Interesująca jest także ocena modelu GLOBE w porównaniu z innymi badaniami międzykulturowymi. Wydaje się, iż w stosunku do dotychczasowych studiów międzykulturowych (np. G. Hofstede czy F. Trompenaars) model GLOBE ma więcej mocnych stron niż słabych. Do **zalet modelu GLOBE** należą:

- kompleksowość modelu (w tym długość prowadzenia i szczegółowość prowadzonych badań),
- prawidłowość metodologiczna i szeroka podbudowa teoretyczna modelu,
- uwzględnienie kultur tzw. częściowych (Niemcy, RPA, Szwajcaria),
- uwzględnienie w badaniach zróżnicowania na praktyki i wartości kulturowe,
- zróżnicowanie kultury społeczeństwa i przedsiębiorstwa np. poprzez zastosowanie kwestionariusza badawczego alfa i beta,
- zastosowanie różnych technik badawczych (ilościowych i jakościowych).

Do **słabych stron modelu GLOBE** można zaliczyć:

- brak uwzględnienia kultur częściowych w niektórych zróżnicowanych kulturowo krajach, np. USA,
- reprezentatywność próby — badaniom poddano menedżerów średniego szczebla w trzech branżach,
- w Kanadzie przeprowadzono badania tylko w społeczeństwie angielskojęzycznym.

Summary

In his article, the author presents theoretical and methodological bases for the model named *The Global Leadership and Organisational Behaviour Effectiveness* (GLOBE), i.e. global intercultural research. He discussed 9 dimensions of culture singled out in result of surveys and 10 country clusters. In the conclusion, he presents disadvantages and advantages of the GLOBE model.

Резюме

В статье представлены теоретические и методологические основы модели *The Global Leadership and Organisational Behaviour Effectiveness* (GLOBE), т.е. мировых межкультурных исследований. Обсуждены 9 измерений культуры, выделенных в результате исследований, и 10 групп стран. В выводах представлены недостатки и достоинства модели GLOBE.

AGNIESZKA ŁOŚ, DANIEL PUCIATO
Politechnika Opolska

Niedoskonały rynek świadczeń zdrowotnych

Rynek doskonałej konkurencji to taki rynek, na którym żaden z podmiotów nie może wpływać na cenę poprzez zmianę wielkości produkcji. Każdy z podmiotów może wejść na rynek lub go opuścić w sposób nieograniczony, ponieważ nie istnieją bariery wejścia i wyjścia. Transakcje są bezosobowe, ich uczestnicy dysponują pełną informacją, a produkty, które są ich przedmiotem, są jednorodne i homogeniczne. Założenia rynku doskonałego są jednak niezwykle restrykcyjne i trudne do spełnienia w rzeczywistości gospodarczej. Rynek świadczeń zdro-

wotnych nie jest w tej kwestii wyjątkiem, dlatego za podstawowy cel niniejszego opracowania uznano przedstawienie rozbieżności między rynkiem usług medycznych a założeniami rynku doskonałego.

Istota popytu na zdrowie

Zdefiniowanie popytu na świadczenia zdrowotne jest problematyczne i stanowi przedmiot zainteresowań ekonomistów ochrony zdrowia. Zainteresowanie to wynika z problemu wielu współczesnych systemów opieki zdrowotnej w ustaleniu relacji popytu na świadczenia zdrowotne do możliwości zaspokojenia oczekiwań konsumentów w tym zakresie w warunkach ograniczonych zasobów. Na gruncie ekonomiki zdrowia powstały dwie podstawowe koncepcje popytu na usługi opieki zdrowotnej.

Zgodnie z **modelem Grossmana** popyt na świadczenia zdrowotne to popyt na dobre zdrowie[19]. Na podstawie teorii tzw. pól zdrowia można wyróżnić cztery główne grupy uwarunkowań szeroko rozumianego zdrowia: czynniki genetyczne, środowisko fizyczne, organizacja opieki medycznej oraz styl życia. Najważniejszą determinantą stanu zdrowia jest styl życia, którego wpływ na zdrowie człowieka określa się na ok. 50%[20]. Wśród najważniejszych elementów stylu życia najczęściej wymienia się aktywność fizyczną, odżywianie, sen i stosowanie używek. W takim ujęciu jednostka jest nie tylko konsumentem, lecz jednocześnie producentem swojego zdrowia. Poprawa zdrowia każdorazowo przynosi bezpośrednie korzyści jednostce. Ponadto, lepszy stan zdrowia zapewnia wyższe zarobki oraz poprawia stopień zaspokojenia potrzeb społecznych. Zdrowie jest więc traktowane jako dobro inwestycyjne, a nakłady na opiekę zdrowotną (podobnie jak wydatki na edukację) mają charakter wydatków inwestycyjnych, m.in. poprzez wydłużenie liczby dni rynkowej i pozarynkowej działalności jednostki. Jednostki, kierując się uzyskiwaną użytecznością, decydują o przeznaczaniu ograniczonych środków finansowych i niefinansowych (czas) na opiekę zdrowotną.

Bezpośrednia użyteczność świadczeń zdrowotnych polega na natychmiastowej poprawie samopoczucia pacjenta, stanu jego zdrowia (efekt konsumpcyjny), a użyteczność pośrednia jest związana ze skutkami długotrwałymi, np. wydłużeniem długości życia pacjenta lub zwiększoną liczbą dni przeżytych w dobrym zdrowiu (efekt inwestycyjny).

Zdrowie siły roboczej stanowi istotny czynnik wzrostu gospodarczego. Stan zdrowia danej populacji wpływa na tempo wzrostu PKB oraz poziom dobrobytu społecznego. Jednocześnie w efekcie pogarszania się stanu zdrowia populacji powstające w gospodarce narodowej straty ekonomiczne mogą być znaczne. Związek między zdrowiem a gospodarką narodową jest bardzo silny, a zdrowie stanowi podstawowy czynnik społecznej produktywności w perspektywie długofalowej i jest fundamentem kapitału ludzkiego, który z kolei gwarantuje rozwój społeczeństw[21]. Efekty zdrowotne powinny być zatem traktowane jako element wartości dodanej w gospodarce. W takim rozumieniu wydatki na opiekę zdrowotną mają charakter inwestycji dającej długofalowe korzyści.

Inwestowanie jednostek we własne zdrowie zależy od relacji między krańcowymi kosztami a krańcowymi korzyściami ponoszonych nakładów. Jednostki są nie tylko biernymi konsumentami zdrowia, lecz również jego aktywnymi producentami, gdyż podejmują w tym celu różne

[19] M. Grossman, *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*, „Journal of Health Economics" 1972, nr 80.

[20] H. Kemper, *The Amsterdam Growth Study. A Longitudinal Analysis of Health, Fitness, and Lifestyle,* Human Kinetics, Champaign 1995, s. 17.

[21] Zob. P. Dolan, J. Olsen, *Dystrybucja usług medycznych. Zagadnienia ekonomiczne i etyczne,* Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa 2008, s. 23–25; *Investment for Health: A Discussion on the Role of Economic and Social Determinants. Studies on Social and Economic Determinants of Population Health,* WHO, Geneva 2000; *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economics Development,* WHO, Geneva 2001.

działania, w tym nabywają usługi zdrowotne, przeznaczając na nie czas i środki finansowe. Jak potwierdzają badania empiryczne[22], zdrowie jest jedną z wielu wartości w hierarchii potrzeb człowieka, co powoduje, iż jednostki podejmują także działania szkodzące zdrowiu, jak palenie tytoniu, nieracjonalne odżywianie, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu.

Popyt na zdrowie w modelu Grossmana jest więc m.in. pochodną cen usług zdrowotnych, posiadanych zasobów finansowych, warunków mieszkaniowych oraz czasu dostępu do usług. Model ten ma jednak wady wynikające głównie z wartościowania zdrowia, jego statycznego ujęcia oraz ustalenia wpływu poszczególnych czynników na jego stan.

Zgodnie z **hipotezą Romera**, popyt na świadczenia zdrowotne jest kreowany głównie przez podaż. Dowodem słuszności tej teorii ma być fakt, że w miastach popyt na usługi zdrowotne jest wyższy niż na wsi w związku z większą liczbą placówek medycznych i ich lepszą dostępnością[23]. Słabością tej teorii jest przedstawianie podaży jako głównego (jeśli nie jedynego) czynnika kształtującego popyt na usługi zdrowotne. Popyt na tego rodzaju usługi jest przecież również wypadkową czynników demograficznych, zdrowotnych i socjologicznych itp.

Dodatkowo zarówno świadczeniodawcy, jak i korzystający ze świadczeń na rynku zdrowotnym nie podejmują decyzji w sposób suwerenny. Jest to związane z faktem ponoszenia finansowych konsekwencji ich decyzji przez podmioty inne niż odbiorca i dostawca świadczeń zdrowotnych, co wiąże się z istnieniem tzw. trzeciej strony na rynku świadczeń zdrowotnych (płatnika dysponującego środkami publicznymi). Nieracjonalność decyzji podejmowanych przez pacjentów, asymetria wiedzy w relacji pacjent–lekarz, ograniczoność zasobów będących w dyspozycji systemu opieki zdrowotnej (ustalona liczba dostawców świadczeń i określonych technologii medycznych) ograniczają dodatkowo rolę pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących konsumpcji świadczeń zdrowotnych. Szczególną uwagę zwraca się na asymetrię informacyjną w relacji pacjent–lekarz.

Asymetria informacyjna na rynku usług medycznych

Asymetria informacyjna występuje wówczas, gdy jedna ze stron ma więcej informacji niż druga, a jednocześnie informacje te są istotne właśnie dla tej drugiej, gorzej poinformowanej strony[24]. Wiedza pacjenta jest relatywnie bardzo mała, dlatego podejmowane przez niego decyzje w zakresie świadczeń zdrowotnych mogą mu nie przynieść oczekiwanych korzyści. W imieniu pacjenta działa lekarz lub inny profesjonalista, mający specjalistyczną wiedzę[25]. Lekarz dysponuje dwoma istotnymi kategoriami informacji dla pacjenta: informacją diagnostyczną oraz informacją terapeutyczną. Wolą pacjenta jest, aby w tej relacji lekarz działał jak jego doskonały agent. Pacjent uzyskuje użyteczność dzięki konsumpcji świadczeń opieki zdrowotnej, nie ma jednak informacji o ich wpływie na użyteczność. Celem doskonałego agenta pacjenta byłaby maksymalizacja jego użyteczności. Założenie, że maksymalizacja zdrowia jest jedynym celem pacjenta, jest nieprawdziwe. Inne aspekty, takie jak oczekiwana ilość informacji przekazywanych pacjentowi, stopień jego zaangażowania w proces decyzyjny, mają również znaczenie i jest ono różne dla różnych pacjentów. Jest więc mało prawdopodobne, aby każdy lekarz mógł być doskonałym agentem swojego pacjenta ze względu na wielość kryteriów funkcji użyteczności pacjentów. W rzeczywistości **relacja agencyjna**, która rozwinęła się w opiece

[22] D. Puciato, *Jakość życia mieszkańców gminy uzdrowiskowej na przykładzie Jedliny-Zdroju*, Politechnika Opolska, Opole 2008, s. 49–50.

[23] Zob. D. Dranove, *Demand Inducement and the Physician/Patient Relationship*, „Economic Inquiry" 1988, No 26; I. Rydlewska-Liszkowska, *Podstawy ekonomiki zdrowia. Wybrane zagadnienia ekonomiczne ochrony zdrowia w miejscu pracy,* Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2006, s. 48.

[24] N. Mankiw, M. Taylor, *Mikroekonomia,* PWE, Warszawa 2009, s. 607.

[25] F. Walley, A. Haycox, A. Boland, *Pharmacoeconomies,* Churchill Livingstone, Edinburgh 2004, s. 27.

zdrowotnej, sprawia, że usługodawca ma duży wpływ na funkcję użyteczności konsumenta[26]. Ponadto, trudno mówić o substytucyjności różnych form opieki zdrowotnej[27].

W związku z asymetrią informacyjną zostaje ograniczona swoboda wyboru pacjenta w zakresie technologii świadczenia, związana m.in. z autonomią lekarza w zakresie doboru technologii w celu postawienia diagnozy. Ograniczenie suwerenności konsumenta jest widoczne zwłaszcza w stanach nagłych, wypadkach, gdzie decyzje o podejmowanych działaniach są podejmowane za pacjenta i w jego imieniu.

Występująca asymetria informacyjna ma dodatkowo istotny wpływ na zniekształcenie znanego z literatury zarządzania procesu podejmowania decyzji zakupu: uświadomienie potrzeby → poszukiwanie i gromadzenie informacji → ustanowienie kryteriów wyboru i ocena alternatywnych rozwiązań → wybór rozwiązania → decyzja zakupu → ocena decyzji. Zniekształcenie tego procesu doskonale widać na przykładzie zakupu leku na receptę. Przebiega on odmiennie przede wszystkim w związku ze wspomnianą asymetrią informacyjną. Większość faz w procesie decyzyjnym jest bowiem kształtowana przez lekarza. Już pierwsza faza: uświadomienie i rozpoznanie potrzeby jest specyficzna, ponieważ jest nim objaw choroby lub wynik przeprowadzonych badań oceniających stan zdrowia. Pacjent usiłuje poszukiwać informacji, lecz z reguły po wyczerpaniu źródeł osobistych (znajomi, rodzina, przyjaciele) i publicznych (Internet, prasa, telewizja) napotyka barierę wiedzy, której nie potrafi pokonać samodzielnie. Ocena możliwych rozwiązań jest więc z reguły prowadzona przez lekarza. Ponadto, decyzje pacjenta i lekarza są podejmowane w warunkach niepewności. Lekarz decyduje o rodzaju leczenia i jego długości. Jakie opcje decyzyjne pozostają pacjentowi w tym zmodyfikowanym procesie decyzyjnym? W przypadku leków pacjent może leku nie wykupić ze względu np. na zbyt wysoką cenę. Może się też zgodzić na substytucję generyczną. Pacjent może także nie chcieć zrealizować recepty z innych przyczyn (problemy z przyjmowaniem leku, niechęć do jego stosowania, obawa o działania niepożądane, niezrozumienie instrukcji lekarza, psychologiczny mechanizm wypierania choroby, brak wiary w powodzenie leczenia, obawa przed uzależnieniem itp.)[28].

Pacjent deleguje swoje uprawnienia decyzyjne na lekarza co do podjęcia decyzji o sposobie leczenia, do którego ma lub powinien mieć zaufanie. Jednocześnie jednak lekarz reprezentuje stronę podażową (może wpływać na koszty i korzyści wynikające z opieki zdrowotnej), co sprawia, że jego działania mogą się koncentrować na uzyskiwaniu jak największych korzyści własnych z tytułu świadczenia usług zdrowotnych. Ze względu na fakt, że relacja między pacjentem a lekarzem opiera się na zaufaniu, lekarz może wykorzystać pacjenta, wywołując popyt na swoje usługi, który nie zaistniałby bez tego wpływu. Mamy wówczas do czynienia ze zjawiskiem **popytu indukowanego przez podaż** (*supplier-induced demand*, SID)[29]. Pojęcie to jest ściśle związane z niepewnością oraz pokusą nadużycia.

Niepewność na rynku zdrowotnym jest związana z faktem, że pacjent nie wie, kiedy będzie potrzebował opieki zdrowotnej i jakie mogą być finansowe konsekwencje choroby (bezpośrednie koszty leczenia i utracone w wyniku choroby zarobki). Niepewność ta tworzy potrzebę ubezpieczenia się. Prowadzi to jednak do kolejnych niedoskonałości rynku, związanych z występującą na nim asymetrią informacyjną: selekcji negatywnej i pokusy nadużycia.

Selekcja negatywna wynika z heterogeniczności indywidualnych ryzyk zdrowotnych, występujących w populacji, w połączeniu z asymetrią informacji na temat tych ryzyk. Różnorodność jest powodowana przez czynniki, które jednostki mogą kontrolować (styl życia), oraz takie, nad którymi nie mają kontroli (dziedziczne cechy genetyczne). Skalkulowana właściwie składka ubezpieczeniowa powinna uwzględniać rzeczywiste ryzyko straty ubezpieczają-

[26] P. Dolan, J. Olsen, *Dystrybucja usług medycznych*..., jw., s. 83–85.
[27] U. Reinhardt, *Economists in Health Care: Saviours, or Elephants in a Porcelain Shop?,* „American Economic Association Papers and Proceedings" 1989, No 79.
[28] M. Czech, *Farmakoekonomika,* Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2006, s. 68–72.
[29] I. Bickerdyke, R. Dolamore, I. Monday, R. Preston, *Supplier-Induced Demand for Medical Services*, „Productivity Commission Staff Working Paper" 2002, No 11.

cego się. Jednocześnie nabywcy ubezpieczenia mogą sygnalizować niższe ryzyko niż to, które faktycznie reprezentują, w celu obniżenia składki oferowanej im przez firmę ubezpieczeniową. Firma ubezpieczeniowa jest więc w gorszej sytuacji informacyjnej, ponieważ pozyskanie tej wiedzy jest albo niemożliwe, albo połączone z dużym kosztem. Prowadzi to do sytuacji, gdy wypłaty odszkodowań przekraczają pobrane przez firmę składki. Podniesienie składki prowadzi do ucieczki z portfela klientów o niższym poziomie ryzyka. Mechanizm negatywnej selekcji polega więc w tym przypadku na wypieraniu z portfela zdrowych klientów przez chorych, ryzykowni wypierają tych z niskim ryzykiem zachorowania.

Kolejnym zjawiskiem związanym z funkcjonowaniem rynku w opiece zdrowotnej jest zjawisko **pokusy nadużycia** *(moral hazard),* występujące zarówno po stronie korzystającego z usług zdrowotnych (nadmierne korzystanie z usług), jak i świadczeniodawcy w postaci nadmiernej produkcji świadczeń zdrowotnych. Nadmierna konsumpcja pojawia się wówczas, gdy świadczenia zdrowotne są bezpłatne lub mają relatywnie niską cenę. W przypadku usług zdrowotnych można mówić o zjawisku pokusy nadużycia *ex ante* i *ex post*[30]. Z pokusą nadużycia *ex ante* mamy do czynienia wówczas, gdy sam fakt posiadania ubezpieczenia skłania posiadającego je ubezpieczonego do ryzykownych zachowań lub zachowań mniej ostrożnych, zwiększających ryzyko poniesienia strat. Natomiast w przypadku generowania nadmiernych kosztów, związanych z faktem wystąpienia straty, mówi się o nadużyciu moralnym *ex post*. Są to zachowania, które pojawiają się po wystąpieniu choroby, urazu, wypadku i przejawiają się w preferowaniu przez ubezpieczonych pacjentów wyższego poziomu opieki zdrowotnej i towarzyszących jej udogodnień niż wówczas, gdyby musieli za nie płacić. Po stronie dostawców pokusa nadużycia prowadzi do wspomnianego już zjawiska **popytu indukowanego przez podaż** (*supplier-induced demand*, SID). Jest to sytuacja, w której występuje różnica między liczbą i rodzajem usług zaleconych i świadczonych przez dostawcę usług zdrowotnych a liczbą usług, na które zdecydowałby się pacjent, gdyby miał taką samą wiedzę jak lekarz. Zjawisko to jest charakterystyczne dla niedoskonałej relacji agencyjnej, opartej na asymetrii informacji, która daje lekarzowi pewną swobodę decyzji, i transakcjach osobistych. Dzięki nim lekarz może przekonać pacjenta, aby zaufał jego decyzjom. Popyt wywoływany przez podaż wynika z faktu, że wiele systemów wynagradzania lekarzy opiera się na zasadzie: im więcej świadczonych usług każdemu pacjentowi, tym większy dochód[31]. Kwestia oceny SID z etycznego punktu widzenia jest jednak skomplikowana. Dopóki popyt w wyniku działania lekarza nie zostanie przesunięty do punktu, w którym społeczne koszty przewyższą krańcowe korzyści zjawiska, nie można w sposób jednoznaczny ocenić go negatywnie. Ponadto informacja, że lekarze jako usługodawcy reagują na zachęty finansowe, dostarcza narzędzi do wpływania na ich zachowanie i tworzenia warunków do ich efektywnego działania.

Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, poza wpływem na użyteczność osoby, która z nich korzysta, oddziałuje także na użyteczność innych osób. Są to **efekty zewnętrzne** (*externalities*), które towarzysząc świadczeniom zdrowotnym, uzasadniają ich subsydiowanie. Przykładowo, efekty takie powstają w związku ze zwalczaniem chorób zakaźnych. Leczenie i szczepienia zmniejszają bowiem ryzyko zachorowania i tempo rozprzestrzeniania się infekcji. Na rynku nieregulowanym pacjent kupi taką liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych, których wartość prywatnych korzyści z ich konsumpcji będzie równa poniesionym przez niego kosztom ich zakupu. Z perspektywy społeczeństwa taki poziom konsumpcji może się jednak okazać niewystarczający ze względu na pozytywne efekty, które powodują, że korzyści zdrowotne danej osoby pozwalają na uzyskanie korzyści zdrowotnych innych osób (brak ryzyka zarażenia się). Zatem należy wziąć pod uwagę zagregowane korzyści społeczne wynikające z korzystania ze

[30] J. Suchecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej,* Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010, s. 256–257.

[31] D. Dranove, P. Wehner, *Physician-Induced Demand for Childbirths*, „Journal of Health Economics" 1994, No 13; R. Evans, *Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications*, w: *The Economics of Health and Medical Care*, ed. M. Perlman, Macmillan, London 1974, s. 162–201.

świadczeń zdrowotnych. Subsydiowanie ma na celu obniżenie prywatnych kosztów konsumowania świadczeń zdrowotnych do poziomu, na którym konsumpcja ich będzie optymalna ze społecznego punktu widzenia. Optymalna konsumpcja nastąpi wówczas, gdy korzyści społeczne zrównają się z kosztami społecznymi. Subsydiowanie może mieć postać np. dobrowolnych datków czy finansowania z podatków.

Do pozytywnych efektów zewnętrznych związanych ze świadczeniami zdrowotnymi zalicza się także tzw. ***caring externality***[32], czyli korzyści związane z poczuciem bezpieczeństwa wynikającym z pewności, że każdy, kto potrzebuje opieki zdrowotnej, ją otrzyma.

Dodatkowo, w przypadku świadczeń finansowanych przez trzecią stronę mamy do czynienia ze zjawiskiem **dualizmu preferencji**. Jako osoba płacąca za opiekę zdrowotną *ex ante* pacjent może być skłonny do finansowania opieki zdrowotnej tylko w tej części, która bezpośrednio wpływa na zdrowie, a nie na szerzej rozumianą użyteczność. W przypadku choroby może jednak oczekiwać dla siebie najlepszej opieki i najbardziej luksusowych warunków leczenia. Tak więc pacjenci płacący za opiekę zdrowotną mogą mieć dwie różne preferencje. Jedna dotyczy usług, które będą im zapewniane, kiedy zachorują, druga odnosi się do współfinansowania usług świadczonych innym chorym. W kwestii własnej opieki zdrowotnej chcemy mieć pełną swobodę wyboru, natomiast w sposób paternalistyczny traktujemy opiekę nad innymi. Pojawia się więc pytanie, w czyim interesie ma działać lekarz: pacjenta, grupy pacjentów, wszystkich finansujących opiekę zdrowotną czy społeczeństwa jako całości. W warunkach takiego dualizmu preferencji lekarze działają zgodnie z preferencjami płacących (*ex ante*), jeśli świadczą mniej usług, które nie przyczyniają się bezpośrednio do poprawy zdrowia (a zwiększają użyteczność pacjentów), chociaż ci sami płacący jako pacjenci (*ex post*) oczekiwaliby tych usług. Ograniczanie udzielania tego typu usług jest postrzegane jako zmniejszanie marnotrawstwa środków i zwiększanie budżetu na opiekę zdrowotną, dzięki czemu lekarze mogą udzielić świadczeń większej liczbie pacjentów. Zatem nasza skłonność do wzajemnego subsydiowania świadczeń opieki zdrowotnej zależy od postrzeganej skuteczności tych świadczeń.

Przy założeniu, że troska o zdrowie innych wynika jedynie z uwagi na ich wkład w dobrobyt społeczny, bez uwzględnienia prywatnej konsumpcji, skłonność do finansowania świadczeń zdrowotnych wynikałaby jedynie z potrzeby zapewnienia innym możliwości, aby mogli pracować. Finansowanie takie bylibyśmy skłonni kontynuować do momentu, w którym ich przyszły spodziewany wkład gospodarczy przewyższyłby koszty leczenia. Takie podejście powoduje, że współfinansowanie świadczeń zdrowotnych miałoby jedynie sens dla tych grup społecznych, które po wyleczeniu mogą zapewnić największy wkład ekonomiczny. W niektórych krajach takie rozwiązania stosowano w praktyce, wprowadzając zasiłki chorobowe dla osób, które po wyleczeniu wracają do pracy, jest to jednak sprzeczne z **zasadą równości**, obowiązującą w wielu systemach ochrony zdrowia, pozwalającą na równy dostęp do świadczeń zdrowotnych bez względu na rolę gospodarczą usługobiorcy.

Można zaryzykować stwierdzenie, że niedoskonałość rynku zdrowotnego polega m.in. na tym, że ludzie wolą, wybierają bardziej równą dystrybucję i dostęp do opieki zdrowotnej niż taką, która wynika z funkcjonowania nieregulowanego rynku. Taka dystrybucja jest oparta na egalitarnej zasadzie równości, zapewniającej równy dostęp wszystkim mającym taką samą potrzebę. Czym się kierujemy, pragnąc równego dostępu do opieki zdrowotnej dla wszystkich? Dlaczego dotujemy świadczenia zdrowotne poprzez transfery w naturze, z ograniczeniem możliwości wyboru odbiorcy ze względu na chęć skłonienia go do konsumpcji pożądanych, lepszych dóbr i rezygnacji z tych, których konsumpcja jest społecznie niepożądana? Zapewnienie określonych świadczeń zdrowotnych zamiast transferów gotówkowych czy kuponów zdrowotnych, które mógłby być odsprzedawane, ogranicza wybór usługobiorców i jest przejawem tzw. **altruizmu paternalistycznego**.

[32] F. Walley, A. Haycox, A. Boland, *Pharmacoeconomies...*, jw., s. 27.

Dodatkowo, chociaż opieka zdrowotna jest postrzegana jako dobro pożądane *(merit goods)*, można wyróżnić świadczenia bardziej i mniej istotne dla dotujących. Te bardziej istotne są określane jako **usługi podstawowe** i uważa się, że powinny być dotowane w większym stopniu niż inne. Obserwowane różnice w gotowości społeczeństw do dotowania różnych rodzajów opieki zdrowotnej mogą wynikać z różnego stopnia altruizmu paternalistycznego. Jednocześnie należy odrzucić przekonanie o istnieniu uniwersalnej teorii sprawiedliwości umożliwiającej ocenę wszystkich społeczności i stworzenie uniwersalnego systemu dotowania opieki zdrowotnej. Teorie te zależą od standardów przyjętych w danej społeczności i kształtują sytuację należą-

Tablica. Rynek doskonałej konkurencji a niedoskonały rynek świadczeń zdrowotnych

Rynek doskonały		**Rynek świadczeń zdrowotnych**	
cechy	**implikacje**	**cechy**	**implikacje**
Pełna informacja	• znana jest jakość oferowanych dóbr, brak niepewności nabywców co do ilości i czasu konsumpcji dobra — przewidywalny popyt i racjonalnie zachowujący się nabywcy • popyt dotyczy konkretnych dóbr, znane jest ewentualne ryzyko związane z ich konsumpcją	Asymetria informacyjna, niepewność	• asymetria informacyjna w relacji pacjent–lekarz, tym większa, im bardziej skomplikowana sytuacja zdrowotna pacjenta • brak wiedzy pacjentów w zakresie jakości opieki zdrowotnej i spodziewanych jej efektów • trudności w ocenie opieki nawet *ex post* • możliwe nieracjonalne zachowania nabywców wywołane skutkami choroby • popyt będący pochodną popytu na dobre zdrowie, nieprzewidywalny, niepewność dotycząca jego wystąpienia • trudne do oszacowania ryzyko związane z konsumpcją opieki zdrowotnej
Transakcje bezosobowe	nabywcy i sprzedawcy działają niezależnie	Transakcje osobiste	transakcje oparte w dużej mierze na zaufaniu
Dobra prywatne	• wykluczalny, rywalizacyjny charakter dóbr • konsumujący ponosi wszystkie koszty społeczne korzystania i uzyskuje wszystkie społeczne korzyści związane z konsumpcją dobra	Przeważają dobra mieszane, efekty zewnętrzne	• korzyści zewnętrzne m.in. w związku ze szczepieniami czy walką z chorobami zakaźnymi • tzw. *caring externality*
Wielu nabywców i sprzedawców	żaden podmiot na rynku nie ma wpływu na cenę rynkową nawet w wyniku skoordynowanego działania	Zróżnicowana liczba dostawców, wielu nabywców	• nieczęste naturalne monopole (jedyny szpital w mieście, jedyny internista w miejscowości) • zjawisko popytu indukowanego przez podaż (SID)
Brak barier wejścia i wyjścia z rynku	Wszyscy, którzy chcą, mogą wejść w dowolnym momencie na rynek i się z niego wycofać	Bariery wejścia, brak barier wyjścia z rynku	• kwalifikacje zawodowe jako warunek wejścia na rynek • regulowana liczba usługodawców • swobodne wyjście z rynku
Produkty homogeniczne	nabywca nie jest w stanie rozróżnić produktów oferowanych przez różnych producentów	Produkty heterogeniczne	strategia dyferencjacji produktu, polegająca na podkreślaniu przez usługodawców jakości oferowanych usług

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

cych do niej jednostek i grup. Na tej podstawie można również próbować wyjaśnić większe niż u innych przywiązanie niektórych społeczeństw do wolnego rynku w ochronie zdrowia.

Podsumowując, rynek usług opieki zdrowotnej nie spełnia restrykcyjnych założeń rynku doskonałego. Pacjenci nie dysponują pełną informacją na temat momentu wystąpienia choroby czy kosztów jej leczenia. Utrudnia to w sposób oczywisty planowanie wydatków na opiekę zdrowotną, tworząc korzystne warunki do rozwoju rynków ubezpieczeń, co stanowi przyczynę powstawania dodatkowych niedoskonałości. Lekarze również nie dysponują pełną informacją, mają jednak istotną przewagę informacyjną nad pacjentem.

W przypadku usług zdrowotnych transakcje nie są anonimowe. Są osobiste i oparte na wzajemnym zaufaniu. Usługom zdrowotnym towarzyszą efekty zewnętrzne związane z faktem, że konsumowanie opieki zdrowotnej przez jedną osobę pozytywnie wpływa na użyteczność innych osób. Założenie o dużej liczbie nabywców i dostawców jest spełnione, chociaż w przypadku dużej liczby niezależnych sprzedawców występują znaczne różnice między małymi miejscowościami a dużymi miastami.

Na rynku tym istnieją bariery wejścia związane z koniecznością posiadania określonych kwalifikacji zawodowych wśród przedstawicieli zawodów medycznych, którzy korzystają ze środków publicznych. Czasami jest także ograniczana liczba usługodawców jednego typu świadczących usługi na tym rynku w określonych regionach. Barier wyjścia nie stwierdza się, podobnie jak na rynkach w innych sektorach możliwe jest wyjście z rynku.

Usługi są niejednorodne, a usługodawcy (zwłaszcza prywatni) dążą do podkreślenia różnic w jakości świadczonych przez siebie usług w porównaniu do innych usługodawców prywatnych i/lub publicznych.

Najważniejsze różnice między rynkiem zdrowotnym a rynkiem doskonałym przedstawiono w tablicy.

Summary

In their article, the authors present the differences between the model of perfect market and an imperfect market for healthcare services. They explain the notion of demand for health and the factors that shape it. The justify functioning of the third party in healthcare with occurrence of external benefits. They characterise a specific type of the agency relation issuing from the information asymmetry, which has developed in healthcare in contacts between the patient and the doctor. The authors also described deficiencies resulting from functioning of the system of insurance in healthcare: negative selection and temptation of abuse. They also explained why it is deemed that some medical services ought to be subsidised to a greater extent than other ones based on such notions as dualism of preferences and paternalistic altruism.

Резюме

В статье представлены отличия между моделью совершенного рынка и несовершенного рынка медицинских услуг. Выяснены понятие спроса на здоровье и факторы, формирующие его. Обосновывается функционирование третьей стороны в здравоохранении выступлением внешних выгод. Характеризуется специфический вид агентского отношения, вытекающего из информационной асимметрии, которая развилась в здравоохранении в контактах между пациентом и врачом. Описаны недостатки, вытекающие из функционирования системы страхования в здравоохранении: отрицательный отбор и соблазн злоупотребления. Авторы выясняют тоже, почему считают, что некоторые медицинские услуги должны субсидироваться в большей степени чем другие, на основании таких понятий как дуализм предпочтений и патерналистский альтруизм.