

Paweł Białynicki-Birula

Warunki upowszechniania zabezpieczenia zdrowotnego w krajach gospodarczo rozwiniętych

Zarządzanie Publiczne nr 6 (4), 5-18

2008

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Paweł Białynicki-Birula

Warunki upowszechniania zabezpieczenia zdrowotnego w krajach gospodarczo rozwiniętych

Artykuł dotyczy uwarunkowań prowadzenia skutecznej publicznej polityki zdrowotnej w krajach rozwiniętych. Wbrew postulatowi urynkowienia sfery opieki zdrowotnej, głoszonym na fali nowego zarządzania publicznego, ochrona zdrowia zachowała swój specyficzny, publiczny charakter. Istotne znaczenie należy przypisać w tym kontekście zabezpieczeniu zdrowotnemu, traktowanemu z jednej strony jako fundamentalny cel współczesnych systemów zdrowotnych, z drugiej zaś istotny motyw zaangażowania państw w finansowanie opieki zdrowotnej. Poszerzanie zabezpieczenia zdrowotnego w dużej mierze opiera się na środkach publicznych, w wielu przypadkach transferowanych metodą budżetową. Stąd prywatne dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne mają jedynie uzupełniający charakter i nie mogą być postrzegane jako rzeczywista alternatywa publicznych źródeł finansowania opieki zdrowotnej. W analizach systemów zdrowotnych niezbędne jest kompleksowe podejście, uwzględniające różne aspekty systemu ochrony zdrowia, nie zaś wyłącznie dotyczące źródeł finansowania i mechanizmów alokacji środków.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, zabezpieczenie zdrowotne, finansowanie opieki zdrowotnej.

1. Wprowadzenie

Głębokie, dynamicznie postępujące przeobrażenia światowej gospodarki jako wynik globalizacji oraz zmian w międzynarodowym podziale pracy stawiają nowe wyzwania przed państwami. Ograniczenia budżetowe wraz ze współistniejącymi napięciami w sferze społecznej determinują zarówno dokonywanie zasadniczych przekształceń szeroko rozumianego sektora publicznego, jak i zmianę zasad funkcjonowania państwa i jego administracji. Zgodnie z postulatami szkół wywodzących się z nurtu neoliberalnego w krajach rozwiniętych zainicjowano reformy, które mają doprowadzić m.in. do istotnego zmniejszenia wielkości sektora publicznego oraz redukcji aktywności państwa w gospodarce. Założono znaczące ograniczanie interwencjonizmu państwowego na rzecz oparcia stosunków społecznych w większym stopniu na mechanizmie rynkowym. Deregulacja, prywatyzacja i kontraktowanie usług publicznych to pojęcia, które zapanowały zarówno w teorii, jak i praktyce sektora publicznego.

Jednak po dwóch dekadach fascynacji ideą państwa minimum obecnie dąży się do określenia na nowo jego roli w sferze społecznej (Izdebski 2007). W głównym nurcie zainteresowania znalazło się wówczas tzw. nowe zarządzanie publiczne (*new public management*), które wiązało się z poszukiwaniami właściwej organizacji sfery publicznej poprzez odniesienia do realiów i metod gospodarki rynkowej. Jego istotę określała implementacja rozwiązań mających na celu racjonalizację publicznych wydatków, nacisk na podniesienie efektywności funkcjonowania podmiotów publicznych oraz dążenie do osiągnięcia wymiernych efektów. Sprawowanie administracji publicznej w części zostało utożsamiane z menedżerskim podejściem do zarządzania, właściwym dotąd dla sektora prywatnego. Obecnie dominującą pozycję zdobywa podejście do sfery publicznej określane mianem *public governance*. Zachowując postulaty ekonomizacji i racjonalizacji działań publicznych, kładzie ono nacisk na zagadnienia współpracy i koordynacji zbiorowych działań¹.

Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

¹ Główny punkt odniesienia stanowi społeczeństwo obywatelskie składające się z wielu różnorodnych podmiotów, w znacznym stopniu niezależnych od władzy. Państwo ma zarządzać złożonymi społecznościami dzięki koordynacji

W dokonujących się reformach sektora publicznego wyjątkową pozycję zajmuje sektor ochrony zdrowia, w którym w zasadzie nie tylko nie doszło do ograniczenia aktywności państwa, lecz wręcz przeciwnie – można mówić o stałej jego ekspansji. W krajach rozwiniętych ochrona zdrowia stanowi największy co do wielkości sektor usług. Jego dynamiczny rozwój jest w dominującym stopniu finansowany publicznie. Szybki wzrost wydatków zdrowotnych zagraża stabilności finansów publicznych i stwarza tym samym poważny problem. Mimo podejmowanych działań reformatorskich i przedsięwzięć organizacyjnych (inicjowanych począwszy od lat 70. XX w.), przekształcenia i zmiany instytucjonalne w sektorze zdrowia w dalszym ciągu stanowią wyzwanie dla publicznej polityki w większości krajów rozwiniętych. Stąd stała ekspansja wydatków zdrowotnych w dużym stopniu może być postrzegana w kategoriach porażki polityki publicznej.

Zarządzanie opieką zdrowotną jawi się zatem jako szczególnie aktualne i interesujące zagadnienie badawcze. Niniejszy tekst dotyczy przede wszystkim zagadnienia uwarunkowań prowadzenia skutecznej publicznej polityki zdrowotnej w ramach demokratycznego państwa prawnego. W tym względzie szczególna uwaga została poświęcona zagadnieniu zabezpieczenia zdrowotnego, traktowanemu z jednej strony jako fundamentalny cel współczesnych systemów zdrowotnych, z drugiej zaś istotny motyw zaangażowania państw w finansowanie opieki zdrowotnej. W tym kontekście w artykule poddano analizie kwestię możliwości promocji ubezpieczeń zdrowotnych jako czynnika umożliwiającego z jednej strony zapewnienie finansowania opieki zdrowotnej na odpowiednim poziomie, z drugiej zaś zapewnienia obywatelom właściwego dostępu do usług zdrowotnych.

działalności podmiotów należących do różnych sektorów. Na pierwszy plan wysuwa się zagadnienie interaktywnego zarządzania jako skuteczną metodą osiągnięcia określonych celów polityki publicznej. Koncepcja interaktywnego zarządzania zakłada wywoływanie pożądanych zmian poprzez generowanie procesu społecznej innowacji, dokonującego się w następstwie społecznych interakcji. Szerzej zob. Hausner 2008.

2. Uwarunkowania wzrostu wydatków zdrowotnych w krajach gospodarczo rozwiniętych

W krajach rozwiniętych całkowite wydatki na ochronę zdrowia systematycznie rosły w okresie kilku ostatnich dekad (tab. 1)². Ich udział na początku lat 70. XX w. przeciętnie wynosił 5,3% PKB, 7% PKB w latach 90. XX w., a w 2005 r. stanowił w krajach OECD już średnio 9,2% PKB. Oznacza to niemal podwojenie – w okresie zaledwie 35 lat – przeciętnej wielkości wydatków zdrowotnych. Należy dodać, że w okresie 1970–2005 tak wysoka dynamika wzrostu analizowanych wydatków była udziałem większości krajów rozwiniętych.

W 2005 r. zdecydowanie najwięcej na ochronę zdrowia przeznaczano w Stanach Zjednoczonych (15,3% PKB). Następną wyróżniającą się grupę (z wynikiem dwucyfrowym) tworzyły: Szwajcaria (11,6%), Francja (11,1%), Niemcy (10,7%). Wydatki pozostałych krajów mieściły się w przedziale 6,2–9,8% PKB. Tym samym relacja wydatków zdrowotnych (w odniesieniu do PKB), w kraju o najwyższych wydatkach zdrowotnych (Stany Zjednoczone) a państwami o najniższym poziomie wydatków (Polska – 6,2%; Meksyk – 6,4%, Słowacja – 7,1%), ma się jak 2 do 1.

Wydatki zdrowotne zajmują istotną pozycję w ogólnych wydatkach sektora publicznego, choć można odnotować spore różnice między poszczególnymi państwami. W 2005 r. w dominującej większości krajów wydatki zdrowotne wyraźnie przekraczały poziom 10% całości wydatków sektora publicznego. Najwyższy ich poziom, rzędu 17–18% łącznych wydatków sektora publicznego, notowały następujące kraje: Stany Zjednoczone (18,8%), Norwegia (17,9%), Kanada (17,5%), Niemcy (17,6%) oraz Irlandia (17%). Nieznacznie tylko niższe wydatki zanotowano we Francji (16,5%) i w Wielkiej Brytanii (16,2%). W analizowanym okresie 1970–2005 nastąpił wyraźny, kilkupunktowy wzrost udziału

² Rzeczywiste wydatki są istotnie wyższe, gdyż klasyfikacja OECD w pozycji całkowite wydatki zdrowotne – (*Total Health Expenditure – TEH*) – nie uwzględnia finansowania np. działalności inwestycyjnej w opiece zdrowotnej, szkolnictwa medycznego czy badań naukowych.

Tab. 1. Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB (CWZ), w całości wydatków sektora publicznego (WPZ), wydatki *per capita* (w USD) oraz udział publicznego finansowania ochrony zdrowia (PFZ) w wybranych krajach OECD, w latach 1970–2005

Kraj	1970				1980				1990				2000				2005				
	CWZ % PKB	WPZ %SP	\$ <i>per capita</i>	PFZ % CWZ	CWZ % PKB	WPZ %SP	\$ <i>per capita</i>	PFZ % CWZ	CWZ % PKB	WPZ %SP	\$ <i>per capita</i>	PFZ % CWZ	CWZ % PKB	WPZ %SP	\$ <i>per capita</i>	PFZ % CWZ	CWZ % PKB	WPZ %SP	\$ <i>per capita</i>	PFZ % CWZ	
Czechy	bd	bd	bd	96,6	bd	bd	bd	96,8	4,7	bd	143	97,4	6,5	14,1	361	90,3	7,2	14,4	869	88,6	
Kanada	6,9	13,3	277	69,9	7	12,8	770	75,6	8,9	13,5	1861	74,5	8,8	15,1	2076	70,4	9,8	17,5	3430	70,2	
Finlandia	5,5	bd	134	73,8	6,3	12,4	695	79,0	7,7	13,0	2166	80,9	6,6	10,2	1543	73,4	7,5	11,6	2825	75,0	
Francja	5,4	bd	152	75,5	7	12,4	885	80,1	8,4	13,0	1790	76,6	9,6	14,6	2088	79,4	11,1	16,5	3800	79,9	
Hiszpania	3,5	bd	41	65,4	5,3	bd	320	79,9	6,5	bd	879	78,7	7,2	13,2	1036	71,6	8,3	15,4	2152	70,6	
Irlandia	5,1	bd	73	81,7	8,3	bd	512	81,6	6,1	10,2	826	71,7	6,3	14,5	1594	73,5	7,5	17,0	3657	79,5	
Meksyk	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	4,8	bd	156	40,4	5,6	12,5	327	46,6	6,4	bd	463	45,5	
Niemcy	6,0	11,5	191	72,8	8,4	14,2	1160	78,7	8,3	14,6	2063	76,2	10,3	18,2	2372	79,7	10,7	17,6	3628	77,0	
Norwegia	4,4	bd	144	91,6	7	12,9	1084	85,1	7,6	11,9	2118	82,8	8,4	16,4	3156	82,5	9,1	17,9	5912	83,5	
Polska	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	4,8	bd	82	91,7	5,5	9,4	247	70,0	6,2	9,9	494	69,3	
Słowacja	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	5,5	9,5	208	89,4	7,1	13,9	626	74,4	
Szwajcaria	5,5	bd	198	bd	7,4	bd	1283	bd	8,3	14,5	2906	52,4	10,4	17,1	3572	55,6	11,6	bd	5694	59,6	
Szwecja	6,8	bd	299	86,0	9,0	bd	1416	92,5	8,3	bd	2354	89,9	8,4	12,4	2280	84,9	9,1	13,6	3598	81,7	
USA	7,0	7,8	351	36,3	8,8	10,6	1068	41,2	11,9	12,6	2738	39,4	13,2	16,9	4569	43,7	15,3	18,8	6401	45,1	
W. Brytania	4,5	9,3	99	87,0	5,6	11,0	537	89,4	6,0	11,9	1047	83,6	7,3	14,8	1782	80,9	8,3	16,2	3064	86,9	
Włochy	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	7,7	11,6	1536	79,5	8,1	12,7	1541	72,5	8,9	14,1	2728	76,7	
średnio % PKB (OECD)*	5,3				7,0				7,1				8,1				9,2				

* Średnia obliczona dla obecnych 30 krajów OECD.

CWZ – udział całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w PKB,

WPZ – udział całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w całości wydatków sektora publicznego,

PFZ – udział publicznych wydatków w całkowitych wydatkach zdrowotnych.

Źródło: OECD (2007).

tu ochrony zdrowia w wydatkach publicznych. Co istotne, wzrost ów w dużym stopniu postępował niezależnie od wielkości sektora publicznego w poszczególnych krajach.

Wraz ze wzrostem udziału w PKB odpowiednie rosły także wydatki zdrowotne w ujęciu *per capita*. W 2005 r. przekroczyły one kwotę 6,4 tys. USD w Stanach Zjednoczonych i 5,9 tys. USD w Norwegii oraz Szwajcarii. Należy wskazać na duże różnice zachodzące między poszczególnymi krajami odnośnie do tego wskaźnika. Kraje biedniejsze cechował wyraźnie niższy poziom wydatków, w granicach do 1 tys. USD (np. Meksyk, Polska, Słowacja, Czechy).

W analizowanych krajach występują istotne dysproporcje, jeśli chodzi o strukturę źródeł finansowania wydatków zdrowotnych. Z wyłączeniem Stanów Zjednoczonych, Grecji i Meksyku (z nieco ponad 40% publicznych środków), we wszystkich pozostałych państwach zdecydowanie dominuje publiczne finansowanie wydatków zdrowotnych. W 2005 r. w krajach OECD źródła publiczne dawały przeciętnie 72% całości środków w ochronie zdrowia. Wskaźnik ten utrzymywał się na podobnym poziomie w okresie ostatnich dekad. W krajach najbardziej rozwiniętych udział środków publicznych nierzadko przekraczał poziom 80%. Tytułem przykładu można wskazać: Wielką Brytanię (87%) i Szwecję (85%). W biedniejszych państwach (Meksyk, Hiszpania), z początkowym poziomem wyraźnie niższym od przeciętnego, w ostatnich dekadach można odnotować systematyczny wzrost udziału publicznego finansowania opieki zdrowotnej. Natomiast przeciwna tendencja zachodziła w grupie krajów Europy Środkowej, gdzie w ostatnich latach nastąpił spadek tradycyjnie wysokiego udziału środków publicznych do poziomu nieco poniżej przeciętnej obliczonej dla OECD (np. w Polsce wyniósł on 69%, a Węgrzech 70%).

Wysoki udział środków publicznych w finansowaniu ochrony zdrowia świadczy o tym, że większość krajów gospodarczo rozwiniętych powszechnie realizuje zasadę solidarności społecznej, stosując rozwiązania zapewniające obywatelom dostęp do opieki zdrowotnej. Zwraca uwagę fakt, że w coraz większym stopniu wydatki zdrowotne mają charakter sztywny, co oznacza, że są niezależne zarówno od wielkości sektora pu-

blicznego, jak i realizowanego modelu ochrony zdrowia w danym kraju.

Rozpatrując zagadnienie wzrostu wydatków zdrowotnych w krajach rozwiniętych, nie można pominąć rozważań nad przyczynami tego procesu. Mimo braku zgody co do samego znaczenia i wagi poszczególnych czynników, powszechnie w tym kontekście wskazuje się na następujące przyczyny: procesy demograficzne, wzrost kosztów opieki, ekonomiczne implikacje wymiany wynikające z cech usług zdrowotnych oraz kształt przyjętych rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia.

W analizie przyczyn wzrostu wydatków nie sposób pominąć czynników kształtujących popyt na usługi zdrowotne (tzw. pozacenowe determinanty popytu). W szczególności należy zaliczyć do nich uwarunkowania w zakresie zmian w strukturach: demograficznej oraz społecznej. Wydatki na opiekę medyczną rosną, przybywa bowiem ludzi w podeszłym wieku stanowiących głównych jej beneficjentów. W związku z tym podawane są także argumenty natury politycznej – wzrost wydatków publicznych ma być rezultatem świadomej polityki władz publicznych, prowadzonej w celu „kupowania” pokoju i poparcia społecznego u licznej rzeszy osób starszych. Także zmiany struktury społecznej (określonej liczbą osób o danym poziomie dochodów, wykształceniu, wykonywanym zawodzie, strukturze wiekowej i miejscu zamieszkania) *summa summarum* prowadzą nie tylko do wzrostu wolumenu popytu na usługi zdrowotne, lecz także istotnych zmian jakościowych.

Niewątpliwie wzrost wydatków zdrowotnych, zarówno całkowitych, jak i tych pochodzących ze źródeł publicznych, powodowany jest przez szybki wzrost kosztów opieki medycznej (*cost disease*). Istotne znaczenie w tym względzie ma proces opracowywania oraz upowszechniania nowoczesnych, z reguły coraz droższych technologii medycznych i leków. Ponadto często przyczyn wzrostu kosztów opieki zdrowotnej upatruje się w relatywnie niskiej produktywności zasobów, z racji dominacji słabo „oprzyrządowanej” pracy ludzkiej³.

³ Teza o niższej niż przeciętna produktywności zasobów ludzkich w opiece medycznej nie wydaje się jednak możliwa do obrony w świetle dokonującego się w opie-

Znaczenia wymienionych dotąd czynników nie powinno się deprecjonować, wydaje się jednak, że wzrost wydatków na ochronę zdrowia w krajach o gospodarce rynkowej w ostatecznej mierze jest determinowany przez czynniki o charakterze ekonomicznym i systemowym. Te pierwsze, ujmowane w skali mikro, wynikają przede wszystkim ze specyfiki usług zdrowotnych i w decydującej mierze blokują stosowanie mechanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej. W pierwszym rzędzie do uwarunkowań o charakterze mikroekonomicznym należy zaliczyć powszechne w opiece zdrowotnej zjawiska tzw. „moralnego hazardu” czy też kształtowanie się warunków dla naturalnego monopolu wytwórców świadczeń zdrowotnych. Niebagatelne znaczenie ma także asymetria informacji między pacjentami a lekarzami. Jeśli chodzi o czynniki w skali makro, to przede wszystkim należy w tym kontekście wymienić agregaty oparte na łącznych wielkościach zasobów finansowych płatników oraz na rozporządzalnych dochodach gospodarstw domowych. Ilość środków finansowych w systemie ochrony zdrowia w pierwotny sposób zależy od zamożności danego społeczeństwa oraz dokonanych wyborów publicznych (w zakresie redystrybucji dochodu narodowego)⁴.

Duży wpływ na wielkość wydatków zdrowotnych niewątpliwie mają stosowane rozwiązania systemowe, których kształt w istotnym zakresie jest determinowany przez dopiero co omówione czynniki o charakterze ekonomicznym. Uznanie zdrowia za *sui generis* dobro publiczne prowadzi do przejmowania przez władze publiczne odpowiedzialności za kondycję zdrowotną obywateli m.in. jako wyraz realizacji zasad społecznej solidarności i reakcji na niedoskonałości me-

ce zdrowotnej postępu technicznego i technologicznego. Wprowadzanie nowych medykamentów, wyposażenia diagnostycznego oraz nowoczesnych procedur medycznych niewątpliwie wspomaga działalność lekarzy i przyczynia się do większej produktywności pracy w ochronie zdrowia. Ponadto, jak pokazują analizy rynku świadczeń medycznych w krajach rozwiniętych, przeciętne ceny standardowych świadczeń (a zatem także koszty ich wytwarzania) w okresie ostatnich kilkudziesięciu lat rosły w tempie niższym od inflacji. Szerzej zob. Triplett 2001; Bosworth 2001.

⁴ Szerzej na temat uwarunkowań wzrostu wydatków zdrowotnych zob. Newhouse 1992.

chanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej. Współczesne państwa gwarantują powszechny dostęp do opieki zdrowotnej licznym grupom społecznym. Wprowadzenie rozwiązań umożliwiających potrzebującym zapewnienie szerokiego dostępu do opieki zdrowotnej z pominięciem barier ekonomicznych było możliwe dzięki wyłączeniu liczących obszarów ochrony zdrowia spod bezpośredniego wpływu mechanizmu rynkowego. W konsekwencji brak funkcjonowania mechanizmu cenowego jako czynnika równoważenia podaży i popytu na świadczenia zdrowotne powoduje, że dominującego znaczenia nabrały regulacje administracyjno-prawne. To one przede wszystkim wyznaczają obecnie poziom nakładów na opiekę zdrowotną, wysokość podaży (produkcji) świadczeń medycznych oraz wielkość popytu. Jednocześnie determinują zakres i wielkość finansowania opieki zdrowotnej.

W tym miejscu należy dodać, że sam wzrost wydatków zdrowotnych *ipso facto* nie może być uważany za problem sam w sobie, w szczególności w sytuacji wzrostu zamożności danego kraju. Powinna natomiast niepokoić utrzymująca się trwała tendencja wzrostu wydatków (wyraźne przyspieszenie w ostatnich kilkunastu latach). Skądinąd istotny problem stanowi możliwość określenia właściwego ich poziomu. Z jednej strony wydatki zdrowotne przyczyniają się do wzrostu gospodarczego, z drugiej strony niedomagania mechanizmu rynkowego w sferze ochrony zdrowia wskazują na możliwość nadmiernych wydatków w stosunku do otrzymanych efektów. Można wyrazić przypuszczenie, że część wydatków w nieuzasadnionej wysokości przechwytywają świadczeniodawcy jako quasi-renty – stanowiące nieefektywną i nienależną prowizję, co oznacza, że można byłoby wprowadzić tańsze i bardziej skuteczne formy wytwarzania świadczeń. Zarazem sygnały cenowe mogłyby służyć ograniczaniu wzrostu nadmiernych i zbyt drogiej świadczeń, jednak z powodu niskiej elastyczności popytu i ograniczeń natury systemowej należy powątpiewać w skuteczność tego typu bodźców w opiece zdrowotnej.

Reasumując, wzrost wydatków zdrowotnych w krajach rozwiniętych ma wielce złożony charakter. Trudno w tym względzie wskazać jeden dominujący czynnik. Wydaje się wszak, że w ostatecznym rachunku kluczowe znaczenie

można przypisać łącznemu wpływowi postępu technicznego w sferze medycznej oraz rozbudowanemu systemowi transferu środków finansowych na rzecz pacjentów, w celu umożliwienia im zakupu drogich świadczeń (składających się na zabezpieczenie zdrowotne).

3. Model ochrony zdrowia jako determinanta finansowania świadczeń zdrowotnych

Polityka zdrowotna w każdym kraju jest silnie uwarunkowana przyjętymi rozwiązaniami o charakterze systemowym. Ich istotę w szczególności stanowią odmienne sposoby finansowania opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę stosowane mechanizmy gromadzenia i wydatkowania środków na ochronę zdrowia, zasadniczo wyróżnia się następujące trzy rozwiązania modelowe w ochronie zdrowia (Białynicki-Birula 2007):

- narodowej służby zdrowia, zakładające finansowanie świadczeń zdrowotnych przez alokację środków metodą budżetową z jednolitego funduszu pochodzącego z podatków (*public-integrated model, tax-financed model*);
- powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, zakładające istnienie obowiązkowych ubezpieczeń w zakresie zdrowia populacji (*public-contract model, social security contribution*);
- ubezpieczeń prywatnych, oparte na dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych (*a private insurance/provider, mixed systems, private financing*).

Model narodowej służby zdrowia zakłada finansowanie ochrony zdrowia ze środków budżetowych. Oznacza to dominującą pozycję państwa, czego wyrazem jest fakt, że większość podmiotów opieki zdrowotnej należy do sektora publicznego. Łączy on w sobie elementy powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego z publiczną gwarancją dostępu do opieki zdrowotnej. Z kolei model powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych zakłada wykorzystanie mechanizmu publicznego kontraktowania świadczeń – instytucji publicznego płatnika (którym są zarówno agendy państwowe, jak i instytucje ubezpieczeniowe). Środki finansowe pochodzące od ubezpieczonych tworzą fundusze służące kontraktowaniu usług zdrowotnych u świadczeniodawców pochodzących z róż-

nych sektorów. W szpitalnictwie dominuje sektor publiczny, natomiast w opiece ambulatoryjnej prywatne podmioty. Niepubliczne szpitale i kliniki często są prowadzone w systemie *non-profit*. Model prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zakłada natomiast dominację sektora prywatnego w ochronie zdrowia w większości funkcjonującego na zasadzie zysku. Świadczenia są finansowane przez instytucje ubezpieczeniowe, a brak posiadania ubezpieczenia oznacza konieczność bezpośredniego pokrywania pełnych kosztów leczenia z kieszeni pacjenta. Jedynie tylko ściśle określone kategorie osób (np. weterani, inwalidzi) są objęte publicznymi programami zdrowotnymi.

Od ponad 30 lat większość krajów rozwiniętych przeżywa trudności związane z szybko rosnącym udziałem wydatków na ochronę zdrowia w całości wydatków publicznych⁵. Wprowadzane reformy wskazują, iż główny kierunek ewolucji prowadzi do formowania się systemów pośrednich. W państwach, w których organizacja opieki zdrowotnej oparta jest na modelu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, wprowadzane są instytucje sprawdzone w modelach narodowych, i na odwrót⁶. Podobnie w większości krajów następuje decentralizacja ochrony zdrowia przez oddzielenie sfery określania strategii i formułowania polityki zdrowotnej, zarezerwowanej dla administracji centralnej, od bezpośredniego administrowania i zarządzania opieką zdrowotną. Realny kształt polityki zdrowotnej nadawany jest na poziomach regionalnym i lokalnym.

⁵ Pomimo świadomości narastania od początku lat 70. XX w. kryzysu finansowego, dopiero w połowie następnej dekady podjęto pierwsze działania na rzecz wprowadzenia zmian w organizacji ochrony zdrowia, mające na celu racjonalizację wydatków (głównie w Holandii, RFN i Wielkiej Brytanii). Na fali powszechnej krytyki dotychczasowego sposobu funkcjonowania opieki zdrowotnej popularność zyskiwać zaczęły idee neoliberalne zakładające konieczność stosowania na szerszą skalę zasad rynkowych oraz konkurencji, uznanych za podstawowy mechanizm regulujący relacje między podmiotami gospodarczymi.

⁶ Tak na przykład instytucja lekarza rodzinnego wprowadzająca się z systemu brytyjskiego jest implementowana w krajach o systemie ubezpieczeniowym, a z kolei w krajach, w których funkcjonuje narodowy model opieki zdrowotnej, coraz częściej stosuje się zasadę wynagradzania lekarzy i opłacania zakładów opieki zdrowotnej za konkretnie wykonane usługi.

Powszechnie akceptowanym zjawiskiem stało się zwiększenie roli mechanizmów rynkowych w procesach alokacji zasobów w ochronie zdrowia (zgodnie z postulatami *new public management*). Rozdzielono funkcję płatnika (dysponenta środków finansowych) od funkcji wytwarzania świadczeń zdrowotnych. Ponadto na szerszą skalę wprowadzane są mechanizmy kontroli wydatków oraz zasady częściowej odpłatności pacjentów za świadczenia zdrowotne i medykamenty. Państwo pełni funkcje regulacyjne, przeciwdziałając marnotrawstwu środków finansowych w ochronie zdrowia i promuje wdrażanie rozwiązań zapewniających większą efektywność podmiotów opieki zdrowotnej. Porównanie założeń reformy ochrony zdrowia w poszczególnych krajach OECD dowodzi zbieżności m.in. w dążeniu do osiągania następujących celów (Czupryna, Poździej, Ryś, Włodarczyk 2000 oraz Włodarczyk, Poździej 2001):

- zapewnienie obywatelom dostępu do pewnego minimalnego zestawu świadczeń zdrowotnych na zasadzie powszechności (zabezpieczenie zdrowotne);
- osiągnięcie efektywności ekonomicznej służby zdrowia w skali makro (rozumianej jako zapobieżenie przekraczaniu pewnej określonej wielkości wydatków w PKB) oraz w skali mikro (tj. wytwarzanie najbardziej skutecznych świadczeń zdrowotnych zapewniających satysfakcję pacjentów oraz możliwie niskie koszty);
- nadaniu priorytetowego znaczenia prewencji i udzielaniu świadczeń, przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, kosztem opieki specjalistycznej (czy też opartej na stosowaniu zaawansowanych i zarazem drogich technik medycznych).

Należy zauważyć, że we wszystkich zaprezentowanych modelowych ujęciach ochrony zdrowia realizowana jest funkcja zabezpieczenia zdrowotnego, aczkolwiek w zróżnicowanym stopniu oraz przy zastosowaniu odmiennych rozwiązań instytucjonalnych i organizacyjnych. Współcześnie fundamentalny cel niemal wszystkich systemów zdrowotnych stanowi zapewnienie powszechnego i sprawiedliwego (na zasadach równości) dostępu do opieki zdrowotnej⁷. Tym samym

podstawowym priorytetem polityki publicznej w krajach rozwiniętych jest osiągnięcie możliwie wysokiego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego.

4. Istota zabezpieczenia zdrowotnego w krajach OECD

Zabezpieczenie zdrowotne zakłada gwarancję dostępu do odpowiedniej ilości i jakości usług zdrowotnych, przede wszystkim w zależności od medycznie uzasadnionych potrzeb, a nie poza-medycznych uwarunkowań. Na wstępie należy zauważyć, że zabezpieczenie zdrowotne powinno być rozumiane jako *sui generis* idea w najszerszy sposób oddająca zasadę ponoszenia/przejmowania przez podmioty publiczne ryzyka zdarzeń losowych w zakresie zdrowia populacji. A skoro tak, to pojęcie zabezpieczenia zdrowotnego wymaga konkretyzacji i operacjonalizacji. Zasadnicze wyzwanie w tym względzie przypada polityce zdrowotnej danego państwa, której zadaniem jest zapewnienie praktycznych sposobów realizacji idei zdrowotnego zabezpieczenia populacji. Ponadto zabezpieczenie ma istotne znaczenie jako istotny czynnik funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, determinuje bowiem podstawowe cele polityki zdrowotnej, takie jak: jakość usług zdrowotnych, sprawiedliwy do nich dostęp i ochrona przed ryzykiem.

Przedmiotem zabezpieczenia jest gwarantowanie dostępu do opieki zdrowotnej, co w rzeczywistości oznacza rozłożenie ryzyka utraty zdrowia przez poszczególne osoby na większe grupy ludności objęte zabezpieczeniem. Zabezpieczenie zdrowotne (*universal coverage*) ma zatem niejednorodny charakter. Praktycznie należy poddawać analizie następujące jego wymiary: zakres podmiotowy, tj. zasięg populacji objętej zabezpieczeniem (*breadth*), zakres przedmiotowy – rodzaj i wielkość świadczeń gwarantowanych (*depth*) oraz ewentualnie wysokość gwarantowanych kosztów (*height*) (Busse, Schreyögg, Gericke 2007). Należy jednak zastrzec, że mimo podobieństw nie można zabezpieczenia bez-

łącznej w sprawach zdrowotnych. Przykładem tego są Stany Zjednoczone, gdzie jest stale rozbudowywany system programów publicznych adresowanych do wybranych kategorii beneficjentów.

⁷ Wyjątek stanowi model ubezpieczeń prywatnych, ale tam też zmienia podejście w zakresie solidarności spo-

pośrednio utożsamiać z ubezpieczeniami zdrowotnymi (ochroną ubezpieczeniową), te bowiem mogą być traktowane jedynie jako jeden ze sposobów praktycznej realizacji idei zabezpieczenia. Z istoty zabezpieczenia wynika jego publiczno-prawny charakter (stąd mowa o świadczeniach gwarantowanych przez państwo), podczas gdy klasyczna umowa ubezpieczenia ma charakter zobowiązania cywilnoprawnego.

Rozważanie zagadnienia zabezpieczenia zdrowotnego wymaga w szczególności zwrócenia uwagi na następujące jego aspekty:

- aktywność władz publicznych (państwa) w sprawach zdrowotnych;
- zasady finansowania zabezpieczenia.

Jest rzeczą oczywistą, że pojęcie zabezpieczenia zdrowotnego zawiera *implicit*e warunek określonej aktywności państwa w sprawach zdrowotnych obywateli. Słowo „określonej” oznacza, że w praktyce istnieje szeroki wachlarz możliwego zaangażowania państwa, od funkcji czysto regulacyjnej (koordynacyjnej), aż do bezpośredniego wytwarzania i dostarczania usług zdrowotnych.

W ścisłym związku z usytuowaniem państwa w sferze zdrowotnej pozostają kwestie związane z finansowaniem świadczeń zdrowotnych. Nie budzi wątpliwości, że pojęcie zabezpieczenia obejmuje gospodarowanie środkami publicznymi. W zależności od modelu ochrony zdrowia publiczne środki zasadniczo są dystrybuowane w dwojaki sposób: metodą budżetową (zaopatrzenie) bądź poprzez publiczne ubezpieczenia zdrowotne (*social health insurance* – SHI, często zaliczane do ubezpieczeń społecznych). W większości krajów z reguły równolegle współistnieją oba sposoby publicznego finansowania ochrony zdrowia, jednakże w zależności od przyjętego modelu występują istotne różnice dotyczące proporcji między nimi.

Środki pochodzące ze źródeł prywatnych przeważnie stanowią dopełnienie publicznego finansowania. Możliwość ich „podciągnięcia” pod zabezpieczenie jest bardziej problematyczna. O ile środki bezpośrednio płacone z kieszeni pacjentów (*out of pocket*) z pewnością znajdują się poza sferą zabezpieczenia, to już w przypadku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (*private health insurance* – PHI) nie jest to już takie oczywiste. Wydaje się, że jedynie prywatne ubezpieczenia zdrowotne mające charakter fakulta-

tywny i uzupełniający (a także zarazem marginalny w danym systemie) można traktować jako element spoza zabezpieczenia zdrowotnego. W swej idealnej postaci prywatne ubezpieczenia zdrowotne mają charakter cywilnoprawny (prywatny). Obejmują ubezpieczenia finansowane ze składek ubezpieczeniowych, czyli płatności, które nabywca (posiadacz) polisy uiszcza w zamian za objęcie ochroną ubezpieczeniową, na podstawie umowy ubezpieczenia. Zakres ochrony z reguły jest zróżnicowany, od pełnej zapewniającej pełne finansowe zabezpieczenie na wszystkie usługi, poprzez współpłacenie, do wyłączeń w przypadku pewnych świadczeń.

W wielu systemach gospodarowanie funduszami prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych z zasady podlega szczegółowej reglamentacji prawnej. Wysokość składki zwykle nie jest powiązana z poziomem dochodu ubezpieczonego, jednakże zakup dla specyficznych grup ludności może być subsydiowany przez państwo. Choć wydawać by się mogło, że prywatne ubezpieczenia zdrowotne powinny mieć dobrowolny charakter, to jednak często można spotkać rozwiązania o charakterze obligatoryjnym (np. obowiązkowe ubezpieczenia dla pracowników jako część warunków zatrudnienia). Co więcej, instytucje publiczne mają szerokie uprawnienia o charakterze regulacyjnym i nadzorczym w stosunku do rynku ubezpieczeniowego. Z drugiej jednak strony fundusze ubezpieczeniowe z reguły nie są zarządzane przez państwo, nawet jeśli dany ubezpieczyciel ma charakter publiczny.

Pojęcie ubezpieczeń ma niejednorodny charakter. W praktyce możemy mówić o różnych rodzajach ubezpieczeń:

- ubezpieczenie podstawowe (*Primary PHI*) – prywatne ubezpieczenia przedstawiające wyłączną możliwość dostępu do ochrony ubezpieczeniowej dla danej osoby, w sytuacji gdy: (a) nie istnieją publiczne/społeczne ubezpieczenia zdrowotne lub dana osoba nie kwalifikuje się do tego rodzaju ubezpieczeń, (b) mimo możliwości objęcia ubezpieczeniami publicznymi dana osoba zrezygnowała z nich na rzecz ubezpieczeń prywatnych;
- ubezpieczenia równoległe (*Duplicate PHI*) – ubezpieczenia powielają zakres publicznej ochrony, jednak przy możliwości wyboru ubezpieczyciela i wyższego standardu świadczeń;

- ubezpieczenia komplementarne (*Complementary PHI*) – pokrywają część kosztów, które nie są zwracane przez publicznego ubezpieczyciela;
- ubezpieczenia suplementarne (*Supplementary PHI*) – umożliwiają pokrywanie dodatkowych, ponadstandardowych usług, niepodlegających ubezpieczeniu przez żadne z pozostałych rodzajów ubezpieczeń.

Z powyższego wynika, że delimitacja rzeczywistych rozmiarów zabezpieczenia zdrowotnego w danym kraju nie jest rzeczą prostą i dla swej poprawności wymaga analizy usytuowania publicznych uprawnień w sferze opieki zdrowotnej (ubezpieczeń zdrowotnych). Wydaje się, że istotnym jej elementem powinno być uwzględnienie aktywności państwa, w szczególności w kontekście istniejących gwarancji publiczno-prawnych i sposobu dystrybucji środków finansowych w sferze ochrony zdrowia.

W tabeli 2 przedstawiono dane dotyczące kształtowania się zabezpieczenia zdrowotnego i źródeł jego finansowania w krajach OECD. Większość państw (do lat 90.) w ramach zabezpieczenia wprowadziła powszechne lub quasi-powszechne ubezpieczenia zdrowotne (*near-universal*), obejmując bądź systemem obowiązkowych, publicznych ubezpieczeń zdrowotnych bądź narodowej służby zdrowia zdecydowaną większość obywateli (*width*) (Tapay, Colombo 2004).

Wyjątek od reguły stanowią cztery kraje OECD, w których odsetek populacji objętej publicznymi ubezpieczeniami jest zdecydowanie niższy: Stany Zjednoczone (27,3%), Meksyk (50,4%), Holandia (62,1%) i Turcja (67,2%). Zwraca uwagę przypadek Niemiec, w których wskaźnik – na poziomie około 90% – pozostawał niezmienny w okresie 1970–2005.

Charakterystyka źródeł finansowania zabezpieczenia zdrowotnego informuje o realizowanym w danym kraju modelu ochrony zdrowia. Finansowanie budżetowe dostarcza *gros* środków (właściwe dla modelu narodowej służby zdrowia) w następujących krajach: Szwecji (81,7%), Irlandii (79%), we Włoszech (76,6%) i Portugalii (71%). W nieco mniejszym zakresie metoda budżetowa służy finansowaniu opieki zdrowotnej w: Norwegii (69,8%), Kanadzie (68,8%), Australii (67%), Hiszpanii (65,5%) i Finlan-

dii (60%). Z kolei ubezpieczenia publiczne dominują w: Czechach (79,9%), Francji (74,9%), Niemczech (67,4%), Słowacji (65,2%) i Japonii (64,3%). Wysoki ich udział należy także odnotować w Polsce (57,9%) i na Węgrzech (59,8%). W pozostałych krajach przewaga publicznych ubezpieczeń nad finansowaniem budżetowym jest istotnie niższa. Tytułem przykładu można wskazać: Austrię (44,8%), Koreę (41,8%), Turcję (37,7%) czy Meksyk (28,2%).

Publiczne finansowanie delimituje zarazem wielkość środków prywatnych w ochronie zdrowia. Rozpatrując prywatne źródła finansowania opieki zdrowotnej, w szczególności należy zwrócić uwagę na dwie kategorie: prywatne ubezpieczenia zdrowotne (PHI) i płatności gospodarstw domowych (*out of pocket*). Prywatne ubezpieczenia zdrowotne mają dominującą pozycję jako podstawowa forma ochrony ubezpieczeniowej w Stanach Zjednoczonych – zapewniając 36,4% całości środków – a także stanowią istotne źródło finansowania usług zdrowotnych dla sporych grup ludności w Kanadzie (12,7%), Francji (12,7%), Niemczech (9,2%), Szwajcarii (8,8%) i Australii (7,4%). Natomiast w innych krajach OECD udział prywatnych ubezpieczeń jest wyraźnie mniejszy bądź zajmują wręcz marginalną pozycję (Japonia, Korea, kraje skandynawskie, państwa Europy Środkowej i Wschodniej)⁸. W Australii, Irlandii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii i Włoszech – prywatne ubezpieczenia zdrowotne w dużym stopniu duplikują zakres ochrony ubezpieczeniowej zapewniany przez publiczne programy ochrony ubezpieczeniowej. Zasadniczo ubezpieczenie służy zapewnieniu większego wyboru świadczeniodawców oraz jako gwarancja uzyskania świadczenia na czas (uniknięcie kolejek)⁹. Reasumując, przecięt-

⁸ Przeważnie ubezpieczenie prywatne ma tam bądź charakter dodatkowy, służy wypełnieniu luk w systemie podstawowych świadczeń (*supplemental*) bądź pozyskaniu bieżących płatności (*complementary*).

⁹ Przykład Korei dowodzi, że w konkretnych przypadkach niezbędna jest analiza wszystkich aspektów (wymiarów) ubezpieczenia. Mimo wydawałoby się pełnego zakresu publicznego ubezpieczenia (100% populacji), ubezpieczenia pokrywają jednak wąski zakres świadczeń (*depth*), skutkując koniecznością wnoszenia przez pacjentów wysokich opłat, nierzadko przekraczających 30–50% rzeczywistych kosztów usług zdrowotnych.

Tab. 2. Zakres zabezpieczenia i źródła finansowania ochrony zdrowia w wybranych krajach OECD (2005 r.)

	% ogółu ludności objętej publicznymi ubezpieczeniami zdrowotnymi (SHI)		% ogółu ludności objętej prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi (PHI)	Wydatki sektora publicznego z wyłączeniem publicznych ubezpieczeń zdrowotnych (SHI), jako % ogółu wydatków zdrowotnych	Wydatki z publicznych ubezpieczeń zdrowotnych (SHI) jako % ogółu wydatków zdrowotnych	Wydatki gospodarstw domowych na zdrowie jako % ogółu wydatków zdrowotnych (<i>out of pocket</i>)	Udział wydatków gospodarstw domowych w łącznych prywatnych wydatkach na ochronę zdrowia	Wydatki prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako % ogółu wydatków zdrowotnych
	1970 r.	2005 r.						
Australia	85,0	100,0	42,9	67,0	0	18,2	55,2	7,4
Austria	91,0	98,0	bd	31,7	44,8	16,2	68,9	4,7
Czechy	100,0	100,0	0	8,7	79,9	10,9	95,6	0,2
Finlandia	100,0	100,0	bd	60,0	15,0	19,6	78,4	2,2
Francja	95,6	99,9	87,2	4,9	74,9	6,7	33,3	12,7
Hiszpania	61,0	99,5a	bd	65,5	5,1	22,4	76,2	5,9
Irlandia	85,0	100,0	51,6	79,0	0,5	12,2	59,5	6,8
Japonia	100,0	100,0	bd	16,1	64,3	14,3	82,7	2,5
Kanada	100,0	100,0	66,0	68,8	1,4	14,5	48,7	12,7
Korea	14,5b	100,0	bd	11,8	41,8	37,6	81,2	3,4
Meksyk	-	50,4	4,8	17,3	28,2	51,2	93,9	3,3
Niemcy	89,2	89,6	24,3	9,6	67,4	13,0	56,5	9,2
Norwegia	100,0	100,0	0	69,8	13,8	15,7	95,2	bd
Polska	-	97,3	bd	11,4	57,9	26,1	85,3	0,6
Portugalia	40,0	100,0	17,4	71,0	0,8	22,8	80,9	3,9
Słowacja	-	97,6	0	9,2	65,2	22,6	88,3	bd
Szwajcaria	89,0	100,0	bd	16,9	42,7	30,6	75,7	8,9
Szwecja	100,0	100,0	bd	81,7	bd	bd	bd	bd
Turcja	26,9	67,2a	1,4	33,7	37,7	19,9	69,6	bd
USA	23,3c	27,3	67,1	32,1	13,0	13,1	23,9	36,4
W. Brytania	100,0	100,0	11	bd	bd	bd	bd	bd
Węgry	-	100,0	0	11,1	59,8	23,3	80,1	1,1
Włochy	93,0	100,0	bd	76,6	0,1	20,6	88,4	0,9

Dane dotyczą lat: a – 2003 r., b – 1987 r., c – 1977 r.

Źródło: OECD 2007.

nie w grupie analizowanych krajów z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych pochodziło ok. 7% środków (i poniżej 5% po wyeliminowaniu Stanów Zjednoczonych).

Jeśli chodzi o wydatki gospodarstw domowych, to należy odnotować istotne różnice między poszczególnymi krajami. Największe płatności pochodzące bezpośrednio z kieszeni pacjentów mają Meksyk (51,2%), Korea (37,6%) i Szwajcaria (30,6%). Wysokie są także w Polsce (26,1%), na Węgrzech (23,3%), w Portugalii (22,8%), na Słowacji (22,6%), w Hiszpanii (22,4%) i we Włoszech (20,6%). Najniższe płatności typu *out of pocket* występują we Francji (6,7%), w Czechach (10,9%) i w Irlandii (12,2%). Interesujące wyniki można otrzymać przez odniesienie wydatków gospodarstw domowych do łącznych wydatków prywatnych na ochronę zdrowia. Im wyższy ich procentowy udział, tym mniejsza jest przestrzeń dla ubezpieczeń prywatnych. W krajach, w których wydatki gospodarstw domowych zdominowały prywatne źródła finansowania opieki zdrowotnej, np. w Czechach, Norwegii czy Meksyku (z poziomem powyżej 90%), znaczenie ubez-

pieczeń prywatnych jest znikome. Po przeciwnej stronie znajdują się takie kraje jak: Stany Zjednoczone (23,9%), Francja (33,3%), Kanada (48,7%), Niemcy (56,5%). Wszędzie tam prywatne ubezpieczenia zdrowotne mają istotne znaczenia jako źródło finansowania opieki zdrowotnej.

Omówione różnice w zakresie finansowania opieki zdrowotnej można syntetycznie ująć w sposób zaproponowany w pracy R. Bussego, J. Schreyögga i Ch. Gericke (tab. 3) (Busse, Schreyögg, Gericke 2007). Zestawienie sporządzono dla 25 najbardziej rozwiniętych krajów. Na uwagę zasługuje fakt, że w przypadku krajów najbardziej rozwiniętych przeważa budżetowe finansowanie opieki zdrowotnej.

5. Zabezpieczenie zdrowotne a efektywność polityki zdrowotnej

Ponieważ pojęcie powszechnego zabezpieczenia zakłada *ipso facto* co najmniej istnienie pewnego minimalnego poziomu ochrony, zatem

Tab. 3. Grupowanie krajów rozwiniętych wg sposobu finansowania opieki zdrowotnej (dane dla 25 najbardziej rozwiniętych krajów o dochodzie przekraczającym 16 tys. USD (ppp) PKB *per capita*)

Finansowanie budżetowe/podatki	Ubezpieczenia społeczne	Systemy mieszane, finansowanie przeważnie prywatne
Wysoki udział publicznych wydatków w ochronie zdrowia (>70%)		
Dania		
Finlandia	Belgia	
Hiszpania	Francja	
Islandia	Holandia	
Irlandia	Japonia	
Nowa Zelandia	Luksemburg	
Norwegia	Niemcy	
Szwecja		
Wielka Brytania		
Względnie wysoki udział wydatków prywatnych (>30%)		
Australia	Austria	Grecja
Kanada	Korea	Singapur
Portugalia	Szwajcaria	USA
10 + 3 = 13 krajów	6 + 3 = 9 krajów	3 kraje

Źródło: Busse, Schreyögg, Gericke 2007.

można zastanowić się, czy zagadnienia zabezpieczenia nie należy postrzegać raczej jako determinanty niż celu polityki zdrowotnej (Kutzin 2000). Ze względu na różne sposoby realizacji zasady sprawiedliwości cel polityki zdrowotnej powinno stanowić poszerzenie zakresu i poziomu ochrony zdrowotnej obywateli¹⁰. Ponieważ poszerzanie zakresu zabezpieczenia jest silnie limitowane przez dostępne zasoby, zasadniczym wyznacznikiem polityki zdrowotnej musi być dbałość o efektywne ich wykorzystanie. Tym samym celem polityki zdrowotnej powinno stać się osiągnięcie powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, z odpowiednim poziomem ochrony, przy możliwie niskim poziomie kosztów. Inaczej rzecz ujmując, należy dążyć do maksymalnego poszerzania zakresu zabezpieczenia przy danym poziomie zasobów (Kutzin 2000).

Biorąc pod uwagę zarysowane uwarunkowania polityki zdrowotnej, należy wskazać najważniejsze zagadnienia wiążące się z realizacją funkcji zabezpieczenia zdrowotnego, które w istotny sposób determinują efektywność systemu zdrowotnego (Kutzin 2000):

- obowiązujący w danym systemie zakres zabezpieczenia zdrowotnego;
- sposoby eliminacji zjawisk negatywnej selekcji;
- istniejąca struktura rynkowa systemu opieki zdrowotnej (liczba płatników – stopień centralizacji/decentralizacji);
- zakres zadań stawianych przed płatnikiem.

Rozmiar publicznego ubezpieczenia w dużym stopniu delimituje obszar ubezpieczeń prywatnych oraz otwiera drogę do ewentualnego pozyskiwania środków na opiekę zdrowotną (np. współpłacenie). Podstawowe znaczenie ma tutaj określenie dwóch wielkości: koszyka świadczeń publicznie gwarantowanych (*benefit minimum*) oraz maksymalnych stawek opłat (*out of pocket maximum*), w tym sensie, że świadczenia, które są gwarantowane, niekoniecznie muszą być darmowe dla wszystkich.

Jeśli chodzi o zjawiska negatywnej selekcji, to należy stwierdzić, że brak zdecydowanego zaangażowania państwa w ograniczanie konse-

kwencji negatywnej selekcji może prowadzić do fragmentacji populacji na odmienne grupy ryzyka, które trudno finansować na zasadach rynkowych. Systemy bazujące na indywidualnych kontrybucjach (składkach ubezpieczeniowych) z zasady dystrybuują większe koszty dla grup o wyższym poziomie ryzyka i tych, którzy intensywniej korzystają z opieki medycznej. Tam, gdzie uprawnienia zależą od kontrybucji ubezpieczeniowych, nie będzie możliwe powszechne ubezpieczenie (chyba że władza publiczna zdecyduje o dofinansowaniu składek dla osób niemogących ich opłacić).

Szczególne znaczenie w zakresie koordynacji systemu opieki zdrowotnej ma realizowany kształt jego rynkowej struktury. W zależności od tego, czy system ustanawia jednego (uniwersalnego) ubezpieczyciela, czy wielu, otwiera się możliwość (przestrzeń) dla konkurencji oraz przestrzeń większego wyboru dla pacjentów. Teoretycznie istnienie pojedynczego płatnika (czy to publicznego, czy też mniej lub bardziej niezależnego – np. fundusz ubezpieczeń społecznych) umożliwia stosowanie jasnego i spójnego systemu bodźców. W szczególności wzrost kosztów opieki może być skutecznie powstrzymany przez budżet centralny oraz zapewniać równy dostęp do opieki zdrowotnej (łatwość objęcia ubezpieczeniem). Pojedynczy płatnik ma silniejszą pozycję względem świadczeniodawców oraz na ogół niższe koszty administracyjne. Istnienie wielu płatników (ubezpieczycieli) może zaś stwarzać trudność w formułowaniu spójnej strategii sektora zdrowotnego, a tym samym prowadzić do społecznie szkodliwych (nieproduktywnych) działań, np. przerzucanie kosztów na świadczeniodawców (różnicowanie cen w zależności od świadczeniodawców) i wzrost podaży świadczeń w odpowiedzi na zmiany w konkurencyjnych planach ubezpieczeniowych. Systemy pluralistyczne uważa się zasadniczo za bardziej czułe na potrzeby pacjentów, lecz mniej skuteczne w ograniczaniu kosztów opieki zdrowotnej. Ponadto cechują się wyższymi kosztami administracyjnymi regulacji rynku.

Jeśli chodzi o zakres zadań stawianych przed płatnikami, należy stwierdzić, że sposób wykorzystania pozycji płatników może stanowić istotny element promocji jakości i efektywności świadczeniodawców. Jeżeli płatnicy pełnią

¹⁰ Osiągnięcie pełnego zakresu podmiotowego ubezpieczeń i tak pozostawia pole do poszerzania zakresu przedmiotowego (dwóch pozostałych wymiarów).

jedynie bierną rolę finansowych pośredników, w rezultacie może pojawić się nadmierna podaż świadczeń (indukowanych). Przeciwnie rozwiązanie stanowi tzw. opieka kierowana (*managed care*), zakładająca aktywną rolę płatnika. Mechanizm tego rodzaju zakłada stosowanie systemu zachęt finansowych w celu ograniczenia kosztów, zawieranie kontraktów z wybranymi świadczeniodawcami w zamian za obniżone ceny usług, z drugiej zaś wdrażanie długofalowych programów zdrowotnych w zamian za możliwość pozyskania licznych pacjentów. Ponadto stwarza możliwość monitorowania procesu leczenia w celu ograniczenia zbędnych świadczeń.

6. Zakończenie

W prowadzonych analizach systemów zdrowotnych na plan pierwszy wysuwa się kwestia zabezpieczenia zdrowotnego. We wszystkich zaprezentowanych modelowych ujęciach ochrony zdrowia realizowana jest funkcja zabezpieczenia zdrowotnego, aczkolwiek w zróżnicowanym stopniu oraz przy zastosowaniu odmiennych rozwiązań instytucjonalnych i organizacyjnych. Wydaje się, że poszerzenie jego zakresu stanowi współcześnie zasadniczy cel polityki zdrowotnej w krajach gospodarczo rozwiniętych.

Należy jednak zdawać sobie sprawę z faktu, że przyjęcie podobnego celu polityki nie oznacza zarazem istnienia uniwersalnego sposobu jego osiągnięcia. Musi zostać uwzględniony kontekst i uwarunkowania polityki zdrowotnej w konkretnych warunkach danego kraju. Podstawę określania szczegółowych celów reform systemów zdrowotnych powinna stanowić istniejąca struktura i sposób alokacji zasobów, jak również szerszy ekonomiczny, kulturowy i polityczny kontekst. Spotykane powszechnie w literaturze porównania modeli ochrony zdrowia przez proste odniesienie się do wielkości PKB przeznaczanego na sektor zdrowia wydają się daleko niewystarczające. Tym samym tradycyjne podejście modelowe, koncentrujące się na kwestiach sposobów finansowania opieki zdrowotnej, można uznać za zbyt wąskie i nieoddające istoty zróżnicowania systemów zdrowotnych. Dopiero analiza modeli ochrony zdrowia uwzględniająca realizację funkcji zabezpieczenia zdrowotnego, pozaekonomiczne uwarunkowania działalności

sektora opieki zdrowotnej oraz wielkość ponoszonych nań wydatków powinna stanowić podstawę oceny i dokonywanych wyborów.

Niezbędne jest zatem kompleksowe podejście, uwzględniające różne elementy systemu ochrony zdrowia: źródeł finansowania, mechanizmów alokacji, rozwiązań organizacyjnych i instytucjonalnych, umożliwiających przedstawienie alternatywnych sposobów wypełniania oraz poszerzenia funkcji zabezpieczenia zdrowotnego. Ponieważ współcześnie w większości krajów zabezpieczenie zdrowotne w głównej mierze opiera się na ubezpieczeniach, brak ubezpieczenia należy uważać za największą barierę dostępu do opieki zdrowotnej. Jednakże poszerzanie ochrony ubezpieczeniowej musi respektować uwarunkowania o charakterze ekonomicznym, tak by nie dopuścić do zachwiania równowagi finansów publicznych. W projektowaniu zmian systemów zdrowotnych ważne jest uwzględnianie kluczowych dla zapewnienia efektywności zagadnień, takich jak organizacja struktury rynkowej opieki zdrowotnej czy wynikających z natury świadczeń ograniczeń, które dotyczą bodźców cenowych w opiece zdrowotnej.

Wbrew postulatowi urnikowienia opieki zdrowotnej, głoszonym na fali nowego zarządzania publicznego, ochrona zdrowia zachowała swój specyficzny, publiczny charakter. Poszerzanie zabezpieczenia zdrowotnego z dużej mierze opiera się na środkach publicznych, i – co interesujące – w wielu przypadkach transferowanych metodą budżetową. Należy stwierdzić, że prywatne ubezpieczenia zdrowotne mają jedynie charakter uzupełniający i nie mogą być postrzegane jako alternatywa publicznych źródeł finansowania opieki zdrowotnej.

Bibliografia

- Białyński-Birula P. (2007). „Funkcjonowanie współczesnych modeli ochrony zdrowia”, *Zeszyty Naukowe UEK*, nr 759.
- Bosworth B. (2001). „Productivity in the Services Sector”, w: R.M. Stern (red.), *Services in the international economy*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Busse R., Schreyögg J., Gericke Ch. (2007). „Analyzing Changes in Health Financing Arrangements

in High-Income Countries”, *HNP Discussion Paper World Bank*, luty.

Czupryna A., Poździejch S., Ryś A., Włodarczyk C. (2000). *Zdrowie publiczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”.

Izdebski H. (2007). „Od administracji publicznej do public governance”, *Zarządzanie publiczne*, nr 1.

Hausner J. (2008). *Zarządzanie publiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Kutzin J. (2000). „Towards Universal Health Care Coverage, A Goal-oriented Framework for Policy Analysis”, *HNP Discussion Paper World Bank*, lipiec.

Newhouse J.P. (1992). „Medical Care Costs. How Much Welfare Loss?”, *Journal of Economic Perspectives*, t. 6, nr 3.

OECD (2007). *The OECD Health Data*, październik.

OECD (2004). *The OECD Health Project Private Health Insurance in OECD countries*. Paris: OECD.

Pearson M., Martin J.P. (2005). „Should We Extend the Role of Private Social Expenditure?”, *OECD Social Employment and Migration Working Papers*, nr 23.

Tapay N., Colombo F. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems* (rozdział 6). Paris: OECD.

Triplett J. (2001). „What’s Different about Health: Human Repair and Car Repair in National Accounts”, w: E. Berndt, D. Cutler, *Medical Care Output and Productivity*. Chicago: University of Chicago Press.

Włodarczyk C., Poździejch S. (2001). *Systemy zdrowotne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Włodarczyk W. (1996). *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Łódź–Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.

The Circumstances of Carrying on Effective Health Policies in Developed Countries

The article concerns the circumstances of carrying on effective health policies in developed countries. Contrary to the ideas of marketization of medical care promoted in accordance with new public management, health care retained its specific, public character. The essential significance in this regard can be attributed to health protection which should be treated on the one hand as a fundamental goal of contemporary health systems, and on the other – as a decisive motive of state involvement in health care financing. The possibility of broadening health protection depends to a large extent on public resources, in many cases transferred by budgetary methods. Hence private voluntary health insurance may be only of a supplementary character and can not be regarded as a real alternative to public financing. When analysing health systems, a comprehensive approach is indispensable, with various aspects of health systems, not only these concerning financial sources and allocation mechanisms being taken into consideration.

Key words: health care, health care financing, health care protection.