

EKONOMIA ZDROWIA I OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jadwiga Suchecka

**2. wydanie
rozszerzone i uaktualnione**



Wolters Kluwer

EKONOMIA ZDROWIA I OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jadwiga Suchecka

**2. wydanie
rozszerzone i uaktualnione**

Recenzent

Dr hab. Iga Rudawska, prof. US

Wydawca

Izabella Małeczka

Redaktor prowadzący

Joanna Cybulska

Opracowanie redakcyjne

Violet Design

Łamanie

Violet Design

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych

Maciej Sadowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.



SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ

Więcej na www.legalnakultura.pl

POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer SA, 2016

ISBN: 978-83-264-9632-5

2. wydanie

Wydane przez:

Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 19

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1	
Wprowadzenie do problematyki ekonomicznej	11
1.1. Uwagi ogólne	11
1.2. Systemy i ich rodzaje – podstawowe pojęcia i definicje	22
1.2.1. Ogólna definicja systemu	22
1.2.2. System ekonomiczny i jego rodzaje	23
1.2.3. System zdrowotny	26
1.2.4. System finansowy	29
1.2.5. System zdrowotny jako układ bloków i strumieni	32
Rozdział 2	
Modele systemów zdrowotnych	37
2.1. Uwagi ogólne	37
2.2. Podstawowe modele systemów zdrowotnych	38
2.3. Ewolucja systemów zdrowotnych	42
2.4. Kierunki reform systemów zdrowotnych w wybranych krajach	45
Rozdział 3	
Przedmiot i zakres analiz ekonomicznych w sektorze zdrowia	54
3.1. Uwagi wstępne	54
3.2. Ekonomia normatywna sektora zdrowia – przegląd współczesnych koncepcji	57
3.3. Opieka zdrowotna i zdrowie jako ekonomiczny towar	63
3.4. Zakres analiz ekonomicznych w sektorze zdrowia	67
3.4.1. Mikroekonomiczne ujęcie zdrowia	70
3.4.2. Makroekonomiczne ujęcie opieki zdrowotnej	72
3.4.3. Ekonomiki szczegółowe w sektorze zdrowia	73
Rozdział 4	
Zdrowie i jego pomiar	78
4.1. Wprowadzenie – podstawowe pojęcia i definicje zdrowia	78
4.2. Wybrane koncepcje pomiaru zdrowia	82
4.2.1. Pozytywne i negatywne mierniki stanu zdrowia populacji	86
4.2.2. Syntetyczne mierniki stanu zdrowia	88
4.2.3. Wybrane metody i narzędzia pozyskiwania danych o zdrowiu	91
4.3. Modele stanu zdrowia – założenia i własności	95
4.3.1. Klasyczny model stanu zdrowia	95
4.3.2. Podstawowe założenia modelu MIMIC	97
4.4. Z historii zastosowań modelu Indeksu Stanu Zdrowia	101

Rozdział 5

Popyt i funkcja produkcji zdrowia	107
5.1. Wprowadzenie	107
5.2. Funkcja produkcji zdrowia	111
5.3. Popyt w opiece zdrowotnej	117
5.3.1. Uwagi ogólne – opieka zdrowotna jako dobro	117
5.3.2. Popyt na opiekę zdrowotną	120
5.3.3. Krzywe popytu na dobra publiczne	126
5.3.4. Uwagi końcowe	128

Rozdział 6

Równowaga w sektorze zdrowia	129
6.1. Założenia ogólne i modele	129
6.2. Równowaga i jej wpływ na dobrobyt	135
6.3. Teoretyczny model równowagi rynkowej w sektorze zdrowia	141
6.3.1. Równowaga cząstkowa	141
6.3.2. Równowaga ogólna	150

Rozdział 7

Ewaluacja ekonomiczna w opiece zdrowotnej	153
7.1. Wprowadzenie do problematyki	153
7.2. Koszty w opiece zdrowotnej – rodzaje i metody analizy	162
7.2.1. Koszty i ich klasyfikacje	162
7.2.2. Wybrane metody analizy kosztów	170
7.3. Metody ewaluacyjne – aspekt teoretyczny	174
7.3.1. Wprowadzenie	174
7.3.2. Metoda analizy kosztów – korzyści (CBA)	176
7.3.3. Analiza kosztów – efektywności (CEA)	180
7.3.4. Metoda analizy kosztów – użyteczności (CUA)	182

Rozdział 8

Ubezpieczenia zdrowotne – wybrane aspekty teoretyczne	187
8.1. Wprowadzenie	187
8.2. Rynek ubezpieczeń zdrowotnych	195
8.2.1. Ubezpieczenia a zachowania podmiotów na rynku	195
8.2.2. Ryzyko zdrowotne jako ryzyko ubezpieczeniowe	199
8.2.3. Oczekiwana wartość korzyści z ubezpieczenia i krańcowa użyteczność dobrobytu	203
8.3. Ubezpieczenia zdrowotne a hazard moralny	205
8.3.1. Wprowadzenie do problematyki	205
8.3.2. Teoretyczne aspekty hazardu moralnego <i>ex ante</i>	208
8.3.3. Statyczne oraz dynamiczne ujęcie hazardu moralnego <i>ex post</i>	210
8.3.4. Wpływ hazardu moralnego na dobrobyt	215

Zakończenie	219
--------------------------	-----

Bibliografia	223
---------------------------	-----

Indeks rzeczowy	237
------------------------------	-----

Wstęp

We współczesnych badaniach teoretycznych, jak również empirycznych dokonuje się rozróżnienia między ekonomią zdrowia a ekonomią opieki zdrowotnej.

Ekonomia zdrowia jest dziedziną wiedzy traktującą zdrowie jako problem ekonomiczny. Dotyczy więc procesów produkcji, wymiany oraz konsumpcji dóbr i usług zdrowotnych. Zagadnienia stanowiące przedmiot ekonomii zdrowia podlegają ciągłej ewolucji pod wpływem zmieniającego się otoczenia wewnętrznego i zewnętrznego systemu zdrowia oraz zdrowotnych uwarunkowań populacji.

Ekonomia opieki zdrowotnej zajmuje się analizowaniem funkcjonowania systemu zdrowotnego oraz sposobami finansowania świadczeń zdrowotnych w różnych systemach organizacyjnych ochrony zdrowia.

Współczesne badania z zakresu ekonomii opieki zdrowotnej w przeważającej części poświęcone są charakterystyce powiązań pomiędzy ekonomicznymi uwarunkowaniami gospodarki narodowej lub/i sfery ochrony zdrowia a zdrowiem (w szerokim znaczeniu) i chorobami.

Różnorodność podlegających badaniom problemów występujących w sektorze zdrowia skłania do prowadzenia prac interdyscyplinarnych oraz wypracowania odpowiednich narzędzi badawczych bądź adaptacji specyficznych instrumentów oddziaływania.

Obecnie w analizach ekonomicznych wiele uwagi poświęca się wartościowaniu zdrowia w kategoriach finansowych oraz oddziaływaniu różnych uregulowań prawnych na kształtowanie się podaży i świadczeń medycznych i popytu na nie. Bardzo często poddaje się ocenie wpływ decyzji rządowych na politykę zdrowotną oraz kształtowanie się form opieki medycznej i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Działalność w sferze ochrony zdrowia, poprzez analogię do działalności typowo ekonomicznej, może podlegać również stale powtarzającym się, wzajemnie powiązanym fazom: produkcji, podziału, wymiany, konsumpcji.

Zasadniczym celem niniejszej monografii jest prezentacja wybranych aspektów teoretycznych współczesnej ekonomii zdrowia i opieki zdrowotnej na podstawie odpowiednich pozycji literatury światowej i polskiej. Omawiane zagadnienia mają charakter ogólny i koncentrują się na wskazaniu możliwości wykorzystania teorii ekonomicznych do analizowania różnych problemów występujących w sektorze zdrowia.

Struktura i układ treści tworzą zwartą logiczną całość podporządkowaną głównemu celowi pracy – zastosowaniu teorii ekonomicznej dla analizowania

specyficznych problemów występujących we współczesnych systemach zdrowotnych. Ogólne teorie ekonomiczne powiązane z poszczególnymi dobrami i rynkami świadczeń zdrowotnych mogą być wykorzystane do analizy każdego systemu zdrowotnego, bez względu na strukturę organizacyjno-funkcjonalną. Każdy rozdział stanowi samodzielną całość i pozwala na oddzielną analizę omawianych problemów. Powiązania logiczne poszczególnych części i hierarchizacja omawianych treści tworzą całość odzwierciedlającą problemy nurtujące sektor zdrowia. Praca składa się z ośmiu rozdziałów.

W rozdziale 1, mającym charakter wprowadzający, omówiono podstawowe pojęcia i definicje stosowane w badaniach ekonomicznych sektora zdrowia. Zwrócono szczególną uwagę na zastosowanie teorii normatywnej, teorii dobrobytu oraz dodatkowego dobrobytu. Wskazano również na różnice w definiowaniu systemu ekonomicznego, finansowego i zdrowotnego.

Uzupełnieniem zagadnień prezentowanych w rozdziale 1 jest charakterystyka modeli systemów zdrowotnych. Dokonana w rozdziale 2 analiza systemów zdrowotnych wyjaśnia zasadnicze różnice pomiędzy funkcjami finansowymi i organizacyjnymi, jakie zostały przypisane w różnych ujęciach modelowych sektora ochrony zdrowia. Scharakteryzowano również niektóre koncepcje dotyczące ewolucji systemów zdrowotnych oraz kierunków reform w wybranych krajach.

W rozdziale 3 dokonano przeglądu współczesnych koncepcji ekonomii normatywnej w odniesieniu do sektora zdrowia. Przedstawiono również argumenty za zdefiniowaniem zdrowia i opieki zdrowotnej w kategoriach ekonomicznego towaru. Ten sposób postrzegania ma istotny wpływ na zakres i rodzaj wykorzystywanych teorii ekonomicznych i formułowanie warunków dla racjonalnego zachowania się jednostek oraz efektywnej alokacji zasobów.

Prowadzenie analiz ekonomicznych w sektorze zdrowia wymaga również zdefiniowania, co jest efektem prowadzonej działalności. W tym przypadku wszelkie działania są ukierunkowane na zachowanie dobrego stanu zdrowia jednostek i społeczeństwa. Dlatego też dla prawidłowej oceny ekonomicznej opieki zdrowotnej niezwykle ważne jest zdefiniowanie kategorii zdrowia, określenie sposobów jego pomiaru, a zwłaszcza wyrażenie jego stanu w kategoriach pieniężnych. Problemy te stanowią przedmiot rozważań zawartych w rozdziale 4.

W rozdziale 5 prezentowane są wybrane problemy teoretyczne związane z popytem na zdrowie i opiekę medyczną. Punktem wyjścia rozważań było określenie roli potrzeb zdrowotnych w planowaniu i organizacji w zakresie opieki zdrowotnej. Na tym tle omówiono ogólne zagadnienia związane z podażą i popytem na opiekę zdrowotną, ze szczególnym zwróceniem uwagi na funkcję produkcji zdrowia jako istotnego elementu wpływającego na kształtowanie się podaży zdrowia i popytu na nie.

Dokonując analizy popytu na opiekę medyczną, należy zwrócić uwagę na fakt, że jest to popyt indukowany przez podaż, a więc jego wielkość jest kształtowana przez relację lekarz – pacjent. Właściwie prowadzona polityka zdrowotna powinna zapewniać równowagę pomiędzy stroną popytową i podażową. Niespełnienie tego warunku prowadzi z reguły do nieefektywności systemu zdrowia. Dla scharakteryzowania tego problemu w rozdziale 6

zostały przedstawione teoretyczne koncepcje równowagi cząstkowej odnoszącej się do równowagi na poszczególnych rynkach sektora zdrowia oraz równowagi ogólnej, charakterystycznej dla całego systemu opieki zdrowotnej.

Problemem ekonomicznym jest również efektywność alokacji zasobów, która wymaga analiz kosztów i korzyści. Problem ten najczęściej dotyczy oceny ekonomicznej technologii medycznych lub programów zdrowotnych w powiązaniu z wynikami klinicznymi lub zdrowotnymi.

Dokonywanie takich ocen umożliwiają metody ekonomicznej ewaluacji. Współcześnie obserwuje się intensyfikację badań nad teoretycznymi podstawami tych metod oraz ich zastosowań w praktyce. Toczące się obecnie dyskusje koncentrują się na ustaleniu zasad wprowadzania ekonomicznej ewaluacji technologii, działań lub programów do procesu decyzyjnego polityków. Odnosi się to szczególnie do analizy efektywności (skuteczności) kosztów. Problemy te stanowią przedmiot rozważań teoretycznych zawartych w rozdziale 7.

Dodatkowym obszarem zainteresowań ekonomii zdrowia i opieki zdrowotnej są problemy teoretyczne związane z rynkiem ubezpieczeń zdrowotnych. W rozdziale 8 zaprezentowano możliwości zastosowania teorii mikroekonomicznych do analizy popytu na ubezpieczenia zdrowotne. Omówiono również zachowania się podmiotów na rynku ubezpieczeń zdrowotnych i towarzyszące im zjawisko hazardu moralnego.

Przedstawione zagadnienia teoretyczne nie wyczerpują problematyki ekonomicznych analiz sektora zdrowia. Wskazują jednak na wiele obszarów i problemów, które należałoby uwzględnić w dalszych badaniach. Mogą one również stanowić inspirację do zastosowań w praktyce różnych rozwiązań proponowanych przez teorie ekonomiczne.

Wprowadzenie do problematyki ekonomicznej

1.1. Uwagi ogólne

We współczesnych badaniach i dyskusjach ekonomicznych, obok ciągle aktualnych rozważań nad przyczynami i przebiegiem kryzysów ekonomicznych, czołowe miejsce zajmują zagadnienia dotyczące powiązań pomiędzy rozwojem produkcji dóbr materialnych a podażą usług niematerialnych oraz problemy ich szczególnego wpływu na wzrost gospodarczy. Dotyczy to również ochrony zdrowia jako jednej z najwrażliwszych społecznie sfer życia. Sferę ochrony zdrowia powszechnie traktuje się jako wszelkie zorganizowane działania prowadzone z wykorzystaniem zasobów finansowych, materiałowych oraz odpowiednich norm prawnych, mające zapewnić społeczeństwu dobry stan zdrowia. Aktualnie do ochrony zdrowia (*health protection*), jako jednego z najważniejszych czynników decydujących o jakości życia, zalicza się również kształtowanie odpowiednich warunków bytowych oraz warunki ekologiczne.

Współczesne teorie ekonomiczne odnoszące się do badań nad wzrostem gospodarczym koncentrują się na identyfikacji i pomiarze czynników determinujących dynamikę jego zmian. Czynniki decydujące o dobrobycie społecznym i jakości życia traktowane są jako składowe kapitału ludzkiego, który przyczynia się bezpośrednio do generowania wzrostu gospodarczego (K. Uramek, 2006, s. 16). Z ogólnej definicji kapitału ludzkiego, sformułowanej przez S. Domańskiego (1993, s. 19), wynika, że jest to zasób wiedzy, umiejętności, zdrowia i energii witalnej zawartych w społeczeństwie. Z kolei klasyk ekonomii zdrowia M. Grossman w swoich pracach z lat 90. XX w. stwierdzał, że zdrowie ma dualny charakter: z jednej strony należy je traktować jak dobro konsumpcyjne, mające wpływ na funkcję użyteczności (zadowolenie z bycia zdrowym), natomiast z drugiej – ma cechy dobra kapitałowego (trwały zasób kapitałowy, który ulega zmianie w czasie oraz może być odnawiany lub powiększany poprzez ponoszenie przez społeczeństwo odpowiednich nakładów) (M. Grossman, 2000, s. 347–352).

Koncepcja wpływu zdrowia na gospodarkę wywodzi się z politycznej filozofii Arystotelesa, według której społeczny obowiązek zachowania i poprawy zdrowia wynika z etycznej zasady pełnego rozwoju ludzkiego (*human flourishing*) (A. Hnatyszyn-Dzikowska [i in.], 2008, s. 1).

Ewolucja tej koncepcji doprowadziła do włączenia w nurt współczesnych badań ekonomicznych rozważań dotyczących wpływu zdrowia społeczeństwa na wzrost gospodarczy danego kraju. W badaniach tych, w ujęciu makroekonomicznym, przyjęto tezę, że zdrowie społeczeństwa jest istotną składową wzrostu gospodarczego w państwach o różnym stopniu rozwoju. Argumentem przemawiającym na rzecz tej tezy jest to, że „ludzie na różne sposoby wydają na siebie pieniądze, mając na uwadze nie tylko swe bieżące przyjemności (konsumpcja), lecz również przyszłe zyski o charakterze pieniężnym i poza pieniężnym określane jako inwestycje” (M. Kunasz, 2004, s. 5).

W badaniach mikroekonomicznych analizuje się wpływ poszczególnych chorób, subiektywnego postrzegania zdrowia lub określonego projektu/programu zdrowotnego na produktywność jednostek/gospodarstw domowych (J.B. Karski, 2006, s. 17)¹. W badaniach makroekonomicznych natomiast dokonuje się oceny wpływu zdrowia na wielkości makroekonomiczne, do których najczęściej zalicza się wielkość produktu krajowego brutto lub dochodu narodowego, a także poziom lub stopę wzrostu gospodarczego danego kraju (D.E. Bloom, D. Canning, J. Sevilla, 2004, s. 1-13), następnie zaś dokonuje się porównań uzyskanych efektów w skali międzynarodowej.

Różnorodność i ważność problemów związanych z funkcjonowaniem gospodarki w połączeniu ze sferą ochrony zdrowia oraz z zaspokojeniem potrzeb jednostki lub społeczeństwa stanowi inspirację do podejmowania różnorodnych badań, tworzenia nowych narzędzi badawczych, a także wyodrębnienia się nowych dziedzin nauki o charakterze interdyscyplinarnym.

Wzrost zainteresowania ekonomicznymi aspektami ochrony zdrowia zrodził się wówczas, gdy w wyniku prowadzonych międzynarodowych analiz porównawczych różnych systemów gospodarczych ukształtował się pogląd, że całkowite wydatki na ochronę zdrowia, niezależnie od stopnia „upaństwowienia” systemu, wykazywały systematyczny wzrost udziału w produkcie krajowym brutto, nie przyczyniając się często do poprawy stanu zdrowia ludności.

Ogólne wnioski wynikające z tych badań doprowadziły do sformułowania hipotez odnoszących się do obserwowanej w wielu krajach eksplozji kosztów w sferze ochrony zdrowia oraz wysokości ogólnych wydatków na opiekę zdrowotną. Sytuacja ta znajduje odzwierciedlenie nie tylko w wartościach bezwzględnych, ale także w udziale tych wydatków w produkcie krajowym brutto wielu krajów, zwłaszcza wysoko uprzemysłowionych (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>). Podkreśla się również, iż często wzrost wydatków na świadczenia zdrowotne nie wpływa na polepszenie stanu zdrowia populacji. Nasilanie się tego negatywnego zjawiska może być uwarunkowane między innymi zmieniającymi się w czasie grupami twardów bardziej innowacyjnych i wzrostem wydatków na nie. Z punktu widzenia

¹ Według definicji zaproponowanej przez Karskiego projekt (program) zdrowotny utożsamiany jest ze zbiorem działań obejmujących również politykę zdrowotną, która ma za zadanie stwarzać warunki do racjonalnego dokonywania indywidualnych wyborów tego, co lepsze z punktu widzenia poprawy i zachowania zdrowia, ale także umożliwiać dokonywanie zmian w środowisku życia, nauki i pracy, w zakresie indywidualnego ryzyka zdrowotnego i odporności na czynniki szkodliwe dla zdrowia oraz umożliwiać rozwój technologii nieszkodliwych dla zdrowia.

dobrobytu problemem nie jest wzrost samych wydatków na opiekę zdrowotną, ale zmiana ich struktury. W tym kontekście można rozpatrywać trzy następujące przyczyny:

- 1) pacjenci prawdopodobnie korzystają częściej z konsultacji lekarskich, realizacji zaleceń większej liczby testów (badań laboratoryjnych) oraz wyższej konsumpcji leków przepisanych i refundowanych przez płatnika;
- 2) ludność w większym stopniu korzysta z usług o wyższej jakości, włączając często produkty i usługi niekoniecznie w danej chwili potrzebne; ponadto wskazuje się na rozwój nowych technologii medycznych (Ch. Sowada, T. Bochenek, P. Kawalec, B. Niedźwiedzka, W. Ponikło, 2006, s. 55), w tym transplantacji organów, operacji przeprowadzanych z wykorzystaniem aparatury medycznej najnowszej generacji, szczepień ochronnych oraz skłonność pacjentów do płacenia za wyższą jakość opieki zdrowotnej;
- 3) inflacja obserwowana w sektorze opieki zdrowotnej może być wyższa od inflacji obserwowanej w całej gospodarce narodowej; wyższe dochody ludności, wzrost zainteresowania ubezpieczeniami zdrowotnymi, a także szeroka oferta programów zdrowotnych mogą wpływać na wzrost cen opieki zdrowotnej w czasie.

Wśród ekonomistów najwięcej dyskusji wywołuje powszechnie obserwowana w sektorze zdrowia niewłaściwa alokacja pieniężnych środków publicznych w relacji do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Odwołując się do głównej tezy ekonomicznej, należałoby przyjąć, że dany stopień zaspokojenia potrzeb zdrowotnych powinien zostać osiągnięty przy wykorzystaniu minimalnej ilości ograniczonych zasobów. Najogólniej mówiąc, polega ona na finansowaniu opieki zdrowotnej zgodnie z zasadami racjonalnego gospodarowania. Konieczność racjonalnego gospodarowania związana jest z ograniczonością zasobów, do których zalicza się zasoby ludzkie (wraz z ich wiedzą i praktycznymi umiejętnościami), zasoby naturalne (ziemia wraz z wszelkimi znajdującymi się w niej bogactwami, woda, powietrze) oraz zasoby będące wynikiem wcześniejszej działalności człowieka (R. Milewski (red.), 2001, s. 17).

Racjonalne gospodarowanie w ekonomii polega na dokonywaniu wyborów (z uwzględnieniem odpowiednich kryteriów) przy podejmowaniu decyzji dotyczących celów społeczno-ekonomicznych oraz środków i sposobów umożliwiających realizację tych celów. Natomiast w ochronie zdrowia zasada racjonalnego gospodarowania może oznaczać alternatywnie (J. Suhecka, 2005a, s. 58):

- finansowanie świadczeń medycznych gwarantujących „dany stan zdrowia” przy minimalnych kosztach,
- finansowanie dóbr i usług medycznych gwarantujących „maksymalny stan zdrowia” przy danych kosztach.

Wynika stąd, że zasada racjonalnego gospodarowania może być określana jako zasada największego efektu przy danych kosztach (nakładach) lub jako zasada najmniejszych kosztów (nakładów) dla osiągnięcia danego efektu.

W analizach ekonomicznych kontrowersje mogą budzić określenia efektów jako „maksymalny” i „dany” stan zdrowia ludności, które w zależności od sytuacji są różnie interpretowane. Zaproponowane rozwiązania są uzależnione od rozwoju ekonomiczno-społecznego kraju oraz przyjętych działań rządu wynikających również z założeń polityki zdrowotnej. Niewłaściwa alokacja

zasobów może prowadzić do zachwiania równowagi pomiędzy popytem a podażą świadczeń, powodując tym samym ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Niewłaściwe wykorzystanie poniesionych nakładów na świadczenia zdrowotne może prowadzić do marnotrawstwa zasobów i ich nieefektywności ekonomicznej. Odniesienie uzyskiwanych z działalności gospodarczej efektów do ponoszonych na nią nakładów (kosztów) lub ponoszonych nakładów do uzyskanych efektów związane jest z procesem racjonalnego gospodarowania opartego na rachunku ekonomicznym. Zasada racjonalnego gospodarowania powinna być realizowana przez określony podmiot gospodarczy, w tym również podmiot leczniczy², posiadający odrębność ekonomiczną, tzn. odrębność majątkową, samodzielność decyzyjną i samodzielność dochodową.

Z przyjętych definicji odrębności ekonomicznej wynika, że określony podmiot gospodarczy może racjonalnie postępować, jeżeli posiada własne zasoby dóbr będące podstawą samodzielności decyzyjnej dotyczącej sposobów ich wykorzystania zgodnie z celem działalności oraz umożliwiające osiągnięcie przychodów przewyższających poniesione koszty (nakłady).

Stosowanie zasady racjonalnego gospodarowania umożliwia dokonywanie wyborów spośród różnych wariantów danej decyzji tego, który jest najbardziej efektywny ekonomicznie. Wymaga to podejmowania optymalnych decyzji dotyczących przyjętych celów społecznych i gospodarczych oraz środków i metod (sposobów) ich realizacji.

W praktyce stosowane są dwa kryteria wyboru, w których brany pod uwagę stosunek efektów do nakładów jest najwyższy lub stosunek nakładów do efektów jest najniższy. Przestrzeganie tych zasad decyduje o osiągnięciu efektywności ekonomicznej.

Ekonomiczna efektywność może być określana przez najwyższą wartość stosunku efektu do nakładów lub najniższą wartość stosunku nakładów do efektu. Podstawę tej oceny powinien stanowić odpowiedni rachunek ekonomiczny. Ogólnie rachunek ekonomiczny określany jest jako porównanie efektów uzyskanych z określonej działalności gospodarczej z ponoszonymi na tę działalność nakładami (kosztami) w celu wyboru najlepszych wariantów decyzji (W. Caban, 1998, s. 1–33).

Stosowanie w praktyce rachunku ekonomicznego wymaga jednak spełnienia trzech następujących warunków:

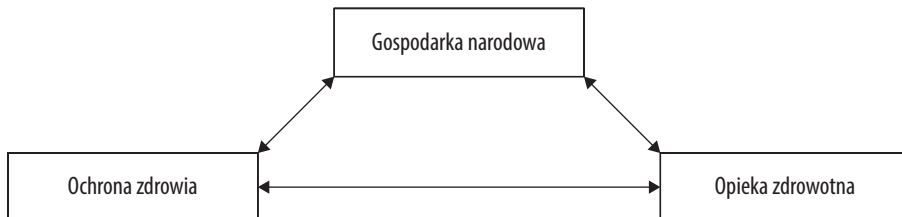
- 1) mierzalności – efekty działalności gospodarczej i ponoszone na nią nakłady muszą być wyrażone w odpowiednich jednostkach pomiaru;
- 2) wspólnej jednostki miary – efekty i nakłady muszą być wyrażone w takich samych jednostkach miary;
- 3) jednoznaczności kryterium wyboru w procesie podejmowania decyzji.

² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.), według której podmiot leczniczy to podmiot wykonujący działalność leczniczą (art. 4) oraz lekarz lub pielęgniarka wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową (art. 5), ale także podmiot tworzący, tzn. podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej.

Warunki te wynikają przede wszystkim z charakteru działalności ekonomicznej, która jest procesem kształtowanym przez wiele różnych mechanizmów i czynników, zarówno o charakterze subiektywnym, jak i obiektywnym.

Poszukiwanie przyczyn powstawania obserwowanych nieprawidłowości w funkcjonowaniu ochrony zdrowia oraz rosnących kosztów dało początek analizom ekonomicznym przeprowadzanym oddzielnie zarówno dla tej sfery gospodarki, jak i w powiązaniu z całą gospodarką narodową. Brane pod uwagę powiązania mają charakter sprzężeń zwrotnych.

Rys. 1.1. Powiązania ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej z gospodarką narodową

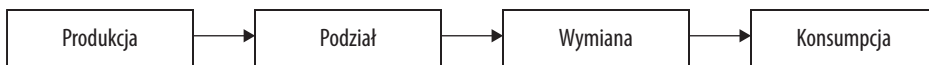


Źródło: opracowanie własne.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ochrona zdrowia obejmuje wszelkie działania mające na celu promowanie zdrowia, do których zalicza się środki zapobiegawcze, łagodzące i lecznicze, stosowane nie tylko w stosunku do jednostek, ale także w stosunku do populacji. Świadczenie takich usług stanowi o systemie opieki zdrowotnej, obejmującym organizacje rządowe i pozarządowe.

Powiązanie działalności w sferze ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej z gospodarką narodową wskazuje na analogię do działalności typowo ekonomicznej. Działalność ta może podlegać stale powtarzającym się fazom.

Rys. 1.2. Działalność ekonomiczna w ochronie zdrowia



Źródło: opracowanie własne.

Specyfika działalności gospodarczej (utrzymanie dobrego stanu zdrowia ludności, zaspokojenie różnych potrzeb zdrowotnych) podmiotów funkcjonujących w sferze ochrony zdrowia powoduje, że produkcja nie ma charakteru czysto materialnego, a ponadto takie kategorie, jak popyt i podaż różnią się swoim zakresem merytorycznym od terminów powszechnie stosowanych w ekonomii.

Działalność gospodarcza ze względu na swoją naturę jest działalnością ciągłą o powtarzających się procesach gospodarowania. Występujące wzajemne powiązania między produkcją a konsumpcją powodują, że rozmiary produkcji i jej struktura rodzajowa określają konsumpcję, wpływając tym samym na kształtowanie się stopy życiowej społeczeństwa. Istnieje jednak i zależność

odwrotna, a mianowicie konsumpcja określa produkcję poprzez wskazanie na celowość dotychczasowej produkcji oraz stwarza przesłanki dla uruchamiania nowej produkcji. Stąd też istotnym zadaniem ekonomii jako nauki jest analiza tych współzależności. Badając związki między tymi zagadnieniami, można lepiej poznać rzeczywistość społeczno-ekonomiczną oraz wprowadzić do systemu pożądane zmiany.

Podjmowanie odpowiednich decyzji wynikających z wiedzy o zjawiskach i procesach, o rządzących nimi prawidłowościach, o ich przyczynach i skutkach umożliwia funkcja poznawcza ekonomii. Natomiast ustalenia i wnioski wynikające z przeprowadzonych analiz i mające znaczenie dla działalności różnych podmiotów gospodarczych związane są z pełnioną przez ekonomię funkcją aplikacyjną.

Ustalenia wynikające z przeprowadzonych analiz ekonomicznych przybierają postać stwierdzeń (sądów) pozytywnych i normatywnych. Podstaw do ich formułowania dostarczają teorie ekonomii pozytywnej i normatywnej.

Ekonomia pozytywna dostarcza metod badawczych opartych na faktach naukowych i umożliwiających obiektywny opis prawidłowości rządzących procesami gospodarczymi. Zajmuje się ona opisem gospodarek lub wprowadza rozwiązania modelowe, które umożliwiają przewidywanie zmian w gospodarce albo skutków różnych działań państwa. Odpowiada na pytanie: „jak jest”, czyli opisuje funkcjonowanie gospodarki w określonych warunkach.

Ekonomia normatywna oparta jest na subiektywnym wartościowaniu zjawisk dokonywanym przez ekspertów. Teorie prezentowane przez ten dział ekonomii pozwalają na ustalanie norm, zasad, którym powinny odpowiadać zjawiska i procesy ekonomiczne z uwzględnieniem przesłanek etycznych i sprawiedliwości społecznej. Poszukuje metod umożliwiających dokonanie oceny korzyści i kosztów podjętych działań, a więc odpowiada na pytanie: „jak powinno być”. Zajmuje się wartościującą oceną celowości różnych wariantów działania, które wynikają z ustaleń ekonomii pozytywnej.

Ekonomia pozytywna pozwala więc określić korzyści i koszty wynikające z różnych działań podmiotów gospodarczych, natomiast ekonomia normatywna koncentruje się na tworzeniu procedur umożliwiających porównywanie tych korzyści i kosztów oraz dokonywaniu na tej podstawie ogólnej oceny celowości tych działań.

Stosowanie ocen wartościujących nabiera szczególnego znaczenia w analizach ekonomicznych sfery ochrony zdrowia, ponieważ w poszczególnych fazach procesu gospodarczego wyraźnie splatają się aspekty ekonomiczne i etyczne. Uwzględnianie w analizach norm etycznych i sprawiedliwości społecznej stanowi barierę w zastosowaniu klasycznych metod ekonomicznych wykorzystywanych do oceny funkcjonowania gospodarki.

W ochronie zdrowia dokonywanie ocen wartościujących związane jest z zastosowaniem wybranych teorii ekonomii dobrobytu i nowej ekonomii normatywnej. Ekonomia dobrobytu zajmuje się tym, „co powinno być”, a nie tym, „co jest”, a więc wykorzystuje teorie charakterystyczne dla nauki normatywnej. Celem teorii normatywnych jest ustalenie zasad funkcjonowania gospodarki zapewniającej optymalne zaspokojenie potrzeb społecznych i określenie odpowiednich środków niezbędnych w tych sytuacjach, w których sposób działania

gospodarki odbiega od ideału (modelu) opisywanego przez teorie ekonomiczne (W. Kamiński, 1980, s. 9).

Teoria dobrobytu stanowi odrębny nurt badań ekonomicznych, który powstał na przełomie XIX i XX w. w ramach tzw. kierunku subiektywistycznego. Współczesne podejście koncentruje się na badaniu konsekwencji odcinkowych zmian, które dokonują się w gospodarce, z punktu widzenia wpływu tych zmian na dobrobyt społeczny. Szczególna uwaga poświęcana jest tej części dobrobytu społecznego, do której można zastosować mierniki w wyrażeniu pieniężnym, a więc odnoszącej się do dobrobytu ekonomicznego.

Zwolennicy teorii dobrobytu wyrażają pogląd, że alokacja ograniczonych zasobów sfery ochrony zdrowia powinna uwzględniać zasadę „każdemu według potrzeb”. Natomiast zwolennicy nowej ekonomii normatywnej uważają, że przy alokacji zasobów należy brać pod uwagę zasadę „każdemu według możliwości” (gotowości, chęci) płacenia za określone świadczenia zdrowotne (P.D. Dolan, J.B. Olsen, 2008, s. 175).

Eskalacja oraz zmienność w czasie i przestrzeni różnorodnych potrzeb zdrowotnych ludności, poszukiwanie sposobów ograniczania rosnących kosztów ich zaspokojenia oraz racjonalnego gospodarowania ograniczonymi zasobami spowodowała wzrost zainteresowania, również w Polsce, analizami ekonomicznymi szczególnego sektora, jakim jest sektor publiczny. Sektor publiczny tworzą podmioty państwowe grupujące własność państwową i samorządowe instytucje oraz podmioty gospodarcze dysponujące wyłącznie lub w większości środkami publicznymi. Do najważniejszych form organizacyjno-prawnych sektora publicznego w Polsce należą jednostki budżetowe, samorządowe zakłady budżetowe, agencje wykonawcze, instytucje gospodarki budżetowej oraz państwowe fundusze celowe³. Do zadań podmiotów sektora publicznego należy realizacja niekomercyjnych zadań publicznych oraz świadczenie dóbr publicznych i mieszanych (społecznych). Zadania publiczne i świadczone dobra są określone zakresem sektora publicznego i dziedzinami, które on obejmuje. Uwzględniając tę specyfikę, można stwierdzić, że ekonomia sektora publicznego skupia się na problemach wyboru między sektorem publicznym a prywatnym oraz wyborów dokonywanych w samym sektorze publicznym. W sektorze tym ogniskują się jednocześnie problemy ekonomiczne, społeczne i etyczne. Pojawiające się w nim zasadnicze problemy ekonomiczne, występujące w całej gospodarce, są związane z następującymi podstawowymi obszarami decyzyjnymi (J.F. Stiglitz, 2004, s. 69):

- 1) co powinno się produkować (jakie dobra), w jakiej ilości, gdzie i kiedy;
- 2) w jaki sposób powinno się produkować, jak wytwarzać, kto ma wytwarzać, za pomocą jakich narzędzi;
- 3) dla kogo powinno się produkować, kto ma korzystać z rezultatów produkcji, jakie kryteria stosować w podziale, co należy premiować (efektywność, przedsiębiorczość, kreatywność czy też nakłady pracy);
- 4) kto powinien podejmować decyzje.

³ Zob. ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.).

Wymienione problemy decyzyjne są ściśle związane z kwestiami normatywnymi, na których koncentruje się ekonomia dobrobytu (teoria dobrobytu). Niezależnie od przyjmowanego kryterium „każdemu według potrzeb” lub „każdemu według możliwości płacenia” w procesie alokacji ograniczonych zasobów należy brać pod uwagę jej efektywność ekonomiczną spełniającą następujące warunki konieczne (J.F. Stiglitz, 2004, s. 76):

- gospodarka powinna osiągać efektywność wymiany, co oznacza, że niezależnie od tego, jakie dobra są produkowane, powinny trafić do tych jednostek, które cenią je najwyżej;
- zapewnienie efektywności produkcji wymaga spełnienia warunku, że przy danych zasobach nie można zwiększyć produkcji jednego dobra bez jednoczesnego zmniejszenia produkcji innego dobra; taką alokację zasobów nazywamy efektywną w rozumieniu Pareta (optymalną w sensie paretowskim);
- gospodarka powinna osiągnąć efektywną strukturę produkcji, czyli taką, przy której wytwarzane dobra odpowiadają potrzebom jednostki.

Spełnienie warunku, dla kogo powinno się produkować, jest związane z osiąganiem efektywności wymiany. Oznacza ona, że nie jest możliwa taka transakcja wymienna, która polepszałaby położenie uczestniczących w nich stron, czyli wszyscy uczestnicy tej wymiany mieliby jednakową krańcową stopę substytucji. Krańcowa stopa substytucji (*marginal rate of substitution*) to ilość towaru, którą jednostka jest skłonna oddać w zamian za jednostkę innego towaru. Jej wielkość zależy od charakteru dobra (prywatne lub publiczne) występującego w sektorze publicznym.

W analizach ekonomicznych tego sektora stosuje się dwa kryteria umożliwiające rozróżnienie tych dóbr: rywalizację (*rivalry*) i możliwość wykluczenia (*excludability*).

Występowanie czynnika rywalizującego powoduje, że dobro będące przedmiotem konsumpcji jednej osoby nie może być skonsumowane przez inną osobę. Mamy tutaj do czynienia z konsumpcją o charakterze rywalizacyjnym (*rival consumption*). Natomiast w przypadku gdy spożycie danego dobra przez jedną osobę nie zmniejsza możliwości korzystania z tego dobra przez innych, mamy do czynienia z konsumpcją nierywalizacyjną.

Uwzględniając te kryteria, dobra można podzielić na dobra prywatne, dobra publiczne i czyste dobra publiczne (J.F. Stiglitz, 2004, s. 149–152).

Do dóbr prywatnych należy zaliczyć te dobra, które są przedmiotem konsumpcji o charakterze rywalizacyjnym i możliwe jest wykluczenie osób z konsumpcji tego dobra. Natomiast dobra publiczne są przedmiotem konsumpcji rywalizacyjnej, ale nie jest możliwe wykluczenie kogokolwiek z ich konsumpcji. Oprócz wymienionych dóbr występują dobra o szczególnym charakterze, określane w literaturze ekonomicznej mianem czystych dóbr publicznych. Cechą charakterystyczną tych dóbr jest to, że nie są przedmiotem konsumpcji o charakterze rywalizacyjnym i niemożliwe jest wykluczenie.

Specyficzną grupę dóbr w sektorze publicznym stanowią również dobra, przy korzystaniu z których nie występuje czynnik rywalizacji, ale istnieje możliwość ich wykluczenia z konsumpcji.

Wykluczenie kogokolwiek z konsumpcji dobra publicznego lub prywatnego może być związane z ponoszeniem (lub nie) przez osoby wysokich

kosztów nazywanych w ekonomii kosztami transakcyjnymi. Ta kategoria kosztów stanowi zwykle część kosztów administracyjnych związanych z działaniem mechanizmów cenowych (rynkowych) (np. wynagrodzenie pracowników) i ich wysokość uzależniona jest w niektórych przypadkach od rodzaju dobra. W przypadku dóbr publicznych koszty transakcyjne mogą być bardzo wysokie, natomiast w większości dóbr prywatnych ponoszone przez konsumentów koszty wykluczenia mogą być stosunkowo niskie.

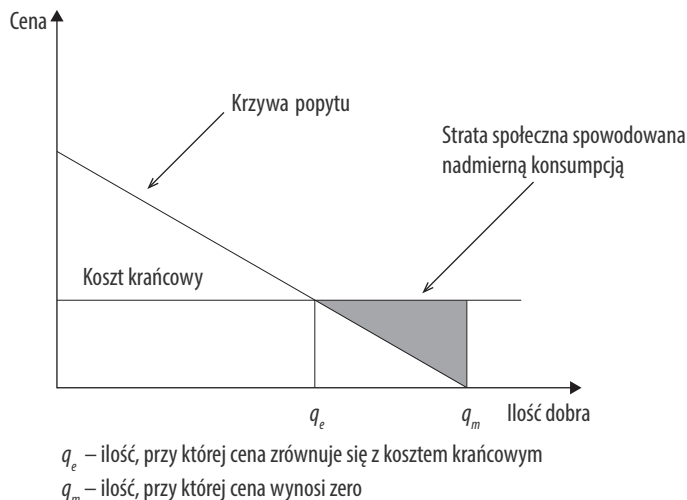
Wymienione czynniki rywalizacji i wykluczenia z konsumpcji dóbr prowadzą do zawodności rynku i wywierają wpływ na efektywność ekonomiczną sektora publicznego.

W ochronie zdrowia występują dobra nierywalizacyjne, których wykluczenie jest technicznie możliwe, ale nieuzasadnione z punktu widzenia efektywności ekonomicznej. W takiej sytuacji proponowane jest wprowadzenie ceny na to dobro. Konsekwencją tej decyzji jest powstanie bariery dostępu do tego dobra dla części potencjalnych konsumentów. Pojawienie się takiej bariery prowadzi do nieefektywności technicznej (koszt krańcowy wykluczenia dla tej części konsumentów wynosi zero przy dodatniej korzyści krańcowej). Skutkuje to ograniczeniem konsumpcji poniżej poziomu optymalnego (*underconsumption*). Natomiast odstępnie od wprowadzenia ceny na ten rodzaj dobra powoduje ograniczenie produkcji, a więc pojawia się nieefektywność po stronie podaży (*undersupply*). Ograniczenie konsumpcji i podaży dóbr publicznych prowadzi w konsekwencji do zawodności mechanizmów rynkowych.

W systemie opieki zdrowotnej przykładem dobra, które charakteryzuje niski koszt wykluczenia (wprowadzenie opłaty) oraz wysoki koszt krańcowy (koszt wytwórcy) konsumpcji przez dodatkową jednostkę, jest świadczenie zdrowotne.

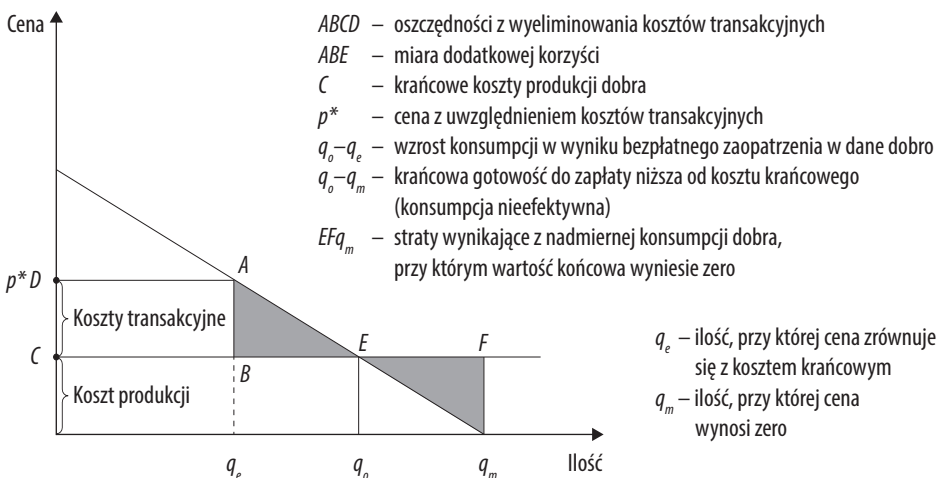
Z kolei realizowane w sektorze publicznym programy zdrowotne (np. szczepienia obowiązkowe) są nierywalizacyjne, ale charakteryzują się niemożnością wykluczenia. Oznacza to, że ograniczenie ich konsumpcji przez wprowadzenie ceny (opłaty) jest niemożliwe. Prowadzi to do zawodności mechanizmów rynkowych i niezapewnienia efektywnej w sensie Pareta ilości tego dobra na rynkach konkurencyjnych, a w tym przypadku do osiągnięcia efektywności może przyczynić się obowiązkowy sposób płacenia za wytworzenie tego rodzaju dóbr. Powszechnie uważa się, że rolę tę mogą pełnić obowiązkowe podatki.

Występują również dobra dostarczane przez sektor publiczny charakteryzujące się wysokim kosztem krańcowym ich wytworzenia (wysokie koszty funkcjonowania mechanizmu rynkowego) dla zaspokojenia potrzeb dodatkowego pacjenta/konsumenta. Dobra te określane są mianem dóbr prywatnych pochodzących ze źródeł publicznych. Dostarczane są one przez państwo bezpłatnie. Skutkuje to pojawieniem się straty społecznej (straty dobrobytu) spowodowanej dużą skalą nadmiernej konsumpcji. W ekonomii dobrobytu jako miarę straty społecznej przyjmuje się różnicę między ceną, jaką jednostka jest skłonna zapłacić za zwiększenie produkcji dobra z poziomu zrównania jego ceny z kosztem krańcowym (do poziomu z ceną wynoszącą zero), a ponoszonymi kosztami wzrostu tej produkcji.

Rys. 1.3. Zniekształcenia związane z bezpłatnym zaopatrzeniem w dobra

Źródło: J.F. Stiglitz, 2004, s. 162.

Jeżeli krańcowa skłonność do zapłaty za korzystanie z dobra przez poszczególne jednostki pociąga za sobą dodatni koszt krańcowy, przy czym koszty związane z funkcjonowaniem mechanizmów rynkowych są wysokie, to przy odpowiednim poziomie kosztów transakcyjnych bardziej efektywnym rozwiązaniem jest wytwarzanie tego dobra przez sektor publiczny. Takim rozwiązaniem wprowadzanym w opiece zdrowotnej jest funkcjonowanie publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, w sytuacji gdy koszty ubezpieczeń oferowanych przez sektor prywatny są zbyt wysokie.

Rys. 1.4. Koszty transakcyjne

Źródło: J.F. Stiglitz, 2004, s. 163.

W przypadku gdy dobra prywatne ze źródeł publicznych są dostarczane bezpłatnie, pojawia się zjawisko nadmiernej konsumpcji prowadzące do nieefektywności ekonomicznej oraz konieczności wprowadzania przez państwo różnych sposobów reglamentacji. W opiece zdrowotnej (ochronie zdrowia) stosowane są najczęściej trzy sposoby reglamentacji dóbr (tab. 1.1) dostarczanych przez sektor publiczny: opłaty za użytkowanie, zaopatrzenie po równo (każda osoba otrzymuje taką samą ilość danego dobra) oraz kolejki. Każdy z wymienionych sposobów ma wady i zalety. Z tego względu w praktyce gospodarczej stosuje się różne ich kombinacje wywierające wpływ na wielkość podaży dóbr publicznych.

W sytuacji występowania ograniczeń po stronie podaży dóbr publicznych powinna istnieć możliwość zastąpienia (uzupełnienia) ich na rynkach konkurencyjnych (prywatnych). Realizacja tego postulatu jest niezwykle ważna w przypadku dóbr publicznych, których konsumpcja przez dodatkowe osoby wiąże się z zerowym kosztem jednostkowym. Warunkiem osiągnięcia efektywnej wielkości podaży czystych dóbr publicznych jest zrównanie się sumy krańcowych stóp substytucji (dla wszystkich jednostek) z krańcową stopą transformacji. Krańcowa stopa substytucji określa ilość dobra prywatnego, z której skłonny jest zrezygnować konsument w celu uzyskania jednej jednostki dobra publicznego. Natomiast krańcowa stopa transformacji informuje, z jakiej ilości dobra prywatnego należy zrezygnować na rzecz zwiększenia konsumpcji dobra publicznego o jednostkę. Warunkiem efektywności dóbr publicznych jest więc alokacja w sensie Pareta. Decyzje o wielkości produkcji dóbr publicznych podejmują odpowiednie podmioty gospodarcze.

Tab. 1.1. Metody reglamentacji dóbr dostarczanych przez sektor publiczny

I. Opłaty za użytkowanie	
Zalety	– koszty ponoszą beneficjenci
Wady	– ograniczenie konsumpcji poniżej wielkości efektywnej – administrowanie systemem cen generuje koszty transakcyjne
II. Zaopatrzenie po równo	
Zalety	– zapewnia oszczędności na kosztach transakcyjnych – sprawia, że konsumpcja jednych jest mniejsza, a innych większa od konsumpcji optymalnej
Wady	– jednostki zgłaszające duży popyt mogą konsumować dodatkowe ilości dobra poza systemem zaopatrzenia publicznego, co powoduje zwiększenie całkowitych kosztów transakcyjnych
III. Kolejki	
Zalety	– o alokacji dóbr (takich jak ochrona zdrowia) niekoniecznie decydują pieniądze i status majątkowy
Wady	– przyjęte kryterium alokacji (konkurowanie za pomocą czasu wolnego) może być niepożądane – występuje marnotrawstwo czasu

Źródło: J.F. Stiglitz, 2004, s. 166.

Zakres uprawnień do podejmowania decyzji gospodarczych przez poszczególne podmioty jest określony przez odpowiedni system ekonomiczny (R. Milewski (red.), 2001, s. 49–72), a główne problemy nurtujące współczesne

gospodarki, niezależnie od ich rozwoju ekonomicznego, dotyczą (J.F. Stiglitz, 2004, s. XIX):

- roli państwa w gospodarce;
- sposobu tworzenia programów w takich dziedzinach, jak: ochrona zdrowia, edukacja, ubezpieczenia społeczne i pomoc społeczna;
- konstrukcji systemów podatkowych przyczyniających się do wzrostu efektywności ekonomicznej;
- spełnienia przez przyjęte systemy podatkowe podstawowych norm sprawiedliwości społecznej.

Tak sformułowane zagadnienia wskazują na silne powiązania pomiędzy polityką ekonomiczną a polityką społeczną. Przenikanie się problemów ekonomicznych i społecznych oraz etycznych jest szczególnie widoczne w sferze ochrony zdrowia (P. Zweifel, F. Breyer, M. Kifmann, 2009, s. 2). Dlatego w teorii ekonomii sektora publicznego wiele miejsca poświęca się funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej.

1.2. Systemy i ich rodzaje – podstawowe pojęcia i definicje

1.2.1. Ogólna definicja systemu

Zakres uprawnień do podejmowania decyzji gospodarczych przez poszczególne podmioty jest określony przez odpowiedni system. W każdym systemie działają mechanizmy regulowania i koordynacji procesów gospodarczych i społecznych. Mechanizmy te świadczą również o występowaniu licznych relacji pomiędzy samym systemem a jego otoczeniem.

Z ogólnej definicji systemu wynika, że jest to spójna całość – zespół współzależnych części (ludzi, procesów, produktów, usług), które są powiązane wspólnym celem (C. Włodarczyk, S. Poździoch, 2001, s. 14). System można też definiować jako „uporządkowany i skoordynowany wewnętrznie układ elementów, cechujących się określoną strukturą” (S.J. Sitko, 2000, s. 66). Z charakterystycznych cech systemu wynika zakres działania mechanizmów regulacji i koordynacji, który jest określony przez normy wypracowane przez instytucjonalne otoczenie (M. Gancarczyk, 2002, s. 82). Obecnie, zgodnie z teorią nowej ekonomii instytucjonalnej⁴, przyjmuje się, że instytucjonalne otoczenie stanowią zasady postępowania, wzory zachowania, reguły gry tworzone i wprowadzane przez odpowiednie organizacje. A zatem różnorodność norm tworzących otoczenie instytucjonalne wyznacza społeczeństwu zasady postępowania. Z ekonomicznego punktu

⁴ Nowa ekonomia instytucjonalna wyodrębnia dwa ogólne kierunki badań: tradycyjny instytucjonalizm oraz neoinstytucjonalizm (w ramach neoklasycznej ekonomii instytucjonalnej). Drugi nurt tworzą teorie: praw własności, kontraktów, kosztów transakcyjnych, agencji oraz instytucjonalne teorie przedsiębiorstwa i zarządzania korporacjami (*corporate governance*), w tym koncepcja interesariuszy. Punktem wyjścia są tutaj interesy jednostek, a w przypadku tradycyjnego instytucjonalizmu – interesy zbiorowości (grup społecznych). Według nowej ekonomii instytucjonalnej „instytucje mają istotne znaczenie dla gospodarki określając reguły transakcji gospodarczych rozumianych jako wymiana uprawnień właścicielskich dokonywana w zależności od wysokości kosztów transakcyjnych na rynku, bądź w ramach struktury hierarchicznej” (W. Stankiewicz, 2005, wykład 6, s. 1).

widzenia w większości przypadków strukturę otoczenia instytucjonalnego tworzą elementy o charakterze normatywnym, a więc wartościującym. Natomiast instytucje (w ujęciu ogólnym) można traktować jako reguły gry kształtujące relacje pomiędzy różnymi podmiotami w procesie gospodarowania. Dlatego nowa ekonomia instytucjonalna bada zjawiska z zakresu mikroekonomii.

W rzeczywistości ekonomiczno-społecznej występuje wielość elementów i różnorodność celów realizowanych przez systemy. Jeżeli w ramach danego systemu dla realizacji szczególnego celu zostaną przypisane odpowiednie organizacje wraz z ich otoczeniem instytucjonalnym tworzące spójną całość, to możemy wyróżnić w nim podsystemy. Z kolei jeżeli w danym podsystemie uwzględniony zostanie ogół „organizacji wytwarzających określony rodzaj produktu lub usługi, łącznie z ich instytucjonalnym zapleczem wspierającym, jak dostawcy, płatnicy, instytucje normotwórcze” (C. Włodarczyk, S. Poździech, 2001, s. 25), stosujących zbliżone techniki wytwarzania i realizujące podobne zadania, to taki system można określić jako sektor.

Sektorem gospodarki narodowej, w którym ogniskują się jednocześnie problemy ekonomiczne i społeczne, jest sektor publiczny wraz ze swoją strukturą organizacyjną i otoczeniem instytucjonalnym.

1.2.2. System ekonomiczny i jego rodzaje

Zakres zjawisk ekonomicznych oraz zakres podejmowanych decyzji gospodarczych przez poszczególne podmioty jest określony przez odpowiedni system ekonomiczny.

System ekonomiczny poprzez bezpośrednie i pośrednie powiązania organizacji i otoczenia instytucjonalnego pozwala na realizację podstawowych, powtarzających się procesów zachodzących w gospodarce: produkcji, wymiany i podziału, konsumpcji.

Najbardziej ogólna definicja systemu gospodarczego głosi, że system ekonomiczny to „układ stosunków i organizacji, który kształtuje prawa i regulacje rządzące działalnością gospodarczą, determinuje prawa własności czynników produkcji, rozdziela uprawnienia do podejmowania decyzji w zakresie produkcji i konsumpcji, determinuje bodźce motywujące różne podmioty gospodarcze, a w ostateczności rozstrzyga: co, jak i dla kogo ma być produkowane” (P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, 2004, s. 32).

Podstawowym kryterium umożliwiającym określenie rodzaju systemu ekonomicznego jest podział uprawnień do podejmowania decyzji. Wyróżniamy dwa podstawowe systemy ekonomiczne:

- system zdecentralizowany, w którym uprawnienia do podejmowania decyzji należą wyłącznie do poszczególnych producentów i konsumentów;
- system scentralizowany, w którym uprawnienia do podejmowania decyzji należą wyłącznie do centralnej administracji państwowej.

System zdecentralizowany charakteryzuje gospodarkę rynkową, w której procesy ekonomiczne realizują się na poszczególnych rynkach, natomiast system scentralizowany odnosi się do gospodarki nakazowej. Oba wymienione systemy są systemami teoretycznymi, które ułatwiają zrozumienie działania

poszczególnych podmiotów gospodarczych realizujących różne, przypisane im działania. Współczesne gospodarki są raczej systemami mieszanymi, w różnym stopniu wykorzystującymi elementy gospodarki rynkowej i nakazowej.

Cechą charakterystyczną funkcjonujących gospodarek mieszanych jest wykorzystywanie przez rząd różnych narzędzi oddziaływania na prywatną własność gospodarczą. W praktyce wykorzystywane są trzy główne narzędzia:

- 1) podatki od dochodów oraz od towarów i usług; związane jest to z polityką fiskalną państwa, a jej celem jest ograniczenie prywatnych wydatków przez ograniczenie dochodów, zapewnienie środków na wydatki publiczne, ograniczenie lub promowanie niektórych rodzajów działalności;
- 2) wydatki na niektóre towary i usługi oraz opłaty transferowe przesuwające środki finansowe do osób fizycznych;
- 3) regulacja i/lub kontrola; wykorzystanie tego narzędzia umożliwia rozwój pewnych działań ekonomicznych i ograniczenie lub eliminację innych niekorzystnych działań (P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, 2004, s. 467).

Przyjmując zakres zjawisk ekonomicznych za kryterium podziału systemów społeczno-gospodarczych, można wyróżnić następujące systemy (W. Misiński, 2007, s. 22):

- 1) system gospodarki globalnej albo gospodarki światowej,
- 2) megasystemy ekonomiczne (np. gospodarka feudalna, gospodarka kapitalistyczna, gospodarka socjalistyczna),
- 3) makrosystemy ekonomiczne (gospodarki narodowe),
- 4) mezosystemy ekonomiczne (np. regiony gospodarcze, sektor usług, sektor bankowy, sektor opieki zdrowotnej),
- 5) minisystemy ekonomiczne (np. przedsiębiorstwa, gospodarstwa domowe, spółki).

Podsumowując dotychczasowe rozważania, można stwierdzić, że system ekonomiczny to układ stosunków i organizacji, który:

- kształtuje prawa i regulacje rządzące działalnością gospodarczą,
- determinuje prawa własności czynników produkcji,
- rozdziela bodźce motywujące różne podmioty gospodarcze do działalności,
- rozstrzyga, co, jak i dla kogo produkować.

Przyjmując ogólną definicję systemu ekonomicznego składającego się z wielu sektorów (podsystemów), można wyróżnić następujące mechanizmy kształtujące jego działanie:

- alokację czynników produkcji,
- koordynację spontaniczną lub planową,
- stymulację.

Prawidłowe funkcjonowanie tych mechanizmów oraz istnienie odpowiedniej infrastruktury organizacyjnej i otoczenia instytucjonalnego zapewnia sprawność systemu ekonomicznego. Każdy z wymienionych mechanizmów spełnia określone funkcje i realizuje odpowiednie cele.

Nadrzędnym celem każdego systemu ekonomicznego jest zapewnienie właściwej alokacji czynników produkcji gwarantującej realizację istniejących i ważnych potrzeb. Z kolei istnienie mechanizmów koordynacji pozwala na dostosowanie działalności poszczególnych podmiotów gospodarczych do zmieniających się w czasie i przestrzeni potrzeb. Szczególną rolę przypisuje się koordynacji