Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom IX, nr 1/2011: 86–100
doi: 10.4467/20842627OZ.11.006.0343

Christoph Sowada

Starzenie się człowieka i starzenie się populacji. Podział odpowiedzialności za skutki finansowe w systemie opieki zdrowotnej

Słowa kluczowe: **starość, racjonowanie świadczeń, rezerwy na starość, wydatki zdrowotne, sprawiedliwość międzypokoleniowa**

Wprowadzenie

„Europa się starzeje – i co z tego?" – tak brzmiało pytanie, które postawili sobie organizatorzy jednej z wielu konferencji naukowych poświęconych analizie wpływu starzenia się społeczeństw europejskich na systemy zabezpieczenia społecznego, kształt rynków pracy i gospodarczą przyszłość Europy, w tym także na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej[1]. Poszukując odpowiedzi na tak zadane pytanie, można wskazać na dziesiątki, jeśli nie setki, badań naukowych i publikacji, np. na raport ONZ na temat starzenia się i rozwoju *Development in an Ageing World* [1], ekspertyzę Banku Światowego *From Red to Gray*, opisującą dynamikę zmian demograficznych i ich skutki dla gospodarek i społeczeństw w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, a także krajów byłego Związku Sowieckiego [2], raport ekspertów Urzędu Statystycznego Badenii-Wirtembergii analizujących analogiczne skutki dla Niemiec [3] czy też podobne badania Gunthera Tichy'ego dla Austrii [4], a także polskie rozważania i analizy prowadzone przez Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus" PAN [5], w pracach Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie Rzeczpospolitej Polskiej [6], a także na szczeblu regionalnym [np. 7].

Większość badaczy opisuje raczej dramatyczne konsekwencje starzenia się populacji, procesu obecnie dotykającego głównie rozwinięte kraje półkuli północnej, który jednak już wkrótce wystąpi także w krajach rozwijających się. Jest to bowiem uniwersalny proces przemian demograficznych obecnej doby [1]. Także systemy ochrony zdrowia coraz bardziej odczuwają skutki starzenia się populacji, w większości krajów europejskich nawet podwójnie. Po pierwsze – przez wzrastające wydatki na opiekę zdrowotną dla starszych pokoleń i po drugie – przez rosnące obciążenie pokoleń młodszych kosztami utrzymania osób starszych, wynikające z zastosowania repartycyjnej metody finansowania powiązanej w niektórych krajach z finansowaniem ze składek naliczanych jako procent dochodów uzyskiwanych z wykonywanej pracy (i pochodnych) (*payroll tax*).

Konsekwencje obserwowanych zmian struktury demograficznej w ochronie zdrowia są tym bardziej niepokojące, ponieważ nakłada się na nie naturalna nierówność rozkładu potrzeb zdrowotnych, a tym samym konsumpcji świadczeń zdrowotnych, w cyklu życia człowieka. Największa część wydatków zdrowotnych pojawia się w ostatnim roku życia, a ten z reguły wypada na starość, i to coraz późniejszą ze względu na wzrost przeciętnego trwania życia. Wiek podeszły to jednak również wiek, w którym zdolności płatnicze często maleją, a nawet jeśli nie maleją, to szanse na ich wzrost są niewielkie. Pojawia się luka między bieżącymi potrzebami finansowymi (na opłacenie świadczeń zdrowotnych) a bieżącymi dochodami. Luka ta będzie musiała zostać w jakiś sposób wypełniona: albo przez wzrost środków finansowych, albo poprzez ograniczenie dostępu do świadczeń. Kto jednak przyjmie odpowiedzialność za wypełnienie tej luki i osiągnięcie równowagi między potrzebami i finansowymi możliwościami ich zaspokojenia w warunkach starzejącego się społeczeństwa?

Do poszukiwania odpowiedzi na to pytanie od wielu dziesiątek lat włączają się również ekonomiści. Jest to naturalne, ponieważ ekonomia jest nauką zajmującą się m.in. alokacją rzadkich zasobów. W przypadku zabezpieczenia opieki zdrowotnej rzadkość zasobów rysuje się obecnie wyjątkowo ostro. Na problemy alokacyjne nakładają się problemy etyczne związane z realizacją celu sprawiedliwości, co powoduje, że debaty na temat reform ochrony zdrowia podszyte są niepokojem. Rozwiązania proponowane przez ekonomistów są wielokierunkowe. Różne są bowiem konkretne skutki starzenia się człowieka (starości) i starzenia się populacji w poszczególnych krajach. Inaczej rysują się one w krajach, które finansowanie opieki zdrowotnej oparły na ubezpieczeniach zdrowotnych wykorzystujących mechanizm repartycyjny, inne – gdy stosuje się mechanizm kapitałowy. Od-

mienne rozwiązania mogą być zastosowane w społeczeństwach przywiązujących większą wagę do indywidualnej odpowiedzialności każdego człowieka za swoje życie, inne w krajach, gdzie odpowiedzialność ta została uspołeczniona. Odmienne sposoby radzenia sobie z problemem wybierają społeczeństwa, które uwzględniają także interes przyszłych pokoleń, a inne wiedzione egoizmem starszych grup wiekowych, decydujących obecnie o kierunkach polityki.

Mimo świadomości problemów i konsekwencji zmiany demograficznej ekonomiści nie są jednomyślni co do normatywnych zasad, które powinny przyświecać konstrukcji systemów zabezpieczenia społecznego, w tym zabezpieczenia na wypadek choroby. W jednym większość z nich się jednak zgadza. Starzenie się społeczeństwa stanowi poważne wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej, i nie jest tylko, jak twierdzi Robert Evans, chętnie podejmowanym tematem zastępczym, który ma odwrócić polityczną uwagę od „rzeczywistych" problemów sektora [8].

Funkcjonujące w poszczególnych krajach rozwiązania w różnym stopniu są przygotowane do przezwyciężenia problemów finansowych wynikających ze starzenia się człowieka i starzenia się populacji. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne wydają się bardziej odporne na problem starzenia się społeczeństw, za to ubezpieczeni w nich ludzie w zasadzie sami muszą się zmierzyć z problemem rosnących potrzeb zdrowotnych na starość. Z kolei społeczne ubezpieczenia zdrowotne oparte na mechanizmie repartycyjnym (zarówno te finansowane ze składek zależnych od wysokości dochodów osób ubezpieczonych – tzw. ubezpieczenia parafiskalne, jak i te finansowane ze składek ryczałtowych – tzw. ubezpieczenia solidarne) bardziej odczuwają konsekwencje zmian demograficznych, za to (pod pewnymi warunkami) problem rosnących potrzeb zdrowotnych w okresie starości człowieka podlega tu uspołecznieniu, które nierówno rozkłada odpowiedzialność za ich finansowanie.

Jednym z celów prezentowanego artykułu jest przedstawienie zasadniczych zależności między stosowanymi narzędziami a ich zdolnością do rozwiązywania problemów finansowych związanych ze zjawiskiem starzenia się. Nie jest to jednak jedyny cel. W większości debat publicznych i naukowych dotyczących reform ochrony zdrowia pojawiają się zasadnicze pytania związane z podziałem odpowiedzialności między jednostkę (obywatela) i państwo (instytucje publiczne). Na ile indywidualne korzyści z przedłużającego się życia konstytuują potrzebę albo uzasadniają wręcz pełne uspołecznienie kosztów przedłużenia życia? Czy w obliczu zachodzących zmian demograficznych dotychczasowa formuła umowy międzypokoleniowej, wyrażająca się w mechanizmie repartycyjnym, nadal zasługuje na ocenę formuły sprawiedliwej? Gdzie kończy się odpowiedzialność jednostki i zaczyna się odpowiedzialność publiczna w tworzeniu zabezpieczenia finansowego, które umożliwi także na starość pełne lub preferowane zaopatrzenie w świadczenia zdrowotne? Zatem drugim celem artykułu jest otwarte postawienie tych pytań i wskazanie na konsekwencje wyboru konkretnych rozwiązań oraz na warunki, jakie muszą być spełnione, aby poszczególne rozwiązania w ogóle mogły zadziałać.

Artykuł składa się z czterech części. W pierwszej zarysowano problem starzenia się, z którym musi się zmierzyć finansowanie opieki zdrowotnej. W drugiej części przedstawiono narzędzie racjonowania świadczeń zdrowotnych dla osób starszych jako jedną z możliwości przywrócenia równowagi finansowej w systemie ochrony zdrowia. Kolejne części artykułu poświęcone są możliwościom zabezpieczenia nie tylko dostępności świadczeń zdrowotnych na starość, ale również stabilności takiego zabezpieczenia w okresie zachodzących zmian demograficznych, w których uwzględnione zostaną interesy przyszłych pokoleń w ramach społecznych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Artykuł kończy się sformułowaniem zasadniczych wniosków.

1. Starzenie się społeczeństwa i starzenie się człowieka a wydatki na zdrowie

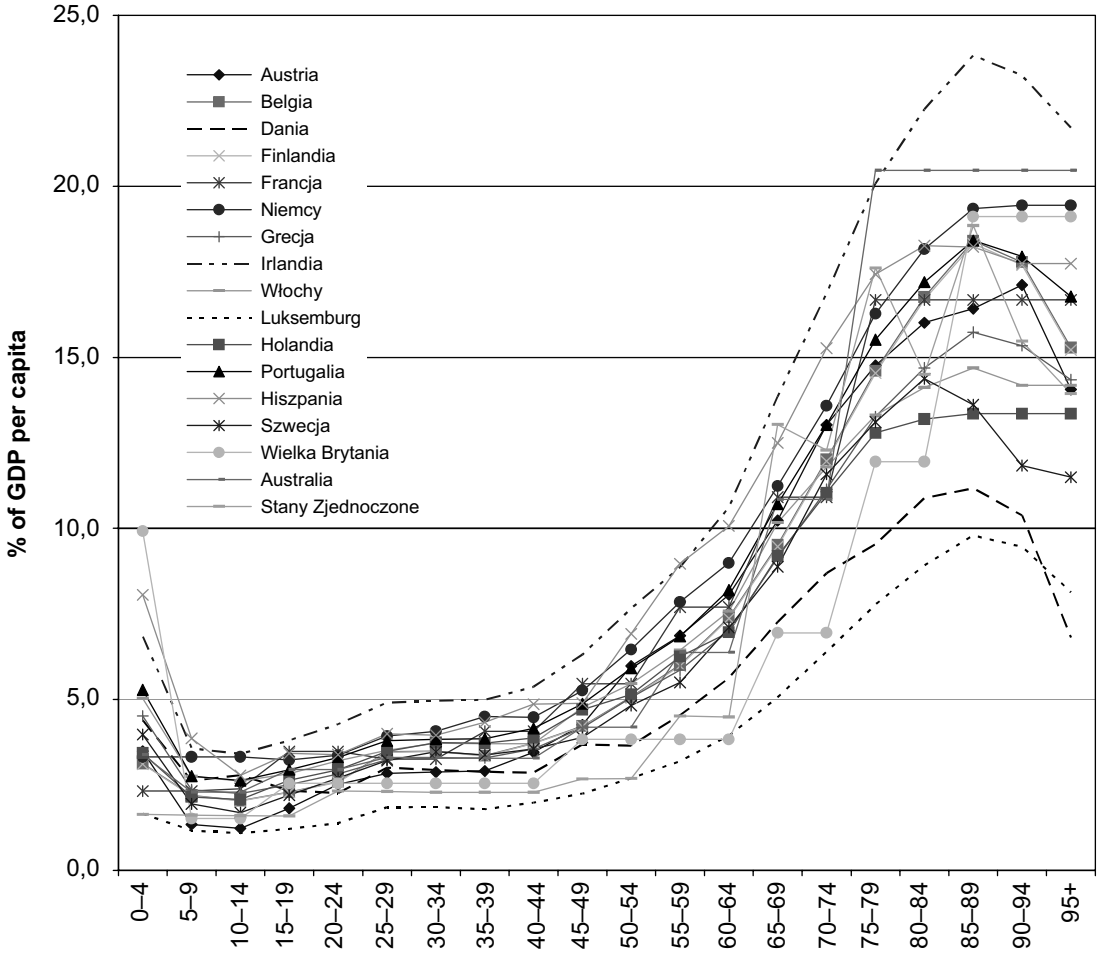
Większość rozwiniętych krajów świata przechodzi tzw. transformację demograficzną, polegającą na tym, że rosnącej oczekiwanej długości życia towarzyszy spadająca stopa urodzeń. Obie tendencje prowadzą i prowadzić będą w przyszłości do rosnącego udziału w populacji ludzi w starszym wieku. W konsekwencji graficzny kształt struktury wiekowej ludności zmienia się z piramidopodobnego na grzybopodobny. Jednym ze skutków zmiany demograficznej jest postępująca koncentracja wydatków na opiekę zdrowotną ponoszonych na osoby starsze, chociaż w przyszłości z powodu malejącej liczby mieszkańców wydatki całkowite na opiekę zdrowotną być może nawet zaczną maleć [3]. Drugi istotny tu skutek polega na rosnącym obciążeniu kolejno po sobie następujących pokoleń finansowaniem konsumpcji świadczeń zdrowotnych dla siebie i pokoleń kroczących przed nimi. W systemach finansowanych repartycyjnie (przez *payroll tax*) dochodzą do tego rosnące koszty pracy, niekorzystnie wpływające na pozycję gospodarczą kraju w globalnej gospodarce światowej.

Postępująca koncentracja wydatków zdrowotnych na starszych grupach wiekowych nie wynika jednak wyłącznie ze wzrostu ich liczebności. Znacznie większy wpływ wywierają zmiany epidemiologiczne w cyklu życia człowieka. Osoby starsze szczególnie podatne są na choroby przewlekłe oraz występowanie wielu chorób jednocześnie, a wraz z pogarszającym się stanem zdrowia i niepełnosprawnością rośnie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, i to szczególnie te droższe, np. z zakresu stacjonarnej opieki szpitalnej[2]. Wzrost potrzeb zdrowotnych na starość przekłada się na wzrost zapotrzebowania na środki finansowe. Typowe profile wydatków zdrowotnych mierzone jako procent PKB na osobę (lub też w relacji do przeciętnych wydatków) w czasie trwania życia pokazują, że od 40. roku życia wydatki zdrowotne rosną, osiągając około 50. roku poziom przeciętny dla całego życia. W ciągu następnych 30 lat rosną one prawie trzykrotnie. Dopiero dla najstarszych grup wiekowych (od 80. roku życia) wydatki znów się stabilizują, albo nawet nieco maleją [np. 9–14] (**Wykres 1**). Spadek

(lub stabilizację) wydatków na świadczenia zdrowotne dla osób najstarszych można wyjaśnić, przyglądając się wydatkom zdrowotnym realizowanym w poszczególnych fazach życia. Największe wydatki ponoszone są w ostatnim roku życia, nierzadko wypełnionym kosztochłonnymi próbami ratowania przed śmiercią (tzw. koszty umierania). Potwierdza to wiele badań empirycznych [np. 13, 15, 16][3]. W przypadku osób w bardzo podeszłym wieku próby przedłużania życia za wszelką cenę są jednak rzadziej podejmowane niż u osób młodszych. Zdaje się, że ostatecznie ludzie godzą się z faktem, że śmierć jest zaprogramowana w ludzkich genach, a starzenie się samo w sobie nie jest chorobą, choć często wiąże się z chorobami i cierpieniem [17].

Oczywiście sam fakt, że większość świadczeń zdrowotnych wykorzystywana jest w ostatnim roku życia, a ten coraz bardziej przesuwa się na wiek podeszły, nie jest wystarczającym dowodem na to, że w przyszłości wydatki na zdrowie z przyczyn demograficznych drastycznie wzrosną. Stefan Felder stopę wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną z przyczyn czysto demograficznych (z włączeniem efektu „kosztów umierania") dla Szwajcarii na lata 2000–2060 oszacował jedynie na 13,7% [19][4]. Czyżby zatem Evans miał rację, bagatelizując czynnik demograficzny? Wydaje się, że nie. Oddziaływanie procesów starzenia się człowieka nakłada się na działanie innych, znacznie bardziej koszto- i wydatkotwórczych czynników, takich jak postęp techniczny i medyczny, zmieniające się oczekiwania społeczne i rosnący konsumeryzm. Dzięki postępowi medycyny jesteśmy w stanie skutecznie leczyć i wyleczyć wiele chorób, do niedawna uznawanych za nieuleczalne lub wręcz śmiertelne. Postęp medyczny ma jednak swoją cenę. Według szacunków J.-M. v.d. Schulenburga [20] postęp techniczny w Niemczech powoduje przeciętnie wzrost kosztów realnych w opiece zdrowotnej (powyżej stopy inflacji) o 2,5% rocznie. Na dodatek postęp techniczny w medycynie, inaczej niż w innych dziedzinach gospodarki, prowadzi z reguły do wzrostu kosztów, a nie do ich obniżenia [21].

Co do ostatecznego kierunku wpływu postępu medycznego na stan zdrowia społeczeństwa (i rozwój wydatków zdrowotnych) nie ma jednak zgody wśród badaczy, na co wskazuje również Raport Komisji Europejskiej [22]. Zwolennicy tzw. teorii kompresji sformułowanej przez Jamesa Friesa [23, 24] uważają, że dzięki osiągnięciom medycyny okres gorszej jakości życia na skutek chorób przewlekłych, wielochorobowości i niepełnosprawności może ulec skróceniu. Przyjęcie tej teorii prowadzi do rozumowania, że gdy wzrost przeciętnego trwania życia związany jest ze spadkiem obciążenia cho-



Wykres 1. *Wydatki zdrowotne na osobę w zależności od wieku (jako % PKB na osobę).*
Źródło: ENPRI-AGIR, eksperci krajowi, wyliczenia Sekretariatu OECD [18].

robami we wszystkich grupach wiekowych (poza ostatnim najdroższym okresem życia, który jednak dzięki lepszej medycynie może ulec skróceniu), w konsekwencji wydatki całkowite na zdrowie w czasie trwania całego życia nie muszą znacząco rosnąć, lecz tylko inaczej rozkładają się w cyklu życia[5].

Kenneth Manton [25], autor tzw. hipotezy dynamicznej równowagi, uważa z kolei, że okres przeżywany w gorszym stanie zdrowia, wymuszającym poniesienie wysokich wydatków zdrowotnych, w związku z wydłużeniem się oczekiwanej długości życia nie zmieni się, ale zostanie przesunięty w czasie.

Jeszcze innego zdania są zwolennicy tzw. teorii medykalizacji starości, stworzonej przez Ernesta Gruenberga [26], którzy, podkreślając społeczne zróżnicowanie procesu starzenia się, wskazują jednocześnie, że nowe technologie medyczne niewiele wnoszą do obrazu chorobowości w starszym wieku. Nowe technologie medyczne wspomagają raczej leczenie, niż poprawiają zdrowie. Głównie są to tzw. technologie dodane (*add-on*) i technologie połowiczne (*half-way*), które wbrew opinii Karla Lauterbacha i Stephanie Stock nie zastępują dotychczas stosowanych ani też nie są bardziej skuteczne, ponieważ nie umożliwiają pełnego wyleczenia konkretnych chorób[6]. Postęp w medycynie czyni raczej możliwym coś, co wcześniej nie było możliwe [27, 28], czyli przedłuża życie. Jednak według zwolenników tezy medykalizacji uzyskane dzięki postępowi medycyny dodatkowe lata życia spędzane są w gorszym zdrowiu. Spadającej śmiertelności i rosnącej oczekiwanej długości życia towarzyszą gorsze wskaźniki chorobowości, i to we wszystkich grupach wiekowych [12, 29]. Zmienia się także profil wydatków zdrowotnych każdej osoby, całkowite wydatki zdrowotne zaś rosną progresywnie[7].

Teza medykalizacji starzenia się, której empiryczną prawdziwość starają się udowodnić m.in. Darius Lakdawalla i in. [30], Frank Niehaus [31] (dla Niemiec), Jay Bhattacharya i in. [32] (dla USA) i Patrick Graham i in. [33] (dla Nowej Zelandii), podkreśla kumulatywne oddziaływanie transformacji technologicznej i demograficznej. Stąd też często wiązana jest z tezą tzw. syndromu Syzyfa, o której Peter Zweifel pisze: „Nowoczesna medycyna jest jak Syzyf, ponieważ próbuje przy ogromnych nakładach uzdrawiać ludzi, osiąga natomiast jedynie to, że ludzie już w podeszłym wieku żyją jeszcze dłużej. Populacja osób starszych rośnie, a wraz z nią rośnie liczba osób zainteresowanych zwiększeniem zdolności wytwórczych medycyny. Ponieważ każda dodatkowa inwestycja w system ochrony zdrowia zwiększa liczbę osób starszych, koło się zamyka, a Syzyf może rozpocząć swoją pracę od nowa" [34, s. 79, tłumaczenie własne][8].

W kontekście tematyki tego artykułu jedna z konsekwencji syndromu Syzyfa jest szczególnie interesująca. Nawet jeśli ludzie rzeczywiście dzięki postępowi medycyny spędzają coraz więcej czasu w dobrym zdrowiu, ten pozytywny wynik zdrowotny nie przekłada się na finansowanie opieki zdrowotnej. Opierając się na danych pochodzących z instytucji prywatnych i ustawowych ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech, Niehaus udowadnia na przykład, że w badanym przez niego okresie (1995–2004) wydatki zdrowotne w każdej grupie wiekowej wzrosły, mimo iż wskaźniki zdrowotne również się poprawiły. Tylko wydatki na świadczenia szpitalne dla nielicznych (najstarszych) grup wiekowych nie uległy poważniejszej zmianie [31]. Niehaus nazywa zaobserwowane zjawisko „monetarną medykalizacją". Nie może on wprawdzie udowodnić, że jest ona spowodowana wyłącznie oddziaływaniem postępu technologicznego w medycynie, ale niezależnie od jego wpływu na stan zdrowia populacji należy się spodziewać raczej dalszego wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną, a tym samym wzrostu obciążeń finansowych płatników prywatnych i publicznych.

2. Racjonowanie świadczeń na starość

Rosnące wydatki zdrowotne, szczególnie te finansowane ze środków publicznych, ciągle na nowo uzasadniają prowadzenie dyskusji na temat możliwości ich ograniczania, także poprzez ograniczenie dostępu do świadczeń medycznych. W dyskusji tej zawarty jest silny nurt etyczny związany z sensem przedłużania życia, gdy jego ostatni okres jest związany być może z cierpieniem, bólem i całkowitym uzależnieniem od innych. Odważnie ten problem postawił w literaturze przedmiotu i wystąpieniach publicznych znany amerykański bioetyk Daniel Callahan. Dyskusja ta, jak każda dyskusja na temat racjonowania świadczeń medycznych, budzi niezwykle dużo emocji. Rzeczowa argumentacja zderza się z morzem podejrzeń, oskarżeń i niejednokrotnie obelg. Zabierającym głos w tej debacie, nawet wtedy gdy próbują rzeczowo przeciwstawić argumenty za i przeciw, zarzuca się propagowanie eutanazji, poglądy nazistowskie i łamanie konstytucji, jeśli tylko nie zajmą ostatecznie pozycji absolutnie sprzeciwiającej się jakiemukolwiek ograniczaniu dostępu do świadczeń na starość[9].

Skąd tyle kontrowersji i emocji, skoro racjonowanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych na starość jest empirycznym faktem i szeroko stosowaną praktyką w większości także rozwiniętych krajów europejskich? Osoby starsze w wielu przypadkach są dyskryminowane, i to nie tylko te, które oczekują na organy do transplantacji, ale również te, które potrzebują różnych technicznych środków pomocy, nawet na badania i procedury lecznicze. Co zmieniłoby zatem racjonowanie *explicite* wyrażające się w sformułowaniu listy świadczeń, które wraz z osiągnięciem pewnego wieku nie należałyby się na koszt publicznego płatnika, albo w sformułowaniu ograniczonej listy świadczeń należnych w podeszłym wieku? Z pewnością racjonowanie *explicite* zdjęłoby z producentów świadczeń zdrowotnych (głównie lekarzy) ciężar decydowania o tym, którym pacjentom w warunkach ograniczonych zasobów zostaną udzielone świadczenia, a którym nie (racjonowanie *implicite*). Racjonowanie *explicite* dałoby też pewność, zarówno co do tego, co się należy, jak i co do tego, co się nie należy, w ramach gwarantowanego przez państwo (społeczeństwo) zabezpieczenia i umożliwiłoby tym samym szczególnie przezornym osobom podjęcie już wcześniej działań na rzecz zapewnienia sobie finansowania niegwarantowanych świadczeń na starość.

Różne grupy społeczne i zawodowe z różnych powodów niechętnie odnoszą się jednak do racjonowania *explicite*. Tego typu racjonowanie oznacza bowiem po pierwsze, koniec iluzji, że każdy może dostać za darmo wszelkie potrzebne mu świadczenia medyczne. Dla wielu racjonowanie *explicite* jest tożsame z porażką państwa dobrobytu. Nie należy się też spodziewać, że grupy społeczne szczególnie dotknięte ograniczeniem im dostępu do świadczeń przyjmą to ze zrozumieniem i spokojem. Ponadto racjonowanie świadczeń na starość może wyrażać dyskryminację ludzi pod względem wieku, a stąd już tylko krok do postawienia zarzutu o popieranie eutanazji. Racjonowanie na starość przekracza bowiem granice „normalnego racjonowania", ponieważ dotyka grupę społeczną, co do której istnieje przekonanie, że dysponuje ona niższymi dochodami własnymi, a zatem będzie miała niewielkie szanse na dokupienie prywatnie dodatkowych świadczeń. Jako że argument ten nie jest wystarczająco przekonujący – będąc świadomym ograniczeń dostępu do finansowanych ze środków publicznych świadczeń w podeszłym wieku na starość, można się na to przygotować, oszczędzając lub zawierając dodatkowe ubezpieczenia prywatne – pojawia się podejrzenie o dyskryminację obywateli pod względem ich sytuacji materialnej. Wreszcie nie można przemilczeć faktu, że racjonowanie *implicite*, choć łączy się często z etycznymi wątpliwościami, wybitnie wzmacnia pozycję lekarzy w systemie, a często sprzyja zjawiskom korupcji.

Wspomniany już Daniel Callahan zaproponował, by ubezpieczenia obowiązkowe nie finansowały wydatków na świadczenia przedłużające życie po osiągnięciu pewnego wieku wyznaczonego przez tzw. naturalną długość życia (*natural life span*)[10] i aby koncentrowały się wyłącznie na świadczeniach paliatywnych i łagodzących ból [35][11]. Podał on też konkretną liczbę – 80 lat – jako cezurę, nie traktując jej jednak bardzo rygorystycznie. Wskazywał na możliwe odstępstwa od ścisłego racjonowania według wieku kalendarzowego dla osób starszych o znacznej żywotności (*physically vigorous elderly person*) [35, s. 184]. Stanowisko Callahana co do zasadniczego przesłania wydaje się nie odbiegać od podejścia wielkich religii chrześcijańskich, które nakazują człowiekowi akceptację faktu, że jego pobyt na ziemi nie może trwać wiecznie. Proponowane przy tym przez Callahana racjonowanie według wieku (poza oczywiście proponowanymi wyjątkami) nie wykazuje też znamion dyskryminujących, co podkreślają m.in. Friedrich Breyer i Carlo Schultheiss [36]. Każdemu dane jest prawo do uzyskania określonego koszyka świadczeń gwarantowanych przez taki sam okres. Dodatkowe wątpliwości dotyczące tego, że przyjęcie jednakowego wieku rozpoczęcia racjonowania dla kobiet i mężczyzn dyskryminowałoby kobiety, które ze względu na oczekiwane dłuższe życie dłużej byłyby dotknięte racjonowaniem, są wyjaśniane przez Breyera i Schultheissa wskazaniem, że systemy zabezpieczenia społecznego oparte na mechanizmie repartycyjnym i tak stawiają kobiety na uprzywilejowanej pozycji, uzyskują one bowiem świadczenia znacznie dłużej niż mężczyźni, nie płacąc wyższych składek.

Koncepcję naturalnej długości życia w pewnym stopniu uzupełnia koncepcja „wyrównującej sprawiedliwości" (*fair innings*), przedstawiona przez ekonomistę Allana Williamsa [37, 38], a wcześniej w uproszczonej formie przez Johna Harrisa [39, 40]. Zgodnie z tą koncepcją racjonowanie świadczeń zdrowotnych jest także instrumentem wyrównywania naturalnych (niezależnych od uwarunkowań społecznych) różnic w oczekiwanej długości życia. Różnice w długości życia intuicyjnie postrzegane jako niesprawiedliwe wymagałyby kompensacji. Williams, w odróżnieniu do Callahana, nie proponuje jednak jakiejś konkretnej liczby określającej naturalną długość życia i poza wiekiem proponuje uwzględnienie również dotychczasowej jakości życia. Na przykład dla osób żyjących z niepełnosprawnością przez długi czas racjonowanie świadczeń powinno się rozpocząć później, gdyż gorsza jakość życia wymaga kompensacji przez odwleczenie racjonowania [38]. Mimo tego wiek kalendarzowy także dla niego stanowi czynnik limitujący świadczenia. Jeśli dwie osoby w różnym wieku, nieróżniące się pod innym względem, pretendują do uzyskania konkretnego świadczenia, przy czym jedna osoba przekroczyła wiek uznany normatywnie za naturalną granicę starości, druga zaś nie, to przy jednakowych szansach sukcesu młodsza powinna być preferowana [38].

Innego rodzaju argumenty uzasadniające dopuszczalność racjonowania świadczeń zdrowotnych na starość przedstawiają utylitaryści. Dan Brock [41] wskazuje np. na wyniki powszechnie wykonywanych w ekonomice zdrowia analiz typu koszt–użyteczność, które jednoznacznie pokazują, że angażując takie same środki, a nawet udzielając takich samych świadczeń, można uratować przeciętnie znacznie więcej wartości QALY osobom młodszym niż starszym. W przypadku osób starszych nie tylko przeciętne dalsze trwanie życia jest krótsze, ale i przeciętna jakość życia jest niższa. Także ekonomiczna racjonalność nakazuje gospodarne obchodzenie się z ograniczonymi zasobami. Przede wszystkim nakazuje rezygnację z produkcji tych dóbr i usług, których korzyść wyrażona w jednostkach pieniężnych jest mniejsza od kosztów ich wytworzenia. Ze ściśle utylitarystycznego punktu widzenia nie jest zatem racjonalne kupowanie polis ubezpieczeniowych, które w razie ryzyka oferują świadczenia o niższej wartości/użyteczności, niż wynosiłby koszt ich zabezpieczenia w postaci składki [36]. Jeśli korzyści medyczne uzyskania świadczeń zostaną wyrażone w postaci redukcji prawdopodobieństwa śmierci, to korzystając z analitycznego modelu rozwiniętego przez Donalda Sheparda i Richarda Zeckhausera [42, 43], można udowodnić występowanie malejącej, wraz z postępującym wiekiem, skłonności do płacenia za redukcję tegoż prawdopodobieństwa. Im człowiek jest starszy, tym mniej może oczekiwać utrzymania się dotychczasowej konsumpcji i radości życia, nawet jeśli w danym momencie uda mu się przedłużyć swoje życie o jakiś krótki okres. Breyer i Schultheiss konstatują: „Racjonalna alokacja określonego budżetu na zdrowie oznacza, że przeważająca jego część przeznaczona zostanie na działania nakierowane na uniknięcie przedwczesnej śmierci w młodym wieku, a nie na dalsze odwlekanie

momentu śmierci, gdy jest się już starym" [36, s. 183, tłumaczenie własne].

Na potencjalną racjonalność racjonowania świadczeń zdrowotnych na starość wskazuje również Norman Daniels w koncepcji znanej w literaturze przedmiotu pod hasłem rozsądnej długości życia (*prudential life span account*). Modyfikując nieco koncepcję zasłony niewiedzy Johna Rawlsa, Daniels stwierdza, że racjonalna jednostka, nie dysponując wiedzą na temat długości swojego życia, świadoma natomiast skutków postępu medycyny, znająca również stan swojego zdrowia i dochodów oraz mająca własne zdanie na temat tego, co oznacza „dobre życie", woli je dożyć w zgodzie z naturalną długością, aniżeli je za wszelką cenę przedłużać [44]. Jeśli zatem człowiek jest świadom posiadania ograniczonych zasobów, które może wydać na świadczenia zdrowotne, przeznaczy je raczej na leczenie w młodszym wieku niż w podeszłym.

Argumenty odwołujące się zarówno do sprawiedliwości, jak i do racjonalności oraz efektywności, przemawiające za poważnym rozważaniem możliwości wprowadzenia racjonowania świadczeń na starość, nie wszystkich jednak przekonują. Z jednej strony pojawia się krytyka fundamentalna, kwestionująca jakiekolwiek racjonowanie świadczeń zdrowotnych. Z drugiej wysuwa się wiele krytycznych, ale rzeczowych argumentów. Niemiecki teolog Peter Dabrock [45] nie kwestionując np. słuszności argumentu Callahana o naturalnej długości życia, wątpi, czy można komukolwiek narzucić obowiązek poddania się konsekwencji tegoż argumentu i czy można wymagać od każdego etycznej cnoty skromności lub mówiąc jego słowami, „moralnego perfekcjonizmu", jaki jest potrzebny do wyrażenia zgody na takie samoograniczenie się [45, s. 114, tłumaczenie własne]. Jeśli jednak racjonowanie odniesiemy do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a nie zdefiniujemy je jako *a priori* zakaz udzielania świadczeń przedłużających życie osobom starszym, krytyka Dabrocka staje się bezpodstawna. Natomiast nie sposób nie zauważyć, że nie widząc w świetle etyki politycznej możliwości jakiegokolwiek ograniczenia dostępu do świadczeń podtrzymujących życie w sytuacji egzystencjalnego zagrożenia poprzez zastosowanie przymusu, Dabrock otwiera nowe pola konfliktu, tym razem z katolicką nauką moralną, która za papieżem Piusem XII jednoznacznie wypowiada się przeciwko działaniom noszącym znamiona uporczywego leczenia[12].

Dan Brock [46] i Denis McKerlie [47] krytycznie odnoszą się z kolei do argumentacji Dannielsa. Według nich racjonalna jednostka, przynajmniej po osiągnięciu pewnego wieku, ale na długo przed osiągnięciem wieku podeszłego, nie jest już skłonna do zrezygnowania ze wszystkich świadczeń podtrzymujących życie po przekroczeniu granicy naturalnej długości życia, gdyż również na ten okres ma pewne plany życiowe. Racjonalna decyzja podejmowana w obliczu niewiedzy o długości życia wygląda różnie w zależności od momentu, w którym jest podejmowana. Nie wydaje się jednak, aby krytyka ta podważała zasadniczo słuszność argumentów nawiązujących do sprawiedliwości. Natomiast argument zmiany warunków podejmowania decyzji, wpływających na kształt racjonalnych decyzji, zmusza do głębokiej refleksji. Skoro wraz z postępującym wiekiem racjonalne decyzje odnoszące się do zabezpieczenia świadczeń na starość się zmieniają, należy fakt ten uwzględnić w konstrukcji mechanizmów zabezpieczających dostępność świadczeń na starość od strony finansowej, zamiast tę dostępność po prostu ograniczać.

3. Starzenie się a społeczne ubezpieczenia zdrowotne

Charakterystyczną cechą społecznych ubezpieczeń zdrowotnych jest świadoma i celowa rezygnacja z zachowania zasady indywidualnej (kompensacyjnej) ekwiwalentności składki i ryzyka. Składki na ubezpieczenia społeczne zależne są natomiast od wysokości dochodu osoby ubezpieczonej (*payroll tax*) albo też są kalkulowane jako składki ryczałtowe (*community rating*). Pierwszy typ ubezpieczeń nazywany dalej ubezpieczeniem parafiskalnym spotykamy w takich krajach, jak Niemcy i Austria (teoretycznie również w Polsce), drugi nazywany dalej ubezpieczeniem solidarnym jest podstawą finansowania opieki zdrowotnej w Szwajcarii, w 50% w Holandii, ma być również stopniowo wprowadzany w Niemczech.

Uniezależnienie wysokości składki od poziomu indywidualnego ryzyka rozwiązuje w zasadzie problem wieku jako czynnika determinującego wzrost indywidualnych kosztów zabezpieczenia na wypadek choroby w okresie starości[13]. W przypadku ubezpieczeń parafiskalnych wszyscy płacący składki wspólnie ponoszą ciężar rosnących na starość wydatków zdrowotnych, adekwatnie do wysokości obciążonych składkami dochodów. Może to nawet oznaczać dodatkowe uprzywilejowanie osób starszych, jeśli te wykazują niższe dochody podlegające naliczaniu składek. W ubezpieczeniach solidarnych z kolei całe społeczeństwo ponosi ciężar rosnących na starość wydatków zdrowotnych, wszyscy bowiem płacą identyczną kwotę określającą podstawową składkę zdrowotną. W obu przypadkach następuje uspołecznienie kosztów starzenia się człowieka w cyklu życia. Rozwiązując problem wzrostu kosztów zabezpieczenia na wypadek choroby (lub kosztów opieki zdrowotnej) w starszym wieku na poziomie jednostki, ubezpieczenia społeczne otwierają się jednak na niekorzystne działanie starzenia się populacji, jeśli ich finansowanie opiera się na mechanizmie repartycyjnym (*pay as you go*). Mechanizm ten zakłada, że składki zapłacone w danym okresie wykorzystywane są w całości do sfinansowania świadczeń tego okresu. Ze względu na nierównomierne rozłożenie wydatków zdrowotnych w cyklu życia mechanizm repartycyjny z perspektywy krótkich okresów oznacza subwencjonowanie starszych pokoleń przez pokolenia młodsze, szczególnie pokolenia będące w wieku produkcyjnym. Stąd też uznawany jest za międzypokoleniową umowę społeczną.

Umowa ta jest jednak zagrożona, gdy rosnące liczebnie starsze pokolenia, dysponując z reguły niższymi dochodami, podlegającymi naliczaniu składek w ubezpieczeniach parafiskalnych, w mniejszym stopniu partycypują w finansowaniu zabezpieczenia opieki zdrowot-

nej. Natomiast pokolenia w wieku produkcyjnym (coraz mniej liczne) muszą nie tylko dźwigać ciężar rosnących wydatków na opiekę zdrowotną starszych pokoleń, ale również zadbać o utrzymanie pokoleń młodzieży i dzieci. To podwójne obciążenie skłoniło Dabrocka do nazwania pokolenia osób pracujących *Sanddwich–Generation* [45, s. 109]. W ubezpieczeniach solidarnych składki dla młodszych pokoleń też muszą rosnąć wraz ze zmianą struktury wiekowej społeczeństwa, jeśli pokolenia starsze płacą identyczną składkę jak pokolenia młodsze. Do tej pory umowa międzypokoleniowa funkcjonuje na zasadzie „specyficznego *perpetuum mobile*". Każde kolejne pokolenie realnie musi wprawdzie wydać na ochronę zdrowia coraz większą część swojego dochodu życiowego, do tej pory mogło jednak liczyć też na to, że w czasie trwania swojego życia uzyska świadczenia o wartości przekraczającej jego wkład finansowy. Florian Buchner i Jürgen Wasem opisują to zjawisko słowami: *In terms of intergenerational fairness in health care systems financed by the pay-as-you-go mechanism, steeping provides a paradox: On the one hand it means that each generation will be "winning", because it c.p. gets more out of the system than it has paid into the system. At the same time, in an ageing population steeping leads to rising per capita expenditure and increases the burden for publicly financed health care system. Especially the younger generation has to face this increasing burden in such a situation* [48, s. 33]. Zwiększanie udziału wydatków na ochronę zdrowia w całości indywidualnych dochodów ma jednak granice. Jak piszą dalej Buchner i Wasem: *It is unlikely that on the long run the younger are willing to finance the consequences of steeping; not knowing whether the next young generation will bare the burden, when they reach old age and need the financial support of this next young generation* [48, s. 33]. Także Peter Oberender stwierdza, że wysokość składki obciążającej dochody nie może przekroczyć poziomu, powyżej którego należy się liczyć z utratą akceptacji ze strony płacących składki [28][14].

Utrata akceptacji dla coraz głębszej redystrybucji dochodów, także tej międzypokoleniowej, musi ostatecznie doprowadzić do załamania finansowego systemu, niezależnie od tego, czy jest on oparty na dobrowolności, czy na przymusie[15]. Niektórzy autorzy kwestionują nawet zasadność obowiązywania umowy międzypokoleniowej w obliczu narastającej niesprawiedliwości międzypokoleniowej [np. 49]. Mechanizm repartycyjny nakłada przecież na przyszłe pokolenia coraz większe obciążenia finansowe, nie dając im szansy na artykulację własnego stanowiska[16]. W tym kontekście repartycyjne systemy zabezpieczenia społecznego w warunkach starzejącego się społeczeństwa nie różnią się zasadniczo od oficjalnego zadłużania państwa, które również spycha balast bieżących deficytów budżetowych na przyszłych podatników [np. 50–52], chociaż nie wszyscy ekonomiści z taką opinią się zgadzają [np. 53][17]. A zatem nie tylko obawa przed załamaniem systemu, ale również zachowanie sprawiedliwości międzypokoleniowej i poczucie odpowiedzialności wobec przyszłych pokoleń nakazują znalezienie innych rozwiązań, które nie zredukują przyszłych pokoleń wyłącznie do roli płatnika utrzymującego starsze pokolenia, szczególnie jeśli społeczeństwo nie chce, aby w przyszłości racjonowanie *explicite* świadczeń na starość (wprawdzie oparte na odpowiednich regulacjach i transparentne) stało się jedyną dostępną opcją. Takim instrumentem mogą być rezerwy tworzone na poziomie całego społeczeństwa (tzw. rezerwy demograficzne) albo też uzupełnienie systemu o elementy mechanizmu kapitałowego przy zachowaniu społecznego charakteru ubezpieczenia zdrowotnego.

Utworzenie jednorazowej rezerwy demograficznej w niemieckim ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym (GKV) finansowane poprzez podniesienie składki GKV o 2–3,4 punktu procentowego na okres 40 lat (do 2040 roku) zaproponowali w 2002 roku Dieter Cassel i Veit Oberdieck. Rezerwa taka powinna wystarczyć do ustabilizowania składki na ubezpieczenia zdrowotne do 2040 roku, z niej bowiem miały być finansowane dodatkowe wydatki zdrowotne będące konsekwencją starzenia się społeczeństwa [54]. Według obliczeń autorów fundusz rezerwowy rósłby do 2027 roku, osiągając wtedy przy założeniu przeciętnej rentowności lokaty w wysokości 4% rocznie maksymalną wartość 724 mld euro. Następnie powoli byłby on rozwiązywany aż do wyczerpania w 2040 roku. Najpóźniej jednak wtedy konieczne byłoby gwałtowne podniesienie składki zdrowotnej. Stąd uzasadniona krytyka tego pomysłu [55].

Inny projekt rezerwy demograficznej – tzw. demograficzny fundusz socjalny – był komentowany w ekspertyzie *Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion in Gesundheitswesen* (Rada Ekspertów w Ochronie Zdrowia) w 1997 roku. Pomysł polegał na identyfikacji tych wydatków GKV, które indukowane są przez zmiany demograficzne i wydzielenie ich do finansowania ze specjalnego funduszu demograficznego [56]. Jak słusznie zauważyli jednak autorzy ekspertyzy, cała trudność polega na identyfikacji wspomnianej części wzrostu wydatków. Z kolei doświadczenia polskie z tzw. rezerwą demograficzną (Fundusz Rezerwy Demograficznej) wskazują na jeszcze inne niebezpieczeństwo. Niechroniona żadnymi prawami własności rezerwa ogólna narażona jest na niezgodne z jej celem rozwiązanie w sytuacji pojawienia się bieżących problemów finansowych. Ale takie niebezpieczeństwo istnieje również w przypadku zastosowania mechanizmu kapitałowego, jeśli nie zdefiniuje się ustawowo praw własności do rezerw. Istnienie jakichkolwiek wolnych środków w systemie finansów publicznych (nie tylko w ochronie zdrowia) zawsze wzbudza bowiem apetyt różnych grup polityków, którzy pod wpływem nacisków społecznych i grup interesów odkładają rozwiązanie trudnych systemowych problemów, doraźnie wydając środki na nieefektywne długookresowo cele.

Z kolei decydując się na zmianę (nawet tylko częściową) mechanizmu finansowania z repartycyjnego na kapitałowy, należy być świadomym różnych, nie zawsze i nie tylko pozytywnych konsekwencji takiego kroku. Metoda kapitałowa polega na gromadzeniu (oszczędzaniu) w młodym wieku pewnego kapitału, który wypłacony w wieku starszym może służyć sfinansowaniu potrzebnych wtedy świadczeń zdrowotnych. Sama metoda ka-

pitałowa nie jest *a priori* metodą bardziej efektywną niż metoda repartycyjna. Zgodnie z warunkiem Aarona, jeśli suma stopy wzrostu ludności i stopy wzrostu płac (lub produktywności) jest większa od stopy procentowej, to mechanizm repartycyjny jest nawet korzystniejszy społecznie. Jeśli jednak suma stóp wzrostu ludności i produktywności jest niższa od stopy procentowej, bardziej opłacalny jest mechanizm kapitałowy [57]. Metoda kapitałowa pozwala jednak bardziej sprawiedliwie podzielić koszty starzenia się społeczeństwa między generacjami [58]. Ponadto jej zastosowanie sprzyja zwiększeniu stopy oszczędności w społeczeństwie (przynajmniej dopóki występuje nadwyżka nowo tworzonych rezerw nad ich likwidacją), co ułatwia osiągnięcie wyższego wzrostu gospodarczego, a tym samym wzmacnia podstawy finansowania opieki zdrowotnej. Na fakt ten zwraca uwagę m.in. Friedrich Breyer, zajmując stanowisko wobec popularnej wśród części polityków tzw. tezy Mackenrotha [59]. Gerhard Mackenroth, odnosząc się do finansowania zabezpieczenia społecznego w Niemczech, twierdził, że wszystkie wydatki społeczne zawsze muszą być sfinansowane z bieżącego dochodu narodowego. Nie ma zatem większej różnicy między zastosowaniem mechanizmu repartycyjnego i mechanizmu kapitałowego [60]. Niektórzy ekonomiści podważyli prawdziwość tej tezy, i to zarówno dla gospodarki otwartej, w której można przesunąć konsumpcję w przyszłość, eksportując kapitał za granicę i ściągając go w przyszłości z powrotem, jak i w gospodarce zamkniętej poprzez zwiększoną produkcję dóbr trwałego użytku (np. domów). Gdyby jednak, jak uważa Breyer, transfer możliwości konsumpcyjnych w czasie nie był możliwy (i teza Mackenrotha w swoim jądrze byłaby prawdziwa), to pozostaje kwestia wpływu mechanizmu finansowania na wysokość dochodu narodowego [59]. Ponadto stopa oszczędności, a przez nią istotna dla wzrostu gospodarczego akumulacja kapitału, jest wyższa w systemach kapitałowych [61, 62].

Zastosowanie mechanizmu kapitałowego zmniejsza ponadto uzależnienie finansowania opieki zdrowotnej od bieżącej sytuacji gospodarczej i poziomu zatrudnienia [55]. Przynajmniej częściowo rozdzielone zostają alokacyjne cele ubezpieczenia od redystrybucji dochodów, która jest celem nieubezpieczeniowym, a to powinno sprzyjać większej efektywności [56].

Jednakże mechanizm kapitałowy zwiększa uzależnienie zabezpieczenia społecznego od sytuacji na rynkach finansowych. Pojawia się ryzyko lokaty, ryzyko stopy procentowej, inflacji, ewentualnie także ryzyko kursowe [55, 56]. Co jakiś czas wybuchające światowe lub lokalne kryzysy finansowe pokazują, jak szybko kapitał finansowy może ulec deprecjacji, i że nawet uznawane powszechnie za godne zaufania potężne instytucje finansowe okazują się „kolosami na glinianych nogach”[18]. Pewniejszym dłużnikiem wydaje się państwo (mimo kryzysu greckiego), chociaż lokowanie kapitału w papierach dłużnych skarbu państwa i finansowanie przez to bieżącej konsumpcji sektora publicznego nie jest w stanie na stałe pobudzić wzrostu gospodarczego. Powstaje także problem zabezpieczenia rynku przed nadmierną dominacją instytucji zarządzających rezerwami i problem wyższych kosztów administracyjnych związanych z zarządzaniem kapitałem. Wreszcie uwagę należy zwrócić na koszty przejścia z systemu repartycyjnego do kapitałowego [63]. Jak bardzo jest to istotne, można się przekonać, obserwując kłopoty polskiego systemu emerytalnego po reformie z 1999 roku. W sumie – konieczne staje się jednoczesne budowanie rezerw dla pokoleń młodszych i bieżące finansowanie nieposiadających jeszcze rezerw pokoleń starszych. Powstające tu „podwójne” koszty sprawiają, że w realnym świecie raczej niemożliwe jest dokonanie takiej operacji w sposób spełniający kryterium efektywności Pareta, na co w kontekście ubezpieczeń emerytalnych wskazuje Breyer [59]. Efektywna zmiana zgodna z kryterium Pareta musiałaby oznaczać, że przynajmniej część pokoleń jeszcze żyjących i tych żyjących w przyszłości znalazłaby się w lepszej sytuacji, a żadna w sytuacji gorszej, lub ostrzej formułując, żaden z żyjących obecnie i w przyszłości ludzi nie zostałby postawiony w sytuacji gorszej niż przy zachowaniu mechanizmu repartycyjnego, a dla niektórych (w zasadzie dla większości) takie przejście byłoby opłacalne. Ostatecznie Breyer dochodzi do wniosku, że jest to możliwe jedynie w modelu opartym na niezwykle restrykcyjnych założeniach odnoszących się do produktywności poszczególnych osób, kształtu systemu podatkowego i wielu innych warunków, raczej niemożliwych do spełnienia w rzeczywistości.

Znaczna grupa ekonomistów zachodnich wypowiada się mimo to za jak najszybszym wprowadzeniem mechanizmu kapitałowego do ubezpieczeń zdrowotnych. Nie zawsze żądają oni całkowitego zastąpienia systemu repartycyjnego. Każdy jednak podkreśla, że zachowanie zbiorowej odpowiedzialności za finansowe skutki zachodzących zmian demograficznych nie może się odbywać wyłącznie na koszt przyszłych pokoleń.

4. Starzenie się a prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne, jak już wspomniano, w znacznie mniejszym stopniu odczuwają skutki transformacji demograficznej. Ale również one, jeśli przewidują wykorzystanie mechanizmu kapitałowego, muszą się liczyć z wszystkimi zagrożeniami, związanymi z niestabilnością rynków finansowych. Powiązanie składki ubezpieczeniowej z indywidualnym ryzykiem na pierwszym planie stawia natomiast problem rosnących wydatków zdrowotnych w cyklu życia człowieka. Gdyby ubezpieczenia prywatne kalkulowały swoje składki zawsze na podstawie krótkich okresów (np. roku), składki te dla osób starszych musiałyby gwałtownie rosnąć, co ostatecznie mogłoby przekroczyć możliwości finansowe większości ubezpieczonych. Przed wzrostem składek na starość ubezpieczony może się chronić, podpisując umowy długookresowe przewidujące tworzenie zindywidualizowanych rezerw na starość. W zamian za wyższą składkę płaconą w młodszym wieku (tj. składkę przewyższającą poziom wynikający z zachowania indywidualnej bieżącej ekwiwalentności składki i oczekiwanego ryzyka), w starszym wieku składka jest niższa. Wyższe wtedy wydatki zdrowotne są bowiem w części finansowane

z utworzonych wcześniej rezerw. Rezerwy na starość stanowią zatem instrument indywidualnej przezorności – tworzone są oszczędności, z których później finansowana jest konsumpcja – ale nie jest to zwykła redystrybucja międzyokresowa, jaka zachodzi np. przy gromadzeniu oszczędności na lokatach bankowych. Rezerwy na okres starości są też instrumentem ubezpieczeniowym – chronią one ubezpieczonych przed ryzykiem wzrostu składek na starość. Występuje przy tym charakterystyczne dla ubezpieczeń wyrównanie ryzyka – rezerwy ubezpieczonych, którzy nie dożyją podeszłego wieku, służą do finansowania świadczeń dla ubezpieczonych żyjących „ponadprzeciętnie" długo. Oczywiście żadne ubezpieczenie nie może zagwarantować bezwzględnej stabilności składek przez cały okres życia ubezpieczonego. Obok znanego i ubezpieczalnego ryzyka związanego ze starzeniem się człowieka w zakresie opieki zdrowotnej daje o sobie znać również nieubezpieczalna niepewność dotycząca przyszłego rozwoju technologii, epidemiologii, inflacji itd. (szczegóły w [64]). Ale znane ryzyko starzenia się jest ubezpieczalne.

W prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych rezerwy na starość są wyrazem indywidualizacji odpowiedzialności finansowej za zabezpieczenie świadczeń w cyklu życia, chyba że składki (także część służąca zbudowaniu rezerw) są w całości lub w części subwencjonowane przez państwo. Taka pełna indywidualizacja odpowiedzialności finansowej, podobnie jak idea likwidacji ubezpieczeń społecznych i zastąpienie ich przez obowiązkowe ubezpieczenia prywatne, może nie uzyskać społecznej akceptacji, jeśli indywidualnie zgromadzone rezerwy nie wystarczają ostatecznie na zabezpieczanie podstawowych świadczeń ratujących zdrowie i życie w okresie starości[19]. Potrzeba akceptacji odnosi się tu jednak nie tyle do źródła finansowania świadczeń, ile do źródła finansowania składek i rezerw. W przypadku osób, których nie stać na zapłacenie składek umożliwiających zgromadzenie wystarczających rezerw na starość, pojawia się potrzeba uruchomienia dodatkowej pomocy państwa bądź to przy płaceniu składek, bądź to (później) przy korzystaniu ze świadczeń, jeśli prywatne ubezpieczenie jest dla nich głównym zabezpieczeniem na wypadek choroby. Ta jednak, jeśli zostanie sformułowana w postaci społecznej gwarancji, implikuje identyczne problemy, jakie towarzyszą dobrom publicznym i społecznym. Opłacalne z punktu widzenia jednostki stają się zachowania strategiczne opisane w literaturze przedmiotu jako jazda na gapę (*free rider*) [np. 65, 66], a polegające na próbach uzyskania określonych świadczeń bez wniesienia własnego wkładu finansowego. Potrzebne są wtedy kolejne interwencje i regulacje minimalizujące zagrożenie jazdy na gapę, takie jak wprowadzenie powszechnego obowiązku ubezpieczeniowego (niekoniecznie obowiązku ubezpieczenia solidarnego albo parafiskalnego), sankcje dla nadużywających gwarancji społecznych oraz regulacje dotyczące minimalnego poziomu rezerw.

Indywidualizacja odpowiedzialności finansowej za zabezpieczenie świadczeń na okres starości w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może zostać wykorzystana jako instrument konkurencji, sprzyjający pełniejszemu uwzględnianiu indywidualnych preferencji [67]. Osoby bardziej awersyjnie nastawione wobec ryzyka choroby mogą wybrać polisy, które w zamian za wyższą składkę w młodości zaoferują większe prawdopodobieństwo stabilności składek na starość. Natomiast osoby bardziej preferujące konsumpcję bieżącą mogłyby wybrać ubezpieczenie z niższymi rezerwami na starość. Konieczne jest jednak ustalenie minimalnych wielkości rezerw na starość, aby uniknąć w przyszłości subwencjonowania świadczeń dla osób, które zgromadziły zbyt niskie rezerwy. Konieczne jest również zagwarantowanie pełnej przenośności indywidualnych rezerw przy zmianie ubezpieczyciela bez poniesienia w związku z tym prohibicyjnie wysokich kosztów lub strat. W innym wypadku konkurencja ograniczy się tylko do rywalizacji o nowo ubezpieczających się. Już dłużej ubezpieczonym osobom, które zbudowały odpowiednie rezerwy, zmiana ubezpieczyciela się nie opłaca, jeśli rezerwa zatrzymywana jest przez dotychczasowego ubezpieczyciela. W nowym ubezpieczeniu takie osoby, będąc już starsze, muszą bowiem rozpocząć budowanie rezerw od nowa, co oznacza dla nich dużo wyższe składki. Niekorzystny wpływ braku przenośności rezerw na starość na efektywność konkurencji, ale również jego bardzo niekorzystne skutki dla samych ubezpieczonych „zamykanych" w swoich ubezpieczeniach (tzw. efekt *lock in*) są przedmiotem intensywnej dyskusji w literaturze przedmiotu, szczególnie niemieckiej. To właśnie niemieckie prywatne ubezpieczenia zdrowotne nie przewidywały do 2009 roku mobilności rezerw [zob. np. 68–70, także z prawnego punktu widzenia 71].

Ale sama gwarancja przenośności rezerw generuje kolejne problemy wymagające rozwiązania. Przy swobodnej zmianie ubezpieczyciela mogą się pojawić trudności z rozliczaniem rezerw na starość, jeśli stopa rezerwy nie jest równa (dla porównywalnych ubezpieczonych) we wszystkich ubezpieczalniach. Jeśli rezerwa zbudowana w ubezpieczalni opuszczanej jest niższa niż budowana dla analogicznej grupy w ubezpieczalni nowo wybranej, konieczne jest jej dofinansowanie. W odwrotnym przypadku ubezpieczony opuszczający instytucję budującą wyższe rezerwy i przechodzący do firmy budującej niższe rezerwy powinien otrzymać do swojej dyspozycji nadwyżkę. Rezygnacja z wyrównania rezerw „nowo przybyłych" z rezerwami „starych" członków ubezpieczalni wymusiłaby bowiem w przyszłości przeprowadzenie interpersonalnej redystrybucji dochodów. Szczególnie niedofinansowanie rezerw oznacza, że ubezpieczeni, korzystający z prawa do zmiany ubezpieczyciela, zapłaciliby w sumie niższe składki niż „starzy" członkowie wybranej ubezpieczalni. Otrzymaliby oni natomiast taki sam zakres świadczeń. Z technicznego punktu widzenia wyrównanie rezerw nie stanowi większego problemu, przynajmniej dopóki rezerwy budowane są ze składek niezawierających subwencji państwa. Jeśli jednak takie subwencje zaistnieją, pojawi się również bodziec do nadużyć polegających na świadomym wybieraniu polis uwzględniających tworzenie wysokich rezerw w okresie pozyskiwania niskich dochodów własnych, co wymaga dużej pomocy państwa, a następnie przechodze-

niu do ubezpieczyciela budującego niskie rezerwy przy wysokich dochodach własnych. Takie nadużycia można jednak zminimalizować poprzez podział powstałej do wypłaty nadwyżki, proporcjonalnie do źródeł jej sfinansowania.

Na jeszcze inny problem wskazują m.in. Florian Baumann, Volker Meier i Martin Werding [72], Martin Nell i Stephan Rosenbrock [73], Ulrich Meyer [74] oraz Jochen Pimpertz [12]. Prawo do swobodnej zmiany ubezpieczyciela podparte przenośnością rezerw na starość może zostać wykorzystane do dokonywania selekcji ryzyka (*cream skimming*). Osoba w średnim wieku może się okazać dla nowej ubezpieczalni nieopłacalnym klientem, jeśli charakteryzuje się złym stanem zdrowia i to niezależnie od wyposażenia jej w dotychczas zgromadzoną rezerwę. Aby uniknąć ograniczenia się konkurencji jedynie do rywalizacji o dobre ryzyka, konieczne jest uzupełnienie regulacji o nakaz ubezpieczenia wszystkich chętnych, mechanizm wyrównania ryzyka finansowego między ubezpieczeniami albo też alternatywnie uzupełnienie przenośnych rezerw na starość o również wypłacane przy zmianie ubezpieczyciela wyrównanie adekwatne do ryzyka zdrowotnego osoby zmieniającej ubezpieczenie. Obiektywne oszacowanie wysokości takiego wyrównania jest jednak niezwykle trudne, jeśli w ogóle możliwe [73].

Rozwiązaniem alternatywnym do tworzenia indywidualnych rezerw na okres starości, ale również stawiającym na odpowiedzialność jednostki, jest kombinacja prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego z prywatnym ubezpieczeniem na życie. Propozycja taka rozważana jest m.in. przez Baumanna, Meiera i Werdinga [72] oraz Pimpertza [12]. Ubezpieczenie zdrowotne kalkulowałoby w takim przypadku składki adekwatne do bieżącego ryzyka zdrowotnego. Ubezpieczenie ryzyka wzrostu składki przyjęłoby ubezpieczenie na życie. Jak podkreśla Pimpertz, przy zakupie kombinacji ubezpieczeń obciążenia jednostki byłyby takie same, jak przy zakupie jednolitej polisy ubezpieczenia zdrowotnego przewidującego budowę rezerw na starość. Kombinacja dwóch ubezpieczeń zlikwidowałaby natomiast wszystkie problemy związane z przenoszeniem rezerw na starość przy zmianie ubezpieczyciela [12]. Ale również to rozwiązanie nie gwarantuje, że nie wystąpi selekcja ryzyka. Nowy ubezpieczyciel ubezpieczałby przecież zawsze na podstawie aktualnej wiedzy na temat ryzyka zdrowotnego. Jeśli w przeszłości osoba zmieniająca ubezpieczenie ciężko chorowała, musiałaby liczyć się z wyższą składką. Ale z taką musiałaby się również liczyć, pozostając w swoim starym ubezpieczeniu. Zatem w miarę skuteczne zabezpieczenie przed wzrostem składki spowodowanej wzrostem ryzyka zdrowotnego niezależnego od wieku przy zmianie ubezpieczyciela może zapewnić odpowiedni mechanizm wyrównania ryzyka między ubezpieczeniami albo wprowadzanie egzekwowalnego zakazu dyskryminacji według ryzyka.

Idealnym według Pimpertza rozwiązaniem mogłyby być indywidualne prospektywne rezerwy na starość, przenoszone przy zmianie ubezpieczyciela, rezerwy odpowiadające oczekiwanej wysokości szkód w momencie zmiany ubezpieczyciela. Model ten szerzej omawiają m.in. Baumann, Meier i Werding [72] oraz Johann Eekhoff [75]. W tym przypadku przenośne rezerwy dla dobrych ryzyk zdrowotnych przy zmianie ubezpieczyciela byłyby niższe, dla gorszych wyższe. Nowe ubezpieczenie przyjęłoby klientów przenoszących niską rezerwę na starość, wiedząc, że stanowią oni dobre ryzyka. Osoby cechujące się ponadprzeciętnie wysokim ryzykiem zdrowotnym także nie byłyby odrzucone, gdyż wyposażone byłyby w wyższe (ponadprzeciętne) rezerwy. Zastosowanie takiego rozwiązania stawia jednak bardzo wysokie wymagania co do identyfikacji indywidualnego ryzyka zdrowotnego, te jednak, jak konstatuje Pimpertz [12], nie są niemożliwe do spełnienia.

Wnioski

Wśród wielu wyzwań, z jakimi mierzyć się muszą systemy finansowania opieki zdrowotnej, problem rosnących kosztów opieki zdrowotnej w okresie starości oraz problem postępującego starzenia się społeczeństw odgrywają szczególną rolę. Choć starzenie się człowieka jest naturalnym procesem biologicznym, zmiana struktury wiekowej populacji zaś procesem społecznym, to jednak w oddziaływaniu na sektor opieki zdrowotnej procesy te działają kumulatywnie. Starość człowieka wiąże się z często drastycznym wzrostem potrzeb zdrowotnych, a wraz z nimi z ogromnym wzrostem kosztów opieki zdrowotnej. Starzenie się populacji prowadzi natomiast do wzrostu udziału osób starych w społeczeństwie, tych wymagających większych nakładów. W systemach opartych na mechanizmie repartycyjnym starzenie się społeczeństwa generuje dodatkowo ponadprzeciętnie wysokie obciążenia finansowe dla młodszych pokoleń, a w systemach finansowanych głównie ze składek zależnych od dochodów z wykonywanej pracy rosnące obciążenie finansowe czynnika produkcji ze wszystkimi tego konsekwencjami dla konkurencyjności gospodarki.

Ekonomiści proponują różne sposoby radzenia sobie z finansowymi skutkami omówionych procesów. Rozwiązania te różnią się w zależności od instytucjonalnych ram systemu, w jakich mają być stosowane, oraz podziałem odpowiedzialności (kosztów) między jednostkę i społeczeństwo. Najbardziej rygorystyczne rozwiązanie problemu starzenia się społeczeństwa, ale paradoksalnie również problemu starzenia się człowieka w ciągu jego życia, przewiduje racjonowanie świadczeń zdrowotnych na starość, obciążające jednostkę pełnią odpowiedzialności finansowej. Choć nie brak argumentów przemawiających na korzyść przynajmniej ograniczonego racjonowania świadczeń zdrowotnych na starość, nie sposób przewidzieć, czy i kiedy uzyskana zostanie społeczna akceptacja dla tego rozwiązania, szczególnie w Europie, która przez wiele lat w zakresie organizacji ochrony zdrowia była kształtowana przez ideę państwa opiekuńczego, odrzucając w zasadniczych obszarach współodpowiedzialność jednostki.

W systemach społecznych parafiskalnych lub solidarnych ubezpieczeń zdrowotnych finansowe skutki związane ze starzeniem się ludzi zostają uspołecznione

– jednostka nie ponosi bezpośredniej odpowiedzialności finansowej. Ale uspołecznienie kosztów starości ma swoją cenę. To właśnie systemy społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, głównie z powodu oparcia ich na mechanizmie repartycyjnym (w ubezpieczeniach parafiskalnych dodatkowo na składkach obciążających dochody z pracy), najbardziej odczuwają skutki starzenia się populacji, i to do tego stopnia, że wielu ekonomistów widzi realne zagrożenie dla zachowania dotychczasowej międzypokoleniowej umowy społecznej. Umowa ta, spychając na przyszłe pokolenia coraz większe obciążenia, już dawno przestała być postrzegana za umowę sprawiedliwą. Zachowanie zasady uczciwości wobec przyszłych pokoleń wymaga sprawiedliwego podziału finansowych skutków starzenia się społeczeństw na wszystkie pokolenia. Jest to możliwe, jeśli mechanizm repartycyjny choć w części zostanie zastąpiony przez mechanizm kapitałowy, przy którym każde pokolenie z osobna byłoby odpowiedzialne za zabezpieczenie finansowe wykorzystywanych przez siebie świadczeń. Zmiana mechanizmu finansowania nie jest jednak operacją bezbolesną. W okresie przejściowym muszą się pojawić podwójne obciążenia, ponieważ nadal trzeba finansować świadczenia na zasadzie repartycji dla tych pokoleń, które nie miały szans zbudowania odpowiednich rezerw finansowych, i jednocześnie budować rezerwy dla pokoleń młodszych. Najprostszym rozwiązaniem w takiej sytuacji wydaje się uruchomienie subwencji państwowych, z których dofinansowywane byłyby świadczenia opieki medycznej dla osób starszych. Subwencje te stanowiłyby niejako spłatę długu społeczeństwa, wynikającego z przyjęcia umowy społecznej. W państwie, które permanentnie wykazuje deficyt finansów publicznych, wypłacanie subwencji spłacających dług wobec starszych pokoleń przyczynia się jednak do nowego zadłużenia. Obciążenie ich spłatą wyłącznie przyszłych pokoleń byłoby tak samo niesprawiedliwe jak utrzymanie systemu repartycyjnego. Sprawiedliwy pokoleniowo podział wymaga obciążenia także żyjących obecnie osób starszych: bądź to poprzez wyższe składki lub wyższe współpłacenie, bądź też poprzez przejściowe wprowadzenie ostrzejszego racjonowania świadczeń ze względu na wiek.

W prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych starzenie się populacji nie indukuje większych problemów finansowych. Jednak fakt, że składki liczone są tu na podstawie szacunku indywidualnego ryzyka, sprawia, że starość, jako wynik procesu biologicznego, także generuje problemy. Jeśli składki ubezpieczeniowe są kalkulowane na podstawie rocznej (przy krótkookresowych umowach ubezpieczeniowych), należy się spodziewać ich gwałtownego wzrostu, najpóźniej począwszy od 50. roku życia. Finansowe skutki starości są w takim przypadku całkowicie indywidualizowane. Wzrost składek na starość w ubezpieczeniu prywatnym jest jednak możliwy do uniknięcia. Godząc się na długookresowe ubezpieczenia (nawet ubezpieczenia na całe życie), ubezpieczony może się indywidualnie zabezpieczyć przed wzrostem składki, wynikającym ze starzenia się, gromadząc w młodszym wieku zindywidualizowane rezerwy na starość. Może też alternatywnie zawrzeć umowę ubezpieczenia na życie, z którego na starość będzie się finansować składki na ubezpieczenie zdrowotne, rosnące ekwiwalentnie do bieżącego ryzyka. Oba rozwiązania pozostawiają część odpowiedzialności finansowej po stronie jednostki (płacącej wyższe składki w młodości), w części jednak przenoszą ją na wspólnotę ubezpieczonych. Do odpowiedzialności może być również włączone państwo, jeśli ubezpieczenia prywatne, stanowiąc alternatywę dla ubezpieczeń społecznych, będą subwencjonowane dla osób spełniających odpowiednie kryteria dochodowe, upoważniające do otrzymania pomocy.

Istnieją zatem różne możliwości mierzenia się z problemem finansowych skutków w opiece zdrowotnej, wywoływanych starzeniem się człowieka w cyklu życia i starzeniem się populacji. Niektóre możemy traktować jako rozwiązania cząstkowe, możliwe do wprowadzenia niezależnie od innych reform systemowych. Tak jest np. z racjonowaniem świadczeń w okresie starości. Inne są bardziej kompleksowe i zależą od przyjętych zasad (konstytucji) systemu finansowania opieki zdrowotnej, tj. od tego, czy system opiera się na ubezpieczeniach społecznych, czy też na prywatnych. Zawsze jednak wybór konkretnego rozwiązania leży w sferze decyzji normatywnych i politycznych, decyzji, z których podjęciem nie tylko w Polsce, ale również w większości krajów rozwiniętych i niektórych krajach rozwijających się, dłużej zwlekać już nie można.

Przypisy

[1] Konferencja odbyła się 11 XII 2006 roku w Wiedniu.

[2] O ile np. szwajcarski 20-latek przeciętnie spędza 0,8 dnia w roku w szpitalu, to 85-letnia kobieta już 53,8 dnia [17]. Schulz i in. w swoich badaniach doszli natomiast do wniosku, że tylko z powodu zmian demograficznych zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne do 2050 roku w Niemczech wzrośnie o jedną trzecią [55].

[3] Seshamani i Gray szacują, że koszty pobytu w szpitalu w ostatnim roku życia 48-krotnie przekraczają koszty pobytu w szpitalu w okresie od 24. do 11. roku przed śmiercią, 24-krotnie koszty pobytu w szpitalach w okresie 10–7 lat przed śmiercią, a nawet 4,8 razy koszty świadczeń szpitalnych w przedostatnim roku przed śmiercią [13].

[4] Zauważył jednak przy tym, że znacznie więcej ludzi dożywa wieku podeszłego. Prowadzi to z kolei do szybkiej rektangularyzacji krzywych przeżycia, silniejszej w przypadku kobiet niż mężczyzn, co z kolei wywołuje nadwyżkę liczby kobiet w starszym wieku nad liczbą mężczyzn [19].

[5] Prawdziwość tezy kompresji próbują udowodnić m.in. Zweifel, Felder i Meier [76] (na podstawie danych szwajcarskich prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych), Fuchs [77] dla USA, Hansen-Bronnum [78] dla Danii, Doblhammer i Kytir [79] dla Austrii.

[6] Lauterbach i Stock [80] twierdzą, że postęp techniczny w pierwszej linii służy wykluczaniu nieskutecznych sposobów terapii i diagnozy poprzez zastąpienie ich innowacyjnymi i opartymi na dowodach procedurami. Postęp techniczny pozwala zatem według nich ograniczyć marnotrawstwo zasobów.

[7] Montgomery mówi w tym kontekście o „klasycznej pułapce postępu" polegającej na tym, że „im więcej medycyna jest

w stanie zdziałać, im bardziej przedłuża ona trwanie przeciętnego życia, tym wyższe są wskaźniki chorobowości. Ponieważ medycyna nie jest nieaktywna, lecz zachowuje przy życiu wielu chorych, którzy wcześniej dawno by umarli, nasze społeczeństwo jawi się jako coraz bardziej chore" [17, s. 74, tłumaczenie własne]. Abdel Omran zaś mówi o „paradoksalnej długowieczności" [81, s. 116, tłumaczenie własne].

[8] Szczegółowo do syndromu Syzyfa Zweifel, Steinmann i Eugster [82].

[9] Doświadczyli tego m.in. znani niemieccy ekonomiści: profesor Friedrich Breyer i profesor Joachim Wiemeyer, gdy w 2003 roku w audycji telewizyjnej „Report Mainz" odważyli się postawić pytanie o zakres finansowanych ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych dostarczanych osobom w starszym wieku.

[10] W pewnym sensie Callahan wpisuje się w stanowisko religii wywodzących się z tradycji judaizmu (wielkie religie chrześcijańskie), a zawarte w wersetach Psalmów: np. „**Jestem gościem na ziemi**, nie kryj przede mną swych przykazań" (Psalm 119, werset 19), „O Panie, **mój kres pozwól mi poznać** i jaka jest miara dni moich" (Psalm 39, werset 5), a które nakazują człowiekowi akceptację faktu, że jego pobyt na ziemi nie może trwać wiecznie. Otwarte pozostaje natomiast pytanie o długość tego pobytu.

[11] Callahan pisze: „We should think of natural life span as the achievement of a life that sufficiently long to take advantage of those opportunities life typically offers and that we ordinarily regard as its prime benefits – loving and 'living', raising a family, engaging in work that satisfying, reading, thinking, cherishing our friend and families" [35, s. 224].

[12] Problematyka uporczywego leczenia i zachowania zasady proporcjonalności została omówiona szczegółowo w rozprawie Józefa Wróbla pod tytułem *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych* [83].

[13] Jedynie w przypadku (nigdzie do tej pory niestosowanych) kalkulowanych na bazie rocznej składek ryczałtowych zależnych od przynależności pokoleniowej problem wzrostu wydatków ma starość znów by powrócił (mimo zastosowania ograniczonego *community rating*).

[14] Według Breyera utrzymanie repartycyjnego systemu w ustawowym ubezpieczeniu chorobowym w Niemczech przy niezmienionych innych warunkach i zasadach działania tegoż ubezpieczenia spowoduje podniesienie składki do poziomu 23% w 2040 roku [84]. Nie brakuje prognoz ostrzegających przed jeszcze większym wzrostem składki nawet powyżej 30% (zestawienie różnych prognoz prezentuje Marcus Grabka [55]).

[15] Zbyt wysokie krańcowe obciążenia dochodu przez podatki i obowiązkowe składki pociągają za sobą ograniczenia działalności podlegającej opodatkowaniu, oskładkowaniu, co z kolei prowadzi do ograniczenia podstawy naliczania podatków i składek służących redystrybucji.

[16] Na skomplikowaną materię efektów redystrybucyjnych w opartych na mechanizmie repartycyjnym społecznych ubezpieczeniach zdrowotnych wskazuje już v.d. Schulenburg. Obok redystrybucji międzypokoleniowej pojawia się przecież redystrybucja wewnątrzpokoleniowa; redystrybucja między różnymi grupami dochodowymi i między różnymi grupami ryzyka [20]. Ponadto w repartycyjnych systemach ubezpieczeń zdrowotnych dużą rolę odgrywa element opartego na zaufaniu wobec stabilności umowy międzypokoleniowej specyficznego „oszczędzania". W młodszym wieku ubezpieczony płaci z reguły składki wyższe niż ekwiwalentne wobec ryzyka, zyskując „prawo" do składek niższych od indywidualnego ryzyka w podeszłym wieku (tzw. redystrybucja intrapersonalna).

[17] Nicholas Barr i Peter Diamond [53] zarzucają nawet (w kontekście debaty prowadzonej na temat przyszłości systemów emerytalnych) ekonomistom porównującym dług ukryty do długu otwartego popełnianie błędu analitycznego (ang. *analytical error*).

[18] W czasie kryzysu azjatyckiego pod koniec XX wieku wiele lokat finansowych zmniejszyło swoją wartość o 90%, a ostatniemu kryzysowi nie oparły się tak potężne banki, jak Lehman Brothers i Hypo Real.

[19] O konsekwencjach braku społecznej akceptacji dla rozwiązań ekonomicznie racjonalnych i potrzebie poszukiwania rozwiązań politycznie akceptowalnych typu *second best* piszą m.in. Stefan Fetzer i Bernd Raffelhüschen [85].

Abstract

The aging of human being and the aging of the population. The division of responsibility for the financial results in health care system

Key words: old age, rationing of benefits, provisions for old age, health expenditure, intergenerational justice

The adverse consequences of an aging society for the stability of health care financing systems are superimposed on the natural inequality of the distribution of health needs, and consequently, expenditure for health services in the life cycle of man. How long, under such conditions, will financial security systems based on the mechanism of PAYG (pay as you go) be able to guarantee all of its citizens, including the oldest ones, broad access to medical care? The debate brought about by D. Callahan in 1987 on "age-based rationing of benefits" for many years focused on trying to find ethical and economic rationale for limiting the scope of benefits guaranteed to the oldest citizens (eg A. Williamas, F. Breyer, D. Brock, N. Daniels, P. Dabrock). Age-based benefit rationing from public funds, however, may soon become a reality if we do not manage to break ties, within the public system, with the idea of full socialization of the costs of old age at the expense of future generations. Maintaining fundamental fairness towards the future generations requires an equal sharing of the financial consequences of aging, and this means taking on more responsibility of every individual for himself. A good practice of substitute private health insurance in Germany is the mandatory creation of individual financial reserves for old age which allows avoiding an excessive rise of equivalent risk premium in old age. Another solution for social health insurance might be reserves built by each generation, or a general public reserve. The transition from the purely PAYG system to a more capital one, however, will require the construction of functional solutions for the transitional period in which we have yet to build reserves and fund services for older generations who have not yet built reserves for themselves. An apparent increase of the country's debt seems therefore inevitable, but also present older generations must be held financially accountable through higher premiums or payments for benefits.

Piśmiennictwo:

1. United Nations, *Development in an Ageing World*, Department of Economics and Social Affairs, New York 2007; http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf.
2. Chawla M., Betcherman G., Banerji A., *From Red to Gray. The „Third Transition" of Aging Populations in Eastern*

Europe and the Former Soviet Union, The World Bank, Washington 2007.
3. Walla W., Eggen B., Lipinski H., *Der demographische Wandel*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2006.
4. Tichy G. (2007), *Demographische Entwicklung in Österreich: Der hochgespielte Generationenkonflikt*, w: Biehl K., Templ N. (red.), *Europa altert – na und?*, dokument elektroniczny www.wien.arbeiterkammer.a, s. 33–40 (dostęp z 1.07.2011).
5. Kleer J. (red.), *Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa*, Polska Akademia Nauk, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus", Warszawa 2008.
6. Narodowa Rada Rozwoju, *Problemy demograficzne Polski i ich skutki ekonomiczne. Raport z pierwszego posiedzenia Narodowej Rady Rozwoju*, Kancelaria Prezydenta Rzeczpospolitej Polskiej, Warszawa 2010.
7. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*, „Małopolskie Studia Regionalne" 2010; 2–3/19–20, Kraków.
8. Evans R.G., *Tension, Compression, and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control*, „Journal of Health Politics, Policy and Law" 1990; 15, 1, Spring: 101–128.
9. Busse R,. Krauth C., Schwartz F.W., *Use of Acute Hospital Beds Does not Increase as the Population Ages: Results for a Seven Year Cohort Study in Germany*, „Journal of Epidemiology and Community Health" 2002; 56, 4: 289–294.
10. Kocot E., *Przegląd i analiza funkcji wskaźników zdrowotnych oraz ich zastosowanie w projekcjach makroekonomicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
11. Lubitz J.B., Riley G.F., *Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life*, „The New England Journal of Medicine" 1993; 328, 15: 1092–1096.
12. Pimpertz J., *Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Deutscher Instituts – Verlag, Köln 2007.
13. Seshamani M., Gray A.M., *A Longitudinal Study of the Effects of Age and Time to Death on Hospital Costs*, „Journal of Health Economics" 2004; 23, 2: 217–235.
14. Spillman B., Lubitz J., *The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-Term Care*, „The New England Journal of Medicine" 2000; 342, 19: 1409–1415.
15. Werblow A., Felder S., Zweifel P., *Population Ageing and Health Care Expenditure: A School of 'Red Herrings'*? „Health Economics" 2007; 16, 10: 1109–1126.
16. Zweifel P., Felder S., Werblow A., *Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the „Red Herring"*. „Geneva Papers on Risk and Insurance" 2004; 29, 4: 653–667.
17. Montgomery F.U., *Zielkonflikte im Gesundheitssystem: Der medizinische Fortschritt, das medizinische Ethos und der Zwang zur Wirtschaftlichkeit*, w: Henke K.-D., Dräger C. (red.), *Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität*, Band 17, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2001: 68–77.
18. OECD, *Projecting OECD health and long-term expenditures: what are the main drivers?,* Economics Department Working Papers 2006; 477, http://www.oecd.org/dataoecd/57/5/36086178.pdf (dostęp z 1.07.2011).
19. Felder S. (2006), *Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Theorie und Empire*, „Perspektiven der Wirtschaftspolitik" 2006; Band 7, Sonderheft: 49–73.
20. Schulenburg J.-M. v.d., *Demographischer Wandel der Umverteilung via Gesetzliche Krankenversicherung*, w: Gäfgen G., Oberender P. (red.), *Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1989: 73–91.
21. Straubhaar T., Geyer G., Locher H., Pimpertz J., Vöpel H., *Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2006.
22. European Commission, *European Economy, Special Report No. 4*, Luxemburg 2006.
23. Fries J.F., *Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity*, „The New England Journal of Medicine" 1980; 303, 3: 130–135.
24. Fries J.F., *Compression of morbidity in the elderly*, „Vaccine" 2000; 18: 1584–1589.
25. Manton K.G., *Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population*, „Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society" 1982; 60: 183–224.
26. Gruenberg E.M., *The Failure of Success*, „Milbank Memorial Fund Quarterly" 1977; 55: 3–24.
27. Knappe E., Hat das Solidarprinzip noch Bestand?, w: Gellner W., Schön M. (wyd.), *Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2002: 65–74.
28. Oberender P.O., *Medizin und Ökonomie: kein Widerspruch! Liberale Argumente zu einem vermeintlichen Dilemma*, 2. wyd., Verlag P.C.O., Bayreuth 2005.
29. Verbrugge L.M., *Long Live but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-aged and Older Persons*, „Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society" 1984; 62, 3: 475–519.
30. Lakdawalla D., Goldman D., Bhattacharya J., *Are the Young Becoming More Disabled?* NBER Working Paper No. 8247, National Bureau of Economic Research, Cambridge 2001.
31. Niehaus F., *Alter und steigende Lebenserwartung – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben*, Wirtschaftswissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2006.
32. Bhattacharya J., Cutler D., Goldmann D., et al., *Disability Forecasts and Future Medicare Costs*, w: Cutler D., Garber A. (red.), *Frontiers in Health Policy Research 7*, Mit Press, Boston 2004: 75–94.
33. Graham P., Blakey T., Davis P., Sporle A., Pearce N., *Compression, expansion or dynamic equilibrium? The evolution of health expectancy in New Zealand*, „Journal of Epidemiology and Community Health" 2004; 58, 8: 659–666.
34. Zweifel P.), *Das Sisyphus-Syndrom im Gesundheitswesen*, w: Merke K. (red.), *Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen*? Quintessenz Verlag, Berlin 1997: 79–92.
35. Callahan D., *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Simon and Shuster, New York 1987.
36. Breyer F., Schultheiss C., *Altersbezogene Rationierung von Gesundheitsleistungen?*, w: Wille E., (red.), *Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2003: 169–193.
37. Williams A., *Intergenerational Equity: an Exploration of the 'Fair Innings' Argument*, „Health Economics" 1997; 6, 2: 117–132.

38. Williams A., *The 'Fair Innings' Argument, Deserves a Fairer Hearing*, „Health Economics" 2001; 10, 7: 583–585.
39. Harris J., *Der Welt des Lebens, Eine Einführung in die medizinische Ethik*, Akademie Verlag, Berlin 1995.
40. Harris J., *What is the good of health care?*, „Bioethics" 1996; 10, 4: 269–291.
41. Brock D., *Ethics and Age-Dependent Rationing in Medicine: A Consequentialist View*, w: Lauterbach K., Wille E. (red.), *Gesundheitsversorgung im Alter: zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang*, 22 Kolloquium Gesundheitsökonomie der Robert Bosch Stiftung. Schattauer Verlag, Suttgart 2003.
42. Shepard D.S., Zeckhauser R.J., *Life-Cycle Consumption and Willingness to Pay for Increased Survival*, w: Jones-Lee M.W. (red.), *The Value of Life and Safety*, North Holland, Amsterdam 1982: 95–141.
43. Shepard D.S., Zeckhauser R.J., *Survival versus Consumption*, „Management Science" 1984; 30, 4: 423–439.
44. Daniels N., *Just Health Care (Studies in Philosophy and Health Policy)*, Cambridge University Press, Cambridge, New York, Melbourne 1985.
45. Dabrock P., *Rationierung von Gesundheitsleistungen aus Altersgründen?*, w: Brink A. i in. (red.), *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, Duncker & Humblot, Berlin 2006: 105–123.
46. Brock D., *Justice, Health Care and the Elderly*, „Philosophy & Public Affairs" 1989; 18, 3: 297–312.
47. McKerlie D., *Justice between Age-groups: a comment on Norman Daniels*, „Journal of Applied Philosophy" 1989; 6, 2: 227–312.
48. Buchner F., Wasem J., *„Steeping" of Health Expenditure Profiles*, Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen 2004: 139.
49. Fetzer S., Raffelhüschen B., *Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda*, „Perspektiwen der Wirtschaftspolitik" 2005; 6, 2: 233–254.
50. Donges J. i in., *Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen*, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin 2002.
51. Keuschnigg K., *Intra- und intergenerativer Gerechtigkeit in der Finanzpolitik*, Discussion Paper no. 2011-37, School of Economics and Polictical Sciene, University of St. Gallen 2011, http://www1.vwa.unisg.ch/RePEc/usg/econwp/EWP-1137.pdf.
52. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. *Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/04*, Wiesbaden 2003.
53. Baar N., Diamond P., *Reforming pensions: Principles analytical errors and policy directions*, „International Social Security Review" 2009; 63, 2: 5–29.
54. Cassel D., Oberdieck V., *Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, „Wirtschaftsdienst" 2002, 82, 1: 15–22.
55. Grabka M., *Zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie*, VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken 2007.
56. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, *Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche,* Sondergutachten 1997, Kurzfassung Band 2, Bonn 1997.
57. Aaron H., *The Social Insurance Paradox*, „Canadian Journal of Economics and Political Science" 1966; 32: 371–374.
58. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Jahresgutachten 2000/2001*, Kurzfassung Bd. 1 i 2, Bonn 2002.
59. Breyer F., *Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren*, „Perspektiven der Wirtschaftspolitik" 2000; 1, 4: 383–405.
60. Mackenroth G., *Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan*, w: Schriften des Vereins für Sozialpolitik NF, Band 4, Duncker & Humblot, Berlin 1952.
61. Edwards S., *Chile: Radical Change towards a Funded System*, w: Siebert H. (red.), *Redesigning Social Security*, J.C.B. Mohr Verlag, Tübingen 1998: 233–263.
62. Feldstein M., *Social Security and Private Savings: International Evidence in an Extended Life-Cycle Model*, w: Feldstein M., Inman R. (red.), *The Economics of Public Services*, Macmillan, London 1977.
63. Henke K.-D., *Mehr Markt erfordert starken Staat*, „ifo Schnelldienst" 2002; 17: 10–14.
64. Buchholz W., *Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen: Die Pflichtversicherungslösung als Alternative*, „Schmollers Jahrbuch, Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften" 2001; 121, 1: 83–104.
65. Sowada Ch., *Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen in einer Krankenversicherung*, Verlag P.C.O., Bayreuth 2000.
66. Sowada Ch., *Prywatne finansowanie świadczeń zdrowotnych i finansowanie prywatnych świadczeniodawców ze środków publicznych w Polsce w latach 1999–2003*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie" 2006; IV, 2: 79–94.
67. Fasshauer S., *Grundfragen der Finanzierung der Alterssicherung: Umlageverfahren vs. Kapitaldeckungsverfahren*, „Deutsche Rentenversicherung" 2001; 10–11: 631–645.
68. Freytag A., *Risikodifferenzierung in der Krankenversicherung*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2005.
69. Oberender P.O., Felder S., Ulrich V., Schneider U., Werblow A., Zerth J., *Bayreuther Versichertenmodell*, Verlag P.C.O., Bayreuth 2006.
70. Ruckdäschel S., *Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen*, Verlag P.C.O., Bayreuth 2000.
71. Sodan H., *Private Krankenversicherung und Gesundheitsreform 2007*, Duncker & Humblot, Berlin 2006.
72. Baumann F., Meier V., Werding M., *Transferable Ageing Provisions in Individual Health Insurance Contracts*, „German Economic Review" 2008; 9, 3: 287–311.
73. Nell M., Rosenbrock S. (2008), *Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen: Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung*, „Perspektiven der Wirtschaftspolitik" 2008; 9, 2: 173–195.
74. Meyer U., *Auswirkung der Gesundheitsreform auf die PKV*, „Zeitschrift für Wirtschaftspolitik" 2007; 56, 2: 180–189.
75. Eekhoff J., *Übertragbare Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung*, „Zeitschrift für Wirtschaftspolitik" 2005; 54, 1: 52–68.
76. Zweifel P., Felder S., Meier M., *Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation*, w: Ober-

ender P.O. (red.), *Alter und Gesundheit*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1996: 29–46.
77. Fuchs V.R., *Though Much is Taken – Reflections on Aging, Health and Medical Care*, NBER Working Paper Series No 1269, National Bureau of Economic Research, Cambridge 1984.
78. Hansen-Bronnum H., *Health expectancy in Denmark, 1987–2000*, „European Journal of Public Health" 2005; 15, 1: 20–25.
79. Doblhammer G., Kytir J., *Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998*, „Social Science and Medicine" 2001, 52, 3: 385–391.
80. Lauterbach K.W., Stock S., *Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik – Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischen Wandel*? – Gutachten für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich–Ebert-Stiftung, Bonn 2001.
81. Omran A.R., *The Epidemiologic Transition revisited thirty Years Later*, „World Health Statistics Quarterly" 1998; 51, 2–4: 99–119.
82. Zweifel P., Steinmann L., Eugster P., *The Sisiphus Syndrome in Health Revisited*, „International Journal of Health Care Finance and Economics" 2005; 5, 2: 127–145.
83. Wróbel J., *Człowiek i medycyna, Teologicznomoralne podstawy interwencji medycznych*, Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 1999.
84. Breyer F., *Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status quo und Lösungsmöglichkeiten*, w: Aufderheide D., Dabrowski M. (red.), *Gesundheit – Ethik – Ökonomik*, Duncker & Humblot, Berlin 2002: 11–27.
85. Fetzer S., Raffelhüschen B., *Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda*, „Perspektiwen der Wirtschaftspolitik" 2005; 6, 2: 233–254.

O autorze:

Christoph Sowada – dr n. ekonomicznych, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków.