stopniu przed niepotrzebnym zwiększaniem mocy wytwórczych.

(całkowite ogólne opodatkowanie i zastrzeżone składki na cele zdrowotne) wzrosły, podczas gdy inne wydatki – zmalały.

- Kalkulację i analizę kosztów komplikuje dziwaczna i niekiedy irracjonalna dystrybucja subsydiów dla służby zdrowia. Czasami subsydiowane są koszty nakładów, a czasami rzeczywista cena dobra (np. leku) lub usługi (np. procedury diagnostycznej).

  Wydaje się, że zmiana tego stanu będzie bardzo trudna, z tego choćby powodu, że wymóg przejrzystego rachunku kosztów kłóci się z praktycznymi wymogami alokacji subsydiów, która jest politycznie najłatwiejsza do zaakceptowania i zorganizowania. Przejrzystość zmusza do tego, aby cała produkcja była sprzedawana po racjonalnej cenie pokrywającej koszty, a subsydia pieniężne przyznawane tym, którzy płacą pełną cenę usługi. W praktyce łatwiej byłoby pomagać potrzebującym przez dotowanie jedynie niektórych nakładów (np. niektórych lekarstw), ale natychmiast zakłóciłoby to i zniekształciło strukturę kosztów. Można podawać tu wiele innych, podobnych przykładów.

  Jedyną nadzieją jest przezwyciężanie tych rezultatów stopniowo, jeden po drugim, małymi etapami i wykorzystanie bezpośrednich, a nie pośrednich dotacji na pomoc potrzebującym.
- Wartość pracy poświęconej na dostarczenie opieki zdrowotnej jest jedynie częściowo odzwierciedlona w formalnej cenie. Prócz oficjalnej płacy, która figuruje w księgach rachunkowych, istnieje ukryty dochód w postaci pieniężnych „dowodów wdzięczności", które pacjenci dają dostawcom opieki zdrowotnej. Po stronie podaży oficjalne rachunki wykazują, że dostawcy mają mniejsze koszty niż rzeczywiście poniesione przez nabywców (oficjalny nabywca, taki jak pojedynczy płatnik-fundusz ubezpieczeniowy, plus nieoficjalny nabywca-pacjent).

  Omówimy krótko sposoby stopniowej eliminacji systemu „dowodów wdzięczności".

Nie wydaje się, aby wnioski dodawały otuchy. Żaden ekonomista nie może być zadowolony widząc ceny, które odzwierciedlają względne niedobory określane przez podobne półbiurokratyczne, półrynkowe czynniki, a nie rynek. Symulacja rynku nie jest rzeczywistym rynkiem, ale nie istnieje procedura, którą można by zalecić, a która byłaby mniej niepokojąca. Musimy zaakceptować fakt, że formułowanie ceny w służbie zdrowia jest jednym z wielkich problemów, którego dobre rozwiązanie nie istnieje. Gdy odwołujemy się w niniejszej książce do *rozsądnych* cen, zastrzeżenia

te powinny być zrozumiałe. Rozsądne ceny to takie, które pomagają w wyborze wydajnych kombinacji nakładów i produkcji.

Iluzją byłoby oczekiwać, że nowa, mniej lub bardziej możliwa do przyjęcia struktura cen w służbie zdrowia, przybliżająca rozsądne, względne wartości wreszcie w jakiś sposób pojawi się w krajach postsocjalistycznych. Jednakże od czegoś trzeba zacząć. Jeśli wszyscy lekarze w służbie zdrowia zaczną widzieć swój interes w obniżaniu kosztów (co jest tematem późniejszych akapitów), ktoś zaprotestuje w końcu przeciwko zniekształceniom obowiązujących cen. Gdy tylko uczestnicy tego rynku wykształcą wrażliwość cenową i kosztową, dysputy i przetargi nad cenami doprowadzą (metodą poszukiwań i wielokrotnych korekt) do powstania rozsądnych cen. Należy oczekiwać, że proces ten będzie trwał dosyć długo, rynkowe ceny stopniowo, choć nigdy całkowicie, zastąpią ceny administrowane, a te z nich, które się utrzymają, lepiej będą sygnalizowały rzeczywiste względne niedobory.

Doświadczenie innych krajów w ustalaniu rozsądnych cen administrowanych może mieć tu szczególne znaczenie, zarówno jeśli chodzi o sam proces podejmowania decyzji, jak i rozwiązania instytucjonalne. Rozważmy procedury w dwóch krajach o całkiem odmiennych systemach – Japonii i Stanach Zjednoczonych.

Japonia skutecznie wykorzystuje procedurę przeglądu honorariów w procesie kontroli kosztów w systemie FFS. Minister zdrowia i opieki społecznej dokonuje przeglądu honorariów opartych na rekomendacjach pochodzących od dwudziestu członków Centralnego Komitetu Społecznego Ubezpieczenia Zdrowotnego, który funkcjonuje pod silnym wpływem Japońskiego Towarzystwa Lekarskiego (Ikegami i Campbell 1999: 63). Aby uaktualnić corocznie ceny leków, rząd bada ceny rynku hurtowego i ustala płatności kilka procent ponad poziom przeciętnej konkurencyjnej ceny rynkowej, umożliwiając w ten sposób realizację małego zysku (Ikegami i Campbell 1999: 64). Aby uaktualnić tabelę honorariów za procedury medyczne (zarówno dla lekarzy, jak i szpitali), rząd analizuje dane dotyczące finansowej kondycji dostawców i roszczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, określa średni ważony wzrost dla wszystkich usług, a następnie rozkłada wybrany wzrost netto pomiędzy ponad 3000 pozycji tej tabeli. Wzrosty i spadki różnych kategorii płatności są wykorzystywane przy próbach kontroli ogólnych wzrostów kosztów i wynagradzania dostawców za różne zmiany technologiczne.

W Stanach Zjednoczonych komisja ekspertów przeprowadza analizy i tworzy zalecenia dla Kongresu dotyczące polityki kształtowania i od-

działywania na finansowany z funduszy publicznych program Medicare, w tym metodologie określania i uaktualniania płatności. Prywatni ubezpieczyciele zdrowotni i dostawcy często także przyjmują te metody płatności. Pierwotnie istniały dwie oddzielne komisje; w 1997 r. połączono je w Komisję Doradców ds. Płatności w programie Medicare (*Medicare Payment Advisory Commission*). Za pomocą tego systemu nadzorowano takie zmiany polityki w służbie zdrowia jak przyjęcie Medicare Fee Schedule (Harmonogramu Płatności Programu Medicare), stworzonego w oparciu o Zasobową Skalę Wartości Względnych (*Resource-Based Relative Value Scale*) (Hsiao i inni 1998); Systemu Oczekiwanych Płatności dla szpitali (*Prospective Payment System*) i – niedawno – dostosowania ryzyka oczekiwanych płatności za usługi ambulatoryjne świadczone przez szpitale.[5]

Jeszcze jeden komentarz jest konieczny, aby podsumować dyskusję na temat cen. Większość krajów Europy Wschodniej cierpi w mniejszym lub większym stopniu z powodu inflacji. Jednym z fundamentalnych zadań jest korekta zniekształconych względnych cen odziedziczonych po systemie socjalistycznym. Chociaż w teorii możliwy jest spadek niektórych cen w trakcie wzrostu innych, w praktyce mamy do czynienia raczej ze słabnącą sztywnością cen. Tak więc korekta systemu cen względnych w okresie transformacji postsocjalistycznej oznaczała w sektorze biznesowym utrzymanie niektórych cen na tym samym poziomie, ewentualnie ich powolny wzrost i jednoczesny, szybszy i stały wzrost innych. W tym kontekście korekta cen w służbie zdrowia ujrzy światło dzienne. Każda zmiana, której konieczność dotąd wspomniano, owocuje wzrostem kosztów księgowych i cen płaconych przez bezpośrednich nabywców. Oznacza to dostosowanie cen tak, aby odzwierciedlały one amortyzację i dochód netto, zamianę środków pieniężnych z „dowodów wdzięczności" w legalne, rejestrowane koszty płac, zakończenie subsydiowania niektórych nakładów na korzyść otwartych transferów dochodów itd. Te przyczyniające się do wzrostu cen czynniki mogą być zrównoważone do pewnego stopnia (choć nie w pełni, ani natychmiast) przez koszty malejące pod wpływem większej konkurencji i bodźców wydajnościowych. Oznacza to, że jednym z największych wyzwań stojących przed reformą cen w sektorze zdrowotnym będzie „zderzenie" z wysiłkami makroekonomicz-

[5] Przy końcu rozdziału 5 wspomniano procedurę kompilowania pakietu podstawowego przyjętą w Słowenii. Obejmuje ona również określanie rozsądnych cen administrowanych, przynajmniej kuracji objętych koszykiem podstawowym.

nymi mającymi na celu osłabienie tempa inflacji i ostatecznie jej wyeliminowanie. Zmniejsza to nadzieję na spektakularny sukces i sugeruje potrzebę raczej stopniowej niż gwałtownej zmiany.

7.2. Sztywne ograniczenie budżetowe i inne bodźce

Jak już wielokrotnie podkreślano w rozdziale drugim i innych częściach tej książki, zmiana struktury własności i organizacji dostawy usług zdrowotnych nie wystarczą, aby służba zdrowia dobrze realizowała swoje zadania. Bez odpowiednich bodźców działania uczestników tego rynku będą kierowały się zarówno ku niepohamowanemu popytowi i nie dającemu się zatrzymać wzrostowi kosztów, jak i nieokiełznanemu cięciu kosztów ze szkodą dla jakości i wysiłkom dostawców (lub, po decentralizacji, ubezpieczycieli), mającym na celu unikanie leczenia lub ubezpieczania pacjentów z grupy wysokiego ryzyka.

Co można zrobić? Nie żywmy i nie popierajmy żadnych złudzeń: rozwiązanie doskonałe nie istnieje. Bez względu bowiem na to, jak starannie zostanie zaprojektowany system bodźców, zawsze będzie istnieć niebezpieczeństwo, że zostaną luki, eksploatowane przez działających samolubnie we własnym interesie, na koszt pacjentów lub społeczności ponoszącej ciężary finansowe. Pomimo to możliwy jest rozwój złożonego systemu bodźców minimalizującego prawdopodobieństwo nadużyć.

1. Konieczne jest narzucenie dyscypliny finansowej. Nawet w tradycyjnej gospodarce rynkowej niektórzy dostawcy publiczni czy niedochodowy ubezpieczyciel mogą uważać, że mają moralne prawo do specjalnego traktowania (na przykład ulg podatkowych lub ratunku finansowego) w przypadku deficytu z powodu „cnoty" służenia najszlachetniejszemu z celów — ratowaniu zdrowia. Oczekiwania takie żywione są jeszcze częściej w krajach postsocjalistycznych, gdzie podobne zachowanie stało się tradycją już w przeszłości. Syndrom miękkiego ograniczenia budżetowego rozpowszechnił się nie tylko w służbie zdrowia, ale w każdej sferze socjalistycznej gospodarki.

   Zdaniem autorów oczekiwanie na automatyczną pomoc finansową jest bezzasadne. Wiele innych sfer gospodarki mogłoby analogicznie

rościć pretensje do podobnego znaczenia i traktowania. Osłabienie dyscypliny finansowej nie jest najlepszym sposobem przywrócenia społeczeństwu szacunku dla służby zdrowia. Jeśli społeczeństwo chce je wyrazić w formie finansowej, jego polityczni reprezentanci powinni głosować za większym *ex ante* budżetem makro na cele opieki podstawowej. Nie powinno uciekać się *ex post* do szantażu czy błagania, aby umożliwić rozluźnienie ograniczeń budżetów makro i mikro, czy też ubiegania się o przyznanie finansowego koła ratunkowego.[6]

Żadnej publicznej czy niedochodowej organizacji nie powinno się pozwolić na funkcjonowanie przy ciągłych stratach. Jeśli powodem deficytu jest fakt, że ceny nakładów i produktów są zniekształcone, powinny zostać skorygowane. Jeśli powodem jest większe obciążenie przypadkami wiążącymi się z wysokimi kosztami niż odzwierciedlają to płatności, wtedy płatność powinna być dostosowana tak, aby lepiej te koszty odzwierciedlać (poprzez dostosowanie ryzyka i inne strategie omówione poniżej). Jednakże jeśli istnieją inne, podobne organizacje działające przy tych samych cenach i leczące podobny zestaw chorób mniej lub bardziej zdrowych pacjentów, ale nie wykazujące strat, przyczyną musi być niska wydajność, w stosunku do której właściwą reakcją jest wzmocnienie lub zwolnienie kadry zarządzającej i restrukturyzacja działań. Dotacja finansowa powinna mieć charakter jak najbardziej tymczasowy i powinno jej towarzyszyć wyraźne ostrzeżenie, że będzie ona stopniowo wycofywana i w określonym momencie cofnięta ostatecznie.

Usztywnianie ograniczenia budżetowego rodzi złożone problemy natury politycznej, prawnej i ekonomicznej także w biznesowej sferze gospodarki. Proces ten był w okresie transformacji postsocjalistycznej niejednolity; niektóre kraje czyniły wyraźne i właściwe postępy, podczas gdy inne nie zrobiły prawie żadnego kroku do przodu. Jednak prawdziwe jest stwierdzenie, że w całym regionie miękkie ograniczenie budżetowe dominuje częściej w służbie zdrowia, wśród dostawców i instytucji ubezpieczeniowych, niż w sferze biznesowej. Usztywnienie ograniczenia budżetowego wyraźnie wskazuje, które „zorientowane na wydajność" reformy są właśnie wdrażane.

---

[6] Prowincjonalny szpital na Węgrzech przekroczył swój budżet w nadzwyczajnym stopniu w roku 1998. Jeden z jego starszych lekarzy, kardiolog o ogólnokrajowej sławie, rozpoczął strajk głodowy, a urzędujący ministrowie finansów i zdrowia byli zmuszeni do przystąpienia do negocjacji *in situ*. Ostatecznie kampania lekarza wymusiła na rządzie pokrycie strat tego szpitala.

Jeśli zastosuje się ścisłą dyscyplinę finansową, pojedyncza akcja ratunkowa może być usprawiedliwiona, jako sposób złagodzenia warunków, w których odbywa się proces reformy. Jednak jeśli instytucje służby zdrowia nie będą do niej zobowiązane, a góra długów i strat znów urośnie, nie będzie ucieczki od konieczności udzielenia im pomocy finansowej.

2. W rozdziale drugim wytłumaczono konieczność zastosowania zasady udziału stron podażowej i popytowej w kosztach. Po stronie popytu nie ma sensu powtarzać zaleceń omówionych i uzasadnianych szczegółowo w rozdziale piątym, argumentujących za wprowadzeniem dopłat. Do pewnego stopnia powodują one, że pacjenci widzą swój interes w praktykowaniu samoograniczenia konsumpcji opieki zdrowotnej, nawet jeśli większość kosztów jest pokrywana z kasy publicznej.
3. Kontynuujmy analizę zasady udziału w kosztach po stronie dostawcy, zaczynając od względnie wielkich organizacji, szpitali i ambulatoriów. Tabele 7.1 i 7.2 prezentują sytuację z roku 1997. Pierwsza grupuje informacje według systemów płatności, druga według kategorii opieki.

Szpital czy klinika w systemie socjalistycznym otrzymywały budżet globalny. W tym systemie płatności płatnik alokował raczej całościowy budżet dostawcy, nie płacił zaś za określone usługi udzielane każdemu pacjentowi. W socjalizmie punktem wyjścia do nakreślenia budżetu *ex ante* była historyczna wielkość mocy wytwórczych i wysokość historycznych kosztów szpitala, skorygowane co najwyżej o łatwo identyfikowalne zmiany mocy produkcyjnych (na przykład o dodane nowe łóżka) czy stopę inflacji. Połączony z miękkim ograniczeniem budżetowym, małymi lub żadnymi wymogami co do wyników działalności i brakiem konkurencji, taki system budżetu globalnego podobny był do niekwestionowanego zwrotu kosztów. Mało wydajne kombinacje nakładów i produkcji były aprobowane i nie działały żadne bodźce, które skłaniałyby do wydajnej działalności.

Ten system płatności został początkowo zachowany w czasie postsocjalistycznej transformacji, jak ujawnia to kolumna (1) w tabeli 7.1. Później kilka krajów zaczęło go rozszerzać lub zastępować innymi systemami.[7] Jak widać w tabeli 7.2, do końca lat dziewięćdziesiątych większość krajów mniej lub bardziej konsekwentnie przeszła na system płatności opierający się na wynikach działalności.

---

[7] Opis systemów płatności znajduje się w rozdziale 2.

Tabela 7.1. *Systemy płatności, Europa Wschodnia: analiza alternatywnych form płatniczych, 1997*

Kraj	Budżet globalny (1)	Całkowity zwrot kosztów (2)	Honorarium – za – usługę (3)	Płatność od przypadku (4)	Pogłówne (5)	Płatność za łóżko-dzień (*per diem*) (6)
Albania	Opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna i opieka szpitalna	–	–	–	Opieka podstawowa „pierwszy kontakt"	–
Bułgaria	Opieka podstawowa „pierwszy kontakt", opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna i opieka szpitalna	–	–	–	–	–
Czechy	Opieka szpitalna[1]	Opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna i opieka szpitalna	Opieka szpitalna „pierwszy kontakt", opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna i opieka szpitalna	Niektóra opieka szpitalna	–	–
Chorwacja			Opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna i opieka szpitalna	–	Opieka podstawowa „pierwszy kontakt"	–
Macedonia	Opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna i opieka szpitalna	–	–	–	Opieka podstawowa „pierwszy kontakt"	–
Polska	Opieka podstawowa „pierwszy kontakt", opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna i opieka szpitalna	–	–	Niektóra opieka szpitalna	–	–

Tabela 7.1. *(ciąg dalszy)*

Kraj	Budżet globalny (1)	Całkowity zwrot kosztów (2)	Honorarium – za – usługę (3)	Płatność od przypadku (4)	Pogłówne (5)	Płatność za łóżko-dzień (*per diem*) (6)
Rumunia[2]	Opieka podstawowa „pierwszy kontakt", opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna i opieka szpitalna	–	–	–	–	–
Słowacja	–	Opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna i opieka szpitalna	Opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna	Niektóra opieka szpitalna	Opieka podstawowa „pierwszy kontakt"	Opieka szpitalna
Słowenia	–	–	Opieka podstawowa „pierwszy kontakt", opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna, opieka szpitalna	–	Opieka podstawowa „pierwszy kontakt"	Opieka szpitalna
Węgry	–	–	Opieka ambulatoryjna/pozaszpitalna i opieka szpitalna	Opieka szpitalna	Opieka podstawowa „pierwszy kontakt"	–

Uwagi:
[1] Budżet globalny został przywrócony w czerwcu 1997 roku.
[2] Szpitale otrzymywały fundusze według kryterium terytorialnego na opiekę podstawową i były odpowiedzialne za finansowanie aptek i poliklinik.
Źródło: NERA (1998b, 1999); PHARE (1998: Dodatek); WHO (1999b).

Tabela 7.2. *Systemy płatności, Europa Wschodnia: analiza trzech poziomów opieki zdrowotnej, 1997*

Kraj	Opieka podstawowa	Opieka pozaszpitalna	Opieka szpitalna
Albania	Pogłówne	Globalny budżet i pensja Planowane: FFS	Globalny budżet i pensja
Bułgaria	Globalny budżet i pensja	Globalny budżet i pensja	Globalny budżet i pensja
Czechy	FFS Planowane: pogłówne	FFS z ogólnokrajowym górnym ograniczeniem i pełne pokrycie kosztów w przypadku niektórych nakładów	FFS z ogólnokrajowym górnym ograniczeniem, pełne pokrycie kosztów określonych nakładów i opłata *per diem* Od czerwca 1997 globalny budżet
Chorwacja	Pogłówne i FFS	FFS i pensja	FFS
Węgry	Pogłówne	FFS z ogólnokrajowym górnym ograniczeniem	Płatności oparte na przypadkach (DRG)
Macedonia	Pogłówne	Globalny budżet i pensja Planowane: FFS	Globalny budżet i pensja Planowane: płatności zależne od przypadku
Polska	Globalny budżet i pensja Od 1999 pogłówne i FFS	Globalny budżet i pensja Od 1999 pogłówne i FFS (zgodnie z wyborem regionalnej kasy chorych)	Globalny budżet i pensja Od 1999 płatności oparte na przypadkach (według wyboru regionalnej kasy chorych)
Rumunia	Globalny budżet i pensja Od 1999 pogłówne i FFS	Globalny budżet i pensja Od 1999 pogłówne i FFS	Globalny budżet i pensja Od 1999 płatności oparte na przypadkach
Słowacja	FFS Eksperymentalnie: połączone z pogłównym	FFS	Płatność *per diem* płacona z wyprzedzeniem. Eksperymentalnie: płatności zależne od przypadku
Słowenia	Pogłówne i FFS z ogólnokrajowym górnym ograniczeniem	FFS	Płatność *per diem* i FFS z ogólnokrajowym górnym ograniczeniem

Źródła: PHARE (1998: Dodatek); WHO (1999b).

Większość krajów postsocjalistycznych w późnych latach dziewięćdziesiątych przyjęła dla szpitali i opieki pozaszpitalnej pewien wariant systemu FFS oparty na systemie punktów względnych. Płacąc dostawcom według ilości i rodzaju usług, które dostarczają, FFS łączy płatność z wynikami mierzonymi ilością świadczonych usług.

W rozdziale drugim przedstawiono analizę i niektóre empiryczne dowody wpływu systemu płatności na działania dostawców. Chociaż efekty zmian w sferze płatności nie zostały jeszcze – jak dotąd – przeanalizowane w żadnym kraju Europy Wschodniej, można powiedzieć, że w niektórych przypadkach rezultaty tych nowych bodźców po stronie podaży były całkiem znaczące. Czechy dostarczają szczególnie pouczającego przykładu. Teoria i doświadczenia innych krajów sugerowałyby, że wprowadzenie systemu płatności typu FFS w połączeniu z pełnym zwrotem kosztów określonych wkładów prowadziłoby do wzrostu wydatków, być może zagrażającego finansowej stabilności reformy. W rzeczywistości, po wprowadzeniu luźnych płatności w ramach systemu ubezpieczenia społecznego czeskie realne wydatki na opiekę zdrowotną wzrosły o prawie 40 procent w ciągu dwóch lat (Marree i Groenwegen 1997: 64). Prywatnie praktykujący lekarze opłacani w ramach systemu FFS ewidencjonowali znacznie więcej pacjentów i wystawiali znacznie więcej rachunków w każdej kategorii usług niż państwowi (zasadniczo opłacani za pomocą pensji) dostawcy (Massaro, Nemec i Kalman 1994). Wczesne doświadczenia Czech ilustrują wywołujący wzrost kosztów luźny system płatności FFS i brak udziału strony podażowej w kosztach. Ostatecznie w połowie roku 1997 powrócono do metody budżetu globalnego, po tym jak po niezliczonych próbach uregulowania tego mechanizmu nie dało się zmniejszyć kosztów. Każda instytucja otrzymuje jako swój kwartalny budżet 100 procent swojego poprzedniego budżetu kwartalnego tak długo, jak wyniki szpitala mierzone głównie ilością świadczonych usług nie są niższe niż 70 procent jego wyników w okresie poprzednim. Według czeskich lekarzy rezultat zmiany był natychmiastowy, połączony z 30-procentowym spadkiem wartości tych mierników wyników działalności szpitala, na których opierała się płatność (Benedict 2000). Raz jeszcze ilustruje to, jak szybka i głęboka może być reakcja na bodźce płatnicze.

Innym i pod wieloma względami bardziej złożonym systemem bodźców niż FFS jest płatność „oparta na przypadku". Płatność „wiąże" tu ceny wszystkich usług wykorzystanych w leczeniu danego przypadku.

Jednak także ta metoda płatności nie jest idealna, jak wykazano to w rozdziale drugim. Jeden z przykładów powodowanych przez nią problemów pochodzi z Węgier, gdzie system ten wprowadzono dosyć wcześnie, w roku 1993. Prawie jednocześnie szpitale powszechnie zaadaptowały oprogramowanie komputerowe zwane Smn, które miało zapewnić „optymalne" procedury maksymalizacji zysków szpitali. Na przykład, gdy dostępne były kombinacje chorób, system ten określał, która z nich powinna być traktowana jako „mająca pierwszeństwo" w diagnozie i jakie komplikacje warto raportować, aby zwiększyć sumę pieniędzy płaconą za brane pod uwagę leczenie. Jest to zrozumiała reakcja na bodźce płatnicze, rozpowszechniona również w innych krajach wykorzystujących system płatności opartej na przypadku.

Innym problemem na Węgrzech był brak koordynacji pomiędzy płatnością dla szpitala i instytucji opieki pozaszpitalnej. Każdy oddział szpitala czy ambulatorium starał się „załatwić" sobie tak wiele punktów, jak to było możliwe, i sprawdzić, czy hospitalizacja lub opieka pozaszpitalna przyniesie większy dochód za leczenie pacjenta. Działaniom tym nadano nazwę „polowania na punkty" (Féderer i Nemes 1999). Na przykład jeśli pacjent jest leczony z powodu uporczywego krwotoku z nosa jako pacjent niehospitalizowany w szpitalu dziecięcym, jest to przykład transakcji generującej straty dla szpitala. Jednak jeśli ten sam pacjent jest hospitalizowany przez kilka dni, realizowany jest zysk. Jeszcze innym przykładem może być sytuacja, w której po badaniach i testach przeprowadzonych w szpitalu okazuje się, że pacjent jest zdrowy i ubezpieczenie społeczne nie zapłaci. Tak więc szpital ma wyraźny interes finansowy w klasyfikowaniu wszystkich pacjentów, którzy spędzili jakiś czas w szpitalu, jako chorych. Przykłady te ilustrują wagę skoordynowania systemów płatności w ten sposób, aby płatność za dany zestaw usług (takich jak leczenie uporczywego krwawienia z nosa) była „neutralna wobec miejsca", nie wynagradzała przeważnie opieki szpitalnej.

Niekorzystne efekty systemu płatności dla szpitali w Słowacji doprowadziły do kilku zmian od 1993 roku. Przez ponad rok płatności wnoszono zgodnie z systemem punktów połączonym ze współczynnikiem łóżko – dzień (*per diem*). Następnie po trzynastu miesiącach wprowadzono system łączący jednorazową wpłatę ze współczynnikiem *per diem*. Ostatecznie od 1995 roku wszystkie bieżące koszty szpitala są płacone w formie płatności *per diem*, która jest od czasu do czasu poddawana przeglądowi (Lawson i Nemec 1998: 247). Można przewi-

dywać, że płatności *per diem* doprowadzą do dłuższej hospitalizacji w Słowacji niż w przypadku podobnych pacjentów w krajach stosujących inne bodźce, takie jak w te w systemie płatności zależnej od przypadku.

Wszystkie te przykłady potwierdzają, że system bodźców stosowanych wobec szpitali i instytucji opieki pozaszpitalnej potrzebuje w większości krajów regionu dalszych modyfikacji. Tam, gdzie stosowany jest system FFS, względne „ceny" (relatywne wartości punktowe transakcji) muszą być poprawione. W niektórych przypadkach zalecane może być podzielenie ograniczeń budżetowych („górnych granic"), na których opiera się dystrybucja płatności, proporcjonalnie do uzyskanych punktów, na mniejsze jednostki, a nie stosowanie ich wyłącznie do organizacji jako całości. Prawdopodobnie skuteczniejsze byłoby odejście od czystego systemu płatności FFS i wprowadzenie większego udziału strony podażowej w kosztach, takie jak przyjęcie systemu płatności zależnej od przypadku wraz z jakimiś dodatkowymi opłatami za określone usługi.

Zgodnie z dotychczas prezentowanymi zaleceniami warto rozważyć zastosowanie zasady udziału w kosztach do każdego szpitala lub kliniki jako całości i do różnych ich oddziałów, prowadzących (lub nie) oddzielną księgowość. Oznaczałoby to, że każda jednostka otrzymująca *ex ante* budżet, byłaby uprawniona (całkowicie lub we wcześniej określonym zakresie) do zatrzymania swoich oszczędności *ex post*. Z drugiej strony byłaby zobligowana do pokrywania ze swoich rezerw jakiegokolwiek *ex post* deficytu. Jak już wspomniano, praktyka ta jest od kilku lat stosowana w Słowenii (Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego Republiki Słowenii 1999: 28) i pomogła uczynić deficyt szpitala rzadkością. Ilustruje to, w jaki sposób budżety globalne, połączone ze sztywnym ograniczeniem budżetowym (i, być może, nadzorowaniem wyników i/lub konkurencji), mogą dostarczyć znacznie lepszych i silniejszych bodźców wydajności niż to miało miejsce w przypadku socjalistycznego systemu budżetu globalnego. Jednak nie powinno się posuwać tej praktyki za daleko. Narzucanie sztywnego ograniczenia budżetowego i udziału strony podażowej w kosztach coraz mniejszym jednostkom podwyższa ponoszone przez nie ryzyko, a także nacisk na kontrolę kosztów poprzez obniżanie standardów jakości i dyskryminację „drogich" pacjentów.

4. Pogłówne (lub jakiś jego wariant) stało się najpowszechniejszą formą płatności za opiekę podstawową w Europie Wschodniej (patrz tabela

7.2). Pacjenci zapisują się do wybranego lekarza pierwszego kontaktu na długi okres. Lekarz otrzymuje następnie płatność na zasadzie pogłównego za każdego pacjenta, tak więc jego pensja jest uzależniona od liczby pacjentów na liście.[8]

Wadą systemu pogłównego, podobnie jak jakiejkolwiek formy pełnego udziału strony podażowej w kosztach, jest jednostronny nacisk na redukcję kosztów w przychodni lekarza pierwszego kontaktu, w tym na oszczędzanie jego czasu. We własnym interesie lekarza leży zarejestrowanie jak największej liczby pacjentów i poświęcenie jak najmniej czasu na ich leczenie.[9] Może to prowadzić do powierzchownych badań. Jednak szkodliwe tendencje można ograniczyć, a do większej uwagi zachęcić, jeśli prywatyzacji opieki podstawowej i gwarantowanemu wyborowi lekarzy pierwszego kontaktu towarzyszyć będzie prawdziwa konkurencja między lekarzami i pacjentami (zasada trzecia). Oznacza to wydanie odpowiedniej liczby licencji zezwalających na praktykowanie jako lekarz pierwszego kontaktu, tak aby podaż w jakiś sposób przewyższała popyt na usługi tych lekarzy. Pogłówne generuje bodźce finansowe dla lekarzy, skłaniające ich do konkurowania o pacjentów. Jeśli udzieli się za mało licencji (być może w reakcji na nacisk ze strony lobby już praktykujących lekarzy pierwszego kontaktu), profesjonalna ekskluzywność stworzy chroniczne niedobory. Rezultaty tej ciągłej nadwyżki popytu nad podażą są dobrze znane wszystkim mieszkańcom Europy Wschodniej z czasów socjalistycznych. Nie wystarczy prawny zapis czy deklaracja, że obywatele mają prawo swobodnie wybierać swoich lekarzy. Gdzie mamy do czynienia z niedoborem, niektórzy pacjenci będą zmuszeni wybrać mniej popularnego lekarza, do którego ustawiają się krótsze kolejki. Aby tego uniknąć, reformy struktury własności, konkurencja i systemy płatności będą musiały „współpracować" ze sobą, gwarantując pacjentom prawdziwy wybór.

Lekarze pierwszego kontaktu spełniają ważną rolę w procesie reform, ponieważ są pierwszymi „strażnikami", którzy kierują lub odmawiają skierowania pacjenta do specjalisty. Oczekuje się od nich decyzji w takich kwestiach na podstawie profesjonalnej oceny, ale ich

---

[8] Pogłówne przypomina globalne budżety małych jednostek.

[9] Lekarze pierwszego kontaktu w Europie Wschodniej mogą zarejestrować liczbę pacjentów, zazwyczaj około 2000. Na Węgrzech istnieje dodatkowo pułap płatności pogłównego, ponad który stosuje się regresywny czynnik korygujący w celu zapobiegania nadmiernej rejestracji (OECD 1999a).

decyzje będą oczywiście podejmowane pod wpływem ich własnego interesu. Gdy płatność na zasadzie pogłównego pokrywa jedynie ich dochody i wydatki gabinetu czy przychodni, mają wyraźny interes w odsyłaniu pacjentów do specjalistów czy szpitala tak szybko, jak tylko możliwe. Oszczędzi to im i ich pomocniczemu personelowi czasu i zapewni większy przychód przez zmniejszenie wydatków. Może również wywrzeć wrażenie na pacjentach, tak więc lekarze poprawiają swoją pozycję konkurencyjną przez uprawianie takiej właśnie polityki. Częste i rzeczywiście nadmierne kierowanie do specjalistów zmniejsza również ryzyko wiążące się z podejmowaniem decyzji, „chroniąc" lekarza pierwszego kontaktu przed skargami z powodu złej diagnozy czy niewłaściwego leczenia. Jednak lekarze pierwszego kontaktu stosujący taką strategię nie spełniają swojej „strażniczej" roli: pozostawiają bramę szeroko otwartą. Ponieważ tendencja do nadmiernego obciążania drogich specjalistów i szpitali jest kosztowna dla służby zdrowia jako całości, konieczne jest zastosowanie różnych środków, które zniechęcą lekarzy pierwszego kontaktu do wydawania nadmiernej liczby skierowań.

Jedno takie podejście ma charakter informacyjny i administracyjny. Lekarz pierwszego kontaktu powinien otrzymać wytyczne postępowania, zalecające mu kiedy powinien wysłać pacjenta na badania, na konsultację do specjalisty czy na leczenie szpitalne. Oczywiście muszą w każdym przypadku podejmować decyzje zgodne ze swoją najlepszą wiedzą zawodową i oceną stanu pacjenta, ale im więcej pomocy udzieli im się w wyjaśnieniu ważnych kryteriów decyzyjnych, a nawet da się szczegółowe instrukcje, tym solidniejsze i bardziej niezawodne będą ich decyzje.[10]

Inne podejście angażuje bodźce finansowe. W warunkach brytyjskiego systemu „GP fundholding" i „Primary Care Group" lekarze

---

[10] Problem ten przypomina problem omówiony w rozdziale 5, związany z kompilowaniem podstawowego pakietu. Tam również zalecano stosowanie wytycznych i szczegółowych dyrektyw, ale bez odbierania lekarzom indywidualnego prawa decydowania lub zwalniając ich z odpowiedzialności za decyzje.

Prócz podobieństwa do problemu z rozdziału 5, problem powyższy ściśle się z nim wiąże. Argumenty tu przytaczane koncentrują się na lekarzach rodzinnych, dostarczających podstawową opiekę. Jednym z kryteriów, na podstawie którego lekarz pierwszego kontaktu miałby decydować o tym, czy wysłać pacjenta do specjalisty czy szpitala, jest takie, że konsultacja lub leczenie nie są częścią podstawowego pakietu. Alternatywnie lekarz pierwszego kontaktu mógłby dać skierowanie, ale w połączeniu z radą, że zalecana konsultacja u specjalisty odbyłaby się na koszt pacjenta.

ogólni otrzymują kontyngent wydatków (budżet lub fundusz) proporcjonalny do liczby przypisanych im pacjentów, z którego pokrywane są wydatki na cele zdrowotne ponoszone na tych pacjentów. Przepisy określają, jakie rodzaje wydatków muszą być pokrywane z tego kontyngentu. Lekarze ogólni muszą podjąć decyzję, co pokryć z tego przydziału i dla jakiego pacjenta, oczywiście w ramach regulacji. System ten czyni lekarzy ogólnych jednocześnie ubezpieczycielami i dostawcami, ponieważ ponoszą oni finansowe ryzyko decyzji, który pacjent potrzebuje jakich usług. Warto wziąć pod uwagę podobny system dla lekarzy pierwszego kontaktu w Europie Wschodniej.[11] Na przykład jeśli lekarze w tej części świata musieliby pokryć koszty leczenia specjalistycznego, testów i wydatków szpitalnych ze stałego budżetu, ukróciłoby to ich skłonność do „przepychania" pacjentów bez większego zastanowienia. Zwiększyłoby to pole manewru lekarzy pierwszego kontaktu, umocniło bodźce skłaniające do oszczędności, jednocześnie zwiększając ich władzę nad swoimi pacjentami, i zwiększyło siłę bodźców skłaniających ich do unikania „drogich" pacjentów. Przy wprowadzaniu tego nowego mechanizmu pośpiech nie jest wskazany. Moment intensyfikacji bodźców nadejdzie w chwili, gdy pojedynczy lekarz lub grupa lekarzy pierwszego kontaktu skonsoliduje się, a zarówno dostawcy, jak i pacjenci zdobędą doświadczenie i rozeznanie w nowej sytuacji.

5. Mechanizm opisany w punkcie czwartym (lekarze pierwszego kontaktu jako „strażnicy" i kwestia pokrywania wydatków specjalistów i szpitali z kontyngentu wydatków przyznanych lekarzowi pierwszego kontaktu) jest jedynie o kilka kroków oddalony od instytucji HMO. System ten, jak wytłumaczono wcześniej, integruje ubezpieczenie i dostawę. Na papierze wydaje się, że jest on zdolny zwalczać obydwie szkodliwe tendencje: wymykanie się kosztów spod kontroli i obniżenie jakości. Fakt, że HMO konkurują między sobą na korzyść pracodawców i ubezpieczonych jednostek, działa jako bodziec do obniżania ich kosztów i oferowania jak najlepszej opieki pacjentom. Jednak stanowi

[11] Kilka wielkich polskich miast, w tym Kraków, eksperymentowało od 1996 roku z formą podobną do brytyjskiego systemu finansowania lekarzy ogólnych, znaną w Polsce jako „praktyka rodzinna" (Windak i inni, NERA 1998b). Lekarze krakowscy mieli umowę z władzami samorządowymi na wzięcie odpowiedzialności za daną dzielnicę w zamian za płatności na zasadzie pogłównego. Obejmuje to nie tylko opiekę podstawową, ale także specjalistyczną i diagnostykę. Jednak eksperymenty tego typu są w Europie Wschodniej sporadyczne.

również zachętę do drogi na skróty i łatwizny w tych kwestiach jakości, które są trudne do zaobserwowania dla pacjentów i pracodawców, a finansowo nagradzających wysiłki unikania niedochodowych pacjentów.

Doświadczenie amerykańskie sugeruje, że istnieje niebezpieczeństwo obniżania kosztów za wszelką cenę, które może stać się powszechnie dominujące. Ścieżką tą należy więc kroczyć z uwagą i wielką ostrożnością. Nie byłoby właściwe zabronić HMO tworzyć się w Europie Wschodniej jako rezultatowi dobrowolnej inicjatywy. Powinny być stworzone prawne ramy, w których mogą one funkcjonować. Z drugiej strony ich wprowadzenie nie powinno być wymuszone lub być przedmiotem intensywnej kampanii.[12]

6. Kilka dotychczas wspomnianych metod płatniczych – płatność zależna od przypadku, pogłówne, GP fundholding (kontyngenty dla lekarzy ogólnych) – obejmuje wysokie poziomy udziału strony podażowej w kosztach i tym samym generuje silne bodźce do unikania kosztownych pacjentów. Aby ograniczyć te niepożądane bodźce, płatnicy powinni dostosować płatności do ubezpieczycieli i dostawców, aby odzwierciedlały one oczekiwany koszt leczenia (patrz rozdział drugi)[13].

Dostosowanie ryzyka nie jest rzeczą w regionie nieznaną. Czechy wprowadziły prosty mechanizm dostosowania ryzyka oparty na wieku w roku 1993. Jest to krok we właściwym kierunku, ponieważ ubezpieczyciele są mniej skłonni do dyskryminowania starszych osób, jeśli za ich leczenie płaci im się więcej. Co więcej, informacje dotyczące wieku są łatwe do zgromadzenia i wykorzystania do celów dostosowania płatności. Niestety, wiek jest tylko źródłem różnicy w kosztach pomiędzy pacjentami. Bardziej złożone i wyrafinowane systemy dostosowania ryzyka wymagają bardziej wyczerpujących informacji o pacjentach.

Płatność mieszana, wykorzystująca średnie poziomy udziału strony podażowej w kosztach, jest komplementarną, a pod niektórymi względ-

---

[12] To stopniowe i dobrowolne podejście jest bardzo ważne, jeśli zapewniona ma być suwerenność i wybór pomiędzy konkurującymi opcjami ubezpieczenia. Jednakże może to pogorszyć problem selekcji ryzyka, ponieważ ci, którzy dobrowolnie wybiorą HMO, mogą być znacznie zdrowsi niż przeciętna. Z problemem tym najlepiej poradzić sobie za pomocą dostosowania ryzyka i płatności mieszanych, jak omówiono w punkcie szóstym.

[13] Byłoby to użyteczne w przypadku formy A, monopolu ubezpieczenia opieki podstawowej. Jeszcze ważniejsze stałoby się to w przypadku formy B, uregulowanej konkurencji między ubezpieczycielami zarówno opieki podstawowej, jak i uzupełniającej (patrz rozdział 5).

dami łatwiejszą metodą unikania selekcji ryzyka. Ogranicza również bodźce skłaniające do obniżania standardów jakości. Płatność mieszana obejmuje zarówno stałą płatność *ex ante*, jak i jakieś płatności *ex post* oparte na rzeczywistym poziomie wykorzystania usług zdrowotnych przez pacjentów. Płatność *ex ante* powinna być dostosowana do ryzyka. Kraje Europy Wschodniej będą musiały eksperymentować z odpowiednimi proporcjami stałej płatności *ex ante* i *ex post* zwrotu kosztów.

Byłoby dobrze, aby kraje regionu wzięły pod uwagę obowiązkową kumulację wysokiego ryzyka (patrz rozdział drugi). W systemie takim ubezpieczyciele (i, być może, inni dostawcy mający do czynienia z ryzykiem wynikającym z opieki, jak działający w systemie pogłównego lekarze pierwszego kontaktu) musieliby wnosić wkłady na pulę funduszy, które pokrywałyby koszty pacjentów wysokiego ryzyka. W zamian ubezpieczyciele mieliby prawo umieszczać – na początku okresu, o którym mowa – małą część ich pacjentów w puli wysokiego ryzyka. Wydatki na leczenie pacjentów z tej puli byłyby refundowane z puli funduszy hojniej niż inne. Przy takim mechanizmie ubezpieczyciele nie muszą starać się unikać pacjentów wysokich kosztów. Da to tym pacjentom możliwość prawdziwego wyboru.

7. Konieczne jest stworzenie i rozwój instytucjonalnych form obrony pacjentów, które równoważyłyby potencjalnie szkodliwe efekty związane z działaniem HMO i wszystkimi formami udziału dostawców w kosztach opisanymi powyżej.

   W ramach pakietu podstawowych korzyści powinny znaleźć się sposoby odwoływania się pacjentów od decyzji lekarskich lub możliwości wnoszenia skarg. W szpitalach i innych wielkich instytucjach szanse takich działań są zapewnione w ramach wewnętrznej hierarchii. Pacjent może złożyć skargę na lekarza do jego przełożonego, ordynatora, lub przeciwko tym dwóm ostatnim do dyrektora szpitala. Zdecentralizowany system, w którym pracują lekarze pierwszego kontaktu, będzie musiał wytworzyć i udoskonalić podobne formy umożliwiające odwoływanie się i wnoszenie skarg. Ważne, aby następująca po nich interwencja – lub, gdzie będzie to uzasadnione, zmiana decyzji podjętej na niższym szczeblu – następowała szybko.

Dodatkowo możliwości wyboru pacjentów powinny być rozszerzone o dostępność opieki uzupełniającej. Ci, którzy nie ufają decyzjom lekarskim podjętym w ramach podstawowego pakietu korzyści, powinni mieć

możność konsultowania się z wybranym przez siebie lekarzem, założywszy że mogą zapłacić z własnej kieszeni za pośrednictwem prywatnego ubezpieczenia. To samo odnosi się do pacjentów, którzy nie chcą iść do szpitala, do którego ich skierowano, i życzą sobie przepisania dodatkowych badań itd.[14] Zwykła świadomość, że pacjenci mogą weryfikować decyzje lekarskie poprzez konsultowanie się z innymi specjalistami i dodatkowe testy, skłania do większej uwagi i zastanowienia się nad decyzjami klinicznymi w sferze opieki podstawowej.

Czas podsumować to, co zostało powiedziane o zakresie, do jakiego różne bodźce mogą działać jako hamulce niepohamowanego wzrostu i „uciekających" popytu i kosztów.

Potrzeba określonego rodzaju leczenia może i powinna oczywiście być zaspokojona. Liczba ludzi cierpiących na choroby serca ustala górny limit liczby operacji serca, które mają być przeprowadzone. Jednakże zagregowana potrzeba społeczeństwa zapobiegania chorobom i ich leczenia jest nieskończona, zwłaszcza jeśli weźmie się pod uwagę, że rozwój nauki i techniki nieustannie oferuje nowe, skuteczniejsze środki leczenia. Tak więc trudny problem nie polega na tym, czego powinien dostarczać sektor, ale czego dostarczać nie powinien: w jaki sposób można skutecznie ograniczyć popyt? Kto jest odpowiedzialny za powiedzenie „nie" i jego wymuszenie?

Istnieją tu dwa „czyste" przypadki.

Jednym z nich jest przypadek politycznej dyktatury i związanej z nią scentralizowanej gospodarki nakazowej. Grupa osób mająca władzę polityczną decyduje, ile wydać na służbę zdrowia, i na tym koniec. Odrzucenie wszystkich dodatkowych roszczeń służby zdrowia jest możliwe. Stalinizm, system klasycznego socjalizmu, był niezmiernie bliski temu teoretycznemu modelowi. W rezultacie ranga służby zdrowia na skali priorytetów była niska. Ten i niektóre inne czynniki prowadziły do pogorszenia się wskaźników zdrowotnych populacji, niedoborów, kolejek, niskiej jakości standardów opieki, kumoterstwa, korupcji i tym podobnych.

---

[14] Istnieje niebezpieczeństwo, że pacjenci mogą paść ofiarą „popytu indukowanego przez dostawców" (patrz rozdział 2) w systemie opieki uzupełniającej, napędzanym finansowym interesem tych dostawców (szczególnie w systemie płatności typu FFS) i próbami kontrolowania kosztów za pomocą ograniczania podstawowego pakietu korzyści. Pewnego hamulca dla takich tendencji w sferze opieki uzupełniającej dostarcza zdolność i skłonność pacjentów do płacenia. Dodatkowe ograniczenia wynikają z uregulowanej konkurencji między ubezpieczycielami zintegrowanej opieki podstawowej i uzupełniającej, zwłaszcza w sytuacji, gdy płatność otrzymywana przez dostawcę obejmuje raczej udział strony podażowej w kosztach, a nie FFS.

Innym „czystym" przypadkiem jest pozostawienie służby zdrowia całkowicie wolnemu mechanizmowi rynkowemu. Teoretycznie usługi ograniczałyby się do tych, którzy mogliby zapłacić za nie cenę rynkową. Ta z kolei byłaby często wyższa niż cena w warunkach doskonałej konkurencji, ponieważ konkurencja po stronie podaży jest niedoskonała. Nie godzą się na to pacjenci, którzy potrzebują leczenia. Jeśli nie mogą pozwolić sobie na opiekę zdrowotną, nie poszukują jej. Czysty mechanizm rynkowy tego rodzaju pozbawia wielką część populacji korzyści wynikających z opieki zdrowotnej.

Kapitalizm bliski był temu czystemu modelowi teoretycznemu we wczesnych fazach swojego rozwoju. Utrzymał się w wielu krajach rozwijających się.

Rozwinięte gospodarki kapitalistyczne i rozwinięte polityczne demokracje odrzucają obydwa ekstremalne, „czyste" przypadki. Tworzą i rozwijają „mieszane", złożone rozwiązania, które próbują uniknąć nie dających się zaakceptować aspektów obydwu czystych przypadków. Jednakże *nieuchronnie* oznacza to, że nikt nie mówi jednoznacznie „nie": ograniczenie popytu staje się bardziej miękkie.

Pełne usztywnienie ograniczeń popytu jest wykluczone z powodów etycznych. Większość rozsądnych ludzi odrzuci pierwszy czysty przypadek jako polityczną tyranię, a drugi z powodu wykluczenia biedniejszych z udziału w opiece zdrowotnej.

Siły polityczne w systemie demokratycznym są świadome, że opowiedzenie się za którymkolwiek z tych dwóch czystych modeli oznaczałoby dla nich utratę elektoratu. Żaden z nich nie ma więc „politycznej" szansy.

Chociaż niektórzy ludzie wykazują skłonność do myślenia, że każdy problem może być rozwiązany, twarda rzeczywistość faktów dowodzi czego innego: nie ma rozwiązania doskonałego, jeśli chodzi o usztywnienie ograniczenia popytu na opiekę zdrowotną w demokratycznym, kapitalistycznym społeczeństwie i nigdy go nie będzie. Zalecenia proponowane w tej części książki mają skromniejszy cel. Są zaprojektowane tak, aby sprawić, że ograniczenie popytu stanie się *znacznie sztywniejsze*, niż gdyby tych nowych środków nie zastosowano. Główne koncepcje można podsumować następująco:

Należy zachęcać jak największą liczbę uczestników w sferze opieki podstawowej do mówienia „nie". Funkcja ta nie powinna ograniczać się do jednego lub dwóch aktorów: jedynie do rządu, parlamentu lub władz lokalnych lub jedynie do organizacji „dostawczych", szpitali, klinik i lekarzy pierwszego kontaktu, lub tylko ubezpieczycieli, lub wyłącznie pacjen-

tów. Każda z tych grup oddzielnie i wszystkie razem powinny odczuwać obecność ograniczeń możliwości płacenia.

Umożliwcie zdrowy rozwój sektora prywatnego po stronie dostawczej i finansowej. Natura tej formy własności bardziej sprzyja usztywnieniu ograniczeń popytu; prywatne szpitale, prywatni lekarze i prywatni ubezpieczyciele są bardziej odporni na pokusę nieograniczonego popytu.[15] Dodatkowe instrumenty usztywnienia ograniczenia popytu obejmują bodźce płatnicze, uregulowaną konkurencję i instytucje oceniające technologię i determinujące pakiet podstawowych korzyści.

Podział pracy pomiędzy kilku graczy nie powinien polegać na tym, że niektórzy będą windowali wydatki, podczas gdy inni je zmniejszają. Gdy jest to możliwe, każdy gracz powinien zachowywać się ambiwalentnie, szacując jednocześnie korzyści i zalety zarówno podnoszenia, jak i obniżania kosztów. Słowo „ambiwalentnie", wykorzystywane w jego pozytywnym, nie lekceważącym, znaczeniu oznacza, że wybór jest poprzedzony wahaniem i rozwagą. Ten behawioralny wymóg odnosi się w równym stopniu do polityków, ubezpieczycieli, lekarzy i obywateli w ich roli pacjentów i wyborców.

Nakreślona powyżej sieć określonych interesów nie narzuca sztywnego ograniczenia zagregowanego popytu na opiekę zdrowotną. Nawet jeśli reformy te byłyby całkowicie zrealizowane w praktyce, każde społeczeństwo wciąż musi podejmować samodzielnie decyzje dotyczące równowagi pomiędzy popytem na opiekę zdrowotną i ograniczonymi zasobami. Niemniej jednak zaproponowane reformy oferują jakiś rodzaj bariery dla nieograniczonego wzrostu popytu (i tym samym wydatków).

7.3. Płace lekarzy: profesja lekarska a reforma

Zajmowaliśmy się już kilka razy kwestią dochodów lekarzy i innych dostawców opieki zdrowotnej, a także efektami, jakie reforma wywrze na profesję lekarską. Czas podsumować te uwagi we wspólnych ramach. Zacznijmy od warunków materialnych.

---

[15] Oczywiście ubezpieczenie prywatne nie gwarantuje całkowitej obrony przed miękkim ograniczeniem popytu. Ubezpieczenie jako instytucja niesie ze sobą niebezpieczeństwo ryzyka moralnego (patrz rozdział 2). Zarówno ubezpieczonemu, jak i leczącym go lekarzom może się wydawać, że nie ma sensu skąpić, ponieważ ubezpieczyciel i tak zapłaci.

Tabela 7.3. *Status lekarzy, Europa Wschodnia, 1998*

Kraj	Sektor publiczny	Sektor prywatny
Albania	większość lekarzy	
Bułgaria	większość lekarzy	
Czechy	lekarze w szpitalach publicznych	lekarze w opiece podstawowej i pozaszpitalnej
Chorwacja	większość lekarzy	
Węgry	lekarze w opiece pozaszpitalnej i szpitalnej	lekarze w opiece podstawowej
Macedonia	większość lekarzy	
Polska	większość lekarzy	
Rumunia	większość lekarzy	
Słowacja	lekarze w szpitalach publicznych	lekarze w opiece podstawowej i pozaszpitalnej
Słowenia	większość lekarzy	

Uwaga:
Nie licząc stomatologów.

Źródła: PHARE (1998: Dodatek); WHO (1999b).

Płaca lekarzy w Europie Wschodniej, po dziesięcioleciu postsocjalistycznej transformacji, pochodzi z trzech podstawowych źródeł. (Dyskusja niniejsza koncentruje się na lekarzach, podobne zasady odnoszą się do innych dostawców opieki zdrowotnej. Ograniczamy się do lekarzy oferujących usługi medyczne – to znaczy aktywnych zawodowo pracowników szpitali i przychodni – zatrudnionych lub zakontraktowanych przez instytucje-dostawców usług zdrowotnych i ubezpieczycieli. Nie bierzemy pod uwagę tych ludzi posiadających kwalifikacje lekarskie, którzy pracują w biurokracji państwowej lub w innych sferach jako administratorzy lub raczej decydenci niż lekarze. Wcześniej odwoływano się do szerokiej większości przedstawicieli tej profesji i tych mamy na myśli wszędzie tam, gdzie występuje zwrot „lekarze").

1. Większość lekarzy w Europie Wschodniej to funkcjonariusze publiczni (patrz tabela 7.3). Ich płaca jest ściśle regulowana w wąskich ramach na każdym szczeblu hierarchii. Różnica wysokości płacy między widełkami najwyższymi i najniższymi jest całkiem mała. Kariera w sektorze publicznym oznacza korzyści w kategorii wpływów i bezpieczeństwa pracy, ale nie oficjalnej płacy, gdzie szeroka rozpiętość jakości pracy lekarskiej – w wiedzy, doświadczeniu, opiece i przyzwoitości

zachowania w stosunku do pacjentów – nie jest odzwierciedlona w oficjalnej płacy.

Tabele 4.12 i 4.13 przedstawiają porównanie zarobków lekarskich w Europie Wschodniej i w rozwiniętych, tradycyjnych gospodarkach rynkowych. Dane dotyczące Europy Wschodniej biorą pod uwagę jedynie dochody z pierwszego źródła, oficjalnej płacy z sektora publicznego. Ujawniona różnica jest uderzająca. Lekarze w krajach rozwiniętych należą do najlepiej zarabiających ludzi. Jest to prawdą nie tylko w Stanach Zjednoczonych, gdzie większość lekarzy pracuje w sektorze prywatnym, ale również, na przykład, w Niemczech i Austrii, gdzie wielu z nich jest zatrudnionych w sektorze publicznym. Przeciwnie rzecz ma się w Europie Wschodniej – oficjalne wynagrodzenie lekarzy stale obniża się do poziomu bliskiego średniej w innych zawodach.

2. Aktualnie wielu lekarzy w Europie Wschodniej angażuje się w legalną praktykę prywatną. Jeśli porównuje się płace dwóch lekarzy z tym samym stażem – pracującego wyłącznie w sektorze publicznym i pracującego wyłącznie w prywatnym – ten drugi prawie zawsze będzie zarabiał znacznie więcej niż wynosi średnia w jego grupie. Niestety, nie dysponujemy rzetelnymi, systematycznie gromadzonymi danymi, aby poprzeć tę obserwację.[16]

   W przeciwieństwie do oficjalnych zarobków w sektorze publicznym, indywidualne dochody z prywatnej praktyki lekarskiej cechują się dużą rozpiętością. Zależą one od tego, czy prywatna praktyka stanowi mały, przypadkowy uboczny dochód, czy też jest głównym jego źródłem (jak w przypadku prywatnych, pracujących w pełnym wymiarze godzin lekarzy pierwszego kontaktu). Zarobki zależą również, oczywiście, od rynku na daną usługę, od czynników administracyjnych i innych o charakterze nieekonomicznym (takich jak zalecana tabela płac lekarskich), które powodują, że wysokości honorariów odbiegają od cen rynkowych. Nie chodzi nam o to, aby idealizować relatywne ceny, które się w ten sposób kształtują, innymi słowy dochód uzyskiwany dzięki świadczeniu niektórych usług w stosunku do innych. Jednak można twierdzić, że ceny te odzwierciedlają, lepiej lub gorzej, względ-

[16] W Polsce pracownicy w jednostkach pierwszej pomocy w prywatnych przedsiębiorstwach służby zdrowia zarabiają średnio 3000 złotych miesięcznie, podczas gdy chirurg w sektorze publicznym z 30-letnim doświadczeniem przynosi do domu jedynie 1500 złotych oficjalnej płacy (Kocińska 2000).

ne niedobory rynku opieki medycznej i wartość oceny nabywców (pacjentów), w przeciwieństwie do oficjalnych skal płac, które zasadniczo odzwierciedlają oceny biurokratów.

3. Co więcej, wielkie dochody lekarskie rodzą się obok legalnej praktyki prywatnej, w „strefie cienia" między legalnością i nielegalnością. Głównym składnikiem dochodu, jaki mamy tu na myśli, są pieniężne „dowody wdzięczności", opisane bardziej szczegółowo w rozdziale czwartym.

   Rozpiętość dochodów z „dowodów wdzięczności" jest szeroka. Odzwierciedlają one wizerunek, prawdziwy lub fałszywy opieki zdrowotnej, który postrzegają pacjenci, i dodatkową uwagę, jaką mają nadzieję sobie za nie kupić. Odzwierciedlają również reputację osoby je otrzymującej, opartą na jej rzeczywistych osiągnięciach, zawodowej wiedzy i doświadczeniu. Dodatkowo pacjenci rekompensują lekarzom ich pozycję w strukturze władzy lub, mówiąc dokładniej, skłonność lekarza do wykorzystania swojej władzy w interesie pacjenta czyniącego pieniężny „dowód wdzięczności": czy załatwi on pacjentowi dodatkowe korzyści, szybsze leczenie i tak dalej. Ocena wartości dokonywana przez nabywcę jest poważnie zniekształcona przez brak przejrzystości w tych transakcjach.

Obraz tych trzech źródeł razem wziętych jest szczególnie niekorzystny. Nawet po dodaniu źródeł 2 i 3, przeciętne zarobki w profesji medycznej są w Europie Wschodniej niedopuszczalnie niskie. Nie wynagradzają wielkiej wiedzy zawodowej, wyjątkowej odpowiedzialności i intensywności stresu w miejscu pracy. W obrębie samej profesji zachodzą niesprawiedliwe zniekształcenia w rozpiętości indywidualnych zarobków.

Zmiany, które niniejsza książka proponuje, mogłyby skierować zarobki lekarzy w pożądaną stronę. Prawdziwą siłą motywującą będzie wzrost prywatnego sektora. Większa liczba lekarzy niż w okresie poprzednim przejdzie do sektora prywatnego i będzie w nim pracowała w pełnym wymiarze godzin w dowolnej formie: indywidualnie czy w praktykach grupowych jako partnerzy, lub jako pracownicy prywatnej organizacji.

Kontynuując obecne tendencje, wielu lekarzy nie będzie pracować wyłącznie w sektorze prywatnym, ale staną w nim „jedną nogą", drugą wciąż pozostając w publicznym. Zalecane reformy oferują różne prawne ramy takiego podziału działalności zawodowej (na przykład partnerstwa kooperujące ze szpitalem lub przychodnią lub lekarze pracujący jakiś

czas w organizacji publicznej, a resztę na prywatnej praktyce). Można oczekiwać dalszego rozprzestrzeniania się form typu „część w, część poza", dopóki wszystkie władze i organizacje są gotowe sankcjonować ten stan pilnując, aby nie powstały formy niepożądane i nielegalne.

Rozwój sektora prywatnego ma dwojakie efekty. Przeciętne zarobki lekarzy wzrosną w stosunku do innych zawodów; zwiększy się też rozpiętość indywidualnych lekarskich dochodów, ale tych, które lepiej korelują z jakością i oceną wartości dokonywaną przez pacjentów. Zmiana ta nie wyniknie z centralnie kontrolowanych dostosowań lekarskiej skali płac. Będzie to spontaniczny rezultat zmian relacji własnościowych. W tym właśnie tkwi źródło jej impetu. W tym kontekście nie ma potrzeby kontynuować lub prowadzić lobbingu na rzecz wyższych zarobków lekarskich. Zamiast tego potrzebna jest reforma alokacji praw własności.

Co więcej, opisany proces może również wpływać pośrednio na źródło 1, płacę w sektorze publicznym.[17] Tylko bardzo uparty lub głupi przywódcy polityczni i biurokraci patrzyliby z założonymi rękami, jak najlepsi lekarze przenoszą się do sektora prywatnego. Jeśli społeczeństwo chce utrzymać integralność swoich publicznych instytucji służby zdrowia, będzie w końcu musiało zapłacić lekarzom więcej, aby zapobiec zwabieniu ich przez możliwości zarobkowe w sektorze prywatnym. Oczywiście będzie to oznaczało koniec sztywnych i wąskich skal płac lekarzy i stworzy większe pole manewru na lekarskim rynku pracy, który będzie wpływał na płace. Dodatkowo podniesie to wagę i znaczenie realizacji zaleceń zawartych w poprzednim podrozdziale, dotyczących usztywnienia ograniczenia popytu w służbie zdrowia, aby większa rozpiętość i przeciętny poziom dochodów lekarzy nie przyczyniły się do niepohamowanego wzrostu kosztów.

Można oczekiwać, że zmiany te, wzięte razem, umożliwią stopniową eliminację systemu „dowodów wdzięczności". Nie zalecamy tu wprowadzenia drastycznych przepisów prawnych zakazujących tej wątpliwej instytucji, jeśli nie z innego powodu, to głównie dlatego, że znajdą się sposoby ich ominięcia. Wszędzie, gdzie przejrzystym, legalnym sprzedażom i zakupom czegoś będzie „brakowało", a na dodatek wystąpi chronicz-

---

[17] Warto zwrócić uwagę na to, jak wysokie zarobki lekarzy porównują się z zarobkami przeciętnymi w Niemczech, kolebce ubezpieczenia społecznego (patrz tabela 4.12). Możliwość opuszczenia przez lekarzy sektora publicznego również winduje zarobki, jakie mogą oni w tym sektorze otrzymać.

ny niedobór, tam pojawi się „szara strefa" gospodarcza i ten rodzaj korupcji, w którym nabywca korumpuje sprzedawcę. „Dowody wdzięczności" powinny być przekształcone w legalne i przejrzyste płatności, nie zakazane.

Możliwe są również takie zmiany, które skłonią pacjentów do zaprzestania wręczania „dowodów wdzięczności":

- Wiele uzupełniających usług będzie można kupić legalnie, od szpitali i klinik publicznych lub w sektorze prywatnym. Płatność będzie ponoszona przez pacjenta bezpośrednio lub poprzez uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne.
- Partnerstwa lub przedsiębiorstwa medyczne mające kontrakt ze szpitalem mogą zapewniać prawne ramy często niejasnym relacjom, które powstają między pacjentami, leczącymi ich lekarzami i szpitalami publicznymi. Na przykład pacjenci często wciskają lekarzom pieniądze, aby zapewnić wykonanie dodatkowych badań za pomocą aparatury szpitalnej. W nowych warunkach pacjenci będą wnosili legalne płatności prywatnej grupie leczącej ich lekarzy, która z drugiej strony zapłaci szpitalowi za użytkowanie jego sprzętu. Jeśli chodzi o opłatę za własny pokój, będzie ona płacona w kasie szpitala, nie ordynatorowi.
- Obowiązkowe dopłaty pomogą oduczyć ludzi brzydkiego zwyczaju dawania „dowodów wdzięczności".[18] Nie tylko z tego powodu, że drenują one część pieniędzy pacjentów i pozostawiają mniej na inne wydatki zdrowotne. Dzieje się tak z tego jeszcze powodu, że wielu pacjentów nie pokłada wystarczającej ufności w coś, co otrzymuje bez opłaty. Kiedy wniosą dopłatę, mogą nie mieć poczucia, że powinni dać jeszcze „dowód wdzięczności".

Wszystkie te zmiany wywierają wspólny efekt i oddziałują między sobą. Nie miejmy złudzeń – nie będzie błyskawicznego sukcesu. Jednak dysponujemy tu nadzwyczajnym miernikiem. Będziemy mogli stwierdzić, że reforma służby zdrowia została zastosowana w praktyce z powodzeniem, gdy niepoprawny i uporczywy nawyk dawania „dowodów wdzięczności" zniknie z opieki zdrowotnej.

---

[18] Głębokie piętno tego zwyczaju jest widoczne w Polsce i na Węgrzech w ten sposób, że pacjenci dają „dowody wdzięczności" nawet wtedy, gdy ponoszą cały koszt kuracji czy usługi medycznej z własnej kieszeni (Polska: Chawla i inni 1999; Węgry: własne wywiady z lekarzami).

Reformy oczywiście zmienią sytuację lekarzy, dla których będą oznaczały zarówno straty, jak i zyski. Co poszczególni lekarze stracą, a co zyskają, zależeć będzie od ich specjalności, statusu w hierarchii, osobistych talentów i – do pewnego stopnia – szczęścia. Przyjrzyjmy się teraz głównym rodzajom zysków i strat.

Ujmując to nieco ironicznie, obecny mechanizm służby zdrowia spowodował powstanie pewnych kuriozalnych, feudalnych i oligarchicznych przywilejów. Na przykład lekarze pracujący w szpitalach, którzy kontrolują jakąś liczbę łóżek, zdobyli w ten sposób i prawie zagwarantowali sobie źródło władzy i dochodów z „dowodów wdzięczności". Poprzez łańcuch wzajemnych przysług są w stanie umieszczać swoich pacjentów, a także pacjentów swoich kolegów i przyjaciół, w miejscach leczenia, które uważają za najlepsze. Ci, którzy zbudowali w tej sieci koneksji dobrą pozycję, mogą mieć słuszne powody do obaw, że reforma tę sieć zniszczy i osłabi ich małe imperia.

Obawy nie zawsze są nieuzasadnione, ale istnieje kilka argumentów, które przeciw nim przemawiają. Lekarze, którzy górują zawodowo nad swoimi kolegami, zdobędą korzystną pozycję w stosunku do swoich kolegów w świecie bardziej otwartych, prawych, legalnie usprawiedliwionych transakcji. Co więcej, lekarze łączący nadzwyczajną wiedzę zawodową z innymi zdolnościami również znajdą swoje miejsce w nowych warunkach. Odnosi się to do tych, którzy angażują się w mądre, innowacyjne przedsięwzięcia, umieją utrzymywać dobre relacje z ludźmi, rozumieją kwestie finansowe, administracyjne i potrafią zarządzać. Druga grupa umiejętności nie powinna być lekceważona. Są one tak samo ważne w służbie zdrowia, jak w każdej innej sferze życia społecznego.

Istnieje inne kryterium, poza finansowym, które profesja lekarska powinna wziąć pod uwagę. System opieki zdrowotnej w okresie stalinowskim, klasycznym okresie socjalizmu, zamienił lekarzy w trybiki w wielkich, scentralizowanych, zbiurokratyzowanych, hierarchicznych maszynach. Pierwszy postulat etyczny, zasada pierwsza, reguła jednostkowej suwerenności, odnosi się w równym stopniu do lekarzy i innych dostawców opieki zdrowotnej, jak do pacjentów. Decentralizacja, równoległe funkcjonowanie kilku form własności, większy wybór możliwości pracy i konkurencja między organizacjami wzmocnią indywidualną autonomię lekarzy i innych pracowników służby zdrowia.

7.4. Neutralność stosunków pomiędzy sektorami

Postsocjalistyczna transformacja umożliwiła rozwój sektora prywatnego w sferze dostawy i finansowania opieki zdrowotnej. Stoimy na stanowisku, że transformacja ta powinna być dalej stymulowana i popierana. Jednak istnieje niebezpieczeństwo, że służba zdrowia podzieli się na dwie części na skutek niekonsekwentnego, zniekształconego procesu reform. Prywatne szpitale i prywatne praktyki lekarskie będą obsługiwały bogatsze grupy społeczne, które będą mogły pozwolić sobie na bezpośrednie opłacanie czy zakup prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wiele usług objętych pakietem podstawowym również będzie opłacanych z funduszy prywatnych. W tym samym czasie publiczne szpitale i przychodnie wraz ze związanymi z nimi lekarzami pierwszego kontaktu będą obsługiwać grupy biedniejsze, których opiekę będzie się opłacać z funduszy publicznych.

Już teraz widzimy oznaki takiego podziału, który może spowodować poważne szkody i zrodzić błędne koło. Przypuśćmy, że ograniczone możliwości sprzedaży usług hamują rozwój legalnego sektora prywatnego, który nie wydaje się wystarczająco lukratywny, aby stymulować tworzenie się firm medycznych. Jedynym źródłem finansowania modernizacji i rozwoju szpitali publicznych jest publiczny budżet, ale dystrybuuje on swoje fundusze raczej skąpo. Rezultatem takiej sytuacji jest niewystarczający rozwój zarówno prywatnego, jak i publicznego sektora. Ubezpieczyciele prywatni, jeśli wykluczy się ich z uczestnictwa w opiece podstawowej, nie znajdują żadnego większego interesu we wchodzeniu na rynek ubezpieczenia zdrowotnego. Ludzie bogatsi, zrezygnowawszy z wielu prawie darmowych usług oferowanych przez sektor publiczny, na rzecz – jak mają nadzieję – lepszych, oferowanych przez prywatnych dostawców, są zdania, że dalsze poświęcanie wielkich sum na system ubezpieczenia społecznego jest bezzasadne. Ostatecznie skłania ich to do odrzucenia, poprzez swoich politycznych przedstawicieli, tego ciężaru najdalej jak tylko się da.

Jeśli powstanie takie błędne koło, trudno będzie je przerwać. Lepiej zapobiegać jego narodzinom niż doń wejść. Można tego dokonać dzięki spójnej i konsekwentnej realizacji zasady neutralności stosunków pomiędzy sektorami. Wyrażenia „neutralność stosunków pomiędzy sektorami" zaczęto powszechnie używać w debatach w Europie Wschodniej w okresie eksperymentów z reformami socjalizmu rynkowego, na przykład na

Węgrzech, w Polsce i Związku Radzieckim. Był to moment, w którym ponownie zaczęły się pojawiać prywatne przedsiębiorstwa (oczywiście w sektorze komercyjnym, nie w służbie zdrowia). Prawne regulacje tego okresu stosowały dyskryminację na korzyść sektora państwowego: przedsiębiorstwa państwowe mogły kupować wyłącznie od innych przedsiębiorstw państwowych. Przedsiębiorstwa prywatne mogły robić interesy tylko z innymi przedsiębiorstwami prywatnymi lub gospodarstwami domowymi. Ta biurokratyczna dyskryminacja była wzmacniana i podbudowywana oficjalną ideologią, która określała, że „państwowy" menedżer, który wierzył w socjalizm, nie powinien wspierać rozwoju kapitalizmu, pozyskując wkłady od prywatnych przedsiębiorstw. Spierając się z tym poglądem i procedurami, rzecznicy reformy zalecali zasadę neutralności stosunków pomiędzy sektorami. Niewskazana jest dyskryminacja ze względu na formę własności. Państwowe przedsiębiorstwa powinny mieć wolną rękę w pozyskiwaniu wkładów od dostawców, którzy zaoferują im najlepsze warunki.

Takie niedyskryminujące zachowanie musi być zastosowane w służbie zdrowia w okresie postsocjalistycznym, zarówno po stronie dostawy jak i ubezpieczenia. Wspominano już w niektórych miejscach o zastosowaniu tej zasady w określonych interakcjach. Czas więc na ogólne podsumowanie:

1. Usługi objęte pakietem podstawowych korzyści muszą być finansowane przeważnie z funduszy publicznych bez względu na to, czy pochodzą od dostawcy publicznego czy prywatnego. Instytucja, która dokonuje alokacji pieniędzy publicznych na ten cel, nie powinna mieć prawa dyskryminowania dostawców według ich formy własności.[19] Decyzje pacjentów i lekarzy w przypadkach, gdy mogą oni wybierać dostawcę bezpośrednio, muszą być uszanowane. Gdy decyzję ma podjąć instytucja finansująca, wybór ten nie powinien być ukierunkowany uprzedzeniami wobec różnych form własności, ale kryteriami wydajności. Zasady sprawiedliwej konkurencji muszą stosować się jednakowo do dostawców publicznych i prywatnych. Może to odbywać się w formie konkurencyjnych przetargów i specjalnych form aukcji w przypadku większych zamówień i całościowych kontraktów.

---

[19] Zasadę tę stosuje się w kanadyjskim systemie opieki zdrowotnej, w którym głównym źródłem finansowania są pieniądze publiczne, ale wielka ich część jest przeznaczona na opłacanie opieki dostarczanej przez prywatnych dostawców.

Wymuszenie neutralności nie będzie łatwe. Polskie reformy, rozpoczęte w 1999 roku, wprowadziły neutralność finansowania względem sektora. Niemniej jednak regionalne kasy chorych preferują instytucje publiczne, nawet jeśli oferowane przez nie usługi są droższe i niższej jakości niż świadczone przez prywatne, i podpisują kontrakty z konkurującymi przedsiębiorstwami prywatnymi jedynie sporadycznie (Kocińska 2000).

Od czasu do czasu podnoszą się głosy protestu, gdy opinia publiczna dowie się o tym, że będąca jedynym płatnikiem publiczna instytucja ubezpieczeniowa powierzyła jakieś zadanie prywatnej firmie, wykorzystując do tego publiczne pieniądze. Uprzedzenia tego rodzaju, pozostałość okresu socjalistycznego, znikły jednocześnie w sferze biznesu. Byłoby bardzo pożądane, aby wygasły również w służbie zdrowia. Jednym z przesłań reformy powinno być rozważne dysponowanie pieniędzmi, ponieważ pochodzą one z kieszeni podatników. Jeśli prywatna organizacja czy osoba potrafią zaoferować lepsze warunki niż publiczna, to oczywiście powinno się wybrać tę pierwszą.[20]

2. Instytucja dokonująca alokacji funduszy publicznych powinna być przygotowana na aprobowanie dodatkowego finansowania jakiejkolwiek działalności. Jeśli jej własny system opłat określa, że może zapłacić 100 jednostek pieniężnych za określoną usługę, ale pacjent wybiera dostawcę, który żąda 150, niech z finansów publicznych zapłacone będzie te 100 i udzielona zgoda na zapłacenie przez pacjenta 50 jednostek różnicy.[21]

   Przyjrzyjmy się temu problemowi z punktu widzenia pacjenta – niezbyt bogatego, ale mającego, powiedzmy, średnie dochody. Jeśli nie jest stosowana zasada neutralności, może on wybrać pomiędzy dwoma skrajnościami: zapłaceniem 0 (na przykład w szpitalu publicznym) lub zapłaceniem 150 (na przykład w prywatnym). Rzeczywisty wybór odbywałby się pomiędzy zapłaceniem 0 a 50, tylko ta druga kwota

---

[20] Jeśli węgierska prywatna firma medyczna otrzymuje pieniądze z Funduszu Ubezpieczenia Społecznego, nie wolno jej przyjmować pieniędzy bezpośrednio od pacjentów. Z drugiej strony, wiele organizacji publicznych finansowanych przez ten fundusz domaga się dopłat za zwiększoną liczbę usług. Sytuacja ta świadomie narusza zasadę neutralności i pozbawia prywatnych dostawców bodźców wynikających z dopłat (Nagy 2000).

[21] W literaturze często określa się to jako umożliwienie dostawcom „równoważącego wystawiania rachunków" („bilansowania rachunków") ich pacjentom (to znaczy wystawienie pacjentowi rachunku bezpośrednio na te dodatkowe 50 jednostek ponad oficjalne tabele opłat).

byłaby kosztem *dodatkowym*. Stwarzałoby to sytuację uczciwej konkurencji pomiędzy różnymi formami własności.

Zastosowanie zasady neutralności mogłoby spowodować znaczne zmiany w alokacji wydatków, redukując obciążenia gospodarstw domowych i zwiększając finansowanie wydatków z funduszy publicznych. Cena do zapłacenia jest makroekonomiczną ceną fiskalną, tak więc wszyscy podatnicy, utrzymujący opiekę podstawową, mogą być świadomi, że otrzymują uczciwą opiekę w systemie. Będą korzystali jednakowo z korzyści, bez względu na to, którego dostawcę wybiorą. To poczucie sprawiedliwości systemu powinno umacniać polityczne poparcie płacenia na służbę zdrowia.

3. Dostawcy publiczni nie powinni zadowolić się pozostawieniem wszystkich usług uzupełniających dostawcom prywatnym. Powinni starać się wygrać walkę konkurencyjną z sektorem prywatnym nie fortyfikując się murem przepisów gwarantujących swoje przywileje, ale rozszerzając wybór w ofercie. Na przykład pacjenci szpitala mogą zechcieć skorzystać z komfortu jednoosobowego pokoju. Nie powinno się ich zmuszać do skorzystania ze szpitala prywatnego. Jak największa liczba szpitali publicznych powinna oferować taką możliwość legalnie.

   Poza tym przykładem, w rozdziale piątym wymieniono kilka rodzajów usług, które można uważać za „uzupełniające". Szpitale publiczne i inni publiczni dostawcy powinni dodać je do swojej oferty, ustalić rozsądne ceny i oferować je legalnie pacjentom. W zasadzie proces ten już się zaczął, ale nie jest on ważnym źródłem dochodów dostawców publicznych.

4. Zasada neutralności jest ważna również ze względu na uregulowaną konkurencję między ubezpieczycielami. W rozdziale piątym omówiono szczegółowo kwestię decentralizacji branży ubezpieczeniowej. Podsumowując tę dyskusję należy stwierdzić, że w układzie określonym mianem formy A, w której ubezpieczenie opieki podstawowej jest zmonopolizowane przez instytucję publiczną, istnieje dyskryminacja prywatnych ubezpieczycieli. Z drugiej strony forma B jest sektorowo neutralna. Uprawnienie obywateli do korzystania z opieki podstawowej manifestuje się poprzez wsparcie składki lub voucher, który otrzymują. Wybór ubezpieczyciela należy do nich. Chociaż autorzy podtrzymują *zastrzeżenia*, wyrażone w rozdziale piątym w sprawie zbyt szybkiego wprowadzenia formy B, muszą w tym miejscu dodać dwa argumenty dotyczące neutralności, przemawiające na jej korzyść. Jednym z nich jest fakt, że forma B uczyni branżę ubezpieczeniową

bardziej zainteresowaną wejściem na rynek ubezpieczeń zdrowotnych. Jest to jedyny sposób nadania prawdziwego impetu również i ubezpieczeniu opieki uzupełniającej. Inna, wiążąca się z tym korzyść, jest taka, że zwiększy ona swobodę wyboru indywidualnych pacjentów (jeśli podejmie się kroki zapobiegające selekcji ryzyka, narażającej wybór pacjentów „wysokich kosztów").

Zastosowanie neutralności stosunków między sektorami rozszerzy możliwości rozwoju w służbie zdrowia. Kontynuując podsumowanie, rynek dla prywatnych dostawców wzrośnie dzięki zmianom 1 i 2, zaś dla publicznych – 3, a dla prywatnych ubezpieczycieli – dzięki zmianie 4. Zmiany 1-3 mogą być bardzo szybkie. Zmiana 4, jak wspomniano wcześniej, wymaga dłuższego okresu, nawet tam gdzie wybrano decentralizację branży ubezpieczeniowej po oszacowaniu wad i zalet formy B.

7.5. Kto decyduje o rozwoju służby zdrowia?

We wstępie do niniejszej książki obiecaliśmy, że zajmiemy się kwestią politycznego i ekonomicznego mechanizmu, za pomocą którego podejmowane są decyzje dotyczące alokacji zasobów w służbie zdrowia, nie zaś decyzjami o charakterze alokacyjnym jako takimi. Postawione pytanie brzmiało „Kto ma prawo decydować?". Ten akapit, podsumowując zalecenia, ma na celu udzielenie odpowiedzi na to pytanie.

Punktem wyjścia są materialne i intelektualne zasoby aktualnie dostępne służbie zdrowia. Nikt nie myśli o ich zmniejszeniu. Pytanie o ich zwiększenie może być sformułowane mocniej. Kto jest kompetentny do decydowania w kwestii przydzielenia dodatkowych zasobów i jakie procedury będą kierowały alokacją tych zasobów, aby zwiększyć rozmiary służby zdrowia?

Zalecenia dzielą problem podejmowania decyzji na dwie etycznie, prawnie i ekonomicznie oddzielne części. Ci, którzy akceptują te zalecenia jako fundament reform, już podjęli ważną decyzję, akceptując podstawowe zasady etyczne, pierwszą i drugą, suwerenności jednostki i solidarności:

❑ Każdemu należy zagwarantować dostęp do podstawowej opieki, finansowanej głównie z pieniędzy publicznych. Oznacza to pewne elementy o charakterze redystrybucyjnym, poza komercyjno-ubezpieczenio-

wym: gromadzenie obowiązkowych składek, które zagwarantują odpowiednie finansowanie publiczne podstawowego pakietu korzyści. Rozmiary tych obowiązkowych składek i budżet makro opieki podstawowej są określane w ramach instytucjonalnych demokratycznego procesu politycznego.

❑ Każdy musi mieć możliwość kupienia uzupełniających usług zdrowotnych do koszyka podstawowego, w uregulowanych warunkach rynkowych, za własne pieniądze lub poprzez ubezpieczenie komercyjne. Ramy prawne takich transakcji muszą być stworzone zarówno po stronie dostawy, jak i finansowania.

Poczynione tu propozycje mają na celu zapewnienie swobody wyboru wszystkim graczom. Rozszerzają prawo pacjenta do swobodnego wyboru lekarza. Pacjenci, którzy nie akceptują decyzji swoich lekarzy dotyczących dalszego skierowania, mogą decyzje te kwestionować i zaskarżać, mogą też zapłacić za drugą konsultację lekarską z własnej kieszeni, bez skierowania, lub mogą zmienić lekarza. Istnieć będzie kilka lub kilkanaście przychodni i szpitali, które zaoferują im podobny standard opieki. Wybór pomiędzy konkurującymi dostawcami będzie należał do pacjentów lub ich lekarzy pierwszego kontaktu, działających w ich imieniu. Decentralizacja w warunkach uregulowanej konkurencji zwiększy też wybór ubezpieczenia.

Wybór lekarzy rozszerzy się w kategoriach form własności, w których mogą oni praktykować. Będą decydować, czy zechcą pozostać częścią większej organizacji, czy też chcą szukać większej autonomii i możliwości dla swej przedsiębiorczości.

Jeśli chodzi o możliwości wyboru otwierające się przed pracodawcami, rozszerzą się one w kategoriach form dostępnych tym, którzy chcą przyczynić się do wydajnej organizacji i finansowania opieki zdrowotnej ich pracowników.[22]

Możliwości wyboru dostępne jednostce rozszerzą się, ale bez konieczności poświęcania zasady solidarności. Zalecane reformy są tak zaprojektowane, aby wywierając wspólny efekt gwarantowały powszechny, równy dostęp do pakietu podstawowych korzyści.

---

[22] Rozszerzenie zasady neutralności w ubezpieczeniach jest ważnych warunkiem, zanim zaczną funkcjonować zintegrowane, prywatne organizacje ubezpieczyciela-dostawcy, takie jak HMO.

Propozycje te jednoznacznie opowiadają się za wiodącymi, właśnie opisanymi ideami. Jednak, z zamierzenia, pozostawiając otwartymi kilka względnie podrzędnych kwestii, ważą korzyści i wady różnych alternatywnych rozwiązań.

Jeśli chodzi o finansowanie, autorzy opowiadają się za podatkiem na cele zdrowotne, ponieważ jest on przejrzysty, ale nie odrzucają obowiązkowych składek przyjmujących formę odmienną. Pomimo kilku wad, decentralizacja i zarządzana konkurencja w dziedzinie ubezpieczenia zdrowotnego oferuje wielkie korzyści, ale jedynie wtedy, gdy podejmie się wystarczające przygotowania przed zmianą, a jej idea zdobędzie społeczne poparcie. Zaproponowano kilka możliwych mechanizmów gwarantujących zasadę równego dostępu do opieki podstawowej w systemie zarządzanej konkurencji pomiędzy ubezpieczycielami, którzy mogą zaoferować zintegrowane pakiety usług podstawowych i uzupełniających. Równie ważne jest umożliwienie, a nawet zachęcanie pracodawców do podejmowania aktywnej roli w zarządzaniu konkurencją pomiędzy przedsiębiorstwami oferującymi komercyjne ubezpieczenia, które mogą przybierać kilka form.

Również po stronie dostawy nie zaprezentowano żadnego jednolitego systemu. Celem tego zabiegu jest różnorodność: różne formy własności, różne skale wielkości organizacji dostawczych i różne systemy płatności mogą obok siebie istnieć i funkcjonować jednocześnie. Jeśli chodzi o podejmowanie decyzji inwestycyjnych, zalecany był większy stopień decentralizacji niż dotychczas. Jednakże kwestia, jak dalece ta decentralizacja powinna być posunięta i jakie decyzje powinny wciąż być podejmowane centralnie, nadal pozostaje otwarta.

Pozwalamy sobie na optymizm, zakładając, że niektóre kraje Europy Wschodniej przyjmą te propozycje. Samo z siebie nie określałoby to ostatecznie zakresu, do jakiego rozwinęła się służba zdrowia. Kwintesencją podejścia przyjętego w niniejszej książce jest to, że wytyczne są określane przez ogół wyborców, poprzez proces polityczny i ogół gospodarstw domowych, poprzez mechanizm rynkowy. Niemniej jednak warto zaryzykować kilka prognoz.

Nie należy oczekiwać żadnego nagłego wzrostu finansowania służby zdrowia. Większość krajów Europy Wschodniej boryka się z problemami fiskalnymi i nad ich gospodarkami ciąży chroniczny deficyt budżetowy. Po okresowych sukcesach w jego łagodzeniu na pewien czas następują regularne nawroty. Większość sił politycznych chciałaby zmniejszenia stopy wydatków państwa w stosunku do produktu krajowego brutto lub przynajmniej powstrzymania jej wzrostu. W tej sytuacji nie ma podstaw

oczekiwać znaczącego wzrostu części PKB przeznaczanego na podstawową opiekę zdrowotną. Jeśli kalkulacje opierają się na stałej proporcji, jedynie wzrost PKB może przynieść ze sobą wzrost wydatków na opiekę podstawową.

Z drugiej strony wydaje się możliwe, że wiele gospodarstw domowych będzie przygotowane na podniesienie części swoich wydatków przeznaczonych na opiekę zdrowotną, wraz ze wzrostem ich całkowitych dochodów (netto, po opodatkowaniu i innych obowiązkowych potrąceniach). Podsumowując je w kategoriach makroekonomicznych, oznacza to, że część PKB przeznaczona na *całkowite* wydatki na cele zdrowotne mogłaby wzrosnąć wraz ze wzrostem części całkowitych wydatków na cele zdrowotne finansowanych z prywatnych pieniędzy.

Prognoza ta bynajmniej nie aspiruje do uniwersalności. Historycznym punktem wyjścia tradycyjnych gospodarek rynkowych, sto pięćdziesiąt lub dwieście lat temu, było finansowanie wydatków na opiekę zdrowotną przez gospodarstwa domowe, przy bardzo małych wydatkach publicznych. Na późniejszym etapie rozwoju kapitalizmu udział całkowitych wydatków na cele zdrowotne opłacanych z kasy publicznej zaczął wzrastać. Tendencja ta przybrała na sile po drugiej wojnie światowej. (Patrz Kornai i McHale 2000, wykorzystując dane od lat dziewięćdziesiątych i dalej, i Schieber i Maeda 1999, wykorzystując nowsze dane. Patrz również przypis 2 w rozdziale trzecim). W Europie Wschodniej stan początkowy po upadku systemu socjalistycznego miał odwrotny charakter. Dominowało finansowanie z pieniędzy publicznych, rola pieniędzy prywatnych była znikoma. Tak więc zniesienie instytucjonalnych barier i obalenie uprzedzeń uwolni prawdopodobnie wielkie i rosnące prywatne zasoby przeznaczone na rozwój opieki zdrowotnej.

Aby wyjaśnić, jak ta prognoza dotycząca Europy Wschodniej ma się do trendów, które obserwujemy w krajach rozwiniętych, możliwe jest posłużenie się analizą ekonometryczną, do której odwoływano się w rozdziale czwartym (Kornai i McHale 2000). „Udziałem publicznym" nazwijmy stosunek części wydatków na cele zdrowotne, finansowanych z funduszy publicznych, do całkowitych wydatków. Celem analizy było dojście do liczbowego szacunku roli granej w określaniu udziału publicznego przez ekonomiczne i demograficzne zmienne wyjaśniające z jednej strony, a czynniki polityczne z drugiej. Serie czasowe dla krajów OECD zostały wykorzystane jako wzór. Okazało się, że wyniki kalkulacji zależały w wielkim stopniu od tego, czy próba obejmowała Stany Zjednoczone, czy też nie, ponieważ były one wyraźnie wyłączone.

Ekonomiczne i demograficzne wskaźniki (PKB, struktura wiekowa itp.) pozwalają na wyjaśnienie około połowy różnic w udziałach publicznych w wydatkach na cele zdrowotne. Z różnych kalkulacji wynikają następujące obserwacje:

- ▲ Udział publiczny wzrasta wraz ze wzrostem PKB (wśród tych rozwiniętych gospodarek rynkowych i ostatnio, biorąc pod uwagę inne czynniki, które powodują zmianę udziału funduszy publicznych w finansowaniu zachodzącą wraz z rozwojem kraju).
- ▲ Udział publiczny wzrasta wraz ze wzrostem udziału ludzi starszych w populacji.
- ▲ Urbanizacja zdaje się zwiększać udział publiczny.

Obserwacje te stosuje się bez względu na to, czy Stany Zjednoczone są włączone do próby czy nie, albo uwzględniane oddzielnie z wykorzystaniem zmiennej fikcyjnej, chociaż wartości liczbowe równania regresji znajdują się pod wpływem różnic w doborze parametrów.

Dalszy poziom analizy wykorzystywał polityczne zmienne wyjaśniające. Była to długość sprawowania władzy przez partię lewicową lub typu chadeckiego. Wprowadzenie tych zmiennych podniosło eksplanacyjny charakter równania. Wpływ partii lewicowych zwiększał udział publiczny, podczas gdy chadeckich wydawał się go zmniejszać, chociaż niezbyt znacząco.

Wyniki te zostały wykorzystane do prognozowania możliwego udziału publicznego w Europie Wschodniej, gdyby powtórzył się podobny wzór zachowania opisany równaniem regresji. (Logika leżąca u podstaw takiego eksperymentu została opisana w rozdziale czwartym). Wyniki obliczeń przedstawia tabela 7.4. Autorzy analizy powstrzymali się od porównania ich z rzeczywistymi udziałami publicznymi, ponieważ dane wschodnioeuropejskie wydawały się zbyt niesolidne (w przeciwieństwie do danych dotyczących rzeczywistych poziomów całkowitych wydatków, przytaczanych w rozdziale czwartym, które są użyteczne pomimo pewnych nieścisłości). Jedynie w przypadku Węgier pokusili się o porównanie prognozowanego i rzeczywistego udziału publicznego, ponieważ w tym przypadku możliwe było dogłębne krzyżowe porównanie danych. Rysunek 7.1 prezentuje wyniki tego porównania.

Zarówno tabela 7.4, jak i rysunek 7.1 pokazują jasno, że rezultaty zależą w wielkim stopniu od włączenia Stanów Zjednoczonych do próby. Jeśli Stany Zjednoczone są pominięte (to znaczy analizowane oddzielnie z pomocą zmiennej fikcyjnej), rzeczywisty udział publiczny Węgier spada

poniżej poziomu prognozowanego („prognozowany udział ze zmienną fikcyjną amerykańską"). Jeśli dane dotyczące Stanów Zjednoczonych zawierają się w próbie, pozostaje powyżej poziomu prognozowanego udziału publicznego („prognozowany udział bez amerykańskiej zmiennej fikcyjnej").

Należy uświadomić sobie, że nie jest to problem statystycznego doboru próby, ale coś o bardziej zasadniczym znaczeniu. Równanie regresji, z którego wyłączono Stany Zjednoczone, jest zdominowane przez przeszłe instytucjonalne struktury krajów europejskich lub nieeuropejskich krajów do nich podobnych. Pytanie postawione w rozdziale trzecim pozostaje nadal aktualne: czy sytuacja w Europie Zachodniej, Kanadzie i innych krajach OECD pozostanie nie zmieniona? Istnieje kilka sygnałów, które sugerują, że trendy w tych krajach w jakimś sensie się zmieniają, na korzyść rosnącego zakresu finansowania prywatnego. Tak więc, jeśli obliczenia te zostaną powtórzone za dziesięć lub dwadzieścia lat, równanie regresji, nie włączające Stanów Zjednoczonych, może dać wyniki bliższe obecnemu wzorcowi próby kraj ten obejmującej.

Warto zauważyć, jak ważna jest rola czynników politycznych w wyjaśnieniu udziału publicznego w całkowitych wydatkach na cele zdrowotne.

Co to oznacza dla Europy Wschodniej? Nie istnieje kraj, którego przyszły polityczny i ekonomiczny mechanizm służby zdrowia jest z góry określony. Z równania regresji jasno wynika, że przyszły mechanizm służby zdrowia nie jest zapisany *ex ante* w księdze historii gospodarczej. Jeśli wystarczająco uważnie przeanalizuje się trendy międzynarodowe, mogą okazać się one kompatybilne z reformą skrajnie ostrożną lub z radykalną. Nawet jeśli zostanie zastosowany cały zestaw zalecanych w niniejszej książce, wzajemnie powiązanych reform, wciąż pozostanie duży margines swobody decyzji – pomiędzy mniejszymi i większymi pakietami korzyści podstawowych i związanymi z nimi udziałami publicznymi; pomiędzy alternatywnymi formami instytucjonalnymi definiowania i uaktualniania tego pakietu; pomiędzy wolniejszym lub szybszym rozwojem finansowania opieki uzupełniającej i związaną z nim wielkością całkowitych wydatków na cele zdrowotne i tak dalej. To, co rzeczywiście zostanie zrealizowane w praktyce, będzie rezultatem interakcji pomiędzy siłami politycznymi i społecznymi w każdym kraju. Chociaż nie wszystkie wybory mogą być tak łatwo odwrócone, jakby się tego chciało, przyszli obywatele również będą mieli spore możliwości zmiany swojego sektora zdrowotnego. Obecne i przyszłe pokolenia ponoszą i będą ponosiły odpowiedzialność za swoje wybory.

Na kilku ostatnich stronach przeszliśmy od pewnego rodzaju normatywnych wytycznych typowych dla rozdziałów 5–7 do prognozy. To prowadzi nas do pytań, które zostaną omówione w ostatnim rozdziale.

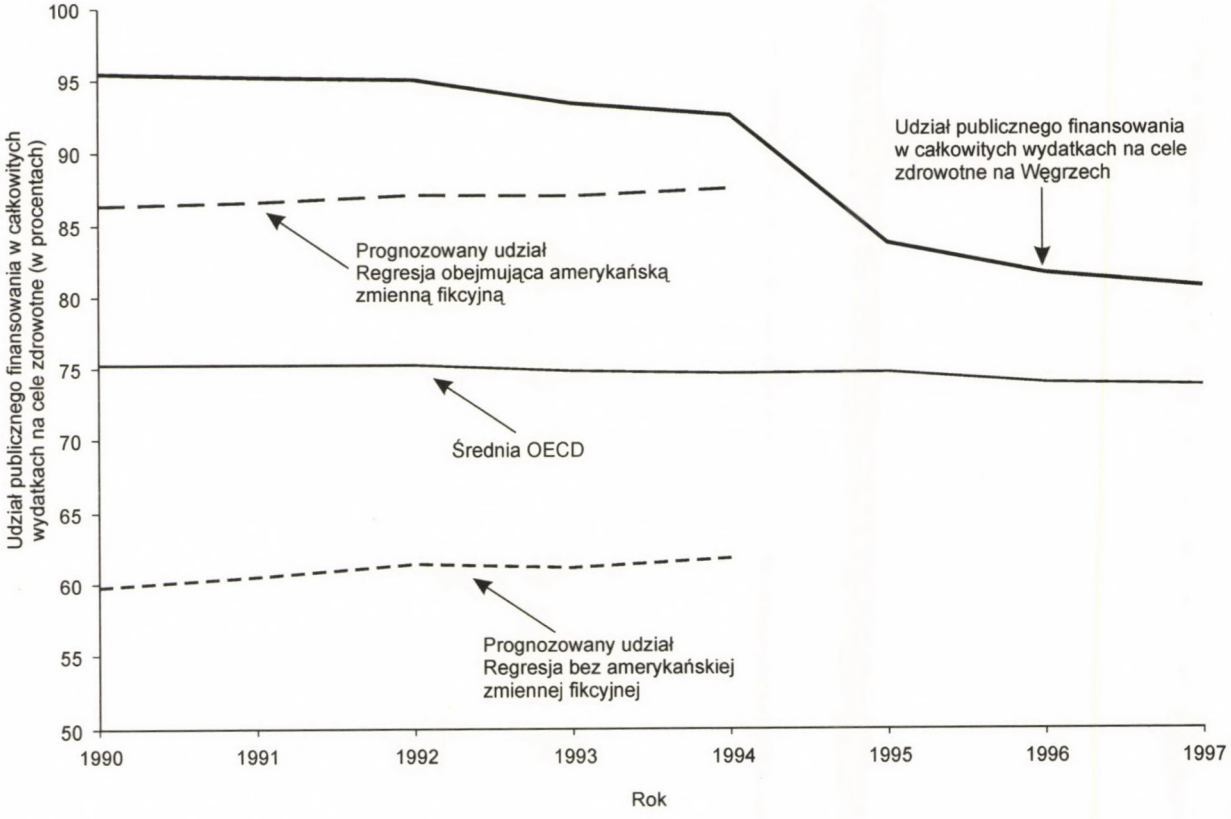
Tabela 7.4. *Prognozowane wartości udziału publicznego finansowania w całkowitych wydatkach na cele zdrowotne, Europa Wschodnia, lata 1990–1994*

Kraj	Prognozy oparte na analizie regresji z wyłączeniem zmiennej fikcyjnej dla Stanów Zjednoczonych				
	1990	1991	1992	1993	1994
Bułgaria	59,2	61,4	63,8	64,8	65,9
Czechy	54,5	56,2	57,0	57,7	57,9
Węgry	59,9	60,8	61,4	61,4	61,8
Polska	49,0	49,9	50,6	50,9	51,5
Rumunia	54,4	55,6	57,6	58,1	59,1
Słowacja	52,1	52,6	55,9	56,1	53,9
Słowenia	...	50,7	52,1	52,7	53,2
	Prognozy oparte na analizie regresji uwzględniającej zmienną fikcyjną dla Stanów Zjednoczonych				
Bułgaria	84,9	86,3	88,0	88,7	89,7
Czechy	83,0	83,9	84,4	84,8	85,2
Węgry	86,5	86,7	87,2	87,1	87,5
Polska	76,8	77,4	78,0	78,1	78,8
Rumunia	82,1	82,7	84,2	84,5	85,4
Słowacja	81,0	81,0	83,5	83,5	81,8
Słowenia	...	80,1	80,8	81,3	81,8
OECD	*75,3*	*75,3*	*75,3*	*75,0*	*75,0*

Uwaga:
Prognozy opierają się jedynie na zmiennych dotyczących rozwoju i demograficznych.

Źródło: Kornai i McHale (2000:393).

Rys. 7.1. *Węgry, udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na cele zdrowotne w trakcie procesu transformacji, lata 1990–1997*



Źródło: Kornai i McHale (2000: 394)

8 rozdział

Uwagi końcowe

8.1. Rola czynników poza mechanizmem ekonomicznym

Jedna z idei, jaką przedstawiliśmy w niniejszej książce, zawierała się w stwierdzeniu, że służba zdrowia nie może być dobrze uregulowana wyłącznie poprzez czysto biurokratyczny, rządowy lub czysto rynkowy mechanizm koordynacyjny. Potrzebna jest kombinacja tych dwóch mechanizmów i na pewno lepsza niż ta, z którą aktualnie mamy do czynienia. Z tego właśnie powodu zalecano kilka zmian w strukturze własności, finansowania i ubezpieczenia opieki zdrowotnej, w sferze bodźców i cen, innymi słowy, w ekonomicznym mechanizmie służby zdrowia. Musimy jednak podkreślić, że nawet najlepsze kombinacje tych czynników nie będą wystarczające, aby zapewnić dobre funkcjonowanie tego sektora. Potrzebne są także inne czynniki.

Rządowy nadzór i regulacja systemu opieki zdrowotnej muszą być obecne jednocześnie po stronie dostawy opieki i jej finansowania. Nadzór nie może obejmować wyłącznie sektora prywatnego, ale również organizacje publiczne. Przypuśćmy, że szpital publiczny lub przychodnia otrzymują większą autonomię ekonomiczną, zgodnie z propozycjami zawartymi w niniejszej książce, i różne finansowe bodźce wywierają silniejszy wpływ na jej kadrę zarządczą i pracowników. Warunki te

wprowadzą do ich zachowania cechy podobne do tych, które znajdujemy w sektorze prywatnym. Ludzie w krajach postsocjalistycznych przyjmują propozycję nadzoru państwa jako oczywistą. Niechęć i opór wobec rozprzestrzeniania się własności prywatnej i rynku osłabną, jeśli konieczność rozwoju państwowego nadzoru i koordynacji zostanie podkreślona w propozycji reform. Awersja wobec interwencji państwa zdaje się pochodzić od niektórych zachodnich doradców lub, mówiąc dokładniej, ekonomistów z liberalnymi skłonnościami. Jednakże jeśli każdy kraj na świecie stosuje nadzór nad lotnictwem, transportem drogowym lub ochroną środowiska naturalnego, państwo oczywiście musi wziąć na siebie podobną rolę także i w służbie zdrowia.

Punktem wyjścia w Europie Wschodniej jest państwowy sektor opieki zdrowotnej zakorzeniony w scentralizowanej gospodarce nakazowej, którego kontrolowania nauczyła się państwowa biurokracja służby zdrowia. Funkcja ta musi być zamieniona na nowy rodzaj koordynacji i nadzoru. Punkt ciężkości musi przemieścić się z wydawania dyrektyw do rozpowszechniania informacji, inspekcji i koordynacji. Wcześniejszej nadmiernej centralizacji powinno się przeciwstawić za pomocą transferu większej części zadań państwa władzom lokalnym.

Poza rolą regulacyjną i nadzorczą państwowej władzy wykonawczej, *władza sądownicza* odegra w reformie równie ważną rolę. Pacjenci w systemie socjalistycznym nie mogli zaskarżyć swojego lekarza czy szpitala z powodu złej praktyki. Najgorszą rzeczą, jaka mogła spotkać winnych błędów, było przejście przez procedury dyscyplinarne wewnątrz aparatu służby zdrowia, a i to było raczej wyjątkiem niż regułą. Nieobecność środków prawnych powiększała bezbronność pacjenta. Obecnie sytuacja ta w Europie Wschodniej zaczęła ulegać zmianie. Wprowadzono przepisy prawne dotyczące praw pacjenta, regulacje dotyczące procedur postępowania ze skargami pacjentów. (Doświadczenia polskie w tej materii, patrz Calnan, Halik i Sabbat 1998: 329-31.) Pozwy sądowe stają się coraz powszechniejsze. Niektóre kraje już stworzyły systemy ubezpieczenia, dywersyfikujące ryzyko szkód wynikające z pozwów przeciwko złej praktyce lekarskiej.[1] Pozwy takie mogą być zbyt częste,

[1] Oczywiście poszczególne wzrosty możliwości wyboru różnych uczestników mogą w równym stopniu przyczynić się do powstawania konfliktów i ograniczenia możliwości wyboru jednostki. Na przykład decentralizacja ubezpieczenia rozszerza zakres wyboru ubezpieczycieli i polis ubezpieczeniowych, ale ubezpieczyciel może ograniczać wybór lekarzy i szpitali dostępnych jego klientom-posiadaczom polis, a pracodawca może ograniczyć wybór polis dostępnych jego pracownikom.

jak na przykład w Stanach Zjednoczonych, a odszkodowania przyznawane przez sądy zbyt wysokie. Warto się zabezpieczyć przed przesadą, ale znacznie większym zagrożeniem jest w tej chwili to, że ofiary zbyt rzadko będą decydowały się na pójście do sądu.[2] Legalne ściganie przez sądy postępowania niezgodnego z etyką lekarską jest jednym z najważniejszych bodźców, który skłania lekarza do szanowania interesów pacjenta.

Ważną rolę mają do odegrania również media. Ujawnianie nieprawidłowości w służbie zdrowia nie jest tematem tabu dla prasy i innych mediów w krajach z długimi i trwałymi tradycjami demokratycznymi. Na przykład po rozprzestrzenieniu się w Stanach Zjednoczonych HMO i innych form „zarządzanej" opieki, lekarze zaczęli coraz powszechniej oszczędzać pieniądze, unikając badań i interwencji, które były kluczowe w leczeniu pacjenta. Fakt, że wiele takich przypadków zostało udokumentowanych w prasie i mediach elektronicznych, zwrócił uwagę opinii publicznej i polityków na ten problem. Mimo ograniczeń anegdotycznych dowodów, uwaga mediów odegrała użyteczną rolę w przyspieszeniu zastosowania środków zaradczych podjętych przez menedżerów i dostawców w organizacjach zarządzanej opieki. W tym samym czasie prawodawcy i sądy starały się przygotować przepisy i środki prawne zapobiegające takim zniekształceniom.

Opieka zdrowotna może oczekiwać, że policja, prokuratorzy, sądy i prasa uszanują jej wyjątkowe uwarunkowania, na przykład poufny charakter informacji o leczeniu i relacji lekarz – pacjent. Jednak w państwie konstytucyjnym nie można nikogo objąć całkowitym immunitetem, zwalniającym od stosowania zasady przejrzystości. Ani własność państwowa, ani konkurencja rynkowa nie mogą zapobiec nadużyciom i niedbalstwu. Pacjenci mają słuszne prawo do pozywania lekarza lub szpitala w przypadku złej kuracji czy traktowania. Ważne jest również, aby takie niedbalstwo miało odpowiednią *publicity* w prasie. Bez względu na to, jaki jest mechanizm ekonomiczny, istnieje potrzeba nadzoru i bodźców, które zapewniają sfera prawno-sądowa i prasa.

Równie ważna, poza działalnością legislacyjno-regulacyjną organów państwowych, sądów i mediów, jest kontrola *w obrębie społeczności lekarskiej*. Dobrowolnie, bez jakiegokolwiek zewnętrznego przymusu,

---

[2] Rozwój tzw. medycyny obronnej połączony z kosztami ubezpieczenia powoduje znaczny wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Obrona pacjentów i zmniejszanie ich bezbronności nie odbywa się za darmo.

społeczność ta musi podejmować środki przeciwko kolegom, którzy niewłaściwie się zachowują, nie poświęcają wystarczającej uwagi swojej pracy, źle traktują pacjentów, nie są na bieżąco z postępem medycyny i marnotrawią zasoby. Lekarze na całym świecie zorganizowani są w stowarzyszenia przypominające gildie. Profesjonalna duma jest powszechna, niczym „honor pułku" w armii. W przypadku pozwów sądowych związanych z decyzjami lekarskimi trudne może okazać się uzyskanie obiektywnej opinii lekarskiej; lekarzom ciężko jest zeznawać przeciwko swoim kolegom.

Im większy zakres narzuconej sobie samym przez lekarzy dyscypliny zawodowej, tym mniejsza potrzeba interwencji z zewnątrz. Istnieją już różne zawodowe stowarzyszenia i rady, na szczeblu ogólnokrajowym i lokalnym, w szpitalach i innych organizacjach. W środowiskach zawodowych pracowników opieki zdrowotnej tworzą się stowarzyszenia społeczne (w tym pielęgniarek, menedżerów w służbie zdrowia, prawników i ekonomistów, jak również i samych lekarzy). Natura tego organizmu sprawia, że musi się on rozwijać według własnego rytmu, dzięki wspólnym pomysłom i działaniom. Mamy nadzieję, że ta sieć organizacji społecznych będzie się nieustannie rozszerzała i rosła i okaże się zdolna do przeciwdziałania (na przykład za pomocą oświadczeń, zbiorów reguł i określonych procedur interwencyjnych, które będą miały wagę precedensu) szkodliwym efektom ubocznym, które będą wynikać z bodźców ekonomicznych.

Spory prawne i *publicity* w prasie są ważną bronią w rękach *pacjentów*. Mogą z nich uczynić większy użytek, jeśli nie działają w izolacji, gdy funkcjonują stowarzyszenia społeczne reprezentujące ich interesy. Zazwyczaj organizują się one „wokół" jakiejś określonej choroby, ponieważ wspólne problemy dzielone przez cierpiących i ich rodziny rodzą wśród nich rodzaj koleżeństwa czy braterstwa. Ciała takie mogą osiągnąć mistrzostwo w obronie pacjentów i organizować ich prawną reprezentację.

8.2. Zwolennicy i przeciwnicy reformy

W rozdziałach 5–7 podjęto próbę poparcia propozycji argumentami etycznymi i ekonomicznymi. Jednakże autorzy nie żywią iluzji. Nie wierzą, że jeśli wystarczająco dobre argumenty zostaną przedstawione wystarczającej liczbie ludzi, zwycięstwo leży w kieszeni. Jak dotąd,

w żadnym z krajów, gdzie wdrożono kompleksowe reformy sektora zdrowotnego, nie odbyło się to szybko i bezboleśnie.

Jedna z trudności w zdobyciu akceptacji dla proponowanego zestawu reform polega na tym, że niektóre z ich prawdopodobnie korzystnych rezultatów pojawią się po jakimś czasie i nie będą „widoczne" dla przeciętnego obywatela. Silniejsze czynniki rynkowe, rozwój konkurencji między dostawcami i bardziej racjonalny system finansowania i płatności przyczynią się oczywiście do przyspieszenia rozwoju technicznego i podniesienia jakości opieki zdrowotnej, ale nie natychmiast. Każdy pacjent odczuje korzyści, ale później i nie bezpośrednio, a niektóre grupy znacznie wcześniej doświadczą ryzyka i zjawisk niekorzystnych.

Innym powodem opozycji jest szczera i usprawiedliwiona obawa żywiona przez ekspertów opieki zdrowotnej. Przejście do własności prywatnej i rynku, wraz z decentralizacją procesu podejmowania decyzji, jaką ona oznacza, oczywiście zrodzi pewne niebezpieczne tendencje. Pacjenci biedni i „wysokich kosztów" mogą być dyskryminowani i doświadczyć odmowy koniecznego leczenia lub, alternatywnie, wzrost kosztów opieki zdrowotnej może wymknąć się spod kontroli. W naszej książce staraliśmy się zaradzić tym problemom, pokazując w jaki sposób można im zapobiegać lub minimalizować ich skutki. Jesteśmy przekonani, że korzystne efekty zalecanych zmian przeważą ich niepożądane, niekorzystne skutki uboczne, jeśli poświęci się wystarczającą uwagę tym aspektom proponowanych reform, które po to zostały zaprojektowane.

Obok usprawiedliwionych i słusznych obaw pojawiają się nieuzasadnione uprzedzenia. W Europie Wschodniej prowadzi się ogólnie akceptowany program powrotu do własności prywatnej i gospodarki rynkowej. Każdy się z nim zgadza, prócz oczywiście jakichś lewicowych radykałów i upartych, ortodoksyjnych komunistów, tak długo, jak długo chodzi o całą *gospodarkę*. Niemniej jednak wielu ludzi w głębi duszy hoduje stare uprzedzenia wobec własności prywatnej i rynku. Uprzedzenia te gwałtownie wybuchają, gdy dochodzi do dyskusji nad sektorem zdrowotnym.

Prywatnym dostawcom opieki zdrowotnej nie można pozwolić na osiąganie zysków kosztem pacjentów. Jednak takie obawy mogą być pozostałościami wcześniejszej indoktrynacji, która każdego kapitalistę przedstawiała jako żłopiącego krew pasożyta, żerującego na nabywcy. W rzeczywistości przedsiębiorstwo kapitalistyczne konkuruje z innymi, prywatnymi i publicznymi, o przychylność nabywcy. W każdej branży znajdziemy przypadki sprzedawców starających się zdobyć dodatkowe zyski

kosztem jakości. Jedynym sposobem osiągnięcia trwałego sukcesu jest w przypadku przedsiębiorstwa inwestowanie w lepszą jakość, obsługę klienta, rozwój techniczny i, jeśli to możliwe, jednoczesne zmniejszanie kosztów. Szpitale oczywiście są „ryzykowną branżą", w której prywatne przedsiębiorstwo, szukające zysków kosztem jakości, może spowodować poważne szkody. Jego ofiary raczej nie pocieszą się myślą, że konkurencja wyeliminuje kiedyś skąpych, krótkowzrocznych kapitalistów, którzy im szkodzą. Nie ma sensu przeczyć istnieniu niebezpieczeństwa, ale – jak podkreślano wcześniej – istnieje ono nawet wtedy, gdy szpitale są własnością publiczną; obniżanie kosztów za wszelką cenę i ludzkie niedbalstwo mogą również i tam powodować problemy. Nie tylko szpitale są „ryzykowną branżą". Życiu konsumentów mogą jednakowo zagrażać wadliwe części zamienne do samolotu, nieuważna jazda kierowcy autobusu czy niewłaściwe obchodzenie się z artykułami spożywczymi. Czy i w tych branżach prywatny biznes powinien być zakazany na rzecz własności publicznej?

Nie każda awersja jest podbudowana ideologicznie. Większość ludzi jest z natury podejrzliwych wobec każdej innowacji. Nad nieznane przedkładają to, co – choć oczywiście niedoskonałe – jest im dobrze znane.

Jednak głównym powodem opozycji wobec reformy jest przeczucie, że zagrozi ona czyimś prywatnym interesom. Dobrze byłoby wprowadzić reformę według zasady optymalizacji Pareto, dzięki której nie byłoby przegranych, za to wielu zwycięzców. Nie można jednak tego zagwarantować, chociaż zalecany w tej książce program zbliża się do tej zasady w *długim okresie*. W krótkim okresie jednak będą przegrani, którzy mają słuszne powody przeciwstawiać się reformie. Należy trzeźwo ocenić, czyje interesy będą naruszone i czy w jakiś sposób, choćby częściowo, można tym grupom zrekompensować ich straty, zneutralizować te grupy lub je wyizolować:

- Kierownicze grupy biurokratów służby zdrowia obawiają się utraty swojej niepodzielnej władzy na skutek decentralizacji i konkurencji, jak również demokratycznego procesu alokacji pieniędzy publicznych. Ich opozycja byłaby słabsza, gdyby pomyśleli o tym, co stało się podczas postsocjalistycznej transformacji w branży ubezpieczeniowej, handlu czy sektorze finansowym. Utalentowani, doświadczeni i łatwo dostosowujący się ludzie dysponujący odpowiednią wiedzą znaleźli się w dobrej sytuacji po reformach. Mogą w istocie zarobić większe pieniądze, niż gdyby zatrzymali swoje stanowiska w socjalistycznej biurokracji.

- Lekarze otrzymujący wielkie sumy w postaci „dowodów wdzięczności" obawiają się, że stracą swoje ukryte źródło dochodów, od których nie płacą podatku. Ci, którzy po prostu „doili" pacjentów, wykorzystując swoją wysoką pozycję, mają słuszne powody do obaw, gdyż reforma umieści relacje lekarz-pacjent w bardziej przejrzystym i „czystszym" układzie. Opozycji tych grup nie da się uniknąć. Z drugiej strony ci, którzy „dowody wdzięczności" pacjentów zawdzięczają swojej wiedzy i doświadczeniu, sumienności i ludzkiemu podejściu, mogą spać spokojnie. Mają wielkie szanse odniesienia sukcesu w zreformowanej służbie zdrowia. Ich całkowite dochody, po wyeliminowaniu „dowodów wdzięczności", mogą gwałtownie wzrastać, a na pewno nie zmniejszą się.[3]
- Istnieje przypadek „symetryczny" względem powyższego. Pacjenci, którzy zbudowali swój system koneksji za pomocą znajomości i „dowodów wdzięczności", boją się, że reformy ten układ zniszczą. Powinno się ich upewnić, że znacznie łatwiej i przyjemniej będzie budować takie relacje w warunkach nowych form własności i w nowych strukturach organizacyjnych.
- Zalecane zmiany będą działały na szkodę interesów „wolnych jeźdźców" funkcjonujących w systemie finansowania z funduszy publicznych. Należy podkreślić, że konieczne jest sprawiedliwsze rozłożenie obciążeń podatkowych na cele publiczne, które może zapewnić szersza podstawa opodatkowania. Będzie to wielce szkodliwe dla tych, którzy starali się uciec przed takim opodatkowaniem. Nie potrzebują rekompensaty: reforma musi być przeprowadzona pomimo ich opozycji.

Przeprowadzono kilka badań opinii publicznej dotyczących jej postaw, wpływających na proponowane tu reformy.

Tabela 8.1 prezentuje międzynarodowe porównanie stosunku do jednej z głównych grup problemów, które w książce niniejszej omówiono szczegółowo: ile „publicznych pieniędzy" chce poświęcić społeczeństwo na cele solidarności? Ci, którzy sformułowali to pytanie, nie koncentrowali uwagi swoich respondentów na służbie zdrowia. Nie sformułowali nawet precyzyjnie koncepcji „wydatków opiekuńczych". Nawet w tej sytuacji rozkład

[3] Nawet w kłótliwych Stanach Zjednoczonych szczegółowe badanie rejestrów lekarskich 30 000 pacjentów w stanie Nowy Jork ujawniło, że jedynie 1 pacjent na 7,5, którzy ucierpieli na skutek niedbalstwa, składał pozew przeciwko złemu postępowaniu lekarzy (Weiler i inni 1993: 139).

odpowiedzi jest godzien uwagi. Odpowiedzi polskie i węgierskie mają podobne struktury. Znacznie więcej ludzi chciałoby zmniejszenia podatków, nawet kosztem wydatków na cele opiekuńcze, niż życzyłoby sobie utrzymania aktualnej sytuacji lub zmian w przeciwnym kierunku. Polacy pod tym względem idą dalej niż Węgrzy. Znacznie mniejsza część respondentów czeskich pragnęłaby zmniejszenia podatków kosztem zmniejszenia wydatków na cele opiekuńcze.

Tabela 8.1. *Postawy względem kompromisów pomiędzy wydatkami na cele opiekuńcze i niższymi podatkami. Czechy, Polska i Węgry, procent wszystkich odpowiedzi*

Odpowiedzi	Węgry	Czechy	Polska
Podatki powinny być podniesione w celu wygenerowania zasobów na dodatkowe wydatki opiekuńcze	8	14	2
Żadne zmiany nie są konieczne; poziom podatków i wydatków na cele opiekuńcze powinny pozostać jakie są	32	47	36
Podatki powinny być zmniejszone, nawet jeśli oznacza to redukcję wydatków na cele opiekuńcze	43	19	60
Nie wiem	17	20	2

Uwagi:
Respondentom zadawano następujące pytanie: „Wielkość wydatków budżetowych państwa zależy od przychodów z podatków. Jeśli rząd miałby wybierać pomiędzy zmniejszeniem podatków lub zwiększeniem wydatków na cele opiekuńcze, co, Twoim zdaniem, powinien zrobić?"

Ankietę przeprowadziła we wrześniu 1999 roku Środkowoeuropejska Grupa Badań Opinii Publicznej, składająca się z węgierskiego TÁRKI, polskiego CBOS-u i czeskiego IVVM.
Źródło: TÁRKI (1999)

Tabela 8.2. *Rozkład opinii dotyczących konkurencji między ubezpieczycielami oferującymi ubezpieczenie zdrowotne i poziomu składek na ubezpieczenie społeczne, Węgry, 1999*

Odpowiedzi	Procent wszystkich odpowiedzi
Popieram zarówno zwiększenie składek, jak i wprowadzenie konkurencji	20,1
Popieram konkurencję, pod warunkiem że składki nie wzrosną	37,3
Nie popieram konkurencji	31,5
Nie wiem	6,9
Brak odpowiedzi	4,2
Razem	100,0

Uwaga:
N = 1,478
Źródło: TÁRKI

Rozkład opinii we wszystkich trzech krajach sugeruje, że wzrost obciążeń redystrybucyjnych uzyskałby względnie małe poparcie opinii publicznej. Wielu ludzi w tych krajach chciałoby mieć kontrolę nad większą częścią swoich dochodów, niż ma dotąd. Wspiera to (choćby pośrednio) prognozę przedstawioną w rozdziale siódmym: większy poziom wydatków makro na cele zdrowotne będzie możliwy raczej głównie przez wzrost udziału wydatków gospodarstw domowych na cele zdrowotne, niż drogą zwiększonych podatków i wydatków publicznych.

Wspomniano wcześniej, że TÁRKI, węgierski instytut badawczy, próbował badać opinię publiczną w kwestii pewnych dylematów wiążących się z reformą. Jedna grupa pytań badała, czy respondenci popieraliby decentralizację ubezpieczenia i wprowadzenie konkurencji między ubezpieczycielami, czy nie. Rozkład odpowiedzi został przedstawiony w tabelach 8.2–8.4. Mniej niż jedna trzecia respondentów zdecydowanie odrzucała ideę decentralizacji i konkurencji. Reszta popierała ją, warunkowo lub bezwarunkowo, z wyjątkiem 11 procent, które nie miało zdania w tej kwestii. Częstotliwość odpowiedzi przychylnych wzrasta wraz z poziomem wykształcenia i zmniejsza się z wiekiem, ale jest znacznie mniej wrażliwa na poziom dochodu. Sympatia wobec „zorientowanej rynkowo" reformy nie jest ani bardziej, ani mniej powszechna wśród tych z wysokimi dochodami niż w przypadku mniej zamożnych.[4]

Inna grupa pytań dotyczyła postaw wobec ubezpieczenia uzupełniającego. Podajemy tylko jeden wynik: 44 procent respondentów interesuje się tym ubezpieczeniem i nie odrzuca idei kupienia takiej polisy, chociaż skłonność do tego silnie jest skorelowana z wysokością składki.

Te ujawnione postawy nie mogą być traktowane jako coś w rodzaju prawdziwego badania rynkowego, ponieważ respondentom nie zaoferowano określonej polisy ubezpieczeniowej. Wynik ten wskazuje po prostu, jakie są poziomy całkowitego, bezpośredniego odrzucenia i zainteresowania.

---

[4] Istnieje niebezpieczeństwo procesu odwrotnego. Istnieją pewne grupy nacisku w środowisku lekarskim, które wspierają reformę z czysto finansowych powodów, starając się jednocześnie skierować zmiany w korzystnym dla nich kierunku, ale niepożądanym z szerszego, społecznego punktu widzenia. Na przykład starają się naciskać na wprowadzenie nie podlegającego kontroli honorarium za usługi, które prowadziłoby do inflacji kosztów. Początkowo miało to miejsce w Czechach (Vepřek, Papes i Vepřek 1995). Polscy lekarze lobbowali na rzecz takiego systemu płatności, ale nie udało im się pozyskać poparcia (Lawson i Nemec 1998; Bossert i Włodarczyk 2000: 19).

Tabela 8.3. *Rozkład wieku osób preferujących konkurencję między ubezpieczycielami oferującymi ubezpieczenie zdrowotne, Węgry, jako część mówiących „tak" lub „nie", w procentach, 1999*

	Grupy wiekowe					
	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–
Zwolennicy	55,3	54,2	54,2	41,8	38,2	37,4
Przeciwnicy	44,7	45,8	45,8	58,2	61,8	62,6

Uwaga:
Liczba przypadków z wyłączeniem odpowiedzi typu: „nie wiem" i „brak odpowiedzi": 1 322.
Źródło: TÁRKI (1999).

Tabela 8.4. *Udział zwolenników konkurencji, Węgry, rozkład według wykształcenia, jako część mówiących „tak" lub „nie", w procentach, 1999*

	8-klasowa szkoła podstawowa lub mniej	Technikum	Szkoła średnia	Wyższe wykształcenie	Razem
Zwolennicy	40,9	45,6	58,9	58,0	48,8
Przeciwnicy	59,1	54,4	41,1	42,0	51,2

Uwaga:
Liczba przypadków z wyłączeniem odpowiedzi typu „nie wiem" i „brak odpowiedzi": 1 322.
Źródło: TÁRKI (1999).

Badanie przeprowadzone w Chorwacji (Chen i Mastilica 1998) dowodzi, że istnieje tam wysoki poziom niechęci wobec reformy, która dałaby większy zakres możliwości działania prywatnej własności i rynkowi. Struktura odpowiedzi zaprezentowana jest w tabeli 8.5, zgodnie z kategoriami dochodów respondentów. Różni się ona od wyników węgierskich, odpowiedzi silnie zależne są od poziomu dochodów, być może z tego powodu, że pytania były sformułowane w bardziej ogólnych kategoriach niż w precyzyjniejszej ankiecie węgierskiej. Warstwy biedniejsze mniej obawiały się środków i sposobów przeprowadzenia reform wskazanych w kwestionariuszach ankiety węgierskiej.

Badanie opinii publicznej w Bułgarii (Delcheva, Balabanova i McKee 1997) miało na celu poznanie skłonności opinii publicznej do odejścia od finansowania opieki zdrowotnej typu socjalistycznego. Odpowiedzi przedstawione są na rysunku 8.1, podzielone według grup wiekowych. Sympatia wobec tej idei jest najpowszechniejsza wśród najmłodszej grupy wiekowej i spada wraz z funkcją wieku. Rozkład bułgarski przypomina chorwacki pod względem wzorca preferencji oraz wrażliwości na dochód.

Można sformułować dwie podobne lekcje na podstawie tych badań opinii publicznej. Pierwszą jest konieczność podjęcia wysiłku, mającego na celu zapoznanie opinii publicznej w Europie Wschodniej z łatwo odróżnialnymi alternatywami, które muszą być jak najbardziej precyzyjne. Respondenci nie powinni dowiadywać się od osób przeprowadzających wywiad, zatrudnionych przez badaczy z kręgów akademickich, jakie mają możliwości. Zwolennicy i przeciwnicy alternatywnych kursów powinni publicznie debatować i tłumaczyć swoje punkty widzenia. Dopiero później powinno się badać opinię publiczną.

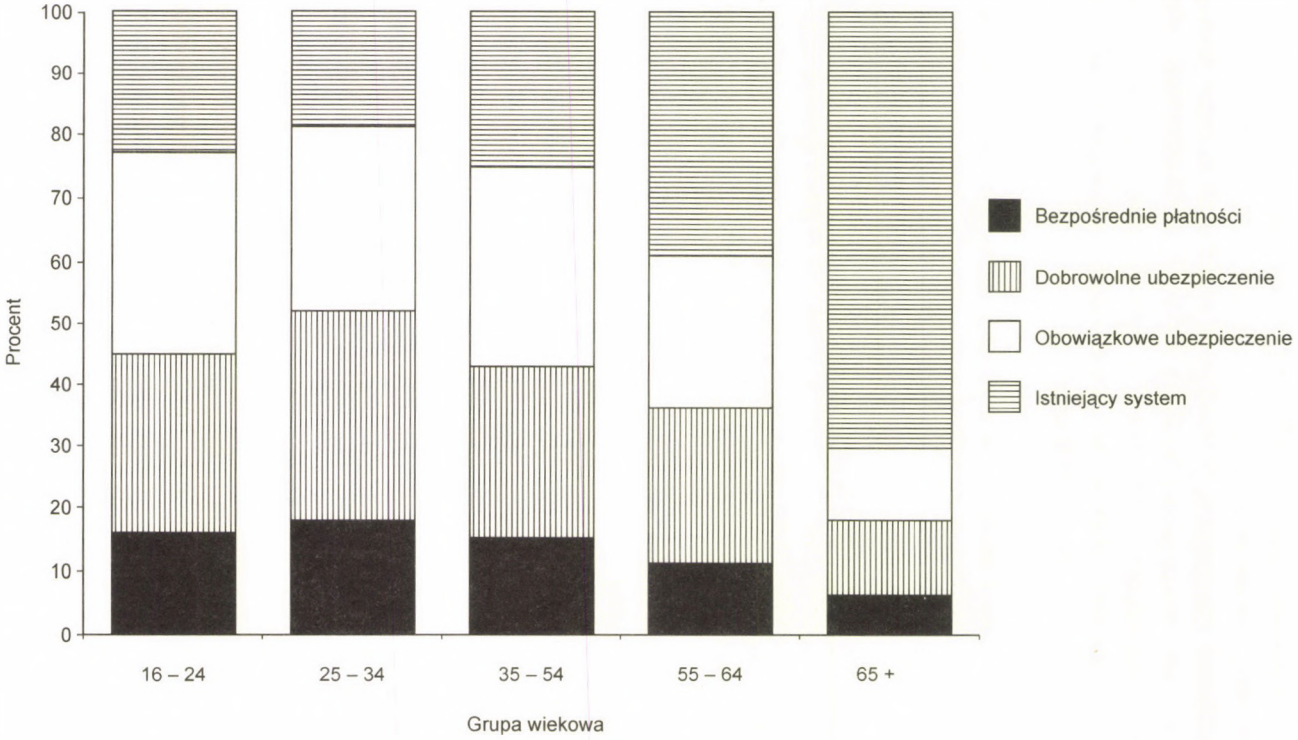
Tabela 8.5. *Znajomość i postawa wobec reformy służby zdrowia, Chorwacja, rozkład według grup dochodów, 1994, w procentach*

	Grupa dochodów			
	niskie	przeciętne	wysokie	połączone
W ogóle nie rozumiem reformy	48	34	30	36
Reforma się nie powiedzie wcale lub nie będzie miała znaczących osiągnięć	51	52	33	46
Reforma pogorszy sytuację respondenta jako pacjenta	52	46	20	40
Dopłaty za wizytę u lekarza ogólnego są wysokie lub bardzo wysokie	44	30	22	31
Dopłaty za wizytę u specjalisty są wysokie lub bardzo wysokie	52	38	32	39
Dopłaty za opiekę szpitalną są wysokie lub bardzo wysokie	62	48	36	48
Dopłaty do leków na receptę są wysokie lub bardzo wysokie	48	44	33	42

Uwaga:
Próba (n = 562) została podzielona na trzy grupy według poziomu dochodów, każda reprezentująca około jedną trzecią całej próby. Miesięczny dochód członków grupy niskich dochodów wynosił 740 kun (około 140 dolarów amerykańskich) lub był niższy, grupy dochodów średnich 740–1480 kun, a dochodów wysokich 1480 kun i więcej.
Źródło: Chen i Mastilica (1998:1158).

Szerokie, konstruktywne debaty poprzedziły reformy w kilku krajach rozwiniętych. Chociaż polemiki koncentrują się raczej na środkach (nie wszystkich), dowodzą, że ludzie nie pozostają w nieświadomości. Jak dotąd w Europie Wschodniej nie odbyło się zbyt wiele debat, przynajmniej dobrze *poinformowanych* uczestników na temat *określonych* środków reformy służby zdrowia. Politycy i media często ograniczają się do niedopuszczalnych generalizacji, które zacierają alternatywy i ogólny obraz sytuacji. Oznacza to, że gdy przepisy prawne są prezentowane

Rys. 8.1. *Preferencje względem systemu finansowania opieki zdrowotnej, rozkład według wieku, Bułgaria, 1995*



Źródło: Delcheva, Balabanova i McKee (1997:96).

w parlamencie, znakomita większość opinii publicznej nie wie, co te propozycje ustaw zawierają. Grupy nacisku starają się wpłynąć w tle na decyzje. Zasada szósta, zasada przejrzystości, powinna być konsekwentniej i spójniej realizowana w tych kwestiach.

Druga lekcja, jaką można wyciągnąć, to konieczność zaprzestania wiary w złudzenia, że możliwe jest osiągnięcie kompromisu. Wystarczająco jasno wynika z badania potencjalnych przeciwników, z wzięcia pod uwagę przewidywanych efektów reformy, z analizy badań opinii publicznej, że ta ostatnia jest podzielona we wszystkich tych trudnych kwestiach. Nie istnieje przeważająca większość opowiadająca się za jakimkolwiek z antagonistycznych stanowisk, która „załatwiałaby" dylemat wyboru. Nawet jeśli za jednym punktem widzenia opowiada się większość, jego przeciwnicy są względnie liczni.

Doprowadza nas to do kardynalnych problemów demokracji. Do jakiego stopnia powinna obecna większość parlamentarna korzystać z sytuacji i zapewnić zwycięstwo swojego punktu widzenia, nie czyniąc przy tym jakichkolwiek ustępstw? Pytanie to staje się szczególnie drażliwe w sytuacji, gdy weźmie się pod uwagę ludzkie zdrowie, którego przecież dotyczy.

Stosując to samo podejście, jak wszędzie w niniejszej książce, odpowiedź musi skoncentrować się na aspekcie proceduralnym. To z kolei sprowadza dyskusję z powrotem do stanowiska zawartego w rozdziale pierwszym, dotyczącego etycznych zasad pierwszej i drugiej, które były później przywoływane w kontekście decentralizacji ubezpieczenia. Zdaniem autorów, większość parlamentarna nie powinna starać się narzucić preferowanej przez siebie alternatywy za wszelką cenę tym, którzy się z nią nie zgadzają. Ci, którzy chcą upierać się przy ubezpieczeniu publicznym i szerokim łukiem omijają prywatnych ubezpieczycieli, powinni mieć możliwość uczynienia tego według własnej woli. Z drugiej strony ludziom nie powinno się zabronić kupienia komercyjnej polisy od prywatnego ubezpieczyciela. Ci, którzy wierzą i ufają jedynie szpitalom publicznym, powinni mieć prawo znaleźć taki, który zaspokoi ich wymagania. Jednakże ludzie powinni mieć również swobodę wyboru dostawców prywatnych, jeśli takich preferują. Jeśli chodzi o pracodawców zainteresowanych odgrywaniem roli w organizowaniu ubezpieczenia zdrowotnego swoich pracowników, powinni mieć możność podjęcia takiej roli, ale nie powinni być do tego zmuszeni.

Oczywiście tak otwarty wybór nie może obejmować wszystkiego. Jeśli składki są obowiązkowe, ci, którzy odstąpią od ich płacenia samodzielnie i arbitralnie, powinni być ukarani. Jeśli monopol ubezpieczenia jednego

płatnika zawali się pod własnym ciężarem, nikt nie może go uratować czy podtrzymać. Każdy zostanie pozbawiony korzyści wynikających z monopolu, ale skorzysta z efektów funkcjonowania konkurencji, czego wielu ludzi może nie zaakceptować.

Propozycja odnosząca się do prawodawstwa związanego z reformą, niesprecyzowana wcześniej, jest następująca: sfera polityczna, tam gdzie to możliwe, powinna pozostawić obywatelom wybór. Państwo powinno podejmować decyzje ograniczające lub uprzedzające wybory jednostek tylko wtedy, gdy natura problemu czyni je nieuniknionymi. Czy większość parlamentarna będzie zdolna do takiego samoograniczenia, dobrowolnego zrzeczenia się części swojej władzy? Czas pokaże. Obojętnie która droga zostanie wybrana, wynik będzie dobrym probierzem tego, jaką wagę prawodawcy przywiązują do zasady pierwszej, suwerenności jednostki.

8.3. Rozwój ewolucyjny i „konstruktywistyczny"

Na początku okresu postsocjalistycznej transformacji miały miejsce ekscytujące debaty na temat cech, jakie proces ten powinien wykazywać. Czyniono rozróżnienia pomiędzy „terapią szokową" i „stopniowaniem", rozwojem „ewolucyjnym" i „konstruktywistycznym". Na temat tych kwestii wiemy więcej, ponieważ dysponujemy historycznymi doświadczeniami rozwoju sfery biznesowej. Można wyciągnąć z nich kilka lekcji, które dają się zastosować w przyszłej reformie sektora opiekuńczego.

Błędem byłoby traktować spontaniczną, ewolucyjną transformację i tworzenie przez państwo instytucji opierających się na „projekcie" jako wzajemnie się wykluczające, alternatywne typy rozwoju. Pojawiają się obydwie te formy, a każda z nich ma swoje miejsce, uzupełniając jedna drugą.

Zalecenie wcześniej uczynione nie ma na celu dostarczenia recepty na dokładną formę lub „obowiązkowego" porządku prywatyzacji państwowych instytucji służby zdrowia. Państwo powinno zacząć działania od zniesienia zakazów i stworzenia prawnych, legalnych możliwości rozwoju inicjatywy i przedsiębiorczości. Zróbcie miejsce dla wielu innowacji, w tym różnych form organizacji „dostawy" usług zdrowotnych i ubezpieczenia, zróżnicowanych form kontraktów między formami państwowymi i niepaństwowymi. Później okaże się, które z nich w warunkach

wschodnioeuropejskich funkcjonują najlepiej. Jednocześnie infrastruktura prawna, władze nadzorujące i tym podobne również będą musiały się rozwinąć.

Z inną sytuacją mamy do czynienia w przypadku kwestii mających „rządowy charakter" zgodnie z klasycznymi kryteriami, takimi jak system finansów publicznych. Błędem byłoby oczekiwać ewolucyjnego rozwoju systemu składek czy podatkowego, zgodnie z „własnym rytmem". Oczywiście potrzebne są tu szczegółowe wzorce, a prawodawstwo musi być tworzone z uwzględnieniem międzynarodowych doświadczeń, które muszą być uważnie przeanalizowane.

Zalecenia poczynione w niniejszej książce towarzyszą zasadzie siódmej: nowe instytucje sektora opiekuńczego potrzebują czasu na ewolucję, a obywatele na adaptację. To właśnie było źródłem, na przykład, zalecanych ostrożnych, sekwencyjnych reform finansowania opieki podstawowej. Częściowa decentralizacja nie może zacząć się, zanim konieczna i wymagana sieć instytucji i prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego nie osiągnie masy krytycznej, a opinia publiczna się z nią nie zapozna. Ta sama nić przewija się w zaleceniach dotyczących „dowodów wdzięczności". Nie można wyeliminować ich siłą, poprzez surowe zakazy. Należy dać szansę legalnym, przejrzystym relacjom płatniczym, które muszą narodzić się pomiędzy lekarzem a pacjentem, a które obydwie strony transakcji będą preferowały w miejsce dotychczasowych mętnych i niejasnych.

Unikanie niecierpliwych działań jest zgodne z pilnym wezwaniem do tworzenia środków prawnych wymaganych przez reformy. Środki te nie powinny być pośpiesznie i byle jak męczone, a związki między nimi wymuszone; nie powinno się nazbyt długo czekać z powodu nie kończących się sesji i serii posiedzeń komisji i przedłużających się konsultacji, ponieważ właśnie teraz zaistniała potrzeba przygotowania nowych przepisów prawnych.

Kilkakrotnie odwoływaliśmy się do sposobu, w jaki debata nad reformą służby zdrowia przywołuje ponownie wiele pytań narosłych wokół socjalizmu, zwłaszcza podczas debat nad „socjalizmem rynkowym". Rzeczywiście mamy do czynienia z podobieństwami, ale między tymi dwiema debatami zachodzą fundamentalne różnice. W pewnym momencie było to pytanie dotyczące gospodarki i społeczeństwa *jako całości*, w tym struktury politycznej, która określała metody kierowania gospodarką. Zagmatwana i zbyteczna polemika zatrzymała się przed następującym dylematem: czy aktywność i działania gospodarcze mogą być koordynowane

„zasadniczo" przez rynek, przy jednoczesnym utrzymywaniu monopolu władzy i dyktatury nad nią przez partię komunistyczną i przy dominującej własności państwowej? Konsekwentni zwolennicy indywidualnej wolności i gospodarki rynkowej udzielają na to pytanie odpowiedzi jednoznacznie negatywnej i odrzucają socjalizm rynkowy. Teraz, na początku XXI wieku, zbliżająca się reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej obejmuje dobrze określoną *część* gospodarki. Zmieniło się również otoczenie polityczne, tak więc debaty toczą się, a prawodawstwo związane z reformą jest przygotowywane w warunkach zinstytucjonalizowanej, mniej lub bardziej skonsolidowanej demokracji. Większa część gospodarki również uległa drastycznym i gwałtownym przeobrażeniom, ponieważ funkcjonuje ona w warunkach ekonomii rynkowej opartej na własności prywatnej. W tym demokratycznym, rynkowym otoczeniu ekonomicznym znacznie łatwiejsze wydaje się zaakceptowanie poglądu, że rola własności publicznej i interwencji administracyjnych w sektorze zdrowotnym powinna być ograniczona, a symbioza różnych form własności i mechanizmów koordynacyjnych poniekąd stała i naturalna.[5]

Na początku okresu postsocjalistycznej transformacji wielu najszczerszych zwolenników reformy żywiło przeczucie, że należy podjąć kroki, które uniemożliwiłyby jakąkolwiek „reakcję". Być może najważniejszym z tych kroków była kodyfikacja nowej, demokratycznej konstytucji, która w oczywisty sposób stawiałaby bariery dla powrotu do dyktatury, jeśliby w ogóle nie wykluczała. W *tamtym czasie* walka z reakcją była zrozumiała, a w wielu ważnych kwestiach uzasadniona. Błędem jednak byłoby uczynić to teraz, w okresie skonsolidowanego, trwałego rozwoju, ponieważ początkowy, burzliwy okres postsocjalistycznego rozwoju zakończył się, zanim służba zdrowia stała się przedmiotem podobnego procesu reform. Przeciwnie – potrzebne jest podejście metodą prób i błędów. Jak podkreślano wcześniej, nie istnieje żaden kraj modelowy, którego doświadczenia można wykorzystać jako test poprawności każdej propozycji. Nie istnieje żaden darmowy wzorzec etycznie do przyjęcia. Konflikty interesów oznaczają, że nie można oczekiwać pełnego konsen-

[5] W dziedzinie ekonomii politycznej reform służby zdrowia w Europie Wschodniej pojawiło się kilka godnych uwagi studiów. Szczególnie należy wspomnieć studium Nelsona (2001), w którym dokonano porównania reform sektora opiekuńczego w Polsce i na Węgrzech, a także studium Bosserta i Włodarczyka (2000) poświęcone reformie w Polsce. Kilka lekcji z tych pozycji wykorzystano w rozdziale 8 niniejszej książki. Tytuł wybrany przez Bosserta i Włodarczyka, „Nieprzewidywalna polityka", współgra z wnioskami, które wyciągnięto odnośnie do politycznych perspektyw reformy w niniejszej książce.

susu. Ważniejsze ciągle pozostaje to, aby regulacje nie „zabetonowały" jakiejkolwiek struktury, która zablokowałaby drogę innym, alternatywnym rozwiązaniom. Niech istnieją możliwości eksperymentowania. Należy preferować wszechstronne, różnorodne rozwiązania, które mogą być zmienione przy małych stratach i pozostawiają otwartymi kilka alternatywnych ścieżek.

Podjęliśmy tu próbę wykreowania silnych powiązań między zasadami i praktycznymi propozycjami, w szczególności między przekonaniami natury etycznej a propozycjami dotyczącymi prawnych i ekonomicznych rozwiązań instytucjonalnych. Pod tym względem niniejsza książka różni się zasadniczo od różnych innych dokumentów będących dziełami badaczy, oficjeli rządów lub polityków, którzy przyjmują ostentacyjnie praktyczne podejście, zaczynają od praktycznych szczegółów i na nich kończą.

Docierając do końca tego studium, autorzy nie mogą zaprzeczyć, że w wielu kwestiach pozostają niepewni. Odwołując się do swoich systemów wartości, zdają sobie sprawę, że nie mogą wyprowadzać i opierać na nich *jednoznacznie* każdej praktycznej regulacji. Jest to kolejny powód, dla którego wszystkie propozycje wysunięto z należytą pokorą. Autorzy nie wzbraniają się przed czynieniem propozycji reform, ale nie chcą ich „sprzedać" za wszelką cenę. A co, jeśli się mylimy? Świadomość naszych własnych ograniczeń i ryzyka kompleksowej reformy zmusza nas do podkreślenia wagi eksperymentowania i potrzeby uważnego nadzoru podejmowanego należycie przez uprawnione instytucje demokratyczne.

Nie czekając na prace, które bezpośrednio poprzedzają proces legislacyjny, intelektualne przygotowania do reformy sektora zdrowotnego już się w Europie Wschodniej zaczęły. Podjęli je eksperci i obywatele. Zamierzeniem tej książki jest wniesienie wkładu w ten proces myślowy.

Bibliografia

Adler, Nancy E., Boyce, Thomas, Chesney, Margaret A., Folkman, Susan i Syme, Leonard S. 1993, Socioeconomic inequalities in health, *Journal of American Medical Association* 269: 3140-5

Akerlof, George A. 1970, The market for lemons, Quarterly *Journal of Economics* 84: 81-108

Altman, Stuart H., Reinhardt, Uwe i Shields, Alexandra E. 1998, Healthcare for the poor and uninsured: an uncertain future, w Altman, Stuart H., Reinhardt, Uwe E. i Shields, Alexandra E. (red.), *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?*, Chicago: Health Administration Press, s. 1-22

Andorka, Rudolf, Kondratas, Anna i Tóth, István György 1994, *Hungary's Welfare State in Transition: Structure, Initial Reforms and Recommendations,* Policy Study no 3 of the Joint Hungarian International Blue Ribbon Commission, Indianapolis, Indiana: The Hudson Institute and Budapest Institute of Economics

Arrow, Kenneth J. 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 63: 941-73

Arthur, Brian W. 1989, Competing technologies and lock-in by historical events: the dynamics of allocation under increasing returns, *Economics Journal* 99: 116-31

Atkinson, Anthony B i Micklewright, John 1992, *Economic Transformation in Eastern Europe and the Distribution of Income,* Cambridge University Press

Banka Slovenje 1999, *Monthly Bulletin,* kwiecień, Ljubljana

Bardhan, Pranab K. i Roemer John, E. (red.) 1993, *Market Socialism: The Current Debate,* Oxford University Press

Bator, Francis 1958, The autonomy of market failure, *Quarterly Journal of Economics* 72: 351-79

Baumol, William 1963, Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice, *Public Choice* 77: 17-28

1988, Containing medical costs: why price controls won't work, *The Public Interest Fall* 1998: 37-53

Beattie, Roger i McGillivray, William 1995, Arisky strategy: reflections on the World Bank Report „Averting the old age crisis", *ISSA Review* 48: 3-4

Benedict, Ágnes 2000, A cseh egészségügyi reformról (Praca poświęcona reformie służby zdrowia w Czechach), *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 38: 83-98

Berlin, Isiah 1969, *Four Essays on Liberty*, Oxford University Press

Berman, Howard J., Kukla, Seven i Weeks, Lewis 1994, *The Financial Management of Hospitals*, wyd. 8, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press

Bertko, John i Hunt, Sandra 1998, Case study: the health insurance plan for California, *Inquiry* 35: 148-53

Besley, Timothy i Gouveia, Miguel 1994, Alternative systems of health care provision, w Menil, George de i Portes, Richard (red.), *Economic Policy: An European Forum*, Cambridge University Press, s. 200-57

Bodenheimer, Thomas 1997, The Oregon health Plan: lessons for the nation, *The New England Journal of Medicine* 337: 651-5

Bognár, Géza, Gál, Róbert Iván i Kornai, János 2000, *Hálapénz a magyar egészségügyben* (Pieniężne dowody wdzięczności w węgierskiej służbie zdrowia), *Közgazdasági Szemle* 47: 293-320

Bossert, Thomas i Włodarczyk, Cezary 2000, *Unpredictable Politics: Policy Process of Health Reform in Poland,* Discussion Paper, no. 74, Boston: Harvard School of Public Health

Buchanan, James M. 1986, *Liberty, Market and the State: Political Economy in the 1980s*, Brighton: Wheatsheaf

Buchanan, James M., i Tullock, Gordon 1962, *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy,* Ann Arbor: Universtity of Michigan Press

Bureau of Labor Statistics of the United States 1999, *Current Population Survey: Employment and Earnings 1999,* Washington, DC, s. 213-18

Bútora, Martin i Skladony, Thomas, W. (red.) 1998, *Slovakia 1996-1997: A Global Report on the State of Society,* Bratysława: Instytut Spraw Publicznych (Institute for Public Affairs)

Calnan, Michael, Halik, Janoz i Sabbat, Jolanta 1998, Citizen participation and patient choice in health reform, w Saltman, Figueras

i Sekallarides (red.), *Critical Challenge for Health Care Reform in Europe,* Buckingham, Philadelphia: Open University Press, s. 325-38

Cassel, Dieter 1992, Eine Kassenwahlfreiheit ist herzustellen, *Wirtschaftdienst,* 72: 287-91

Central Bureau of Statistics 1999, *Statistical Yearbook of the Republic of Croatia 1998,* Zagrzeb

Główny Urząd Statystyczny 1998, *Rocznik Statystyczny Rzeczpospolitej Polskiej 1998,* Warszawa

Chawla, Mukesh, Berman, Peter i Kawiorska, Dorota 1998, *Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures,* Harvard and Jagellonian Consortium for Health, mimeo

Chawla, Mukesh, Tomasik, Tomasz, Kulis, Marzena, Windak, Adam i Rogers, Deirdre A. 1999, *Enrollment Procedures and Self-selection by Patients: Evidence from Family Practice in Kraków, Poland,* Discussion Paper, no. 66, Boston: Harvard School of Public Health

Chen, Meei-shia i Mastilica, Miroslav 1998, Health care reform in Croatia: for better or worse? *American Journal of Public Health* 88: 1156-60

Chinitz, David i Israeli, Avi 1997, Health reform and rationing in Israel, *Health Affairs* 16: 205-10

Claxton, Gary, Feder, Judith, Shactman, David i Altman, Stuart 1997, Public policy issues in nonprofit conversions: an overview, *Health Affairs* 16: 9-28

Coulam, Robert F. i Gaumer, Gary L. 1991, Medicare's prospective payment system: a critical appraisal, *Health Care Financing Review* 13: 45-78

Csaba, Iván 1997, Fiskális illúziók és redisztribúciós csalás (Fiskalne iluzje i redystrybucyjne podstępy) *Századvég* 4: 109-18

Csantos, László, Kornai János i Tóth, István György 1998, Tax awareness and reform of the welfare state: Hungarian survey results, *Economics of Transition* 6: 287-313

Culpitt, Ian 1992, *Welfare and Citizenship: Beyond the Crisis of the Welfare State,* London and Newbury Park, CA: Sage

Culyer, Anthony J. i Newhouse, Jospeh P. (red.) 2000, *Handbook of Health Economics vols.* 1A i 1B, Amsterdam: Elsvevier Science BV (North-Holland)

Cutler, David M. i Reber, Sarah J. 1998, Paying for health insurance: the trade-off between competition and adverse selection, *Quarterly Journal of Economics* 113: 433-66

Cutler, David M. i Zeckhauser, Richard 2000, The anatomy of health insurance, rozdział 11 w Culyer i Newhouse (red.) vol. 1A: 536-643

Czech Statistical Office 1999, *Structure of Earnings Survey 1998*, Praga

Daniels, Norman 1985, *Just Health Care*, Cambridge University Press
1998, Rationing health care-a philosopher's perspective on outcomes and process, *Economics and Philosophy* 14: 27-50

Davis, Lance E. I North, Douglass C. 1971, *Institutional Change and American Economic Growth*, Cambridge University Press

Delcheva, Evgenia, Balabanowa, Dina I McKee, Martin 1997, Under the counter payments for health care in Bulgaria, *Health Policy* 42: 89-100

Diamond, Peter A. 1996, Government provision and regulation of economic support in old age, w *Annual World Bank Conference on Development Economics 1995,* Washington DC: The World Bank, s. 83-103

Donelan, Karen, Blendon, Robert J., Schoen, Cathy, Davis, Karen I Binns, Katherine 1999, The cost of health system change: public discontent in five nations, *Health Affairs* 18: 206-16

Dunn, Daniel L., 1998, Applications of health risk adjustment: what can be learned from experience to date?, *Inquiry* 35: 132-47

Eastaugh, Steven R. 1992, *Health Care Finance: Economic Incentives and Productivity Enhacement,* New York: Auburn House

Economist Intelligence Unit 1998, *EIU Country Report 3rd Quarter: Hungary,* London

Ellis, Randal I McGuire, Thomas G. 1993, Supply-side and demand-side cost sharing in health care, *Journal of Economic Perspective* 7: 135-51

Enthoven, Alain 1978, Consumer choice health plan: a national health insurance proposal based on regulated competition in the private sector, *New England Journal of Medicine* March 23, s. 650-8 I March 30, s. 709-20

Epstein, Richard Allen 1997, *Mortal Peril: Our Inalienable Right to Health Care,* Reading, MA: Addison – Wesley

Féder, Ágnes and Nemes, János 1999, Pontavadászat suvasztással: Mi minden látható a magyar egészségügy mély gödrében? (Polowanie na punkty: cóż można zobaczyć w najgłębszych zakamarkach węgierskiej służby zdrowia?), *Népszabadság*, luty 12, s. 22

Feldstein, Martin S. 1973, The welfare loss of excess health insurance, *Journal of Political Economy* 81: 251-80

Feldstein, Paul J. 1994, *Health Policy Issues: An Economic Perspective on Health Reform,* Ann Arbor: Health Administration Press

Finland Ministry of Social Affairs and Health I WHO Regional Office for Europe 1996, *Health Care Systems in Transition (HiT) Profle for Finland,* uaktualniona w kwietniu – HYPERLINK <http://www.vn.fi/stm/english/socinsurf_set.htm http://www.vn.fi/stm/english/socinsurf-set.htm

Fuchs, Victor R. 1996, Economics, values, and health care reform, *American Economic Review* 86: 1-24

1988, *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice,* Singapore: World Scientific Publishing Company

Gabel, Jon 1997, Ten ways HMOs have changed during 1990s, *Health Affairs* 16: 134-45

Gawande, Autul A., Blendon, Robert J., Brodie, Mollyann, Benson, John M., Levitt, Larry I Hugick, Larry 1998, Does dissatisfaction with health plans stem from having no choices?, *Health Affairs* 17: 184-94

Gerdtham, Ulf-G I Jönsson, Bengt 2000, International comparison of health expenditure: theory, data and econometric analysis, rodział 1 w Culyer I Newhouse (red.) vol. 1A: 11-53

Glied, Sherry 2000, Managed care, rozdział 3 w Culyer I Newhouse (red.), vol. 1A: 707-53

Goldstein, Ellen, Chellaraj, Gnanaraj, Adeyi, Olusoji I Preker, Alexander S. 1996, *Trends in Health Status, Services and Finance,* World Bank Technical Paper, no. 348

Greiner, Wolfgang I Schulenburg, J. Matthias Graf v.d. 1997, The health system of Germany, w Raffel, Marshall (red.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries,* University Park: Pennsylvania State University Press, s. 77-104

Gyenes, Monika i Kastaly, Ferenc 1998, Kérdőíves felmérések eredményei, elemzései (Wyniki i analiza kwestionariuszy ankiet), w Gyenes, Monika (red.), *A fogászati privatizáció kézikönyve* (Podręcznik Prywatyzacji Stomatologii), Budapest: Pétzár 2000 Kft

Hakansson, Stefan I Nordling, Sara 1997, The health system of Sweden w Raffel, Marshall (red.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries,* University Park: Pennsylvania State University Press, s. 191-225

Hall, Jane 1999, Incremental change in the Australian health care system, *Health Affairs* 18: 95-110

Ham, Chris J.1997, Priority setting in health care: learning form international experience, *Health Policy* 42: 49-66

Hausner, Jerzy 2001, Security through diversity: conditions for successful reform of he pension system in Poland, w Kornai, János, Haggard, Stephan I Kaufman, Robert R. (red.), *Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in Post-socialist Countries,* Cambridge University Press, s/ 210-34

Hayek, Friedrich A. (red.), 1935, *Collectivist Economic Planning,* London: George Routledge & Sons

Haynes, Don i Florestano, Patricia S. 1994, Public acceptability of taxing alternatives: evidence from Maryland, *Public Administration Quarterly,* 15: 447-67

Health Insurance Institute of Albania 1998, *Statistical Indicators for 1997*, Tirana

Health Insurance Institute of Slovenia 1999, *Annual Report of the Health Insurance Institute of Slovenia for 1998,* Ljubljana

Henke, Klaus-Dirk 1998, Auf dem Weg zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen, *Wirtschaftsdienst* 76: 64-8

Hofmann, Reiner, Hollander, Pavel, Merli, Franz I Wiederin, Ewald (red.) 1998, *Armut und Verfassung. Sozialstaatlichkeit im Europischen Vergleich,* Wien: Österreische Stattsdruckerei AG

Honigsbaum, Frank, Calltrop, Johann, Ham, Chris I Holmstrom, Stefan 1995, *Priority Setting Processes for Healthcare in Oregon, USA; New Zealand, The Netherlands; Sweden; and the United Kingdom,* Oxford: Radcliffe Medicall Press

Hsiao, William C. 1999, *Primer on Health Care Policy for Macroeconomists,* przygotowane dla Międzynarodowego Funduszu Walutowego

Hsiao, William C., Braun, Peter, Dunn, Daniel L., Becker, Edmund R., DeNicola, Margaret I Ketcham, Thomas R. 1998, Results and policy implications of the resource-based relative value study, *New England Journal of Medicine* 327: 881-8

Iglehart, John K. 1992, The American health care system: managed care, *New England Journal of Medicine* 327: 742-7

1999, The American health care system (1): expenditures, *New England Journal of Medicine* 340: 70-6

Ikegami, Naoki I Campbell, John Creighton 1999, Health care reform in Japan: the virtues of muddling through, *Health Affairs* 18: 56-75

ILO 1996, *Statistics on occupational wags and hours of work and food prices: October Inquiry Results 1994 and 1995,* Genewa

1998, *Statistics on occupational wags and hours of work and on food prices: October Inquiry Results 1996 and 1997,* Genewa

1999a, *Statistics on occupational wags and hours of work and on food prices: October Inquiry Results 1997 and 1998,* Genewa

1999b, *Yearbook of Labour statistics 1998,* Genewa

Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic 1998, *Czech Health Statistics Yearbook 1997,* Praga

Jakobs, Klaus 1991, Eine GKV Organisationsreform ist dringlicher denn je, *Wirtschaftsdienst* 71: 250-7

James, Estelle 1996, *Protecting the Old and Promoting Growth. A defence of "Averting the Old Age Crisis",* Policy Research Working Paper, no. 1570, Washington, DC: The World Bank

Jensen, Gail A., Morrisey, Michael A., Gaffney, Shannon I Liston, Derek K. 1997, The new dominance of managed care: insurance trends in the 1990s, *Health Affairs* 16: 125-36

Kanavos, Panos I McKee, Martin 1998, Macroeconomic constraints and health challenges facing European health systems w Saltman, Figueras I Sekallarides (red.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe,* Buckingham, Philadelphia: Open University Press, s, 23-52

Knutson, David 1998, Case study: The Minneapolis Buyers Health Care Action Group, *Inquiry* 35: 171-7

Kocińska, Anna 2000, Racing toward real reform, *Warsaw Business Journal February* 7, s.1

Kokko, Simo, Hava, Petr, Ortun, Vincent I Leppo, Kimmo 1998, The role of the state in the health care reform, w Saltman, Figueras I Sekallarides (red.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe,* Buckingham, Philadelphia: Open University Press, s. 289-307

Kornai, János 1972, *Rush versus Harmonic Growth,* Amsterdam: North-Holland

1980, *Economics of Shortage*, Amstredam: North-Holland

1986, The Softness of the budget constraint, *Kyklos* 39: 23-30

1992a, The post-socialist transition and the state: reflections in the light of Hungarian fiscal problems, *American Economic Review, Papers and Proceedings* 82: 1-21

1992b, *The Socialist System. The Political Economy of Communism,* Princeton University and Oxford University Press

1998a, Legal obligation, non-complience and soft budget constraint, w Newman, Peter (red.), *New Palgrave Dictionarry of Economics and the Law,* New York: Macmilan, s. 533-9

1998b, *Az egészségügy reformjáról* (O reformie systemu służby zdrowia), Bupadeszt, Közgazdasági és Jogi Könyvakiadó

2000, *Ten Years After "The Road to a Free Economy": The Author's Self-Evaluation,* Washington, DC: The World Bank, mimeo

Kornai, János I McHale, John 1999, *Income, Technology or Demographics? An Accounting for Trends in International Health Spending,* manuscript

2000, Is post-socialist health spending unusual? A comparison with established market economies, *Economics of Transition,* 8: 369-99

Koronkiewicz, Andrzej i Karski, Jerzy B. 1997, *Reviewing the New Polish Health Care Insurance System,* Warsaw: National Centre for Health system management, mimeo

Krasnik, Allan i Vallgarda, Singid 1997, The health system of Denmark, w Raffel, Marshall (red.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries,* University Park: Pennsylvania State University Press, s. 29-48

Krugman, Paul 1994, *Peddling Prosperity. Economic Sense and Nonsense in the Age of Diminished Expectations,* New York and London: W.W. Norton

KSH 1999, *Statistical Yearbook of Hungary* 1998, Budapest: Központi Statisztikal Hivatal

Kuttner, Robert 1999, The American health care system (2): health insurance coverage, *The New England Journal of Medicine* 340: 163-8

Lawson, C. Michael I Nemec, Jiri 1998, Central European health reform: the case of Slovakia, 1990-1997, *Journal of European Social Policy* 8: 237-52

Lindbeck, Assar 1996, *Incentives in the Welfare State: Lessons for the Would-be Welfare States,* Seminar Paper, no. 604, Stockholm: Institute for International Economic Studies, Stockholm University, January

1997, The Swedish experiment, *Journal of Economic Literature* 35: 1273-1319

Lindbeck, Assar I Weibull, Jörgen W. 1987, *Strategic Interaction with Altruism: The Economics of Fait Accompli,* Seminar Paper, no. 376, Stockholm: Institute for International Economic Studies, Stockholm University

Lindbeck, Assar, Molander, Per, Persson, Torsten, Petersson, Olof, Sandmo, Agnar, Swedenborg, Birgitta I Thygessen, Niels 1994, *Turning Sweden Around,* Cambridge, MA I London: MIT Press

Liu, Yuanli I Jakab, Melitta 1999, *Reforming the Health Care System in a Transitional Economy: Experiences from Hungary, Czech Republic, Poland,* Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing, mimeo

Losonczi, Ágnes 1986, *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben* (Anatomia bezbronności w służbie zdrowia), Budapest: Magvető Kiadó

1997, *Utak és korlátok az egészségügyben* (Ścieżki I ograniczenia w służbie zdrowia), Budapest, manuscript

Maarse, J. A. M. Hans 1997, The health system of the Netherlands, w Raffel, Marshall (red.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries,* University Park: Pennsylvania State University Press, s. 135-62

Maree, Jorgen I Groenewegen, Peter 1997, *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition,* Aldershot: Avebury, Ashgate

Maskin, Eric S. 1996, Theories of the soft budget constraint, *Japan and the World Economy*, 8: 125-33

Massaro, Thomas A., Nemec, Jiri I Kalman, Ivan 1994, Health system reform in the Czech Republic: policy lessons from the initial experience of the General Health Insurance Company, *Journal of the American Medical Association* 271: 1870-4

Mechanic, David 1997, Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing, *Health Affairs* 16: 83-92

Medicover 2000, *Medicover Health Care Provider*,
– HYPERLINK <http://www.medicover.pl/indexen.htm
http://www.medicover.pl/indexen.htm>

Melnick, Glenn, Keeler, Emmett I Zwanziger, Jack 1999, Market power and hospital pricing: are nonprofits different? *Health Affairs* 18: 167-73

Mihályi, Péter 2000, Magyar egészségügy: Gianózis és terápia (Węgierska służba zdrowia: diagnoza I terapia), Budapest: Springer Orvosi Kiadó Kft

Milanovic, Branko 1996, *Income, Inequality, and Poverty during Transition,* Washington, DC: The World Bank, mimeo

Murrell, Peter 1995, The transition according to Cambridge, Mass., *Journal of Economic Literature* 33: 164-78

Musgrave, Richard A., I Musgrave, Peggy B. 1980, *Public Finance in Theory and Practice,* New York: McGraw-Hill

Nagy, András 1997, *A jóléti rendeszer Franciaországban* (System opieki społecznej we Francji), manuscript

Nagy, György 2000, Magánklinkák gazdálkodása: Gyógyító tőke (Zarządzanie prywatnymi przychodniami i ambulatoriami: kapitał, który leczy), *Heti Világgzdaság,* 2000/16

National Center for Health Statistics 1999, *Health, United States, 1999, with Health and Aging Chartbook, Hyattsville,* Maryland

National Statistical Institute 1999a, *Statistical Yearbook of Bulgaria 1998,* Sofia

1999b, Statistical Reference Book of the Republic of Bulgaria 1999, Sofia

Naylor, C. David 1999, Health care in Canada: incrementalism under fiscal duress, *Health Affairs* 18: 9-26

Needleman, Jack, Chollet, Deborah J., Lamphere, JoAnn 1997, Hospital conversion trends, *Health Affairs* 16: 187-95

Nelson, Joan M. 1992, Poverty, equity, and the politics of adjustment, w Haggard, Stephen I Kaufman, Robert, R. (red.), *The Politics of Economic Adjustment,* Princeton University Press, s. 221-69

2001, The politics of pension and health care: reforms I Hungary and Poland, w Kornai, János, Haggard, Stephan I Kaufman, Robert R. (red.), *Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in Post-Socialist Countries,* Cambridge University Press, s. 235-60

NERA 1996, *The Health Care System in the Czech Republic,* London: PPBH

1998a, *The Health Care system in Hungary*, London: PPBH

1998b, *The Health Care System in Poland*, London: PPBH

1999, *The Health Care System in Romania*, London: PPBH

Netherlands Ministry of Health, Welfare, and Sport 1998, *Health Insurance in the Netherlands*, dostępne na stronie http: – HYPERLINK <http://www.minvws.nl/index.asp/Language=International www.minvws.nl/index.asp/Language=International>

Newhouse, Joseph P. 1992, Medical care costs: how much welfare loss?, *Journal of Economic Perspectives* 6: 3-21

1996 Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection, *Journal of Economic Literature* 34: 1236-63

Newhouse, Joseph I the Insurance Experiment Group 1993, *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment,* Cambridge, MA: Harvard University Press

Niskanen, William A. 1971, *Bureaucracy and Representative Government,* Chicago: Aldine-Atherton

Nissenson, Allen R. I Rettig, Richard A. 1999, Medicare's endstage renal disease program: current status and future prospects, *Health Affairs* 18: 161-79

North, Douglass C. 1990, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance,* Cambridge University Press

Nozick, Robert 1974, *Anarchy, State and Utopia,* New York, Basic Books

Oberender, Peter 1992, Anforderungen eine Neuordnung des Gesundheitswessens, *Wirtschaftsdienst* 72: 283-7

OECD 1992, *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries,* Paris

1993, *OECD Health Systems. Vol. 1: Facts and Trends 1960-1991,* Health Policy Studies no. 3, Paris

1994a, *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries,* Paris

1994b, *OECD Economic Survey: France 1993-1994,* Paris

1998a, *Czech Health Care System. Delivery and Financing,* Prague: Czech Association for Health Services Research

1998b, *OECD Health Data 98: A Comparative Analysis of Twenty Nine Countries,* Paris

1999a, *Economic Survey, 1999: Hungary,* Paris

1999b, *OECD Health Data 99: A Comparative Analysis of Twenty Nine Countries,* Paris

2000, *OECD Economic Survey: Poland,* Paris

Office for National Statistics 1999, *New Earnings Survey 1999,* London

Office for Oregon Health Plan Policy and Research Homepage 2000, *Prioritized List of Health Services,* April 1, 2000. – HYPERLINK <http://www.ohppr.stste.or.us http://www.ohppr.stste.or.us

OMMK 1999, *Munkaügyi Adattár 1999/1,* Budapest

Oregon Health Services Commission 1999, *Prioritization of Health Services: A Report to the Governor and the 70th Oregon Legislative Assembly,* Office for Oregon Health Plan Policy and Research, Department of Administrative Services

Orosz, Éva, Ellena, Guy I Jakab, Melitta 1998, Reforming the health care system: the unfinished agenda, w Bokros, Lajos I Dethier, Jean-Jaques (red.), *Public Finance Reform during the Transition: The Experience of Hungary,* Washington, DC: The World Bank, s. 221-54

Pauly, Mark V. 1986, Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy, *Journal of Economic Literature* 25: 629-75

1992, Tne normative and positive economics of minimum health benefits, w Zweifel, Peter I French III, H. E. (red.), *Health Economics Worldwide,* Norwell, MA I Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, s. 63-78

Pfaff, Anita B., Busch, Susanne I Rindsfüsser, Christian 1994, *Kostendampfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung,* Frankfurt and New York: Campus

PHARE 1998, *Recent Reforms in Organization, Financing and Delivery of Health Care in Central and Eastern Europe in Light of Accession to the European Union,* PHARE Conference, Brussels, May 24-26

Physician Payment Review Commision 1996, 1996 *Annual Report to Congress,* Washington, DC

Poznański, Kazimierz Z. 1995, *The Evolutionary Transition to Capitalism,* Oxford: Boulder

Rawls, John 1971, *A Theory of Justice,* Cambridge, MA: Harvard University Press

Reinhardt, Uwe, E. 1998, Employer-based health insurance: RIP, w Altman, Reinhardt I Shields (red.), *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?,* Chicago: Health Administration Press, s. 325-52

Roland, Gerard 2000, *Transition and Economics,* Cambridge, Mass: MIT Press

Romanian National Commission for Statistics 1999, *Romanian Statistical Yearbook* 1998, Bucharest

Rose, Richard I Haerpfer, Christian 1993, *Adapting to Transformation in Eastern Europe: New Democracies Barometer – II,* studies in Public Policy no. 212, Glasgow Centre for the Study of Public Policy, University of Strathclyde

Rose-Ackerman, Susan 1996, Altruism, nonprofits, and economic theory, *Journal of Economic Perspectives* 34: 701-28

Rotschild, Michael I Stiglitz, Joseph 1976: Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information, *Quarterly Journal of Economics* 90: 629-49

Rowland, Diane, Feder, Judith I Keenan, Patricia Seliger 1998, Uninsured in America: causes and consequences, w Altman, Reinhard I Shields (red.), *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?,* Chicago: Health Administration Press, s. 25-44

Saltman, Richard B. I Figueras, Josep (red.) 1997, *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Saltman, Richard B., Figueras, Josep I Sekallarides, Constantino (red.) 1998, *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe,* Buckingham, Philadelphia: Open University Press

Schieber, George I Maeda, Akiko 1999, Health care financing and delivery in developing countries, *Health Affairs* 18: 193-205

Scitovszky, Tibor 1997, *Egy büszke magyar emlékiratai* (Wspomnienia dumnego Węgra), Budapest: Közgazdasági Szemle Alapítvány

Scott, Claudia D. 1997, Reform of the health system of New Zealand, w Raffel, Marshall (red.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries,* University Park: Pennsylvania State University Press, s. 163-90

Sen, Amartya 1973, *On Economic Inequality,* Oxford: Clarendon University Press and New York: Norton

1990, Individual freedom as a social commitment, Acceptance speech at the award ceremony for the second Senator Giovanni Agnelli International Prize in 1990, published by the Agnelli Foundation, and also in The New York Review of Books, June, s. 49-54 (Przemówienie wygłoszone z okazji wręczenia drugiej międzynarodowej nagrody im. Senatora Giovanni Agnellego w 1990, opublikowana przez Agnelli Foundation, a także w *The New York Review of Books,* czerwiec 14, s. 49-54)

1992, *Inequality Reexamined,* New York: Russell Sage Foundation and Cambridge, MA: Harvard University Press

1996, Social commitment and democracy: the demands of equality and financial conservatism, w Baker, P. (ed.), *Living as Equals,* Oxford University Press, s. 9-38

Shalala, Donna E. I Reinhardt, Uwe E. 1999, Viewing the U.S. health care system from within: candid talk from HHS, *Health Affairs* 8: 47-55

Sipos, Sándor 1994, Income transfers: family support andd poverty relief, w Barr, Nicholas (red.), *Labor Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe. The Transition and Beyond,* opublikowane dla Banku Światowego, Oxford Univerity Press, s. 226-59

Skocpol, Theda 1996. Boomerang. *Clinton's Health Security Effort and the Turn against Government in U.S. Politics,* New York and London: W. W. Norton

Sloan, Frank A. 2000, Not-for-profit ownership and hospital behavior, rozdział 21 w Culyer I Newhouse (red.), vol. 1, s. 1141-74

Smith, Adam [1776] (1937), *The Wealth of Nations,* New York: Modern Library

Stark, David 1992, From system identity to organizational diversity: analyzing social change in Eastern Europe, *Contemporary Sociology* 21: 299-304

Statistical Office of the Republic of Slovenia 1998, *Statistical Yearbook of the Republic of Slovenia 1998,* Ljubljana

1999, Rapid Reports: *Labour Market*, no. 81, Ljubljana

Statistical Office of the Slovak Republic I VEDA 1999a, *Statistical Yearbook of the Slovak Republic 1998,* Bratislava

1999b, *Structures of Wages of Employees in the Republic of Slovakia 1998*, Bratislava

1999c, *Slovak Republic in Figures,* Bratislava

Stiglitz, Joseph E., 1986, *Economics of the Public Sector,* New York and London: W. W. Norton

TÁRKI 1999, Adótudatosság, fiskális illúziók és az egészségbiztosítás reformjával kapcsolatos vélemények. Kutatási beszámoló "Az állam és polgárai II" című kutatás adatfelvétele alapján (Świadomość podatkowa, iluzje fiskalne i opinie wobec reformy ubezpieczenia zdrowotnego. Raport Państwo i jego obywatele", projekt badawczy), red., Janky, Béla I Tóth, István György, mimeo

Tengs, Tammy O. 1996, An evaluation of Oregons medicaid rationing algorithms, *Health Economics* 5: 171-81

Tobin, James 1970, On limiting the domain of inequality, *Journal of Law and Economics* 13: 263-77

Toth, Martin 1997, *Health reform in Slovenia*, manuscript

Tullock, Gordon 1965, *The Politics of Bureaucracy,* Washington, DC: Public Affairs Press

Tymowska, Katarzyna 1997, *The Private Sector in Polish Health Care: Possible Scenarios,* Economic Discussion Papers, no. 35, Warsaw: Faculty of Economic Sciences, University of Warsaw.

US Bureau of the Census 1996, *Statistical Abstract of the United States: 1996,* Washington, DC

van de Ven, Wynand P. M.M. I Ellis, Randall P. 2000, Risk adjustment in competitive health plan markets, rozdział 14 w Culyer I Newhouse (red.), vol. 1A: 755-845

van de Ven, Wynand P. M. M., van Vliet, Rene C. J. A., van Barneveld, Erik M. I Lamers, Leida M. 1994, Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands, *Health Affairs* 13: 120-36

Vepřek, Jaromír, Papes, Zdanek I Vepřek, Pavel 1995, Czech health care in transformation, *Eastern European Economics* 43: 45-79

Viscusi, W. Kip 1992, *Fatal Tradeoffs: Public and Private Responsibilities for Risk,* Oxford University Press

Vyborna, Olga 1995, The reform of the Czech health-care system, *Eastern European Economics* 43: 80-95

Weiler, Paul C., Hiatt H., Newhouse, Joseph P., Johnson, William G., Brennan, Troyen A. I Leape, Lucian, L. 1993, *A Measure of Malpractice: Medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation,* Cambridge, MA: Harvard University Press

WHO 1996a, *Health Care Systems in Transition: Czech Republic,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1996b, *Health Care Systems in Transition: Slovakia,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1998, *Health for All Database,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1999a, *Health Care Systems in Transition: Bulgaria,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1999b, *Health Care Systems in Transition: Croatia,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1999c, *Health Care Systems in Transition: Poland,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1999d, *Health for All Database,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Wilson, Vicki M., Smith, Cynthia A., Hamilton, Jenny M., Madden, Carolyn W., Skillman, Susan M., Mackay, Bret, Matthisen, James S. I Frazzini, David A. 1998, Case study: The Washington State Health Care Authority, *Inquiry* 35: 178-92.

Windak, Adam, Chawla, Mukesh, Berman, Peter i Kulis, Marzena 1997, Contracting family practice in Krakow. Early experience. Data for Decision Making Project. Boston: Harvard School of Public Health, mimeo

World Bank 1993, *World Development Report 1993: Investing in Health,* Oxford University Press

1994, *Averting the Old Age Crisis: The World Bank Policy Research Report,* Oxford University Press, published for The World Bank

1997a, *Financing Health Care: Issues and Options for China,* China 2020 Series, Washington, DC: The World Bank

1997b, *Public Finance Reform in an Economy in Transition: The Hungarian Experience. The Hungarian Health Care System in Transition: An Unfinished Agenda,* Budapest, manuscript

Yip, Winnie C. I Hsiao, William C. 1999, *Economic Transition and Social Safety Net: The Case of Chinese Urban Health Care,* Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing, manuscript

Zeckhauser, Richard J. 1970, Medical insurance: a case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives, *Journal of Economic Theory 2:* 10-26

Zweifel, Peter I Manning, William G. 2000, Moral hazard and consumer incentives in health care, rozdział 8 w Culyer I Newhouse (red.), vol. 1A: 409-59

Indeks

A

Aktuarialnie sprawiedliwa składka · 56, 183, 212
Amortyzacja · 139, 140, 255, 256, 260, 261
Apteki · 157
Asymetria informacji · 56–58, 64, 258

B

Bank Światowy · 194, 215
Berlin, Isiah · 46, 47
Bezbronność pacjentów · 13, 64, 65, 135, 302
Bezpośrednie płatności wnoszone przez pacjenta (samodzielne płacenie), *patrz* → dopłaty, potrącenia
Biurokratyczna koordynacja *patrz* → socjalistyczny system
Bodźce wydajności (zasada 4) · 21, 28, 31–33, 46, 61, 125, 201
– – a dopłaty · 80, 149, 199, 201
– – a konkurencja · 28, 240, 245, 254, 273
– – a prywatyzacja · 78, 93, 157, 247, 252
– – a ryzyko moralne · 68, 96, 134, 201, 202
– – a selekcja · 33, 58, 59, 87, 96, 278
– – a socjalizm · 158, 258
– – a solidarność · 111, 236
Bodźce wydajności strony podażowej · 32, 55, 63, 64, 71, 77, 80, 83, 87, 91, 96, 119, 173, 245, 257

C

Całkowite wydatki na cele zdrowotne (THE) · 105, 113
Centralizacja · 11, 31, 33, 50, 53, 135, 151, 214, 302
Clintona plan · 124
Czasu wymóg (zasada 7) · 30, 39, 40, 90, 109

D

DALYs *patrz* → Disability-Adjusted Life Years
Darmowa opieka · 32, 62, 79, 82, 133, 134, 137, 138, 163, 187, 252
Decentralizacja · 11, 31, 79, 124, 125, 213–215, 231, 252, 254, 306
– dostaw · 56, 58, 87, 121, 122, 142, 150, 154, 214, 215, 245, 252
– finansowania · 33, 100, 142, 252, 288
Deficyt · 19, 44, 45, 138, 145, 146, 153, 265, 273
Demokracja · 26, 27, 34, 37, 47–49, 51, 52, 99, 100, 109, 110, 115, 125, 126, 186, 189, 280, 313, 316, 347
Diagnostic Related Groups (DRGs) · 86, 94, 95

Disability-Adjusted Life Years (DALYs) · 206
Dobroczynność · 22, 25
Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne · 23, 54, 61, 74, 75, 107, 108, 146, 147, 182, 199, 237, 240
– usługi · 75, 83, 146, 147, 237, 240
Dopłaty · 75, 80, 120, 138, 149, 150, 188, 199–201, 236, 286
Dostosowanie ryzyka · 54–61, 79, 80, 83, 87–89, 91, 94, 96, 107, 111, 134, 190, 191, 193, 200, 202, 208, 215, 257, 277, 278
Dowód wdzięczności (płatność dowodu wdzięczności) · 147, 149, 157–161, 163–165, 187, 233, 236–238, 249, 250, 262, 284, 286, 307
DRGs *patrz także* → Diagnostic Related Groups · 86, 94, 95, 114, 115
Dyktatura · 34, 52
Dywersyfikacja ryzyka · 63, 79, 80, 82, 88, 201, 240

E

Ekonomiczny mechanizm · 9, 18, 56, 57, 65, 74, 79, 99, 100, 104, 118, 128, 131, 132, 139, 173, 181, 247, 301
Elastyczność cenowa · 82
Emerytury · 18, 29, 38, 42, 158, 194

F

FFS · 84–87, 91, 93, 94, 112, 114, 270, 271, 273
Finansowanie opieki podstawowej · 20, 36, 37, 45, 62, 70, 74–76, 100, 104–107, 115, 120, 125, 139, 142, 144, 145, 149, 150, 181, 182, 184, 185, 187, 188, 198, 199, 201, 214, 231, 233, 252, 288
Finansowanie publiczne · 74, 100, 106, 120, 142, 145, 149, 184, 185, 210, 214, 231, 233
Fiskalna iluzja · 37, 45, 187, 212, 239
Fuchs, Victor · 46
Fundusze ubezpieczenia społecznego · 29, 33, 35, 39, 55, 70, 105, 107, 120, 125, 141, 142, 145–147, 152, 189, 199, 214, 215, 240, 278
– – – autonomia · 64, 141, 151, 301
– – – deficyt · 138, 145, 146, 273
– – – przychody · 121, 139, 145
– – – składki · 56, 63, 120, 137, 138, 140, 144–146, 158, 191, 195, 196, 215, 236, 239, 240

G

Globalny budżet · 53, 76, 84, 114, 188, 189, 266, 273
GP fundholding · 277
Grupowa praktyka, *patrz* → lekarze
Grup Podstawowej Opieki System · 205, 211

H

Harmonijny wzrost (zasada 8) · 40, 42, 44, 133, 171, 182
– – a socjalizm · 133, 158, 258
– – a wydatki na cele „opiekuńcze" · 17, 40–42, 45
Harvard, uniwersytet · 2, 14, 222, 242
Hayek, Friedrich · 258
Heterogeniczność ryzyka · 58, 100, 104, 115
HMOs · 77, 119, 122
Honorarium – za – usługę (Fee-for-Service, FFS) · 82–87, 91, 93, 94, 107, 112, 114, 271, 273
– dostosowanie · 83–86, 107, 114, 159, 160

I

Indywidualizm · 26
Integracja · 75–78, 96, 134, 214, 252
– w amerykańskiej służbie zdrowia · 77, 118–121, 277
– w modelu narodowego ubezpieczenia zdrowotnego (Kanada) · 77, 107
– w modelu publicznej służby zdrowia (Wielka Brytania) · 76
– w systemie opieki zdrowotnej klasycznego socjalizmu · 75, 76, 132, 134, 150, 214
Inwestycje · 33, 34, 40–42, 45, 139, 151, 235
– w okresie socjalizmu · 151

K

Kapitalizm · 49
Klasa średnia · 23
Klauzule dotyczące chorób przed zawarciem umowy ubezpieczeniowej · 88, 202
Koasekuracja · 96, 201
Kolektywizm · 26
Komunistyczna partia · 132, 133, 186, 296
Kongres · 124
Konkurencja (zasada 3) · 28, 29, 31–33, 64, 65, 78, 124, 125, 213, 240, 245, 254, 273, 281, 306
– a bodźce skłaniające do selekcji · 33, 57–61, 87, 90, 278
– a bodźce wydajności · 28, 32, 33, 125, 254, 273
– a socjalizm · 131, 254, 258
– a suwerenność jednostki (zasada 1) · 19, 20, 22, 28, 32, 35, 55, 56, 58–62, 125, 146, 147, 216, 236
– pomiędzy dostawcami · 32, 55–58, 62, 63, 70, 71, 79, 83, 84, 86, 88, 96, 107, 121, 122, 127, 129, 214, 215, 245, 249, 250, 254, 278
– – ubezpieczycielami oferującymi ubezpieczenie zdrowotne · 19, 20, 22, 28, 32, 35, 55, 56, 58–62, 125, 146, 147, 216, 236
Kontraktowanie · 32, 55–58, 62, 63, 70, 71, 79, 83, 84, 86, 88, 96, 107, 121, 122, 127, 129, 214, 215, 245, 249, 250, 254, 278
Kontyngenty · 277
Kształtowanie cen · 184, 257, 259
– – a inflacja · 29, 265
– – a negocjacje · 240
– – a rachunek kosztów · 32, 56, 58, 61, 63, 65, 67, 68, 82, 84, 86, 87, 90, 91, 96, 122, 127–129, 149, 152, 187, 191, 195, 202, 206, 210, 236, 240, 255, 262, 273, 278, 306
– – administracyjne · 57, 65, 83, 127, 153, 214, 215
– – w okresie socjalizmu · 151, 258
– – *patrz także* → rozsądne ceny
Kumulacja ryzyka · 91, 96, 98, 278

L

Laissez-faire · 36
Lange, Oskar · 258
Lekarskie partnerstwa · 247–249
Lekarze · 9, 13, 24, 35, 39, 57, 60, 62, 64, 71, 90, 110, 111, 121, 122, 127, 135, 149, 152, 155, 156, 158, 160, 161, 164, 171, 173, 185, 233, 234, 236, 247, 248, 250, 281–283, 285, 286
– a reformy · 7, 10, 11, 16, 40, 106, 109, 166, 173, 177, 203, 245, 250, 258, 281, 285, 286, 288, 302, 306, 307
– Gildie/stowarzyszenia · 64, 77, 114, 151, 159, 249
– jako pracownicy państwowi 132, 155, 233, 247, 250

Lekarze, kształcenie, edukacja medyczna/lekarska · 17, 142, 182
– na praktyce grupowej · 248
– na prywatnej praktyce · 156, 157, 234, 245, 247, 248, 284–286, 288
– partnerstwa · 247–249
– pierwszego kontaktu (primary care physicians, PCPs) · 65, 110, 111, 114, 121, 133, 149, 154–156, 247, 248, 252, 274, 275, 278
– – – jako „strażnicy" · 110–112, 121, 133, 149, 154, 155, 247, 248, 274, 278
– pracujący na własny rachunek · 69, 73, 77, 155, 234, 236, 247–250, 285, 307
–, relacje z pacjentami · 65, 160, 250, 286, 307
–, zarobki · 160–164

M

Marksizm · 51
Mechanizm czysto rynkowy · 11, 31, 51, 64, 83, 131, 140, 151, 157, 158, 254, 258, 301
Media · 94, 188
Medicaid · 120, 123, 205, 207
Medicare · 94, 120, 264
Medyczne badania · 65, 90, 115, 120, 125, 138, 161, 210
Mieszana płatność · 72, 75, 78, 91, 95, 111, 120, 277, 278
Miękkie ograniczenie budżetowe *patrz* → ograniczenie budżetowe
Monopol · 28, 31, 32, 63, 64, 74, 75, 115, 125, 135, 215–217
– strony podażowej · 64, 86, 91
– ubezpieczenia · 32, 54–56, 58–60, 74, 104, 144, 146, 147, 184, 190, 215–218, 227, 239, 240

N

Na zysk ukierunkowane instytucje · 29, 32, 59, 73, 84, 87, 93, 119, 120, 146, 154, 255
– – – – jako dostawcy · 29, 32, 55–57, 60, 73, 74, 83, 84, 87, 96, 100, 122, 151, 214, 249, 250, 254, 278
– – – – jako ubezpieczyciele · 32, 55, 56, 58–60, 62, 73, 87, 146, 147, 210, 215–217, 238, 249, 252, 277, 278
Neutralność sektora *patrz* → niekorzystna selekcja, selekcja ryzyka
Newhouse, Joseph · 14, 58, 67, 82, 87, 91
Niedobór · 286
Niedochodowe organizacje · 29, 36, 59, 72, 73, 110, 146, 154, 255, 277
– – jako dostawcy · 29, 55, 77, 86, 215, 254
– – jako ubezpieczyciele · 55, 59, 146, 147, 216, 218
Niekorzystna selekcja · 56–61, 79, 87–91, 93, 94, 96, 129, 134, 209, 278
– – a bodźce wydajności · 288
– – a solidarność · 24, 58, 89, 93
– – a spirala śmierci składki ubezpieczeniowej · 59, 222, 229
– – a suwerenność jednostki · 288
– – a ubezpieczyciel publiczny · 37, 56, 58, 60, 74, 216, 288
Nieubezpieczeni · 123
Niewystarczająco ubezpieczeni · 56, 96, 182
Nowa rola państwa (zasada 5) · 9, 34–36, 39, 46, 74, 138, 145, 146, 185, 302

O

OECD kraje · 5, 65, 67, 94, 99–105, 110–113, 126, 138, 150, 166, 167, 169, 174, 210

Ograniczenie budżetowe · 59, 60, 69, 84–87, 93, 94, 110, 145, 153, 208, 257, 265, 273
– – a dyscyplina finansowa · 11, 93, 153, 201, 257, 265, 266
– – a systemy płatności · 79, 84, 86, 90, 91, 94, 95, 197, 200, 215, 238, 257, 259, 277
– – dostawców · 86, 93, 254, 277
– – miękkie · 84, 93, 94, 145, 153, 265
– – sztywne · 59, 60, 63, 69, 86, 87, 93, 94, 145, 208, 257, 265, 273
– – ubezpieczyciela · 74, 87, 91, 216, 277
Ograniczona podaż (skąpienie) · 50, 111, 135, 137, 210, 236
Oparte na zatrudnieniu ubezpieczenie zdrowotne · 120, 121, 142
Opieka podstawowa · 24, 35, 52, 88, 106, 107, 114, 121, 124, 132, 135, 137, 138, 147, 149, 155, 181–187, 189, 191, 193, 195, 197–199, 211, 216, 217, 231–234, 247, 252, 266
– – a dopłaty · 80, 149, 185, 188, 199–202, 234, 238, 286
– – a harmonijny wzrost · 133
– – a opieka uzupełniająca · 102, 137, 181–184, 201, 203, 216, 231, 232, 234, 237, 238, 240
– – a przejrzystość · 186, 193, 195, 211, 250, 262
– – a solidarność · 21, 82, 124, 236
– – a stabilne finansowanie · 44, 252
– – a uregulowana konkurencja · 132, 213, 231, 249, 281, 301
– – definicja · 39, 204
– – finansowanie · 20, 37, 74–76, 79, 100, 104, 115, 139, 142, 144, 145, 149, 150, 181, 182, 184, 185, 187, 188, 198, 199, 201, 231, 233, 252
– – monopol ubezpieczenia · 28, 32, 63, 64, 74, 125, 135, 215–217
Opieka podstawowa, powszechny i równy dostęp do · 24, 34, 52, 53, 58, 59, 70, 82, 89, 106, 107, 109, 118, 125, 135, 138, 147, 181–183, 188, 231
– – rola pracodawców w · 70, 121, 144, 187, 239, 240
– społeczna · 21, 24, 74, 123, 211
Opinia publiczna · 7, 26, 30, 31, 40, 42, 47, 115, 119, 125, 126, 164, 193, 211, 231
Oregon Health Services Commision · 207, 209, 210, 212
Organizacje ochrony zdrowia (health maintenance organizations, HMOs) · 77, 119

P

Państwa budżet · 19, 36, 37, 39, 44, 53, 74, 76, 85, 93, 142, 144, 145, 188–190, 214
Państwo opiekuńcze · 9, 17, 21, 28, 33–35, 39, 44, 45, 48, 210
Państwowa kontrola · 9, 28, 32, 35, 36, 78, 86, 87, 91, 111, 132, 273, 302
– własność · 11, 28, 29, 33, 36, 44, 69, 71, 72, 93, 100, 110, 132, 151, 157, 213, 247, 259
Państwowe organizacje · 29, 32, 39, 45, 71, 73, 151, 250
Państwowy nadzór · 34, 35, 189, 302
Parlament · 9, 12, 31, 34, 186, 193, 195, 203, 212, 313
Partie polityczne · 12, 20, 28, 34, 37, 38, 48, 104, 296
Paternalizm · 21–23, 133, 135
PCP *patrz* → primary care physicians, lekarze pierwszego kontaktu/opieki podstawowej
Pensja · 76, 90, 91, 106, 114, 120, 144, 147, 152, 158, 159, 164, 234

PKB, *patrz* → Produkt Krajowy Brutto
Pluralistyczny system dostawy · 107, 245
Płace · 55, 60, 61, 83, 86, 120, 127, 149, 152, 160, 201, 215, 235, 239, 240, 281–285
Płatności systemy · 23, 76, 78, 84, 86, 87, 90, 93–95, 100, 106, 107, 111, 112, 114, 142, 185, 195, 200, 208, 214–216, 245, 259, 268–270, 273, 278
– – a działania i wyniki dostawców · 62, 77, 86, 91, 114, 254
– – a forma własności · 28, 31, 33, 71, 78, 93, 100, 101, 144, 157, 245, 247, 252
– – a ubezpieczenie · 37, 56, 58, 74, 87, 128, 144, 146, 147, 184, 190, 202, 216, 236–238, 240
– – a udział strony podażowej w kosztach · 83, 84, 86, 87, 90, 91, 93, 96, 111, 257, 271, 273, 277
– – a udział strony popytowej w kosztach · 80, 91, 111, 128, 184, 200, 201, 203, 257
– – a zasady · 19, 37, 46, 47, 149, 201
– – a zwrot kosztów dostawcy · 83
– – *patrz także* → pogłówne, FFS, PPS
Podatek na cele zdrowotne · 70, 169, 171, 181, 182, 187, 188, 193, 195, 197, 198, 200, 210, 237, 239
– – – – a dywersyfikacja ryzyka · 63, 80, 240
– – – – minimalny wymóg · 23, 198, 262
– – – – neutralność · 200, 288
– – – – rozszerzanie podstawy · 198, 262
– *patrz także* → podatek na cele zdrowotne · 181, 187, 195, 198, 239
Podatkowa świadomość technologiczny rozwój · 239
Podażowej strony siła (rynkowa) · 63, 87, 91
Podażowej strony udział w kosztach *patrz* → płatności systemy
Podstawowa opieka *patrz* → opieka podstawowa
Podstawowych usług pakiet *patrz* → opieka podstawowa
Pogłówne · 86–88, 90, 91, 93, 94, 112, 114, 208, 234, 259, 268, 269, 273, 277, 278
Point-of-service plans · 122
Pojedynczego/jednego płatnika system · 107, 215, 249
Popyt indukowany przez dostawcę · 32, 55, 57, 62, 84, 91, 94, 96, 238, 281
Popytowej strony udział w kosztach *patrz* → dopłaty
Popytu ograniczenie · 69, 85, 86, 94, 134, 257
Porażka rynku · 36, 200, 252, 258
Potencjalnej płatności system (PPS) · 86, 95
Potrącenia · 80
Powstrzymanie strat · 56, 59, 80, 199, 306
Pozaszpitalna (ambulatoryjna) opieka · 83, 94, 119, 121, 133, 135, 268–271, 273
PPOs *patrz* → preferred provider organizations, organizacje preferowanych dostawców
PPS *patrz* → potencjalnej płatności system
Praca na własny rachunek *patrz także* → lekarze
Pracodawca · 23, 55, 70, 73, 74, 120, 121, 125, 144, 182, 184, 187, 231, 239, 240, 247, 277
Preferred provider organizations (PPOs) · 119, 122

Priorytetów ustalanie w służbie zdrowia · 127, 204, 205, 207, 209–212
– – – – w Holandii · 91, 108, 205, 210–212
– – – – w Izraelu · 205, 207, 209, 212
– – – – w Nowej Zelandii · 126, 205, 211
– – – – w Oregonie, USA · 205, 207–212
– – – – w Słowenii · 138, 141, 142, 145, 149, 156, 173, 193, 194, 213, 237, 273
– – – – w Szwecji · 205, 211
Produkt Krajowy Brutto (PKB) · 105, 166, 296
Profilaktyka · 67
Prywatyzacja · 29, 31, 78, 93, 155, 157, 247–249, 252, 253
– dostawców opieki zdrowotnej · 60, 70, 91, 107, 122, 154, 159, 249, 254
– ubezpieczycieli · 55, 56, 59, 147, 214–218, 237, 238, 240, 252
Przejrzystość (zasada 6) · 37, 38, 186, 193, 195, 211
– a ceny · 55, 60, 67, 82, 193, 195, 211, 250, 258, 262
– a partie polityczne · 12, 20, 34, 37, 38, 188, 296
– a podatki · 33–35, 37, 45, 160, 187, 188, 195–198, 307
– a ustalanie priorytetów · 127, 132, 204, 205, 207, 209, 211–213
Przychodnie (ambulatoria) · 72, 76, 106, 132, 133, 151, 249, 301
Punktowy system · 85, 273

Q

QALYs *patrz* → Quality – Adjusted Life Years
Quality – Adjusted Life Years (QALYs) · 206
Quasi-pieniężna gospodarka · 133
Quasi-rynkowa forma · 110, 153

R

Racjonalne ceny · 258, 262
RAND Health Insurance Experiment · 82
Recesja · 170
Redystrybucja · 22, 23, 50, 120, 185, 190, 191, 193, 195, 196, 235
– a dopłaty · 80, 137, 149, 185, 199–201, 286
– a przejrzystość · 37, 186, 193, 195, 211, 250, 262
– a solidarność dochodów · 193
– a solidarność ryzyka · 56, 58, 60, 80, 87, 89, 91, 94, 200, 257, 277
– a system podatkowy · 195, 197, 199
– według wieku · 89, 169, 190, 191, 277
Refundacja (zwrot kosztów) · 83–86, 209, 210
Reglamentacja · 57, 204, 211, 259
Rozsądne ceny · 91, 258
– – definicja · 54, 258
Rozwinięte kraje · 68, 89, 99, 100, 109–111, 115, 120, 158, 167, 283, 296
Równego dostępu zasada · 22, 52, 53, 58, 59, 70, 83, 125, 147
Rynkowy socjalizm · 11, 131, 139, 150, 151, 157, 158, 254, 258
Ryzyko moralne · 19, 57, 61–63, 68, 79, 80, 87, 96, 134, 201, 202

S

Sektor „opiekuńczy" · 9, 17, 19, 21, 28–42, 44, 45, 47, 49, 124, 170, 203
Skala przedsięwzięcia · 93

Służba zdrowia · 7, 9, 10, 16–18, 21, 24, 28, 34–38, 41, 42, 45, 47, 49–51, 53–57, 63, 67, 69–71, 73, 75, 77–79, 82, 90, 91, 96, 99, 115, 118, 131, 140, 142, 149, 152, 153, 163, 170, 184, 189, 203, 234, 262, 301
– – kontrola kosztów · 29, 39, 44, 86, 87, 89, 91, 111, 128, 129, 187, 189, 302
– – pracochłonność · 68
– – wkłady; składki *patrz* → podatek na cele zdrowotne; składka na ubezpieczenie społeczne
– – zarządzanie · 254
Socjalistyczny system · 10, 17, 20, 23, 28, 29, 31, 33, 41, 42, 64, 77, 109, 131, 133–137, 141, 142, 156, 159, 165, 258, 273, 302, 306
– – a kapitalizm · 49
– – klasyczny · 65, 131–137, 142, 144, 150, 156, 258
Solidarność (zasada 2) · 21–24, 29, 32, 35, 53, 59, 78, 82, 110, 124, 182, 193, 236, 307
– a dopłaty · 137, 149, 185, 199, 238, 286
– a dostęp do opieki zdrowotnej · 24, 53, 58, 59, 61, 63, 79, 89, 106, 124, 137, 234
– a redystrybucja *patrz* → redystrybucja a solidarność dochodów, *także* → redystrybucja a solidarność ryzyka
– a socjalizm · 131, 158
– a suwerenność jednostki · 24, 59, 182, 236
– – wydajność · 89, 125, 236
– w opiece podstawowej *patrz* → opieka podstawowa a solidarność
Specjaliści *patrz* → pozaszpitalna opieka
Specyficzny egalitaryzm · 24, 52, 53, 124, 234, 236
Spirala śmierci składki ubezpieczeniowej *patrz* → niekorzystna selekcja
Społeczne normy · 53, 163
Sponsor · 55, 70, 71, 73–78, 107, 214–216
Stabilne finansowanie (zasada 9) · 44, 45, 79, 252
Stalinizm · 279
Stan zdrowotny · 105, 146, 147, 149, 154, 165, 168, 171, 173, 190
Stomatologiczna opieka · 83, 137, 138, 154, 155, 232, 248
Subsydia *patrz także* → szpital · 29, 32, 35, 36, 39, 40, 52, 61, 86, 94, 106, 109, 119, 129, 135, 139, 149, 161, 214, 235, 249, 250, 252, 255, 262, 286
Suwerenność jednostki (zasada 1) · 19–23, 26, 31, 32, 34, 57, 59, 125, 127, 133, 182, 236
– – a lekarze · 57, 62, 64, 65, 73, 77, 125, 155, 158, 212, 233, 234, 247, 248, 250, 281–283, 285, 307
– – a odpowiedzialność · 20, 21, 26, 46, 96, 201
– – a socjalizm · 11, 131, 133, 258
– – a ubezpieczenie · 22, 37, 56, 58, 61, 74, 125, 133, 140, 144, 146, 147, 184, 194, 201, 215, 231, 236, 240
Systemy opieki zdrowotnej · 47, 64, 76, 77, 84, 87, 90, 91, 94, 95, 100, 106–108, 111, 115, 142, 185, 191, 199, 215, 271, 301
– – – medyczne konta oszczędnościowe (model singapurski) · 108
– – – model dobrowolnego ubezpieczenia (model amerykański) · 86, 100, 108, 118–120, 122, 185
– – – model narodowego ubezpieczenia zdrowotnego (model kanadyjski) · 85, 107, 185
– – – model publicznej służby zdrowia (model brytyjski) · 72, 106, 107, 139, 140, 214

Systemy opieki zdrowotnej – model ubezpieczenia społecznego (model niemiecki) · 85, 107, 138, 140–142, 214
– – – publiczna dostawa opieki zdrowotnej (model radziecki) · 72, 109, 132–135, 139, 140, 214
Szara strefa · 158, 160, 197, 249, 250, 286
Szpital · 24, 29, 30, 35, 36, 39, 52, 57, 60, 73, 93–95, 106, 110, 119, 120, 129, 136, 139, 153–156, 232, 235, 249, 250, 252, 286, 306
– a partnerstwa lekarskie · 247–249
– długi · 95, 153
– długość pobytu · 94, 95, 119, 129, 232
– dotacje krzyżowe (łączone) · 296
– formy własności · 69, 93, 100, 101, 110, 120, 252, 259, 281, 302
– i PPS · 86, 95
– liczba przyjęć · 95, 132
– łóżka · 155, 287
– menedżerowie · 151
Szpitale prywatne · 13, 29, 39, 69, 73, 119, 120, 147, 149, 154–156, 200, 233, 235, 236, 247, 248, 281, 285, 288
– publiczne · 39, 69, 71, 76, 93, 106, 109, 110, 119, 120, 151, 252, 255, 259, 301
Szpitalna opieka · 17, 33, 54, 55, 83, 95, 121, 147, 149, 187, 211, 236, 248, 268–270
Sztywne ograniczenie budżetowe, *patrz* → ograniczenie budżetowe

T

Technologii ocena · 63, 67, 68, 127

U

Ubezpieczenie na wypadek katastrofy (od przypadków katastroficznych) · 55, 109
Ubezpieczenie *patrz* → zdrowotne ubezpieczenie
– z gwarancją rekompensaty · 83, 139, 213
Udział funduszy publicznych · 55, 101, 105, 120, 146, 195, 199, 214, 234, 264, 278
Uregulowana konkurencja · 23, 132, 213, 231
Usługi „opiekuńcze" · 9, 17, 19, 28, 30, 32, 33, 35–39, 45, 84, 87, 96, 137, 185, 210
Uzupełniająca opieka · 60, 83, 137, 181–183, 201, 216, 231–233, 236–238, 240
– – a dowody wdzięczności · 135, 149, 157–159, 161, 163, 165, 187, 233, 236, 238, 249, 250, 262, 286, 307
– – a opieka podstawowa · 24, 137, 147, 181–185, 187, 189, 231, 232, 239
– – a suwerenność jednostki · 19, 24, 34, 61, 184, 236
– – finansowanie · 103, 142, 149, 182, 184, 187, 201, 231, 233, 240
– – nierówność w · 109, 184
– – rola pracodawców w · 23, 70, 144, 182, 239, 240
– – zakres usług · 32, 55, 83, 87, 106, 137, 139, 149, 185, 210, 216, 231, 236, 238, 249, 250, 252, 286
Uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne · 32, 58–60, 80, 110, 146, 147, 182, 184, 191, 216, 231, 234, 237, 239

V

Voucheru system · 32

W

Własnościowe relacje *patrz także* → prywatyzacja · 93, 97, 119, 151, 252, 285
Własność publiczna · 69, 76, 93, 94, 110, 150, 151, 248, 255, 259, 296
Wolni jeźdźcy · 196, 197, 307

Wydajność *patrz* → bodźce wydajności
Wydatki na cele „opiekuńcze" · 32, 37, 39, 41, 42, 44, 45, 62, 80, 145, 147, 150
– na cele zdrowotne · 9, 28, 32, 54, 58, 62, 80, 91, 94, 105, 109–111, 113, 122, 126, 127, 147, 150, 151, 166–170, 183–185, 187, 188, 190, 191, 194, 210, 296
– – – – w Stanach Zjednoczonych · 82, 89, 100, 108, 118–120, 126, 127, 205, 210, 283
Wymuszona substytucja · 11, 134

Z

Zależny od przypadku system płatności *patrz* → potencjalnych płatności system
Zarządzana opieka · 107, 121, 122, 128, 129, 147, 208, 210, 254
Zasiłki · 17, 18
Zdrowotne ubezpieczenie · 32, 35, 51, 54–56, 61, 63, 70, 80, 88, 100, 107, 108, 110, 123, 124, 145–147, 185, 188, 231, 237–239
– – a selekcja · 33, 56–61, 87–91, 93
– – składka · 56, 61, 120, 137, 138, 144–146, 181, 191, 195, 197, 235, 236, 240
– – *patrz także* → dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne; gwarancja wypłaty odszkodowania; od wypadków katastroficznych; oparte na zatrudnieniu ubezpieczenie zdrowotne; uzupełniająca opieka
Zniekształcone ceny · 259, 288

Spis rysunków

1.1. Wybory wartości 27
1.2. Relacja pomiędzy dochodem *per capita* a publicznymi wydatkami na emerytury 43
2.1. Rodzaje integracji 76
2.2. Kompromisy w procesie ustalania wskaźnika koasekuracji konsumenta 81
2.3. Kompromisy w procesie ustalania stopy udziału dostawcy w kosztach 92
4.1. Deficyt funduszy społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, Chorwacja, Węgry i Słowenia, lata 1994–1998 143
4.2. Źródła finansowania służby zdrowia, Europa Wschodnia, 1997 150
4.3. Węgry, rzeczywiste i prognozowane wydatki na cele zdrowotne, dane dotyczące okresu transformacji, lata 1990–1997 . . 170
4.4. Zasoby służby zdrowia, Europa Wschodnia, lata 1995–1997 172
4.5. Standaryzowane wskaźniki śmiertelności mężczyzn, Europa Wschodnia 175
5.1. Przeciętne koszty opieki zdrowotnej na jednego ubezpieczonego, rozkład według grup wiekowych, Czechy, 1997 192
5.2. Alternatywne sposoby decentralizacji systemu ubezpieczeniowego 217
5.3. Przepływy finansowania w różnych zdecentralizowanych systemach ubezpieczeniowych 220
7.1. Węgry, udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na cele zdrowotne w trakcie procesu transformacji, lata 1990–1997 299
8.1. Preferencje względem systemu finansowania opieki zdrowotnej, rozkład według wieku, Bułgaria, 1995 312

Spis tabel

1.1. Wybory instytucjonalne: poparcie dla państwa, rynku i rozwiązań mieszanych na Węgrzech 30
2.1. Ceny i wielkość wzrostu wydatków na cele zdrowotne w krajach OECD w latach 1980–1990 66
2.2. Dostawa i finansowanie: klasyfikacja alternatywnych mechanizmów 72
2.3. Skutki, jakie powodują przez bodźce generowane przez różne instrumenty polityki płatniczej 96
3.1. Dominujące formy własności wśród dostawców w służbie zdrowia, kraje OECD, 1992 101
3.2. Uzupełniające formy własności w usługach zdrowotnych, kraje OECD, lata dziewięćdziesiąte 102
3.3. Uzupełniające formy finansowania usług służby zdrowia, wybrane kraje OECD, 1992 103
3.4. Realny PKB per capita, wydatki na cele zdrowotne jako procent PKB i udział funduszy publicznych w wydatkach na cele zdrowotne, 1992, porównanie międzynarodowe 105
3.5. Wybrane reformy wdrożone w krajach OECD od roku 1984 112
3.6. Płatności z kieszeni konsumentów, wybrane kraje OECD, 1997 113
3.7. Systemy opłacania dostawców, wybrane kraje, lata dziewięćdziesiąte 114
3.8. Dostosowanie i podział ryzyka, wybrane kraje, lata 1972–2000 116
3.9. Stosunek opinii publicznej do służby zdrowia, wybrane kraje, 1998 118
3.10. Struktura własnościowa służby zdrowia, Stany Zjednoczone 119

3.11. Zmiana własności łóżek szpitalnych, Stany Zjednoczone, lata 1980–1996 ... 120
3.12. Zatrudnienie w różnych rodzajach programów zdrowotnych, Stany Zjednoczone, lata 1987–1995 ... 122
3.13. Wzrost wydatków na cele zdrowotne, kraje OECD, lata 1960 i 1997 ... 126
4.1. Prawo do opieki zdrowotnej, Europa Wschodnia, późne lata dziewięćdziesiąte ... 138
4.2. Przejście do niemieckiego modelu ubezpieczenia społecznego, Europa Wschodnia ... 141
4.3. Wielkość składki na opiekę zdrowotną i rozkład obciążeń pomiędzy pracodawców i pracowników, Europa Wschodnia, późne lata dziewięćdziesiąte ... 144
4.4. Gwarancje państwa co do zapewnienia wypłacalności społecznych funduszy ubezpieczenia zdrowotnego, Europa Wschodnia ... 146
4.5. Udział prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, Europa Wschodnia ... 147
4.6. Obecność, nieobecność, rozmiary i dziedziny dopłat, Europa Wschodnia, późne lata dziewięćdziesiąte ... 148
4.7. Instytucje odpowiedzialne za alokację budżetów, Europa Wschodnia, 1998 ... 152
4.8. Niepaństwowy sektor usług zdrowotnych, Węgry, 1996, wybrane dane ... 154
4.9. Udział sektora prywatnego, Europa Wschodnia, 1997 ... 156
4.10. Zatrudnienie według sektorów, Czechy, 1997 ... 157
4.11. Udział prywatnych dostawców, Czechy i Węgry ... 159
4.12. Zarobki lekarzy w porównaniu z zarobkami wszystkich zatrudnionych, lata 1992–1999, porównanie międzynarodowe 160
4.13. Zarobki lekarzy w porównaniu z innymi zawodami, lata 1996–1999, porównanie międzynarodowe ... 162
4.14. Przeciętne wielkości „dowodów wdzięczności" za opiekę lekarską, Węgry, 1999 ... 163
4.15. Opinie na temat „dowodów wdzięczności" wśród lekarzy i opinii publicznej, Węgry ... 164
4.16. PKB i wydatki na cele zdrowotne, Europa Wschodnia, lata 1990–1994 ... 166
4.17. Wydatki na cele zdrowotne per capita, kraje OECD, lata 1970–1994 ... 167

4.18. Rzeczywiste i prognozowane wydatki na cele zdrowotne, kraje Europy Wschodniej, lata 1990–1994 168
4.19. Śmiertelność noworodków, oczekiwana długość życia w momencie narodzin, prosty wskaźnik śmiertelności, Europa Wschodnia, lata 1990–1997 174
5.1. Rozkład kosztów opieki zdrowotnej finansowanych przez ubezpieczenie społeczne, Węgry, 1995 194
5.2. Rozkład wydatków na cele zdrowotne finansowanych przez ubezpieczenie społeczne, Słowenia, 1998 194
5.3. Rozkład obciążeń na ubezpieczenie społeczne, Czechy, 1994 195
7.1. Systemy płatności, Europa Wschodnia: analiza alternatywnych form płatniczych, 1997 268
7.2. Systemy płatności, Europa Wschodnia: analiza trzech poziomów opieki zdrowotnej, 1997 270
7.3. Status lekarzy, Europa Wschodnia, 1998 282
7.4. Prognozowane wartości udziału publicznego finansowania w całkowitych wydatkach na cele zdrowotne, Europa Wschodnia, lata 1990–1994 298
8.1. Postawy względem kompromisów pomiędzy wydatkami na cele opiekuńcze i niższymi podatkami. Czechy, Polska i Węgry 308
8.2. Rozkład opinii dotyczących konkurencji między ubezpieczycielami oferującymi ubezpieczenia zdrowotne i poziomu składek na ubezpieczenie społeczne, Węgry, 1999 308
8.3. Rozkład wieku osób preferujących konkurencję między ubezpieczycielami oferującymi ubezpieczenie zdrowotne, Węgry, 1999 310
8.4. Udział zwolenników konkurencji, rozkład według wykształcenia, Węgry, 1999 310
8.5. Znajomość i postawa względem reformy służby zdrowia, Chorwacja, rozkład według grup dochodów, 1994 311

Spis treści

Podziękowania 5

Przedmowa do wydania polskiego I

Wprowadzenie 7

Część I

Punkty wyjścia

Wstęp do części pierwszej 16

Rozdział 1. **Ogólne zasady reformy** 17

1.1. Postulaty etyczne 19
1.2. Pożądane atrybuty instytucji i mechanizmy koordynacyjne . . 27
1.3. Pożądane proporcje alokacji 40
1.4. Podsumowanie 46

Rozdział 2. **Charakterystyka służby zdrowia** 49

2.1. Charakterystyka ogólna 50
2.2. Dostawa i finansowanie usług: klasyfikacja 69
2.3. Bodźce systemu płatności 78

Rozdział 3. **Niektóre doświadczenia międzynarodowe** 99

3.1. Mechanizmy ekonomiczne w uprzemysłowionych demokracjach 100
3.2. Przypadek szczególny: amerykańska służba zdrowia 118

Rozdział 4. **Służba zdrowia w Europie Wschodniej: stan początkowy** 131

4.1. Mechanizm ekonomiczny „klasycznego" socjalizmu 131
4.2. Zmiana definicji uprawnienia do korzystania z opieki 136
4.3. Separacja finansowania i dostawy 139
4.4. Finansowanie 142
4.5. Dostawa: instytucje publiczne 150
4.6. Dostawa: legalne działania sektora prywatnego 154
4.7. Zarobki i „dowody wdzięczności" otrzymywane przez lekarzy 157
4.8. Wskaźniki ekonomiczne służby zdrowia i stan zdrowotny populacji 165

Część II

Wytyczne dla reformy

Wstęp do części drugiej 178

Rozdział 5. **Strona popytowa: finansowanie, korzyści i organizacja ubezpieczenia** 181

5.1. Najważniejsze idee leżące u podstaw zaleceń 181
5.2. Finansowanie opieki podstawowej 185
5.3. Redystrybucja przez finansowanie 190
5.4. Dopłaty 200
5.5. Pakiet podstawowych korzyści 203
5.6. Organizacja ubezpieczenia: własność, decentralizacja i uregulowana konkurencja 213
5.7. Zakres i finansowanie opieki uzupełniającej 231
5.8. Rola pracodawców 239

Rozdział 6. **Strona podażowa: struktura własności systemu dostaw, organizacja i kontraktowanie** 245

6.1. Pobudzanie prywatnej inicjatywy 245
6.2. Wzmacnianie quasi-rynkowych elementów w sektorze publicznym 253

Rozdział 7. **Interakcje podaży i popytu: kształtowanie cen, płatność, sztywne ograniczenie budżetowe i ogólny rozwój służby zdrowia** ... 257

7.1. Rozsądne ceny ... 258
7.2. Sztywne ograniczenie budżetowe i inne bodźce ... 265
7.3. Płace lekarzy: profesja lekarska a reforma ... 281
7.4. Neutralność stosunków pomiędzy sektorami ... 288
7.5. Kto decyduje o rozwoju służby zdrowia? ... 292

Rozdział 8. **Uwagi końcowe** ... 301

8.1. Rola czynników poza mechanizmem ekonomicznym ... 301
8.2. Zwolennicy i przeciwnicy reformy ... 304
8.3. Rozwój ewolucyjny i „konstruktywistyczny" ... 314

Bibliografia ... 319

Indeks ... 335

Spis rysunków ... 345

Spis tabel ... 346

Wydawnictwo Wyższej Szkoły
Przedsiębiorczości i Zarządzania
im. Leona Koźmińskiego

Problematyka zarządzania służbą zdrowia nabiera coraz większego znaczenia jako szczególnie skomplikowane zagadnienie z pogranicza ekonomii, zarządzania, polityki i polityki społecznej. W krajach przechodzących transformację od gospodarki planowej do rynku i demokracji jest to zagadnienie szczególnie skomplikowane ze względu na recesję transformacyjną, słabość struktur administracji publicznej i częste konflikty społeczne.

Centrum Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego stawia sobie za cel zarówno przygotowywanie ekspertyz i prowadzenie badań w tym obszarze, jak i szkolenie kadr zarządzających instytucjami służby zdrowia, administracji nadzorującej funkcjonowanie służby zdrowia oraz współpracujących z nią instytucji ubezpieczeniowych i finansowych. Realizacja tych celów wymaga odwołania się do światowych zasobów wiedzy.

Dlatego oddajemy do rąk Czytelników książkę światowej sławy węgierskiego ekonomisty Jánosa Kornaia i jego amerykańskiej współpracowniczki Karen Eggleston.

János Kornai dzieli swój czas pomiędzy Wydział Ekonomii Uniwersytetu Harvarda w Stanach Zjednoczonych i Instytut Ekonomii Węgierskiej Akademii Nauk. Jest autorem najbardziej znanych na świecie prac dotyczących mechanizmu funkcjonowania gospodarek socjalistycznych, między innymi słynnej koncepcji „gospodarki niedoboru". Po upadku komunizmu prof. Kornai zajął się problemem transformacji gospodarek postsocjalistycznych ze szczególnym uwzględnieniem sektora usług społecznych i służby zdrowia.

Andrzej K. Koźmiński

ISBN: 83-86846-89-5