

**Aleksander Roch Dietrich**

*Akademia Ekonomiczna, Poznań*

## ***Szczególne cechy opieki zdrowotnej i ich konsekwencje dla alokacji***

### ***Wstęp***

Reformy systemów opieki zdrowotnej w ostatnich dwóch dziesięcioleciach przyniosły znaczny wzrost znaczenia mechanizmów rynkowych w tych systemach. W kontekście nasilenia się myśli liberalnej i krytyki koncepcji *welfare state* w krajach rozwiniętych mogłoby wydawać się to zupełnie naturalne. Tymczasem wśród ekonomistów zajmujących się ekonomiką zdrowia wciąż nie ma konsensu co do efektywności rozwiązań rynkowych w opiece zdrowotnej. Co więcej, obserwatorzy reform akcentują, że ostatni wzrost znaczenia rynku w tym obszarze nie ma dobrej podbudowy teoretycznej i stanowi raczej efekt popularności pewnych ideologii<sup>1</sup>.

W istocie, funkcjonowanie rynku w opiece zdrowotnej napotyka szereg ograniczeń. Celem niniejszego opracowania jest próba odpowiedzi na pytanie, jakie są alokacyjne konsekwencje funkcjonowania mechanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej. Rezultatem działania sił rynkowych może być efektywna lub nieefektywna alokacja zasobów. Poten-

---

<sup>1</sup> T. R. Marmor, K. G. H. Okma, *Cautionary Lessons from the West: What (not) to Learn from Other Countries' Experiences in the Financing and Delivery of Health Care*, „The State of Social Welfare” 1997. *International Studies on Social Insurance and Retirement, Employment, Family Policy and Health Care*, Ashgate Publishing Ltd, Aldershot – Brookfield, USA – Singapore – Sydney 1998, s. 342; W. C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź – Kraków – Warszawa 1996, s. 327, 349.

cyjna nieefektywność rynku otwierałaby pole dla interwencji państwa w tym obszarze<sup>2</sup>. Do czterech podstawowych sposobów tej interwencji państwa należą: regulacja, finansowanie i produkcja państwowa (wszystkie związane z bezpośrednią ingerencją w mechanizm rynkowy) oraz transfery pieniężne, które mogą mieć skutki pośrednie<sup>3</sup>. Interwencja mogłaby służyć do przewyższenia problemów z efektywnością. Państwo za pomocą dostępnych sobie środków może realizować też cele z zakresu sprawiedliwości społecznej, nie jest to jednak przedmiotem niniejszego opracowania<sup>4</sup>.

Punktem wyjścia rozważań, które prowadzone są w oparciu o ekonomiczną teorię dobrobytu, jest rozdzielenie problemów efektywności i sprawiedliwości. Postawienie pytania o „wielkość tortu” niejako odrębnie od pytań o „wielkość krajanych porcji” umożliwia koncepcja efektywności Pareto. Przedstawione dalej twierdzenia ekonomii dobrobytu pokazują, że mechanizm rynkowy przy pewnych wstępnych warunkach (tzw. założeniach standardowych) umożliwia osiągnięcie efektywności ekonomicznej. Do założeń tych należą: doskonała informacja (o jakości, cenach i przyszłości), doskonała konkurencja, brak efektów zewnętrznych i rosnących przychodów. Sednem artykułu jest analiza, na ile założenia standardowe są spełnione w opiece zdrowotnej. W przypadku niespełnienia któregoś z nich alokacja rynkowa prowadzi do nieefektywności. Państwo przy pomocy dostępnych środków może starać się poprawić efektywność, choć w wielu przypadkach jego skuteczność nie jest wysoka.

Dodatkowo należy zaznaczyć, że problemy związane z osiągnięciem efektywności rozpatrywane są w ujęciu statycznym – tym samym abstrahuje się w niniejszym opracowaniu od kwestii np. wpływu systemu finansowania na rozwój technologii medycznych (efektywność dynamiczna).

## 1. Pojęcie efektywności ekonomicznej

W świecie ograniczonych zasobów efektywność ich alokacji staje się jednym z kluczowych problemów do rozwiązania. Jako że potoczne rozumienie efektywności różni się od przyjmowanego przez ekonomistów, dla uniknięcia nieporozumień niezbędna jest eksplikacja tego pojęcia.

<sup>2</sup> Uzasadnienie, że efektywność jest wspólnym celem dla wszystkich teorii społeczeństwa (choć różne wagi mogą być mu przypisywane) – patrz: N. Barr, *Ekonomika polityki społecznej*, Wydawnictwo A.E. w Poznaniu, Poznań 1993, s. 93–97.

<sup>3</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, op. cit., s. 98.

<sup>4</sup> Przyjęcie, że cele i środki polityki publicznej można od siebie sztywno oddzielić, stanowi oczywiście pewien typ idealny, ułatwiający ekonomiście wysuwanie postulatów pod adresem tej polityki. Przywodzi to na myśl słynną definicję Robinsa, według której ekonomia jest nauką zajmującą się badaniem rozdziału rzadkich środków pomiędzy konkurujące o nie dane cele. Należy jednak mieć na uwadze, że w realnym świecie podejmujący decyzje rzadko najpierw wybierają cele, a następnie szukają środków umożliwiających ich osiągnięcie. W rzeczywistości każdy decydent zaczyna od działania i stopniowo określa swój cel w oparciu o doświadczenia poczynione z różnymi środkami. Innymi słowy, podejmujący decyzje nie próbują ustalić, czego właściwie chcą, lecz raczej uczą się chcieć przy okazji oceny wyników własnego działania. Tak więc środki i cele są ze sobą nierozdzielnie powiązane i oceniający decyzje podjęte w przeszłości lub udzielający technicznych rad dotyczących decyzji przyszłych, bez skutku poszukują funkcji preferencji społecznych, która po prostu nie istnieje. M. Blaug, *Metodologia ekonomii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 199–201.

Efektywność ekonomiczna (zwana również efektywnością alokacyjną, efektywnością Pareto lub optimum Pareto) oznacza najlepsze wykorzystanie zasobów przy danych gustach ludzi. Odnosi się ona zarówno do produkcji, jak i do podziału dóbr<sup>5</sup>. Inaczej optimum Pareto definiuje się jako taką pozycję, poza którą podwyższenie czyjegokolwiek dobrobytu (przez „transformację” dóbr i usług za pośrednictwem produkcji albo wymiany) jest niemożliwe bez naruszania dobrobytu kogoś innego. Idąc dalej tym sposobem rozumowania, przez zwiększenie efektywności ekonomicznej (postęp w sensie Pareto) rozumie się proces, w następstwie którego następuje polepszenie dobrobytu co najmniej jednej osoby, bez pogorszenia sytuacji kogokolwiek innego.

W istocie, trudno się nie zgodzić z taką definicją optymalności – twierdzi się wręcz, że graniczy ona z tautologią<sup>6</sup>. Pojawia się jednak pewien problem: w języku potocznym „optymalny” kojarzy się z czymś najlepszym, jedynym. Niestety, kryteria efektywności Pareto nie wskazują jednoznacznie takiego optimum. Aby bowiem uniknąć potrzeby dokonywania interpersonalnych porównań użyteczności, w koncepcji efektywności ekonomicznej rezygnuje się z ocen zmian dobrobytu, które istotnie sprawiają, że niektórym ludziom zaczyna powodzić się lepiej, a zarazem innym ludziom powodzi się gorzej. W rezultacie nie można tu mówić o jednym optimum społecznym, ale raczej o nieskończonej liczbie nieporównywalnych optimumów<sup>7</sup>. Wybór któregoś z tych stanów nie jest już jednak kwestią efektywności, a sprawiedliwości (słuszności społecznej) związanej z przyjętą ideologią. Prowadzi to do rozróżnienia między efektywnością a sprawiedliwością<sup>8</sup>.

Należy zaakcentować, że owo ważne rozróżnienie nie oznacza, że twierdzenia na temat „efektywności” są w jakiś sposób wolne od elementów wartościujących, podczas gdy twierdzenia o „sprawiedliwości” są z góry nimi obciążone. Koncepcja alokacji zasobów w sensie Pareto opiera się na trzech założeniach, które niewątpliwie są sądami wartościującymi: 1) każda osoba jest najlepszym sędzią własnego dobrobytu; 2) dobrobyt społeczny określa się wyłącznie w kategoriach dobrobytu jednostek; 3) dobrobytu różnych jednostek nie można ze sobą porównywać<sup>9</sup>. Efektywność to pojęcie nieuchronnie obciążone jakąś koncepcją wartości i nie sposób się uwolnić od wyobrażenia, że efektywność jest w jakiś sposób bardziej pożądana niż nieefektywność. Niemniej jednak podkreśla się, że niewiele korzyści – a wiele szkód – przynosi zamącenie konkluzji płynących z teorii dobrobytu przez łączenie bez jakiegokolwiek rozróżnienia sądów wartościujących leżących u podstaw pojęcia optymalności Pareto z tymi sądami, które odnoszą się do sprawiedliwości różnych podziałów dochodów<sup>10</sup>.

<sup>5</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, op. cit., s. 89–90.

<sup>6</sup> U. E. Reinhardt, *Can Efficiency in Health Care Be Left to the Market?* „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001, 26, 5, s. 970.

<sup>7</sup> M. Blaug, *Teoria ekonomii. Ujęcie retrospektywne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, wyd. V, s. 607.

<sup>8</sup> *Ibidem*, s. 628.

<sup>9</sup> *Ibidem*, s. 611.

<sup>10</sup> *Ibidem*, s. 628.

## 2. Twierdzenia ekonomii dobrobytu i założenia standardowe

Ze względu na to, że kryteria efektywności ekonomicznej nie pozwalają jednoznacznie określić optimum społecznego, w rzeczywistym świecie koncepcja efektywności Pareto sama w sobie przedstawia niewielką wartość<sup>11</sup>. Pewne implikacje płynące z niej dla polityki społecznej można dopiero wtedy sformułować, gdy przywoła się pierwsze i drugie twierdzenie o optymalności<sup>12</sup>.

Pierwsze twierdzenie o optymalności mówi, że jeżeli równowaga konkurencyjna w ogóle istnieje i jeżeli zostaną spełnione pewne dodatkowe warunki (omówione poniżej), to równowaga musi być optymalna w znaczeniu Pareto<sup>13</sup>. Nie wynika stąd oczywiście, że jeżeli mamy jakąś alokację optymalną w rozumieniu Pareto, to nie powinniśmy zmieniać jej na inną. O tym, w jaki sposób sądy o podziale można formułować w pewnym sensie niezależnie od sądów dotyczących alokacji mówi drugie twierdzenie o optymalności: jeśli w produkcji nie występują rosnące przychody i jeśli spełnione są inne brzegowe warunki, to każdy stan optymalny jest równowagą konkurencyjną odpowiadającą pewnemu początkowemu podziałowi siły nabywczej. W praktyce oznacza to, że jeśli spełnione są warunki obu twierdzeń o optymalności i jeśli mechanizm alokacji w realnym świecie spełnia warunki modelu konkurencyjnego, to polityka społeczna może ograniczać się tylko do zmiany siły nabywczej pozostającej w dyspozycji jednostek. Dla każdego danego podziału siły nabywczej rynek – przy przyjętych założeniach – osiągnie równowagę konkurencyjną, która musi być optymalna. A ponieważ każdy stan optymalny jest równowagą konkurencyjną odpowiadającą jakiemuś podziałowi siły nabywczej, to można osiągnąć każdy pożądany stan optymalny<sup>14</sup>.

Zanim zostaną omówione warunki, w których spełnione są oba twierdzenia o optymalności, warto wspomnieć o jeszcze jednym założeniu, najczęściej milcząco przyjmowanym przez zwolenników rozwiązań rynkowych, a mianowicie że redystrybucji siły nabywczej można dokonywać bez strat na efektywności. Według Reinhardta, wagi, jaką to założenie ma dla możliwości zastosowania drugiego twierdzenia o optymalności, nie sposób przecenić<sup>15</sup>. W praktyce bowiem nie można znaleźć takiego zestawu podatków i dopłat, który by nie powodował strat na efektywności. Teoretycznie takie cechy mogłyby mieć podatki kwotowe, na nieszczęście nie nadają się one do zastosowania z politycznego punktu widzenia (czego doświadczyła Margaret Thatcher)<sup>16</sup>. Natomiast podatki związane z dochodem (w tym podatki pośrednie, których kwoty rosną

<sup>11</sup> U. E. Reinhardt, *Can Efficiency...*, *op. cit.*, s. 971.

<sup>12</sup> Zwane też pierwszym i drugim twierdzeniem ekonomii dobrobytu bądź też, łącznie, twierdzeniem o niewidzianej ręce rynku.

<sup>13</sup> J. K. Arrow, *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*, w: *Eseje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa 1979, s. 182. (K. J. Arrow, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, „American Economic Review” 1963, 53, s. 941–973.)

<sup>14</sup> *Ibidem*, s. 183

<sup>15</sup> U. E. Reinhardt, *Can Efficiency...*, *op. cit.*, s. 975.

<sup>16</sup> Por. m.in. M. Blaug, *Teoria...*, *op. cit.*, s. 623; U. E. Reinhardt, *Can Efficiency...*, *op. cit.*, s. 975.

wraz ze wzrostem dochodu) nie są zryczałtowane i z reguły powodują nieefektywność, m.in. poprzez ich wpływ na indywidualną podaż pracy. Jednak próby osiągnięcia sprawiedliwości społecznej zazwyczaj wymagają redystrybucji; ta z kolei pociąga za sobą opodatkowanie, które musi być powiązane z dochodem. W rezultacie każdy możliwy system opodatkowania może ograniczyć podaż czynników, zmniejszyć produkcję i wywołać nieefektywność w produkcji i/lub kombinacji produkcji. W ten sposób może istnieć sprzeczność między efektywnością i sprawiedliwością<sup>17</sup>. Rozstrzygnięcie kwestii z tym związanych wykracza jednak poza ramy niniejszego artykułu – przyjmuje się w nim, że redystrybucja odbywa się bez strat efektywnościowych, a tym samym, że problemy efektywności i sprawiedliwości można jednak w jakimś stopniu rozpatrywać odrębnie.

Warunki, w których spełnione są oba twierdzenia o optymalności określane są jako tzw. założenia standardowe. Dotyczą one istnienia doskonałej informacji, doskonałej konkurencji oraz braku wad rynku<sup>18</sup>. Spełnienie warunków implikuje prawdziwość twierdzeń o optymalności i świadczy o braku przesłanek dla interwencji państwa ze względu na efektywność.

Jakość i przejrzystość informacji, do której mają dostęp osoby i firmy, jest kwestią o kluczowym znaczeniu dla dyskusji o efektywności mechanizmu rynkowego. Kompletna informacja wymaga przynajmniej trzech rodzajów wiadomości: o jakości i rodzaju produktu, o cenach i o przyszłości.

Drugie podstawowe założenie twierdzeń o optymalności dotyczy doskonałej konkurencji na rynkach produktów i czynników. W założeniu przyjmuje się dwie zasadnicze cechy: podmioty gospodarcze muszą mieć równą siłę oraz muszą przyjmować ceny. Pierwsza z tych cech oznacza, że poza różnicami w dochodach pozostających w dyspozycji podmiotów, muszą mieć one równą siłę – nie może być dyskryminacji. Z kolei przyjmowanie cen zakłada dużą liczbę osób i firm bez barier w dostępie do jakichkolwiek rynków. Ostatnie założenie – o braku wad rynku – może być naruszone przez występowanie dóbr publicznych, efektów zewnętrznych i rosnących efektów skali. Na ile powyższe warunki są spełnione w opiece zdrowotnej, zostanie poddane szczegółowej analizie w następnych punktach.

### 3. Warunek doskonałej informacji

#### 3.1. Brak suwerenności konsumenta

Dopełnieniem założenia o doskonałej informacji jest przyjęcie, że konsument jest w stanie zachowywać się racjonalnie. Zważywszy, że w stanie choroby nierzadko stawką decyzji jest życie powstaje pytanie, na ile pacjent „pasuje” do schematu niezależnego konsumenta, który wybiera spośród zaproponowanych mu alternatywnych dóbr taką kombinację,

<sup>17</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, op. cit., s. 96.

<sup>18</sup> N. Barr, *Ekonomika polityki społecznej*, Wydawnictwo A.E. w Poznaniu, Poznań 1993, s. 99.

kóra przy uwzględnieniu kosztów przyniesie mu maksymalną korzyść<sup>19</sup>. Breyer i Zweifel wyróżniają trzy stopnie zdolności pacjenta do racjonalnego podejmowania decyzji<sup>20</sup>.

a) Pełna niezdolność do racjonalnych decyzji występuje np. w przypadku braku przytomności u pacjenta bądź też przy pewnych chorobach psychicznych. W tej sytuacji usługi zdrowotne nie są czymś wyjątkowym, gdyż jednostka nie jest w stanie podjąć w ogóle żadnej racjonalnej decyzji i potrzebuje kogoś, kto by decydował za nią w taki sposób, jakby to ona sama zrobiła, gdyby tylko była w stanie. Pojawia się pytanie, od kogo można by oczekiwać, że będzie takim idealnym rzecznikiem jednostki? Zdaniem autorów wiele wskazuje na to, że do wypełniania tej roli bardziej nadaje się bliski krewny jednostki aniżeli urzędnik państwowy.

b) Ograniczona zdolność do podejmowania racjonalnych decyzji ma miejsce w przypadku chorób zagrażających życiu jednostki, lecz jednocześnie nie pomniejszających jej zdolności umysłowych. Pacjent ze swoją gotowością do zapłacenia niemal każdej żądanej kwoty za wyleczenie jest tutaj w zasadniczo słabszej pozycji w stosunku do dostawcy usług. Co więcej, pacjent nie będzie skłonny do skorzystania z bardziej korzystnych cenowo usług, jeżeli tylko będzie wiązało się to (choćby wyłącznie w jego własnym mniemaniu) z większym ryzykiem niepowodzenia leczenia. Pewnym rozwiązaniem jest tu wykupienie odpowiedniej polisy ubezpieczeniowej, pokrywającej pełne koszty leczenia w przypadku chorób zagrażających życiu pacjenta. Tak czy inaczej w tej sytuacji decyzja o skorzystaniu z określonych usług może być dla pacjenta tak obciążająca emocjonalnie, że będzie on wolał, aby podjęła ją za niego wybrana przez niego osoba.

c) Znaczna zdolność do podejmowania racjonalnych decyzji występuje przy chorobach nie stanowiących zagrożenia dla życia jednostki, a więc przy najbardziej licznych przypadkach korzystania z opieki zdrowotnej.

Jak twierdzą Breyer i Zweifel, w żadnej z trzech omówionych sytuacji nie ma podstaw do przypuszczenia, że bardziej efektywna byłaby jakaś inna forma alokacji aniżeli mechanizm rynkowy: odpowiednią decyzję może podjąć bądź to sam zainteresowany, bądź też jego bliski<sup>21</sup>.

### 3.2. Informacja o jakości i cenach a mechanizm rynkowy w teorii ekonomii

Współcześnie nie budzi wątpliwości, że informacja odgrywa w opiece zdrowotnej kluczową rolę. Co najmniej od czasów słynnego artykułu Arrowa (1963) wiadomo, że wiele cech opieki zdrowotnej jest związanych z problemami informacyjnymi<sup>22</sup>. Co więcej, natura swobodnego produktu, jakim jest usługa zdrowotna, powoduje, że pod wieloma wzglę-

<sup>19</sup> Założenie o racjonalności konsumenta jest bardzo idealistyczne, a nurt krytyczny wobec tego założenia coraz silniejszy. W tym miejscu abstrahuje się jednak od jego przedstawienia, skupiając się bardziej na „fizycznej” możliwości dokonania wyboru w sytuacjach typowych dla pacjenta. Syntetyczne ujęcie krytyki założenia o racjonalności można znaleźć w: M. Blaug, *Metodologia...*, *op. cit.*, s. 338–340.

<sup>20</sup> F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 1999, s. 157.

<sup>21</sup> *Ibidem*, s. 157.

<sup>22</sup> J. K. Arrow, *Lecznictwo...*, *op. cit.*, s. 181–215.

dami rynek usług medycznych jest podobny właśnie do rynku na informację. W wielu przypadkach informacja stanowi zasadniczą część kompleksowej usługi zdrowotnej (np. postawienie diagnozy i przedstawienie odpowiednich metod leczenia), a czasem stanowi sedno tej usługi (tak jest właśnie w przypadku diagnostyki). Z powyższych względów warto zarysować charakterystyczne cechy rynków informacyjnych.

Wiadomo, że rynki informacji charakteryzują się własnościami prowadzącymi do zawodności mechanizmów rynkowych i nieefektywności<sup>23</sup>. Jedną własność polega na tym, że sprzedawca ma problemy z przechwytywaniem wpływów z informacji, którą dostarczył. Ma to miejsce wówczas, gdy nie może on zapobiec odsprzedaży informacji przez kupującego. Niemożność zapobieżenia odsprzedaży skutkuje zawodnością rynku – zbyt mało informacji jest na rynku. Do usług zdrowotnych tej własności rynku informacji raczej nie można odnieść – wynika to chociażby ze ścisłego powiązania informacji z konkretną i zindywidualizowaną usługą medyczną.

Kolejną podnoszoną cechą rynku informacyjnego jest to, że kupujący nie może ocenić wartości informacji przed kupnem (a czasem nigdy nie jest jej w stanie ocenić) – gdyby kupujący był w stanie to zrobić, oznaczałoby to, że tym samym znalazł wcześniej pożądaną informację. Mniejsza wiedza kupującego, aniżeli sprzedawcy, na temat rzeczywistej wartości produktu (jego natury, relacji cena/jakość) jest cechą charakteryzującą także rynek usług medycznych, na którym skutek jednoczesności produkcji i konsumpcji, swoistej dla rynku usług, kupujący nie może praktycznie określić jakości kupowanej usługi przed faktem jej „skonsumowania”<sup>24</sup>. Ta różnica w poziomie informacji określana jest w literaturze mianem asymetrii informacji.

Niemożność dokonania oceny jakości usługi przed jej kupnem jest charakterystyczna również i dla innych usług, np. fryzjerskich, gastronomicznych czy artystycznych, jednak w przypadku opieki lekarskiej koszty błędnego wyboru są zazwyczaj większe i w mniejszym stopniu odwracalne<sup>25</sup>. Abstrahując od tego, że wielu ludzi jest w ogóle nieświadomych istnienia swojej choroby, „przeciętny” konsument wie niewiele zarówno o dostępnych formach leczenia, jak i o możliwych jego skutkach. Ponadto osoba poważnie chora, choć byłaby w pełni władz umysłowych, nie ma czasu robić wielkich poszukiwań, skoro efektywność leczenia jest w dużej mierze uzależniona od minimalizacji czasu między początkiem choroby a rozpoczęciem terapii. Wreszcie zdrowie i opieka zdrowotna mają też silnie emocjonalne konotacje, np. niewiedza może być po części wynikiem strachu, zaboronu itd.

Gdy informacja o jakości nie jest widoczna przed zakupem, jakość obniża się do najniższego poziomu na rynku, ponieważ nie występuje wzajemnie korzystna wymiana obejmująca produkty wysokiej jakości. Dowodził tego Akerlof, pokazując na przykładzie rynku używanych samochodów, w jaki sposób produkt gorszy wypiera z rynku pro-

---

<sup>23</sup> D. Haas-Willson, *Arrow and the Information Market Failure in Health Care: The Changing Content and Sources of Health Care Information*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001, 26, 5, s. 1034.

<sup>24</sup> *Ibidem*, s. 1034.

<sup>25</sup> Por. N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 321.

dukt lepszy<sup>26</sup>. Mimo że jak pokazano, na rynku świadczeń medycznych istnieje asymetria informacji, jednak nie występuje taka równowaga, w której jakość spada do najniższego poziomu. Wynika to w znacznej mierze stąd, że inaczej niż w modelu przyjętym przez Akerlofa, pacjent przed zakupem może w praktyce zdobyć choć częściową informację o jakości usług konkretnego lekarza<sup>27</sup>. Niemal zawsze kieruje się on bowiem jakimiś wskazówkami dotyczącymi jakości usług lekarskich, które płyną bądź to z jego własnych doświadczeń, bądź z doświadczeń innych osób (krewnych, przyjaciół, współpracowników itd.), bądź też wreszcie od samych lekarzy.

Należy podkreślić, że problemy z oceną jakości nie dotyczą w jednakowym stopniu wszystkich usług zdrowotnych – usługi te charakteryzują się tak dużą różnorodnością, że zbytnim uproszczeniem byłoby traktowanie ich jako homogenicznych. W klasycznym artykule Pauly dokonuje rozróżnienia usług medycznych, proponując następujący ich podział na trzy grupy<sup>28</sup>:

a) usługi zakupywane stosunkowo regularnie przez większość gospodarstw domowych, jak np. opieka pediatryczna, przepisywanie lekarstw na powszechnie występujące choroby czy też rutynowa opieka dla osób chronicznie chorych;

b) usługi, które typowy dostawca świadczy stosunkowo regularnie, natomiast typowy konsument korzysta z nich nieregularnie, czasem raz w życiu;

c) usługi świadczone nieregularnie przez typowego dostawcę, z których typowy konsument korzysta również nieregularnie (mają one miejsce m.in. przy szczególnie skomplikowanych przypadkach medycznych czy eksperymentach medycznych).

Z całą pewnością można stwierdzić, że trudności związane z określeniem jakości usług w poszczególnych grupach są zróżnicowane. W grupie pierwszej pacjenci mają czas na zebranie i przetworzenie informacji, która jak się wydaje będzie stosunkowo łatwo dostępna. Co ważne, regularność korzystania z usług powoduje, że pacjenci przy dokonywaniu wyborów mogą się opierać na własnym doświadczeniu. Inaczej sytuacja przedstawia się w pozostałych dwóch grupach, gdzie usługi mają w dużej mierze charakter „credence good” – pacjent nie może w przypadku ich zakupu oprzeć się na własnym doświadczeniu, stąd decyzje podejmuje w oparciu o doświadczenie innych bądź zaufanie do świadczeniodawcy<sup>29</sup>.

Racjonalnie zachowujący się pacjent będzie się starał sięgać do bezpośrednich źródeł informacji o jakości usług danego dostawcy. Niestety, w wielu przypadkach pacjent nie może się oprzeć na swoim doświadczeniu, nie zawsze też otrzyma poradę profesjonalną,

<sup>26</sup> G. A. Akerlof, *The Market for „Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism*, „Quarterly Journal of Economics” 1970, 84, s. 489–490.

<sup>27</sup> D. Haas-Willson, *Arrow and the Information Market Failure...*, *op. cit.*, s. 1034.

<sup>28</sup> M. V. Pauly, *Is Medical Care Different? w: Competition in the Health Care Sector: Past, Present, and Future. Proceedings of a Conference Sponsored by the Bureau of Economics, Federal Trade Commission, March 1978*, ed. Warren Greenberg, Germantown, MD: Aspen Systems. Za: F. A. Sloan, *Arrow’s Concept of the Health Care Consumer: A Forty-Year Retrospective*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001, 26, 5, s. 904.

<sup>29</sup> F. A. Sloan, *Arrow’s Concept of the Health Care Consumer...*, *op. cit.*, s. 900.



jako że sami lekarze niechętnie oceniają swoich kolegów. Źródłem informacji budzącym zaufanie pacjenta pozostają też jego najbliżsi krewni, przyjaciele czy współpracownicy. Jednak wraz ze wzrostem liczby lekarzy na określonym obszarze maleje prawdopodobieństwo, że którakolwiek z bliskich pacjentowi osób miała kontakt z konkretnym lekarzem<sup>30</sup>. Pomocne przy wyborze świadczeniodawcy mogą być też wszelakiego rodzaju statystyki, wyniki szpitali i rankingi, publikowane przez wiarygodne instytucje. Jeżeli jednak pacjent nie wie, która z instytucji oceniających jakość jest godna zaufania, czy też gdy nie wszystkie kryteria stosowane przy ocenie są dla niego jasne, to przy wielości różnych rankingów może powstać szum informacyjny i w rezultacie zwiększenie niepewności pacjenta, zamiast jej zmniejszenia.

Tak więc założenie dotyczące doskonałej informacji o jakości nie jest spełnione. Samo stwierdzenie niewiedzy nie musi być jednak dowodem na nieefektywność. Informacja może być kosztowna, a zatem jej zdobycie nieefektywne, jeżeli wynikająca z tego korzyść jest mała<sup>31</sup>. I nie chodzi tu tylko o koszty związane np. z zakupem odpowiednich publikacji – nie należy mianowicie zapominać o koszcie alternatywnym czasu przeznaczanego na zdobycie informacji, jakim jest utrata korzyści związanych z wcześniejszym rozpoczęciem leczenia (większe prawdopodobieństwo wyleczenia, szybsze uśmierzenie bólu itd.). W miarę rozwoju nowych technologii informacyjnych koszt ten się nieco obniża – czas dostępu do informacji ulega zmniejszeniu – ograniczeniem jego spadku pozostaje jednak konieczność odwołania się w ostatecznym rozrachunku do pomocy profesjonalisty (lekarza) w celu interpretacji zdobytych zasobów informacyjnych.

Konsument przy wyborze dostawcy nie zawsze kieruje się bezpośrednią informacją o jakości. Wobec jej braku jest nieraz zmuszony do wnikliwej obserwacji rynku i poszukiwania odpowiednich sygnałów jako „substitutów” owej informacji<sup>32</sup>. Takim sygnałem może być unikanie przez lekarza bezpośrednich stygmatów kierowania się swoim osobistym interesem (motywem zysku), co można odebrać jako działanie lekarza przede wszystkim na korzyść pacjenta. Podobnie, większym zaufaniem pacjenta mogą cieszyć się szpitale działające „non-profit”<sup>33</sup>. O tym, że pacjent ulega w tym przypadku pewnej iluzji świadczą jednak badania wskazujące, iż różnice między zachowaniem szpitali „non-profit” i „for profit” są zbyt małe, ażeby to właśnie szpitale działające nie dla zysku miały stanowić bastion interesów pacjenta<sup>34</sup>.

<sup>30</sup> D. Haas-Willson, *Arrow and the Information Market Failure...*, *op. cit.*, s. 1037. Warto zauważyć, że jeżeli poza najbliższymi pacjent nie posiada innych źródeł informacji o jakości usług lekarskich, to wzrost liczby lekarzy, mimo, że zwiększa pole wyboru dla pacjenta, jednocześnie zwiększa niepewność związaną z tym wyborem.

<sup>31</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 322.

<sup>32</sup> Standardowym przykładem takiego sygnału (znaku) stosowanego na rynku nowych samochodów jest gwarancja. H. R. Varian, *Mikroekonomia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 633. Powody, dla których opieka zdrowotna nie wiąże się z żadnymi gwarancjami, można znaleźć w: T. E. Getzen, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s.148–149.

<sup>33</sup> Por. J. K. Arrow, *Lecznictwo...*, *op. cit.*, s. 191–192.

<sup>34</sup> F. A. Sloan, *Arrow's Concept of the Health Care Consumer...*, *op. cit.*, s. 905.

Jeszcze innym wskaźnikiem jakości usług danego lekarza może być dla pacjentów liczba godzin jego pracy (lekarz długo pracuje, ma wielu pacjentów, więc musi być kompetentny). Na podstawie tego sygnału pacjenci wybierają odpowiedniego lekarza. Niestety, jak można się domyślać, po jakimś czasie zarówno kompetentni, jak i niekompetentni lekarze zaczną wydłużać swoje godziny pracy, tak aby wykorzystać sposób myślenia pacjentów (dochodzi tym samym do tzw. wyścigu szczurów). Niejasne jest, czy godziny pracy nadal pozostaną wtedy wskaźnikiem jakości. Wydaje się, że raczej nie, gdyż z przyczyn fizycznych lekarze już zapracowani nie będą w stanie wydłużyć swojego czasu pracy w takiej proporcji, jak zrobią to lekarze mniej zajęci. Dojdzie więc do zachwiania uprzednio panujących relacji w czasie pracy lekarzy kompetentnych i niekompetentnych i w rezultacie dodatnia korelacja między długością pracy lekarza i jakością dostarczanych przez niego usług ulegnie osłabieniu<sup>35</sup>.

Ocena natury produktu w przypadku usług medycznych jest dla konsumenta trudnym zadaniem – istnieje wiele potencjalnych sygnałów mogących świadczyć o dobrej (lub złej) jakości, z których konsument musi się nauczyć korzystać i z całą pewnością można stwierdzić, że jednym konsumentom (pacjentom) udaje się to lepiej niż innym. Na zdolność do przyswojenia i przetworzenia informacji wpływa bez wątpienia poziom wykształcenia i tym po części można wytłumaczyć fakt, że ludzie lepiej wykształceni żyją dłużej<sup>36</sup>. W znacznym stopniu konsumenci nie mają jednak informacji koniecznej do racjonalnego wyboru, a nawet gdyby istniały usługi kształcenia i informacji, opieka zdrowotna jest tematem specjalistycznym, co powoduje, że istnieje granica, do której konsumenci mogliby rozumieć określone zagadnienia, nie stając się lekarzami<sup>37</sup>. Warto też zauważyć, że nie zawsze w ogóle istnieje możliwość oceny jakości usług medycznych, gdyż w wielu przypadkach trudno jest orzec, czy wyzdrowienie nastąpiło wskutek działań medycznych, czy też decydujący wpływ miały tu inne czynniki biologiczne (np. siły obronne organizmu)<sup>38</sup>. Jakość opieki zdrowotnej jest konstruktem wielowymiarowym, z co najmniej dwoma komponentami: jakością techniczną (obejmującą kwestię, jak dobrze wiedzę medyczną zastosowano w zdiagnozowaniu i leczeniu określonego przypadku) oraz jakością interpersonalną (zawierającą w sobie otwarcie na potrzeby pacjenta, przyjazne nastawienie, troskliwość lekarza)<sup>39</sup>. Badania empiryczne wskazują, że satysfakcja pacjenta pozostaje w pozytywnej korelacji z poziomem jakości interpersonalnej, ale jest niezależna od aspektu technicznego jakości. Co więcej, zauważono, że ceny rynkowe są pozytywnie skorelowane z łatwiejszymi do oceny przez pacjenta aspektami jakości (takimi jak jakość interpersonalna), ale nie są skorelowane z trudniejszymi do oceny aspektami jakości technicznej<sup>40</sup>.

---

<sup>35</sup> Por. D. Haas-Willson, *Arrow and the Information Market Failure...*, *op. cit.*, s. 1035–1036.

<sup>36</sup> F. A. Sloan, *Arrow's Concept of the Health Care Consumer...*, *op. cit.*, s. 903.

<sup>37</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 321–322.

<sup>38</sup> F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, *op. cit.*, s. 159.

<sup>39</sup> Por. D. Haas-Willson, *Arrow and the Information Market Failure...*, *op. cit.*, s. 1037.

<sup>40</sup> *Ibidem*, s. 1037.

Niemожność dokonania właściwej oceny „natury produktu” czyni wybór określonego lekarza kluczowym dla sytuacji pacjenta. O ile podwaliną koncepcji efektywności ekonomicznej jest założenie, że każdy sam decyduje, co jest dla niego najlepsze, o tyle w przypadku opieki zdrowotnej sędzią dobrobytu pacjenta staje się w dużej mierze lekarz (agent pacjenta). Pacjent, uznając swoją niekompetencję, rezygnuje z suwerenności, aczkolwiek wiele wskazuje na to, że ta rezygnacja winna mieć określone granice. Wbrew temu, co twierdzą poplecznicy ideologii profesjonalnej, lekarz nie jest najlepszym strażnikiem interesów pacjenta. Wskazuje na to nie tylko problem niskiej jakości, kiedy pacjent nie może jej ocenić, lecz także zjawisko stymulowania popytu przez dostawców (*supplier-induced demand*) oraz zróżnicowanie świadczeniodawców, co do „stylu praktyki”<sup>41</sup>. Podanie w wątpliwość koncepcji „medycznie uzasadnionych działań” wiąże się ze wzrostem znaczenia autonomii pacjenta jako osoby strzegącej na równi z lekarzem swojego dobrobytu. Uzasadnienie dla roli pacjenta w podejmowaniu decyzji można znaleźć w literaturze akcentującej, że asymetria informacji w stosunkach lekarz – pacjent ma dwa oblicza. W jednych kwestiach to lekarz dysponuje przewagą informacyjną, w innych – pacjent. Pacjent może wiedzieć więcej o swojej historii medycznej (włączywszy usługi zdrowotne otrzymane w innym miejscu czy otrzymane tam leki), o swojej skłonności do stosowania się do wskazań lekarza, czy też w swoich indywidualnych preferencjach między konsekwencjami choroby, a skutkami ubocznymi kuracji. Odpowiednio lekarze (tak jak i pacjenci) mogą być zmuszeni do decyzji o metodzie leczenia bez pełnej informacji<sup>42</sup>. Udział pacjenta w podejmowaniu decyzji umożliwia uwzględnienie jego preferencji w decyzjach o podjęciu leczenia (a więc prowadzi do wzrostu efektywności), wymaga to jednak istnienia między lekarzem a pacjentem relacji partnerskiej.

Niektórzy autorzy twierdzą, że w związku z szybkim postępem technologicznym asymetria informacji między pacjentem a lekarzem ulega zmniejszeniu – ludzie wiedzą coraz więcej o swoim zdrowiu, wobec czego pacjent nie musi być w zdecydowanie gorszej pozycji niż lekarz<sup>43</sup>. Temu ostatniemu na przeszkodzie do zdobycia możliwie maksymalnej wiedzy stoją szybkie zmiany w obrębie medycyny, które trudno mu ogarnąć nawet w zakresie swojej wąskiej specjalizacji, i to pomimo wielu lat spędzonych w uczelni medycznej i późniejszej praktyki. W przeciwieństwie do lekarza, pacjent korzystając z dobrodziejstw Internetu może się skupić wyłącznie na zbieraniu informacji o swojej chorobie, wymieniając doświadczenia z osobami o podobnych schorzeniach i uwzględniając opracowania różnych towarzystw<sup>44</sup>. Czy w rezultacie pacjent stanie się dobrze poinformowanym konsumentem – partnerem lekarza, który spośród zaproponowanych mu metod leczenia wybiera tę najbardziej zgodną z jego preferencjami?

<sup>41</sup> W. C. Włodarczyk, *Polityka...*, *op. cit.*, s. 268–274..

<sup>42</sup> Por. D. Haas-Willson, *Arrow and the Information Market Failure...*, *op. cit.*, s. 1041.

<sup>43</sup> J. Robinson, *The End of Asymmetric Information*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001, 26, 5, s. 1051.

<sup>44</sup> Rozważania dotyczące możliwego wpływu Internetu na pozycję pacjenta można znaleźć w: J. Goldsmith, *How Will the Internet Change Our Health System?* „Health Affairs” 2000, 19, 1, s. 148–156.

Niewątpliwie nowe źródła informacji stwarzają pole do przemiany z pacjenta uzależnionego od jednego źródła informacji (lekarza) do pacjenta korzystającego z wielu źródeł informacji o efektywności leczenia. Gdyby nawet dostęp do tych źródeł był powszechny, to i tak nadal będzie istniała granica możliwości przyswojenia przez pacjenta informacji bez pomocy lekarza. Pacjenci są skłonni raczej polegać na lekarzu, który pomoże im lepiej rozumieć czynniki medyczne w kontekście ich poszczególnych przypadków i pomoże nadać tym czynnikom odpowiednią wagę<sup>45</sup>. Podstawowym wyznacznikiem relacji pacjent – lekarz jest nie tyle różnica zakresu informacji, ile przede wszystkim jej poziomu (jakości)<sup>46</sup>. Wiedza profesjonalna, by była przydatna, musi być oparta na całościowych i teoretycznych podstawach. Konieczność operowania wiedzą całościową w nieunikniony sposób różnicuje pozycję lekarza (profesjonalisty) i pacjenta. Wreszcie, wyrwykowa i nieuporządkowana informacja u pacjenta nie tylko nie pozwala na rzeczywiste rozumienie zjawisk, ale też może rodzić nieefektywność większą aniżeli całkowity brak informacji. Sytuacja, w której pacjent „wie lepiej” (i nie daje się wyprowadzić z błędu), może przeszkadzać zarówno we właściwym zdiagnozowaniu przypadku, jak i w późniejszym procesie leczenia. Może stać się to źródłem konfliktu niszczącego relację zaufania między pacjentem a lekarzem, zaś faktu, że zwracają na to uwagę sami lekarze, nie można chyba interpretować wyłącznie w kategoriach skłonności profesjonalistów do dominacji.

Z analitycznego punktu widzenia kwestią odrębną od zagadnień związanych z informacją o jakości jest to, czy konsumenci usług zdrowotnych są dostatecznie poinformowani o cenach (w wyrażeniu formalnym, czy ich ograniczenie budżetowe jest dobrze sprecyzowane). Twierdzi się, że większość konsumentów jest nieświadoma tego, ile „powinien” kosztować określony rodzaj leczenia. Gdyby to był jedyny problem informacyjny, odpowiednią interwencją byłaby tu regulacja albo w postaci publikowanego cennika, albo poprzez kontrolę cen. Należy mieć jednak na uwadze, że sama informacja o cenach nie zapewni efektywności – racjonalny wybór wymaga zarówno informacji o cenach, jak i o naturze (jakości) produktu<sup>47</sup>. Niedoskonałość informacji tego drugiego rodzaju stanowi w opiece zdrowotnej daleko większy i trudniejszy do rozwiązania problem<sup>48</sup>.

Na podstawie prowadzonych rozważań można stwierdzić, że mimo wielości źródeł informacji i sygnałów płynących z rynku, konsumenci nie posiadają dostatecznej informacji do racjonalnego wyboru. W rezultacie czysty mechanizm rynkowy prowadzi do nieefektywnej alokacji zasobów. Wśród badaczy nie ma zgody co do właściwej formy interwencji, która mogłaby tę nieefektywność poprawić. Breyer i Zweifel twierdzą (chyba słusznie), że problemy informacyjne nie uzasadniają żadnej innej formy interwencji aniżeli regulacja<sup>49</sup>. W literaturze można jednak spotkać pogląd, że w przypadku poważnych

<sup>45</sup> D. Haas-Willson, *Arrow and the Information Market Failure...*, *op. cit.*, s. 1042.

<sup>46</sup> W. C. Włodarczyk, *Polityka...*, *op. cit.*, s. 259.

<sup>47</sup> N. Barr, *Ekonomia...*, *op. cit.*, s. 323.

<sup>48</sup> D. Haas-Willson, *Arrow and the Information Market Failure...*, *op. cit.*, s. 1034.

<sup>49</sup> F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, *op. cit.*, s. 159.

problemów informacyjnych lepszym rozwiązaniem mogłoby być poważniejsze zaangażowanie państwa poprzez produkcję państwową i alokację<sup>50</sup>.

Problemy z oceną jakości uzasadniają interwencję państwa mającą na celu utrzymanie pewnych minimalnych standardów w usługach medycznych<sup>51</sup>. Przykładowo, utrzymanie określonego poziomu jakości może zapewnić regulacja, w myśl której tylko osoby z potwierdzonymi kwalifikacjami mogą uzyskać pozwolenie na leczenie<sup>52</sup>. Wskazuje się przy tym, że jednorazowa zgoda na wejście do zawodu lekarskiego stanowi słabszą ochronę jakości aniżeli wymóg odnawiania co pewien (określony) czas zgody<sup>53</sup>. Należy podkreślić, że licencjonowanie może przyjąć formę bardziej lub mniej restrykcyjną<sup>54</sup>. Mniej restrykcyjne dopuszczanie do zawodu odnosi się do tego rodzaju usług zdrowotnych, w zakresie których istnieje niewielka asymetria informacji między klientem a świadczeniodawcą, bądź poziom ryzyka związany z niewłaściwym wykonaniem określonej usługi jest niewielki (usuwanie odcisków ze stóp, dobór okularów). Z kolei w tych dziedzinach, w których asymetria informacji jest duża, a ryzyko wysokie (kardiochirurgia, transplantologia), konieczne jest licencjonowanie restrykcyjne.

Wydaje się, że istnieją granice, do których regulacje dotyczące wyłącznie norm jakości usług świadczonych przez lekarzy zwiększają efektywność. Bardziej skuteczna w tej kwestii może okazać się ta część regulacji, która kształtuje stosunki lekarz – pacjent. Zwiększeniu efektywności sprzyja przyznanie pacjentowi prawa do informacji o stanie zdrowia i uzyskania świadczeń medycznych odpowiadającym wymaganiom wiedzy medycznej. Oczywiście, aby przyznane prawa nie były tylko martwym zapisem, państwo musi stworzyć warunki do ich realizacji. Możliwość wyegzekwowania swoich praw przez pacjenta przed sądem cywilnym, jeżeli został popełniony np. błąd w sztuce lekarskiej, stanowi dla świadczeniodawcy znaczny bodziec do poprawy jakości<sup>55</sup>. Działania, w rezultacie których nastąpi wzmocnienie pozycji pacjenta spowodują niewątpliwie, że jego interes będzie w coraz większym stopniu przez lekarzy uwzględniany, a co za tym idzie decyzje podejmowane przecież nadal w warunkach niepewności, obarczone będą coraz mniejszą dozą nieefektywności.

<sup>50</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, op. cit., s. 322.

<sup>51</sup> Nie wszystkie działania państwa zmierzające do poprawy jakości stanowią interwencję ze względów efektywnościowych. Jakość opieki zdrowotnej stała się jednym z podstawowych celów polityki zdrowotnej i z tego względu państwo silnie angażuje się w działania zmierzające do jej poprawy, nie zawsze jednak biorąc pod uwagę aspekt efektywnościowy. Syntetyczne ujęcie jakości jako celu polityki zdrowotnej można znaleźć w: W. C. Włodarczyk, *Polityka...*, op. cit., s. 309–312.

<sup>52</sup> Istnieje spór, czy licencjonowanie bardziej służy interesom pacjenta, czy samych lekarzy, którzy najgoręcej opowiadają się za tą formą interwencji. Patrz np: J. K. Arrow, *Reflections on the Reflections*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001, 26, 5, s. 1200–1202; F. A. Sloan, *Arrow's Concept of the Health Care Consumer...*, op. cit., s. 905.

<sup>53</sup> F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, op. cit., s. 159.

<sup>54</sup> T. E. Getzen, *Ekonomika...*, op. cit., s. 158–160.

<sup>55</sup> F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, op. cit., s. 159.

### 3.3. Informacja o przyszłości i efektywność rynków ubezpieczeniowych

Założenie dotyczące doskonałej wiedzy o przyszłości nie jest spełnione w opiece zdrowotnej<sup>56</sup>. Pacjenci nie dość, że nie wiedzą, kiedy lub ile będą wymagali opieki zdrowotnej, to gdy już wystąpi taka potrzeba, charakteryzuje ją stan „najwyższej konieczności”<sup>57</sup>. Jak już również stwierdzono, pacjenci nie mają informacji na temat prawdopodobieństw wyników różnorodnych rodzajów leczenia ani na temat względnej efektywności różnych dostawców opieki zdrowotnej, a konsumują usługi zdrowotne (przynajmniej niektóre z nich) rzadko, często w momencie, gdy ich opinia i zdolność zdobycia informacji są niewielkie.

W wielu przypadkach rozwiązaniem rynkowym jest ubezpieczenie. Istotną kwestią jest zatem, czy rynek prywatny może oferować ubezpieczenie zdrowotne w sposób efektywny. Wymaga to spełnienia pięciu warunków technicznych: prawdopodobieństwo wymagania leczenia musi być niezależne dla wszystkich osób i mniejsze od jedności; musi ono być znane lub możliwe do obliczenia; nie może występować poważny problem negatywnej selekcji lub moralnego hazardu<sup>58</sup>.

Przyglądając się pierwszemu z warunków prawdopodobieństwa dla różnych osób tego, że będą wymagały leczenia, są niezależne z wyjątkiem dużych epidemii. Jeżeli chodzi o drugi warunek, prawdopodobieństwo potrzeby leczenia określonego rodzaju w danym okresie nie zawsze jest mniejsze od jedności. Dotyczy to w szczególności chronicznych problemów zdrowotnych (np. cukrzyca) powstałych przed wykupieniem polisy ubezpieczeniowej oraz problemów wrodzonych. Wobec braku ubezpieczenia rozpoczynającego się przed urodzeniem, rynek prywatny zazwyczaj nie jest w stanie ubezpieczyć tych przypadków<sup>59</sup>. Co więcej, postęp w zakresie przeprowadzania testów genowych może spowodować, że ryzyka zdrowotne uwarunkowane genetycznie również nie będą ubezpieczalne<sup>60</sup>.

Prawdopodobieństwa związane z ubezpieczeniem opieki zdrowotnej są zazwyczaj możliwe do obliczenia. Pojawiają się jednak problemy zarówno negatywnej selekcji, jak i moralnego hazardu<sup>61</sup>.

Negatywna selekcja powstaje wówczas, gdy osoba jest w stanie ukryć przed towarzystwem ubezpieczeniowym, że jest złym ryzykiem. Ludzie różnią się zasadniczo pod względem ryzyka zachorowania (przynależą do różnych klas ryzyka), przy czym ubezpieczyciel nie jest zazwyczaj w stanie przypisać danej osoby do odpowiedniej klasy ryzyka i na tej podstawie skalkulować składki. Nie stanowiłoby to żadnego problemu, gdyby również ubezpieczeni nie mieli informacji o ryzyku dotyczącym ich osoby. Wówczas rynek osiągnąłby rów-

<sup>56</sup> Por. m.in. J. K. Arrow *Lecznictwo...*, *op. cit.*, s. 190, 193; N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 323–327.

<sup>57</sup> F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, *op. cit.*, s. 155.

<sup>58</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 323–327.

<sup>59</sup> *Ibidem*.

<sup>60</sup> W. Buchholz, *Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen: Die Pflichtversicherungslösung als Alternative*, „Schmollers Jahrbuch” 2001, nr 1, s. 88.

<sup>61</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 324.

nowagę, w której przy składce oszacowanej na podstawie przeciętnej wielkości ryzyka, byłoby ono rozłożone równomiernie pomiędzy osoby należące do różnych jego klas<sup>62</sup>.

W rzeczywistości ubezpieczeni wiedzą zazwyczaj więcej na temat ryzyka związanego ze swoją osobą aniżeli zakłady ubezpieczeń. Dochodzi do sytuacji, w której najbardziej zainteresowane zakupem polisy są osoby, które przewidują, że najprawdopodobniej będą jej potrzebowały (osoby z grup wysokiego ryzyka). Z kolei osoby zdrowsze będą rezygnowały z zakupu polisy, gdyż stawki oparte na przeciętnym wskaźniku problemów zdrowotnych potencjalnych nabywców będą w odczuciu tych osób zbyt wysokie<sup>63</sup>. W ten sposób ryzyka „lepsze” zostają wyparte z rynku przez ryzyka „gorsze”. W następstwie negatywnej selekcji straty w grupie osób ubezpieczonych są większe aniżeli przewidywane straty oparte na przeciętnych wskaźnikach problemów zdrowotnych, jeżeli więc towarzystwo ubezpieczeniowe chce dalej funkcjonować na rynku, musi podnieść stawki. W ostateczności może się zdarzyć, że do ubezpieczenia zdrowotnego przystąpią jedynie ci, którzy są chorzy i wiedzą, że na pewno skorzystają na świadczeniach ubezpieczeniowych. W sytuacji takiej w ogóle nie można mówić o ubezpieczeniu, ponieważ nie następuje tutaj żadne rozłożenie ryzyka<sup>64</sup>.

Negatywna selekcja powoduje więc, że rynek oferuje nieefektywną wielkość ubezpieczenia albo go w ogóle nie oferuje. W tym przypadku państwo może poprawić efektywność poprzez wprowadzenie obowiązku nabycia ubezpieczenia, które odzwierciedla przeciętne ryzyko w populacji. Ludzie odznaczający się wysokim ryzykiem poprawiają swoją sytuację, ponieważ mogą nabyć ubezpieczenie według stawek niższych od odpowiadających faktycznemu ryzyku, które ich dotyczy, a ludzie o niskim ryzyku mogą nabyć ubezpieczenie, które jest korzystniejsze od tego, jakie mogłoby być oferowane, gdyby nabywali je tylko ludzie o wysokim ryzyku<sup>65</sup>.

Warunek braku moralnego hazardu w najostrzejszej wersji wymaga, by zarówno prawdopodobieństwo, jak i ubezpieczona strata były egzogeniczne dla jednostki<sup>66</sup>. Gdy założenie to nie jest spełnione, klient może wpływać na obciążenie finansowe ubezpieczyciela bez jego wiedzy<sup>67</sup>.

<sup>62</sup> W. Buchholz, *Marktversagen...*, *op. cit.*, s. 86.

<sup>63</sup> G. A. Akerlof, *The Market for „Lemons”...*, *op. cit.*, s. 492–494.

<sup>64</sup> T. E. Getzen, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 92. Towarzystwa ubezpieczeniowe nie potrafią co prawda przypisać konkretnej osoby do odpowiedniej klasy ryzyka, posiadają one jednak informacje na temat grup związanych z wyższym (czy niższym) ryzykiem i na tej podstawie starają się kształtować swój „portfel klientów”. W ten sposób problem z ubezpieczeniem mogą mieć osoby starsze. Por.: W. Buchholz, *Marktversagen...*, *op. cit.*, s. 86–87.

<sup>65</sup> H. R. Varian, *Mikroekonomia...*, *op. cit.*, s. 630.

<sup>66</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 137.

<sup>67</sup> W polskiej literaturze ubezpieczeniowej od hazardu moralnego odróżnia się hazard motywacyjny. Hazard moralny odnosi się do warunków i atrybutów podmiotowych danej osoby (ubezpieczonego), wyrażających się w negatywnych tendencjach jej charakteru czy osobowości. Chodzi głównie o „defekty charakteru” polegające na nieuczciwości, skłonności do oszustwa. Przykładem tego typu hazardu jest skłonność ubezpieczonego do umyślnego spowodowania wypadku ubezpieczeniowego w celu wyłudzenia od ubezpieczyciela odszkodowania. W ubezpieczeniach zdrowotnych ten rodzaj hazardu nie odgrywa raczej większej roli – ludzie zazwyczaj nie kalcęją się rozmyślnie dla nabycia prawa do leczenia. Dużo większe znaczenie ma za to

Jednocześnie, choć ludzie nie popadają rozmyślnie w stan choroby, aby skorzystać z możliwości leczenia, to jednak potencjalny świadczeniobiorca świadomy istnienia ochrony ubezpieczeniowej (wiedzący, że nie będzie obciążany kosztami opieki medycznej, której potrzeba może w przyszłości wystąpić), nie wybiera najbardziej prozdrowotnych form zachowań. Mimo posiadanej wiedzy o możliwości wystąpienia negatywnych następstw podejmowanych zachowań, czuje się on zwolniony od ich unikania, bo sama obawa utraty zdrowia – wszak oddalona w przyszłości – nie jest bodźcem dostatecznie silnym<sup>68</sup>. Ponadto, część decyzji prowadzących do konsumpcji usług medycznych, jak na przykład decyzja o skorzystaniu z porady lekarza rodzinnego oraz ciąży, może być sprawą wyboru<sup>69</sup>. W rezultacie wiele dobrowolnych, prywatnych systemów ubezpieczenia zdrowotnego oferuje tylko ograniczone ubezpieczenie porad u lekarza ogólnego oraz kosztu normalnej ciąży, ponieważ obie sytuacje są w znacznym stopniu kontrolowane przez jednostkę (choć w tej drugiej sytuacji w pełni objęte ubezpieczeniem mogą być koszty komplikacji, ponieważ w przeciwieństwie do pierwotnej ciąży są one egzogeniczne dla matki)<sup>70</sup>.

Varian zwraca uwagę na swoistą wymianę: zbyt małe ubezpieczenie (duża liczba wyłączeń) oznacza, że ludzie ponoszą znaczne ryzyko, natomiast zbyt duże ubezpieczenie oznacza, że ludzie wykazują nieadekwatny stopień dbałości<sup>71</sup>. Autor zauważa jednocześnie, że jeżeli stopień dbałości jest obserwowalny, to problem znika, gdyż towarzystwo ubezpieczeniowe może określić stawki na podstawie wykazywanej dbałości (np. odmienne stawki dla osób palących i niepalących). W tych przypadkach firmy próbują rozróżniać użytkowników na podstawie wyborów, jakich dokonali i jakie wpływają na prawdopodobieństwo wystąpienia szkody. Ubezpieczyciele nie są jednak w stanie obserwować wszystkich istotnych działań osób, które ubezpieczają. Dlatego dochodzi do wspomnianej wymiany: pełne ubezpieczenie oznacza, że stopień dbałości będzie zbyt mały, ponieważ ludzie nie napotykaliby pełnych kosztów swoich działań.

---

hazard motywacyjny (lub inaczej: hazard duchowy), związany z subiektywną reakcją ubezpieczonego wywołaną świadomością istnienia ochrony ubezpieczeniowej, polegającą na obniżeniu jego staranności, niedbałstwie lub obojętności wobec określonych zagrożeń (ryzyk). Por. E. Kowalewski, *Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia*, w: T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 1998, s. 27–28. W niniejszym opracowaniu, tak jak w większości literatury polskiej na ten temat, dla opisywania zjawisk związanych z istnieniem powyższych rodzajów hazardu, stosuje się wspólny termin: „hazard moralny”.

<sup>68</sup> W. C. Włodarczyk, *Ubezpieczenia zdrowotne: twarze moralnego hazardu*, w: R. Holly (red.) *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Informatyczna, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 1999, s. 12.

<sup>69</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 325.

<sup>70</sup> Do innych typowych wyłączeń z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, wynikających po części z hazardu moralnego, należą m.in.: chirurgia plastyczna (poza pewnymi wyjątkami), okulary, urządzenia wspomagające słuch, świadczenia dentystyczne, narkomania, alkoholizm, samookaleczenia. Por.: J. Bogutyn, J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia zdrowotne*, w: J. Monkiewicz (red.) *Podstawy ubezpieczeń*. Tom II – Produkty, Poltext, Warszawa 2001, s. 430.

<sup>71</sup> H. R. Varian, *Mikroekonomia...*, *op. cit.*, s. 631.



Drugi rodzaj moralnego hazardu powstaje wtedy, gdy konsumenci mogą oddziaływać na wielkość straty (koszt leczenia). Gdy towarzystwo ubezpieczeniowe pokrywa wszystkie koszty opieki medycznej, ani pacjent, ani lekarz nie są skrępowani możliwościami finansowymi pacjenta. Krańcowy koszt prywatny opieki zdrowotnej wynosi zero zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta, chociaż koszt społeczny jest większy od zera. Warto zauważyć, że w obliczu asymetrii informacji między pacjentem a lekarzem, ten pierwszy nie ma dużej możliwości sprawowania kontroli nad działaniami lekarza. W rezultacie koszt leczenia może wzrastać zarówno poprzez podejmowanie wobec pacjenta działań związanych z próbą spełnienia wymogu najwyższej staranności, jak i działań, dla których jedynym bodźcem jest dodatkowa korzyść świadczeniodawcy<sup>72</sup>. Efekty tego typu moralnego hazardu (często określane jako problem opłat osób trzecich) są dwojakie: ze względu na rozbieżność pomiędzy kosztami prywatnymi a społecznymi konsumpcja opieki zdrowotnej (i wypłaty z ubezpieczenia) jest większa niż efektywna oraz istnieje nacisk na podnoszenie stawek ubezpieczeniowych<sup>73</sup>.

Hazard moralny wywołuje zatem zasadniczy problem: im większe i lepsze jest oferowane ubezpieczenie, w tym mniejszym stopniu ludzie muszą ponosić pełne konsekwencje swoich działań, a zatem mniej jest bodźców do oszczędzania na konsumpcji. Takie środki, jak koasekuracja, potrącenia i oględziny są w najlepszym razie tylko częściowymi rozwiązaniami. Potrącenia zmuszają pacjenta do pokrycia ustalonego kosztu, ale w żaden sposób nie zwiększają krańcowego kosztu opieki zdrowotnej. Żaden z tych środków sam nie zapobiega nadkonsumpcji. Podobnie, z reguły, metody administracyjne, jak kontrola rachunków lekarskich, nie są wystarczające dla zmniejszenia popytu do efektywnego poziomu<sup>74</sup>.

W literaturze zwraca się również uwagę na problem kosztów transakcyjnych w ubezpieczeniach zdrowotnych. Nawet jeżeli ubezpieczenie jest efektywne po stronie podaży, to przy wysokiej cenie wywołanej wysokimi kosztami transakcji część osób obawiających się ryzyka postanowi nie ubezpieczyć się. Jak podkreśla Barr, nie jest to *per se* nieefektywne, jeżeli wysokie koszty transakcyjne są nieuniknione. Staje się jednak nieefektywne, jeżeli jakiś alternatywny system mógłby ich uniknąć<sup>75</sup>. W przypadku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wysokie koszty mogą być związane ze skomplikowanym procesem selekcji ryzyka, czy też stosowanym systemem rachunkowości. Częściowo koszty transakcyjne można ograniczać poprzez zastąpienie ubezpieczenia indywidualnego ubezpieczeniem zbiorowym (np. całych grup pracowniczych). Za uproszczony proces selekcji ryzyka i automatyczną ochronę udzielaną wszystkim członkom wspólnoty płaci się brakiem możliwości indywidualizacji zakresu ochrony dla poszczególnych ubezpieczonych<sup>76</sup>.

Liczne problemy ze spełnieniem technicznych warunków po stronie podaży powodują, że prywatne ubezpieczenie zdrowotne będzie w znacznej mierze nieefektywne. Z re-

---

<sup>72</sup> Por.: W. C. Włodarczyk, *Ubezpieczenia...*, *op. cit.*, s. 12–13.

<sup>73</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 138.

<sup>74</sup> *Ibidem*, s. 326.

<sup>75</sup> *Ibidem*, s. 326.

<sup>76</sup> J. Bogutyn, J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia...*, *op. cit.*, s. 430.

guły nie będą (lub będą w niedostatecznym stopniu) ubezpieczeni ludzie z chorobami wrodzonymi lub chronicznymi oraz ludzie starzy, a zakres ubezpieczenia w ramach wizyt u lekarzy ogólnych oraz kosztów medycznych związanych z ciążą będzie najprawdopodobniej ograniczony. Te trudności w połączeniu z problemem, który może powstać w sytuacji, gdy koszty transakcji są wysokie, prowadzą w sumie do podkonsumpcji (konsumpcji na niższym od efektywnego poziomie). Opłaty osób trzecich powodują natomiast nadkonsumpcję (konsumpcję na wyższym od efektywnego poziomie).

Jest kilka sposobów ograniczania tych problemów. Minimalna interwencja wiąże się z kilkoma rodzajami regulacji. Wprowadzenie obowiązku ubezpieczenia mogłoby zmniejszyć zjawisko negatywnej selekcji. Z kolei wprowadzenie ubezpieczeń rozpoczynających się przed urodzeniem umożliwiłoby objęcie nimi osób z chorobami wrodzonymi lub chronicznymi, choć możliwość przeprowadzania testów genetycznych przez towarzystwa ubezpieczeniowe mogłaby wykluczyć choroby uwarunkowane genetycznie z zakresu ubezpieczenia.

Według Barra do radykalniejszych rozwiązań należy ubezpieczenie oferowane przez państwo co najmniej dla tych grup, o które rynek prywatny mniej się troszczy. Najbardziej zaś radykalnym rozwiązaniem jest zrezygnowanie z modelu aktuarnego ubezpieczenia, ponieważ „niezbyt dobrze pasuje on do opieki zdrowotnej”, i zastąpienie go albo państwowym finansowaniem całej opieki lekarskiej na zasadach pozaubezpieczeniowych (np. z podatków), albo państwową produkcją usług opieki zdrowotnej<sup>77</sup>. Niewątpliwie, pewne kwestie, jak problem opłat osób trzecich, trudno rozwiązać. Praktyka nie pokazuje, aby rząd miał mniej kłopotów informacyjnych, aniżeli towarzystwa ubezpieczeniowe i mógł obserwować zachowania ubezpieczonych dużo sprawniej.

#### **4. Warunek doskonałej konkurencji**

Drugie podstawowe założenie twierzeń o optymalności dotyczy doskonałej konkurencji na rynkach produktów i czynników. Aby konsumenci mogli dokonywać racjonalnych wyborów, muszą mieć nie tylko niezbędną informację, ale i siłę do realizacji swoich decyzji. Efektywność wymaga zatem równej siły w tym sensie, że nie powinno istnieć ograniczenie zdolności ludzi do korzystania z opieki zdrowotnej, poza różnicami ich w dochodach pieniężnych, tzn. ludzie mogą mieć różne dochody, ale nie powinno być żadnej dyskryminacji<sup>78</sup>.

W kontekście opieki zdrowotnej siły te ściśle się wiążą z poruszonymi już kwestiami informacji, składają się one bowiem w dużym stopniu z: wiedzy na temat zastosowań i korzyści; wiedzy na temat przysługujących danej osobie praw, zdolności i śmiałości ich artykulacji. Jak twierdzi Barr, trudno sobie wyobrazić, aby tak było w przypadku wszystkich konsumentów, chociaż w ostatecznej analizie kwestia ta ma charakter empiryczny<sup>79</sup>.

<sup>77</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 327.

<sup>78</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 322.

<sup>79</sup> *Ibidem*.

Istotnym problemem, który należy również rozważyć, jest to, czy rynki nakładów (takich jak wykwalifikowane kadry) są konkurencyjne. W odniesieniu do lekarzy występują dwie kwestie: czy liczba lekarzy jest ograniczona poniżej jej efektywnego poziomu oraz czy lekarze maksymalizują zyski, czy też mają inne cele.

W odniesieniu do opieki zdrowotnej dawno pojawiło się już stwierdzenie, że związki lekarzy mogą sztucznie ograniczać liczbę lekarzy<sup>80</sup>. Jeśli tak jest naprawdę, rezultatem może być podkonsumpcja<sup>81</sup>. Element siły monopolistycznej wynikającej z barier w dostępie jest starą tezą, jednak w odniesieniu do lekarzy nie twierdzi się, że działają oni jak maksymalizujący zysk monopolista, lecz raczej że dążą do osiągnięcia kilku celów, wśród których zysk może mieć mniejszą wagę aniżeli np. prestiż<sup>82</sup>. Sugeruje się, że reputacja lekarza zależy bardziej od oceny jego kolegów po fachu niż od bezpośredniej oceny konsumenta oraz że aprobatę kolegów łatwiej osiągnąć dzięki rozwijaniu bardziej zaawansowanych technik (np. transplantacji serca). Skłonność do rozwoju tych nowoczesnych i spektakularnych metod leczenia powoduje, że struktura podaży jest zniekształcona na ich korzyść, kosztem oczywiście mniej prestiżowych działań (jak praktyka ogólna czy medycyna zawodowa).

Jakie istnieją rozwiązania w stosunku do tego niekonkurencyjnego zachowania? Potrzebna jest co najmniej regulacja standardów (np. lekarze muszą mieć potwierdzone kwalifikacje). Ponadto właściwa mogłaby być pewna regulacja cen, a prawdopodobnie także monitorowania działań lekarzy (choć, niestety, trzeba przyznać, że możliwość kontroli lekarzy jako profesjonalistów jest ograniczona<sup>83</sup>). Innym potencjalnym rozwiązaniem jest podejście skrajnie liberalne, polegające na usunięciu barier w dostępie do praktyki lekarskiej, a przez to zwiększenie konkurencyjności po stronie podaży i usunięcie w dużym stopniu konieczności interwencji państwa tego rodzaju, jak opisane przed chwilą. Jak podkreśla Barr, tego rodzaju rozwiązanie jest raczej pozorne – zalety konkurencji polegają na maksymalizacji możliwości wyboru przez konsumenta (suwerenności konsumenta) i minimalizacji kosztu. Jednakże bez doskonałej informacji podmioty nie są zdolne do dokonywania racjonalnego wyboru; nie mogą także powiedzieć, czy redukcje w kosztach konkurencyjnych nie są związane ze spadkiem jakości, który jest nie do przyjęcia. Wynika stąd ważny wniosek, który jest równocześnie kontrargumentem wobec rzeczników systemu rynkowego w opiece zdrowotnej, a mianowicie, że korzystne uwarunkowania konkurencji dla efektywności uwarunkowane są doskonałą informacją<sup>84</sup>.

<sup>80</sup> Por. m.in. J. K. Arrow, *Reflections on the Reflections*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001, 26, 5, s. 1200–1202; T. E. Getzen, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 154–155.

<sup>81</sup> Indukowanie popytu przez podaż w pewnym stopniu ten problem rozwiązuje. Jak twierdzi jednak Barr, o ile te dwie formy zachowania monopolistycznego mogą się nawzajem znosić, to nie można powiedzieć, żeby sposób argumentowania że „dwa zła czynią dobro”, był przekonujący. – Por. N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 328.

<sup>82</sup> *Ibidem*, s. 327.

<sup>83</sup> W. C. Włodarczyk, *Polityka...*, *op. cit.*, s. 264.

<sup>84</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 101, 328.

## 5. Istnienie efektów zewnętrznych i problem dóbr publicznych

Efekty zewnętrzne powstają, gdy działanie osoby A nakłada koszty lub wyświadcza korzyści osobie B, za które nie następuje rekompensata od A do B lub zapłata od B do A. lub, w wyrażeniu bardziej sformalizowanym, gdy użyteczność lub funkcje produkcji osób A i B są powiązane ze sobą<sup>85</sup>. Efekty zewnętrzne wywołują rozbieżność między prywatnymi i społecznymi kosztami i korzyściami.

Wypada zaznaczyć, że samo występowanie efektów zewnętrznych nie uzasadnia jeszcze interwencji państwa. Stwierdzenie, jakoby interwencja państwa była pożądana zawsze wtedy, gdy występuje rozbieżność między produktem prywatnym a społecznym zostało zakwestionowane m.in. przez Coase'a. Według niego, mimo działania efektów zewnętrznych w produkcji i konsumpcji, mechanizm rynkowy może jednak prowadzić do jakiegoś optimum Pareto. Jeżeli mianowicie prawa własności do wszystkich wchodzących w grę zasobów są jednoznacznie określone oraz jeżeli wszystkie podmioty ekonomiczne są zdolne do wspólnego negocjowania – „koszty transakcyjne są znikome” – wówczas owe podmioty będą mieć motywację do zawierania dobrowolnych porozumień, w wyniku których dojdzie do usunięcia rozbieżności między prywatnymi i społecznymi korzyściami i kosztami<sup>86</sup>. Jeżeli jednak założenia Coase'a nie są spełnione, to przy istnieniu kosztu zewnętrznego, rynek będzie zazwyczaj prowadził do nadkonsumpcji (w porównaniu z optimum Pareto), z kolei w przypadku pozytywnych efektów zewnętrznych efektem działania mechanizmu rynkowego będzie zbyt niska konsumpcja.

W przypadku usług zdrowotnych efekty zewnętrzne objawiają się przy ich konsumpcji i mają raczej pozytywny charakter. W literaturze rozróżnia się dwa rodzaje takich efektów zewnętrznych: technologiczne efekty zewnętrzne (*physical externalities*) oraz efekty zewnętrzne „troski” (*caring externalities*)<sup>87</sup>.

Technologiczne efekty zewnętrzne powstają przy leczeniu bądź zapobieganiu chorobom zakaźnym przez osobę A, wskutek czego zmniejsza się prawdopodobieństwo zachorowania na tę chorobę osoby B. Jeżeli osoba B jako jedyna czerpałaby korzyści z konsumpcji osoby A, wtedy optimum Pareto można by osiągnąć przez dobrowolną płatność od B do A (np. częściowy zwrot kosztów szczepienia)<sup>88</sup>. W rzeczywistości jednak technologiczne efekty zewnętrzne dotyczą bardzo wielu osób (negocjacje prowadziłby do wysokich kosztów transakcyjnych), dodatkowo zaś sprawę komplikuje ściśle związana z efektami zewnętrznymi kwestia dóbr publicznych.

<sup>85</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 124–125.

<sup>86</sup> M. Blaug, *Teoria...*, *op. cit.*, s. 619–620.

<sup>87</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 328; F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, *op. cit.*, s. 153–155; A. J. Culyer, *The Normative Economics of Health Care Finance and Provision*, w: A. McGuire, P. Fenn, K. Mayhew (red.), *Providing Health Care: the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*. Oxford University Press, Nowy Jork 1994, s. 73–80.

<sup>88</sup> F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, *op. cit.*, s. 153.

Dobra publiczne w ich czystej formie wykazują trzy techniczne właściwości: niekonkurencyjność w konsumpcji, niewykluczalność i nieodmawialność<sup>89</sup>. Klasycznym przykładem dobra publicznego jest obrona narodowa. Niekonkurencyjność oznacza, że krańcowy koszt dodatkowego użytkownika (choć nie dodatkowej jednostki produkcji) wynosi zero. Gdy dobro publiczne jest produkowane, niewykluczalność powoduje, że niemożliwe jest uniemożliwienie ludziom jego używania nawet wówczas, jeżeli ktoś nie „dołożył się” do produkcji danego dobra (wiąże się z tym problem pasażera na gapę „free rider”)<sup>90</sup>. Wreszcie nieodmawialność związana jest z brakiem możliwości odmowy użytkowania dobra przez jednostkę.

Rozważając przypadek korzyści płynących ze szczepień przeciwko chorobom zakaźnym można stwierdzić, że wykazują one cechy dóbr publicznych. Cecha niewykluczalności i związany z nią brak możliwości pobierania opłat od osób czerpiących korzyść z zaszczepienia się konkretnej osoby powoduje, że w wyniku działania konkurencyjnego rynku można się liczyć ze zbyt niskim poziomem szczepień (w porównaniu z optimum Pareto). Wynika to z faktu, że pojedynczy konsument nie ma motywacji do udziału w finansowaniu dobra, gdyż równie dobrze może czerpać korzyści z tego dobra, gdy płacą za nie inni (problem pasażera na gapę). Można więc domniemywać, że finansowanie z podatków ogólnych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym (jak i środków zaradczych przeciwko rozprzestrzenianiu się epidemii) doprowadzi do wzrostu efektywności. Jednak kwestia, na jakim poziomie (gminy, powiatu, województwa, czy może państwa) interwencja będzie najbardziej optymalna, zależy od zasięgu geograficznego określonych korzyści zewnętrznych<sup>91</sup>.

Naturalnie, nie wszyscy są zagrożeni wszystkimi chorobami zakaźnymi w jednakowym stopniu. Breyer i Zweifel zwracają uwagę, że pozytywne efekty zewnętrzne związane z powstrzymaniem rozprzestrzeniającej się epidemii nie występują w sytuacji, gdy jednostka – jak w przypadku AIDS – poprzez indywidualną przeczność skutecznie i korzystnie może się uchronić przed zakażeniem. Jeżeli ktoś, kto sam nie jest zagrożony, poprzez finansowanie z ogólnych podatków zobowiązany jest do ponoszenia kosztów zwalczania epidemii, wtedy interwencja państwa nie prowadzi do poprawy efektywności (w przeciwieństwie do rozwiązania rynkowego)<sup>92</sup>.

---

<sup>89</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, op. cit., s. 102. W literaturze przy rozpatrywaniu problematyki dóbr publicznych wskazuje się najczęściej na dwie cechy: niekonkurencyjność w konsumpcji i niewykluczalność (por. m.in. F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, op. cit., s. 153–155).

<sup>90</sup> Wypada zaznaczyć, że wykluczalność jest raczej sprawą kosztów, niż logiki – jest ona możliwa lub niemożliwa w zależności od tego, czy koszt wyłączenia jest niski, czy wysoki. E. S. Savas, *Prywatyzacja. Klucz do lepszego rządzenia*, PWE, Warszawa 1992, s. 45.

<sup>91</sup> F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, op. cit., s. 153.

<sup>92</sup> *Ibidem*, s. 154. Na marginesie warto zauważyć, że efekt zewnętrzny powodowany przez zakażenie rozpoznawany był na długo, zanim odkryto, że daną chorobę powodują wirusy. Kwarantanna była jedną z pierwszych form działań z zakresu zdrowia publicznego. Jak informuje Getzen, już w 1400 roku p.n.e. statki płynące z portów dotkniętych epidemią zatrzymywano w porcie na miesiące, aby sprawdzić, czy ludzie na pokładzie nie zaczną umierać. Dopiero kiedy minęło wystarczająco dużo czasu i władze przekonały się, iż statek nie przenosi choroby, pozwalano na wyładunek. Podobnie odosobnienie lub permanentna kwarantanna ode-

Efekty zewnętrzne „troski” powstają, jeżeli użyteczność jednostki zależy nie tylko od poziomu jej własnej konsumpcji, ale również (w pozytywnym sensie) od konsumpcji innych osób<sup>93</sup>. Jak podkreślają Breyer i Zweifel, pozytywny efekt zewnętrzny utrzymuje się w tym przypadku tak długo, jak długo konsumpcja współobywatela odczuwana jest jako „nieznośnie” niska. Autorzy przytaczają dobitny przykład, a mianowicie, że większość ludzi odczuwa przykrość, gdy musi się przyglądać, jak inni umierają z powodu braku opieki zdrowotnej, w szczególności, jeżeli nie można ich winić za znalezienie się w tej sytuacji<sup>94</sup>.

Warto zauważyć, że rozpatrywanie kwestii efektów zewnętrznych „troski” przywodzi nieuchronnie na myśl problemy sprawiedliwości. Pogląd, że ten rodzaj efektów zewnętrznych dotyczy raczej podziału niż efektywności, reprezentuje Barr<sup>95</sup>. W literaturze twierdzi się zarazem, że jeżeli kwestie sprawiedliwości znajdują swój wyraz w indywidualnych funkcjach użyteczności, dobrowolna wymiana będzie prowadzić do zwiększenia efektywności. Dopóki więc redystrybucja opieki zdrowotnej pozostaje nieprzymusowa, dopóty cele dotyczące sprawiedliwości i efektywności pozostają spójne<sup>96</sup>.

Breyer i Zweifel akcentują, że naturalne rozwiązanie prywatnych rynków w kwestii efektów zewnętrznych „troski” – pomoc charytatywna – napotyka pewne ograniczenia. Jednostki mogą wstrzymać się od pomocy potrzebującym, mając nadzieję, że zrobi to ktoś inny (pomoc charytatywna wykazuje tu cechy dobra publicznego)<sup>97</sup>. Można się więc spodziewać, że pomoc ta nie będzie dostarczona w odpowiednim (efektywnym ekonomicznie) zakresie. Trudno powiedzieć, czy interwencja państwa (np. transfery rzeczowe) mogłaby poprawić tę sytuację. W praktyce nie jest możliwe jednoznaczne (akceptowane przez wszystkich członków społeczeństwa) określenie, czy osoba znajdująca się w ciężkiej sytuacji, znalazła się w niej nie ze swojej winy. Ponadto trudności sprawiłaby jednomyślna odpowiedź na pytanie, kiedy poziom korzystania z opieki zdrowotnej można uznać za nieznośnie niski. Wydaje się, że niemożność dokonania nieprzymusowej redystrybucji powoduje, że państwo likwidując efekty zewnętrzne „troski” mogłoby być w znacznej mierze nieefektywne. Tak więc można się chyba zgodzić ze stanowiskiem Barra, że kwestia zaangażowania się państwa w organizację pomocy i rozważania, w jakiej formie ta pomoc mogłaby wystąpić (np. transfery pieniężne czy rzeczowe) dotyczą raczej zagadnienia sprawiedliwości aniżeli efektywności.

---

grały prawdopodobnie znaczącą rolę w tym, że trąd przestał niemal istnieć w średniowiecznej Europie. T. E. Getzen, *Ekonomika...*, *op. cit.*, 421–422. Niewątpliwie na temat ówczesnych „sposobów interwencji” państwa wiele mieliby dziś do powiedzenia obrońcy praw człowieka. Niepodważalną zasługą współczesnej medycyny jest to, że pozwala ona likwidować efekty zewnętrzne z dużo większą – aniżeli kiedyś – subtelnością.

<sup>93</sup> Por.: F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, *op. cit.*, s. 154; A. J. Culyer, *The Normative...*, *op. cit.*, s. 73.

<sup>94</sup> F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, *op. cit.*, s. 154.

<sup>95</sup> N. Barr, *Ekonomika...*, *op. cit.*, s. 328.

<sup>96</sup> A. McGuire, P. Fenn, K. Mayhew, *The Economics of Health Care*, w: A. McGuire, P. Fenn, K. Mayhew (red.), *Providing Health Care: the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*, Oxford University Press, Nowy Jork 1994, s. 14.

<sup>97</sup> Por. F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, *op. cit.*, s. 154–155.

## 6. Rosnące efekty skali w opiece zdrowotnej

Ostatnim z rozważanych warunków jest problem określany w literaturze mianem rosnących efektów skali. Produkcja niektórych dóbr prywatnych charakteryzuje się mianowicie tak dużymi kosztami stałymi i tak niskimi kosztami krańcowymi, że przeciętny koszt jednostkowy spada w miarę wzrostu produkcji. Takie dobra (sieci telefoniczne, energetyczne i wodociągowe) uważa się za naturalne monopole. Spadający koszt przeciętny oznacza, że największa firma może zdominować wszystkie inne i konkurencja doprowadzi do sytuacji, gdy na rynku dominuje jedno przedsiębiorstwo. Ponieważ nie ma konkurencji, firma monopolistyczna może podnosić ceny, aby otrzymać dodatkowe zyski, powstrzymując te praktyki jedynie wtedy, kiedy zyski będą na tyle duże, iż będą zachętą dla innych firm do wejścia na rynek<sup>98</sup>.

W literaturze dość zgodnie twierdzi się, że zakres działalności, w odniesieniu do którego opieka zdrowotna wykazuje rosnące efekty skali, jest niewielki, nawet przy dzisiejszej technologii wielkiej skali<sup>99</sup>. Mimo że w przypadku niektórych usług (np. testów laboratoryjnych) mogą przy niskim poziomie działalności wystąpić korzyści związane z produkcją masową, to jednak nie powstają one przy każdym poziomie produkcji, jako że w opiece zdrowotnej – inaczej aniżeli np. w przypadku kolei czy telekomunikacji – sieci nie odgrywają znaczącej roli<sup>100</sup>. Charakter monopolu naturalnego mogą jedynie przybierać usługi medyczne na obszarach słabo zaludnionych.

### Zakończenie

Przeprowadzone rozważania pokazały, że dla rozwiązań rynkowych w opiece zdrowotnej istnieje szereg ograniczeń. Ograniczenia te powodują, że mechanizm rynkowy jest w tej dziedzinie w znacznej mierze nieefektywny. *Gros* problemów z efektywną alokacją wynika z niedoskonałej informacji panującej zarówno na rynku świadczeń zdrowotnych, jak i na rynkach ubezpieczeniowych. Dodatkowe kłopoty sprawia występowanie efektów zewnętrznych konsumpcji i problem dóbr publicznych.

Państwo, chcąc zwiększyć efektywność, może interweniować za pomocą dostępnych sobie metod, jednak to, na ile okażą się one skuteczne, zależy od szeregu czynników. Nie zawsze właściwe jest zastąpienie niewidzialnej ręki rynku dobrze znaną ręką rządu. Należy pamiętać, że koszty interwencji związane z utrzymaniem aparatu państwowego (np. instytucji kontrolnych) mogą być większe, aniżeli potencjalna nieefektywność, którą chce się zlikwidować. Teoria defektów rządu (*government failures*) jest w literaturze omawiana równie szeroko, jak teoria wad rynku (*market failures*). W każdym konkretnym przypadku wybór metody interwencji powinien być wynikiem porównania efektywności rynku z efektywnością państwa.

<sup>98</sup> T. E. Getzen, *Ekonomika...*, op. cit., s. 392–393.

<sup>99</sup> Por. m.in.: N. Barr, *Ekonomika...*, op. cit., s. 329; F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, op. cit., s. 155; T. E. Getzen, *Ekonomika...*, op. cit., s. 392–394.

<sup>100</sup> F. Breyer, P. Zweifel, *Gesundheitsökonomie...*, op. cit., s. 155.

Oczywiście, niniejszy artykuł nie mógł pokazać jednoznacznego rozwiązania w stylu „tyle rynku, a tyle państwa”. To z resztą nie stanowiło zamierzenia autora, który chciał raczej zwrócić uwagę na pewne ograniczenia dla alokacji rynkowej, aniżeli wdawać się w spory ideologiczne. W końcu efektywność pozostaje tylko jednym z celów realizowanym przez politykę publiczną i stawiana jest na równi z innymi celami, np. dotyczącymi sprawiedliwości społecznej. Dopiero próba łącznego rozpatrywania problemu realizacji wiązki celów polityki w danych warunkach mogłaby pozwolić na określenie zakresu i form działań państwa. Jednak dla dyskusji o kształcie systemu opieki zdrowotnej świadomość ograniczeń dla mechanizmu rynkowego w tym obszarze, rzadko spotykana nawet w środowisku ekonomistów, wydaje się być dobrym punktem wyjścia.

### *Special features of the health care system and theirs consequences for allocation*

There are many limiting conditions of the market solutions in the field of the Health Care. These limitations cause the ineffectivity of market mechanisms in the sphere of the Health Care. The majority of the problems concerning effective allocation is implicated by imperfect information, existing both on the market of health services and on the insurance markets. The additional obstacles are caused by the externality effect of consumption and public goods dilemma. The article presents views on the limitations of market allocation.