

*mgr Klaudia Rogowska*<sup>1</sup> 

doktorantka Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej

## Ochrona zdrowia jako strategiczny obszar zarządzania państwa

### WPROWADZENIE

Dla codziennego funkcjonowania jednostki, jej kreatywności, a w konsekwencji dla wypracowywania dobrobytu społeczeństwa, konieczne jest dobre zdrowie. W dzisiejszej literaturze „zdrowie” opisywane jest jako dobrostan fizyczny, psychiczny i umysłowy organizmu, pozwalający na dostosowywanie się do zachodzących zmian, do funkcjonowania w społecznym i fizycznym otoczeniu, pozwalający na udział w tworzeniu dobrobytu społecznego, gwarantujący możliwość realizowania określonych zadań w społeczeństwie (Niżnik, 2004). Jednak nie istnieje jedna obiektywna definicja zdrowia. Pojęcie „zdrowie” jak i „choroba” są subiektywne i zdefiniowane kulturowo oraz mają wymiar prywatny i publiczny (Giddens, 2004).

Społeczeństwo, pacjenci, oczekują od systemu ochrony zdrowia, że zostaną wyleczeni z każdej choroby. Oczekują długiego życia w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej. Tego jednak współczesny system ochrony zdrowia nie jest w stanie zagwarantować. Przyczyną tego jest sama wiedza medyczna oraz ograniczenia systemowe. Wiedza medyczna bardzo szybko się rozwija, natomiast system jest tym elementem, który podlega zmianom, usprawnieniom i działaniom zwiększającym jego efektywność. To stanowi przestrzeń dla decydentów.

Celem artykułu jest wskazanie na potrzebę interwencji państwa w system ochrony zdrowia. W artykule przyjęto założenie, że aktywność w zakresie ochrony zdrowia jest strategicznym obszarem zarządzania państwa, wyznaczonym przez przyjęty system wartości społecznych.

### OBSZARY DZIAŁALNOŚCI PAŃSTWA

Do zwyczajowych obszarów aktywności państwa należy administracja centralna, bezpieczeństwo wewnętrzne i zewnętrzne, wymiar sprawiedliwości, in-

<sup>1</sup> Adres korespondencyjny: e-mail: [klaudia\\_rogowska@wp.pl](mailto:klaudia_rogowska@wp.pl). ORCID: 0000-0003-0215-2481.

frastruktura, bezpieczeństwo sanitarne czy zasoby naturalne. J. Kleer (2005a) podkreśla, że państwo musi pełnić we współczesnej gospodarce znaczącą rolę i ujmuje wpływ państwa w podziale na cztery obszary działalności: infrastrukturę instytucjonalno-prawną; obszar wypełniający funkcje ekonomiczne wynikające z niedoskonałości rynku, w tym działania alokacyjne, dystrybucyjne, regulacyjne i stabilizacyjne; obszar dotyczący realizacji długookresowej strategii opisanej przez wzrost gospodarczy, minimalizację stopy bezrobocia, stabilność ogólnego poziomu cen oraz obszar dotyczący kontekstu społeczno-kulturowego analizowany na poziomie makroekonomicznym. W ostatnim wymienionym obszarze opisuje się sześć zagadnień pozostających w strefie zainteresowania państwa, przy czym oddziaływanie faktyczne nie musi odbywać się z wykorzystaniem sektora publicznego. Zagadnienia te to: edukacja, bezrobocie, ochrona środowiska, redystrybucja dochodów, otwieranie gospodarek narodowych i społeczeństw w różnych aspektach aktywności oraz właśnie ochrona zdrowia, jako mająca charakter ogólnospołeczny.

Jak wskazano, instytucja państwa, jego struktury administracyjne i organizacyjne obecne są we wszystkich sferach, w tym ekonomicznej, prawnej i politycznej, przez co państwo wpływa na system finansowy, rynkowy i publiczny oraz wyznacza kształt życia społecznego. Państwo jest uczestnikiem realnej sfery działalności związanej z dostarczaniem dóbr publicznych, jednak zasadność realizowania zadań państwa generalnie jest postrzegana przez społeczeństwo, jak i jednostki *ex post*, co często spotyka się z brakiem akceptacji dla realizacji tych zadań. Rozumienie wydatków związanych z realizacją zadań państwa jako koniecznych do poniesienia kosztów gotowości, jest ważne z uwagi na ich wagę i wielkość, determinowaną zadaniami zadanymi do realizacji. Im większy jest zakres zadań i ich skala, tym większe jest obciążenie przedsiębiorstw i gospodarstw domowych związane z ich finansowaniem (Woźniak, 2008). Przykładem ponoszonych wysokich kosztów gotowości w zakresie ochrony zdrowia, jest finansowanie utrzymania szpitalnych oddziałów leczenia chorób zakaźnych. Hospitalizacja pacjentów ze względu na choroby zakaźne charakteryzuje się dużą zależnością od pory roku. Zachorowalność na popularne choroby zakaźne wzrasta około września, natomiast najniższa liczba zachorowań odnotowywana jest w I i II kwartale. Wysokie zaś koszty utrzymania gotowości podmiotów leczniczych, w szczególności kadry i infrastruktury, ponoszone są przez cały rok (Ministerstwo Zdrowia, 2018).

Przedmiotem aktywności państwa, czyli zarządzania publicznego w wymienionych wyżej obszarach są sprawy publiczne. W literaturze odnajdujemy definicje sprawy publicznej (dobra publicznego), jako dobra nierywalizacyjnego, charakteryzującego się tym, że zwiększenie liczby konsumentów nie ogranicza możliwości konsumpcji pozostałym konsumentom (Samuelson, 1954). Inna definicja wskazuje, że dobra publiczne to dobra lub usługi, które jakaś zbiorowość zdecydowała się zabezpieczyć kolektywnie. Zaopatrzenie zbiorowości w dobro publiczne może być zarówno całkowite lub też kolektywność danego dobra może

być częściowa (Buchanan, 1997). Tak więc pozostają one w całkowitej lub częściowej gestii państwa i są określane mianem strategicznych dla funkcjonowania państwa i ich obywateli. Zakres tych spraw, ich rolę i udział w życiu społecznym i gospodarczym ustalana w wyniku rozstrzygnięć polityka (Ziębicki, 2007).

Dobro publiczne posiada kilka przymiotów: niekonkurencyjności (jeden podmiot nie ogranicza jego wykorzystania przez inny podmiot), nieodmawialności (podmiot nie może odmówić korzystania z usługi) oraz niewykluczalności (nie można zakazać konsumpcji usługi) (Polański, 2008). Jego dostępność nie jest zależna od partycypacji w kosztach wytworzenia lub utrzymania i ma zaspokoić przede wszystkim potrzeby o charakterze zbiorowym (Woźniak, 2008). Natomiast J. Kleer (2005b) uzupełnia o cechy oparte na przymusie – nakaz oraz zakaz. J. Rawls (2009) charakteryzuje dobro publiczne dwoma cechami: niepodzielnością i publicznością, przy czym od stopnia ich niepodzielności i rozmiaru populacji korzystającej, zależny jest ich rodzaj. W literaturze odnajdziemy kilka podziałów dóbr, np. podział na dobra świadomie i celowo dostarczane jednostkom oraz podział wg swobody decydowania o konsumpcji dóbr (Markowski, 1999). Prowadzi się również rozważania na temat przekształcenia niektórych dóbr publicznych w dobra prywatne (Owsiak, 2005).

Dobra publiczne nie muszą być wytwarzane przez jednostki publiczne (Fedorowicz, 2000), jednak odpowiedzialność za ich dostępność spoczywa z reguły na państwie, które przez swoje organizacje stara się zapewnić równy i powszechny dostęp do nich (Ziębicki, 2007). Teoretycznie dobra publiczne mogłyby być dostarczane przez mechanizm rynkowy, jednak wymienione wyżej przymioty powodują, że dostarczaniem dóbr publicznych zajmuje się państwo poprzez mechanizmy publicznego systemu finansowego. Sektor publiczny jest głównym, a nawet jedynym dostawcą czystych dóbr publicznych, które teoretycznie nie mogą być zlecone sektorowi prywatnemu (Kleer, 2005b), co nie wyklucza w wybranych przypadkach, pełnienia przez sektor prywatny funkcji wspomagających. Kluczowe jednak jest, że zawsze musi się to dziać pod kontrolą instytucji sektora publicznego. Wielkość zaś sektora publicznego w dostarczaniu czystych dóbr publicznych i dóbr mieszanych jest zależna od poziomu ekonomiczno-społecznego, przyjętego modelu ekonomicznego oraz tradycji poszczególnych państw (Kleer, 2005a). Jednak bezsprzeczne jest, że sektor prywatny współistnieje z sektorem publicznym, który jest nieodzowny (Kleer, 2005b). Wskaźnikiem roli sektora publicznego w kraju jest odsetek zatrudnienia w tym sektorze, w odniesieniu do zatrudnienia w całym kraju (Karpiński, Paradysz, 2005).

Dobra publiczne są bezpłatne z punktu widzenia jednostki, bowiem są one opłacane zbiorowo, co implikuje fakt pozostawiania ich w sprzeczności z dobrami prywatnymi. Konsumpcja dóbr publicznych ogranicza konsumpcję dóbr prywatnych, ponadto jest ona przymusowa i niezależna od preferencji jednostki, czym narusza wolność jednostki do dysponowania przeznaczaniem własnego dochodu. Jednak względy ekonomiczne i społeczne zmuszają państwa do ograniczania

swobody konsumpcji, przy czym model konsumpcji nie jest stały i zmienia się stosownie do rozwoju społeczeństwa (Owsiak, 2005), a granica między sektorami publicznym i prywatnym przesuwana się w czasie (Stiglitz, 2004). Z uwagi na rozwój funkcji społecznych państwa, w wielu dziedzinach obserwuje się tendencję do rozszerzania się sektora publicznego i konsumpcji zbiorowej (Owsiak, 2005).

Działania państwa dotyczące stosowania mechanizmów rynkowych w opiece zdrowotnej, są uzależnione od ideologii. Społeczeństwo jest przedsięwzięciem kooperacyjnym, mającym zarówno wspólne interesy, jak i konflikty. Wspólne interesy związane są z korzyściami życia w kooperacji, umożliwiającymi osiągnięcie ambitniejszych celów. Jednak zarówno dystrybuowanie tych korzyści, jak i realizacja własnych celów niezależnych od interesów wspólnych, następczą konfliktów. Dla ich uniknięcia lub rozwiązywania niezbędny jest wybór zasad i porządku, którymi kieruje się społeczeństwo. J. Rawls (2009) twierdzi, że rzadko społeczeństwo jest dobrze urządzone, to znaczy tak, aby każdy akceptował te same zasady sprawiedliwości, a podstawowe instytucje społeczne na ogół spełniały te zasady. Wyznaczenie struktury społecznej, czyli efektu ustawodawstwa społecznego i ekonomicznego ma charakter fundamentalny, jest instytucjonalnym mechanizmem służącym zaspokajaniu istniejących potrzeb, kształtuje potrzeby i aspiracje obywateli oraz co najważniejsze, jest sposobem kreowania i modelowania żądań. To więc system zorganizowany w procesie politycznym reguluje co jest wytwarzane, przy użyciu jakich środków, w jaki sposób rzeczy wytwarzane są dystrybuowane i rozdzielane, jakie środki społeczne przeznacza się na oszczędności oraz na zapewnienie dóbr publicznych (Rawls, 2009).

#### SYSTEM OCHRONY ZDROWIA JAKO INSTRUMENT PAŃSTWA ZAPEWNIAJĄCY BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE SPOŁECZEŃSTWA

Życie i zdrowie jest najwyższą wartością dla każdego człowieka. W Polsce każdy obywatel, niezależnie od sytuacji materialnej, ma konstytucyjnie zagwarantowane prawo do ochrony zdrowia (Konstytucja, 1997). Zapewnienie obywatelom przez państwo dobrostanu fizycznego, psychicznego i umysłowego musi odbywać się w uporządkowany sposób, za co w ujęciu instytucjonalnym odpowiada system ochrony zdrowia. Pojęcie to, ma utrwaloną tradycję, obok określeń stosowanych równoważnie: system opieki zdrowotnej, system zdrowotny (Frączkiewicz-Wronka, 2009).

Pojęcie system zdrowotny tłumaczymy jako spójną całość „której liczne powiązane między sobą części wspólnie oddziałują pozytywnie na stan zdrowia populacji” (Paszowska, 2006, s. 1). Wielość współdziałających części oddziałujących wspólnie na stan zdrowia populacji stanowi więc istotę systemu zdrowotnego (Włodarczyk, Paździoch, 2001), a części te silnie na siebie oddziałują w sferze technicznej i zarządzania. System zdrowotny to inaczej „konceptyjna

całość, której części współprzyczyniają się do powodzenia całości, a powodzenie to jest rozumiane jako realizacja misji opieki zdrowotnej” (Frączkiewicz-Wronka, 2009, s. 67). Dlatego dla sprawności funkcjonowania systemu, konieczna jest jego wewnętrzna spójność (Niżnik, 2004).

System ochrony zdrowia realizuje cztery funkcje: udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym ustalanie wielkości strumienia świadczeń produkowanych i udostępnianych osobom korzystającym; inwestycje w zasoby ludzkie i zasoby trwałe; finansowanie oraz właściwe zarządzanie m.in. poprzez ustalanie reguł dostępu do świadczeń i zakresu tych świadczeń (Niżnik, 2004).

Zarządzanie systemem ochrony zdrowia natomiast definiowane jest przez pryzmat niezbędnej interwencji państwa w system, szczególnie w realiach jego zdecentralizowania i winno przejawiać się regulacjami, kwestiami dot. problematyki informacji oraz formułowaniem polityki zdrowotnej. Polityka zdrowotna zaś, winna redukować nierówności w dostępie do systemu. Definiowanie więc kryteriów ograniczania dostępności, determinowanej ograniczonymi zasobami, jest podstawowym elementem procesu planowania prowadzonego w ramach polityki zdrowotnej (Włodarczyk, 2014).

Za cel systemu zdrowotnego przyjmuje się osiągnięcie dostatecznie dobrego stanu zdrowia, rozumianego jako stan zdrowia na osiągalnym poziomie, przy czym cel ten odpowiada na oczekiwania wszystkich oraz jest realizowany w sposób sprawiedliwy. Cel systemu opieki zdrowotnej jest więc wyrazem przyjętej polityki zdrowotnej, wyznacza uczestnikom systemu kierunek działań i pozwala im ustalić plany przyszłych działań, a z drugiej strony pozwala na ocenę osiągniętych wyników realizowanej polityki (Kautsch, Zak, 2001). Współczesne europejskie systemy zdrowotne, poza celami zdrowotnymi, mają wiele innych zadań do zrealizowania, w szczególności ochronę dochodów obywateli, którzy powinni być zabezpieczeni przed wydatkami stanowiącymi bezpośrednie zagrożenie ich życia, do czego wykorzystywane są mechanizmy ubezpieczenia, oszczędność i redystrybucji dochodu czy dostarczanie instytucji kształcących i specjalizujących (Włodarczyk, Paździoch, 2001).

Podsumowując, celem systemu opieki zdrowotnej jest zabezpieczenie społeczeństwa w skuteczny, powszechnie dostępny proces diagnostyczno-terapeutyczny i rehabilitacyjny realizowany przez fachowy personel, przy wykorzystaniu najnowszych technologii medycznych. Dążenie do realizacji tych celów jest możliwe tylko przy założeniu uprzedniego zbudowania przez państwo efektywnego systemu opieki zdrowotnej (Frączkiewicz-Wronka, 2010) racjonalizacji jego funkcjonowania, lepszego dostosowania usług do potrzeb społecznych oraz poprawy zasad gospodarowania ograniczonymi zasobami tego sektora (Rudawska, 2007). Państwo winno czuwać nad stanem zdrowia mieszkańców, warunkami życia i przeciwdziałać szkodliwym zjawiskom przez system ochrony zdrowia. Zadanie to jest trudne i wymaga podejmowania działań w zakresie szeroko rozumianej polityki zdrowotnej (Frączkiewicz-Wronka, 2010), której właściwością

jest m.in.: wyznaczanie celów i priorytetów oraz definiowanie horyzontów czasowych, gromadzenie i alokacja zasobów oraz określanie reguł dostępności i korzystania oraz racjonalność, rozumiana jako znalezienie równowagi między tym co pożądane a tym co możliwe. Jest rozważaniem korzyści społecznych uzyskanych dzięki standaryzacji (Włodarczyk, 2014).

#### ARGUMENTY PRZEMAWIAJĄCE ZA INTERWENCJĄ PAŃSTWA W SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Mimo że ochrona zdrowia nie wypełnia wszystkich warunków dobra publicznego, to w większości państw jest uznawana za dobro publiczne, a wydatki na ochronę zdrowia finansowane są z uznaniem zasady solidaryzmu i współodpowiedzialności państwa. Przyjmuje się, że ochrona zdrowia jest dobrem społecznym (Niżnik, 2004) czy też merytorycznym, „dostarczającym zbiorowości z uwagi na wspólny interes społeczeństwa, zabezpieczający dobra w ilości korzystnej dla jednostek” (Golinowska, 2002, s. 46).

Argumentami przemawiającymi za interwencją państwa w system ochrony zdrowia są: konieczność alokacji dóbr, niezadowolenie społeczne dotyczące wprowadzenia zasad rynkowych na grunt opieki zdrowotnej, efekty zewnętrzne usług zdrowotnych, asymetrię informacji, ograniczoną konkurencję czy motyw zysku w działalności podmiotów leczniczych.

Alokacja dóbr mająca zagwarantować równość dostępu jest interpretowana różnie, jednak najczęściej uznaje się, że kryterium to stanowi o równym dostępie dla takich samych potrzeb (Niżnik, 2004). Dostęp należy przy tym rozważać w kontekście alokacji zasobów w obliczu luki między ogólną sumą usług niezbędnych do zaspokojenia potrzeb ludzkich a możliwościami ich wytworzenia. Jedynymi zmiennymi w tym układzie są rozmiar braków oraz stopień trudności procesu decyzyjnego (Rudawska, 2007).

Konieczność alokacji dóbr powodowana jest przyczynami zarówno ekonomicznymi, jak i społecznymi. Wywodzi się z zasady sprawiedliwości, przy czym wymienia się sprawiedliwość pionową (równość traktowania jednostek znajdujących się w tym samym położeniu ze względu na ustalone kryterium) i poziomą (równość wymagań od jednostek będących w takim samym położeniu np. cena zależna od dochodu). Alokacja na poziomie populacyjnym oznacza więc alokowanie zasobów według zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, natomiast na poziomie jednostek alokacja oznacza zabezpieczenie jednostek najbardziej potrzebujących (Niżnik, 2004).

Problem mechanizmu alokacji i konsumpcji usług zdrowotnych jest szeroko dyskutowany zarówno przez teoretyków jak i praktyków – w aspekcie efektywności oraz przez polityków – w kategorii społecznej sprawiedliwości w dostępie i korzystaniu z tych usług (Rudawska, 2007). Analiza popytu na usługi zdrowotne

jest złożona, co wynika z kilku aspektów. Po pierwsze – ilość tego dobra najczęściej jest ograniczona, a po drugie – nie jest ono równo dostępne dla każdego indywidualnie. Wprowadzenie uregulowań podziału dobra daje możliwość korzystania według ustalonych kryteriów. Najprostszymi metodami reglamentacji dóbr dostarczanych przez sektor publiczny są: częściowa odpłatność, zaopatrzenie po równo oraz kolejki. Częściowa odpłatność może doprowadzić do zmniejszenia wydatków publicznych (Buchanan, 1997), a jej negatywnym skutkiem może być przeszkoda w realizowaniu zasady uniwersalnego dostępu do świadczeń i profilaktyki. Decyzja o wprowadzeniu reglamentacji poprzez współfinansowanie świadczeń, musi uwzględniać rodzaj świadczeń, uwarunkowania instytucjonalne i kulturowe (Włodarczyk, 2014), i nie może powodować uzależnienia poziomu zaspokojenia wybranych potrzeb medycznych od dochodu (Patrzalek, 2004). Zaopatrzenie po równo, czyli zapewnienie każdemu jednakowej ilości danego dobra, wyklucza możliwość uwzględnienia indywidualnych potrzeb i oczekiwań poszczególnych konsumentów, determinując konsumpcję danego dobra w ilości większej lub mniejszej niż preferencje jednostki. Reglamentacja poprzez kolejki natomiast jest kosztem w postaci zaangażowania czasu oczekiwania w kolejkach, a to jest jego marnotrawstwem (Stiglitz, 2004). Kolejnym kosztem związanym z reglamentacją realizowaną przez kolejki, są opóźnienia w leczeniu, często skutkujące powikłaniami oraz rozwinięciem choroby do stanu konieczności zastosowania innego (radzykalniejszego) procesu leczenia lub też niemożności wyleczenia.

Interwencja państwa w system ochrony zdrowia ma również zapobiegać różnicom w dostępie do usług medycznych i wynikającemu z tego niezadowoleniu społecznemu, mogącym wystąpić po potencjalnym wprowadzeniu zasad rynkowych na grunt opieki zdrowotnej. Konieczna jest więc funkcja interwencyjna państwa realizowana przez całkowite lub częściowe finansowanie opieki zdrowotnej, transfery pieniężne, wymuszoną redystrybucję, regulacje jakości i ilości usług (Rudawska, 2007). Państwo może zapewnić całość zabezpieczenia społecznego obywatelom, a składki wówczas mają charakter danin publicznych lub też w zależności od przyjętego w danym kraju systemu ubezpieczeń emerytalno-rentowych, zabezpieczenie społeczne może być finansowane przez prywatne instytucje finansowe, jednak wówczas mają one możliwość kształtowania wysokości i alokacji składek i nie mają charakteru instrumentu finansowego (Polański, 2008).

Następnym argumentem przemawiającym za interwencją państwa w system ochrony zdrowia podnoszonym w literaturze są tzw. efekty zewnętrzne usług zdrowotnych, np. szczepień ochronnych, pomocy doraźnej, korzystnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Gwarancja ich realizacji ma wpływ na całą populację, a przez to na koszty nie tylko systemu ochrony zdrowia.

Dalszym argumentem uzasadniającym interwencję państwa w system ochrony zdrowia, jest asymetria informacji zachodząca pomiędzy pacjentem a dostawcą usług zdrowotnych. Asymetria ta, opisywana jest w literaturze w dwóch formach. Pierwsza forma asymetrii wynika z posiadanej przez lekarzy, a nie pacjentów,

wiedzy merytorycznej i umiejętności przeprowadzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz wiedzy na temat jakości usług zdrowotnych świadczonych przez konkretne podmioty. Druga forma asymetrii informacji, to pobudzenie popytu przez dostawców świadczeń (Niżnik, 2004). Asymetria ta polega na tendencji do wykonywania świadczeń w większej liczbie niż konieczna, co dzieje się z uwagi na potencjalny wyższy przychód (Włodarczyk, 2014). Relacje te odbiegają od modelu rynkowego głównie z uwagi na dużą wiedzę profesjonalną wymaganą przez naturę produktu. Pacjenci natomiast nie dysponują dostateczną wiedzą na temat swojego stanu zdrowia, bywa, że nie mają nawet świadomości choroby. Konsekwencją tego, jest niemożność dokonania przez pacjenta racjonalnej oceny swoich potrzeb, form terapii, ich dostępności, oraz ich rezultatu szczególnie w sytuacji niepowtarzalności bądź incydentalności problemów zdrowotnych w przypadku konkretnego pacjenta. Niekompetencja pacjenta w sprawach własnego zdrowia oraz podporządkowanie pacjenta lekarzowi, determinuje możliwość wpływania strony podaźowej na liczbę konsumowanych usług przez pacjenta. Sytuacja taka stwarza ryzyko moralnych nadużyć ze strony usługodawcy. Dodatkowo, ryzyko takie zwiększają zaawansowane techniki medyczne, które z jednej strony zwiększają skuteczność leczenia, z drugiej jednak kształtują zapotrzebowanie na nowe usługi, które z uwagi na swój koszt mogą ograniczać ostatecznie konsumpcję usług (Rudawska, 2007). Manipulowanie liczbą wizyt według korzyści świadczeniodawcy, niekoniecznie pacjenta, jest co do zasady trudne do wykazania z uwagi na definicję zdrowia, obejmującą również złe samopoczucie psychiczne pacjenta (Krasucki, 2005). Nie można się jednak zgodzić ze stanowiskiem, że zagrożenie takie istnieje jedynie w przypadku podmiotów prywatnych (Leowski, 2004).

Przyczyną natomiast zjawiska zniekształcającego prawo popytu polegającego na zgłaszaniu przez pacjentów zapotrzebowania na większą liczbę świadczeń niż jest to konieczne, jest brak konieczności bezpośredniego finansowania tych świadczeń (Lewandowski, 2010). Ponadto, niedostateczne zabezpieczenie w odpowiednich miejscach systemu, skutkuje zwiększonym zapotrzebowaniem w innych miejscach, np. brak miejsc opieki długoterminowej i hospicyjnej skutkuje zwiększonym zapotrzebowaniem na hospitalizację wynikające z przyczyn społecznych, a nie medycznych.

Następny argument uzasadniający interwencję państwa w ochronę zdrowia to ograniczona konkurencja, będąca efektem niedoskonałej informacji. Różnorodność usług medycznych, regulacje prawne zakazujące reklamy, solidarność grupy oraz ograniczenie konkurencji są przyczynami, dla których konkurencja pomiędzy podmiotami leczniczymi jest wysoce ograniczona (Stiglitz, 2004).

Również motyw zysku przemawia za aktywnością państwa w opiece zdrowotnej. W przypadku instytucji, które nie są nastawione na zysk, brak jest bodźca do minimalizowania, czy nawet racjonalizowania kosztów. Podmioty natomiast nastawione na zysk, reagują na bodźce proefektywnościowe, a zdarza się,



że w konsekwencji dochodzi do zdeformowania działań i zaniedbania jakości. W efekcie zawodność rynku usług medycznych prowadzi do nieefektywności systemu i wzrostu kosztów (Stiglitz, 2004).

Aktywność państwa w obszarze ochrony zdrowia jako konsekwencja przyjętego systemu wartości

Z uwagi na cel, jaki polityka zdrowotna ma osiągnąć, mianowicie ochronę zdrowia, W. Włodarczyk (2014) nazywa politykę zdrowotną najważniejszą formą aktywności publicznej, dla której odniesieniem jest przyjmowany system wartości. Autor wskazuje również na niebagatelne znaczenie polityki zdrowotnej w sferze publicznej z uwagi na wielkość wydatków ponoszonych na tę opiekę. Odpowiedzialność natomiast za politykę społeczną i zdrowotną ponosi rząd danego kraju. Zakres i rola państwa w działaniach dotyczących tych sfer jest decyzją polityczną, i w demokratycznych państwach Unii Europejskiej ma różne struktury, wymiany i kieruje się różnymi wartościami. Nie ma jednego modelu realizowania polityki społecznej, choć większość krajów europejskich realizuje model opierający się na czterech podstawowych wartościach: rozwiniętym i interweniującym państwie pozyskującym fundusze publiczne głównie z podatków, rozbudowanym systemie zabezpieczeń społecznych zdolnym do ochrony najsłabszych grup społecznych, kontroli i ograniczaniu nierówności ekonomicznych, uznaniu roli partnerów społecznych w tym reprezentujących interesy pracownicze (Włodarczyk, Kowalska, Mokrzycka, 2012).

Ochronę zdrowia należy więc rozważać w kontekście odpowiedzialności i sprawiedliwości społecznej, solidaryzmu i wrażliwości. Dlatego w rozważaniach dotyczących miejsca ochrony zdrowia w rozwiązaniach instytucjonalnych danego kraju, na szczególną uwagę zasługuje teoria kontraktu konstytucyjnego.

W teorii kontraktu konstytucyjnego, której najwybitniejszym przedstawicielem jest J. Buchanan, instytucjonalnym fundamentem porządku społecznego jest właśnie kontrakt konstytucyjny, określany też polityczną konstytucją ładu gospodarczego. Ład ten traktowany jest przez twórców teorii jako szczególne dobro publiczne którego celem jest racjonalizacja sfery decyzji politycznych, przy jednoczesnym wprowadzeniu ram ograniczających działania jednostki dla stabilizacji warunków instytucjonalnych bezpieczeństwa i przewidywalności zachowania innych osób (Wilkin, 2012). To podejście do konstytucji jako do umowy społecznej zapewnia każdej jednostce równe traktowanie na poziomie konstytucyjnym oraz chroni jej prawa. W modelu tym, nadzór nad przestrzeganiem zasad zawartych w kontrakcie konstytucyjnym sprawuje państwo, które jednocześnie zapewnia produkcję dóbr publicznych (Metelska-Szaniawska, 2012).

Władza publiczna winna przykładzać dużą wagę do systemu ochrony zdrowia oraz zdrowia populacji, ze względu na bezpośredni związek między stanem zdrowia ludności a jej rozwojem, efektywnością, kreatywnością i produktywnością. Przyczyną, dla której rządy nie prowadzą inwestycji w zdrowie jest brak wiedzy na temat znaczenia zdrowia społeczeństwa dla wzrostu ekonomicznego i rozwo-

ju kraju, wynikający ze złożoności obliczeń relacji koszty – korzyści i wielości czynników koniecznych do uwzględnienia w tych obliczeniach, oraz analizowania zdrowia społeczeństwa jako pochodnej rozwoju kraju bez uwzględniania relacji odwrotnej. Istotnym uwarunkowaniem dla efektywnego inwestowania w zdrowie społeczeństwa jest kompetentne zarządzanie, zapewniające równość, sprawność i efektywność systemu (Krasucki, 2005).

Państwo powinno czuwać nad stanem zdrowia ludności, warunkami życia i pracy oraz prowadzić działania mające zapobiegać szkodliwym czynnikom (Frączkiewicz-Wronka, 2009). Zaspokajanie potrzeb społeczeństwa w zakresie co najmniej podstawowym, odbywa się przez planowe działania państwa nieuwzględniające mechanizmów rynkowych lub uwzględniające te mechanizmy, a realizowane na zlecenie sektora publicznego (Patrzalek, 2004). Zaangażowanie państwa w sektor ochrony zdrowia może mieć natomiast różny zakres, w zależności od przyjętej doktryny społeczno-ekonomicznej. W modelowym systemie ochronę zdrowia traktować można jak każdą usługę, na którą popyt wyznacza konsument, a podaż dostosowuje się do popytu. W systemie mieszanym, zaangażowania państwowo-prywatnego, literatura wskazuje na dwa sposoby finansowania ochrony zdrowia. Po pierwsze wyróżnia się finansowanie prywatne przypadków „łatwych” przy marginalnej interwencji państwa dla ryzyka nieubezpieczonego, tj. chorób wrodzonych i chronicznych oraz społeczeństwa uboższego oraz sytuację drugą, tj. finansowanie opieki zdrowotnej przez państwo. Trzeci model wyróżniany przez literaturę to model państwowej produkcji, podziału środków i finansowania opieki zdrowotnej. Wskazywana jest tutaj rola państwa polegająca na określaniu warunków realizacji świadczeń zdrowotnych, ustalaniu zasad, wg których mają funkcjonować podmioty działalności leczniczej, kontrola funkcjonowania podmiotów i sposobu realizacji tych świadczeń oraz ustalanie warunków finansowania ochrony zdrowia. W tym modelu państwo jest podmiotem odpowiedzialnym za zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludności, kreującym system ochrony zdrowia, oraz co najistotniejsze, państwo wyznacza popyt za konkretny zakres usług w zakresie ochrony zdrowia. Wybór modelu, jak wskazano wcześniej, to wybór realizowanego modelu politycznego. Najistotniejsze wydaje się być osiągnięcie celu, tj. ustalenie najefektywniejszego systemu ochrony zdrowia. Sam fakt konieczności interwencjonizmu państwa w działania mające na celu ochronę zdrowia ludności jest bezdyskusyjny. Kluczowym zadaniem polityki zdrowotnej jest wypracowywanie modelu ochrony zdrowia dającego gwarancję sprawności i jednocześnie akceptowanego przez interesariuszy (Frączkiewicz-Wronka, 2009).

Nasilające się obecnie konsekwencje dysfunkcji systemu ochrony zdrowia, polegające na wzrastającym zapotrzebowaniu na świadczenia medyczne przy braku możliwości ich zaspokojenia przez ten system, implikują wiele problemów zarządczych, i konieczność wprowadzenia zmian. Aktualne są trzy główne czynniki determinujące konieczność reform systemów ochrony zdrowia: zmiany demograficzne, postęp cywilizacyjny i technologiczny oraz realia ekonomiczne. Ponadto,

realizatorzy reform nie uwzględniają w wystarczającym zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych. Dostępność należy rozumieć jako dostępność geograficzną, ale przede wszystkim jako dostępność funkcjonalną i finansową (Leowski, 2004).

W krajach bogatych o modelu „państwa opiekuńczego” oraz w krajach Europy Środkowo-Wschodniej w latach 80. i 90. zmieniła się filozofia rozwoju społeczno-ekonomicznego. Do powszechnego dyskursu weszły pojęcia liberalizmu i neoliberalizmu. Ta zmiana filozofii w polityce zdrowotnej oznaczała powszechne reformowanie systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzanie mechanizmów rynkowych. Źródłem tych neoliberalnych rozwiązań było przeświadczenie o nadmiernej ingerencji państwa w różnych dziedzinach, a przy tym o nieskuteczności tych działań. Wpływ państwa miał być więc ograniczany, a wolny rynek miał być rozbudowywany. Konsekwentnie również w sektorze zdrowia powstały dwie strony kontraktów, kupujący świadczenia publiczne i świadczeniodawcy (Leowski, 2004).

W 2017 r. oceniono, że ograniczenie interwencji państwa w system ochrony zdrowia nie przyniosło jednak spodziewanych efektów a ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych istotnie wzrosły. Jednocześnie w systemie ochrony zdrowia ujawnił się brak kadr medycznych we wszystkich grupach zawodowych, co potęgowało deficyt finansowy systemu i spowodowało konieczność podjęcia kolejnych reform systemu. Zdecydowano wówczas o wprowadzeniu tzw. sieci szpitali (Ustawa, 2017), która miała odwrócić proces wprowadzania mechanizmów wolnorynkowych do systemu ochrony zdrowia.

Niezaprzeczalnie ochrona zdrowia jest obszarem strategicznym państwa i wymaga systemowego podejścia do zarządzania tym obszarem dla urzeczywistnienia sprawności systemu. Zadanie to jest tym bardziej naglące, że deficyty występujące z nasiloną siłą w systemie ochrony zdrowia dotyczą strategicznych zasobów tego systemu, tj. personelu i finansów, a w konsekwencji wpływają na funkcjonowanie społeczeństwa, jego wzrost i wypracowywanie dobrobytu.

## ZAKOŃCZENIE

Spółeczeństwo polskie przyjęło model systemu ochrony zdrowia zapewniający każdemu obywatelowi równość i sprawiedliwość w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Model taki wymaga interwencji państwa na różnych płaszczyznach. Zadaniem państwa jest określenie celu systemu i jego zadań, ale również wyznaczenie podmiotów systemu, powiązań między tymi podmiotami, odpowiedniej infrastruktury prawnej i finansowej oraz zapewnienie mechanizmu dostępu do wykwalifikowanej kadry. Obecny system ochrony zdrowia boryka się z wieloma problemami, przy czym najważniejszymi są braki kadry medycznej oraz ograniczone zasoby finansowe. Na problemy te nakłada się zwiększające się stale

zapotrzebowanie na świadczenia medyczne, związane z czynnikami demograficznymi oraz rozwojem medycznych technologii diagnostycznych i terapeutycznych.

Problem ograniczonych możliwości zaspokajania zgłaszanych potrzeb w przypadku dóbr publicznych jest sytuacją bezspornie powszechną, jednak w tak wrażliwym obszarze jak ochrona zdrowia, dysfunkcja ta jest priorytetowym zadaniem dla decydentów.

## BIBLIOGRAFIA

- Buchanan, J.M. (1997). *Finanse publiczne w warunkach demokracji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fedorowicz, Z. (2000). *Podstawy teorii finansów*. Warszawa: Poltext.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2009). *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2010). Nowoczesna koncepcja świadczenia usług publicznych – zmiana w kierunku nowego zarządzania publicznego. W: A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia* (s. 15–62). Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach.
- Giddens, A. (2004). *Socjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Golinowska, S. (2002). *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej: studium ekonomiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kautsch, M., Zak, J. (2001). Cele organizacji opieki zdrowotnej. W: M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej* (s. 90–91). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kleer, J. (2005a). Identyfikacja rodzajów dóbr wytwarzanych przez sektor publiczny. W: J. Kleer (red.), *Sektor publiczny w Polsce i na Świecie: między upadkiem a rozkwitem* (s. 9–54). Warszawa: CeDeWu Sp. z o.o.
- Kleer, J. (2005b). Koncepcja modelu sektora publicznego i wzajemnych relacji między sektorem dóbr publicznych i sektorem dóbr prywatnych. W: J. Kleer (red.), *Sektor publiczny w Polsce i na Świecie: między upadkiem a rozkwitem* (s. 271–289). Warszawa: CeDeWu Sp. z o.o.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm.).
- Krasucki, P. (2005). *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia*. Warszawa: CeDeWu Sp. z o.o.
- Leowski, J. (2004). *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*. Warszawa: CeDeWu Sp. z o.o.
- Lewandowski, R. (2010). Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej nowe wyzwania* (s. 47–66). Warszawa: Wolter Kluwer Polska Sp. z o.o.
- Markowski, T. (1999). *Zarządzanie rozwojem miast*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Metelska-Szaniawska, K. (2012). Ekonomia konstytucyjna – ekonomia polityczna ładu gospodarczego. W: J. Wilkin (red.), *Teoria wyboru publicznego* (s. 109–136). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o.
- Ministerstwo Zdrowia, *Mapy potrzeb zdrowotnych*. Pobrane z: <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych-dokumenty> (2018.08.09).
- Niżnik, J. (2004). *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Owsiak, S. (2005). *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Paradysz, S., Karpiński, A. (2005). Sektor publiczny w krajach Unii Europejskiej. W: J. Kleer (red.), *Sektor publiczny w Polsce i na świecie: między upadkiem a rozkwitem* (s. 57–119). Warszawa: CeDeWu Sp. z o.o.
- Paszkowska, M. (2006). *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*. W: e-Finanse. Pobrane z: <https://docplayer.pl/2618570-Zarys-finansowania-systemu-zdrowotnego-w-polsce.html> (2018.09.05).
- Patrzalek, L. (2004). Polityka budżetowa. W: B. Winiarski (red.), *Polityka gospodarcza* (s. 380–397). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Polański, Z. (2008). Wprowadzenie. System finansowy we współczesnej gospodarce rynkowej. W: B. Pietrzak, Z. Polański, B. Woźniak (red.), *System finansowy w Polsce*, cz. 1 (s. 15–63). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rawls, J. (2009). *Teoria sprawiedliwości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rudawska, I. (2007). Zawodność mechanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej. *Problemy zarządzania, nowe trendy w ekonomii i ich wykorzystanie w zarządzaniu*, 3, 9–18.
- Samuelson, A.P. (1954). A pure theory of public expenditure. *The Review of Economics and Statistics*, 36, 387–389.
- Stiglitz, J. (2004). *Ekonomia sektora publicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ustawa z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 844 ze zm.).
- Wilkin, J. (2012). Teoria wyboru publicznego – homo economicus w sferze polityki. W: J. Wilkin (red.), *Teoria wyboru publicznego* (s. 9–29). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o.
- Włodarczyk, W. (2014). *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Wolters Kluwer S.A.
- Włodarczyk, C., Paździoch, S. (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Włodarczyk, W., Kowalska, I., Mokrzycka, A. (2012). *Szkice z polityki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
- Woźniak, B. (2008). Zasady funkcjonowania i zakres publicznego systemu finansowego. W: B. Pietrzak, Z. Polański, B. Woźniak (red.), *System finansowy w Polsce*, cz. 2 (s. 13–25). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ziębicki, B. (2007). Efektywność a jakość w sektorze publicznym. W: A. Potocki (red.), *Spoleczne aspekty przeobrażeń organizacyjnych* (s. 331–339). Warszawa: Społeczne Centrum Doradztwa i Informacji Difin Sp. z o.o.

*Streszczenie*

Zdrowie społeczeństwa jest czynnikiem warunkującym jego rozwój oraz zdolność wypracowywania dobrobytu. Ochrona zdrowia, jest natomiast strategicznym obszarem aktywności państwa i wymaga systemowego podejścia do zarządzania tym obszarem. Przyjęty model systemu ochrony zdrowia jest odzwierciedleniem uznawanych przez społeczeństwo wartości, których wyraz dokonuje się przez demokratyczne wybory polityczne.

*Słowa kluczowe:* zdrowie, system ochrony zdrowia, system opieki zdrowotnej, opieka zdrowotna, dobro publiczne.

**Health protection as a strategic area of state management***Summary*

Health is a factor conditioning the development of society and the ability to develop its prosperity. Whereas health protection is a strategic area of state activity and requires a systematic approach to managing this area. The adopted model of the healthcare system reflects the values recognized by society which are expressed through democratic political choices.

*Keywords:* health, healthcare system, health care, public good.

JEL: I18.