

# SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W STANACH ZJEDNOCZONYCH

Wiktor Rutkowski  
Uniwersytet Warszawski

## WPROWADZENIE

Model społeczno-gospodarczy Stanów Zjednoczonych jest dla rozwiniętych gospodarczo krajów europejskich jednocześnie punktem odniesienia i wyzwaniem<sup>1</sup>. Dotyczy to również systemu opieki zdrowotnej. Analiza zarówno pozytywnych, jak i negatywnych doświadczeń funkcjonowania opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych ma istotne znaczenie w okresie dyskusji i poszukiwania dróg poprawy efektywności opieki zdrowotnej w wielu krajach, w tym także w Polsce.

## OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA

System zabezpieczenia społecznego w Stanach Zjednoczonych, w tym opieki zdrowotnej, posiada wyraźną specyfikę w porównaniu z rozwiniętymi krajami europejskimi. Polega ona przede wszystkim na odmiennym rozłożeniu odpowiedzialności za bezpieczeństwo socjalne obywateli między państwo i sektor prywatny. Istotą systemu zabezpieczenia społecznego w Stanach Zjednoczonych jest ograniczenie roli państwa do zapewnienia ochrony socjalnej tylko ludziom starszym, niepełnosprawnym, rodzinom pozbawionym żywiciela oraz tym, w których brak dochodów lub niski dochód zagraża zaspokajaniu potrzeb dzieci. W związku z tym silna pozycja w sferze socjalnej przypada instytucjom prywatnym: przedsiębiorstwom, funduszom emerytalnym, towarzystwom ubezpieczeniowym itp.

Taka instytucjonalna struktura sfery zabezpieczenia społecznego wzmacnia konkurencję na rynku pracy oraz skłania do osobistej odpowiedzialności i przeczności. Jej skutkiem są także silne wpływy grup

interesu powiązanych z prywatnym sektorem świadczącym usługi socjalne oraz selektywność w dostępie do świadczeń socjalnych.

Częściowe włączenie opieki zdrowotnej do systemu zabezpieczenia społecznego nastąpiło w 1966 r., gdy prezydentem był Lyndon Johnson z ramienia Partii Demokratycznej. Wprowadzono wówczas ubezpieczenie zdrowotne dla osób w wieku emerytalnym (*Medicare*) oraz rozszerzono pomoc społeczną o opiekę zdrowotną dla osób ubogich (*Medicaid*). Niemniej, rola państwa w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia – w porównaniu z innymi krajami rozwiniętymi – jest nadal ograniczona. Głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej osób w wieku do 65 lat pozostają prywatne, sponsorowane przez pracodawców, grupowe ubezpieczenia zdrowotne.

Do podstawowych cech system opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych należą:

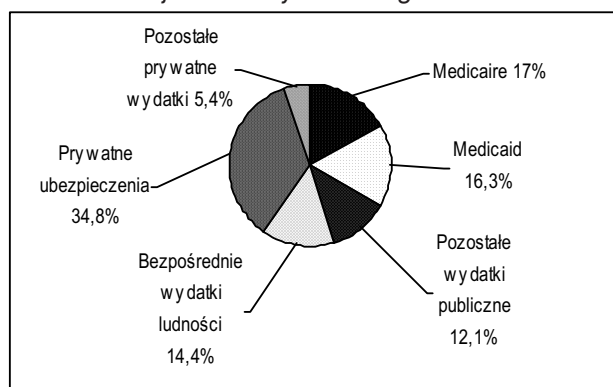
- najwyższe na świecie całkowite, publiczne i prywatne wydatki, które w 2004 r. wyniosły w relacji do PKB 15,3%, zaś w przeliczeniu na jednego mieszkańca 6102 USD,

- duża elastyczność dostosowania usług opieki zdrowotnej do preferencji konsumentów i możliwość dostępu do najnowszych osiągnięć technologii medycznej,

- selektywność w dostępie do opieki zdrowotnej, której skutkiem jest pozostawanie znacznej części ludności (w 2000 r. 38,7 mln osób, tj. ponad 14,2% ludności) poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych zarówno państwowych, jak i prywatnych<sup>2</sup>.

Strukturę wydatków na ochronę zdrowia według źródeł finansowania przedstawiono na wykresie 1.

Wykres 1. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w Stanach Zjednoczonych według źródeł w 2001 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Statistical Abstract of the United States 2003, tabl. 113, s. 92.

## PAŃSTWOWE PROGRAMY OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rządowa interwencja w dziedzinie opieki zdrowotnej obejmuje dwa programy: *Medicare* (ubezpieczenia zdrowotne) i *Medicaid* (pomoc społeczna).

Program *Medicare*, którym są objęci ludzie starzy (od 65. roku życia) i niektórzy inwalidzi, składa się z dwóch części:

- ubezpieczenia kosztów leczenia szpitalnego (*Hospital Insurance – HI*), czyli tzw. części A, która stanowi element ubezpieczeń społecznych,
- dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia medycznego (*Supplemental Medical Insurance – SMI*), lub części B, które pokrywa koszty porad lekarskich i innych usług medycznych, nieobjętych częścią A.

Część A i część B programu *Medicare* są finansowane w różny sposób.

Ubezpieczenie szpitalne jest finansowane za pośrednictwem składki, obciążającej pracodawców, pracowników i zatrudnionych na własny rachunek oraz, w niewielkiej części, z ogólnych wpływów podatkowych. Składkę wnoszą pracodawcy i pracownicy w jednakowej wysokości po 1,45% zarobków. Zatrudnieni na własny rachunek płacą składkę w wysokości 2,90% dochodów. Szpitale otrzymują środki z programu *Medicare* według przeciętnych kosztów leczenia w ramach 486 grup diagnostycznych (*Diagnostic Related Groups – DRG*).

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne (SMI) jest finansowane za pośrednictwem miesięcznych opłat wnoszonych przez osoby przystępujące do programu oraz z ogólnych dochodów budżetu federalnego. W 2003 r. miesięczna opłata wynosiła 58,70 dol. i pokrywała jedną czwartą ogólnych kosztów ubezpieczenia. Te subsydiowane w 75% przez budżet polisy ubezpieczeniowe wykupuje więcej niż połowa ludzi w wieku emerytalnym.

Program *Medicare* jest obecnie najłabszym, z punktu widzenia płynności finansowej, elementem ubezpieczeń społecznych w Stanach Zjednoczonych. Wydatki funduszu ubezpieczającego koszty leczenia szpitalnego przewyższały w niektórych latach (1995–1998) wpływy ze składek.

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, obejmujące koszty leczenia ambulatoryjnego, zachowują dotychczas płynność finansową dzięki dotacjom z budżetu federalnego. Jednak szybki wzrost kosztów leczenia powoduje wzrost składki ubezpieczeniowej (z 9,60 dol. w 1980 r., do 28,60 dol. w 1990 r., 45,50 dol. w 1999 r. i 58,70 dol. w 2002 r.) oraz dotacji budżetowej. W 2001 r.

dotacja budżetowa wyniosła 72,8 mld dolarów, tj. 74% ogólnych wpływów funduszu.

Zakres publicznych ubezpieczeń zdrowotnych jest więc w Stanach Zjednoczonych znacznie węższy, ich struktura zaś bardziej złożona niż w innych rozwiniętych krajach. Różnorodność rozwiązań nie jest uwarunkowana względami racjonalności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, lecz ma wytłumaczenie polityczne. Odzwierciedla ona silny opór świadczeniodawców w okresie ustanawiania programu *Medicare*. Oddzielne ubezpieczenie kosztów leczenia szpitalnego i kosztów leczenia otwartego było dla Kongresu łatwiejsze do przeprowadzenia i umożliwiło osiągnięcie konsensu w negocjacjach z dostawcami w okresie, kiedy wprowadzano program. Dla ludzi starych oznacza to jednak istnienie dwóch różnych programów, z których każdy ma swoich pośredników finansowych oraz różne formy współfinansowania.

*Medicaid* jest federalno-stanowym programem opieki medycznej dla osób ubogich. Obejmuje on głównie osoby zakwalifikowane do dwóch programów pomocy społecznej: AFDC/TANF (ubogie rodziny z dziećmi na utrzymaniu) i SSI (osoby starsze i inwalidzi). Program jest finansowany wspólnie przez rząd federalny i rządy stanowe. Udział rządu federalnego wynosi od 50% do 83%, w zależności od wysokości dochodu na jednego mieszkańca w danym stanie. Formuła określania wysokości udziału rządu federalnego w finansowaniu *Medicaid* zapewnia wyższe subsydia w stanach o niskim dochodzie na jednego mieszkańca. W 1998 r. korzystało z tego programu 40 649 tys. osób.

Utworzony w 1997 r. program ubezpieczenia zdrowotnego dzieci (*State Childrens Health Insurance Program – SCHIP*) zapewnia publiczne środki na opiekę zdrowotną dla wszystkich dzieci w wieku do 18 lat, które żyją w ubogich rodzinach.

## PRYWATNE PLANY UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi objęte jest prawie trzy czwarte ludności Stanów Zjednoczonych. Są to przeważnie grupowe ubezpieczenia zdrowotne pracowników, zakupione przez pracodawców<sup>3</sup>. Liczba osób posiadających indywidualne polisy ubezpieczenia zdrowotnego jest stosunkowo niewielka – w 2000 r. stanowiły one 7% ludności w wieku do 65 lat. Do zapewnienia ubezpieczenia swoim pracownikom zachęcają pracodawców rozwiązania podatkowe. W 2002 r. kwota zwolnień od podatku z tytułu składek ubezpieczenia zdrowotnego i wydatków na opiekę zdrowotną przekroczyła 90 mld dol.

W prywatnym sektorze ubezpieczeń zdrowotnych działają:

- a) tradycyjne komercyjne towarzystwa ubezpieczeniowe,
- b) niekomercyjne towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych (z których najważniejsze to *Blue Cross* i *Blue Shield*),
- c) organizacje koordynowanej opieki zdrowotnej (*managed care*).

Na początku lat 90. działało około 1200 firm oferujących ubezpieczenie zdrowotne. Pod koniec tej dekady, w rezultacie procesu konsolidacji, ich liczba spadła do 700.

W ostatnich latach szybko rozwijającą się formą ubezpieczeń są ubezpieczenia zdrowotne pracowników przez samych pracodawców, metodą rezerwy

kapitałowej. Jej zaletą, w porównaniu z usługami komercyjnych towarzystw ubezpieczeniowych, są niższe koszty oraz możliwość wykorzystania tworzonych funduszy w celu poprawy płynności finansowej przedsiębiorstw i jako źródła dochodów z inwestycji.

Interesy świadczeniodawców, reprezentowane przez organizację zawodową lekarzy (American Medical Association – AMA), towarzystw ubezpieczeniowych i pracodawców są częściowo zbieżne. Pracownicze plany ubezpieczeń zdrowotnych silnie związują pracowników z ich miejscem pracy, zmniejszając jednocześnie poparcie dla idei powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, które stwarzają zagrożenie dla towarzystw ubezpieczeniowych i świadczeniodawców.

W ostatnich kilkunastu latach nastąpiło przejście od tradycyjnego modelu ubezpieczenia do modelu koordynowanej opieki zdrowotnej (*managed care*). Terminem koordynowanej opieki zdrowotnej określa się, ogólnie biorąc, różne rozwiązania organizacyjne, które polegają na zintegrowaniu funkcji finansowania i dostarczania usług opieki zdrowotnej. Nabywcy (dysponenci środków finansowych) zatrudniają personel medyczny lub zawierają kontrakty z niezależnymi świadczeniodawcami w celu dostarczenia określonych usług po z góry uzgodnionej cenie za osobę lub usługę. Jest to obecnie dominująca forma organizacji rynku opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych.

Planami opieki zdrowotnej, zawierającymi jakąś formę koordynacji, objętych było w 2000 r. około 89% ubezpieczonych pracowników, podczas gdy jedynie 11% pracowników korzystało z tradycyjnej formy prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego (Sekhri 2000, s. 831).

Koordynowana opieka zdrowotna rozwinęła się początkowo w formie instytucji Health Maintenance Organization (HMO) i Preferred Provider Organization (PPO). Różnica między tymi organizacjami a tradycyjnymi komercyjnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi i planami świadczeń *Blue Cross-Blue Shield* polega na tym, że te pierwsze – oprócz funkcji finansowania świadczeń – przejmują odpowiedzialność za organizację i dostarczanie swoim członkom szerokiego zakresu usług medycznych.

W przypadku HMO funkcja ubezpieczeniowa jest powiązana ze zintegrowanym systemem szpitali i lekarzy, zapewniającym ciągłość opieki zdrowotnej. W tradycyjnym HMO lekarze są albo pracownikami planu, albo członkami zespołu lekarzy, który zawiera kontrakt wyłącznie z danym planem zdrowotnym. HMO posiadają lub dzierżawią urządzenia medyczne, zawierają umowy ze szpitalami i lekarzami na dostarczanie usług medycznych, zatrudniają personel pomocniczy i sprawują ogólną kontrolę menedżerską nad dostarczaniem świadczeniami.

Główną cechą tradycyjnego HMO jest wzajemna wyłączność kontraktów między lekarzami i planem opieki zdrowotnej. Stwarzają one bodźce do unikania drogiej metod leczenia, poprzez rozwiązania finansowe (np. udział lekarzy w zyskach planu) oraz wybór mniej agresywnych dostawców (np. mniejsza liczba chirurgów lub mniejsza liczba lekarzy wyspecjalizowanych w bardzo drogich dziedzinach).

System bodźców stosowanych w HMO sprawia, że działają one w warunkach mniejszej infrastruktury szpitalnej oraz niższego stopnia hospitalizacji w porównaniu z ubezpieczeniami zdrowotnymi z nieograniczonymi płatnościami typu *fee-for-service* (zapłata za usługę), które nie stwarzają bodźców do racjona-

lizacji infrastruktury leczenia zamkniętego (Pauly 1986, s. 642, 656). Mniejsza jest także liczba lekarzy w stosunku do liczby leczonych. Stwierdzono, że organizacje HMO mają niższe koszty w przeliczeniu na pacjenta rocznie, przede wszystkim z powodu niższej stopy hospitalizacji.

Organizacja świadczeń zdrowotnych w ramach Preferred Provider Organizations (PPOs) polega na tym, że pracodawcy lub ubezpieczyciele zawierają kontrakty z dostawcami usług medycznych (lekarzami, szpitalami, farmaceutami i innymi) na świadczenia usług opieki zdrowotnej po zdyskontowanych cenach. Korzyści pracodawców i ubezpieczycieli polegają na obniżeniu kosztów opieki zdrowotnej z powodu niższych opłat: pracowników – na większym niż w przypadku HMO wyborze świadczeniodawców oraz niższym współpłaceniu w momencie korzystania ze świadczeń; świadczeniodawców zaś na dostępie do większych grup pacjentów.

Różnice między organizacjami HMO i PPO polegają także na tym, że:

- HMO zapewniają opiekę zdrowotną w zamian za z góry wniesioną opłatę, natomiast w ramach PPO płaci się za usługę, jednakże opłaty są niższe od tych, jakie normalnie pobiera świadczeniodawca;

- członkowie HMO muszą korzystać z usług świadczeniodawców współpracujących z tą organizacją, natomiast w przypadku PPO istnieje swoboda wyboru świadczeniodawcy w każdym przypadku, gdy potrzebna jest pomoc medyczna.

Obecnie najbardziej rozpowszechnioną formą koordynowanej opieki zdrowotnej jest model sieciowy, który polega na tym, że ubezpieczyciele zawierają kontrakty z horyzontalnie zintegrowanymi, często luźno afiliowanymi sieciami świadczeniodawców, bez stosowania zasady wzajemnej wyłączności kontraktów (tzw. otwarte HMO).

Najczęstszą formą sieci świadczeniodawców są stowarzyszenia niezależnych praktyk (*independent practice association* – IPA), które powstają jedynie w celu zawierania kontraktów z planami zdrowotnymi.

Lekarze nadal praktykują samodzielnie, lecz otrzymują wynagrodzenie za pośrednictwem stowarzyszenia, które zwykle powołuje dział zajmujący się zarządzaniem kontraktami i wynagrodzeniami. Lekarze mogą należeć do różnych stowarzyszeń, ponieważ liczba kontraktów zawartych przez jedno stowarzyszenie może być niewystarczająca dla utrzymania praktyki lekarskiej. Na rynkach, gdzie liczba osób objętych koordynowaną opieką zdrowotną jest duża, większość lekarzy zawiera kontrakty z wieloma planami opieki zdrowotnej<sup>4</sup>. Stowarzyszenie otrzymuje środki finansowe według zasady kapitacyjnej, lecz poszczególni lekarze są opłacani w różny sposób (metodą kapitacyjną, według liczby świadczonych usług lub metodą mieszaną).

Plany opieki zdrowotnej poszukują nowych rozwiązań w zakresie wynagrodzeń lekarzy oraz świadczonych „produktów”. Na przykład, pacjent może wybrać plan z potrójną opcją, oferującą wybór między HMO, PPO i tradycyjnym ubezpieczeniem (*fee-for-service*) lub plan umożliwiający wybór między lekarzami współpracującymi z planem i innymi lekarzami, każdy z odmiennym poziomem współpłacenia przez pacjentów.

Dla lekarzy znajdujących się w sieci świadczeniodawców każdy typ produktu wiąże się z odmiennym mechanizmem i wysokością wynagrodzenia. W rezul-

tacie, znaczące są koszty transakcyjne. Administrowanie typowym planem opieki zdrowotnej pochłania około 12%–20% wpływów z opłat ubezpieczeniowych. Stowarzyszenia lekarzy wydają na administrację 6%–8% kwoty kawitacyjnej. Indywidualnie praktykujący lekarze zatrudniają pracowników zajmujących się problemami autoryzacji postępowania medycznego (wymaganej przez plany opieki zdrowotnej) i skierowaniami do innych lekarzy; szpitale zaś tworzą całe działy zajmujące się kontraktami i odmowami płacenia przez plany za leczenie (Sekhri 2000, s. 835).

Institucje koordynowanej opieki zdrowotnej stanowią istotną innowację w funkcjonowaniu rynku opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. Przeważa opinia, że koordynowana opieka zdrowotna wpłynęła na zmniejszenie tempa wzrostu wydatków na ochronę zdrowia. W latach 1993–1998 wskaźnik wzrostu ogólnych wydatków na ochronę zdrowia był dwukrotnie niższy niż w latach 1988–1992 (odpowiednio 31% i 67%) (Sekhri 2000, s. 836). Jednakże w 1999 r. nastąpił ponownie szybki wzrost wydatków na opiekę zdrowotną (o 7,3% w stosunku do poprzedniego roku, podczas gdy wskaźnik inflacji był trzykrotnie niższy). W związku z tym dyskutowana jest kwestia, czy możliwości koordynowanej opieki zdrowotnej w zakresie obniżania kosztów leczenia zostały już wyczerpane, czy też może nastąpić dalsza poprawa skuteczności zarządzania w ramach tej instytucji.

Jedną ze spornych kwestii jest również to, jaką rolę w obniżeniu kosztów w ramach koordynowanej opieki zdrowotnej odgrywają skuteczniejsze metody zarządzania, a jaką fakt, że mają one średnio korzystniejszy dobór grup ryzyka, gdyż przyciągają zdrowszych członków niż ubezpieczenia oferujące rekompensatę poniesionych kosztów (*fee-for-service*) (Getzen 2000, s. 291).

W związku z upowszechnieniem się koordynowanej opieki zdrowotnej podnoszona jest także kwestia jakości świadczonych usług. Ogólnie biorąc, koordynowana opieka zdrowotna spotyka się ze znaczną krytyką ze strony pacjentów i środowisk lekarskich. Wysuwany jest zarzut, że oszczędności wynikają częściowo z pogorszenia dostępności, skuteczności i jakości leczenia. Środowiska lekarskie opierają się ograniczeniu ich swobody profesjonalnej (Sobczak 2004, s. 34)

## PRÓBA OCENY

W systemie opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych podstawową rolę odgrywa konkurencja między płatnikami i świadczeniodawcami, kierującymi się kryterium ekonomicznej efektywności. System charakteryzuje się dużą elastycznością oraz zdolnością szybkiego dostosowania do preferencji konsumentów oraz bodźców kreowanych przez płatników i regulacje rządowe. Umożliwia on także ubezpieczonym dostęp do najnowszych osiągnięć technologii medycznej.

Natomiast do najważniejszych problemów sektora opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych należą: złożoność, selektywność i wysokie koszty. Z punktu widzenia porównawczej analizy systemów opieki zdrowotnej zjawiska te mogą być uznane za przejawy niesprawności rynku w zakresie ochrony zdrowia.

Złożoność systemu opieki zdrowotnej polega na wewnętrznej różnorodności i skomplikowanym układzie rozwiązań prawnych, instytucjonalnych i finansowych. W innych rozwiniętych krajach na ogół około

3/4 wydatków na ochronę zdrowia jest finansowanych bądź z ogólnych podatków, jak na przykład w Norwegii, Szwecji i Wielkiej Brytanii, bądź za pośrednictwem ubezpieczeń społecznych, jak w Niemczech, Francji i Japonii.

W Stanach Zjednoczonych rola środków publicznych oraz prywatnych jest bardziej wyrównana. Złożoność systemu polega także na różnorodnych formach współpłacenia przez pacjentów. Najważniejsze z nich to:

- potrącenie pewnej kwoty ze zwracanych przez instytucję ubezpieczeniową kosztów leczenia (*deductible*),

- ponoszenie przez pacjenta określonej procentowo części uznanych przez ubezpieczyciela kosztów leczenia (*coinsurance*).

Selektywność systemu opieki zdrowotnej przejawia się w braku powszechnych gwarancji dostępu do opieki zdrowotnej. Państwowe gwarancje obejmują tylko finansowanie kosztów leczenia ludzi starych, inwalidów i ubogich, zaś zakres prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego ograniczają wysokie opłaty pracodawców z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego pracowników oraz niekorzystna dla osób o niskich dochodach i wysokim ryzyku ubezpieczeniowym selekcja dokonywana przez prywatnych ubezpieczycieli.

Jakkolwiek zasięg ubezpieczeń zdrowotnych, prywatnych i publicznych bardzo wzrósł (w 2000 r. 86% ludności USA miało ubezpieczenie zdrowotne, w porównaniu z mniej niż 10% w 1940 r.), to jednak w 2000 r. 38,7 mln osób nie korzystało z żadnej formy ubezpieczenia. Były to przede wszystkim osoby: o niskich dochodach i pracujące w niepełnym wymiarze czasu pracy, w młodym wieku, nienależące do rasy białej.

Prawdopodobieństwo nieposiadania ubezpieczenia zdrowotnego przez osoby osiągające dochody niższe lub niewiele przekraczające próg ubóstwa jest trzy do czterokrotnie większe niż w przypadku osób, których dochody dwukrotnie lub więcej przewyższają próg ubóstwa. Prawdopodobieństwo nieposiadania ubezpieczenia zdrowotnego maleje wraz z wiekiem; największe (ponad 30%) jest wśród młodzieży w wieku 18–24 lat.

Odsetek osób nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego jest najwyższy wśród osób pochodzenia latynoskiego, zwłaszcza Meksykanów. Wśród tych ostatnich skala tego zjawiska jest trzykrotnie większa niż wśród ludności rasy białej. Oprócz osób nieposiadających żadnego ubezpieczenia jest również wiele takich, których zabezpieczenie jest niedostateczne.

Trzeba również dodać, że ubezpieczenie nie daje całkowitej pewności zwrotu kosztów leczenia, bowiem instytucje ubezpieczeniowe odmawiają niekiedy pokrycia kosztów związanych z chorobą i ustępują dopiero po orzeczeniach sądowych (Kowalak 1996, s. 162).

System opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, w którym tak dużą rolę odgrywają rynkowe mechanizmy regulacji, charakteryzuje się wysokimi kosztami administracyjnymi. Pochłaniają one ponad 22% wydatków na ochronę zdrowia, podczas gdy w Kanadzie czy Wielkiej Brytanii, przy głównie budżetowym systemie dystrybucji środków, udział wydatków administracyjnych wynosi około 10%.

Ogólnym wnioskiem, jaki wynika z doświadczeń systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych jest to, że rynek nie jest panaceum na problemy funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej. Potrzeb-

ne jest więc nadal poszukiwanie równowagi między rynkowymi i nierynkowymi instrumentami regulacji w ochronie zdrowia. Nie ma przesłanek, przede wszystkim społecznych, dla zakwestionowania publicznego charakteru systemu opieki zdrowotnej, opartego na ideach solidaryzmu społecznego i równości dostępu do opieki zdrowotnej. (Przez publiczny charakter systemu należy rozumieć dominację publicznych źródeł finansowania). Wykorzystaniu instrumentów rynkowych powinno towarzyszyć wyraźne określenie obszaru, w którym mogą być one stosowane, oraz ram, w jakich mają one działać (standardy świadczeń medycznych, taryfy, prawa pacjenta, wymagania dotyczące jakości).

- 1 Literatura poświęcona tej problematyce wzbogaciła się o niedawno wydaną publikację: (Bieńkowski, Radło red. 2006).
- 2 Odsetek ludności nieobjętej ubezpieczeniem zdrowotnym wynosił: 1990 r. – 13,9%, 1995 r. – 15,4%, 2000 r. – 14,2%, 2001 r. – 14,6% i 2002 r. – 15,2%.
- 3 Prawie wszystkie firmy zatrudniające powyżej 200 pracowników oferują ubezpieczenie zdrowotne, czyni tak również 65% firm zatrudniających od 3 do 199 pracowników. Najrzadziej oferują ubezpieczenie zdrowotne firmy zatrudniające wielu mało płatnych pracowników oraz te, w których wysoka jest płynność pracowników (Docteur i in. 2003, s. 8).

- 4 Na przykład, w Kalifornii lekarze zawierają nierzadko kontrakty z piętnastoma różnymi planami, bądź to za pośrednictwem stowarzyszenia, bądź bezpośrednio (Sekhri 2000, s. 835).

## LITERATURA

- Bieńkowski W., Radło M.-J., red. (2006), *Amerykański model rozwoju gospodarczego. Istota, efektywność i możliwość zastosowania*, Warszawa: Szkoła Główna Handlowa.
- Chartbook on Trends in the Health of Americans, dostępny w Internecie: <[www.cdc.gov/nchs/data/hus03cht.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/hus03cht.pdf)>.
- Docteur E., Suppanz H., Woo J. (2003), *The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*, OECD Economics Department Working Papers No. 350, February.
- Getzen T. (2000), *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kowalak T. (1996), *Problemy społeczne Stanów Zjednoczonych*, Warszawa: IPiSS.
- Pauly M. (1986), *Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy*, „Journal of Economic Literature”, June.
- Sekhri N. (2000), *Managed Care: the US Experience*, „Bulletin of World Health Organization” nr 6.
- Sobczak A. (2004), *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Charakterystyka i przegląd międzynarodowy*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

## SUMMARY

The paper presents the organization of health care system in the United States, both the public sector – Medicare and Medicaid – and private sector, especially managed care. The attention was paid both to the positive features of American model of health care, such as advanced medical technology and elasticity, and to the negative features, such as the lack of universal access to health services, high costs and complexity.