

STANISŁAWA GOLINOWSKA*

Kontrowersje wokół ekonomii w ochronie zdrowia i reformy systemu ochrony zdrowia

Wprowadzenie

Dostarczenie odpowiedniej do potrzeb ilości i jakości usług zdrowotnych oraz zapewnienie niezbędnych zasobów (kadrowych i finansowych) dla ich tworzenia stanowi we współczesnym świecie przedmiot niekończących się rozważań i podejmowanych wysiłków. Potrzeby zdrowotne zdają się bowiem nienasycone. Rosną wraz z wydłużaniem się ludzkiego życia, wzrostem poziomu życia i wykształcenia ludności. Ponadto nowe technologie medyczne tworzą nadzieję na uzyskanie korzystnego rezultatu zdrowotnego niezależnie od innych czynników wzrostu potrzeb, a należy zauważyć, że działania na rzecz zdrowia obejmują także „zewnętrzne” czynniki wpływające na zdrowie, takie jak środowisko naturalne i społeczne. To powoduje, że publiczne systemy ochrony zdrowia, gdy nie są dostatecznie finansowane, nie są w stanie pełnić swej podstawowej funkcji – zaspokajania potrzeb zdrowotnych wszystkich grup ludności na możliwym do osiągnięcia i akceptowanym przez obywateli poziomie.

Zbudowanie takiego systemu ochrony zdrowia, który zaspokajałby potrzeby zdrowotne i opowiadał na współczesne wyzwania dotyczące możliwości produkcyjnych gospodarki oraz sektora zdrowotnego, jest przedmiotem także niekończących się reform. Ich logikę z perspektywy nauk ekonomicznych można ująć następująco: zmiany są wprowadzane albo w kierunku zwiększenia działania mechanizmu rynkowego, albo w kierunku wzrostu skuteczniejszych interwencji państwa. Rynkowo zorientowane reformy są charakterystyczne dla systemów długo funkcjonujących publicznie, a reformy ukierunkowane na wzrost efektywniejszych interwencji państwa następują w systemach z przewagą działania w nich mechanizmów rynkowych. Kraje postkomunistyczne ze swym publicznym systemem służby zdrowia, zwanym modelem Siemaszki, zmieniają go istotnie, wprowadzając wiele rozwiązań *quasi*-rynkowych bądź w niektórych obszarach ochrony zdrowia nawet całkowicie rynkowych. Z kolei kraje z przewagą rozwiązań rynkowych w coraz

* Prof. dr hab. Stanisława Golinowska – Uniwersytet Jagielloński w Krakowie (Collegium Medicum) i Instytut Pracy i Spraw Socjalnych; e-mail: stellag@onet.pl

szerszym zakresie wprowadzają rozwiązania publicznej służby zdrowia albo w odniesieniu do wybranych adresatów: dzieci, osób starszych, osób biednych, albo/i w stosunku do pewnego rodzaju usług zdrowotnych, np. zdrowia publicznego czy związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych i przewlekłych.

Do reform w kierunku ograniczenia rozwiązań rynkowych na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w celu osiągnięcia powszechnego dostępu do ochrony zdrowia przystąpiły też Stany Zjednoczone. Po latach debat podjęto zmiany, wprowadzając rozwiązania polegające na swoistej symbiozie rozwiązań regulacyjno-administracyjnych z rynkowymi. Z kolei w krajach europejskich ostatnie lata przyniosła reformy ze świadomie dobieraną relacją mechanizmu rynkowego i zarządzania publicznego, nazywane kierunkiem na optymalną „mieszankę” rynkowo-publiczną (*public-private mix*). Ten rodzaj reform występuje w krajach o znacznej dojrzałości instytucjonalnej i wysokiej kulturze zarządzania publicznego w ogóle, a w sektorze zdrowotnym w szczególności takich, jak: Szwajcaria, Francja i Holandia.

Niniejszy artykuł¹ ukazuje podstawy teoretyczne oraz kierunki reform w ochronie zdrowia w odpowiedzi z jednej strony na zawodność rynku, a z drugiej strony – na zawodność państwa. Został on przygotowany z intencją zwiększenia namysłu w postulowaniu rozwiązań rynkowych w ochronie zdrowia w kontekście zmian zaproponowanych w tzw. pakiecie zdrowotnym uchwalonym w latach 2010–2011 w Polsce. Odniesieniem do oceny tych zmian jest przywołanie głównych argumentów „odwiecznej” debaty na temat roli rynku i państwa w ochronie zdrowia. Przy okazji tekst ten stanowi polemikę w stosunku do eseju Fijora, który został opublikowany w „Ekonomiście” w 2012 r. (Fijor 2012).

Jest on adresowany do niektórych Kolegów ekonomistów, którzy niekiedy zalecają, co jest celem ochrony zdrowia i że nastawienie na osiąganie zysku bywa źródłem nie tylko nieszczęścia ludzi wykluczonych ze świadczenia usług zdrowotnych, ale także osłabieniem zasobów ludzkich w przeszłości.

1. Zawodność rynku w sektorze zdrowotnym

Cechą dóbr publicznych jest to, że mechanizm rynkowy w ich wytwarzaniu oraz dystrybucji jest zarówno zawodny, jak i nieodpowiedni ze względu na specyficzny ich charakter. Zdrowie jest zarówno dobrem publicznym, jak i prywatnym. Także usługi opieki zdrowotnej mają cechy zarówno dóbr prywatnych, jak i publicznych. Z tego powodu mechanizm rynkowy, jako najbardziej odpowiedni w produkcji i dystrybucji dóbr prywatnych, ma rację bytu także w sektorze zdrowotnym. Jednak jego zakres jest ograniczony. W pierwszym rzędzie ze względu na to, że zdrowie i opieka zdrowotna, mając cechy także dóbr publicznych, są jednocześnie dobrami

¹ Pierwotna wersja tekstu została przygotowana na jubileusz 40-lecia pracy naukowej profesora Cezarego Włodarczyka, z którym autorka uczestniczyła przez długie lata w licznych debatach oraz ekspertyzach dotyczących oceny systemu zdrowotnego i pożądanego kierunków zmian.

powszechnie pożądanymi (*merit goods*) dla danej jednostki i dla innych. To oznacza, że w procesie politycznym nie uzyskuje się otwartej akceptacji na ograniczenia dostępu do usług zdrowotnych. Mechanizm rynkowy jest w sektorze zdrowotnym ograniczony także dlatego, że pewne cechy ogólnej zawodności rynku są w sektorze zdrowotnym szczególnie niepożądane. Zostało to potwierdzone zarówno teoretycznie, jak i wynika z oceny doświadczenia krajów, w których mechanizm wolnego rynku dominował lub jeszcze dominuje.

Literatura na temat zawodności rynku w ochronie zdrowia (Arrow, Roemer, Hsiao i wielu innych) oraz debata na ten temat w kontekście doświadczeń z funkcjonowaniem rynków ubezpieczeń zdrowotnych i prywatnych placówek usług zdrowotnych pozwala na wydobycie kilku zasadniczych elementów zawodności rynku, których całkowite przezwyciężenie jest bardzo trudne, jeśli wręcz niemożliwe.

Po pierwsze, w korzystaniu z opieki zdrowotnej i wytwarzaniu zdrowia to nie popyt, lecz przede wszystkim **potrzeby zdrowotne są podstawą decyzji o konkretnych wyborach** – zarówno na poziomie indywidualnym, jak i zbiorowym. Popyt jest uwarunkowany siłą nabywczą dochodów ludności i reaguje na cenę. Tymczasem w sektorze zdrowotnym rozwijane są te usługi, które są uwarunkowane sytuacją epidemiologiczną, występowaniem chorób i potrzebą ich leczenia. Opłata jest zwykle wnoszona po uzyskaniu świadczenia i to nie ona jest sygnałem dla alokacji. Gdyby świadczeniodawcy reagowali wyłącznie na dochody, a świadczeniobiorcy na cenę, to w wielu przypadkach dostęp do usług zdrowotnych byłby w ogóle niemożliwy, a niektóre nie byłyby wytwarzane. Z drugiej strony kategoria potrzeb jest zbyt pojemna i normatywna (wszystkie potrzeby zdrowotne powinny być zaspokojone), aby na jej podstawie można było budować efektywne systemy zdrowotne. Przyjmuje się więc, że potrzeba zdrowotna uwzględniana w systemie zdrowotnym jest zobiektywizowana przez istnienie zdolności do jej zaspokojenia. Kategoria potrzeby zdrowotnej była przedmiotem wielu prób definiowania (Matthew 1971, Culyer 1976, McPake, Smith, Normand 2013) i operacjonalizacji, będącej podstawą zarządzania systemem.

Po drugie, **mechanizm rynkowy jest mechanizmem najbardziej efektywnym** tylko w określonych warunkach, nazywanych **warunkami doskonałej konkurencji**. Podstawowym warunkiem doskonałej konkurencji jest symetria informacji między producentem i konsumentem. Konsument wie dokładnie czego potrzebuje i wybierając określony produkt powoduje, że jest on wytwarzany. Tymczasem w sektorze zdrowotnym to lekarze decydują o tym, jaka terapia zostanie zastosowana. Posiadając wiedzę medyczną, lekarze zlecają badania, ordynują leki i zapisują na kolejne wizyty – indukują popyt. Taką relację między lekarzem a pacjentem nazywa się relacją agencyjną. Pacjent zawiera lekarzowi, a lekarz staje się jego agentem. Partnerzy tego „kontraktu” nie mają równoważnej pozycji. Ten aspekt relacji wymaga zaufania, którego podstawą jest nie tylko profesjonalizm lekarza, ale także jego humanistyczna etyka. Egoizm i pilnowanie własnego interesu, które są motorem gospodarki rynkowej, w przypadku ochrony zdrowia nie stanowią pożądanego motywacji działania.

Niezbędne dla efektywnego mechanizmu rynkowego warunki doskonałej konkurencji oznaczają też, że jest wielu producentów, wśród których **pacjenci mają**

pełną swobodę wyboru. Taka skala podaży, która zapewniałaby swobodę wyboru na każdym poziomie leczenia, jest trudna do osiągnięcia. Ograniczenia pełnej swobody występują zarówno intencjonalnie, jak i w wyniku procesu dostosowawczego. Przygotowanie odpowiednich zasobów: wykształcenie kadry medycznej, wyprodukowanie leków i sprzętu podlega regulacji ze względu nie tylko na ilość potrzebnej podaży, ale także ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne i jakość. Wejście każdego „producenta” na rynek usług zdrowotnych wymaga licencji a jego zachowanie jest regulowane prawnie.

Koszty opieki stacjonarnej – zarówno inwestycyjne, jak i bieżące – są tak wysokie, że udział finansowania ze środków publicznych jest bardziej powszechny niż z prywatnych. Wyjście z rynku – bankructwo – jest ograniczone ze względów społecznych i politycznych. Gdy występuje dzielenie rynków pod względem geograficznym ze względu na zapewnienie producentom odpowiedniej skali popytu, co może ograniczyć niektórym grupom mieszkańców dostęp do usług zdrowotnych, pojawiają się odpowiednie działania lokalne, a nawet systemowe regulacje, aby zapewnić wyrównany dostęp do leczenia.

Kolejny argument związany z zawodnością rynku w sektorze zdrowotnym dotyczy występowania **trudności w standaryzacji usługi medycznej.** W ramach klasycznie działającego rynku produkty zawsze nabierają cech standardowych, umożliwiając obniżanie kosztów i osiąganie zysków bez pogarszania jakości. Usługi lekarzy tylko częściowo udaje się wystandaryzować, mimo usilnych działań w tym kierunku motywowanych dążeniem do obniżania kosztów. *Nota bene*, zbyt daleko idące działania w dziedzinie standaryzacji postępowania medycznego spotykają się ze sprzeciwem lekarzy, którzy mówią: „my tego nie chcemy, ponieważ to ogranicza naszą autonomię i utrudnia osiągnięcie jak najwyższego efektu leczniczego”.

Istotny i często podnoszony argument przeciwko rynkowi także w ochronie zdrowia dotyczy tzw. efektów zewnętrznych. **Efekty zewnętrzne** mogą być pozytywne i negatywne. Zdrowie ma pozytywny wpływ na gospodarkę – zdrowi ludzie są bardziej produktywni, tworzą lepsze relacje z innymi, osiągają większy dobrobyt. Choroby przysparzają kosztów gospodarce i kłopotów nie tylko bliskim, lecz także innym współobywatelom. Efektów zewnętrznych nie odzwierciedlają ceny. Z tego powodu to państwo inwestuje w zachowania zdrowotne jego obywateli i kontroluje skuteczność leczenia. Państwo zapobiega też zakażeniom i epidemii oraz interweniuje w warunkach ich wystąpienia. Nie zostawia tego ani rynkowi, ani losowi.

Rynek **nie rozwiązuje problemów sprawiedliwej alokacji.** Ogranicza dostęp wielu grupom ludności i to nie tylko tym najsłabszym ekonomicznie, lecz przede wszystkim ludziom o największych potrzebach zdrowotnych: chorych przewlekle, wymagającym drogich i długich terapii. Ta cecha dotyczy szczególnie rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, który sprzyja selekcji ubezpieczonych.

Nierówności w zdrowiu – często narastające – są źródłem problemów społecznych i ekonomicznych. Ograniczenia dostępu do zdrowia mają nie tylko aspekt etyczny. Zagrożają biologicznemu rozwojowi zmieniającej się demograficznie populacji i są sprzeczne z globalnymi celami rozwoju społecznego, wśród których coraz bardziej jednoznacznie wysuwa się dążenie do osiągania równości w zdrowiu.

2. Przewycięzanie zawodności rynku

Praktyczna zawodność mechanizmu rynkowego jako zasadniczego mechanizmu w ochronie zdrowia nie oznacza jego całkowitej negacji. Jest wiele obszarów ochrony zdrowia, w których rynek sprawdza się jako mechanizm skuteczniejszy w efektywnym funkcjonowaniu instytucji usług zdrowotnych. Mechanizm rynkowy ma pewną przestrzeń i rację bytu także w związku z indywidualną odpowiedzialnością za zdrowie (unikanie ryzykownych zachowań) oraz ze względu na oszczędne korzystanie z ograniczonych zasobów, który to imperatyw dotyczy również sektora zdrowotnego bez względu na to, że zdrowie traktuje się jako dobro najważniejsze. Jednak rynkowe reformy zdrowotne, jakie zostały przeprowadzone w ciągu ostatnich kilku dekad, nie dotyczą tylko pozostawienia czy wprowadzania rynku na obrzeżach publicznego systemu ochrony zdrowia. Nastawione są na ograniczanie zawodności rynku w ogóle, w celu usuwania przeszkód do jego skutecznego działania czy wprowadzania. I tak:

- Jeśli konsument (czy pacjent) ma ograniczenia informacyjne i jest słabszą stroną w relacji z producentem i dostawcą dóbr (lekarzem i instytucjami sektora zdrowotnego), to należy go wzmocnić informacyjnie oraz zwiększyć jego pozycję w systemie. „Pacjent jest królem”, „dla dobra pacjenta” to hasła, pod którymi dokonują się działania wzmacniające pacjenta. Le Grand w debacie wywołanej słynnym artykułem *Knights, Knaves or Pawns?* sugeruje szczególnie wzmocnienie pozycji lekarza rodzinnego jako głównego doradcy pacjenta (Le Grand 1997, s. 149–169).
- Jeśli produkty sektora zdrowotnego nie podlegają standaryzacji i działania lekarza są zbyt autonomiczne, to należy to zmieniać i wykonać (stale wykonywać) prace prowadzące do standaryzacji postępowania medycznego i odpowiednio to regulować, ograniczając *de facto* autonomię lekarza.
- Aby zwiększyć możliwości wyboru pacjenta i wprowadzać warunki konkurencyjne jest potrzebne zwiększenie podaży zasobów: więcej lekarzy, ośrodków i szpitali. W tym celu ogranicza się korporacjonizm, zwiększa swobodę tworzenia placówek, a także je prywatyzuje. Dotyczy to także szpitali. W konsekwencji wzrasta udział szpitali prywatnych, aczkolwiek tendencja ta jest powolna i ma swoje granice.
- Podejmowane są działania w kierunku ograniczania i/lub niedopuszczenia do jakiegokolwiek formy monopolu i zmonopolizacji, aczkolwiek w praktyce ich skuteczność jest zróżnicowana. W każdym kraju istnieją regulacje i funkcjonują urzędy antymonopolowe, ale w odniesieniu do ochrony zdrowia rzadko są podejmowane odpowiednie działania, szczególnie gdy układ ma charakter monopsonu i dotyczy instytucji publicznych.
- Negatywna selekcja ubezpieczonych oraz brak dostępu do opieki zdrowotnej w przypadku wysokich cen ubezpieczenia i świadczeń prowadzi do regulacji w zakresie wyrównywania dostępu, czyli zapewnienia tzw. efektywności alokacyjnej.

Prywatyzacja placówek publicznych wymaga pewnego komentarza. Własność ma bowiem kilka wymiarów. Pierwszy wymiar – to prawny charakter własności: kto jest właścicielem i posiada całkowitą swobodę w dysponowaniu własnością. Drugi wymiar – to charakter finansowy własności. Właściciel nie musi sam finansować użytkowania swej własności, może ubiegać się o środki publiczne. Trzeci wymiar własności jest związany z celem działania: dla zysku (*for-profit*) czy nie dla zysku, lecz dla innych celów (*non-for-profit*). Charakterystyczną cechą ochrony zdrowia w Europie jest to, że dominuje w niej sektor publiczny, a w sektorze prywatnym istotną rolę odgrywają placówki typu *non-for-profit*. Szpitali prywatnych w Europie typu *for-profit* jest od 10% do 30% całości placówek stacjonarnych w sektorze zdrowotnym. W USA tylko 18% (!) szpitali nastawionych jest na zysk (tab. 1). W jednych krajach są to zdecydowanie placówki małe – z niewielką liczbą łóżek (Francja, Austria), w innych – placówki większe, np. w Niemczech.

W ostatnich latach podjęto badania kompleksowej efektywności (zdrowotnej i kosztowej) placówek nastawionych na zysk w porównaniu z placówkami prywatnymi typu *non-profit* oraz placówkami publicznymi. Badania te nie potwierdzają tezy, że placówki *for-profit* są bardziej efektywne niż *non-profit*. Na przykład w Wielkiej Brytanii dowiedziono, że dobre doświadczenia pacjentów po pobycie w szpitalu są związane z ich cechami i rodzajami chorób oraz specjalizacją szpitali, a nie z tym, w jakiej placówce pod względem własności się leczą (Perotina i in. 2013, s. 633–646). W Niemczech wręcz dowiedziono, że najbardziej efektywne okazują się placówki publiczne (Tiemann, Schreyögg 2009).

Tabela 1

Struktura szpitali według własności w wybranych krajach OECD

Kraje	Rodzaje własności		
	Publiczna	Prywatna <i>for-profit</i>	Prywatna <i>non-profit</i>
Francja	Placówki – 35,3% Łóżka – 65,0%	Placówki – 37,2% Łóżka – 21,2%	Placówki – 27,6% Łóżka – 13,9%
Niemcy	Placówki – 22% Łóżka – 41%	Placówki – 13 % Łóżka – 29%	Placówki – 35% Łóżka – 30%
Holandia	–	Placówki – 1%	Placówki – 99%
Austria	Placówki – 46%	Placówki – 23% Łóżka – 10%	Placówki – 31%
Belgia	Placówki – 46%	Placówek – 72%	–
Szwajcaria	Placówki – 85%	Placówki – 15%	–
USA	Placówki – 22%	Placówki – 18%	Placówki – 51%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie różnych źródeł.

3. Zawodność państwa

Jeśli mamy do czynienia z takim sektorem, który jest dla mechanizmu rynkowego niewłaściwy i wprowadza rynek tylko na obrzeża, to wówczas jako alternatywę wskazuje się państwo. Jak nie rynek, to państwo. Tymczasem państwo także bywa zawodne.

Przyczyny zawodności państwa mają dwa źródła. Jedno wynika z funkcjonowania administracji, a drugie z funkcjonowania systemu politycznego – wyboru programów i doboru ludzi w procesie politycznej demokracji.

Zawodność w funkcjonowaniu administracji wyjaśniają tradycyjne teorie biurokracji oraz bardziej współcześnie – socjologiczne i politologiczne teorie interesów oraz oportunistycznych zachowań, gdy brakuje dyscypliny rynkowej, jak to ujmuje Friedman (1962). Na poziomie makroekonomicznym oraz na poziomie sektora zdrowotnego prowadzi to do braku powiązania między przychodami i kosztami, co w przypadku mechanizmu rynkowego jest zabezpieczone dostosowaniami cenowymi i kończy się efektem bankructwa, gdy kolejne dostosowania są niekorzystne. W przypadku sfery publicznej nie ma automatycznego dostosowania. Powstają nadwyżki lub deficyty (częściej), które się utrwalają i prowadzą do nieefektywnej alokacji zasobów. Na ten aspekt zagadnienia uwagę zwraca szczególnie Wolf Jr (1988).

Krytyka procesu politycznego z punktu widzenia zapewnienia preferencji obywateli (wyborców) jest przedmiotem licznych prac, zawierających bardziej lub mniej kompletne wyjaśnienia, a nawet budujących konstrukcje teoretyczne. Teoria wyboru publicznego (*public choice theory*) należy w tej dziedzinie do czołowych. Dodatkowo analizuje się i szerzej uogólnia doświadczenia z przebiegu procesów politycznych w czołowych krajach demokratycznych (USA, Wielka Brytania i Francja), dodając coraz więcej elementów wyjaśniających i oceniających funkcjonowanie państwa. Dla funkcjonowania sektora zdrowotnego szczególnie istotne są te związane z niedoskonałą informacją i ograniczaniem potrzeb (interesów) większości na rzecz interesów grup mniej licznych, a bardziej wpływowych.

4. Kierunki przewyższania zawodności państwa

Zbudowanie sprawnego państwa, znając tendencję do jego zawodności oraz złożoności współczesnego świata, wymaga szczególnej troski i starań. Takie państwo powinno funkcjonować przy rozsądnych kosztach, aby podatki nie były wysokie. Nie znaczy to jednak, że hasło taniego państwa powinno oznaczać redukcję jego zasadniczych celów publicznych.

W praktyce reformowania państwa i tworzenia sprawnych instytucji publicznych zarysowały się trzy główne kierunki.

Pierwszy kierunek polega na wprowadzaniu do instytucji publicznych zasad biznesowych: orientowania się w ich mikroekonomicznej działalności na wynik finansowy, uwzględnianie oczekiwań klientów oraz zatrudnianie profesjonalnych menedżerów do kierowania placówkami. Wymagało to zmiany statusu tych placó-

wek; wzrostu ich samodzielności, a nawet prywatyzacji. Kierunek ten, pochodzący z USA, został nazwany nowym zarządzaniem publicznym (*new public management* – NPM)². W sektorze ochrony zdrowia tendencje te są odzwierciedlone głównie w reformowaniu szpitali. Najbardziej konsekwentna reforma szpitali w duchu NPM została przeprowadzona w Danii (Peyton 2009). Doświadczenia z wprowadzaniem zasad biznesowych do szpitali ukazały trudno rozwiązywalny konflikt między ilościowymi celami finansowymi a celami związanymi z jakością i dostępnością. Także w Polsce idee NPM były obecne w reformowaniu szpitali. Szpitale najpierw zyskały znaczną samodzielność, a następnie podlegają przekształceniom w spółki prawa handlowego i zaczynają funkcjonować jak firmy (nazwane obecnie podmiotami leczniczymi).

Drugi kierunek polega na tworzeniu agencji – ogniwa pośredniczącego między władzą rządową a placówkami świadczenia usług publicznych. W ten sposób dokonuje się częściowego rozdzielenia świata polityki od świata merytorycznej administracji. W modelu rządowych agencji administracja powinna być kompetentna i w miarę niezależna od świata polityki. Ten sposób rządzenia (*governance*) w sektorach publicznych pochodzi z Wielkiej Brytanii, w której rozwój agencji w latach 90. był wyjątkowo dynamiczny (Pierre, Peters 2000). Agencje odpowiadają przed władzą polityczną za wyniki, które są precyzyjnie definiowane w kategoriach efektów do osiągnięcia. Agencja w podobny sposób rozlicza swe placówki; najpierw definiuje cele i monitoruje przebieg ich realizacji, a następnie dokonuje ewaluacji. Powstaje coraz więcej krytycznych opracowań na temat zbyt formalnego sposobu działania instytucji publicznych w wyniku stosowania permanentnego audytu (*audit society*). Ponieważ w działalności publicznej trudno o jednoznaczne i ilościowe zdefiniowanie celów, to stosuje się zwykle kilka wskaźników pożądaných efektów o niejednoznacznych relacjach między nimi, a także o niebezpośrednich zależnościach między wskaźnikami nakładów i efektów. Pojawiają się efekty niezamierzone, prowadzące do działania pod wskaźniki, ograniczające innowacyjność i potrzebną do tego swobodę (van Thiel, Leeuw 2002). Czy znajdujemy w polskim sektorze ochrony zdrowia taką agencję? Można by za nią uznać NFZ, gdyby nie pełnił samodzielnych funkcji płatniczych.

Trzeci kierunek polega na wprowadzaniu mechanizmu rynkowego do pewnych segmentów sektora publicznego i tworzeniu tzw. quasi-ryнку. Celem tworzenia rynkowych segmentów jest wprowadzanie konkurencji jako mechanizmu, w którym rywalizacja podmiotów prowadzi do wyższych efektów. Konkurencja jest więc zarówno procesem (działaniem konkurencyjnym), jak i atrybutem efektu tego działania (konkurencyjny produkt) (Gorynia, Łażniewska 2010). Konkurencyjny mechanizm wymaga wielu podmiotów, których „produkty” są przedmiotem świadomego wyboru klientów. Coraz częściej konkurencję w sensie atrybutu produktu traktuje się jako cel sam w sobie. Zapewnienie warunków

² W wielu opracowaniach pojęcie nowego zarządzania publicznego nie jest ograniczane do biznesowego zarządzania w placówkach publicznych (skala mikroekonomiczna), lecz jest rozciągane na całość interwencji o charakterze rynkowym w sektorach publicznych. Autorka nie stosuje się do tej konwencji ze względu na potrzebę różnicowania różnych działań ekonomicznych w sektorze publicznym.

konkurencji oznacza, że podmioty oferują różne usługi pod względem jakości oraz ceny, a konsumenci mają realną swobodę wyboru. Dzięki tym wyborom ukierunkowują działania podmiotów ku lepszej ofercie pod względem jakości i ceny, ponieważ tylko taka znajdzie zbytnie. Tymczasem konkurencja w sektorze zdrowotnym, w którym „produkuje się” tak specyficzne dobra jak zdrowie, ma ograniczony zakres ze względu na to, że:

- Celem działania sektora zdrowotnego jest przede wszystkim osiągnięcie wyższego efektu zdrowotnego, a realizacja tego celu nie jest związana tylko z działaniem podmiotów opieki zdrowotnej.
- Swoboda wyboru pacjenta, który nie jest klasycznym klientem czy konsumentem rynkowym, jest ograniczona ze względu nie tylko na niedostateczną wiedzę, ale także ograniczoną zdolność wyboru w sytuacji choroby.
- Producent nie ma swobody w ustalaniu warunków „produkcji” oraz ceny; obowiązują go coraz szerzej definiowane standardy postępowania medycznego oraz imperatyw zachowania etycznego.
- Ograniczenia zasobów w ochronie zdrowia (kadr, finansów i majątku) powoduje, że tworzenie wielości podmiotów, umożliwiających konkurowanie jest trudne, a często zbędne.

Dążenie do tworzenia coraz korzystniejszych warunków dla konkurencji w sektorze zdrowotnym pochodzi z USA, gdzie też powstało najwięcej badań i prac na temat ograniczonej skuteczności konkurencji jako mechanizmu wyższej efektywności zdrowotnej. Także z USA pochodzą prace o potrzebie zdefiniowania celu konkurencji według wartości zdrowotnej usług medycznych (*value-based competition*) (Porter, Teisberg 2006). Tak sformułowane zasady promuje się także w Niemczech (Porter, Guth 2012).

Zasady konkurencji opartej na wartości (jakości) usług

- Celem jest wartość dla pacjenta, a nie tylko obniżka kosztów.
- Konkurencja dotyczy efektów.
- Konkurencja bierze pod uwagę warunki w całym cyklu opieki zdrowotnej.
- Opieka wysokiej jakości powinna być mniej kosztowna.
- Wartość usług powinna wynikać z doświadczenia medycznego, skali oraz informacji zdobytej na określonym poziomie wiedzy medycznej.
- Konkurencja powinna dotyczyć poziomu krajowego i regionalnego, ale nie lokalnego.
- Informacja pozwalająca na konkurencję opartą na wartości usług powinna być szeroko dostępna.
- Powinno popierać się innowacje, które przyczyniają się do wzrostu wartości zdrowotnej usług medycznych.

Źródło: Porter, Teisberg 2006.

Używając argumentu konkurencji, postuluje się w Polsce podział publicznego płatnika (NFZ) na kilka konkurencyjnych funduszy. Propozycje te póki co pozostają w sferze deklaracji pewnych grup polityków. Wytaczane są przeciwko temu dość zasadne argumenty. Konkurencja bez zróżnicowania ceny produktu (składki) oraz zakresu świadczeń i bez odniesienia do jakości oferowanych usług ma ograniczony sens. Publiczny płatnik nie dokonuje selekcji świadczeniodawców (nie może tego robić), którzy w dodatku domagają się równego traktowania pod względem formalnym. To żądanie przyczyniło się do ograniczonej akceptacji kas chorych w okresie ich funkcjonowania (1999–2002). Ponadto swoboda wyboru ubezpieczyciela, operującego np. regionalnie, jest iluzoryczna z powodów geograficznych. Używanie argumentu konkurencji wymaga zrozumienia jej mechanizmu – wyjaśnienia kto, czym i po co konkuruje. Wskazywanie *a priori* oczekiwanego efektu efektywnościowego z podziału publicznego ubezpieczyciela wymaga udowodnienia, że efekt taki wystąpi.

Przezwyciężanie zawodności państwa metodami wprowadzania elementów logiki biznesowej do placówek opieki zdrowotnej oraz mechanizmu *quasi*-rynkowego do publicznego sektora zdrowotnego nie daje jednoznacznie pozytywnych efektów i literatura krytyczna oparta na doświadczeniach reformatorskich jest obecnie równie bogata, jak literatura, która wcześniej takie rozwiązania promowała.

5. Mieszane systemy ochrony zdrowia

Zawodność państwa jest niekiedy tak duża, że wydawałoby się, iż alternatywą publicznych systemów ochrony zdrowia w krajach zamożniejszych i z dłuższą tradycją sprawnej demokracji mógłby być system rynkowy. Doświadczenie historyczne pokazało jednak jednoznacznie, że nie jest to alternatywa rozwojowo skuteczna. W wielu krajach o wysokich dochodach, dojrzałej demokracji i dominacji rozwiązań rynkowych w sektorze zdrowia status zdrowotny populacji jest daleki nawet od przeciętnego dla krajów o podobnym lub nawet niższym poziomie zamożności.

Zarówno teoria, jak i praktyka reformowania ochrony zdrowia dowodzą, że alternatywa: albo rynek, albo państwo nie daje optymalnego rozwiązania. Mamy tu bowiem do czynienia z dobrami *de facto* o potrójnym charakterze; zdrowie i opieka zdrowotna to dobra zarówno prywatne, jak i publiczne oraz zbiorowo pożądane. W takim przypadku niezbędne jest zagwarantowanie wielostronnej odpowiedzialności. Realizacja wielu celów systemu ochrony zdrowia nie jest możliwa w „czystych” rozwiązaniach publicznych bądź w „czystych” rozwiązaniach rynkowych. W wyniku tego powstaje mieszanka (mix) rynkowo-państwowa³, która wtedy jest korzystna dla obywatela, pacjenta i ogólnie efektywna, kiedy przede

³ Założenia teoretyczne oraz przykłady reform w kierunku łączenia mechanizmu rynkowego i regulacji oraz rządzenia państwa zostały przedstawione w pracy Ch. Sowady (2013).

wszystkim sprawne jest państwo. To **państwo bowiem ma zasadniczy wpływ na regulacje określające odpowiednie proporcje i relacje systemu mieszanego**. Swymi działaniami i monitorowaniem nie dopuszcza do przekraczania granic, grożącego z jednej strony nieefektywnością, a z drugiej – niemoralnym amorfizmem.

6. Nowa rola i zadania państwa

We współczesnym świecie, integrującym się kontynentalnie oraz globalnie, wiele tradycyjnych funkcji państwa przeniesionych zostaje na szczebel ponadnarodowy (np. funkcje obronne). Jednocześnie pogłębiają się procesy decentralizacyjne. Państwo narodowe transferuje swe zdania także na szczeble regionalne i lokalne. Paradoxem współczesności jest to, że mimo pewnego ograniczenia politycznej roli państwa narodowego i mimo reform zwiększających zakres rynkowości nastąpił wzrost merytorycznej (profesjonalnej) roli państwa w zarządzaniu wielosektorowym, wielopoziomym i często sieciowym organizmem państwowym. Jednocześnie wzrosła rola państwa w sprawach strategicznych dotyczących rozwoju: w ochronie środowiska naturalnego, w polityce ludnościowej i edukacji oraz w sektorze zdrowotnym. Współczesne państwo, stojące na straży praw człowieka, ma także znacznie więcej spraw do uwzględniania i nadzorowania niż wcześniej. Poza funkcjami ochronnymi wobec obywateli zajmuje się także inwestowaniem w tworzenie dóbr publicznych i rozwojem innych ważnych zasobów na rzecz rozwoju. Państwo nie traci racji bytu. Zmienia natomiast niektóre funkcje, a przede wszystkim sposób ich realizacji. Zasadnicza funkcja państwa w nowych warunkach to **funkcja koordynacyjna**.

Pełnienie tych wszystkich zmienionych i w gruncie rzeczy szerszych zadań państwa, mimo że w mniejszym stopniu producenckich, wymaga posiadania odpowiednich instrumentów: informacji, wysokich merytorycznych kompetencji w administracji publicznej, umiejętności zarządzania sieciowego i wielopoziomowego oraz odpowiednich mechanizmów współdziałania.

Merytoryczna zawartość wzrostu roli państwa wyraża się w treści pojęcia **rządzenie** (*governance*). Do czołowych agend współczesnej debaty polityczno-ekonomicznej pojęcie to wprowadzili eksperci Banku Światowego (World Bank 2004). Zaproponowali też w specjalnym projekcie (WGI) wskaźniki oceny dobrego rządzenia oraz zastosowali je do oceny rządzenia w ponad 200 krajach (Kaufman i in. 2005 i 2010). Oceny te obejmowały następujące dziedziny: wolne wybory i odpowiedzialność, polityczną stabilność i brak przemocy oraz terroryzmu, skuteczność decyzji rządowych, jakość działań regulacyjnych, zasady i funkcjonowanie prawa oraz nadzór nad zjawiskami korupcji. Do każdej z dziedzin zastosowano liczne wskaźniki, których w sumie było kilkaset⁴. Także w studiach porównawczych

⁴ Na stronie <http://www.govindicators.org> można znaleźć wartości poszczególnych wskaźników oraz usytuowanie analizowanych krajów w rankingach utworzonych na tej podstawie.

OECD specjalne miejsce poświęca się analizom i ocenom działalności publicznej (*OECD Working Papers on Public Governance*).

W pracach na temat rządzenia eksponuje się zagadnienie **odpowiedzialności**. Przesuwanie zadań na inne szczeble nie oznacza bowiem pozbywania się odpowiedzialności. Rynekowy sposób produkcji nie oznacza braku odpowiedzialności za zabezpieczenie finansowe realizacji potrzeb, zarówno ogólnie, jak i szczególnie – dla grup, które tego same nie są w stanie zabezpieczyć.

W Polsce nie ma jeszcze pełnego zrozumienia niezbywalnych i wrastających funkcji państwa w coraz bardziej złożonej rzeczywistości. Ciągłe podnosi się problem istnienia jakoby zbyt dużej administracji, a nie dostrzega wzrostu zakresu oraz złożoności spraw do załatwienia przez nią. Nie monitoruje się jakości działania tej administracji i nie wskazuje barier dla poprawy organizacji. W dodatku teraz, gdy Polska jest członkiem UE i poddana jest wspólnotowym regulacjom, a jednocześnie korzysta z funduszy strukturalnych, świadomość podejmowania działań sprzyjających funkcjonowaniu sprawnych instytucji i urzędników oraz akceptacja instrumentów do tego prowadzących powinna być szczególnie duża. Im bardziej celowo i efektywnie wykorzystana się środki, tym korzyści społeczne będą wyższe i dłużej trwające. Ponieważ Polska należy do grupy krajów o niskim i średnim poziomie dochodów oraz młodej demokracji, to zarówno zawodność państwa jest większa, jak i częściej występuje brak akceptacji dla instrumentów poprawy jego funkcjonowania.

7. Rządzenie w ochronie zdrowia

W jednym z głównych dokumentów WHO (WHO 2000) sformułowano *explicite*, że zadanie każdego rządu w dziedzinie ochrony zdrowia, niezależnie od kraju i systemu, polega na zapewnianiu obywatelom dobrostanu zdrowotnego. Zadanie to w ślad za ujęciami kanadyjskimi (Armstrong 1997) nazwano *stewardship*, co w wolnym tłumaczeniu oznacza przewodzenie państwa w troskliwej, acz dyskretnej opiece dotyczącej zdrowia. Podkreślanie sposobu wykonywania funkcji państwa (analogicznie do opieki np. stewardessy w samolocie) stanowi o specyfice rządzenia w sektorze zdrowotnym w porównaniu z innymi sektorami. Funkcję przewodzenia we wszystkich sprawach dotyczących zdrowia i w całościowej odpowiedzialności za zdrowie przyznano agendzie rządowej (ministerstwu zdrowia).

Zwrócono uwagę na trzy istotne elementy pełnienia funkcji *stewardship* jako elementu dobrego rządzenia (*governance*): 1) wypracowywanie wizji i uchwalanie strategii ochrony zdrowia, 2) zbieranie i stosowanie odpowiednich informacji i analiz, 3) „wymuszanie” efektu przez odpowiednie regulacje i inne środki (Travis i in. 2002).

Zadania państwa w sektorze zdrowotnym w ujęciu operacyjnym obejmują trzy główne sfery: 1) zapatrzenia w zasoby niezbędne do tworzenia usług zdrowotnych i wyznaczenie warunków ich produkcji, przy wykorzystaniu metody prognozowania

i planowania oraz odpowiedniego budżetowania, 2) alokacja i redystrybucja usług zdrowotnych, przy wykorzystaniu metody bilansowania i wyrównywania środków z zastosowaniem kryteriów dostępu, jakości i gospodarności oraz 3) regulacje dotyczące jakości i bezpieczeństwa zdrowotnego oraz zdrowia publicznego.

Odpowiedzialność za zaopatrzenie w niezbędne zasoby do tworzenia usług zdrowotnych wymaga w pierwszym rzędzie planowania i kształcenia kadr medycznych oraz zdefiniowania polityki ich zatrudniania w zgodzie z kryteriami odpowiedniej ilości, jakości oraz struktury specjalizacyjnej. Potrzebna jest także odpowiednia strategia i polityka w zakresie infrastruktury materialnej oraz zaopatrzenia w leki i inne środki medyczne.

Funkcje alokacyjne i redystrybucyjne wymagają odpowiednich narzędzi w zakresie finansowania i sektorowego zarządzania. Do tego potrzebna jest informacja i analiza przygotowywana przez administrację o wysokich umiejętnościach. Jej dobór wymaga przestrzegania procedur profesjonalizmu i kryteriów merytorycznych

Funkcje regulacyjne dotyczą sfery polityki, której efektywne działanie dla sektora jest ograniczane bezpośrednimi interwencjami politycznymi i reagowaniem na naciski grup interesów w miejsce sprawowania nadzoru merytorycznego i prawno-administracyjnego. Ta sfera wymaga zarówno transparentnych procedur podejmowania decyzji politycznych, jak i wymagań etycznych w doborze polityków.

8. Problem odpowiednich wydatków na ochronę zdrowia

Dobre funkcjonowanie sektora zdrowotnego wymaga odpowiednich środków. Przy niskich nakładach na sektor zdrowotny mamy ciągle do czynienia z problemem wyboru między skierowaniem środków na leczenie a użyciem ich na podniesienie jakości zarządzania, na informację, ekspertyzę oraz kształcenie kompetentnych kadr. Często używa się argumentu, że wszystkie nakłady w tym sektorze można łatwo wydać i usprawiedliwia się trzymanie ich niskiego poziomu tym, że dodawanie nie poprawia efektów zdrowotnych. Mimo że w statystykach OECD Polska pod względem całkowitych wydatków sytuuje się na końcu listy krajów członkowskich tej organizacji przed Turcją i Meksykiem, to efekty zdrowotne ulegają poprawie (poprawa przeciętnego trwania życia). Jednak nie tak szybko, aby w statystyce osiągnięć pozycja Polski uległa zmianie.

W określaniu wielkości wydatków na ochronę zdrowia powinno się przede wszystkim brać pod uwagę zmiany w kształtowaniu się podstawowych czynników wpływających na ich wzrost. Na wzrost ten w dłuższym okresie wpływają głównie trzy rodzaje czynników: 1) wzrost PKB połączony ze wzrostem wykształcenia ludności, 2) nowe technologie medyczne i 3) zmiany demograficzne (starzenie się populacji), pociągające za sobą zmiany epidemiologiczne.

Cieszy wzrost PKB i dochodów ludności, jaki nastąpił w minionej dekadzie. Nawet w okresie globalnego kryzysu finansowego i ekonomicznego Polska była tzw. zieloną wyspą, czyli krajem, w którym wskaźnik wzrostu PKB nie był ujemny.

W konsekwencji wzrostu dochodów silniej rosną wydatki na ochronę zdrowia. Kiedy rosną dochody i wykształcenie, częściej korzysta się z usług zdrowotnych, ponieważ świadomość zdrowotna jest wyższa. Tę prawidłowość odzwierciedla wzrost współczynnika elastyczności dochodowej, który wtedy jest wyższy od jedności.

Drugi czynnik – to nowe i coraz droższe technologie medyczne. Nie zamknie się obywatelom dostępu do nowych technologii, nowych leków, sprzętu i innowacyjnych terapii. Należy oczywiście nowe produkty kontrolować i ograniczać dostęp do produktów nieskutecznych metodami oceny technologii medycznych (HTA). Po to także w Polsce powołano do życia AOTM.

Trzeci czynnik, który generuje wzrost wydatków, to przemiany demograficzne. Dynamika starzenia się populacji jest w naszym kraju bardzo wysoka, za 20 lat zrównamy się z Europą, a w 2060 r. będzie w Polsce więcej osób starszych powyżej 65. roku niż w każdym innym kraju europejskim. *Nota bene*, wysoka dynamika starzenia się występuje także w innych krajach postkomunistycznych. Ten szybki proces zmiany demograficznej ma bardzo poważne konsekwencje zdrowotne. W przyszłości będziemy mieli do czynienia nie tyle z nowymi chorobami zakaźnymi, co przede wszystkim z chorobami niezakaźnymi, a wśród nich z chorobami przewlekłymi. Towarzyszyć im będzie wzrost niepełnosprawności. Aby sprostać wyzwaniom przyszłości, potrzebne będą nie tylko nowe źródła finansowania potrzeb pielęgnacyjnych i opiekuńczych (np. ubezpieczenia opiekuńcze), ale także nowe placówki lecznicze dla osób starszych – centra zdrowia seniora, zapewniające opiekę geriatryczną. Sieć takich placówek sprzyja obniżaniu ogólnych kosztów funkcjonowania służby zdrowia. Starszy człowiek, mając do nich dostęp, nie będzie odwiedzał kolejnych specjalistów w poszukiwaniu skutecznej porady, lecz będzie korzystał z jednej placówki, w której znajdzie kompetentną usługę medyczną i pomoc w zintegrowanym leczeniu, gdy potrzebne byłyby także inne terapie. Starzenie się populacji wymaga także rozwoju opieki długoterminowej, która z kolei jest efektywna, gdy integruje działania sektora zdrowotnego oraz socjalnego. W ubiegłym roku zostały przeprowadzone badania na temat współpracy sektora socjalnego ze zdrowotnym w zaspokajaniu potrzeb osób starszych na szczeblu lokalnym (Golinowska, Sowa 2010). Wyniki dowodzą, że tej współpracy brakuje.

Na zamówienie Banku Światowego została przygotowana (Golinowska, Kocot 2010) prognoza wydatków na ochronę zdrowia, uwzględniająca zmiany tych trzech wymienionych grup czynników. Wynika z niej, że luka między przychodami i wydatkami sektora zdrowotnego rozwiera się coraz bardziej. Bez wzrostu przychodów (podatków czy składek) nie da się jej zmniejszyć nawet w warunkach dynamicznego wzrostu gospodarczego. A sytuacja może być w czasie zróżnicowana. Obecny kryzys gospodarczy może przedłużyć się i przerodzić w recesję, w czasie której utrwala się, a nawet zwiększą problemy z funkcjonowaniem rynku pracy, co ograniczy systematyczność opłacania składek i podatków. Może nastąpić wzrost potrzeb zdrowotnych na skutek nowych zagrożeń zdrowotnych. Rządzący nie powinni w żadnym razie tego lekceważyć, a odpowiedzialni urzędnicy państwowi nie

mogą uciekać przed przygotowaniem zabezpieczenia dochodowego dla sektora zdrowotnego.

Przygotowana prognoza jednoznacznie wskazuje, że tempo wzrostu wydatków ponoszonych przez sektor zdrowotny w okresie objętym przewidywaniem będzie wyższe niż tempo pozyskiwanych przychodów. Biorąc pod uwagę wzrost potrzeb, o czym wspomiano wcześniej, można spodziewać się poważnych trudności w dążeniu do zrównoważenia sytuacji finansowej ochrony zdrowia w Polsce. Tak więc o ile samo porównanie wielkości wydatków zdrowotnych różnych krajów – i relatywnie niska pozycja Polski – nie są wystarczającym argumentem, aby zwiększać wydatki, to może projekcja narastania deficytu jest argumentem mocniejszym?

9. Pakiet ustaw zdrowotnych 2010–2011 – w jakim kierunku dokonano zmiany?

Zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia⁵ w okresie demokratycznej państwowości miały trzy etapy. Pierwszy, obejmujący okres 1989–1999 (do wprowadzenia społecznego ubezpieczenia zdrowotnego – SUZ) polegał na przygotowywaniu się do większych przekształceń, których rynkowy charakter był w debacie istotnie eksponowany. Przygotowywano placówki zdrowotne do samodzielnego gospodarowania, prywatyzowano podstawową opiekę zdrowotną (POZ) i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS), dezintegrowano system, rozdzielając różne rodzaje opieki.

Drugi etap zmian – począwszy od 1998 r. – to zasadnicza reforma sposobu finansowania systemu (wprowadzenie systemu ubezpieczenia społecznego w miejsce finansowania budżetowego) oraz silna decentralizacja placówek zdrowotnych i podporządkowanie ich różnym szczeblom nowo określonego samorządu terytorialnego. W następnych latach dopełniano model ubezpieczeniowy elementami rynku wewnętrznego, rozwijając kontraktowy sposób finansowania świadczeń w oparciu o metody coraz bardziej zbliżone do DRG w zakresie finansowania opieki stacjonarnej.

Kolejny moment większych zmian w systemie nastąpił 10 lat później (w latach 2010–2011) w okresie globalnego kryzysu finansowego, co wywarło istotne piętno na ich charakterze. Z jednej strony ograniczono finansowanie publiczne (głównie w odniesieniu do refundacji leków oraz kształcenia kadr medycznych), a z drugiej – z większą determinacją przystąpiono do prywatyzacji placówek oraz

⁵ W debatach i literaturze przedmiotu dość często stosuje się pojęcia „reforma”, niezależnie od tego, czy zmiana miała charakter znaczący dla systemu ochrony zdrowia, czy tylko korygowała jakiś element istniejącego systemu. C. Włodarczyk skłonny jest stosować pojęcie reformy w znaczeniu ciągłego procesu zmian (1978). Autorka z kolei rezerwowałaby stosowanie pojęcia reformy do zmian zasadniczych, ustawiających system na odmienny od dotychczasowego sposób funkcjonowania. Z tego powodu zasadnicza reforma systemu ochrony zdrowia w okresie transformacji nastąpiła, jej zdaniem, tylko w latach 1998–1999.

wprowadzania komercyjnych rozwiązań do zarządzania placówkami zdrowotnymi przez samorządy terytorialne.

Zdaniem zewnętrznych analityków i ekspertów wprowadzanie elementów rynkowych do (lub obok) publicznego systemu ochrony zdrowia w krajach postkomunistycznych dokonuje się nadal bez odpowiedniego namysłu. Nie bez przesady W. Hsiao w artykule opublikowanym *Health Policy* z 1995 r. (Hsiao 1995, s. 125–139) pisał, że w regionie Europy Środkowo-Wschodniej zbyt często bezkrytycznie przyjmuje się założenia o efektywności stosowania zasad rynkowych w ochronie zdrowia. Tak jakby zawodność rynku była bez znaczenia w porównaniu z zawodnością znanego z przeszłości państwa. Ponadto wiadomo już z doświadczenia, że przy stałym domaganiu się szybkich reform, radykalne zmiany wprowadza się bez należytego przygotowania – w sposób rewolucyjny, jakby w obawie o utratę szansy (*windows of opportunity*) na ich implementację. Jednocześnie nawet tam, gdzie chodzi o regulacje sprzyjające zasadom rynkowym, nie przykładą się dostatecznej wagi do jakości regulacji i tworzonych instytucji.

Taka sekwencja: najpierw szybka zmiana na podstawie jednostronnie, a nawet nieściśle zdefiniowanego problemu, a dopiero potem analiza skutków i niekiedy wycofanie się z podjętej zmiany – należy do specyfiki okresu transformacji. Bob Deacon w swych pracach na temat polityki społecznej w krajach regionu Europy Środkowo-Wschodniej pisał, że te szybkie reformy w krajach postkomunistycznych, często promowane przez międzynarodowe agencje, stanowią rodzaj społecznego i bardzo kosztownego eksperymentu. Aby skutek takich eksperymentów był mniej bolesny, potrzebna jest dogłębna świadomość celów reform, oszacowanie warunków i kosztów ich wprowadzenia oraz rozumienie szerokiego spektrum potencjalnych rezultatów. Potrzebne są więc rozpoznania, analizy, symulacje i rozważania ukazujące potencjalne korzyści oraz potencjalne zagrożenia wprowadzanych zmian. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy reformy są poprzedzane odpowiednimi diagnozami i symulacjami. W początkowych okresach zmian nie zawsze to było możliwe, nie zawsze też politycy zdawali sobie sprawę z konieczności podejmowania stosownego namysłu. Niekiedy zresztą dążenie do uzyskania szybkiego skutku przemawiało za rezygnacją z prowadzenia deliberacji zbyt długich. Argument, że w polityce zdrowotnej tylko w niektórych sytuacjach i tylko w niektórych krajach przestrzega się zasad uporządkowanego postępowania, jest tylko częściowo pocieszający. Współcześnie, po dwudziestu latach przemian, istnieje szansa na namysł oraz pożądaną sekwencję przy wprowadzaniu kolejnych zmian – tak w Polsce, jak i w innych krajach regionu. Zarówno badacze, jak i reformatorzy mogliby (i powinni) z tej szansy skorzystać, gdyby sfera polityki nie zaczęła się ograniczać do spraw *stricte* politycznych (dotyczących władzy).

Wszystkie zmiany wprowadzone w sektorze zdrowotnym w latach 2010–2011 zostały uchwalone bez jasnego zdefiniowania celów, dla których są podejmowane, poza jednym artykułowanym deklaratywnie: „dla dobra pacjenta”, co było tylko propagandowym hasłem, ponieważ narastające problemy z dostępem do świadczeń, stanowiące największą uciążliwość dla pacjentów, mogą w wyniku tych nowych regulacji ulec wyłącznie zaostrzeniu.

Zmiany te zostały podporządkowane większym rygorom w wydawaniu środków publicznych przy zachowaniu tego samego w zasadzie poziomu finansowania systemu. Zostały zainicjowane przez rząd z główną rolą Ministerstwa Zdrowia. Mimo szybkiego uchwalenia pakietu ustaw zdrowotnych przez parlament w latach 2010–2011, nie spotkały się z one jednoznacznym poparciem społecznym oraz środowiska medycznego. Wpływ tych zmian na ochronę zdrowia i udzielanie świadczeń zdrowotnych nie jest systematycznie monitorowany, dlatego też skutki nie są jeszcze dostatecznie rozpoznane.

We współczesnym świecie zwraca się uwagę na trzy główne cele reformowania systemów zdrowotnych (Roberts i in. 2008):

- uzyskanie poprawy statusu zdrowotnego populacji,
- ograniczanie ryzyka zdrowotnego,
- osiąganie satysfakcji z funkcjonowania sektora zdrowotnego i udzielanych w nim usług.

Równoległe przyjmuje się, że cele te osiąga się, gdy jest zapewniony dostęp do usług zdrowotnych, gdy ich jakość jest właściwa oraz gdy występuje gospodarność, czyli zasobów używa się efektywnie.

Przyjrzyjmy się uchwalonym i projektowanym ustawom z punktu widzenia możliwości osiągnięcia tych celów. Warto też zwrócić uwagę na to, że w retoryce politycznej na rzecz rządowego pakietu ustaw podnoszone było wyłącznie dobro pacjenta, co jest zarówno propagandowym nadużyciem, jak i niewątpliwym ograniczeniem, ponieważ odpowiedzialność państwa dotyczy odpowiedzialności za zdrowie populacji, a nie tylko za leczenie osób już chorych.

Ustawa o działalności leczniczej może istotnie ograniczyć dostęp do usług zdrowotnych. Przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego może wywołać taki proces restrukturyzacji, który zmieni strukturę oddziałów szpitalnych na istotnie nieadekwatną do potrzeb zdrowotnych. Czy NFZ będzie przygotowany na jej korygowanie? Przekształcenia mogą ponadto sprzyjać konsolidacji oraz likwidacji placówek, utrudniając dostęp w sensie geograficznym. Narzędziem gwarantującym dostęp jest regulacja w postaci sieci szpitali. Na ten temat milczano, mimo że prace zostały już kilka lat temu rozpoczęte. W tworzeniu sieci szpitali mogą być stosowane różne pomysły, proponowane różne kategorie szpitali. Ze społecznego punktu widzenia istotne jest zapewnienie realnego dostępu pacjentom do usług zdrowotnych – także pacjentom starszym, biednym oraz z obszarów wiejskich. Należy zauważyć, że w polskim sektorze zdrowotnym prywatną własność póki co rozwija się za pomocą środków publicznych pochodzących z NFZ. Interes prywatnego właściciela polega obecnie jednocześnie na zapewnieniu sobie pieniędzy publicznych oraz utrzymaniu całkowitej autonomii w dysponowaniu własnością i zarządzaniu nią. Jeśli publiczny płatnik nie będzie umiejętnie selekcionował prywatnych właścicieli i stawiał im warunki związane z zakresem, strukturą i jakością produktu w sensie medycznym, to korzyści z rozwoju prywatnych placówek w sektorze zdrowotnym będą ograniczone, a nawet odwrotne od zamierzonych.

W forsowaniu ustawy o działalności leczniczej powtarzano, że podstawowym problemem funkcjonowania ochrony zdrowia jest problem mikroekonomiczny,

a głównie złe zarządzanie szpitalami, czego wyrazem jest ich zadłużanie się. Tymczasem analizy (Golinowska i in. 2012) wykazały, że długi szpitali są związane z ogólną nierównowagą finansową systemu ochrony zdrowia i częstszym ich występowaniem w niektórych placówkach, co jest związane ze specyfiką ich działalności i wykonywaniem najdroższych procedur (np. w klinikach oraz szpitalach uniwersyteckich), bądź zaniedbaniami infrastrukturalnymi, wymagającymi ponoszenia wyższych kosztów eksploatacyjnych. W sposób niezwykle uproszczony wskazywano przyczynę i i ordynowano lekarstwo: „Jeśli występuje zadłużenie, to trzeba zmienić prawny status świadczeniodawcy; jak będzie prywatny, to natychmiast pojawi się kapitał”. Nie analizowano efektów ubocznych takiej terapii. A te mogą być w przyszłości dramatyczne, ponieważ mogą sprzyjać ograniczaniu tzw. nieopłacalnej działalności i w konsekwencji – dostępu do zdrowia.

Problem równości dostępu jest monitorowany przez Komisję Europejską. Czy dopiero gdy ukaże się raport, to polscy politycy i urzędnicy zareagują na to?

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry została uchwalona z intencją zaradzenia problemowi ograniczonych zasobów kadr medycznych. Zaproponowano skrócenie studiów medycznych, a w dodatku włączenie stażów do okresu kształcenia. Nie podjęto natomiast problemu przedłużenia kształcenia w postaci tzw. kształcenia przez całe życie, stawiając wymagania w zakresie szkoleń i doskonalenia zawodowego. Mimo krytycznych opinii ze strony uczelni medycznych, ustawa została uchwalona. Nie trzeba było długo czekać na jej pierwsze przewrotne efekty. Niektóre uczelnie ograniczyły już liczbę przyjęć, aby sprostać zwiększonym kosztom praktycznego kształcenia studentów w krótszym czasie. Innym przewrotnym efektem tej ustawy może być pogorszenie jakości świadczeń medycznych na skutek pogorszenia kompetencji niedokształconych lekarzy.

Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych jest ustawą kontrowersyjną. Mając na względzie oszczędne wydatki państwa na refundację leków, zwiększa jeszcze bardziej istniejące ograniczenia dostępu pacjentów do leków innowacyjnych, a co ważne pod względem systemowym – interweniuje w rynkową część sektora zdrowotnego: w rynek apteczny, ograniczając *de facto* dostęp pacjentów do tańszych leków. Czy ograniczanie dostępu do leków jest zasadne z punktu widzenia dobra pacjenta, które jest deklarowane przez obecnych polityków jako cel najwyższy w hierarchii celów zdrowotnych? Fiskalny efekt tej ustawy już w pierwszym roku jej funkcjonowania okazał się znaczny (Sowada 2013). Natomiast jaki efekt zdrowotny uzyska się z powodu ograniczenia dostępu do leków, dowiemy się za kilka lat.

Proponowana ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym została przygotowana przy założeniu, że istnieją wolne zasoby w sektorze zdrowotnym i wprowadzanie prywatnych ubezpieczeń o charakterze równoległym pozwoli je wykorzystać. Przy braku dowodów na istnienie wolnych zasobów (przeciwnie – istnieją sygnały poważnych deficytów) wprowadzanie takiego ubezpieczenia nie byłoby uzasadnione. Nie sprawdzono też, czy możliwy byłby do użycia jakiś inny kapitał, który by zasoby materialne uzupełnił i poprawił. *Nota bene* wiadomo, że inwestowanie to zadanie samorządów terytorialnych, które obecnie są poważnie zadłużone przez

ogromne zaangażowanie w wykorzystanie funduszy strukturalnych UE. Ustawa podtrzyma nierównowagę systemu. A pieniądze, które będą płynąć od zdolnych do dodatkowego płacenia gospodarstw domowych (realna zdolność do płacenia gospodarstw domowych obecnie, w dobie kryzysu, nie została zbadana), pójdą w znacznej części do kasy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, a nie do publicznej części sektora zdrowotnego. Prywatne ubezpieczenia – to są bowiem instytucje, które będą musiały zarobić; mieć jakiś zysk. W proponowanej przez rząd formule podwójnie obciążą obywateli: dodatkowo ubezpieczonych, gdy nie zastosuje się dla nich wyłączenia czy ulgi podatkowej, oraz ubezpieczonych tylko w systemie publicznym, gdy korzystanie z tej samych zasobów zwiększy ograniczenia dostępu. Propozycja wprowadzenia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego nie stanowi żadnej odpowiedzi na wyzwania epidemiologiczne i demograficzne stojące obecnie przed polskim społeczeństwem. Powstaje więc pytanie, jaki sens ma jego wprowadzanie w proponowanej formule, gdy nie przyczyni się do zwiększenia środków publicznych, a może ograniczyć dostęp?

10. Interes lekarzy

Gdy ocenia się wprowadzane zmiany, to często pada pytanie, a jak są rozłożone interesy podstawowych interesariuszy sektora zdrowotnego? Wówczas oczy zostają zwrócone na lekarzy. Badania prowadzone w ramach 7. programu ramowego UE (Golinowska, Sowada Tambor 2010) zwracają uwagę na to, że lekarze w Polsce w znacznej większości opowiadają się za wzrostem komercjalizacji i urynkowania sektora zdrowotnego. Wynika to z tego, że przez lata niedopłacania (płace lekarzy sięgały zaledwie 70% przeciętnego wynagrodzenia w kraju) i „zmuszania” do przyjmowania innych gratyfikacji w celu wyrównywania dochodów, lekarze powiedzieli: „dosyć”, gdy te gratyfikacje zaczęły być przedmiotem restrykcyjnego zwalczania w ramach podjętych przez rząd wielkich akcji antykorupcyjnych. W ich wyniku lekarze zaczęli domagać się jasnych reguł gry: „chcemy dobrze i uczciwie zarabiać”. A dobry i uczciwy zarobek w państwie z problemami sprawowania dobrych rządów, to jest – ich zdaniem – zarobek uzyskiwany dzięki komercjalizacji usług zdrowotnych. To przekonanie głównych aktorów sektora zdrowotnego stanowi podstawowe źródło poparcia reform prywatyzacyjnych i komercjalizacji części publicznej sektora zdrowotnego.

We wspomnianym badaniu pytano także studentów medycyny o ich stosunek do rynku, komercjalizacji i odpłatności pacjentów. Zdecydowanie opowiedzieli się za rozwiązaniami rynkowymi. Wyjaśniali, że pomaganie pacjentom może dokonać się tylko dzięki lekarzom, a motywacje do tego są związane ze zwiększeniem ich wynagrodzeń, a nie z organizowaniem dostępnych świadczeń dla obywateli bez względu na to, jak wynagradzani są lekarze.

W środowisku medycznym utwierdza się świadomość, że dobrze, transparentnie i uczciwie można zarabiać tylko w ramach logiki rynku i działalności biznesowej.

Z punktu widzenia celów systemu zdrowotnego takie przekonanie tworzy problem. Zawodność państwa zwraca bowiem świadczeniodawców ku rynkowi, który zaostrzy problem ograniczonej dostępności. Jak przekonać środowisko medyczne do naprawiania państwa i lepszego rządu w sektorze bez totalnej ucieczki w rynek?

W literaturze na temat motywacji lekarzy obecny jest także inny aspekt ich interesów i dążeń. Związany jest ze swobodą działania medycznego, otwartością na nowe technologie i chęcią do eksperymentowania (Groopman 2008), a te motywacje nie idą w parze z oszczędzaniem zasobów i liczeniem kosztów.

Słowo końcowe

Podstawowa rekomendacja, jaka wynika z refleksji nad dotychczasową debatą na temat funkcjonowania sektora zdrowotnego w Polsce oraz nad efektami wprowadzanych zmian, to potrzeba jasnego i uczciwego definiowania celów polityki zdrowotnej oraz wskazania metod prowadzących do ich realizacji. Dotychczas stosowana retoryka polityczna jest w tym zakresie uproszczona, a niekiedy nawet fałszywa.

Na obecnym etapie reformowania ochrony zdrowia w Polsce dochodzi się do takiego momentu, w którym wraca się do pytań zasadniczych – o rolę państwa i strategię ochrony zdrowia. Czas to sobie uświadomić i nie forsować kolejnych odcinkowych zmian, które wobec braku odpowiedzi na podstawowe pytania zwiększają tylko trudności koordynacyjne i oddalają możliwość korzystnego wpływu na status zdrowotny populacji.

Cele ochrony zdrowia na kolejny etap rozwoju społecznego powinny być zapisane w dokumencie o wysokiej randze prawnej. Niezbędne jest także opracowanie strategii ochrony zdrowia na konkretny okres, a odpowiedzialność agend państwa za ich realizację musi być jasno zdefiniowana. Bez tego nie osiągnie się postępu w rządzeniu sektorem zdrowotnym. Gdy bowiem działania państwa nie są jednoznacznie określone, a cele na konkretny okres formułowane są wyłącznie propagandowo, to ludzie żyją w fałszywej świadomości, popierając zmiany, które im nie służą, a nawet ograniczają dostęp do usług zdrowotnych.

Doświadczenie dowodzi, że nie osiąga się uczciwego i poprawnego merytorycznie stawiania sprawy wyłącznie metodą apelowania do polityków, a w przypadku jaskrawego lekceważenia przez nich problemu – stosowania konsekwencji wyłącznie politycznych.

Powodzenie reform gwarantuje ich społeczną akceptacja, którą osiąga się w wyniku dialogu społecznego. Tymczasem tzw. konsultacje społeczne dotyczące zmian mają w Polsce nierzadko zbyt krótki czas, aby można było dogłębnie zareagować na przedstawiane politycznie propozycje. Nie zawsze docierają do kompetentnych adresatów, a media wyciągają na światło dzienne bardziej problemy łatwe „do sprzedania” niż problemy istotne merytorycznie. Dlatego wprowadzane zmiany wymagają merytorycznej dyskusji, z zaangażowaniem niezależnych eks-

pertów, którzy będą zadawać trudne pytania. Powinno być wiadomo, kto zmiany zaprojektował i mieć możliwość dyskusji z autorami projektów, a nie tylko z politykami, postrzegającymi problemy w kategoriach poparcia bądź nie danej opcji politycznej. Prawo do rzetelnej informacji, do zadawania pytań i wyrażania opinii jest w państwie demokratycznym prawem obywatelskim, dzięki któremu społeczna i polityczna kontrola nad kierunkami zmian może być skuteczniejsza.

Polityka zdrowotna nie powinna być prowadzona w izolacji od innych polityk. Społeczne determinanty zdrowia oraz europejskie hasło „zdrowie we wszystkich politykach”, wprowadzone za prezydentury fińskiej (2006) do strategii zdrowia Komisji Europejskiej, wymagają otwartości na szeroką koordynację. Od polityków zajmujących się sprawami ochrony zdrowia wymaga się podjęcia się roli przewodników i koordynatorów tam, gdzie chodzi o determinanty zdrowia: środowiskowe, edukacyjne, związane z pracą, bezpieczeństwem na drogach i w domach, z niezdrowym stylem życia i innymi ryzykami zdrowia. Polityk z sektora zdrowotnego nigdy nie powinien odsyłać „do kolegi”, gdy wiadomo, że chodzi o zdrowie, nawet *implicite*.

Coraz częściej jest ograniczany dostęp do usług zdrowotnych wśród ludności o niekorzystnych warunkach bytowych. Dlatego w programach europejskich oraz WHO zwraca się uwagę na problem dostępu do opieki zdrowotnej także ze względów socjalnych i uwzględnia się kryteria związane z wielkością tzw. katastroficznych wydatków gospodarstw domowych na zdrowie. Jeśli gospodarstwo domowe w sytuacji choroby musi wydać pokaźną część swego budżetu, a nawet go przekroczyć, to rząd podejmuje interwencje wspierające takie gospodarstwa. Nie dopuszcza się do tego, aby ponoszenie wydatków na usługi zdrowotne ograniczało dzieciom ich szanse rozwojowe i wypchało rodzinę w ubóstwo.

W sumie – słabość i zawodność państwa należy zdecydowanie zmniejszać i wypracować zasady oraz warunki koegzystencji państwa z mechanizmem rynkowym, gdyż tylko w określonych optymalnie proporcjach sprzyjać będą zdrowiu populacji.

Tekst wpłynął: 31 sierpnia 2012 r.

Bibliografia

- Armstrong J., *Stewardship and Public Service*, A discussion paper prepared for the Public Service Commission of Canada. Canada, Canadian Public Service Commission, Ottawa 1997.
- Arrow K.J., *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, „American Economic Review” 1963, vol. 53.
- Culyer A.J., *Need and the National Health Service*, Martin Robertson, Oxford 1976.
- Fijor J.M., *Czy rynek naprawdę jest zawodny*, „Ekonomista” 2012, nr 2.
- Friedman M., *Capitalism and Freedom*, University of Chicago Press, Chicago 1962.
- Golinowska S., Sowa A., *Działania samorządów lokalnych w opiece i integracji niesamodzielnych osób starszych*, Ekspertyza dla MPiPS, Warszawa 2010.

- Golinowska S., Kocot E., *Presja na krótko- i długookresowy wzrost wydatków w sektorze zdrowotnym. Pożądane interwencje państwa*, Opracowanie dla Banku Światowego, Warszawa 2010.
- Golinowska S., *Oplaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010, nr 1.
- Golinowska S. i inni, *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Wydawnictwo Medyczne UJ Vesalius, Kraków 2012.
- Groopman J., *How Doctors Think*, A Mariner Book, Houghton Mifflin Company, Boston–New York 2008.
- Hsiao W.C., *Abnormal Economics in the Health Care Sector*, „Health Policy” 1995, nr 32.
- Kaufmann D., Kraay A., Mastruzzi M., *Governance Matters IV: Governance Indicators for 1996–2004*, „World Bank Policy Research Working Paper” 3630, Washington D.C., 2005.
- Kaufmann D., Kraay A., Mastruzzi M., *The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues*, Brookings Institution and World Bank, Washington D.C. 2010.
- Kompendium wiedzy o konkurencyjności*, red. M. Gorynia, E. Łązniewska, PWN, Warszawa 2010.
- Le Grand J., *The Theory of Government Failure*, „British Journal of Political Science” 1991, nr 4.
- Le Grand J., *Knights, Knaves or Pawns? Human Behaviour and Social Policy*, „Journal of Social Policy” 1997, nr 2.
- Matthew G.K., *Measuring need and evaluation services*, w: *Portfolio for Health*, red. G. McLachlan, Oxford University Press, London 1971.
- McPake B., Normand Ch., Smith S., *Health Economics. An International Perspective*, Routledge, London and New York, 2013.
- Ollila E., Ståhl T., Wismar M., Lahtinen E., Melkas T., Leppo K., *Health in All Policies in the European Union and its Member States*, Ministry of Social Affairs and Health in Finland, Helsinki 2006.
- Perotina V., Zamorac B., Reeves R., Bartlett W., Allene P., *Does Hospital Ownership Affect Patient Experience? An Investigation Into Public–Private Sector Differences in England*, in: „Journal of Health Economics” 2013, vol. 32, nr 3.
- Peyton M.M., *New Public Management in Health Care – its Effects and Implications*, PhD Thesis, Aarhus School of Business, Aarhus 2009.
- Pierre J., Peters G., *Governance, Politics and the State*, St. Martin Press, New York 2000.
- Porter M.E., Guth C., *Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System*, Verlag Springer-Gabler, Berlin/Heidelberg 2012.
- Porter M.E., Teisberg E.O., *Redefining Health Care, Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Publishing, Cambridge 2006.
- Rhodes R.A.W., *Understanding Governance, Policy Networks, Governance, Reflexivity, Accountability*, Open University Press, Buckingham 1997.
- Roberts M.J., Hsiao P.B., Berman P., Reich M.R., *Getting Health Reform Right, A Guide to Improving Performance and Equity*, Oxford University Press, New York 2008.
- Roemer M.I., *Market failure and health care policy*, „Journal of Public Health Policy” 1982, vol. 3, nr 4.
- Sowada Ch., *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013.
- Sowada Ch., *Wydatki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce na refundację leków w latach 2004–2012*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2013, nr 1 (w druku).

- Stiglitz J., *Regulation and Failure*, in: *New Perspectives on Regulation*, red. D. Moss, J. Cisternino, Cambridge 2009.
- Thiel van S., Leeuw F.L., *The Performance Paradox in the Public Sector*, „Public Performance & Management Review” 2002, nr 3.
- Tiemann O., Schreyögg J., *Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany*, „Official Open Access Journal of VHB” (Verband der Hochschullehrer für Betriebswirtschaft e.V.) 2009, nr 2.
- Travis P. i in., *Towards Better Stewardship: Concepts and Critical Issues*, Evidence and Information for Policy, WHO, Geneva 2002.
- WHO, *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Geneva 2000.
- WHO, *Health Systems Governance, Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening*, Geneva 2008.
- Wolf Ch. Jr., *Markets or Governments. Choosing Between Imperfect Alternatives*, MIT Press, Cambridge 1988.
- World Bank, *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*, World Bank and Oxford University Press, Washington 2004.

CONTROVERSY ABOUT HEALTH CARE ECONOMICS AND HEALTH CARE REFORMS

Summary

The article discusses the main dilemmas of the debate on the role of market and state in providing health care. The discussion is held in the context of the health reform package introduced in Poland in 2010-2011, which increased the share of private sector and commercial rules in health care institutions. The author recalls theoretical arguments about market and state failures in providing health services. She indicates the desirable directions of reforms in the health sector that would reduce the shortcomings of both extreme systems, introducing the arrangements that would combine the principles of solidarity, free choice, and individual responsibility. The author specifies the conditions, which have to be fulfilled in order to assure that changes introduced by reforms turn to be effective both in terms of social and economic criteria.

Key words: health care ♦ market failure ♦ state failure ♦ health care system reforms

РАЗНОГЛАСИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ЭКОНОМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Резюме

Статья содержит основные проблемы «вечной» дискуссии о роли рынка и государства в сфере здравоохранения со ссылкой на пакет законов о здравоохранении, принятых в Польше в 2010 – 2011 гг., согласно которым увеличивается доля частной собственности и коммерческих принципов в функционировании учреждений здравоохранения. Ав-

тор напоминает теоретические тезисы об ущербности рынка с одной стороны и ущербности государства в плане предоставления услуг в области здравоохранения, с другой. Говорит о направлениях реформ сектора здравоохранения, уменьшающих недостатки обеих крайних систем и внедряющих решения, соединяющие принципы солидаризма, свободы выбора и индивидуальной ответственности. Обращает внимание на необходимость выполнения определенных условий с тем, чтобы введенные изменения могли быть эффективными с точки зрения критериев здоровья, а также социальных и экономических критериев.

Ключевые слова: здравоохранение ♦ ненадежность рынка ♦ ненадежность государства ♦ реформы системы здравоохранения