

Christoph Sowada

Konkurencja między „Publicznymi Funduszami Zdrowia”. Przesłanki teoretyczne oraz doświadczenia Niemiec i Szwajcarii

Słowa kluczowe: społeczne ubezpieczenia zdrowotne, konkurencja, decentralizacja, selekcja ryzyka, świadczenia gwarantowane

■ Wstęp

Wprowadzenie konkurencji publicznych płatników do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ponownie stało się tematem dyskusji publicznej po tym, jak w sierpniu 2008 roku minister zdrowia Ewa Kopacz poinformowała o rządowym planie podziału Narodowego Funduszu Zdrowia na sześć regionalnych funduszy. Fundusze te miały już w 2010 roku uzyskać prawo do kontraktowania świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju. Konkurencja publicznych płatników w ochronie zdrowia nie jest nowym pomysłem. Już w 1999 roku zakładano, że kasy chorych będą z sobą konkurować o ubezpieczonych, którzy zgodnie z własnymi preferencjami mieli wybierać odpowiadającą im kasę. Efektywna konkurencja nie doszła jednak do skutku, a wraz z centralizacją ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia zarzucono także koncepcję konkurencji publicznych płatników.

Dziesięć lat od pierwszej próby implementacji systemu opartego na konkurencji argumenty zwolenników i przeciwników takiego rozwiązania się nie zmieniły. Zwolennicy konkurencji wskazują na zalety rozwiązań rynkowych, przywołując model rynku doskonałej konkurencji gwarantujący w teorii najwyższy poziom efektywności alokacji ograniczonych zasobów realnych i finansowych, a nawet wyższy poziom realizacji celów społecznych (dostępność świadczeń, równość w zakresie podstawowych praw i sprawiedliwość) niż możliwy do osiągnięcia w warunkach niedoskonale działającego monopolisty. Przeciwnicy konkurencji wskazują zaś z takim samym przekonaniem na zalety systemu centralnie planowanego i sterowanego przez państwo, jakby to państwo zawsze było w posiadaniu wszystkich

potrzebnych informacji i zawsze w swych decyzjach kierowało się wyłącznie dobrem społeczeństwa. Idealny publiczny monopolista jak ów „oświecony dyktator”¹ w rzeczywistości wydaje się rozwiązaniem atrakcyjniejszym niż realnie egzystujący ułomny rynek. W realnym świecie nie istnieje jednak ani rynek doskonałej konkurencji, ani też idealne państwo. Modele teoretyczne przydatne są natomiast do identyfikacji zalet i wad różnych rozwiązań, ale także do określenia warunków implementacji różnych rozwiązań.

Poniższy artykuł podejmuje merytoryczną dyskusję nad zasadnością i uwarunkowaniami zastosowania narzędzia konkurencji publicznych płatników w systemie społecznego ubezpieczenia zdrowotnego. Rozpoczyna się od przypomnienia definicji konkurencji i decentralizacji, dwóch podstawowych instrumentów osiągnięcia celów efektywnościowych i redystrybucyjnych w każdym systemie gospodarczym i politycznym, także w ochronie zdrowia. W drugiej części artykułu podjęte zostaną najważniejsze, zdaniem autora, ustrojowe implikacje decyzji o wprowadzeniu konkurencji do systemu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych. Postawione zostaną pytania o zasadność i dopuszczalność konkurencji w badanym obszarze w kontekście dorobku teorii ekonomii i wymagań stawianych przez wybrany przez Polskę model społecznej gospodarki rynkowej. Wykorzystanie instrumentu konkurencji wiąże się z wieloma praktycznymi implikacjami. Z pewnością nie wystarczy taka czy inna decyzja polityczna, pozwalająca lub nawet nakazująca konkurencję, aby ta rzeczywiście się pojawiła i na dodatek przynosiła pozytywne skutki. Analiza najważniejszych warunków wprowadzenia konkurencji do systemu społecznego ubezpieczenia zdrowotnego stanowi przedmiot trzeciej części artykułu.

¹ Koncepcja „oświeconego dyktatora” jako najwyższej formy „pozytywnego” kolektywizmu często używana jest do porównań systemów ekonomiczno-społecznych i sposobów prowadzenia polityki gospodarczej i społecznej [28].

1. Decentralizacja – konkurencja – dekompozycja

Ogłaszając plan podziału NFZ na sześć funduszy regionalnych, minister Ewa Kopacz uzasadniała swój pomysł chęcią „decentralizacji płatnika”. Natychmiast narzuca się pytanie o istotę decentralizacji i o to, czy podział jednej instytucji na kilka mniejszych jest tożsamy z decentralizacją. Decentralizacja może oznaczać dekoncentrację, tj. przekazanie uprawnień decyzyjnych na niższe szczeble tego samego systemu organizacyjnego (również bez decentralizacji w sensie geograficznym). Może też oznaczać dewolucję, tj. przekazanie uprawnień w ramach administracji publicznej, ale poza sferę kontrolowaną przez rząd centralny. Decentralizacja może wreszcie przyjmować postać delegacji uprawnień decyzyjnych poza administrację publiczną lub nawet prywatyzacji. W innym nieco ujęciu decentralizacja może odnosić się do wzrastającego oddalenia geograficznego (od centrum) podejmowania decyzji, przekazania uprawnień decyzyjnych na niższe szczeble hierarchicznego systemu lub też wyprowadzenia uprawnień poza system [45]². W żadnej z przedstawionych klasyfikacji decentralizacja nie jest utożsamiana z prostym podziałem istniejącej instytucji na kilka mniejszych.

Proponowany podział NFZ najbliższy zdaje się być decentralizacji „geograficznej”. Nie jest to jednak pewne. Zauważmy, że w obecnym systemie po różnych reformach wiele istotnych kompetencji decyzyjnych, szczególnie w obszarze kontraktowania świadczeń, znajduje się w oddziałach wojewódzkich NFZ. W hierarchiczno-organizacyjnym i geograficznym odniesieniu oddziały wojewódzkie leżą poniżej poziomu przewidzianego dla sześciu regionalnych (a zatem obejmujących po kilka województw) funduszy. Zapowiadana decentralizacja może zatem *de facto* okazać się centralizacją w porównaniu z rozwiązaniami obecnymi.

Konkurencję Kamerschen, McKenzie i Nardinelli definiują jako: „proces, za pomocą którego uczestnicy rynku, dążąc do realizacji swych interesów, próbują przedstawić korzystniejsze od innych oferty pod względem ceny, jakości lub innych charakterystyk wpływających na decyzję zawarcia transakcji” [18, s. 47] i dodają, że konkurencja nie zachodzi między sprzedającymi i kupującymi, lecz między sprzedającymi i między kupującymi. Istota konkurencji polega na dynamicznej grze akcji i reakcji, w której każdy oferujący jakieś dobro czy usługę stara się, implementując różne strategie rynkowe (odnoszące się do cen, jakości, reklamy, nowych produktów itd.), przyciągnąć do siebie kupujących podejmujących samodzielnie decyzje o zakupie zgodnie z własnymi preferencjami. W powszechnym tego słowa znaczeniu konkurencję możemy zatem uznać za apogee decentralizacji. Oznacza ona bowiem przekazanie uprawnień decyzyjnych na najniższy możliwy szczebel poszczególnych konsumentów i producentów. Konkurencja w pewnym uproszczeniu traktowana jako synonim gry rynkowej popytu i podaży wymaga pozostawienia

każdej ze stron wystarczającej przestrzeni do dokonywania wolnych wyborów. Dlatego też, mimo iż konkurencja jest i pozostanie tylko instrumentem, decyzja o jej dopuszczeniu zawsze ma charakter ustrojowy.

Zarówno decentralizacja, jak i konkurencja są instrumentami służącymi do realizacji określonych celów. Jako takie nie mogą one zostać uznane *a priori* za dobre albo złe. Ocena instrumentu zależy od jego przydatności. Zastosowaniu konkurencji (także decentralizacji) w ochronie zdrowia możemy przypisać realizację takich celów, jak: lepsze wykorzystanie ograniczonych zasobów i pełniejsze zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przy zachowaniu elementarnych zasad równości i poszanowania praw jednostki. Czy konkurencja publicznych płatników sprzyja realizacji tych celów? Z najnowszej historii świata jednoznacznie wynika, iż systemy ekonomiczno-społeczne, które postawiły na rozwiązania rynkowe i wykorzystanie instrumentu konkurencji, wygrały wyścig z systemem opartym na socjalistycznej interpretacji egalitaryzmu, wykorzystującym instrument centralnego planowania, i to zarówno na polu postępu ekonomicznego, jak i społecznego. Konkurencja nie może być jednak traktowana jako panaceum na wszystkie problemy, w szczególności jako uniwersalny instrument przydatny do osiągnięcia każdego rodzaju celu. Wykorzystywana w sposób nieprzemyślany i nieodpowiedzialny może wywołać skutki odwrotne do oczekiwanych, tzn. może pogorszyć efektywność alokacji i zagrozić realizacji celów społecznych. Upraszczając, konkurencja może doprowadzić do dekompozycji systemu, utraty jego sterowalności, anarchii i kolektywnego samounicestwienia [12]. Wprawdzie ekonomiczna teoria chaosu pokazuje, że także z chaosu mogą wyrosnąć racjonalne i efektywne rozwiązania, to jednak trudno nam się pogodzić z myślą świadomego dopuszczenia chaosu w obszarze tak szczególnym, jakim jest ochrona zdrowia.

2. Ustrojowe znaczenie i charakter konkurencji

Czy dopuszczenie konkurencji w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych w ogóle jest uzasadnione? Czy stosując instrument konkurencji, jesteśmy w stanie lepiej, efektywniej zaspokoić potrzeby zdrowotne społeczeństwa? Znalezienie odpowiedzi na tak postawione pytania jest zadaniem jednocześnie prostym i skomplikowanym. Z pewnością konkurencja płatników w systemie społecznego ubezpieczenia zdrowotnego jest rozwiązaniem generalnie możliwym i funkcjonalnym. Dowodem są systemy powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech i Szwajcarii (tam nazywane ubezpieczeniami chorobowymi, *Krankenversicherung*), wykorzystujące na szeroką skalę konkurencję między kasami chorych. Także z punktu widzenia teorii modelu społecznej gospodarki rynkowej konkurencja publicznych płatników nie jest rozwiązaniem, które należy *a priori* odrzucić. Wręcz

² Szczegółowo do różnych praktycznych implikacji decentralizacji w ochronie zdrowia odnosi się publikacja *Decentralization in Health Care* [29].

przeciwnie – społeczna gospodarka rynkowa stawia na powszechne uczestnictwo we współzawodnictwie, tj. konkurencji, poprzez powiązanie wolnej inicjatywy każdej jednostki z postępowaniem społecznym. Według Alfreda Müllera-Armacka społeczna gospodarka rynkowa jest w ogóle pierwszą w historii zrealizowaną próbą pogodzenia osobistej wolności każdego człowieka ze społecznymi celami w społeczeństwie stawiającym na przedsiębiorczość jednostki i ją nagradzającym (*Leistungsgesellschaft*) [23].

Spółeczna gospodarka rynkowa opiera się na trzech grupach zasad (pryncypiów). Konstytucyjne zasady odnoszą się do prawa prywatnej własności i wolności zawierania umów, a także utrzymania otwartości rynków, powiązania kompetencji decyzyjnych z ponoszeniem odpowiedzialności za decyzje, prowadzenia stabilnej polityki gospodarczej i stabilizacji wartości pieniądza. Regulacyjne zasady dotyczą ograniczenia lub likwidacji nadmiernej koncentracji władzy na rynkach (monopoli) i internalizacji efektów zewnętrznych. Polityczne zasady zaś (tj. zasady odnoszące się do prowadzonej polityki ekonomicznej) mówią o potrzebie prowadzenia polityki łagodzenia cykli koniunkturalnych oraz prowadzenia polityki społecznej i przemysłowej dla rynku, a nie wbrew lub przeciw niemu [12].

Spółeczna gospodarka rynkowa stoi zatem na fundamencie wykorzystania instrumentu rynku i konkurencji wszędzie tam, gdzie jest to możliwe i sprzyja osiąganiu przyjętych celów. Rola państwa w systemie społecznej gospodarki rynkowej sprowadza się do tworzenia ram regulacyjnych oraz wspomagania rynku, ale również do korekty wyników rynkowych, gdy jest to konieczne z punktu widzenia realizacji celów społecznych. Pamiętać bowiem trzeba, że konkurencja nie jest instrumentem przydatnym do realizacji celów wymagających redystrybucji dochodów, chociaż pozytywnie wpływając na efektywność gospodarowania, ułatwia realizację tych celów. Niemniej jednak państwo w gospodarce rynkowej (także społecznej) nie powinno zastępować albo wypierać rynku, jeśli ten funkcjonuje, nawet jeśli nie funkcjonuje on idealnie. Jedyne usprawiedliwienie dla utrzymania państwowego monopolisty może stanowić całkowita zawodność mechanizmu rynkowego albo też brak możliwości skorygowania wyników rynkowych nieakceptowanych przez społeczeństwo.

Czy rynek w zakresie zabezpieczenia społeczeństwa na wypadek choroby zawodzi do tego stopnia, że wykorzystanie instrumentu konkurencji jest nieuzasadnione lub wręcz niemożliwe? Doświadczenia z konkurencją socjalnych kas chorych w Niemczech i Szwajcarii sugerują jednoznacznie przeczącą odpowiedź. Ale doświadczenia te wskazują również na ogromne znaczenie jasnych regulacji państwowych określających miejsce i sposób wykorzystania konkurencji w tak specyficznym obszarze, jakim jest system ochrony zdrowia. Charakter ryzyka choroby, jego (z reguły) niezależność od zachowań jednostki i waga konsekwencji dla jednostki, jej bliższego otoczenia i całego społeczeństwa sprawiają, że nie może być ono porównywane np. z ryzykiem utraty majątku wskutek pożaru. Społeczne implikacje ryzyka choroby

w powiązaniu z przyjętym systemem wartości, wśród których udzielenie pomocy medycznej każdemu potrzebującemu zajmuje czołowe miejsce, wymuszają zaangażowanie się władz publicznych na szeroką skalę także, albo przede wszystkim, poprzez prowadzenie odpowiedzialnej prorynkowej polityki społecznej. Prorynkowa polityka nie oznacza jednak bezgranicznego zaufania rynkowi. Prorynkowa polityka to taka, która *ex post* jest w stanie łagodzić napięcia społeczne wywoływane przez rynek i taka, która *ex ante* jest w stanie zapobiegać wykluczeniu obywateli z partycypacji w życiu społecznym.

Odpowiedzialna prorynkowa polityka społeczna wymaga dokonania redystrybucji dochodów na korzyść tych, którzy na rynku nie są w stanie osiągnąć dochodów pozwalających im na funkcjonowanie w społeczeństwie. Jej sprowadzenie jedynie do redystrybucji dochodów byłoby jednak dużym błędem. Szczególnie awersyjnie nastawione do ryzyka jednostki w obliczu zagrożenia biedą (którą być może nigdy nie zostaną dotknięci) mogą domagać się stworzenia określonych systemów społecznego zabezpieczenia aktywnych już przed wystąpieniem określonych negatywnych sytuacji. Trwałą akceptację system zabezpieczenia społecznego uzyskuje jednak dopiero wtedy, gdy także jednostki, które ponoszą albo będą ponosić ciężar redystrybucji dochodów, udzielą mu swego poparcia. Uzyskanie takiego poparcia jest realne. Warunkiem jest jednak uświadomienie wszystkim członkom społeczeństwa znaczenia produkcyjnej funkcji zabezpieczenia społecznego jako narzędzia budowania pokoju społecznego. Sieć zabezpieczenia społecznego chroni, jak pisze Friedrich Gustav von Hayek, system rynkowy przed akcjami desperacji tych, którzy nie mają nic do stracenia [40]. Egzystencja systemu zabezpieczenia społecznego jest warunkiem przetrwania systemu rynkowego. Dla von Hayka kwestia sprawiedliwości społecznej, którą określa zresztą jako *weasel word* [41], nie odgrywa przy tym większej roli.

Jednym z najważniejszych zadań prorynkowej polityki społecznej jest zatem wyjaśnienie wszystkim członkom społeczeństwa produkcyjnej funkcji zabezpieczenia społecznego. Pokój społeczny i „tolerowanie systemu rynkowego” – jak każde dobro – ma swoją cenę. Jest nią zgoda na redystrybucję dochodów [15]. Cena ta nie może być jednak zbyt wysoka i nie może zniechęcać do podejmowania wysiłku i przedsiębiorczości. Z kolei przedsiębiorczość będąca motorem postępu nie może się obyć bez konkurencji.

Niezależnie od sceptycznego stanowiska von Hayka wobec kwestii sprawiedliwości społecznej ignorowanie celów odnoszących się do równości i sprawiedliwości dla każdego polityka równoznaczne jest z „politycznym samobójstwem”. Oceniając przydatność instrumentu konkurencji publicznych płatników, należy mieć to na uwadze. Doświadczenia Szwajcarii i Niemiec pokazują, że w systemie opartym na konkurencji instytucji ubezpieczających cele społeczne (w szczególności zagwarantowanie powszechnego dostępu do potrzebnych świadczeń) mogą być realizowane w stopniu co najmniej takim samym, jak w systemie monopolistycznego płatnika. Gwarancja powszechnego dostępu do świadczeń może

być jednak zrealizowana również w systemie czysto prywatnych i konkurujących z sobą ubezpieczeń pobierających składki adekwatne do indywidualnego ryzyka. Warunkiem jest wyposażenie każdej osoby w środki wystarczające do zapłacenia składki zależnej od ryzyka. Można tego dokonać np. poprzez zorganizowanie systemu zasiłków celowych finansowanych z wyższego podatku dochodowego.

Generalnie kluczową rolę przy ocenie poszczególnych rozwiązań z punktu widzenia realizacji celów społecznych odgrywa podejście do definicji zabezpieczenia społecznego. Inaczej wypadnie taka ocena, jeśli każdy rodzaj zabezpieczenia (np. ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, pomoc społeczną) potraktujemy jako samodzielny i samoistny system, a inaczej, jeśli potraktujemy je jako wzajemnie uzupełniające się elementy jednej całości. Wielu ekonomistów przychyliła się do tezy, że cele społeczne łatwiej można realizować, jeśli zadanie redystrybucji dochodów skoncentrowane zostanie w pomocy społecznej i systemie podatku dochodowego, działającym bardziej precyzyjnie w tym względzie niż instytucje ubezpieczeniowe [np. 31]. Przypisanie odmiennych instrumentów różnym celom (np. ubezpieczenie do wyrównania ryzyka, podatek dochodowy i pomoc społeczna do redystrybucji dochodów) jest, według Tinbergena, nawet warunkiem koniecznym efektywnego stosowania instrumentów polityki gospodarczej i społecznej [38].

Potrzeba realizacji celów redystrybucyjnych nie stanowi zatem wystarczającej podstawy do odrzucenia instrumentu konkurencji publicznych płatników w systemie społecznego ubezpieczenia zdrowotnego. Takiej podstawy nie znajdziemy również, przyglądając się różnym przypadkom zawodności mechanizmu rynkowego. Alokacja rynkowa w ogóle nie dochodzi do skutku w sferze tzw. dóbr publicznych, w sferze dóbr społecznych zaś nie działa wskutek podjętych decyzji politycznych³. Rynek zawodzi częściowo, gdy pojawiają się efekty zewnętrzne, monopole, asymetrie informacyjne, koszty transakcyjne. Wszędzie tam, gdzie rynek zawodzi, powstaje przestrzeń dla działań państwa, chociaż nie każda zawodność rynku uzasadnia interwencjonizm państwa⁴.

W odniesieniu do wykorzystania instrumentu konkurencji publicznych płatników w ubezpieczeniu zdrowotnym szczególnie ważne są dwie kwestie związane z zawodnością rynku: pojawienie się ewentualnie monopolu naturalnego oraz kwestia kosztów transakcyjnych. W mniejszych społeczeństwach może się okazać, że najbardziej racjonalną formą organizacji rynku będzie

monopol. Efektywność działania ubezpieczenia w roli instrumentu zarządzania (manipulacji) ryzykiem wymaga zebrania odpowiednio dużej liczby podmiotów dotkniętych takim samym ryzykiem i chcących się wspólnie zabezpieczyć [48]. Konstrukcja ubezpieczeń (także zdrowotnych) opiera się bowiem na znanych z rachunku prawdopodobieństwa prawach wielkich liczb. Podstawowe z tych praw, „złote twierdzenie Bernoulliego”, mówi, iż przy dostatecznie dużej liczbie obserwacji zaobserwowana częstość empiryczna zdarzeń losowych różni się będzie od prawdopodobieństwa wystąpienia tych zdarzeń dowolnie mało⁵. Liczba ubezpieczonych musi być zatem odpowiednio duża, by można w sposób prawidłowy określić wysokość ryzyka oraz wysokość składki adekwatnej do poziomu ryzyka przynajmniej na poziomie całej kohorty ubezpieczonych – ekwiwalentność funduszowa (a w ubezpieczeniach prywatnych także jednostkowo – ekwiwalentność kompensacyjna) [37]. W przypadku mniejszych krajów może się okazać, że wymagana minimalna liczba ubezpieczonych odpowiada liczbie mieszkańców. Tym samym znajdzie się miejsce tylko dla jednej instytucji ubezpieczającej, oferującej swoje usługi przy minimalnych kosztach przeciętnych. Sytuacja taka odpowiada tzw. monopolowi naturalnemu. Z kolei wraz ze wzrostem liczby ubezpieczonych pojawiają się problemy logistyczne i administracyjne z obsługą klientów. Także w ubezpieczeniach zdrowotnych mogą się pojawić tzw. *diseconomies of scale* (negatywne efekty skali) prowadzące do spadku produktywności i wzrostu kosztów [16, 49]. *Trade offs* pomiędzy wymaganiami praw wielkich liczb i zagrożeniem ze strony negatywnych efektów skali wymaga poszukiwania „kompromisowej wielkości” ubezpieczenia. Niewątpliwie w 38-milionowym kraju jest jednak wystarczająco dużo miejsca dla kilku, a może nawet kilkunastu ubezpieczycieli.

Dopuszczenie większej liczby ubezpieczycieli nie pozostaje natomiast ze swojej strony bez wpływu na wysokość kosztów transakcyjnych. Zajmująca się badaniem instytucji ekonomicznych pod względem ich zdolności do oszczędzania kosztów transakcyjnych (tj. badaniem komparatywnych kosztów planowania, adaptacji i nadzoru nad wypełnianiem zadań przy różnych strukturach zarządzania) ekonomia kosztów transakcyjnych zwraca uwagę na korelację liczby podmiotów uczestniczących w realizacji transakcji z kosztami transakcyjnymi [44]. Tendencyjnie, im więcej jest podmiotów na rynku, tym wyższe są także koszty transakcyjne. Zmniejszenie liczby podmiotów (w ekstremalnym przypadku bilateralne-

³ Wprawdzie ubezpieczenia zdrowotne (tak jak i świadczenia zdrowotne) nie są dobrami publicznymi, gwarancja dostępu do nich czyni je dobrem społecznym. Dobra społeczne, podobnie jak publiczne, muszą być finansowane ze środków gromadzonych pod przymusem (np. środków podatkowych). Indywidualna skłonność do płacenia za dobra i usługi, które w razie potrzeby można też dostać za darmo (nie działa mechanizm wykluczenia z konsumpcji), równa jest bowiem zero. Natomiast żaden producent nie będzie chciał oferować dóbr społecznych i publicznych, jeśli nie będzie pewny, że ktoś pokryje przynajmniej koszty ich wyprodukowania. W odniesieniu do problematyki finansowania ochrony zdrowia zob. Sowada [33] i tam podana literatura.

⁴ Tylko jeśli korygujące wyniki rynkowe interwencje państwa lepiej służą realizacji przyjętych celów społecznych i ekonomicznych, niż czyni to niedoskonały rynek, interwencje są uzasadnione.

⁵ A zatem, im większa jest liczebność losowej próby jednostek obserwacji, tym większa jest szansa (prawdopodobieństwo), że wyraźniej ujawni się efekt działania przyczyn głównych, wywołujących zmienność systematyczną, której poznanie jest nieodzowne do prawidłowej kalkulacji składki ubezpieczeniowej. Prawo wielkich liczb Bernoulliego stanowi podstawę formułowania innych praw wielkich liczb o większym stopniu uogólnienia (np. prawa Poissona, Chinczyna czy Czebyszewa).

go monopolu do jednego po każdej stronie) nie oznacza jednak automatycznie wzrostu efektywności i pełniejszej realizacji celów. Obniżeniu kosztów transakcyjnych towarzyszy bowiem rosnąca X-nieefektywność i *rent seeking*⁶. Zatem także argumenty z obszaru zawodności rynku nie wystarczają do odrzucenia instrumentu konkurencji w systemie społecznych ubezpieczeń zdrowotnych.

3. Praktyczne implikacje dopuszczenia konkurencji publicznych funduszy zdrowia

Ani teoria ekonomii, ani tym bardziej praktyka systemów zabezpieczenia na wypadek choroby nie daje podstaw do *a priori* odrzucenia rozwiązań opartych na konkurencji publicznych płatników. Natomiast podjęta w 1989 roku decyzja o przyjęciu modelu społecznej gospodarki rynkowej, jako wzoru organizacji systemu społecznego i ekonomicznego, przemawia za szerokim wykorzystaniem instrumentu konkurencji. Czy jednak konkurencja pomiędzy publicznymi funduszami zdrowia w Polsce jest już dzisiaj lub będzie w najbliższej przyszłości możliwa i czy przyczyni się do lepszego wykorzystania zasobów oraz pełniejszego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa bez naruszenia poczucia bezpieczeństwa i sprawiedliwości?

Aby konkurencja była w stanie spełnić pokładane w niej oczekiwania, trzeba znacznie więcej niż politycznej (ustawowej) i administracyjnej zgody na działanie funduszy na terenie całego kraju. Spełnione muszą być trzy podstawowe warunki. Po pierwsze, publiczne fundusze muszą chcieć z sobą konkurować. Po drugie, muszą zostać wyposażone w instrumenty, za pomocą których będą w stanie z sobą konkurować. Po trzecie wreszcie, należy zabezpieczyć system przed sprowadzeniem całej konkurencji do selekcji ubezpieczonych względem ryzyka zdrowotnego.

3.1. Motywacja do konkurowania

Z doniesień prasowych powołujących się na wypowiedzi minister zdrowia Ewy Kopacz wynika, iż od 2010 roku utworzone wcześniej fundusze regionalne miały podpisywać kontrakty ze świadczeniodawcami na terenie całego kraju, a mieszkańcy kraju mieli swobodnie wybierać między funduszami. Mieszkaniec Warszawy powinien zatem móc wybrać np. fundusz małopolski, a mieszkaniec Szczecina fundusz śląski. Zezwolenie funduszom na kontraktowanie świadczeń na terenie całego kraju nie jest jednak tożsame z zagwarantowaniem ubezpieczającym się faktycznego wolnego wyboru funduszu⁷. Czym bowiem kierują się osoby szukające ubezpieczenia? Jednym z najważniejszych kryteriów jest zapewnienie przez ubezpieczyciela szybkiego dostępu do świadczeniodawcy, potrzebnego często (niejako na co dzień), tj. do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty w zakresie najczęściej występujących chorób, podstawo-

wych oddziałów szpitalnych [36]. Ubezpieczających się mniej interesuje natomiast, czy w wypadku jakiejś rzadkiej (tym samym mało prawdopodobnej) choroby będą mogli wybrać znany specjalistyczny ośrodek na drugim krańcu Polski. Czy fundusze ze swej strony będą zainteresowane podpisywaniem umów ze świadczeniodawcami na terenie całego kraju?

Ekonomiczna teoria polityki i ekonomiczna teoria biurokracji zajmujące się m.in. analizą rzeczywistych, a nie tylko formalnie deklarowanych, celów instytucji publicznych uprawnia do sformułowania wniosku, iż instytucje publiczne realizują cele społeczne (cele pryncypała), pod warunkiem że cele te są kompatybilne z celami ludzi pracujących i zarządzających tymi instytucjami (cele agenta) [1, 6]. Załóżmy, że celem publicznego funduszu zdrowia nie będzie osiągnięcie zysku, lecz (jak obecnie w odniesieniu do NFZ) zachowanie równowagi finansowej. Realizacja tego celu nie tylko jest wymuszona przez ustawodawcę, ale także współdecyduje o bezpieczeństwie zatrudnienia na stanowiskach zarządczych [47]. Dla zarządzających funduszami osób możemy przyjąć wektor celów typowy dla administracji publicznej – maksymalizację budżetów, maksymalizację dochodów (np. w postaci premii), prestiżu i bezpieczeństwa miejsca pracy. Wysokość budżetu wyznaczona jest zaś przez liczbę ubezpieczonych i wysokość płaconych przez nich składek. Celem mogłaby zatem stać się maksymalizacja liczby ubezpieczonych, co sugeruje potencjalną atrakcyjność instrumentu konkurencji o ubezpieczonych.

Nie każde zwiększenie budżetu poprzez wzrost przychodów składkowych jest jednak opłacalne, lecz tylko to, które nie zagraża równowadze finansowej.

Przy obowiązujących obecnie procedurach kontraktowania każdego świadczeniodawcy z osobna bardzo prawdopodobne jest, że fundusze nie będą zainteresowane rozwijaniem swojej działalności w każdym zakątku Polski, jak zdaje się sugerować minister zdrowia, a konkurencja, jeśli się pojawi, ograniczy się do dużych miast. Wzrost kosztów transakcyjnych zawierania, realizacji i kontroli ekstremalnie rozproszonych kontraktów, wprawdzie pozwalających kilku lub nawet kilkuset mieszkańcom jakiegoś regionu korzystać ze świadczeń lekarza u siebie, ale finansowanych przez fundusz z innego regionu kraju, przewyższy bowiem korzyści wynikające ze wzrostu budżetu. Nawet zatem jeśli nikt nie zabroni mieszkańcom Narewki wybrać funduszu ze Szczecina, to nikt go nie wybierze, jeśli nie zakontraktuje on świadczeniodawców w Narewce. Obecne procedury kontraktowania, być może w miarę praktyczne dla modelu monopolistycznego płatnika – wojewódzkie oddziały NFZ działają jako regionalni monopolisci wobec większości świadczeniodawców – są zbyt drogie dla modelu konkurencji. Jednym z podstawowych warunków uruchomienia rzeczywistej konkurencji funduszy

⁶ Szczegółowiej o X-nieefektywności Leibenstein [21], a o *rent seeking* Petersen i Müller [28].

⁷ Także w latach 1999–2003 wszyscy mieli formalne prawo do wolnego wyboru kasy chorych, z którego jednak faktycznie tylko niewielu mogło skorzystać.

na terenie całego kraju jest zatem zamiana procedur kontraktowania świadczeniodawców.

W Szwajcarii i Niemczech rozwiązano problem kosztów transakcyjnych kontraktowania, przenosząc ustalanie szczegółowych warunków świadczenia usług na poziom korporacji i związków. W Niemczech każdy mieszkaniec podlegający obowiązkowi ubezpieczenia się w systemie ustawowego ubezpieczenia chorobowego (*Gesetzliche Krankenversicherung*, GKV) może realnie wybierać pomiędzy różnymi kasami chorych. I chociaż w ostatnich latach doszło do intensywnej konsolidacji rynku (liczba kas chorych spadła z 1708 w 1970 roku do 218 w czerwcu 2008 roku), to jednak w każdym zakątku Niemiec swoje usługi oferuje co najmniej kilka kas (w szczególności ogólnokrajowe kasy zastępcze – *Ersatzkrankenkassen*, kasy regionalne – *Allgemeine Ortskrankenkassen* i spora liczba kas zakładowych – *Betriebskrankenkassen*). Jest to możliwe, gdyż niemieckie kasy chorych nie ponoszą kosztów zawierania umów z pojedynczymi świadczeniodawcami. Negocjacje warunków realizacji świadczeń, w szczególności wysokości stawek, prowadzone są przez Związki Kas Chorych, Związki Lekarzy Kasowych (*Kassenärztliche Vereinigungen*) i Związki Szpitali, natomiast podział środków na poszczególnych świadczeniodawców leży z reguły w kompetencji ich korporacji. Ostatnie reformy zapoczątkowane w 2006 roku umożliwiają wprawdzie kasom chorych zawieranie także odrębnych umów z poszczególnymi świadczeniodawcami, nie likwidują jednak rozwiązań ogólnych. Korporacyjny system kontraktowania jest z wielu powodów słusznie krytykowany, oznacza bowiem utworzenie bilateralnego monopolu, ze wszystkimi tego negatywnymi konsekwencjami [np. 8, 25]. Breyer mówi wprost o utworzeniu „szkodliwego dla systemu kartelu kupujących” i „przymusowego monopolu sprzedających świadczenia medyczne” [8, s. 127]. Kontraktowanie na poziomie korporacji ma jednak również niewątpliwą zaletę – drastycznie obniża koszty transakcyjne zarówno dla kas chorych, jak i dla świadczeniodawców.

W Szwajcarii kasy chorych mogą zawierać odrębne umowy z poszczególnymi świadczeniodawcami. Jednak również tu, jeśli taka umowa nie została podpisana, ubezpieczeni mogą korzystać z usług wszystkich świadczeniodawców, którzy zaakceptowali którąś z umów ogólnych (*Tarifvereinbarung*) [10]. Kasy chorych zobligowane są do pokrycia kosztów świadczeń ambulatoryjnych (z reguły w trybie odszkodowawczym) do wysokości taryf ustalonych między związkami lekarzy i kasami, a także zatwierdzonych przez władze poszczególnych kantonów (art. 43 KVG – Ustawa o ubezpieczeniu chorobowym). Świadczeniodawcy nie mają obowiązku przyłączenia się do umów ogólnych, jednak wtedy, jeśli nie zawrą odrębnej umowy, nie mogą leczyć pacjentów na koszt kas. Także taryfy szpitalne negocjonowane są pomiędzy związkami szpitali a ubezpieczycielami. Kasy chorych zobligowane są akceptować rachunki wszystkich szpitali objętych kantonalnymi planami szpitali. W sektorze opieki ambulatoryjnej taryfy kas chorych są jednakowe dla każdego

świadczeniodawcy oferującego usługi w określonym kantonie. W sektorze stacjonarnym szpitale mogą żądać innych cen za pacjentów spoza kantonu. Jeśli ktoś uzyskuje świadczenia poza kantonem miejsca zamieszkania, jego kasa chorych zobowiązana jest do pokrycia kosztów do wysokości taryf ustalonych dla kantonu miejsca zamieszkania. Resztę dopłaca pacjent. W przypadkach nagłych i w przypadkach świadczeń, których nie można uzyskać w kantonie miejsca zamieszkania, różnicę kosztów pokrywa jednak kanton [27].

Wszystkie wymienione regulacje sprawiają, iż koszty transakcyjne zawierania umów pomiędzy ubezpieczycielami a świadczeniodawcami są minimalizowane. Kasy chorych mogą, ale nie muszą, zawierać odrębne umowy z pojedynczymi świadczeniodawcami. Zawarcie takich umów może być korzystne, jeśli duża liczba ubezpieczonych wybiera świadczenia konkretnego świadczeniodawcy.

Ograniczenie kosztów transakcyjnych jest warunkiem koniecznym wzbudzenia zainteresowania funduszy kontraktowaniem świadczeń na terenie całego kraju, ale nie jest warunkiem wystarczającym. Równie ważne jest stworzenie bodźców finansowych dla menedżerów funduszy. Podejmowanie trudu i ryzyka konkurencji w warunkach upolitycznienia stanowisk zarządczych i usztywnienia (choćby ze względu na tzw. ustawę kominową) ich dochodów na relatywnie niskim poziomie nie napawa optymizmem.

3.2. Instrumenty konkurencji

Wykorzystanie konkurencji jako techniki poszukiwania i realizacji innowacyjnych rozwiązań wymaga wyposażenia potencjalnych konkurentów w odpowiednie narzędzia, które umożliwią im odróżnienie się od reszty konkurentów, oczywiście w ramach prawnych wyznaczonych przez ustawodawcę. Najczęściej narzędzia te dotyczą dywersyfikacji produktów, cen i jakości.

Dopuszczenie konkurencji cenowej oraz konkurencji w zakresie ubezpieczonych świadczeń w sferze społecznego ubezpieczenia zdrowotnego wydaje się przedsięwzięciem mocno skomplikowanym. Zakładając, że zadaniem państwa realizowanym poprzez publiczne fundusze jest zapewnienie każdemu mieszkańcowi opieki medycznej w zakresie i standardzie opisanym przez koszyk świadczeń gwarantowanych, pojawia się uzasadnione pytanie o dopuszczalność zróżnicowania zakresu przedmiotowego ubezpieczenia. Idea koszyka świadczeń gwarantowanych wskazuje raczej na potrzebę jego unifikacji dla wszystkich ubezpieczonych. Unifikacja koszyka gwarantowanego nie oznacza jednak, że fundusze zdrowia nie mogą konkurować swoimi produktami.

Przestrzeń dla konkurencji produktami pojawia się, po pierwsze, w obszarze ubezpieczeń dodatkowych. W Szwajcarii art. 12 punkt 2 KVG umożliwia wszystkim licencjonowanym kasom chorych oferowanie ubezpieczeń dodatkowych na takich samych zasadach jak prywatne firmy ubezpieczeniowe. Szwajcarskim kasom (podobnie jak ubezpieczycielom holenderskim) nie wolno jednak uzależniać zawarcia umowy na ubezpieczenie

dotatkowe od zawarcia umowy na ubezpieczenie podstawowe, aczkolwiek należy mieć na uwadze, że zawieranie polis ubezpieczeniowych w dwóch różnych instytucjach może być mało praktyczne [5]. Zakaz ten ma na celu zabezpieczenie wolności wyboru kas przez mieszkańców.

Niemieckim kasom chorych nie wolno natomiast samodzielnie oferować ubezpieczeń dodatkowych. Mogą one jednak w ramach podstawowego ubezpieczenia proponować dodatkowe świadczenia, których nie wymaga ustawodawca [20]. Świadczenia te muszą być dostępne wszystkim ubezpieczonym w kasie. Niemieckie kasy chorych mogą także kooperować z prywatnymi ubezpieczeniami chorobowymi w zakresie oferty polis dodatkowych.

Otworzenie rynku ubezpieczeń dodatkowych dla publicznych funduszy zdrowia wymaga uregulowania ich pozycji w stosunku do firm prywatnych. Publiczne fundusze zdrowia nie powinny w żaden sposób być uprzywilejowane, co jest dość trudne do zagwarantowania, chociażby ze względu na fakt, iż w ich przypadku ostateczną odpowiedzialność materialną ponoszą podatnicy, w prywatnych instytucjach zaś prywatni właściciele.

Także w obszarze świadczeń gwarantowanych konkurencja produktami wbrew pozorom jest możliwa. Koszyk świadczeń gwarantowanych definiuje rodzaj i standard świadczeń, nie definiuje natomiast miejsca ich realizacji. Oznacza to np., że każdy ubezpieczony w określonym funduszu powinien mieć zagwarantowany w razie potrzeby dostęp do leczenia onkologicznego, poszczególne fundusze mogłyby jednak określać, w jakich placówkach ubezpieczeni te świadczenia mogą uzyskać. Mogłyby również określać warunki korzystania ze świadczeń poza miejscem podstawowej działalności funduszu lub poza województwem miejsca zamieszkania, podobnie jak robi się to w odniesieniu do opieki stacjonarnej w Szwajcarii. Takie działania wymagające selektywnego kontraktowania świadczeniodawców lub co najmniej poniesienia dodatkowych kosztów rozliczania się z każdym świadczeniodawcą z osobna pociągają za sobą jednakowoż wzrost kosztów transakcyjnych. Argumentu rosnących kosztów transakcyjnych nie wolno jednak nadużywać, szczególnie w przypadku świadczeń szpitalnych, w których liczba potencjalnych kontrahentów po stronie świadczeniodawców jest niewielka.

Przestrzeń dla rozwoju konkurencji oferowanymi zakresami ubezpieczonych świadczeń otwiera się również w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia. Doświadczenia niemieckie i szwajcarskie wskazują na duże zainteresowanie ubezpieczonych oferowanymi przez kasy chorych programami profilaktycznymi. Fundusze proponujące przemyślane i spójne programy zdrowotne mogą obniżyć swoje koszty po stronie wydatków na leczenie. Mogą także zwiększyć swoje przychody, przyciągając do siebie określone grupy społeczne. Jednak nie zawsze oferowanie dobrych programów zdrowotnych kasom się

opłaca; istnieje niebezpieczeństwo, że kasy w ten sposób przyciągną do siebie gorsze ryzyka zdrowotne, a przez to pogorszą swoją sytuację finansową [43]. Nie jest to jednak argument przeciwko konkurencji na polu programów zdrowotnych, lecz raczej argument za zwiększeniem finansowania profilaktyki i promocji zdrowia jako elementów zdrowia publicznego ze środków budżetowych oraz argument wskazujący na potrzebę precyzyjnego określenia kształtu mechanizmów wyrównania finansowego skutków różnic w strukturach ryzyka ubezpieczonych osób (zob. punkt 3.3).

Konieczność zabezpieczenia każdemu ubezpieczonemu dostępu do potrzebnych świadczeń z koszyka świadczeń gwarantowanych nie implikuje zakazu prowadzenia konkurencji cenowej, tzn. konkurencji wysokością składek. Konkurencja taka jest możliwa zarówno w systemie składek zależnych od dochodu, jak i składek ryczałtowych (*per capita*). Załóżmy najpierw, że zadanie interpersonalnej redystrybucji dochodów pozostaje zadaniem publicznych funduszy zdrowia⁸. Składka ubezpieczeniowa powinna wtedy być powiązana z wysokością dochodów i majątku osób ubezpieczonych⁹. Składka na ubezpieczenie podstawowe dla identycznych grup dochodowych nie powinna natomiast różnić się w zależności od indywidualnego ryzyka zdrowotnego. Ujednolicenie składki gwarantuje bowiem, że ubezpieczeni w określonym funduszu, cechujący się identycznym statusem materialnym, uzyskają identyczny zakres zabezpieczenia podstawowego za identyczną składkę.

Jeśli zadanie redystrybucji dochodów wyłączone zostanie z katalogu zadań publicznych funduszy zdrowia, pojawia się możliwość implementacji składek ryczałtowych (*community rating*), typowych dla społecznego ubezpieczenia zdrowotnego w Szwajcarii. Składki w Szwajcarii nie zależą ani od wysokości dochodu, ani od indywidualnego ryzyka, lecz są identyczne co do kwoty dla osób ubezpieczonych w określonej kasie, zamieszkujących określony region ubezpieczeniowy i należących do jednej z trzech grup wiekowych (do 18. roku życia, 18.–25. rok życia i powyżej 25. roku życia). Osoby, których nie stać na zapłacenie składek ryczałtowych, uzyskują celowe zasiłki na zapłacenie składek, finansowane wspólnie przez kantony i rząd federalny [4]. Również w tym przypadku równość horyzontalna ubezpieczonych w tej samej kasie jest zachowana – tym razem odnosi się ona do cech demograficznych i miejsca zamieszkania.

Natomiast nie istnieje konieczność ujednolicenia składek we wszystkich kasach chorych (niezależnie od sposobu kalkulacji składki), jeśli ubezpieczeni mają rzeczywisty (a nie tylko formalny) wolny wybór ubezpieczyciela. Wręcz przeciwnie, jeśli dostęp do świadczeń ubezpieczenia w różnych funduszach (mimo przyjęcia zunifikowanego koszyka świadczeń gwarantowanych) jest różny lub jeśli koszty produkcji takich

⁸ Jak wcześniej wspomniano, nie jest to warunek konieczny do zachowania solidaryzmu społecznego, jeśli zabezpieczenie na wypadek choroby potraktujemy jako integralną część systemu obejmującego także pomoc społeczną i podatek dochodowy.

⁹ Zachowanie równości horyzontalnej wymaga zdefiniowania jednakowego poziomu składki dla osób/rodzin z takim samym dochodem, przy czym składka ta może być progresywna albo liniowa.

samych świadczeń dla klientów różnych funduszy nie są identyczne, np. ze względu na miejsce ich realizacji, różnicowanie składek jest konieczne dla zachowania zasad sprawiedliwości i równości. Intuicyjnie możemy stwierdzić, że jakość świadczeń i koszty ich produkcji są wyższe w dużych metropoliach. Subwencjonowanie mieszkańców dużych miast przez mieszkańców regionów mniej zurbanizowanych, którzy chociażby z racji miejsca zamieszkania mają utrudniony dostęp do świadczeń najwyższej jakości, poprzez identyczne składki na terenie całego kraju, nie jest rozwiązaniem spełniającym kryterium sprawiedliwości. Aby jednak uniknąć nadużyć w drugą stronę, należy wprowadzić współpłacenie dla pacjentów korzystających ze świadczeń poza decydującym o wysokości składki miejscem zamieszkania, jeśli koszt tych świadczeń przewyższa koszt takich samych w miejscu zamieszkania. Konkurencja powinna również sprzyjać tworzeniu innowacyjnych instrumentów motywujących ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń tam, gdzie są one produkowane taniej. O ile bowiem publiczne fundusze zdrowia zabezpieczą każdemu ubezpieczonemu dostęp do gwarantowanych świadczeń możliwie blisko miejsca zamieszkania na jednakowych standardowych warunkach, konkurencja cenowa w zakresie dobrowolnie wybieranych polis niestandardowych (zawierających np. różne dodatkowe bodźce finansowe) jest możliwa i potrzebna. Każdy ubezpieczony może bowiem odmówić zgody na umowę niestandardową, a jeśli ma faktyczny wolny wybór ubezpieczenia, także zmienić fundusz.

Zróżnicowanie składki na ubezpieczenie zdrowotne praktykowane było w Niemczech, gdzie każda kasa sama ustalała jej wysokość. Wprawdzie w 2009 roku składka procentowa ustawowych kas chorych została ujednoczona (na poziomie 15,5%, następnie obniżona do 14,9%), kasy zachowują jednak prawo do pobierania składki dodatkowej, maksymalnie w wysokości 1% dochodu do oskładkowania. Ustawodawca pozostawił zatem pewną przestrzeń dla indywidualnych decyzji kas. Każdy ubezpieczony może „odmówić” płacenia wyższej składki, rezygnując z ubezpieczenia w drogiej kasie. Ograniczona liczba osób zmieniających kasy na tańsze świadczy jednak o tym, że cena ubezpieczenia nie jest jedyną determinantą wyborów dokonywanych przez ubezpieczonych.

Największe pole do napędzanej przez konkurencję cenową inwencji w poszukiwaniu nowych rozwiązań otwiera się w obszarze tworzenia bodźców motywujących ubezpieczonych do określonych zachowań zdrowotnych i konsumenckich. Przykładem intensywnego wykorzystania bodźców finansowych dla ubezpieczonych są rozwiązania stosowane w Szwajcarii. Także w Szwajcarii kasy chorych różnicują składki w zależności od miejsca zamieszkania i ubezpieczenia. Każdy ubezpieczony, który ukończył 18. rok życia, obciążony jest obowiązkową franszyzą w wysokości 300 franków rocznie (tzn. wszystkie wydatki na świadczenia zdrowotne do tej kwoty ponosi z własnej kieszeni). Ponad kwotę franszyzy każdy ubezpieczony (tu także dzieci) ponosi 10% kosztów świadczeń (przy lekach oryginalnych 20%, jeśli istnieją tańsze leki

generyczne), maksymalnie jednak 700 franków rocznie, a w przypadku pierwszej grupy wiekowej nie więcej niż 350 franków rocznie. Dodatkowo Szwajcarzy płacą 10 franków za każdy dzień pobytu w szpitalu.

Ustawodawca dopuszcza także wybór wyższych franszyz dla dorosłych w wysokości 500, 1000, 1500, 2000, 2500 franków, a dla dzieci (do 18. roku życia) 100, 200, 300, 400, 500 lub 600 franków rocznie¹⁰. Z prawa do wyboru wyższych franszyz korzysta ponad 40% ubezpieczonych. W zamian za przejście większej części ryzyka finansowego na siebie ubezpieczony uzyskuje bowiem obniżenie składki ubezpieczeniowej, w zależności od wybranej franszyzy nawet o 50%, jednak nie więcej niż o 160, 560, 960, 1360 lub 1760 franków dla dorosłych oraz 80, 160, 240, 320, 400 lub 480 franków dla dzieci. Określenie maksymalnej granicy redukcji składki ma zapobiec nadużyciom i samoselekcji dobrych ryzyk poprzez wybór wyższych franszyz. Obniżenie składki ubezpieczeniowej musi być adekwatne do wzrostu indywidualnego ryzyka finansowego, jeśli nie ma zagrozić solidaryzmowi społecznemu, w szczególności solidaryzmowi między osobami wykazującymi się różnym poziomem ryzyka zdrowotnego [4, 42].

Szwajcarzy mogą także wybierać inne niestandardowe polisy, np. oparte na modelu *Health Maintenance Organization* (HMO), w których w zamian za ograniczenie wolności wyboru świadczeniodawcy uzyskują do 20% redukcji składki. Z modelu tego korzysta około 8% Szwajcarów [36]. Wreszcie do wyboru są polisy przewidujące wypłatę bonusów przy niekorzystaniu ze świadczeń (wybrane przez 0,1% Szwajcarów). Bonusy mogą sięgać nawet 45% składki po pięciu latach niekorzystania ze świadczeń. Składka początkowa w tym rozwiązaniu jest jednak o 10% wyższa niż w standardowym modelu [27].

Przedstawione wyżej rozwiązania pokazują, że w systemie społecznego ubezpieczenia zdrowotnego można wykorzystywać bodźce finansowe dywersyfikujące ostateczną cenę zabezpieczenia, jeśli tylko zostanie nie naruszona zasada solidaryzmu. Dopuszczenie konkurencji cenowej wymaga jednak sprawnie funkcjonującego państwa, które poprzez odpowiednie regulacje musi zabezpieczyć system przed nadużyciami i selekcją ryzyka.

Publiczne fundusze zdrowia mogłyby również konkurować na polu jakości obsługi swoich klientów, rozwijając pozytywne narzędzia nagradzające przywiązanie ubezpieczonych do siebie i dbając o swój prestiż. Ważnym narzędziem konkurencji mogą się stać innowacyjne rozwiązania w zakresie tworzenia indywidualnych rezerw na starość. Obserwowane zmiany struktury demograficznej prawie wszystkich społeczeństw na świecie sprawiają, że także w sferze finansowania opieki zdrowotnej w systemie repartycyjnym zaostrzają się trudności z utrzymaniem stabilności finansowej. Coraz częściej pojawiają się postulaty przynajmniej ograniczonego wykorzystania metody kapitałowej i gromadzenia indywidualnie skalkulowanych rezerw na starość [np. 7, 35]. Bez zmiany modelu finansowania grozi bowiem

¹⁰ Przy wyborze innej niż minimalna ustawowa franszyza nadal obowiązują pozostałe rodzaje współpłacenia.

albo gwałtowny wzrost poziomu składki, albo postępujące racjonowanie świadczeń ze względu na wiek pacjenta [7, 9, 11]. Zadaniem ustawodawcy jest dbanie o stabilność finansowania ochrony zdrowia. Jego funkcją jest jednak również zatroszczenie się o to, by gromadzone rezerwy na starość bez przeszkód mogły być zabierane przez ubezpieczonych zmieniających ubezpieczyciela. W innym wypadku dojdzie do drastycznego ograniczenia konkurencji o ubezpieczonych, tak jak ma to miejsce w systemie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech [3, 24].

Kolejne niezwykle ważne narzędzie konkurencji stanowi innowacyjne podejście do zakupu i organizacji świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych. Zakładając, że każdy fundusz zostanie zobowiązany do zagwarantowania poziomu opieki nie niższego, niż zapisany w koszyku świadczeń gwarantowanych, w interesie funduszy powinno być zakupywanie świadczeń dobrych i adekwatnych do potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych za możliwie niską cenę. Fundusze lepiej gospodarujące powierzonymi im składkami mogłyby za nie zakupić więcej świadczeń, zmniejszając tym samym czas oczekiwania na świadczenia, albo też mogłyby zaoferować dodatkowe świadczenia, np. programy profilaktyczne. Bez zmiany zakresu i liczby świadczeń możliwe byłoby natomiast obniżenie poziomu składki.

Przedstawione wyżej możliwości rozwoju konkurencji nie stoją w sprzeczności z realizacją celów społecznych, w szczególności z potrzebą zagwarantowania powszechnego dostępu do najważniejszych świadczeń zdrowotnych. Decyzja o uwolnieniu rynku musi zostać jednak poprzedzona wskazaniem przez ustawodawcę granic konkurencji. W szczególności potrzebne są rozwiązania zapobiegające lub przynajmniej bardzo utrudniające prowadzenie selekcji ryzyka przez ubezpieczycieli.

3.3. Zapobieżenie *cream skimming*

Każdy system ubezpieczeniowy oparty na konkurencji narażony jest na wystąpienie selekcji ubezpieczonych przez ubezpieczycieli, jeśli indywidualne składki nie odzwierciedlają indywidualnego ryzyka¹¹. Selekcję taką najczęściej nazywa się „spijaniem śmietanki” lub *cream skimming*. Wyraża się ona w podjęciu wysiłków nakierowanych na przyciągnięcie tzw. dobrych ryzyk, tj. osób, których oczekiwane składki przekraczają oczekiwane „szkody” (wartość świadczeń medycznych) i zniechęcenie osób stanowiących z perspektywy ubezpieczyciela „złe ryzyko”, tj. osób, których oczekiwane szkody przekraczają oczekiwane składki.

Warto ponownie przypomnieć, że celem wprowadzenia konkurencji publicznych płatników w społecznym ubezpieczeniu zdrowotnym jest zwiększenie efektywności. Konkurencja ma spowodować lepsze zaspokojenie potrzeb zdrowotnych osób ubezpieczonych i dostosowanie oferowanych produktów do indywidualnych prefe-

rencji. *Cream skimming*, tj. konkurencja o dobre ryzyka nie sprzyja temu, wręcz przeciwnie, w konsekwencji selekcji ryzyka osoby wykazujące wysokie preferencje dla ubezpieczenia, lecz stanowiące w oczach ubezpieczycieli złe ryzyko, ubezpieczenia nie znajdują. Taka konkurencja nie przynosi także żadnej społecznej korzyści, w zamian utrudnia realizację celu zabezpieczenia powszechnego i równego dostępu do ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy podkreślić jednak, że powodem selekcji ryzyka jest sposób kalkulacji składek. Przy składkach niezależnych od ryzyka konkurencja ubezpieczycieli może zostać nakierowana na osoby młode i nieobarczone chorobami przewlekłymi, a w przypadku składek zależnych od dochodu dodatkowo na osoby z wyższymi dochodami. Wprowadzając konkurencję do społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, cechującego się niezależnością składek od indywidualnego ryzyka, konieczne jest zatem inne zabezpieczenie systemu przed selekcją ryzyka, która jest racjonalna z punktu widzenia poszczególnych ubezpieczycieli, ale nieefektywna i szkodliwa z punktu widzenia społeczeństwa. Z pewnością nie wystarczy do tego formalny zakaz uprawiania *cream skimming* i nakaz ubezpieczania każdego chętnego. Ubezpieczenia, stosując rozbudowany system instrumentów tzw. miękkiej dyskryminacji, są bowiem w stanie skutecznie zachęcać dobre ryzyka do przystąpienia, a złe ryzyka do wystąpienia z ubezpieczenia. Wśród instrumentów „miękkiej dyskryminacji” odnajdujemy np. marketing nakierowany wyłącznie na osoby zdrowe, celowe wykorzystywanie Internetu (z którego korzystają głównie osoby młodsze), mnożenie administracyjnych trudności, także bodźce finansowe itd. [22].

W roli instrumentu zapobiegającego lub przynajmniej redukującego selekcję ryzyk przez ubezpieczenia wykorzystuje się tzw. mechanizmy wyrównania ryzyka (*risk adjustment mechanism*), a w systemie ze składkami zależnymi od dochodu dodatkowo mechanizm wyrównania przychodów. W wielu krajach Europy takie mechanizmy funkcjonują. Także w Polsce w okresie działania kas chorych mechanizm wyrównania finansowego między kasami, chociaż niezbyt efektywny, funkcjonował [32 i tam podana literatura].

Wymagania stawiane przez teorię ekonomiczną przed konstruktorami mechanizmów wyrównania ryzyka są sformułowane w sposób bardzo prosty. Mechanizmy wyrównania finansowego powinny zniwelować różnice w obciążeniach finansowych i przychodach finansowanych niezależnych od wysiłków ubezpieczycieli na rzecz poprawy efektywności gospodarowania. Nieco upraszczając, mechanizm wyrównania ma odebrać ubezpieczeniom korzyści wynikające z ubezpieczenia osób „ponadprzeciętnie zdrowych” i płacących ponadprzeciętnie wysokie składki z jednej strony i wyrównać straty ubezpieczeniom ubezpieczającym osoby „ponadprzeciętnie chore” i płacące składki niższe niż przeciętne [19, 26, 39].

¹¹ W systemach gwarantujących dobrowolność ubezpieczenia oderwanie poziomu indywidualnej składki od poziomu indywidualnego ryzyka może prowadzić dodatkowo do innego rodzaju selekcji, tzw. *adverse selection*, polegającej na sukcesywnym opuszczaniu ubezpieczenia przez lepsze ryzyka.

W rzeczywistości wymagania stawiane w teorii napotykają jednak na bardzo duże trudności implementacyjne. Szczególnie wielu problemów przysparza szacunek ryzyka zdrowotnego i znalezienie wskaźników w sposób obiektywny odzwierciedlających systematyczne różnice w strukturze ryzyka. Funkcjonujące w Szwajcarii i Niemczech mechanizmy wyrównania ryzyka jako czynniki determinujące wysokość ryzyka zdrowotnego (i różnice w strukturach ryzyka) uwzględniają głównie wiek i płeć ubezpieczonych, w Niemczech dodatkowo także uprawnienia do rent inwalidzkich oraz uczestnictwo w oferowanych przez poszczególne kasy *Disease-Management* programach. Czynniki demograficzne nie odzwierciedlają jednak w satysfakcjonujący sposób różnic ryzyka zdrowotnego [32]. Ograniczenie się do nich może wręcz zainicjować konkurencję o zdrową część populacji osób starszych ze szkodą dla osób (także młodszych) obarczonych wyższym ryzykiem zdrowotnym [19]. Schematyczne podejście do prawa do rent inwalidzkich jako czynnika determinującego różnice w strukturach ryzyka może prowadzić z kolei do uzyskania nieuzasadnionych korzyści przez kasy ubezpieczające dużą liczbę rencistów. Pokazuje to przykład niemieckiej *Bundesknappschaft*, kasy ubezpieczającej szczególnie dużo byłych górników pobierających renty z powodu niezdolności do pracy lub niezdolności do wykonywania zawodu. Łagodna praktyka udzielania rent inwalidzkich górnikom zagrożonym utratą miejsc pracy sprawia, że wprawdzie w *Bundesknappschaft* ubezpieczonych jest wielu beneficjentów takich rent (co generuje prawo do uzyskiwania wyrównania finansowego), rzeczywiste wydatki na świadczenia zdrowotne nie są jednak ponadprzeciętnie wysokie. Dzięki temu *Bundesknappschaft* mogła sobie pozwolić na pobieranie jednej z najniższych składek w całym systemie [47]. Także zbyt schematyczne podejście do uczestnictwa ubezpieczonych w *Disease-Management* programach jako czynnika determinującego różnice w strukturach ryzyka może, jak się okazuje, prowadzić do skutków odwrotnych do oczekiwanych [26, 30, 34].

Dotychczas stosowane mechanizmy wyrównywania finansowego ryzyka i przychodów budzą ze względu na ich nieprecyzyjne działanie uzasadnioną krytykę. Jednakże im więcej czynników mechanizm wyrównania będzie uwzględniał, tym mniej będzie on transparentny i tym bardziej ograniczy motywacje do podjęcia wysiłków na rzecz poprawy efektywności i wprowadzania innowacyjnych rozwiązań, motywacje, których monopolista w ogóle nie wykazuje [47]. Podobnie zatem jak w przypadku wielkości ubezpieczenia (liczby ubezpieczonych w jednej instytucji) również w zakresie mechanizmów wyrównania ryzyka trzeba szukać racjonalnego kompromisu. W każdym wypadku powinien on uwzględniać jednak istnienie regionalnych różnic w kosztach produkcji świadczeń medycznych. Na różnice te ubezpieczyciele mają tylko niewielki wpływ, chociaż znacząco wpływają one na wysokość wydatków. Problemowi temu Szwajcaria stara się zaradzić poprzez decentralizację wyrównania ryzyka i przeniesienie go na poziom kantonów [4].

Warto w tym miejscu podkreślić, że problem zróżnicowanych struktur ryzyka generuje praktyczne trudności także w systemie monopolistycznego płatnika. Wprawdzie płatnik taki nie wykazuje zainteresowania selekcją ryzyka (i tak musi ubezpieczyć wszystkich) [47], to jednak musi w jakiś sposób podzielić środki chociażby na różne regiony kraju. Jeśli w niedostatecznym stopniu uwzględni istniejące różnice w strukturach ryzyka, doprowadzi do zróżnicowania poziomu zaopatrzenia w świadczenia medyczne w różnych miejscach kraju, łamiąc przy tym zasadę równości dostępu do świadczeń gwarantowanych.

Podsumowanie i wnioski

Zapowiedziane przez minister zdrowia Ewę Kopacz wprowadzenie konkurencji publicznych funduszy w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego zbudziło wiele emocji, obaw, ale i nadziei. Jako instrument ekonomiczny konkurencja poprawnie umiejscowiona w systemie społecznej gospodarki rynkowej sprzyja lepszemu wykorzystaniu ograniczonych zasobów, a także pełniejszemu zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przy zachowaniu zasad równości dostępu do podstawowych świadczeń (gwarantowanych) i sprawiedliwości społecznej. Doświadczenia systemów społecznych ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech i Szwajcarii udowadniają, że konkurencja płatników jest instrumentem, z którego warto korzystać, także dlatego, że daje on konsumentom możliwość wolnego wyboru. A wolność wyboru jest przecież jedną z naczelnych wartości wolnego i otwartego społeczeństwa. Również teoria ekonomii podkreśla zalety wykorzystania konkurencji, wskazując jednocześnie na możliwości pogodzenia celów ekonomicznej efektywności z celami społecznymi. Konkurencja nie stoi w sprzeczności z solidaryzmem [13, 14]. Wręcz przeciwnie, uzupełniając się wzajemnie, są w stanie zapewnić wyższy poziom dobrobytu dla całego społeczeństwa i każdego jego członka.

Konkurencji nie da się jednak narzucić decyzją polityczną czy administracyjną. Aby doszła ona do skutku i aby prowadziła do oczekiwanych pozytywnych rezultatów, potencjalni konkurenci, po pierwsze, muszą chcieć z sobą konkurować, po drugie, muszą mieć czym konkurować i po trzecie, muszą zostać powstrzymani od prowadzenia polityki selekcji ryzyka. Wymienione trzy warunki są możliwe do spełnienia w systemie społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, chociaż istnieje potrzeba przyjęcia różnych kompromisów. Wypracowanie tych kompromisów jest zadaniem polityki.

Należy jednak jeszcze wymienić jeden bardzo istotny warunek osiągnięcia sukcesu. Jest nim zachowanie logicznej i racjonalnej sekwencji wprowadzanych zmian. Oznacza to, że najpierw trzeba określić bodźce motywujące zarządzających funduszami do podjęcia wyzwania konkurencji, zmienić procedury kontraktowania (w celu redukcji kosztów transakcyjnych), określić koszt świadczeń gwarantowanych, sformułować granice dla konkurencji cenowej, skonstruować efektywne mechanizmy wyrównania finansowego, a dopiero później można zezwolić na konkurencję publicznych funduszy.

Nie można natomiast traktować konkurencji płatników jako kolejnego samoistnego instrumentu, którego działanie, jeśli się w ogóle objawi, nie będzie kompatybilne ani z celami nadrzędnymi systemu, ani z działaniem innych wykorzystywanych instrumentów. Polskiej ochrony zdrowia nie stać na kolejne rewolucje dekomponujące system. A zatem, jeśli już planowane są „rewolucyjne” zmiany (tj. rozwiązania zmieniające ustrojowe cechy systemu), powinny być one wkomponowane w strukturalną reformę całego systemu. W innym wypadku nawet najbardziej słuszne co do idei pomysły zdezawuuują się w oczach społeczeństwa, kompromitując nie tylko pomysłodawców, ale zagrażając poparciowi dla rozwiązań rynkowych.

Abstract:

Competition between "Public Health Funds". Theory and Experiences from Germany and Switzerland

Key words: social health insurance, competition, decentralization, risk selection, guaranteed health benefit package

The introduction of competition between public insurers within the Polish system of social health insurance, announced by the Ministry of Health Ewa Kopacz, is not a new idea. It raises doubts not so much about the potential possibility of using the instrument of competition for increasing the efficiency of the system but much more about the preparation of the system for such a constitutive change. Competition between public insurers works quite well in the social health insurance system in Germany and Switzerland. The experiences from these systems as well as the theory of health insurance economics show us that there are some preconditions that have to be met in order to realize the positive results of competition. In the first place, the insurers must want to compete. Secondly, they must have instruments for competition. And thirdly they must be kept from developing the risk selection in the form of cream skimming. Showing the constitutive value and character of public insurers' competition the author of the article analyses the practical implications of the three mentioned preconditions and their realization in the German and Swiss health systems.

Piśmiennictwo:

1. Alesina A., Tabellini G., *Bureaucrats or Politicians?*, National Bureau of Economic research, NBER Working Paper No. 1041, 2004.
2. Baumberger J., *Managed Care*, w: Kocher G., Oggier W. (red.), *Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern–Toronto 2004, 173–182.
3. Baumann F., Meier V., Werding M., *Transferable Ageing Provisions in Individual Health Insurance Contracts*, „German Economic Review” 2008; 9, 3: 287–311.
4. Beck K., *Kann der Risikoausgleich unterlaufen werden? Analyse der schweizerischen Ausgleichsformel*, w: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (wyd.), *Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung*, Springer Verlag, Berlin–Heidelberg 1998, 99–146.
5. Beck K., Gardiol L., Spycher S., *Risk Adjustment in Switzerland*, „Health Policy” 2003; 65, 1: 63–74.
6. Bernholz P., Breyer F., *Grundlagen der politischen Ökonomie, Band 2 – Ökonomische Theorie der Politik*, Mohr-Siebeck Verlag, Tübingen 1994.
7. Breyer F., *Ökonomische Grundlagen der Finanzierung im Gesundheitswesen: Status Quo und Lösungsmöglichkeiten*, w: Aufderheide D., Dabrowski M. (red.), *Gesundheit – Ethik – Ökonomik*, Duncker & Humblot, Berlin 2002, 11–27.
8. Breyer F., *Die Chancen der Sozialen Marktwirtschaft und die Rolle der Ökonomen*, „Perspektiven der Wirtschaftspolitik” 2008; 9, 2: 125–138.
9. Breyer F., Schultheiss C., *Altersbezogene Rationierung von Gesundheitsleistungen?*, w: Wille E. (red.), *Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen*, Nomos Verlag, Baden-Baden 2003, 169–193.
10. Britt F., Brombacher Steiner M.V., Streit P., *Krankenversicherung*, w: Kocher G., Oggier W. (red.), *Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern–Toronto 2004, 153–172.
11. Dabrock P., *Rationierung von Gesundheitsleistungen aus Altersgründen?*, w: Brink A. i in. (red.), *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, Duncker & Humblot, Berlin 2005, 105–123.
12. Erlei M., Leschke M., Sauerland D., *Neue Institutionenökonomik*, wyd. 2, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 2007.
13. Friedrich D.N., *Solidarität und Wettbewerb in der Krankenversicherung*, Nomos Verlag, Baden-Baden 2005.
14. Henke K.-D., *Allocation of National Resources in Health Care: Between Competition and Solidarity*, w: Henke K.-D., Dräger C. (red.), *Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität*, Nomos Verlag, Baden-Baden 2001, 47–57.
15. Homann K., Pies I., *Sozialpolitik für den Markt: Theoretische Perspektiven konstitutioneller Ökonomik*, w: Pies I., Leschke M. (red.), *James Buchanans konstitutionelle Ökonomik*, Mohr-Siebeck Verlag, Tübingen 1996, 203–239.
16. Hyman D.N., *Economics*, IRWIN, Homewood, Boston 1989.
17. Kaczmarek T.T., *Ład ekonomiczny w demokratycznym państwie*, Difin, Warszawa 2007.
18. Kamerschen D.R., McKenzie R.B., Nardinelli C., *Ekonomia*, Fundacja Gospodarcza NSZZ „Solidarność”, Gdańsk 1991.
19. Kifmann M., *Insuring Premium Risk in Competitive Health Insurance Markets*, Mohr-Siebeck Verlag, Tübingen 2002.
20. Klusen N., *Chancen und Risiken von Zuwahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, w: Klusen N., Straub C. (red.), *Bausteine für ein neues Gesundheitswesen. Technik, Ethik, Ökonomik*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2003, 167–181.
21. Leibenstein H., *Allocative Efficiency vs. „x-Efficiency”*, „American Economic Review” 1966; 56: 392–415.
22. Maarse H., *European Health Care Reform: Some Experiences in Western Europe and Lessons for Central and Eastern Europe*, referat na Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i Możliwości Rozwiązań, 16.03.2004, CASE-Doradcy, Warszawa 2004.
23. Müller-Armack A., *Genealogie der Sozialen Marktwirtschaft. Frühschriften und weiterführende Konzepte*, wyd. 2, Verlag Paul Haupt, Bern–Stuttgart 1981.
24. Nell M., Rosenbrock S., *Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystem: Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung*, „Perspektiven der Wirtschaftspolitik” 2008; 9, 2: 173–195.

25. Neubauer G., *Generelle Marktfähigkeit von Gesundheitsleistungen*, „Ifo Schnelldienst” 2002; 17: 3–6.
26. Oberender P., Zerth J., *Anreizwirkungen des RSA in einem wettbewerblich orientierten Krankenversicherungssystem*, w: Klusen N., Straub C., Meusch A. (red.), *Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs*, Nomos Verlag, Baden-Baden 2005, 37–49.
27. OECD, *Schweiz*, OECD-Berichte über Gesundheitssysteme, OECD, WHO, Paris 2006.
28. Petersen H.-G., Müller K., *Volkswirtschaftspolitik*, Verlag Vahlen, München 1999.
29. Salman R.S., Bankauskaite V., Vrangbaek K., *Decentralization in Health Care*, European Observatory on Health Systems and Policy Series, Open University Press, Maidenhead, Berkshire 2007.
30. Skorczyk G., Bögemann C., *Wie viel Manipulationspotenzial darf der Rechtsstaat zur Erreichung von Umverteilungszielen in Kauf nehmen?*, w: Klusen N., Straub C., Meusch A. (red.), *Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs*, Nomos Verlag, Baden-Baden 2005, 114–130.
31. Sowada C., *Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen in einer Krankenversicherung*, Verlag P.C.O., Bayreuth 2000.
32. Sowada C., *Wyrównanie finansowe między kasami chorych. Złożone cele i ich realizacja*, „Polityka Społeczna” 2001; 10: 15–21.
33. Sowada C., *Prywatne finansowanie świadczeń zdrowotnych i finansowanie prywatnych świadczeniodawców ze środków publicznych w Polsce w latach 1999–2003*. „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2006; IV, 2: 79–94.
34. Straub C., *Disease-Management-Programme – Divergenzen zwischen Versorgungssteuerung und Risikostrukturausgleich*, w: Klusen N., Straub C., Meusch A. (red.), *Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs*, Nomos Verlag, Baden-Baden 2005, 144–148.
35. Straubhaar T., Geyer G., Locher H., Pimperz J., Vöpel H., *Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen*, Nomos Verlag, Baden-Baden 2006.
36. Szetela P., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako metoda prywatnego finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce: sytuacja aktualna i perspektywa rozwoju*, Uniwersytet Jagielloński CM, IZP (praca magisterska), Kraków 2007.
37. Szumlicz T., *Ubezpieczenia społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2005.
38. Tinbergen J., *Wirtschaftspolitik*, Rombach Verlag, Freiburg 1972.
39. Van de Ven W.P.M.M., Ellis R.P., *Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets*, w: Newhouse J.P., Culyer A.J. (red.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1A, North Holland, Amsterdam 2000, 755–845.
40. von Hayek F.G., *The Constitution of Liberty*, Routledge & Kegan Paul Ltd., London 1960.
41. von Hayek F.G., *The Weasel Word, ‘Social’*, „Salisbury Review” 1983; 2, 1: 4–5.
42. Werblow A., Felder S., *Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz*, Working Paper No. 3/2002, Otto von Guericke University, Magdeburg 2002.
43. Wille E., Resch S., *Risikoselektion trotz Risikostrukturausgleich?*, w: Klusen N., Straub C., Meusch A. (red.), *Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs*, Nomos Verlag, Baden-Baden 2005, 13–36.
44. Williamson O.E., *Ekonomiczne instytucje kapitalizmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
45. Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.
46. Zach M., *Warum der Risikostrukturausgleich zurückgebaut werden sollte*, w: Klusen N., Straub C., Meusch A. (red.), *Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs*, Nomos Verlag, Baden-Baden 2005, 50–64.
47. Zweifel P., *Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung*, „Perspektiven der Wirtschaftspolitik” 2006, 7, 5–26.
48. Zweifel P., *The Theory of Social Health Insurance*, Now Publisher Inc., Boston–Delft 2007.
49. Zweifel P., Eisen R., *Versicherungsökonomie*, wyd. 2, Springer, Berlin–Heidelberg 2003.

■ O autorze:

Christoph Sowada – dr n. ekonomicznych – adiunkt w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.