

Rozdział 10

Joanna Rutecka, Barbara Więckowska
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Rynkowa polityka społeczna

1. WPROWADZENIE

Polityka społeczna określana jest jako ...*działalność państwa, samorządu i organizacji pozarządowych zmierzająca do kształtowania ogólnych warunków pracy i bytu ludności, prorozwojowych struktur społecznych oraz stosunków społecznych opartych na równości i sprawiedliwości społecznej, sprzyjających zaspokajaniu potrzeb społecznych na dostępnym poziomie*¹. Działalność ta obejmuje wiele obszarów i jest ze swej natury finansowana głównie ze środków publicznych, które są ograniczone wpływami budżetowymi zależnymi od tempa rozwoju gospodarczego i społecznego oraz m.in. sytuacją demograficzną.

W ostatnich dziesięcioleciach obserwowane są przemiany demograficzne określone mianem starzenia się ludności, które wymuszają weryfikację obszarów i zmianę sposobów realizacji polityki społecznej oraz metod jej finansowania. W obliczu ograniczonych środków, będących konsekwencją kurczącego się pokolenia pracujących, a tym samym kurczącej się bazy składkowej (i podatkowej) oraz przy rosnących potrzebach społecznych, coraz trudniejszym staje się sfinansowanie określonych wcześniej celów polityki społecznej i zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego każdej jednostce (m.in. poprzez antycypację oraz kompensatę strat, wydatków i braków²).

Ograniczoność zasobów przeznaczanych na politykę społeczną wymusza poszukiwanie najskuteczniejszych i najbardziej efektywnych narzędzi i metod osiągnięcia

¹ A. Kurzynowski, *Związki polityki społecznej z polityką gospodarczą*, w: *Polityka społeczna*, Kurzynowski A. (red.), Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2001, s. 11. Zob. też: J. Orczyk, *Polityka społeczna – cele i uwarunkowania*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2005, s. 17 oraz T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005, s. 56-57.

² Szerzej o modelu antycypacji: T. Szumlicz, *Ibidem*.

celów społecznych. Stąd, podobnie jak w innych obszarach działalności dotkniętych swoistą „rzadkością” zasobów, także w polityce społecznej istnieje ogromna potrzeba innowacyjności, aby przy danej wielkości środków osiągać efekty jak najbardziej zadowalające, znacznie lepszej jakości, bardziej dopasowane do potrzeb adresatów tych działań i obejmujące jak największą ich grupę. Osiągnięcie innowacyjności w sferze polityki społecznej, w stosunku do innych obszarów, wydaje się być znacznie trudniejsze, albowiem innowacyjność musi być powiązana z przemianą mentalnościową gospodarstw domowych tj. przede wszystkim zmianą postawy z biernej na aktywną w budowaniu struktury bezpieczeństwa poszczególnych podmiotów.

Poprawienie jakości, obniżenie kosztów i podniesienie efektywności w poszczególnych obszarach polityki społecznej osiągnąć można na wiele sposobów. Podejście innowacyjne oznacza, że wykorzystywane są metody i narzędzia niewystępujące wcześniej w tej sferze działalności państwa. Do takich metod zaliczyć należy wprowadzenie mechanizmów rynkowych oraz regulowanej konkurencji na rynku podmiotów świadczących usługi z zakresu polityki społecznej. Utworzenie rynku w wybranych obszarach polityki społecznej może przynieść społeczeństwu korzyści. Zawsze jednak rynek ten musi pozostawać pod szczególnym nadzorem państwa, aby jednocześnie eliminować nieakceptowane społecznie zjawiska. W dalszej części przedstawione zostaną możliwości i podane zostaną przykłady realizacji wybranych celów polityki społecznej poprzez wprowadzenie rozwiązań rynkowych.

2. RYNEK A POLITYKA SPOŁECZNA

Rynek to miejsce, w którym spotyka się podaż i popyt na określone dobra i usługi. Z punktu widzenia ekonomii to mechanizm, dzięki któremu kupujący i sprzedający współdziałają ze sobą, ustalając ceny i wymieniając określone dobra i usługi³. W wielu krajach większość decyzji gospodarczych podejmowana jest z wykorzystaniem mechanizmu rynkowego, tj. prywatne przedsiębiorstwa i jednostki podejmują decyzje dotyczące ich własnej produkcji i konsumpcji. Na przeciwnym biegunie znajduje się gospodarka nakazowa, w której to rząd podejmuje wszystkie istotne decyzje dotyczące produkcji i dystrybucji⁴.

U podstaw gospodarki rynkowej leży założenie, iż istnieje bardzo duża liczba dostawców produktów i usług oraz równie duża liczba odbiorców. Poprzez swoją aktywność (decyzje ekonomiczne) doprowadzają oni do osiągnięcia równowagi popytu i podaży na konkurencyjnym rynku. Ustalana jest cena równowagi, przy której siły podaży i popytu są sobie równe. Rynek doskonale konkurencyjny

³ P. A. Samuelson, W. D. Nordhaus, *Ekonomia*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2012, s. 26.

⁴ Ibidem, s. 8.

działa bez żadnych zewnętrznych ograniczeń, a dokonywane na nim transakcje są zawsze dobrowolne i optymalne. Wszystkie podmioty charakteryzują się równym dostępem do informacji i żaden z nich nie ma bezpośredniego wpływu na kształtowanie cen⁵. Poziom cen, rodzaj i jakość usług jest efektem gry rynkowej.

Czysta gospodarka rynkowa, w której każdy podmiot samodzielnie podejmuje decyzję bez zewnętrznie narzuconych ograniczeń, w zasadzie nie występuje w praktyce. Państwo reguluje bowiem niemal każdą sferę funkcjonowania podmiotów gospodarczych i jednostek poprzez chociażby ustalenie pewnych minimalnych standardów obowiązujących w różnych rodzajach aktywności. Biorąc pod uwagę funkcjonowanie całych społeczeństw, występują raczej gospodarki mieszane, zawierające zarówno elementy rynkowe, jak i nakazowe. Mieszany charakter gospodarek wynika także z niedoskonałości (ułomności) rynku, które prowadzą do niepożądanych efektów.

Prowadzenie działań w zakresie polityki społecznej jest domeną państwa opiekuńczego. W konsekwencji większość zadań jest nie tylko określana, lecz także realizowana przez podmioty publiczne. Taki sposób zaspokajania potrzeb społecznych wiąże się z wieloma korzyściami wynikającymi m.in. z efektów skali, możliwości dowolnego kształtowania świadczonej usługi i zaoferowania jej każdemu podmiotowi przy jednoczesnym braku zysku. Z drugiej jednak strony brak konkurencji i budżetowe finansowanie nie powodują presji na obniżenie kosztów oraz większą innowacyjność (wzrost jakości dóbr i usług). Takie zarządzanie charakteryzuje się też mniejszą elastycznością i wrażliwością na zmiany społeczne.

Aby osiągnąć wyższą efektywność oraz podnieść jakość usług społecznych, można przekazać część zadań, zwłaszcza tych nieefektywnych przy zarządzaniu państwowym, do wykonania przez podmioty prywatne. Wykorzystanie rozwiązania rynkowego to innowacja coraz częściej rozważana i w prowadzona w obszarach takich jak zabezpieczenie emerytalne czy zabezpieczenie zdrowotne. Prywatne podmioty są zwykle wykorzystywane w tych obszarach, w których infrastruktura publiczna (państwowa) jest niewystarczająca do zapewnienia usług na pożądanym poziomie, a nie ma możliwości wydatkowania dodatkowych środków na jej rozbudowę czy modernizację. Ponadto, potrzeba taka występuje także w przypadku zmiany metod finansowania i pojawienia się nowych ryzyk, którymi podmioty publiczne dotychczas nie zarządzały – doskonałym tego przykładem jest wprowadzanie kapitałowych systemów emerytalnych. Wprowadzenie rozwiązania rynkowego oznacza jednak, że nie powinien to być wyłącznie jeden lub jedynie kilka zewnętrznych podmiotów ale zdecydowanie większa ich liczba. Aby osiągnąć pożądane efekty na rynku prywatnych podmiotów realizujących cele polityki społecznej występować musi bowiem faktyczna konkurencja, tj. stan w którym

⁵ Przy czym nie wskazuje się wprost formy własności tych podmiotów, tj. na rynku mogą istnieć zarówno podmioty publiczne jak i prywatne.

świadczeniodawcy konkurują o odbiorcę (jednostkę) jakością i ceną usługi bądź dobra. Pozorna konkurencja (bez istnienia faktycznych bodźców do walki o odbiorcę, z których najczęstszym jest osiągnięcie zysku)⁶ i brak mechanizmu eliminowania dostawców „najgorszych” spowodować może efekt odwrotny do zamierzonego, tj. wzrost kosztów i spadek jakości usług.

Biorąc pod uwagę ostateczną odpowiedzialność państwa za realizację celów we wszystkich obszarach polityki społecznej, niezależnie od rodzaju i zakresu zadań, w ramach których umożliwiono konkurencję, niezbędne jest zawsze wprowadzenie regulacji dotyczących funkcjonowania prywatnych podmiotów realizujących politykę społeczną oraz zasad nadzoru nad nimi, aby nie doszło do sytuacji, w której dodatkowe zyski pojawiają się po stronie dostawców, a kosztami obciążeni zostaną wyłącznie odbiorcy oraz gwarant ostatniej instancji czyli budżet państwa.

3. KONKURENCJA REGULOWANA W BAZOWEJ I DODATKOWEJ CZĘŚCI SYSTEMU ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

System zabezpieczenia społecznego to całokształt przedsięwzięć podejmowanych przez państwo umożliwiających (rodzinnym) gospodarstwom domowym osiągnięcie preferowanego poziomu bezpieczeństwa socjalnego. Uczestnictwo w zorganizowanym przez państwo, tak rozumianym systemie zabezpieczenia społecznego, może mieć charakter afiliacji lub obowiązku (część bazowa zabezpieczenia) oraz wynikać z zastosowanych zachęt (część dodatkowa zabezpieczenia)⁷.

Finansowanie systemu zabezpieczenia społecznego⁸ bazuje na koncepcji solidaryzmu społecznego, często określanego mianem solidaryzmu horyzontalnego (poziomego), opartego na zasadzie wzajemności oraz solidaryzmu obywatelskiego, określanego również mianem solidaryzmu wertykalnego (pionowego), opartego na zasadzie troski o najsłabszych członków wspólnoty⁹.

Wprowadzenie do systemu zabezpieczenia społecznego mechanizmów czysto rynkowych doprowadziłoby do załamania zasad solidaryzmu. Z tego względu przy

⁶ Stąd też rozwiązania czysto rynkowe wskazują konkurencję pomiędzy prywatnymi podmiotami *for-profit*, lecz konkurencja występować może również pomiędzy prywatnymi podmiotami *non-profit* jak i podmiotami publicznymi.

⁷ T. Szumlicz, B. Więckowska, *Uwarunkowania zastosowania rozwiązań ubezpieczeniowych w polityce zdrowotnej*, Polityka Zdrowotna, Tom II, grudzień 2004, s. 13.

⁸ System zabezpieczenia społecznego może być finansowany z następujących źródeł: podatek, składka, darowizna. Każde z tych źródeł finansowania jest związane ze ściśle określoną metodą tj. metodą zaopatrzeniową, metodą ubezpieczeniową oraz metodą opiekuńczą (szerzej patrz: T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005, s. 85-86).

⁹ M. Rymsza, *Solidaryzm w ubezpieczeniach społecznych*, w: T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2005, s. 43.

reformowaniu sektora publicznego z wykorzystaniem bodźców rynkowych do dostarczenia świadczeń bardziej efektywnie (przy niższych kosztach oraz wyższej produktywności) oraz bardziej skutecznie (lepsze dopasowanie do oczekiwań społecznych) wprowadzane są mechanizmy gwarantujące utrzymanie rozwiązań solidarnościowych¹⁰. Przykładem takiego reformowania jest konkurencja regulowana. Szczególnie w kontekście europejskim konkurencja regulowana jest najczęściej używana do opisu zastosowania w sektorze publicznym konkurencji bądź mechanizmów podobnych do mechanizmów rynkowych¹¹.

Pod pojęciem konkurencji regulowanej kryje się strategia zakupowa polegająca na osiągnięciu jak największego zwrotu (w postaci liczby i jakości świadczeń) za środki finansowe pracodawców i pracowników. W tym celu używa się zasad konkurencji wynikającej z racjonalnych makroekonomicznych reguł, aby „nagrodzić” – większą liczbą członków i przychodów – te instytucje (fundusze zdrowia, kasy chorych, zakłady ubezpieczeń), które osiągają najwięcej w zakresie poprawy jakości, ograniczenia kosztów oraz zwiększenia satysfakcji uczestnika systemu¹².

Konkurencja regulowana pojawia się na poziomie grupowego finansowania lub finansowania zintegrowanego z udzielaniem świadczeń, lecz nie na poziomie pojedynczego świadczeniodawcy. Jej celem jest podział świadczeniodawców na danym rynku w taki sposób, aby utworzyć konkurujące jednostki ekonomiczne i aby przy pomocy sił rynkowych zmotywować je do stworzenia efektywnego systemu dostarczania świadczeń. Zasady konkurencji muszą być ściśle określone oraz administrowane tak, by nie okazało się, że „nagradzani” są płatnicy, którzy dokonują selekcji ryzyka, segmentacji rynku czy korzystają z innych narzędzi zaprzeczających celom konkurencji regulowanej¹³.

O tym, jak silne są regulacje wprowadzane do mechanizmów konkurencyjnych decyduje obszar, w którym konkurencja ta jest wdrażana. Najbardziej widoczna jest ona w bazowej (obowiązkowej) części systemu zabezpieczenia społecznego. Równocześnie zasadne wydaje się wprowadzanie rozwiązań regulowanych w ramach części dodatkowej, tj. dobrowolnych rozwiązań, z których z własnej inicjatywy korzystają gospodarstwa domowe a towarzyszą im zachęty (bodźce) ze strony państwa (np. w postaci zwolnień i ulg podatkowych, kredytowania składek/wpłat)¹⁴. Z kolei najmniej interwencji państwa można zaobserwować w rozwiązaniach poza systemem zabezpieczenia społecznego.

¹⁰ Teoria konkurencji regulowanej (ang. *managed competition*) została wprowadzona przez Alain’a Enthoven’a.

¹¹ A. Dixon, M. Pfaff, J. Hermesse (2004), *Solidarity and Competition in Social Health Insurance Systems*, w: *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Saltman R. B., Busse R., Figueras J. (red.), European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, New York, s. 175.

¹² A. C. Enthoven (1993), *The History and Principles of Managed Competition*, Health Affairs, 12, s. 29.

¹³ Ibidem, s. 29.

¹⁴ Mowa tutaj o dofinansowaniu społecznym.

4. RYNKOWA POLITYKA SPOŁECZNA POPRZECZ PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE

Obok wprowadzania konkurencji o urynkowieniu polityki zdrowotnej świadczy również wprowadzanie na szeroką skalę partnerstwa publiczno-prywatnego. Celem partnerstwa publiczno-prywatnego jest realizacja zadań publicznych bez konieczności ponoszenia nakładów na przedsięwzięcie przez podmiot publiczny. Partnerstwo publiczno-prywatne służy przekazywaniu określonego zakresu zadań partnerowi prywatnemu – jako temu, który najlepiej sobie poradzi z ich wykonaniem. Kryterium wyboru przedsięwzięcia współfinansowanego ze środków prywatnych jest korzyść dla społeczeństwa, jakiej są w stanie dostarczyć efekty inwestycji. Może być ona rozpatrywana w kilku kategoriach: jako oszczędność środków publicznych, podniesienie standardu świadczonych usług czy zmniejszenie uciążliwości finansowanego przedmiotu dla otoczenia.

Poszczególne warianty współpracy¹⁵ opartej o koncepcję partnerstwa publiczno-prywatnego są narzędziem w ręku władz, za pomocą którego mogą wywiązywać się ze spoczywających na nich (z mocy prawa oraz zobowiązań politycznych) obowiązków wobec społeczeństwa¹⁶. I nie chodzi tutaj o wybór jednego partnera prywatnego dla realizowania założonych zadań, lecz również o przekazanie pewnego obszaru polityki społecznej do zagospodarowania przez sektor prywatny lecz na warunkach określonych przez sektor publiczny.

5. KONKURENCJA PUBLICZNO-PRYWATNA: PRZYKŁAD SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Jednym z przykładów urynkowienia polityki zdrowotnej jest wprowadzenie konkurencji pomiędzy płatnikami w bazowej części systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Państwo tym samym rezygnuje z gwarancji pozycji monopolisty, publiczni i prywatni płatnicy konkurują o środki finansowe związane z uczestnictwem systemu¹⁷.

W przypadku ochrony zdrowia konkurencja ta może odbywać się tylko na bazie jakości świadczeń zdrowotnych (np. Czechy) – jest to rozwiązanie występujące w bazowej części systemu zdrowotnego najczęściej. Jednakże coraz częściej dochodzi

¹⁵ Na temat rozwiązań organizacyjnych w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego patrz: M. Bryx (red.) *Wybrane aspekty inwestowania na rynku nieruchomości w Polsce*, IFGN SGH Warszawa 2001, s. 177-178.

¹⁶ B. Korbus, *Partnerstwo Publiczno-Prywatne*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2003, s. 5.

¹⁷ Celowo jest tutaj stosowane określenie „uczestnik systemu” a nie ubezpieczony, albowiem konkurencję w bazowym systemie ochrony zdrowia można wprowadzić również w ramach systemu finansowanego w sposób zaopatrzeniowy.

do sytuacji, nawet w systemie bazowym, że konkurencją objęta jest również wysokość standardowej składki (np. Szwajcaria) czy też wielkość zniżek dla grup (np. Holandia) oraz sam koszyk świadczeń zdrowotnych (np. Niemcy)¹⁸. Analizując zakres konkurencji, a tym samym urynkwienia obszaru płatnika w systemie ochrony zdrowia, można wyróżnić następujące cechy wpływające na jej siłę¹⁹:

- udział w rynku największego płatnika mniejszy niż 50%,
- możliwość różnicowania cen (pomiędzy płatnikami) w bazowym zabezpieczeniu zdrowotnym,
- możliwość różnicowania koszyka świadczeń w bazowym zabezpieczeniu zdrowotnym,
- możliwość różnicowania poziomu współpłacenia w bazowym zabezpieczeniu zdrowotnym,
- możliwość integracji płatnika ze świadczeniodawcami (HMO) w bazowym zabezpieczeniu zdrowotnym,
- możliwość oferowania przez płatnika dodatkowych produktów uzupełniających poziom „ochrony zdrowotnej”,
- istnienie mechanizmu wyrównywania ryzyka²⁰ i ujęcie w nim takich cech jak: wiek, płeć, stan zdrowia, inne (np. miejsce zamieszkania, stopa bezrobocia),
- istnienie mechanizmu wyrównywania szkodowości²¹.

Celem wprowadzenia konkurencji pomiędzy płatnikami jest zwiększenie efektywności wydatkowanych środków publicznych. Rzeczywiście, kraje, które

¹⁸ Aczkolwiek wprowadzenie konkurencji w zakresie koszyka świadczeń zdrowotnych obejmuje część procedur. W każdym systemie bazowym państwo definiuje minimalny standard, który musi być gwarantowany przez płatnika.

¹⁹ Na podstawie analizy tych obszarów został stworzony indeks konkurencji (więcej patrz: B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Sprawne Państwo, program Ernst&Young, Warszawa 2010, s. 39-44.

²⁰ System wyrównywania ryzyka ma na celu redystrybucję środków pomiędzy funduszami zdrowia/kasami chorych w taki sposób, aby uniezależnić oczekiwane koszty świadczeń zdrowotnych od cech ubezpieczonego (takich jak dochód, płeć, wiek, liczba posiadanych dzieci, stopień niesamodzielności czy liczba przewlekłych chorób) a tym samym zmniejszyć zachęty dla działań selekcyjnych po stronie płatnika. Im lepszy system wyrównywania ryzyka tym większa możliwość konkurencji jakościowej (więcej patrz: B. Więckowska, *Czynniki wyrównujące ryzyko wykorzystywane w finansowaniu bazowych systemów zabezpieczenia zdrowotnego*, Problemy Zarządzania, nr 2 tom 2/2015, w druku).

²¹ System wyrównywania szkodowości jest uzupełnieniem systemu wyrównywania ryzyka. W ramach systemu wyrównywania szkodowości płatnicy, których wydatki na świadczenia zdrowotne (łącznie, w poszczególnych kategoriach czy za poszczególne grupy ubezpieczonych/osoby ubezpieczone) przekroczyły określony poziom graniczny otrzymują kompensatę (najczęściej za pośrednictwem funduszu solidarnościowego) od tych płatników, których wydatki były w danym roku poniżej tego poziomu (więcej patrz: B. Więckowska, *Systemy wyrównywania szkodowości funkcjonujące w bazowych systemach zabezpieczenia zdrowotnego z konkurencją pomiędzy płatnikami trzeciej strony*, 2013, vol. 11, nr 1 (41), t. 2 *Globalne uwarunkowania ochrony zdrowia*, s. 193-203).

gwarantują wybór płatnika w systemie ochrony zdrowia znajdują się w czołówce list rankingowych (np. EuroHealth Consumer Index)²². Równocześnie jednakże, oceniając efektywność systemu ochrony zdrowia, tj. definiując jej relacje pomiędzy czynnikiem nakładów a czynnikiem efektów dla danego kraju, nie można jednoznacznie potwierdzić, iż wprowadzenie konkurencji pomiędzy płatnikami zwiększa szansę na osiągnięcie efektywności przez system ochrony zdrowia. W analizie 27 krajów Unii Europejskiej poszerzonych o Szwajcarię, Izrael, Norwegię i Kanadę, kraje posiadające konkurencją między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego znalazły się we wszystkich trzech klasach efektywności (państwa o efektywnych systemach ochrony zdrowia, państwa o „standardowych” systemach ochrony zdrowia oraz państwa o nieefektywnych systemach ochrony zdrowia)²³. Dodatkowo należy pamiętać, że aby skutecznie wprowadzić konkurencję regulowaną system musi spełniać następujące warunki *ex-ante*²⁴:

- wybór ubezpieczyciela przez pacjenta,
- sprawnie funkcjonujący system wyrównywania ryzyka/szkodowości,
- swoboda zawierania umów,
- przejrzystość produktów,
- informacja dla pacjenta,
- finansowe bodźce do poszukiwania efektywności,
- brak efektu „gapowicza”,
- rynki kontestowane,
- odpowiednia regulacja rynku.

Wprowadzając konkurencję należy przez cały czas zdawać sobie sprawę, iż nie jest ona celem samym w sobie – stanowi ona narzędzie do zwiększenia efektywności i zachęcenia pacjenta do racjonalnego korzystania ze świadczeń. Bez spełnienia tych wyżej wymienionych warunków kraje wprowadzające mechanizmy rynkowe w obszarze płatnika mogą borykać się z niezamierzonymi efektami wprowadzenia konkurencji, z których najtrudniejsza jest selekcja po stronie płatnika²⁵.

Jednakże konkurencja publiczno-prywatna w systemie ochrony zdrowia nie dotyczy jedynie konkurencji pomiędzy płatnikami. Obejmuje ona również obszar świadczeniodawców. Coraz częściej sektor ochrony zdrowia przyciąga prywatnych inwestorów. Również i w polskim systemie ochrony zdrowia można odnaleźć

²² Euro Health Consumer Index 2014, <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>.

²³ B. Więckowska, *Skuteczność systemów ochrony zdrowia na konkurencyjnym rynku płatnika trzeciej strony*, Journal of Health Policy Insurance and Management, vol. X, 2012.

²⁴ Więcej patrz: B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Sprawne Państwo, program Ernst&Young, Warszawa 2010, s. 47-58.

²⁵ Jak na ironię Polska spełniała więcej z tych warunków w 1999 roku (system kas chorych) niż obecnie.

elementy polityki rynkowej. Przede wszystkim odzwierciedla się ona w formie własności. Z roku na rok rośnie liczba niepublicznych (w tym prywatnych) placówek służby zdrowia np. w roku 2008 było jedynie 13 niepublicznych szpitali, zaś w roku 2008 już 186. Z kolei w przypadku obszaru ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w roku 1998 podmioty prywatne stanowiły jedynie 18% wszystkich AOS, zaś 20 lat później tj. w 2008 roku, udział ich wzrósł do 78%²⁶. Ciekawym zjawiskiem w Polsce jest obszar podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie na 6 tys. podmiotów funkcjonujących w tym zakresie w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego niemal 95% stanowią niepubliczni świadczeniodawcy, jednakże percepcja pacjentów wskazuje, że nadal jest ten segment postrzegany jako w pełni publiczny.

6. PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE: PRZYKŁAD SYSTEMU EMERYTALNEGO

Doskonałym przykładem realizacji partnerstwa publiczno-prywatnego w polityce społecznej jest wykorzystanie podmiotów prywatnych do realizacji części zadań w ramach systemu emerytalnego. Zabezpieczenie emerytalne stało się jednym z pierwszych obszarów „testowania” rozwiązań podobnych do rynkowych z powodu ogromnej ekspozycji tej części systemu na zmiany demograficzne oraz jej długoterminowego charakteru. Wobec prognozowanych dużych deficytów w publicznych funduszach emerytalnych w okresie, gdy świadczenia emerytalne pobierać będą roczniki wyżu demograficznego z lat 50-tych XX w., w wielu krajach wprowadzono zdecydowane reformy zmieniające formuły emerytalne oraz wprowadzające obowiązkowe kapitałowe elementy systemu zarządzane przez prywatne podmioty (tabela 1.).

Główny celem tym reform była stabilizacja wpływów i wydatków emerytalnych w długim okresie oraz zwiększenie efektywności funkcjonowania tych systemów dzięki zmianie formuły emerytalnej i wykorzystaniu różnych mechanizmów finansowych. Wprowadzenie kapitałowych systemów emerytalnych opartych na formule zdefiniowanej składki oznaczało dopuszczenie podmiotów prywatnych do zarządzania środkami pochodzącymi z obowiązkowych składek emerytalnych.

Dzięki dywersyfikacji ryzyka i wykorzystaniu potencjału, jaki dają rynki finansowe, możliwe jest zwiększenie bezpieczeństwa uczestników systemu emerytalnego. Dzieje się tak w sytuacji uzależnienia tempa wzrostu salda kont emerytalnych od różnych wskaźników (w tym przypadku stóp zwrotu z rynków finansowych

²⁶ Więcej na temat przemian własnościowych w polskim systemie ochrony zdrowia patrz: M. Osak, *Usługi społeczne w sferze zdrowia – w kierunku prywatnego uczestnictwa*, w: Grewiński M., Więckowska B. (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie, Warszawa 2011.

Tabela 1. Reformy emerytalne wprowadzające obowiązkowy system kapitałowy w latach 1980-2009

Rok	Kraje wprowadzające obowiązkową część kapitałową
1980	Chile
1988	Wielka Brytania
1993	Peru
1994	Argentyna, Australia, Kolumbia
1996	Urugwaj
1997	Meksyk
1998	Boliwia, Salvador, Węgry*, Kazachstan
1999	Polska*, Szwecja
2000	Hongkong, Chiny
2001	Kostaryka, Łotwa
2002	Bułgaria, Chorwacja, Estonia, Rosja
2003	Dominikana, Kosowo
2004	Litwa
2005	Nigeria, Słowacja, Korea
2006	Macedonia, Słowenia
2008	Rumunia
2009	Ukraina

* Węgry i Polska zniosły obowiązek przynależności do kapitałowej części systemu odpowiednio w 2011 i 2014 r.

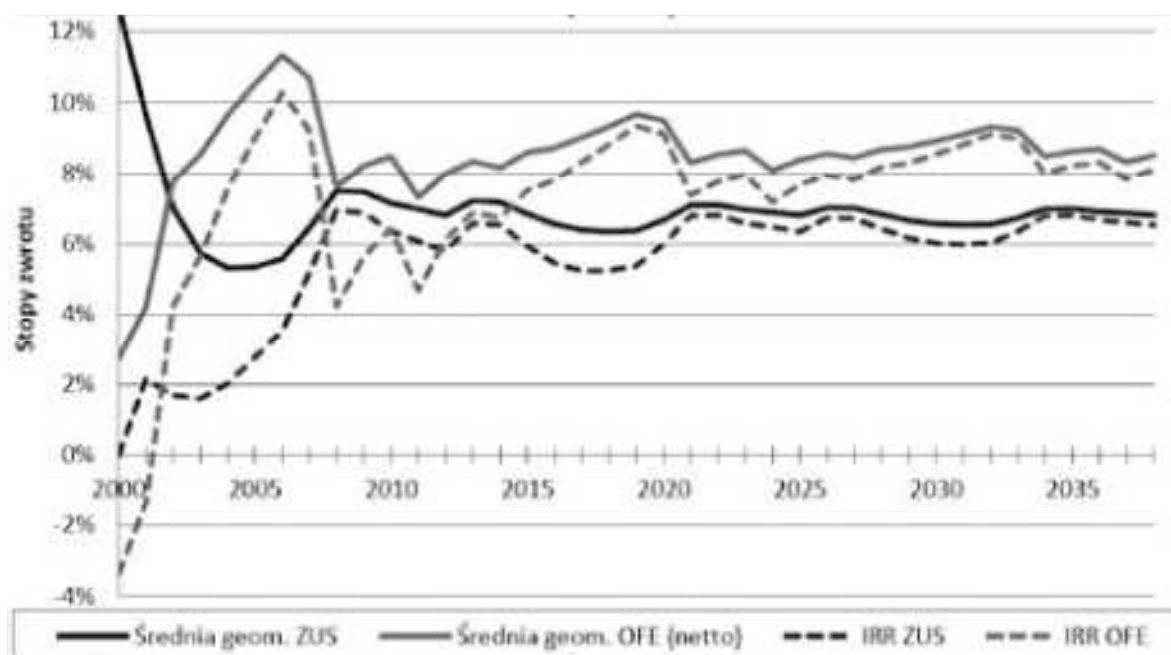
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Pension Reform in Southeastern Europe. Linking to Labor and Financial Market Reform*, R. Holzmann, L. MacKellar, J. Repansek (red.), World Bank, Ljubljana 2009, s. 15, Figure 2.2.

i tempa wzrostu rodzimej gospodarki oraz tempa wzrostu wynagrodzeń²⁷). Ponieważ wskaźniki te nie zachowują się tak samo w danym czasie (występuje tu zwykle pewne przesunięcie), możliwe jest wygładzenie poziomu indeksacji uprawnień z całego systemu emerytalnego, tj. uniknięcie okresów, w których waloryzacja składek różniłaby się znacznie pomiędzy kolejnymi latami, co oznaczałoby dodatkowe ryzyko dla uczestnika systemu. Ponadto, gdy składki emerytalne przekazywane do części kapitałowej mogą być inwestowane na rynkach zewnętrznych, możliwe jest osiągnięcie stóp zwrotu, które przekraczają tempo wzrostu rodzimej gospodarki. Efekt stabilizacji poziomu ogólnej stopy przyrostu

²⁷ Precyzyjniej chodzi oczywiście o tempo wzrostu sumy przypisu składek na ubezpieczenie emerytalne, z czym mamy do czynienia w części zarządzanej przez ZUS w polskim systemie emerytalnym.

uprawnień emerytalnych z całego obowiązkowego systemu jest doskonale widoczny na podstawie stóp zwrotu osiągniętych przez polskie otwarte fundusze emerytalne (OFE) oraz wskaźników indeksacji uprawnień w części zarządzanej przez ZUS. Poniższy wykres potwierdza także, że w rozwijającej się gospodarce, przy odpowiedniej regulacji funkcjonowania kapitałowej części systemu emerytalnego możliwe jest osiągnięcie stóp nieznacznie wyższych niż indeksacja oferowana w części niewykorzystującej rynków finansowych (repartycyjnej).

Wykres 1. Stopy zwrotu z części kapitałowej (OFE) i wskaźniki indeksacji części repartycyjnej (ZUS) w polskim systemie emerytalnym w latach 2000-2012 i prognoza do roku 2038



Źródło: W. Otto, M. Wiśniewski, Wydział Ekonomiczny UW, Warszawa 2011, <http://kobe.org.pl/wp-content/uploads/2013/06/Stopy-zwrotu-w-OFE-a-indeksacja-sk%C5%82adek-w-ZUS.pdf>, odczyt z dnia 10.01.2015.

Prywatne podmioty mogą zarządzać środkami emerytalnymi pochodzącymi zarówno z obowiązkowej, jak i dodatkowej części systemu emerytalnego. Przymusowy charakter uczestnictwa w pierwszej z nich oznacza, że potrzebna jest odrębna regulacja i wprowadzenie mechanizmów zwiększających bezpieczeństwo indywidualnych uczestników. Szczególne restrykcje odnoszą się zwykle do wymogów polityki inwestycyjnej (unikanie nadmiernego ryzyka), obowiązków informacyjnych i poziomu kosztów. Fundusze emerytalne mogą zwykle inwestować jedynie w wybrane kategorie aktywów oraz na wybranych rynkach. Ponadto, często występuje gwarancja minimalnej wymaganej stopy zwrotu²⁸, która ma

²⁸ Zob. więcej: M. Kawiński, D. Stańko, J. Rutecka, *Protection Mechanisms in the Old-age Pension Systems of the CEE Countries*, Journal of Pension Economics and Finance, July 2012.

zapewnić, iż stany rachunków nie skurczą się nadmiernie nawet w okresie bessy. Gwarancja ta okazała się jednak powodować także bardzo negatywne efekty – tj. skłonności do prowadzenia konserwatywnej polityki inwestycyjnej przez wszystkie fundusze na rynku (tzw. „efekt stada”), przyczyniając się do zanikania konkurencji i obniżania stóp zwrotu z systemów kapitałowych. Zjawiskom tym można próbować zaradzić poprzez zastępowanie benchmarków wewnętrznych indeksami zewnętrznymi oraz uzależnieniu wysokości opłat za zarządzanie od wyników inwestycyjnych.

Największe wątpliwości dotyczące przekazania zarządzania środkami emerytalnymi w ręce prywatnych podmiotów związane są z poziomem kosztów, które są pobierane w sytuacji funkcjonowania na rynku wielu podmiotów i aktywnego zarządzania aktywami. Konkurencja rynkowa powinna doprowadzić do obniżki kosztów, jednak nie potwierdza tego chociażby przypadek Chile czy Polski²⁹. Dotychczasowe doświadczenia wskazują raczej na konieczność odgórnego limitowania poziomu kosztów i ciągłej aktualizacji tych poziomów, w zależności od zachowań zarządzających, ich aktywności na rynku finansowym i wielkości aktywów w zarządzaniu. Warto jednak pamiętać, że prywatne zarządzanie środkami emerytalnymi będzie zawsze obciążone kosztami związanymi z dokonywaniem transakcji na rynku finansowym, a poziom tych kosztów powinien być oceniany z uwzględnieniem osiąganych stóp zwrotu. Podwyższenie kosztów zarządzania o 1 p.p. spowodowane większą aktywnością inwestycyjną, która przyniesie wzrost stopy zwrotu o 1,5 p.p., jest dla przyszłych emerytów zdecydowanie korzystne. Sytuacja odwrotna nie jest natomiast akceptowana z punktu widzenia celów polityki społecznej, gdyż oznacza transfer środków do instytucji finansowych. Uszczuplanie środków emerytalnych w okresie ich gromadzenia prowadzi może do wzrostu ryzyka dopłat do emerytur minimalnych³⁰ i konieczności uruchamiania gwarancji finansowanych z budżetu państwa.

7. ZAKOŃCZENIE

Niniejszy rozdział miał na celu przedstawienie zasad rynkowej polityki społecznej, w szczególności zaś wyjaśnienie zasadności istnienia różnic pomiędzy w pełni rynkowymi zasadami konkurencji a tymi, które występują w obszarze

²⁹ Wyjątkiem jest Boliwia, która nie zdecydowała się na pełne urynkowienie funduszy emerytalnych, lecz wprowadziła rządowe przetargi na prowadzenie indywidualnych kont emerytalnych. N. Barr, P. Diamond, *Reformy systemu emerytalnego. Krótki przewodnik*, PTE, Warszawa 2014, s. 191.

³⁰ Na temat ryzyka dopłat do emerytur minimalnych patrz: B. Więckowska, J. Owczarek, *Ryzyko dopłaty do emerytury minimalnej w nowym systemie emerytalnym w Polsce*, Zeszyty Naukowe UE w Poznaniu, nr 181, Poznań 2011.

zabezpieczenia społecznego. Urynkowienie polityki społecznej mające na celu zwiększenie efektywności systemowej ma miejsce zarówno dzięki wprowadzeniu konkurencji regulowanej jak również dzięki zaistnieniu partnerstwa publiczno-prywatnego. W rozdziale przedstawiono urynkowienie polityki społecznej jedynie na przykładzie systemu ochrony zdrowia oraz systemu emerytalnego. Podobna sytuacja ma miejsce w wielu innych obszarach jak np. w sektorze opieki długoterminowej (przejawiająca się funkcjonowaniem publicznych i prywatnych domów pomocy społecznej czy publicznych i prywatnych domów opieki) czy też w sektorze szkolnictwa wyższego (znaczna liczba publicznych i prywatnych uczelni wyższych).

Ale można również zaobserwować sprzężenie zwrotne – pojawienie się nowych produktów finansowych powoduje wzrost zaangażowania państwa w ich dostarczanie. Przykładem może być tutaj rynek tzw. odwróconej hipoteki. Jeszcze do niedawna umowy te były realizowane w głównej mierze w oparciu o umowę dożywocia. Jednakże wraz ze wzrostem popytu oraz zmianą jego charakteru (znaczny wzrost liczby umów zawieranych z instytucjami a nie osobami fizycznymi) zostały podjęte działania mające na celu ściślejszą regulację tego segmentu rynku.

Mechanizmy rynkowe przejawiają się w znacznie szerszym wykorzystaniu technik finansowych wykorzystywanych na w pełni konkurencyjnym rynku. Jednakże ich wprowadzenie wiąże się z pewnymi dodatkowymi obostrzeniami. Obostrzenia te najwyraźniej są widoczne w obszarze bazowej części zabezpieczenia społecznego, czyli tam gdzie państwo jest zobligowane do zapewnienia standardu bezpieczeństwa socjalnego. Znacznie mniejszą ingerencję państwa w rozwiązania rynkowe obserwuje się w obszarze tzw. dozabezpieczenia społecznego. Natomiast minimalny zakres regulacji występuje w innych zabezpieczeniowych formach zarządzania ryzykiem (rodzinnego) gospodarstwa domowego. Im bardziej będzie się zwiększać rodzaj oraz zakres zadań, w ramach których państwo dopuści prywatne podmioty, – a tym samym rozwiązania rynkowe do realizacji celów w różnych obszarach polityki społecznej – tym bardziej będzie rozwijać się konkurencja regulowana – jeżeli państwo nie pozbędzie się odpowiedzialności za dany obszar i nadal będzie realizowało go w ramach bazowego systemu zabezpieczenia społecznego – bądź też w polityce społecznej rozwijać się będą mechanizmy zbliżone do czystego rynku – jeżeli zostaną podjęte decyzje o wyłączeniu danego obszaru poza standardowy poziom bezpieczeństwa socjalnego.

BIBLIOGRAFIA:

Barr N., Diamond P., *Reformy systemu emerytalnego. Krótki przewodnik*, PTE, Warszawa 2014.

Bryx M. (red.) *Wybrane aspekty inwestowania na rynku nieruchomości w Polsce*, IFGN SGH, Warszawa 2001.

Dixon A., Pfaff M., Hermesse J. (2004), *Solidarity and Competition in Social Health Insurance Systems*, w: *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Saltman R.B., Busse R., Figueras J. (red.), European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, New York, s. 175.

Enthoven A. C. (1993), *The history and principles of managed competition*, Health Affairs, 12, no.suppl.

Euro Health Consumer Index 2014, <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>.

Grewiński M., Więckowska B. (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie, Warszawa 2011.

Kawiński M., Stańko D., Rutecka J., *Protection Mechanisms in the Old-age Pension Systems of the CEE Countries*, Journal of Pension Economics and Finance, July 2012.

Korbus B., *Partnerstwo Publiczno-Prywatne*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2003.

Kurzynowski A., *Związki polityki społecznej z polityką gospodarczą*, w: *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2001.

Orczyk J., *Polityka społeczna – cele i uwarunkowania*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2005.

Osak M., *Usługi społeczne w sferze zdrowia – w kierunku prywatnego uczestnictwa*, w: *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, M. Grewiński, B. Więckowska (red.), Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie, Warszawa 2011.

Pension Reform in Southeastern Europe. Linking to Labor and Financial Market Reform, red. R. Holzmann, L. MacKellar, J. Repansek, World Bank, Ljubljana 2009.

Rutecka J., *Zakres redystrybucji dochodowej w ubezpieczeniowym systemie emerytalnym*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2012.

Rymsza M., *Solidaryzm w ubezpieczeniach społecznych*, w: T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2005.

Samuelson P. A., Nordhaus W. D., *Ekonomia*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2012.

Szumlicz T. (red.), *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2005.

Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005.

Szumlicz T., Więckowska B., *Uwarunkowania zastosowania rozwiązań ubezpieczeniowych w polityce zdrowotnej*, Polityka Zdrowotna, Tom II, grudzień 2004.

Więckowska B., *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Sprawne Państwo, program Ernst&Young, Warszawa 2010.

Więckowska B., *Czynniki wyrównujące ryzyko wykorzystywane w finansowaniu bazowych systemów zabezpieczenia zdrowotnego*, Problemy Zarządzania, nr 2 tom 2/2015.

Więckowska B., Owczarek J., *Ryzyko dopłaty do emerytury minimalnej w nowym systemie emerytalnym w Polsce*, Zeszyty Naukowe UE w Poznaniu, nr 181, Poznań 2011.

Więckowska B., *Skuteczność systemów ochrony zdrowia na konkurencyjnym rynku płatnika trzeciej strony*, Journal of Health Policy Insurance and Management, vol. X, 2012.

Więckowska B., *Systemy wyrównywania szkodowości funkcjonujące w bazowych systemach zabezpieczenia zdrowotnego z konkurencją pomiędzy płatnikami trzeciej strony*, 2013, vol. 11, nr 1 (41), t. 2, Globalne uwarunkowania ochrony zdrowia.