

Zawodność mechanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej

Iga Rudawska

Rosnące koszty opieki zdrowotnej, jak i potrzeby zdrowotne starzejących się społeczeństw skłaniają ekonomistów i polityków do poszukiwań sposobów racjonalizacji funkcjonowania sfery ochrony zdrowia. W coraz powszechniejszej retoryce prorynkowej należy mieć na uwadze zawodność mechanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej przejawiającą się w niespełnieniu założeń standardowych. Niniejszy artykuł omawia podstawowe elementy niesprawności rynku w opiece zdrowotnej, tj.: niedoskonałość informacji o produkcie, cenach i o przyszłości, niedoskonałość konkurencji i efekty zewnętrzne. W swych rozważaniach autorka odwołuje się do ekonomii dobrobytu.

Konkluzją tekstu jest stwierdzenie, że dominująca pozycja profesji i silna potrzeba bezpieczeństwa artykułowana szczególnie przez słabsze grupy społeczne przemawiają za koniecznością monitorowania sfery usług zdrowotnych pod kątem ich dostępności i jakości, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – za podjęciem interwencji.

1. Wprowadzenie

Dążeniem ekonomistów jest alokacja zasobów w obliczu luki między ogólną sumą usług niezbędnych do zaspokojenia potrzeb ludzkich a możliwościami ich wytworzenia. Jedyne zmienne w tym układzie są rozmiar braków (limit zasobów) oraz stopień trudności procesu decyzyjnego. Ów proces jawi się jako szczególnie skomplikowany, gdy mamy do czynienia z dystrybucją dóbr, co do których ludzie są w określony sposób uprawnieni. Powszechne pozytywne wartościowanie zdrowia sprawia, że większość europejskich krajów uznaje ochronę zdrowia za prawo obywatelskie, a zapewnienie członkom społeczeństwa stanu zdrowotnego bezpieczeństwa wpisane jest do kanonu konstytucyjnych obowiązków. Wśród państw konstytucyjnie gwarantujących omawiane prawo znalazły się m.in. Irlandia, Holandia, Hiszpania, Portugalia, Włochy, Polska. W innych krajach (Finlandia, Grecja, Maroko, Niemcy, Norwegia, Szwecja) bezpieczeństwo zdrowotne deklarowane jest w odpowiednich ustawach ochrony zdrowia. Trend ten jest konsekwencją przyjęcia przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 1948 roku Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela. W artykule nr 25 tego

dokumentu prawo do zdrowia i opieki medycznej wymienione zostało jako ważny element bezpieczeństwa socjalnego (Leowski 2000: 256).

Z drugiej strony, rosnące zarówno koszty opieki zdrowotnej, jak i potrzeby zdrowotne starzejących się społeczeństw skłaniają ekonomistów i polityków społecznych do poszukiwań sposobów racjonalizacji sfery ochrony zdrowia. Celem tych dążeń jest zwiększanie efektywności funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej, lepsze dostosowanie usług do potrzeb społecznych oraz poprawa zasad gospodarowania ograniczonymi zasobami tego sektora. Chodzi o wyzwolenie w gospodarce publicznej mechanizmów rynkowych, a zatem o połączenie publicznego charakteru systemu opieki zdrowotnej z elementami rynku i konkurencji. Niniejszy artykuł krytycznie odnosi się do wykorzystania mechanizmu rynkowego jako efektywnego sposobu alokacji rzadkich zasobów ochrony zdrowia.

2. Mechanizm rynkowy w opiece zdrowotnej

W opiece zdrowotnej pytanie o pożądany mechanizm alokacji, podziału i konsumpcji usług zdrowotnych jest prawdopodobnie najczęściej zadawane – zarówno na gruncie koncepcji teoretycznych, jak i opcji praktycznych – przez reprezentantów ekonomiki zdrowia oraz polityki społecznej. Ekonomisci dyskutują problem aplikacji mechanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej pod kątem zapewnienia dostatecznego poziomu efektywności. Przedstawiciele polityki zdrowotnej natomiast angażują w swe rozważania szersze tło społeczne, a w szczególności kwestię sprawiedliwości w dostępie i korzystaniu z usług zdrowotnych. W obu naukowych obszarach znaleźć można radykalnych zwolenników niezawodności mechanizmu rynkowego, jak i jego zagorzałych przeciwników. Przedstawicielem pierwszych jest D.S. Leeds (Leeds 1961), a drugich J.K. Galbraith (Galbraith 1979).

Wiele prezentowanych w literaturze poglądów na temat możliwości i zakresu zastosowania mechanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej miało podbudowę ideologiczną. Przy takim nastawieniu interpretacyjnym zarówno paradygmaty poznawcze, jaki i kanon wartości używany do opisu zjawisk zachodzących w opiece zdrowotnej były silnie uzależnione od nurtu politycznego, którego przedstawicielem był badacz. W rezultacie proponowane koncepcje miały charakter często wysoce skrajny, optujący za jedynie słusznym, „idealnym” modelem. Stąd tzw. model rynkowy jest odzwierciedleniem stanowisk libertariańskich i liberalnych (dopuszczających jednak ingerencję w prawa rynku), a w położonym na przeciwległym biegunie – modelu nacjonalizowanym (kolektywistycznym) odnaleźć można różne wątki egalitarne. Dwubiegunowa typologia poglądów na funkcjonowanie opieki zdrowotnej, której zwolennikami byli tacy badacze jak A. Williams, A. Maynard czy V.R. Fuchs, jest pewnym uproszczeniem, próbą syntezy. Nie można tym samym wykluczyć istnienia stanowisk pośrednich, takich jak teoria umowy społecznej J. Rawlsa.

Abstrahując od ideologicznej podbudowy poglądów na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej, a skupiając się na względach prakseologicznych, rozważmy przydatność rynku w alokowaniu zasobów wykorzystywanych w tym sektorze. Za D. Begg przyjmujemy, że rynek oznacza proces, w którym decyzje dotyczące konsumpcji alternatywnych dóbr, jak i ich produkcji koordynowane są za pomocą cen (Begg et. al. 1999: 41). Poniższe rozważania wpisują się w nurt ekonomicznej teorii dobrobytu, nie uwzględniają zatem łącznego rozpatrywania problemów efektywności i sprawiedliwości, choć niewątpliwie samo pojęcie efektywności jest obciążone jakąś koncepcją wartości (Blaug 1994: 612). Dodatkowym założeniem jest to, że zagadnienia związane z osiąganiem efektywności rozpatrywane są tu w ujęciu statycznym, a więc bez uwzględniania efektywności dynamicznej.

3. Niedoskonałość informacji

Co najmniej od czasów słynnego artykułu K. Arrowa (Arrow 1963: 941–973) wiadomo, że charakter relacji między stroną reprezentującą popyt (pacjenci) a stroną reprezentującą podaż (świadczeniodawcy usług) odbiega od modelu rynkowego, w którym warunki istnienia doskonałej informacji, doskonałej konkurencji oraz braku wad rynku nie są spełnione (Barr 1993: 96). Pierwsze założenie wymaga posiadania przez osobę podejmującą wybory wiadomości trzech typów: o rodzaju, parametrach i jakości produktu, o cenach oraz o przyszłości. Dopełnieniem tego postulatu jest przyjęcie aksjomatu o racjonalnym zachowaniu się konsumenta. Tymczasem natura produktu, jakim jest usługa zdrowotna, wymaga z reguły dużej wiedzy i kompetencji. W omawianej sferze są one domeną profesjonalistów. Większość pacjentów nie dysponuje dostatecznymi informacjami o stanie swojego zdrowia, nie może więc w pełni racjonalnie ocenić swoich potrzeb. Wielu ludzi jest nawet nieświadomych swej choroby, zwłaszcza gdy początkowo nie daje ona żadnych objawów. Niepewność, prócz samej potrzeby zdrowotnej, dotyczy również wymaganych form terapii, ich dostępności oraz – najczęściej probabilistycznego – ich rezultatu. Może być ona częściowo efektem strachu czy zabobonu, a brak podejmowania działań w sferze własnego zdrowia – świadectwem podporządkowania się regułom danej religii czy tradycji. Ponadto, pacjent nie dysponuje zazwyczaj ani wystarczającą ilością czasu ani też siłami witalnymi, by dokonać adekwatnych wyborów (Sloan 2001: 899). W momencie zaistnienia potrzeby zdrowotnej sytuacja pacjenta jest zgoła odmienna od tych, w których jako klient ocenia on alternatywnych oferentów. Biorąc pod uwagę przedmiotowe zróżnicowanie opieki zdrowotnej prezentowane w dostępnych opracowaniach (Sobiech 1990: 15) należy stwierdzić, że powyższe charakterystyki odnoszą się przede wszystkim do profilaktyki drugiej i trzeciej fazy, a więc do tych sytuacji zdrowotnych pacjenta, które wymagają interwencji leczniczej lub rehabilitacyjnej ze względu na rozpoczęty już proces chorobowy lub jego konsekwencje. Im

bardziej złożony jest problem medyczny, tym większe istnieje prawdopodobieństwo luki informacyjnej między stronami procesu usługowego.

Racjonalność wyborów klientów w sektorze usług związanych ze zdrowiem zakłócona zostaje jednocześnie przez niedoskonałość informacji o cenach. Większość klienteli nie jest poinformowana, ile „powinien” kosztować określony rodzaj leczenia. Ze względu na niepowtarzalność sporej części usług zdrowotnych dla pojedynczej osoby informacja o cenach ma małą wartość poznawczą w przyszłości. Publikacja cennika, czy też kontrole cen, przy jednoczesnym braku dostatecznych wiadomości o dostępnych, alternatywnych formach terapii staje się rozwiązaniem nieefektywnym. Racjonalny wybór wymaga bowiem jednoczesnej wiedzy zarówno o cenach, jak i o naturze produktu.

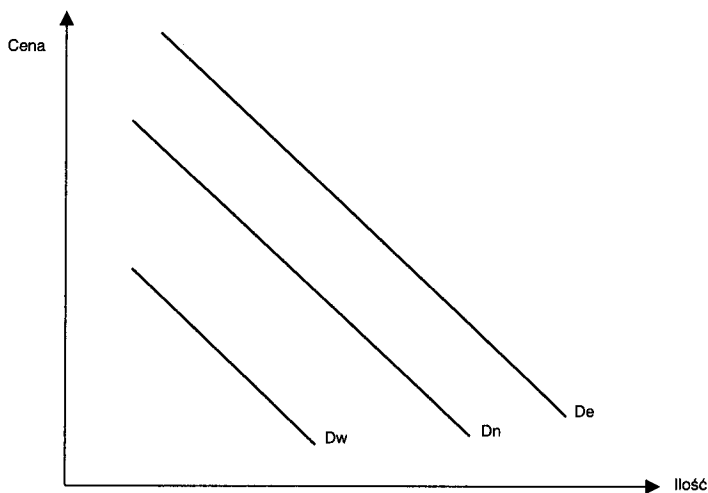
W przeciwieństwie do wielu innych sfer życia klient w opiece zdrowotnej nie dysponuje również informacją o przyszłości. W swych wyborach (co do typu usługi, jej jakości) pacjent ma nikłą szansę wykorzystania swojego doświadczenia. Wiele epizodów zdrowotnych ma bowiem naturę niepowtarzalną bądź incydentalną. Niepewność ta może prowadzić do niezdolności płatniczej jednostki w chwili zaistnienia potrzeby zdrowotnej. Sytuacja ta nie jest w powszechnie akceptowana. Dyskryminowanie biednych narusza bowiem społecznie ugruntowaną zasadę sprawiedliwości społecznej, która jest zarówno moralnym imperatywem, jak i aspektem przeczności narodów. Wyrasza z tego dawany jest w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia. Rodzi to konieczność właściwego kształtowania źródeł i metod finansowania usług medycznych. Niepewność co do wystąpienia określonych potrzeb zdrowotnych ma również znaczenie dla usługodawców, dla których przewidywanie stanu popytu (z wyjątkiem działań profilaktycznych jak na przykład szczepienia ochronne) jest utrudnione.

4. Asymetria informacji

Konsekwencją relatywnie wysokiej niekompetencji klienta w sprawach własnego zdrowia jest konieczność polegania na opinii usługodawcy, co w znaczny sposób ogranicza suwerenność podejmowania decyzji o nabyciu danej usługi, jej rodzaju i strukturze. W rezultacie asymetrii informacyjnej klient nie pojawia się na rynku z jasno sformułowanymi preferencjami co do technicznej strony usługi, lecz ceduje podjęcie decyzji o jej charakterystykach na świadczeniodawcę. Sytuację daleko posuniętego podporządkowania pacjenta lekarzowi ekonomiści określają mianem relacji „ustanowionego pełnomocnictwa” czy też relacji agencji (*agency relationship*), a socjologowie – relacji paternalistycznej (Włodarczyk 1996: 262). Twierdzenie o monopolu strony podaźowej na informację o niezbędnych atrybutach produktu należy zdyskontować kosztami pozyskiwania tych informacji przez stronę popytową. Chodzi tu również o koszty alternatywne, dotyczące zarówno czasu pozyskiwania informacji, jak i utraconych korzyści związanych

z rozwiązaniem problemu zdrowotnego. W przypadku gdy są one bardzo wysokie – a za takie należy uznać obciążenia związane ze zdobyciem wiedzy medycznej, często bardzo specjalistycznej, i nabyciem szczególnych umiejętności – racjonalnym rozwiązaniem jest zawierzenie „agentowi”. To on w dużej mierze staje się sędzią dobrobytu pacjenta, co podważa założenie koncepcji alokacji zasobów optymalnej w sensie Pareta o tym, że każdy sam zdolny jest do oceny, co jest dla niego najlepsze (Blaug, 1994, s. 596).

Agent pacjenta – lekarz może wpływać na ilość konsumowanych przez niego usług zdrowotnych, powodując przesunięcie krzywej popytu D_w (popyt przejawiany przez pacjenta przy braku informacji) do pozycji D_n (popyt na usługi niezbędne z punktu widzenia profesjonalisty), a nawet poza ten poziom (D_e) – rys. 1.



Rys. 1. Wpływ relacji agencyjnej na popyt na usługi zdrowotne. Źródło: Witter, Enson (red.), *An introduction to health economics for Eastern Europe and the former Soviet Union*, J. Wiley&Sons, Chichester, 1997 r., s. 32.

Biorąc pod uwagę asymetryczną pod względem zakresu i natury (jakości) informacji relację między leczonym a leczącym, zjawisko indukowania popytu na własne usługi przez ich dostawców (*derived demand*) (Richardson 2001: 337) jest do pewnego stopnia pożądane. Sytuacja ta stwarza jednak ryzyko moralnych nadużyć (*moral hazard*) ze strony usługodawcy. Szczególnie lekarze pierwszego kontaktu są w stanie oddziaływać na wielkość i strukturę rodzajową całości popytu, jak również na jego strukturę przestrzenną i czasową (Indulski et. al. 1994: 45). Opisane zjawisko może ulec nasileniu, gdy system wynagradzania lekarza stwarza ekonomiczne bodźce do takiego postępowania. W konsekwencji tego koszt leczenia może wzrosnąć, a – przy

założeniu braku stosowania protokołów i wytycznych medycyny opartej na dowodach naukowych – rozróżnienie tych działań lekarza, które motywowane są chęcią spełnienia wymogu najwyższej staranności, od tych czynności medycznych, dla których jedynym bodźcem jest fakultatywna korzyść usługodawcy, jest praktycznie niemożliwe.

Dodatковым wzmocnieniem zjawiska moralnego hazardu ze strony usługodawców są zaawansowane techniki medyczne. Z jednej strony zwiększają one skuteczność leczenia, z drugiej kształtują zapotrzebowanie na coraz to nowe usługi, nawet przy nieskomplikowanych jednostkach chorobowych. Wykorzystanie nowoczesnych metod leczenia zwiększa zaś jego koszty, które w przypadku braku ubezpieczeń przerzucane są na pacjenta. W rezultacie dojść może do nieracjonalnego ograniczenia konsumpcji usług. Z kolei zastosowanie ubezpieczeń przymusowych (składki antycypowanej) sprawia, że pacjent w momencie korzystania z usługi ma wrażenie jej bezpłatności. Brak bodźców natury ekonomicznej może prowadzić więc do nadkonsumpcji usług. W przypadku wprowadzenia składki aktuarialnej (ubezpieczenia prywatnego) może natomiast dojść do selekcji i dyskryminacji osób o zwiększonym ryzyku chorobowym (ludzie przewlekle chorzy, w podeszłym wieku), a poprzez to do ograniczenia konsumpcji nawet najbardziej podstawowych świadczeń. We wszystkich przypadkach mechanizm cenowy nie spełnia požądanej funkcji bodźcowej, racjonalizującej zachowania klientów.

5. Mechanizm konkurencji

Drugie z twierdzeń ekonomii dobrobytu dotyczy charakteru konkurencji czynników i produktów. Przy odniesieniu do opieki zdrowotnej chodzi tu zarówno o rywalizację wśród kadry medycznej (rynek pracy), jak i na rynku samych usług. Ostre kryteria rekrutacji na akademie medyczne, konieczność uzyskania zezwolenia na wykonywanie zawodu, ograniczenia natury prawnej i etycznej to bariery dostępu, które znacząco ograniczają konkurencję po stronie podaży. Analizy mechanizmu konkurencji wśród kadry ochrony zdrowia skupiające się na zachowaniach lekarzy wskazują, że zainteresowanie absolwentów akademii medycznych kieruje się ku technologicznie zaawansowanym specjalnościom kosztem mniej prestiżowych dziedzin. W konsekwencji struktura podaży nie koresponduje często z zapotrzebowaniem zgłaszanym przez potencjalnych pacjentów, przyczynia się natomiast do eskalacji kosztów opieki (Suchecka 1998: 15).

W przypadku samego produktu (usługi zdrowotnej) obszarem konkurencji są przede wszystkim jakość i cena, a ich aplikacja jako narzędzi konkurencji uwarunkowana jest rzetelną informacją (argument przedstawiony powyżej) oraz strukturą organizacyjną systemu opieki zdrowotnej. Ze względu na asymetrię informacji przyjmuje się często, że przekonanie o zdolnościach lekarza staje się dla pacjenta surogatem bezpośrednich obserwacji pozwalających ocenić jakość usługi (Arrow 1979: 210). Twierdzenie

to jest prawdziwe tylko w odniesieniu do jakości technicznej. Jakość funkcjonalna powinna natomiast podlegać ocenie pacjenta. Rolę swoistego „przewodnika” spełniać mogą również zewnętrzne i wewnętrzne systemy zapewniania jakości dokumentujące osiągnięcie jej pożądanego poziomu certyfikatem lub innym znakiem jakości.

Konkurencyjna rola cen w opiece zdrowotnej uzależniona jest od systemu, który go organizuje. W sytuacji dużego stopnia jego upublicznienia (przykładem Polski) podmioty świadczące usługi działają jako organizacje typu non-profit. Nie pojawia się wtedy motyw maksymalizacji zysku, a cena nie pełni funkcji przetargowej w odniesieniu do finalnych beneficjentów usług. Dla pacjentów nie stanowi ona bodźca ani bariery do skorzystania z oferty. W przypadku prywatnej opieki zdrowotnej i systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych cena staje się stymulatorem konkurencji. Dla klientów oznacza to, że kryterium dostępu do usług staje się ich zdolność i chęć zapłacenia proponowanej ceny.

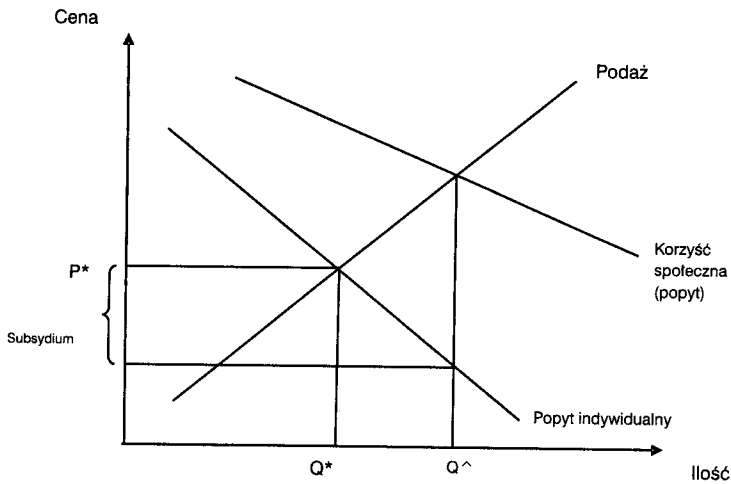
Ciekawe spojrzenie na zjawisko konkurencji w sferze usług związanych ze zdrowiem prezentuje Ch. Jr. Wolfe (Wolfe 1994: 403). Na uwagę zasługują dwa jego spostrzeżenia. Po pierwsze Ch. Jr. Wolfe wskazuje, że etyka konkurencji nie harmonizuje z etyką profesjonalistów medycznych wykonujących zawód opiekuńczy. Dysharmonia tego typu występuje w sytuacji, w której dostawca usług dąży do realizacji partykularnych celów (na przykład maksymalizacji zysku) kosztem dobra pacjenta, a zjawisko asymetrii informacyjnej wykorzystuje w celu budowy przewagi konkurencyjnej. W tym znaczeniu funkcja lekarz – przedsiębiorca stoi w sprzeczności z deontologią lekarską (kodeksem etyki lekarskiej).

Po drugie, jak sugeruje Ch. Wolfe, sfera usług medycznych nie jest szczególnie wrażliwa na ceny, prawdopodobnie na skutek problemów informacyjnych oraz zagrożenia śmiercią pacjenta nawet na skutek małego błędu lekarza. Należy się zatem zgodzić z hipotezą, że w podstawowym, standardowym wymiarze usług wykorzystanie cen do zmiany zachowania klientów nie jest dobrym rozwiązaniem. Nawet wtedy, kiedy ludzie będą mogli posługiwać się cenami i będą dysponować siłą nabywczą, z dużym prawdopodobieństwem będą chcieli uniknąć wpływu cen na swoje decyzje dotyczące usług zdrowotnych.

6. Efekty zewnętrzne

Ostatnie założenie standardowe – o braku wad rynku – w opiece zdrowotnej naruszone zostaje poprzez przybieranie przez niektóre usługi zdrowotne postaci dóbr publicznych, z czym związane są efekty zewnętrzne. Jednoczesne spełnienie dwóch warunków „czystych” dóbr publicznych („nie-wyłączność konsumpcji” i „brak rywalizacji o konsumpcję”) przez usługi opieki zdrowotnej jest często niemożliwe. Z tego względu nazywa się je niekiedy „dobrem quasi-publicznym” (Blaug 1994: 601).

Nieintencjonalne korzyści będące udziałem osób trzecich wynikają nie tylko z faktu posiadania zdrowia przez daną jednostkę, ale i z konsumpcji usług ze zdrowiem związanych. Sztandarowym tego przykładem są szczepienia ochronne przeciw chorobom zakaźnym. Z dużym prawdopodobieństwem nie tylko ta osoba, która poddała się szczepieniu, uniknie choroby, ale i ci, którzy z nią się stykają – ograniczą bowiem ryzyko zarażenia się. Konsumpcja usług zdrowotnych ma więc postać indywidualną, ale jej wyniki mogą oddziaływać na innych. Zakładając, że korzyści z faktu poddania się szczepieniom stają się udziałem zarówno społeczeństwa jako całości, jak i konkretnej jednostki, liczba zaszczepień w przypadku indywidualnych decyzji o zakupie szczepionki może być niższa od optymalnej. Rozwiązanie tej sytuacji poprzez interwencję państwa (subsydiowanie) przyczyni się do wzrostu ilości szczepień z poziomu optimum prywatnego (Q^*) do poziomu optimum społecznego (Q^\wedge). W konsekwencji może to doprowadzić do zaistnienia rozbieżności między indywidualnymi i społecznymi korzyściami i kosztami (Rice 1997: 390) – rys. 2.



Rys. 2. Społeczne i indywidualne korzyści w przypadku pozytywnego efektu zewnętrznego. Źródło: Witter, Enson (ed.), *An introduction to health economics for Eastern Europe and the former Soviet Union*, J. Wiley&Sons, Chichester, 1997 r., s. 30.

W odniesieniu do większości usług zdrowotnych spełnienie obu kryteriów "czystych" dóbr publicznych nie jest możliwe. Alternatywną formułę dla dóbr tego typu stosuje m.in. E. Savas, używając pojęcia dóbr zespołowych, decyzje o rozdziale których między użytkowników podejmowane są w ramach procesu politycznego (Savas 1992: 58). Jednak i przy tej interpretacji możliwa jest do pewnego stopnia – jak pokazuje przykład szczepień – indywi-

dualna ich konsumpcja, a więc i alokacja za pomocą mechanizmu rynkowego. Podobnie inne usługi zdrowotne, które rozpatrywane wyłącznie w kategoriach racjonalnych uznać by można za dobra prywatne, w perspektywie społecznej znacznie upodobniły się do dóbr publicznych. Tak więc jednoznaczne kwalifikacja wszystkich typów usług zdrowotnych do jednej z wyżej wymienionych kategorii jest niemożliwa.

7. Relacja pacjent-usługodawca współcześnie

Od czasów publikacji artykułu K. Arrowa relacja popytowo-podażowa w opiece zdrowotnej niewątpliwie uległa pewnym modyfikacjom. Po pierwsze, na skutek rosnącego wykształcenia członków społeczeństwa, jak i wzrostu dostępności do wielu różnorodnych źródeł informacji, w tym do Internetu, świadomość i wiedza pacjentów na temat alternatywnych form leczenia i ich rezultatów jest nieporównywalnie większa. Odnosi się to także do opieki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, wobec których inicjatorem staje się właśnie pacjent (najczęściej osoba w pełni zdrowa), a nie instytucja ochrony zdrowia. Złagodzenie strukturalnie podyktowanej asymetrii informacji dotyczy również zagadnienia „gdzie się leczyć?”, co *de facto* owocuje poprawą pozycji pacjenta wobec usługodawcy.

Po drugie, instytucjonalny kontekst opieki zdrowotnej ulega ewolucjom na skutek permanentnych zmian systemowych. Odnosi się to również do wiedzy na temat efektywności różnych form leczenia, co w pewien sposób ogranicza stopień niepewności towarzyszący podejmowaniu decyzji przez usługodawcę. Mimo tych zmian nie wydaje się możliwe całkowite pokonanie niedoskonałości działania mechanizmu rynkowego w sferze opieki zdrowotnej. W żadnym zresztą demokratycznym kraju nie wysuwa się postulatów całkowitego podporządkowania opieki zdrowotnej „niewidzialnej ręce rynku”. Jest to przede wszystkim podyktowane tym, że w opiece zdrowotnej nie powinno akceptować się sytuacji, w której świadczeniodawcy są silnie zainteresowani wysokimi cenami swych usług i szerokim zakresem ich świadczenia, a świadczeniobiorcy równocześnie nie mają ani motywów od ograniczenia ich konsumpcji, ani też zdolności oceny, czy owe usługi są im faktycznie potrzebne (por. Bugaj 2003: 3). Racjonalne wybory wymagają zarówno informacji o przyszłości, cenach, jak i o naturze produktu. Wybiórcza wiedza na temat jednego z powyższych elementów nie zapewnia efektywności.

8. Podsumowanie

Specyfika sektora zdrowotnego *per se*, opisywana w szczególności przez asymetrię informacji, niepewność co do wystąpienia choroby oraz efekty zewnętrzne, sprawia, że bezkrytyczna transkrypcja mechanizmów i zasad rynku doskonale konkurencyjnego w tę sferę rzeczywistości nie byłaby ani ekonomicznie, ani społecznie uzasadniona. Założenia standardowe nie są

tu bowiem w pełni spełnione, co przesądza o niemożności gwarantowania przez mechanizm rynkowy efektywnych warunków równowagi ogólnej.

Automatyczne przenoszenie na grunt opieki zdrowotnej zasad „niewidzialnej ręki” rynku przyczynić się może do rozwoju problemów społecznych, jak pogłębianie różnic w dostępie obywateli do usług ze względu na status ekonomiczny. Z tego powodu zwrot ku mechanizmom rynkowym w opiece zdrowotnej nakłada jednocześnie na siły publiczne (państwo) wymóg umiejętnej interwencji przez całkowite lub częściowe finansowanie opieki zdrowotnej, transfery pieniężne, wymuszoną redystrybucję, a także regulację jakości i ilości usług zdrowotnych.

Informacje o autorce

Dr hab. Iga Rudawska – Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Katedra Marketingu, Uniwersytet Szczeciński. E-mail: igita@wneiz.pl.

Bibliografia

- Arrow, K. J. 1979. *Eseje z teorii ryzyka*, Warszawa: PWN.
- Arrow, K. J. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, vol. 53, nr 5.
- Barr, N. 1993. *Ekonomika polityki społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
- Begg, D., Fisher, S. i R. Dornbusch. 1999. *Mikroekonomia*, Warszawa: PWE.
- Blaug, M. 1994. *Teoria ekonomii. Ujęcie retrospektywne*, Warszawa: PWN.
- Bugaj, R. 2003. Ochrona zdrowia – niepowodzenie reformy. *Polityka Społeczna*, nr 9, s. 3.
- Galbraith, J. K. 1979. *Ekonomika a cele społeczne*, Warszawa: PWE.
- Indulski, J. A., Matulewicz, M. i M. Bryła. 1994. *Ekonomika zdrowia a problemy efektywności ochrony zdrowia*, Łódź: Wydawnictwo Instytut Medycyny Pracy.
- Leeds, D. S. 1961. *Health through choice*, London: Institute of Economic Affairs.
- Leowski, J. 2000. Polityka zdrowotna – finansowanie opieki zdrowotnej w świecie, jego źródła, efekty i zagrożenia. *Zdrowie Publiczne*, tom CX, nr 4.
- Rice, T. 1997. Can markets give us the health system we want? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 22, nr 2.
- Richardson, J. 2001. Supply and demand for medical care: or, is the health care market perverse? *The Australian Economic Review*, vol. 34, nr 3.
- Savas, E. S. 1992. *Prywatyzacja. Klucz do lepszego rządzenia*, Warszawa: PWE.
- Sloan, F. A. 2001. Arrow's concept of the health care consumer: a forty-year retrospective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26, nr 5.
- Sobiech, J. 1990. Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną. *Zeszyty Naukowe, Seria II, Zeszyt 109*, Poznań: Akademia Ekonomiczna w Poznaniu.
- Suchecka, J. 1998. *Ekonometria ochrony zdrowia*, Łódź: Wydawnictwo Absolwent.
- Witter, S. i T. Enson (red.) 1997. *An introduction to health economics for Eastern Europe and the former Soviet Union*, Chichester: J. Wiley&Sons.
- Włodarczyk, W. C. 1996. *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa: Vesalius.
- Wolfe, Ch. Jr. 1994. *Markets or governments: choosing between imperfect alternatives*, Cambridge: MIT Press.