

Tadeusz Szumlicz

**Podmiotowość
w zarządzaniu zmianą
systemu ochrony zdrowia**

Warszawa, październik 2007

Spis treści

Wprowadzenie. O podmiotowości w polityce zdrowotnej	5
I. System ochrony zdrowia – ubezpieczeniowy czy zaopatrzeniowy?	16
1. Problem nie tylko terminologiczny	17
2. Podejście modelowe do polityki społecznej i polityki zdrowotnej	18
3. Charakter działań w polityce społecznej i polityce zdrowotnej	36
4. Podstawowe aspekty systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego)	38
II. O finansowaniu systemu ochrony zdrowia	45
1. Źródła finansowania systemu ochrony zdrowia	45
2. Finansowanie systemu zabezpieczenia zdrowotnego	47
2.1. Finansowanie podatkowe	48
2.2. Finansowanie składowe	51
2.3. Finansowanie z darowizn	60
3. Zróżnicowanie partycypacji finansowej w systemie zabezpieczenia zdrowotnego	61
3.1. Modele mechanizmu finansowego w systemie ochrony zdrowia	61
3.2. Redystrybucja w finansowaniu systemu zabezpieczenia zdrowotnego	64
3.3. Pojęcie kompensaty straty w systemie zabezpieczenia zdrowotnego	66
4. Finansowanie systemu zabezpieczenia zdrowotnego a charakter uprawnień do świadczeń zdrowotnych	68
5. Koncepcja bonu zdrowotnego w finansowaniu ochrony zdrowia	70
5.1. Bon zdrowotny – w kierunku ubezpieczenia?	71
5.2. Bon zdrowotny – aspekt podmiotowy	75
III. Konstrukcja systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego	77
1. Ryzyko choroby a zabezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie zdrowotne	77
2. Elementy systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego	78
2.1. Publiczne bazowe zabezpieczenie zdrowotne	79
2.2. Społeczne dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne	82
2.3. Interpretacja „doubezpieczenia społecznego” w systemie społecznego zabezpieczenia zdrowotnego	87
3. Zmiana w kierunku systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego	92
IV. Podmiotowość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia	97
1. Pojęcie podmiotowości w systemie ochrony zdrowia	97
1.1. Tradycyjne rozumienie podmiotowości w systemie ochrony zdrowia	102

1.2. Podmiotowość w procesie zmiany systemu ochrony zdrowia.....	104
2. Podmiotowość „infrastrukturalna” w zmianie systemu ochrony zdrowia	105
2.1. Znaczenie firm farmaceutycznych w zarządzaniu zmianą	105
2.1.1. Firmy farmaceutyczne jako producenci usług zdrowotnych	106
2.1.2. Zaangażowanie firm farmaceutycznych w kształcenie personelu medycznego	109
2.1.3. Firmy farmaceutyczne w kształtowaniu świadomości zdrowotnej.....	110
2.1.4. Firmy farmaceutyczne jako przedsiębiorstwa pracochłonne i innowacyjne ..	112
2.1.5. Reprezentacja interesów firm farmaceutycznych	118
2.2. Znaczenie zakładów ubezpieczeń w zarządzaniu zmianą.....	120
2.2.1. Kształtowanie społecznej świadomości ubezpieczeniowej	121
2.2.2. Udział w społecznym ubezpieczeniu zdrowotnym	127
2.2.3. Oferta ubezpieczeń zdrowotnych.....	130
2.2.4. Reprezentacja interesów firm ubezpieczeniowych	134
Zakończenie	137
Słownik wybranych pojęć	142
Bibliografia	158

Wprowadzenie. O podmiotowości w polityce zdrowotnej

Zdrowie jest z całą pewnością **kategorią społeczną**¹ o znaczeniu nadzwyczajnym. Wiąże się to przede wszystkim z niewątpliwie najwyższą pozycją zdrowia w ogólnie uznawanych hierarchiach wartości i potrzeb².

Badanie „Diagnoza Społeczna” od dłuższego już czasu (od 2000 r.) próbuje ustalić, co zdaniem Polaków decyduje o udanym, szczęśliwym życiu. Wśród możliwych odpowiedzi znajduje się 14 pozycji (wymienionych w poniższej kolejności), z których można wybrać nie więcej niż trzy symbolicznie określone wartości. W 2007 r. poszczególne odpowiedzi pojawiały się z następującą częstotliwością:

- pieniądze – 30,7%,
- dzieci – 45,9%,
- udane małżeństwo – 55,8%,

¹ Dookreślenia „społeczny/a/e” używa się w wielu znaczeniach: 1) normy postępowania (za „społeczne” uznaje się czyny, które są humanitarne, humanistyczne, ludzkie, a takie normy postępowania dotyczą w szczególności zdrowia); 2) rangi problemu (znaczenie „społeczne” mają sytuacje, zjawiska i procesy ważne, doniosłe, interesujące ogół; taka jest też ranga problemów zdrowotnych); 3) zasięgu oddziaływania (ryzyka są „społeczne”, gdy stają się powszechne, a taki jest zasięg oddziaływania ryzyka choroby, czy promocji zdrowia); 4) dziedziny aktywności (są takie, które z pewnością należą do „społecznych”, w tym aktywność w dziedzinie zdrowia); 5) rodzaju działania (do „społecznych” zalicza się wiele konkretnych działań; takim rodzajem działania jest w szczególności polityka zdrowotna); 6) cech przedmiotowych (niektóre dobra dookreśla się mianem „społeczne” i do takich należy zdrowie); 7) formy własności (coś traktuje się jak „społeczne”, bo jest państwowe, ma formę spółdzielczą, należy do gminy; w systemie ochrony zdrowia te formy własności są wyjątkowo istotne); 8) zakresu podmiotowego (pod określeniem „społeczny” kryje się zbiorowy, grupowy, kolektywny wymiar życia, podział pracy, konsumpcja zbiorowa; takie zakresy podmiotowe dotyczą też uczestnictwa w ochronie zdrowia); 9) struktury podmiotowej („społeczna” jest grupa, zbiorowość, społeczność, warstwa, klasa, samo społeczeństwo; takie elementy struktury podmiotowej uwzględnia się też w polityce zdrowotnej); 10) charakteru przedstawicielstwa (reprezentacja „społeczna” oznacza demokratyczna, samorządowa, związkowa; taki charakter przedstawicielstwa występuje też w polityce zdrowotnej); 11) typu zorganizowania („społeczne” są z całą pewnością wszelkie zrzeszenia: organizacje, stowarzyszenia, partie, związki zawodowe; takie typy zorganizowania występują również w sprawach zdrowotnych); 12) cechy stosunków (zależności „społeczne” przybierają postać więzi, współzależności, sprzeczności – wyróżnia się konflikty i antagonizmy, a takie cechy stosunków dotyczą zaspokajania potrzeb zdrowotnych). Por. T. Szumlicz, *Modele polityki społecznej*, Warszawa 1994, Oficyna Wydawnicza SGH, s. 13. W tym miejscu warto zauważyć, iż wymowa większości z tak skonkretyzowanych znaczeń jest szczególnie istotna w rozważaniach dotyczących zdrowia – właśnie jako kategorii „społecznej”.

² Zdrowie jest wskazywane jako najważniejszy warunek udanego, szczęśliwego życia (z roku na rok odsetek osób wymieniających właśnie ten warunek wzrasta, od 59,6% w 1992 r. do 65,0% w 2005 r. (J. Czapiński, *Cechy osobowości i styl życia*, w: *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2006, VIZJA Press&IT, s. 205) i 65,1% w 2007 r. (według najświeższych, jeszcze niepublikowanych danych z „Diagnozy Społecznej 2007”).

- praca – 30,2%,
- przyjaciele – 8,6%,
- opatrność, Bóg – 15,2%,
- pogoda ducha, optymizm – 9,5%,
- uczciwość – 9,7%,
- życzliwość i szacunek otoczenia – 6,9%,
- wolność, swoboda – 4,1%,
- zdrowie – 65,1%,
- wykształcenie – 6,2%,
- silny charakter – 5,0%,
- inne – 1,0%.

W tabeli 1 przedstawiono najczęściej wymieniane wartości decydujące o udanym, szczęśliwym życiu oraz ich zróżnicowanie w zależności od wielu cech respondentów. Jak widać, zdrowie jest ogólnie wskazywane jako zdecydowanie najważniejszy warunek pozytywnie ocenianego życia. Warto przy tym zauważyć, że jest to warunek częściej uznawany przez: kobiety niż mężczyzn, osoby starsze niż młodsze, mieszkających na wsi niż w miastach (zwłaszcza dużych), osoby z wykształceniem niższym niż wyższym, osoby gorzej niż lepiej sytuowane oraz emerytów i rencistów niż osoby o innym statusie społeczno-zawodowym.

Tabela 1. Hierarchia najważniejszych warunków udanego, szczęśliwego życia

(w proc.)

Wyszczególnienie	Zdrowie	Udane małżeństwo	Dzieci	Pieniądze	Praca
Ogółem	65,1	55,8	45,9	30,7	30,2
Płeć					
Mężczyźni	61,4	55,1	38,0	37,6	35,8
Kobiety	68,1	56,5	52,5	25,0	25,6
Wiek					
Do 24 lat	57,0	41,9	16,8	40,8	38,9
25–34 lata	60,7	60,9	45,9	33,3	36,2
35–44 lata	62,2	63,7	56,9	28,1	33,9
45–59 lat	66,4	59,2	53,1	29,8	31,2
60–64 lata	74,3	56,8	46,5	27,7	20,5
65 lat i więcej	75,6	49,2	50,7	23,2	12,4
Miejsce zamieszkania					
Miasta ponad 500 tys.	61,6	58,0	44,6	24,3	27,3
Miasta 200–500 tys.	64,3	60,0	43,5	26,9	27,5
Miasta 100–200 tys.	65,6	57,1	43,5	27,5	31,3
Miasta 20–100 tys.	65,1	54,5	46,7	31,0	30,5
Miasta < 20 tys.	64,5	57,3	45,7	30,6	32,6
Wieś	66,4	53,7	47,3	34,5	30,7

Wykształcenie					
Podstawowe i niższe	73,2	45,6	51,0	33,6	21,1
Zasadnicze/gimnazjum	62,4	54,0	44,6	37,1	35,5
Średnie	63,4	59,1	44,7	29,4	31,4
Wyższe i policealne	64,5	62,7	45,3	20,1	28,5
Dochód na jedną osobę					
Dolny kwartył	61,7	48,7	48,6	38,2	38,2
Środkowe 50%	65,7	55,1	45,9	32,3	29,4
Górny kwartył	65,7	60,7	44,3	23,6	26,8
Status społeczno-zawodowy					
Sektor publiczny	62,4	63,7	51,3	22,9	36,3
Sektor prywatny	59,9	59,3	44,0	34,6	41,8
Prywatni przedsiębiorcy	60,4	66,3	50,1	30,3	33,2
Rolnicy	65,4	63,4	58,0	33,9	23,8
Renciści	75,9	43,7	45,7	31,1	19,1
Emeryci	74,6	53,5	50,7	24,6	15,2
Uczniowie i studenci	58,2	37,7	13,5	36,5	32,7
Bezrobotni	58,7	49,1	46,4	39,0	41,6
Inni bierni zawodowo	64,7	64,5	55,0	34,2	24,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Diagnozy Społecznej 2007”.

Zdrowie społeczne wyraża z całą pewnością stan powszechnie pożądaný, wprawdzie nieosiągalny, ale wyraźnie zamierzony, a odstępstwa od tego stanu traktuje się jako mniej lub bardziej uciążliwe wady **systemu ochrony zdrowia (systemu zarządzania ryzykiem choroby w ramach polityki społecznej i polityki zdrowotnej w szczególności)**, powodujące niezaspokojenie ważnych potrzeb społecznych³ i przyczyniające się do nieuzasadnionych nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Podejmowane są oczywiście próby opisanía uwarunkowań i konsekwencji społecznych takiego stanu rzeczy.

Można stwierdzić, że najczęściej przywoływana definicja zdrowia, przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jeszcze w 1948 r., określająca zdrowie nie tylko jako brak choroby, ale także jako pełnię fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu jednostki ludzkiej⁴, eksponuje zamierzony dobrostan w postaci właśnie zdrowia społecznego, gdyż w tym znaczeniu potrzeba zdrowia dotycząca jednostki nie jest obojętna również dla jej bliższego, a nawet dalszego otoczenia społecznego.

Również cechy usługi zdrowotnej – konsekwentnie rozumując – przesądzają o tym, że jest ona typowym dobrem społecznym (dobrem publicznym *sensu largo*), a

³ Tylko niecałe 4% gospodarstw domowych uważa, że zaspokojenie ich potrzeb zdrowotnych w latach 2005–2007 poprawiło się, natomiast prawie 27% twierdzi, że się pogorszyło (dane z „Diagnozy Społecznej 2007”).

⁴ Należy rozumieć, że chodzi tutaj zarówno o obiektywny, jak i subiektywnie odbierany dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny.

nie (czystym) dobrem publicznym⁵, co ma szczególne znaczenie dla rozważań na temat zdrowia jako pożądanego dobrostanu społecznego i ustalenia charakteru źródeł – prywatne, publiczne czy społeczne – finansowania zdrowia społecznego.

Wreszcie **pojęcie zdrowia społecznego należy widzieć i dostatecznie konsekwentnie rozpatrywać w aspekcie podmiotowości, jako zdolności i możliwości wywierania (potencjalnego i realnego) wpływu na zmianę w danej dziedzinie życia społecznego**⁶. Pewnym wyjaśnieniem problemu może być szerokie rozumienie słowa „kompetencje”. Mieć kompetencje w zarządzaniu zmianą oznacza bowiem nie tylko formalne dysponowanie odpowiednim zakresem uprawnień i pełnomocnictw, ale też posiadanie właściwego zasobu umiejętności i stopnia odpowiedzialności, pozwalających na sprawne (skuteczne i efektywne) przeprowadzenie zamierzonej zmiany. Chodzi zwłaszcza o rolę i kompetencje państwa jako podmiotu wtórnego⁷. Wtedy jednak nie można uniknąć problemu zasadniczego – realnego uspołecznienia trudnych decyzji społecznych, a zatem podejmowania ich nie tylko na podstawie wyników sformalizowanych procedur wyborczych. Nie da się bowiem dokonać istotnej zmiany społecznej bez udziału opozycji politycznej i reprezentacji wielu środowisk bezpośrednio lub pośrednio tą zmianą zainteresowanych. Również polityka zdrowotna należy wprowadzić do kompetencji państwa, ale zmiany w systemie ochrony zdrowia nie da się wprowadzić bez uwzględnienia kompetencji (umiejętności i odpowiedzialności) podmiotów, które z różnych powodów (instytucjonalnych, zawodowych, naukowych) są zmianą zainteresowane lub dostrzegają w niej różnie rozumiane – mniej lub bardziej subiektywne – interesy, w znaczeniu szansy i zagrożenia.

Charakterystyka „politycznego” czy też „władczego” zakresu polityki społecznej (zdrowotnej) jest bardziej uwikłana, niż się na ogół sądzi, gdyż zawiera się nie tylko w prostych opisach jej podmiotów, ale także w wyrażeniu rodzaju i siły sprawczej, stosunku władczego przypisywanego danym podmiotom. Uznawanie za podmioty polityki społecznej (zdrowotnej) tych instytucji, których zadaniem jest urzeczywistnia-

⁵ Zob. S. Owsiak, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 1999, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 26–32.

⁶ Tezę taką można podeprzeć choćby dawno już rozważaną odpowiedzią na pytanie: czyja polityka społeczna? („*whose social policy?*”). Zob. R.M. Titmuss, *Social Policy. An Introduction*, red. B. Abel-Smith, K. Titmuss, London 1974, George Allen & Unwin Ltd, s. 23 i nast.

⁷ W ten sposób można zwrócić uwagę na sprawę podmiotów nie zawsze zależnych od formalnie powołujących je grup, zbiorowości i społeczności. Dotyczy to też oczywiście państwa jako szczególnego podmiotu polityki społecznej (zdrowotnej). Politykę społeczną, w tym zdrowotną, wyraża bowiem szczególnie – często niedostrzegana – relacja podmiotowo-przedmiotowa, w której podmiotem pierwotnym (społeczeństwo, dane społeczności) jest jej późniejszy przedmiot.

nie jej bezpośrednich celów, a więc tych, które za podstawowy przedmiot swego działania uznają dane funkcje społeczne, jest zbytnim uproszczeniem, albowiem **podmiotem polityki społecznej (zdrowotnej) staje się *de facto* każda instytucja lub grupa społeczna, jeśli postanowi oddziaływać na życie publiczne w wybranej sferze społecznej (zdrowia), nawet w imię interesu partykularnego (mniej lub bardziej wyraźnie artykułowanego, tłumaczonego na ogół szerzej pojętym interesem społecznym), a co więcej, gdy dysponuje – mniej lub bardziej sformalizowaną – jakąś siłą sprawczą.**

Nie ma jednak wątpliwości, iż najbardziej złożone jest przejście do „nowej”, pod względem przedmiotowym i podmiotowym, polityki społecznej, w tym zdrowotnej – zarówno do tej, która dotyczy zmiany dokonywanej przez społeczeństwa demokratyczne w krajach o rozwiniętej gospodarce rynkowej, jak i tej, która dotyczy zmiany dokonywanej przez społeczeństwa objęte transformacją ustrojową. Pojawiające się problemy należałoby rozważać, biorąc pod uwagę **aspekty „społeczne” oraz aspekty „polityczne” tej nowej polityki.** Na ogół jednak proponowane modyfikacje systemowe, czy też zmiany przełomowe, mają najbardziej widoczne – choć często traktowane zbyt powierzchownie – uwarunkowania gospodarcze, a więc przeobrażanie się polityki społecznej jest powodowane z reguły czynnikami ekonomicznymi czy wręcz zmianą ustroju gospodarczego. Dokonywane modyfikacje i przeobrażenia nie powinny oczywiście przekraczać pewnego progu uciążliwości nazywanych **„kosztami społecznymi”**, albo rozpatrywanych jako **bariera adaptacji**⁸, stąd równie ważna wydaje się uwaga, że swoiste „koszty opóźnienia” w takim przypadku musi ponosić zarówno docelowy system gospodarczy, jak i docelowa koncepcja polityki społecznej (zdrowotnej)⁹.

Zmianę systemu ochrony zdrowia można by uznać za problem, którego rozwiązanie – przynajmniej w rozumieniu idealistycznym – powinno znajdować się i ponad ekonomią¹⁰, i ponad polityką¹¹. Wtedy chodziłoby o działania polityczne dążące

⁸ Warto zwrócić uwagę, że akceptacja większych różnicowań w realiach gospodarki rynkowej zależy od ogólnych warunków życia przez nią zapewnianych.

⁹ Trzeba zauważyć, iż kosztów tych często niestety się nie dostrzega, zarówno po stronie myślących bardziej społecznie, jak i bardziej ekonomicznie.

¹⁰ W wyrażeniu „ponad ekonomią” zawarte jest przede wszystkim ujmowanie problemów ekonomicznych w układzie stosunków społecznych.

¹¹ Nawiązując do społecznej funkcji państwa jako instytucji, należałoby przyjąć, że kształtowanie zdrowia społecznego wymaga, by w polityce zdrowotnej państwo występowało jako podmiot – w znaczeniu społecznym – zależny, wtórny i indukowany.

do zjednywania ludzi dla danej sprawy. Tym niemniej trzeba się zgodzić z dosadnym stwierdzeniem definicyjnym, że „[...] polityka zdrowotna jest dającym się wyodrębnić procesem intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym. Elementami tego procesu mogą być decyzje o podjęciu i decyzje o niepodejmowaniu działań, działania podjęte i zrealizowane oraz działania niepodjęte i zaniechane. Jego elementami mogą być także tezy ideologiczne i sądy wartościujące, które ukierunkowują i uzasadniają decyzje, czy też aktywny lub bierny stosunek do problemu”¹².

Na tle przytoczonej konstatacji trzeba koniecznie przywołać też stwierdzenie, że polityka społeczna jest „nauką o sposobach (środkach), jakimi grupy społeczne powstrzymują (*prevent*), odraczają (*postpone*), wprowadzają (*introduce*) i podporządkowują sobie (*manage*) zmiany w strukturze [społecznej – T.Sz.]”¹³. Jak widać, definicja ta zawiera szczególne aspekty celowej działalności zorientowanej politycznie, których nie da się wykluczyć, nawet w przypadku polityki o tak wysokim stopniu internalizacji, jak polityka zdrowotna.

Analizując czynnik podmiotowości w pojęciu zdrowia społecznego, można się także odwołać do definicji stwierdzającej, że polityka społeczna jako nauka praktyczna bada zmiany zachodzące w strukturze społecznej (w znaczeniu stosunków społecznych) pod wpływem celowej działalności grup i instytucji społecznych, formułując na tej podstawie postulaty dotyczące racjonalizowania polityki społecznej jako działalności praktycznej¹⁴. Definicja ta mówi o przeprowadzaniu zmian społecznych przez podmioty, które mogą wpływać skutecznie, bo ich celowa działalność polityczna w konkretnej sferze jest poparta w jakiejś mierze stosunkiem władczym. Są to więc działania celowe, przez kogoś podejmowane i w jakimś stopniu zorganizowane, z punktu widzenia preferowanego, różnie rozumianego przez dany podmiot, postępu społecznego w danej sferze życia społecznego.

Wtedy warto też zwrócić baczniejszą uwagę na dookreślenia wyjaśniające termin „racjonalizować” w odniesieniu do polityki społecznej. Chodzi mianowicie o to, aby również polityki zdrowotnej nie sprowadzać do racjonalizacji w sensie uspraw-

¹² W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa 1996, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, s. 37.

¹³ P. Townsend, *Sociology and Social Policy*, London 1975, Allen Lane, s. 2.

¹⁴ T. Szumlicz, *Modele...*, wyd.cyt., s. 29.

niania działalności praktycznej. Równie ważne jest bowiem uzasadnianie i wyjaśnianie tej działalności. Tak rozumiane racjonalizowanie to¹⁵:

- 1) konieczność uzasadniania polityki, przez podawanie argumentów przemawiających za podejmowaniem (lub niepodejmowaniem) danego rodzaju przedsięwzięć¹⁶, z uwzględnieniem stanu i możliwości kształtowania świadomości społecznej niezbędnej do przeprowadzenia zamierzonych zmian;
- 2) obowiązek wyjaśniania prowadzonej polityki, co wiąże się z jej krytycznym oglądem, a więc nie tyle z propagowaniem i usprawiedliwianiem realizowanej polityki, ile nawet ze swoistym demaskowaniem polityki realizowanej, deklarowanej i postulowanej;
- 3) wymóg usprawniania prowadzonej działalności, polegający na poszukiwaniu rozwiązań systemowych, równocześnie skutecznych i efektywnych, ale też znajdujących dostateczne poparcie społeczne, albowiem sprawny system składa się też z regulacji i rozwiązań instytucjonalnych (instytucji–norm i instytucji–organów) niezbędnych, akceptowanych i dobrze funkcjonujących. W przypadku systemu ochrony zdrowia oznacza to oczywiście znacznie więcej niż postulat kalkulacji kosztów świadczeń zdrowotnych,

Można powiedzieć, że w każdym z wymienionych rodzajów racjonalizacji powinna brać udział inna grupa podmiotów. „Konieczność uzasadniania” polityki należy z pewnością przede wszystkim do rządu, ale nie można wykluczyć z tego nauki, mediów, opozycji, związków zawodowych, stowarzyszeń. „Obowiązek wyjaśniania”, krytyczny ogląd polityki, należy między innymi do opozycji, ale trzeba uwzględniać ograniczające ją funkcje polityczne (nawet jeśli są źle rozumiane – „krytykowania wszystkiego, co zaproponuje koalicja rządowa”), a więc w tym przypadku wyjątkowe znaczenie mają niezależne ośrodki naukowe oraz obiektywne (jeśli takie są) środki masowego przekazu. Natomiast „wymóg usprawniania” rozwiązań systemowych powinien być z całą pewnością domeną ekspertów–praktyków, którzy są angażowani w celu przygotowania i bezpośredniego dokonania określonej zmiany (wtedy niektórzy „ludzie nauki” przestają nimi być i z natury rzeczy stają się politykami lub praktykami). Trzeba także dodać, że chodzi tutaj o eksperckość w szerokim zakresie, gdyż w reformowaniu systemu ochrony zdrowia konieczne jest uczestnictwo profesjonalistów

¹⁵ Por. tamże, s. 30.

¹⁶ Mieści się w tym również problem tzw. nadmiaru słusznych celów społecznych, dotyczących w szczególności systemów ochrony zdrowia.

zajmujących się medycyną, naukami o zdrowiu, ekonomią, polityką społeczną, ubezpieczeniami, zarządzaniem, a także kompetentnych przedstawicieli firm farmaceutycznych, zakładów ubezpieczeń. Tak więc **reformowanie systemu ochrony zdrowia zawiera się z pewnością w najszerszym zakresie kompetencji dotyczących zmiany społecznej, od prowadzenia polityki społecznej w ogóle po wycenę procedur medycznych występujących w tzw. koszyku gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.**

W reformowaniu systemu ochrony zdrowia zasadnicze znaczenie ma dostrzeżenie i rzeczywiste uznanie tego, że proces transformacji ustrojowej wiąże się z koniecznością zasadniczej zmiany koncepcji prowadzenia polityki społecznej w ogóle, a polityki zdrowotnej w szczególności. Polityka społeczna – jako działalność praktyczna zakładająca celowe kształtowanie rozwoju społecznego, a zwłaszcza warunków życia ludności – znalazła się bowiem w wyraźnie **odmiennym „otoczeniu”, które nabiera cech demokratycznego (policentrycznego) ładu społecznego i rynkowej działalności gospodarczej.** Cechy te nie mogą też być obojętne dla nowej polityki zdrowotnej, jeśli nawet ze względów społecznych traktować ją nadzwyczajnie, a więc uwzględniać konieczność odstępstw od tak wyrażonych zasad rozwoju społeczno-ekonomicznego.

Powyższe stwierdzenia oznaczają, po pierwsze, że **reform w dziedzinie zdrowia nie da się oderwać od zmiany koncepcji polityki społecznej jako takiej.** Po drugie, że w konstrukcji systemu zaspokajania potrzeb zdrowotnych należy wziąć pod uwagę zarówno **uwarunkowania społeczne** („docieranie” ładu policentrycznego), jak i **uwarunkowania gospodarcze** (stopniowe dominowanie mechanizmów rynkowych).

Zmian w polityce zdrowotnej nie da się przeprowadzić bez rzetelnej identyfikacji sił społecznych związanych z określoną koncepcją reformy – jej „filozofia” oraz konkretnymi rozwiązaniami – i tych sprzyjających, i tych reformie się przeciwstawiających. W każdej identyfikacji ważne są bowiem nie tyle deklaracje, ile realne interesy (głównie grupowe). Jak bowiem zreformować system ochrony zdrowia, jeśli czynniki zmian znajdują się w przewadze na zewnątrz systemu, a czynniki petryfikacji systemu mają zdecydowaną przewagę, choć dobrze ukrytą, wewnątrz systemu? Jak prywatyzować coś, co nieformalnie jest już sprywatyzowane (problem własności i dyspozycji własnością)? Jak dokonać zreformowania systemu, zdając sobie sprawę z lobbingu dokonywanego na rzecz danej zmiany albo przeciw danej zmianie

ze strony tak wpływowych uczestników rynku usług zdrowotnych, jak firmy farmaceutyczne i zakłady ubezpieczeń? Czy rzeczywiście, a nie tylko w deklaracjach, najważniejszy w przeprowadzanych zmianach okazuje się potencjalny pacjent?

Podobnych pytań można zadać więcej. Przyjmijmy jednak idealistycznie, że **kształtowanie (w tym finansowanie) zdrowia „społecznego” musi zakładać odpowiedni zakres podmiotowości społecznej oraz preferować podejście konsensualne, a nie konfrontacyjne w osiągnięciu celów zdrowotnych.** Problem polega jednak na tym, żeby w debacie społecznej przynajmniej starać się o pełne ujawnianie i wyrażne nazywanie interesów wszystkich uczestników zmiany. Chodzi zarówno o te biedniejsze, jak i bogatsze grupy społeczeństwa, o starszych i młodszych. Chodzi o lekarzy o zróżnicowanym statusie zawodowym, pielęgniarki zatrudnione w różnych typach zakładów opieki zdrowotnej, administrację różnych szczebli służby zdrowia. Chodzi o zakłady ubezpieczeń i firmy oferujące abonamenty na usługi medyczne. Chodzi o mniejsze i większe firmy farmaceutyczne, hurtownie leków i apteki. Oczywiście koordynacja działań, uwzględniających zróżnicowane interesy (nie tylko te wymienione), zawsze należeć będzie do ministra zdrowia, bo to on, jako reprezentant rządu wyposażonego poprzez większość parlamentarną w stosunek władczy, odpowiada bezpośrednio za tę sferę aktywności publicznej.

Trwałość obranego kierunku zmiany – jeśli taki zostanie wynegocjowany – wymaga jednak, aby korzystając z większości parlamentarnej, dającej niezbędną siłę sprawczą, nie zadowalać się przegłosowywaniem racji. Biorąc pod uwagę długą perspektywę zrealizowania przyjętych założeń reformatorskich, w takiej dziedzinie jak system ochrony zdrowia, bezwzględne przegłosowanie racji nie jest bowiem podmiotowością w wyżej wyłożonym rozumieniu społecznego zarządzania zmianą.

Charakter opracowania – dotyczący podmiotowości w realizowanej, deklarowanej i postulowanej zmianie systemu ochrony zdrowia – wymaga podania daty stanu rozpatrywanych rzeczy. Jest to jesień 2007 r. Tutaj warto przywołać ocenę podsumowującą ubiegły rok: „z perspektywy państwa – nie ma zbyt wielu dokonań. Jedyna duża regulacja prawna, jaką udało się w tym czasie uchwalić, to ustawa o państwowym ratownictwie medycznym. niespełnione okazały się też nadzieje na zasadnicze zmiany systemu ochrony zdrowia (którego autorem jest ciągle minister Łapiński). Tym bardziej że wiele osób pamiętało liberalny, obywatelski projekt ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych prof. Religi z 2004 r. Z perspektywy placówek opieki zdrowotnej rok 2006 był okresem restrukturyzacji, żmudnych bojów z Narodowym

Funduszem Zdrowia, tu i ówdzie strajków, niepewności jutra zagrożonego utrzymującym się zadłużeniem. W sumie był to czas utrzymania *status quo*. Dla pracowników służby zdrowia rok 2006 był okresem pierwszej od wielu lat ogromnej mobilizacji, protestów i, jakby nie patrzeć, sukcesu uzyskanej podwyżki. Niestety, był to także czas coraz bardziej masowego odchodzenia od zawodów medycznych i narastającej fali emigracji do innych krajów Unii Europejskiej. I wreszcie pacjenci. Dla nich – mimo ciągłego narzekania – rok 2006 był okresem powolnego, ale stałego wzrostu zakresu i jakości opieki medycznej. [...] Do zobaczenia w przyszłym roku (roku sieci szpitali, koszyka świadczeń, ubezpieczeń dobrowolnych, ubezpieczenia pielęgnacyjnego i...!)”¹⁷. I na tym tle należy wyraźnie odnotować, że wydarzenia z czerwca–września 2007 r. ocenę tę wyjątkowo zagmatwały. Po pierwsze, z powodu niebywalej eskalacji strajków służby zdrowia, które pokazały nie tylko niespotykaną dotąd determinację w obronie interesów personelu medycznego, ale też – jakby przy okazji – ujawniły na przykładzie systemu ochrony zdrowia skalę konfliktu o charakterze *stricte* politycznym. Po drugie, w związku z wyjątkowo kontrowersyjnym, żeby nie powiedzieć w nieodpowiedzialnej formie, przedstawieniem tak ważnego rozwiązania dla reformy systemu ochrony zdrowia jak koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Są to raczej „smutne” argumenty za koniecznością uwzględnienia prawdziwej podmiotowości w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia.

Podjmując problem podmiotowości w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia, trzeba zauważyć, że należałoby odróżniać podmiotowość w znaczeniu „mieć prawo do” (podmiotowość obywatelska związana z realizacją prawa do zabezpieczenia zdrowotnego, podmiotowość służby zdrowia) od podmiotowości w znaczeniu „mieć wpływ na” (podmiotowość związana z możliwością oddziaływania na zmianę systemu ochrony zdrowia). Ta pierwsza wiąże się np. z konsekwentnym zastosowaniem „prawdziwych” ubezpieczeń w nowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego i regulacjami z zakresu branżowego prawa pracy. Z kolei brak uznania podmiotowości w tym drugim znaczeniu z pewnością będzie komplikował i opóźniał przeprowadzenie niezbędnej reformy systemu ochrony zdrowia. Celem opracowania jest zatem szersze spojrzenie na politykę zdrowotną i zmianę systemu ochrony zdrowia, w którym ważne jest dostrzeganie nie tylko – bardzo ważnego – charakteru tej zmiany (aspekty organizacyjne, finansowe), ale także rozpatrzenie – równie ważnych – uwa-

¹⁷ K. Radziwiłł, *Rok 2006: sukcesy i porażki*, „Menedżer Zdrowia” 2006 nr 9.

runkowań podmiotowych dokonania konkretnej zmiany (aspekty akceptacji społecznej, interesów grupowych, zachowań instytucjonalnych), czynników jej sprzyjających lub ją utrudniających. Tezą podjętych rozważań jest stwierdzenie, że – w zakresie podmiotowości jako takiej – ważne jest kształtowanie **podmiotowości „ubezpieczeniowej”** w reformowaniu systemu ochrony zdrowia oraz że za czynnik sprzyjający zreformowaniu systemu w sugerowanym w tym opracowaniu kierunku zaopatrzeniowo-ubezpieczeniowym należy uznać **podmiotowość „infrastrukturalną”**. Chodzi między innymi o uargumentowanie aktywnego udziału w zarządzaniu zmianą reprezentantów firm farmaceutycznych oraz reprezentantów zakładów ubezpieczeń, których podmiotowość należy także rozpatrywać z punktu widzenia możliwości wpływu na zmianę poprzez propagowanie (społeczne uzasadnianie i wyjaśnianie) zastosowania rozwiązań rynkowych (konkurencyjnych) w nowym systemie ochrony zdrowia.

Czy to szersze spojrzenie na politykę zdrowotną i zmianę systemu ochrony zdrowia stanie się charakterystyczne dla **społeczeństwa obywatelskiego**, do którego aspirujemy, wydaje się pytaniem dość zasadniczym.

I. System ochrony zdrowia – ubezpieczeniowy czy zaopatrzeniowy?

Wydaje się, że w dyskusjach dotyczących tego podstawowego problemu systemowego występują poważne nieporozumienia, albo też w argumentacji za konkretnymi rozstrzygnięciami stosuje się swoistą żonglerkę terminologiczną zaciemniającą istotę problemu. Żeby nie przywoływać zbyt wielu kontrowersyjnych wypowiedzi i opinii potwierdzających taką sytuację, wystarczy odwołać się do ubiegłorocznych ważkich zdań na ten temat, wypowiedzianych przez luminarzy zarządzania systemem ochrony zdrowia w Polsce.

I tak Zbigniew Religa uważa, że „w Polsce mamy system mieszany, ubezpieczeniowo-budżetowy, w którym ubezpieczenie zdrowotne wspomagane jest przez budżet państwa”. I dalej: „wydaje się, że jest to optymalne rozwiązanie. Podobna organizacja finansowania ochrony zdrowia jest w pozostałych krajach Unii Europejskiej”¹⁸.

Z kolei Andrzej Sośnierz opowiadając się za propozycją zreformowania systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie bonu zdrowotnego, tłumaczy, że: „z jednej strony, jej korzenie sięgają budżetu, który chroni systemowo wszystkich obywateli. W ten sposób realizuje się idea egalitaryzmu. Z drugiej strony, wprowadzenie bonu zainicjuje budowanie wolnego rynku usług medycznych, bo firmy ubezpieczeniowe zaczną po prostu o ten bon konkurować. [...] Bon jest właśnie rozwiązaniem budżetowym. [...] jest produktem budżetowym. [...] Niezależne kasy ubezpieczenia zdrowotnego mogłyby powstać już w roku 2008. W tym samym roku lub rok później mogłyby się starać o pozyskanie bonów również firmy prywatne. Także w 2008 r. powinien zacząć funkcjonować system ubezpieczeń dodatkowych. [...] Koncepcja bonu zdrowotnego łączy bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i egalitaryzm z wolnym rynkiem”¹⁹.

¹⁸ Zapis wystąpienia ministra zdrowia Zbigniewa Religi w Sejmie 7 czerwca 2006 r., „Kronika Sejmu” 2006 nr 17.

¹⁹ Rozmowa z Andrzejem Sośnierzem, byłym dyrektorem Śląskiej Kasy Chorych, posłem PiS [obecnie prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia – uwaga T.Sz.], „Menedżer Zdrowia” 2006 nr 4. Odnotujmy, że jako prezes NFZ A. Sośnierz wycofał się z lansowania tego rozwiązania, gdyż „nie ma kompetencji, które pozwalałyby mu na działania zmierzające do wprowadzenia bonów, [...] organami właściwymi do wprowadzania zmian w systemie zdrowotnym są rząd i parlament. Zaznaczył, że sam pomysł jest bardzo nowatorski i wymaga dopracowania” (według Biura Informacji i Komunikacji Społecznej NFZ).

1. Problem nie tylko terminologiczny

Zreformowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce tylko pozornie jest dylematem natury instrumentalnej, czyli decyzją wymagającą trudnego wyboru między zastosowaniem w systemie albo rozwiązań zaopatrzeniowych, albo rozwiązań ubezpieczeniowych. Nie jest – bo takiego w praktyce polityki zdrowotnej po prostu być nie może. W formule „albo – albo” zawarta jest bowiem sugestia, że wybór musi mieć charakter zero-jedynkowy, natomiast w rzeczywistości dokonuje się wyborów „proporcjonalnych”, ustalając relacje, w jakich powinny wystąpić oba odmienne podejścia, gdyż przestrzeń między nimi jest continuum rozwiązań pośrednich, a wybór polega na określeniu dominanty²⁰. **Podstawowym problemem jest zatem określenie miejsca i zakresu zastosowania w systemie ochrony zdrowia zasad zaopatrzeniowych i zasad ubezpieczeniowych²¹.**

Przekornie mówiąc, dylematem jest jednak chęć wykazania zrozumienia albo wykazania niezrozumienia dla tego, na czym polega zastosowanie zasad zaopatrzeniowych, a na czym – zasad ubezpieczeniowych, aby – uczestnicząc w zmianie systemowej tak delikatnej materii, jak zabezpieczenie zdrowotne – **dobrze widzieć uwarunkowania i konsekwencje społeczne odwoływania się do tych zasad.**

Zanim podejmiemy się krytycznego skomentowania zacytowanych stwierdzeń, należy wyjaśnić, dlaczego dla procesu reformowania systemu ochrony zdrowia tak ważna jest odpowiedź na pytanie: „system ubezpieczeniowy czy zaopatrzeniowy?”. W przypadku polityki społecznej i systemu zabezpieczenia społecznego, a także polityki zdrowotnej i systemu zabezpieczenia zdrowotnego, nie jest to bowiem – jak niestety wielu sądzi – tylko problem terminologiczny.

Wyjaśnienie sytuacji wyboru, z uwzględnieniem, co bardzo ważne, ujęcia podmiotowego, wymaga dłuższego, systematycznego omówienia. Tezą centralną poniższego wywodu metodologicznego jest stwierdzenie, że **problem zreformowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego wiąże się przede wszystkim z odpo-**

²⁰ J. Supińska, *Dylematy polityki społecznej*, Warszawa 1991, IPS UW, s. 17. „Polityka społeczna jest kombinacją tysięcy decyzji i mało jest prawdopodobne, aby wszystkie te decyzje udało się utrzymać w tym samym duchu i stylu”, tamże.

²¹ Również rozwiązań filantropijnych, dobroczynnych, np. poprzez udział w systemie ochrony zdrowia fundacji o celach zdrowotnych, ale ich zastosowanie w systemie wymaga wcześniejszych rozstrzygnięć w zakresie rozwiązań zaopatrzeniowych i ubezpieczeniowych.

wiedzą na pytanie o możliwości zastosowania zasady ubezpieczeniowej w polityce zdrowotnej, określenia udziału, miejsca i roli rozwiązań *stricte* ubezpieczeniowych w stosunku do rozwiązań *stricte* zaopatrzeniowych. Przy czym **konkretną odpowiedź należy rozważać w odniesieniu do całości – w sensie zintegrowanej (zespólonej) – konstrukcji systemu (społecznego) zabezpieczenia zdrowotnego, zarówno części bazowej (powszechnej, publicznej), jak i dodatkowej (publiczno-prywatnej)**. Przesądzenie w ustalonym zakresie ubezpieczeniowego charakteru reformy wiąże się z wieloma rozstrzygnięciami, wśród których z całą pewnością najistotniejsze są te, które dotyczą ogólnych i szczegółowych **zasad finansowania systemu ochrony zdrowia**, a przecież to właśnie one w otoczeniu gospodarki rynkowej wywołują najwięcej kontrowersji.

2. Podejście modelowe do polityki społecznej i polityki zdrowotnej

Wśród podejść teoretycznych (badawczych) do polityki zdrowotnej i systemu ochrony zdrowia – podobnie jak w przypadku polityki społecznej w ogóle i systemu zabezpieczenia społecznego w szczególności – duże znaczenie powinno mieć **podejście modelowe**. Niestety, właśnie takie uporządkowanie sposobu myślenia o polityce społecznej, a tym bardziej – zdrowotnej, stale jeszcze nie znajduje – wbrew pozorom – dostatecznego zrozumienia, gdyż przyjmowane „formuły” modelowania na ogół nie spełniają podstawowych warunków metodologicznych. Uprzedzając dalszy wywód, należałoby się jednak spodziewać uznania i zrozumienia dla rozważań modelowych w odniesieniu i do polityki społecznej, i do polityki zdrowotnej, i do zmiany systemu ochrony zdrowia.

Właściwą podstawą teoretyczną modelowania – jako metody poznawania różnych przedmiotów złożonych (także systemów) – jest zasada abstrakcji lub pojęcie typu idealnego²². W tak pojętej procedurze poznawczej zasada abstrakcji i typ idealny oznaczają przyjęcie założeń niespełnianych przez realnie istniejący system, jednakże to te **założenia idealizacyjne przesądzają o budowie modeli** (w sensie *stricte* metodologicznym), których użyteczność polega na możliwości **identyfikacji i wy-**

²² Odwołania do literatury przedmiotu na ten temat zob. w: T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Bydgoszcz–Warszawa 2005, Oficyna Wydawnicza Branta, s. 29–51.

jaśnianiu konkretnej praktyki, danej – bardziej złożonej – rzeczywistości społecznej, zarówno tej **zastanej** (opis stanu istniejącego przed zmianą), jak i tej **oczekiwanej** (opis stanu pożądanego po zmianie). Tymczasem spotykane w polityce społecznej (zdrowotnej) rozważania, nazywane „modelowymi”, są – mniej lub bardziej udanymi – próbami opisywania tylko typów i stylów uprawiania tej polityki i odpowiadających jej systemowych rozwiązań społecznych. W zakresie ochrony zdrowia bardzo dobrym przykładem niepoprawnego posługiwania się pojęciem modelu mogą być tzw. modele Bismarcka, Beveridge’a, Siemaszki i rezydualny.

Od pojęcia modelu należy zatem odróżniać pojęcia wzorca i wzoru, które wyrażają albo odmienność realnych koncepcji polityki społecznej (wzorzec), albo przesądzają o konkretnym wyborze (naśladowaniu) polityki społecznej (wzór), co odnosi się też do polityki zdrowotnej, a w szczególności do systemu ochrony zdrowia.

Najogólniej w polityce zdrowotnej **wzorzec** to realna polityka zdrowotna, wyróżniająca się swoistymi cechami, prowadzona przez dłuższy czas, dostatecznie konsekwentnie, zwykle utożsamiana z krajem będącym jej wybitnym reprezentantem (wzorzec Bismarcka – z Niemcami, wzorzec Beveridge’a – z Wielką Brytanią, wzorzec Siemaszki – z byłym Związkiem Radzieckim, wzorzec rezydualny – ze Stanami Zjednoczonymi). Nazywanie takich wzorców modelami jest – z punktu widzenia metodologicznego – najczęściej popełnianym błędem. Błędem jest też nazywanie modelem każdej praktyki (poszukiwanie dla niej odpowiedniego modelu), a więc utożsamianie realnego lub postulowanego systemu z jakimś modelem²³.

Natomiast **wzór** (wzorzec akceptowany) to realna polityka zdrowotna, znajdująca uznanie i naśladowana. Należy jednak zwrócić uwagę, że implementacja uzna-

²³ Na terenie problematyki zdrowotnej tego typu błąd można dostrzec w rozumowaniu: „Słuchając dyskusji o polskim systemie opieki zdrowotnej można dojść do wniosku, że mamy do czynienia z pomieszaniem podstawowych pojęć opisujących system. Trudno nawet stwierdzić, z jakim modelem opieki zdrowotnej mamy w Polsce do czynienia. Przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać w operowaniu uproszczeniami zarówno w opisie rzeczywistości, jak i w metodologicznych założeniach analizy. Typowym przykładem takich uproszczeń jest utożsamianie typu modelu systemu opieki zdrowotnej z rodzajem źródła pochodzenia środków finansowych. I tak model budżetowy utożsamiany jest z finansowaniem systemu ze środków publicznych (czytaj: budżet państwa), a model ubezpieczeniowy z finansowaniem systemu ze składki ubezpieczeniowej. Źródło pochodzenia środków finansowych jest istotnym kryterium klasyfikacji, ale niewystarczającym do stwierdzenia, z jakim systemem mamy do czynienia w praktyce. To nie źródło pochodzenia środków finansowych determinuje bowiem rodzaj systemu, ale przede wszystkim dwa dodatkowe kryteria, sprowadzające się do pytań: kto jest redystrybutorem środków finansowych wewnątrz systemu i w jaki sposób finansowani są świadczeniodawcy?”. W. Misiński, *Bon na zdrowie*, „Menedżer Zdrowia” 2005 nr 7. Oczywiście w praktyce społecznej nie ma takiego systemu, w którym miałyby zastosowanie tylko jedno rozwiązanie modelowe.

wanego wzoru polityki zdrowotnej na ogół nie jest możliwa w pełni, a odstępstwa od przyjętego wzoru wynikają nie tyle z utrudnień natury instrumentalnej, ile z szeroko rozumianych uwarunkowań społeczno-kulturowych, wpływających na akceptację, organizację i funkcjonowanie danego systemu.

Respektując wskazane wytyczne metodologiczne, należy przyjąć, że **modelem polityki społecznej** jest konstrukt logiczny, opisujący – zgodnie z przyjętymi założeniami idealizacyjnymi (kontrfaktycznymi), wywodzonymi z konkretnej podstawowej kategorii konstrukcyjnej – teoretyczny zakres celowej działalności praktycznej o treściach „polityko-społecznych” (społecznych i politycznych równocześnie). Model w ścisłym znaczeniu to zatem wywodzony z konsekwentnych założeń idealizacyjnych konstrukt logiczny, którego użyteczność polega na jego zastosowaniach jako narzędzia badawczego służącego lepszemu oświetlaniu (identyfikacji i wyjaśnianiu) praktyki. Konstrukt ten, ze względu na swą „pojęciową czystość”, nie może być nigdzie w rzeczywistości empirycznie stwierdzony²⁴. Jednakże wyrażona w tym rozumowaniu potencjalizacja działania (ukazanie możliwości osiągnięcia zamierzonego celu przez określone działania) zwraca uwagę na **zasadniczo odmienne założenia i sposoby prowadzenia polityki społecznej, a także polityki zdrowotnej**.

Pewien problem stanowi z pewnością **względna autonomiczność polityki zdrowotnej**, ale można stwierdzić, iż **nie jest uzasadnione rozważanie polityki zdrowotnej w oderwaniu od prowadzonej polityki społecznej**, choćby z tego powodu, że system ochrony zdrowia „obsługują” finanse publiczne, o które ubiegają się również inne sfery polityki społecznej. **Problem wyboru społecznego dotyczy więc polityki społecznej jako takiej, a nie wyłącznie obszaru spraw zdrowotnych**.

Punktem wyjścia w modelowaniu działalności w sferze społecznej jest więc przyjęcie odpowiednich założeń kontrfaktycznych. Polegają one – uprzedzając wyjaśnienia bardziej szczegółowe – na wyznaczeniu kilku „spotęgowanych punktów widzenia” w postaci **podstawowych kategorii konstrukcyjnych**, z których można wywodzić istnienie odmiennych koncepcji polityki społecznej (czy też zdrowotnej). Podstawowe kategorie konstrukcyjne to zatem pojęcia funkcjonalne, które w przyjętej procedurze modelowania najlepiej tłumaczą i najmocniej wiążą w odrębne całości każdy z wyróżnionych modeli polityki społecznej. Proponuję, żeby ustalenia modelo-

²⁴ Każdą udaną próbę skonstruowania „prawdziwego” modelu można uznać za obiecującą z poznawczego punktu widzenia, a także odpowiadającą stwierdzeniu, iż „najbardziej praktyczna jest dobra teoria”.

we oprzeć na trzech takich kategoriach, a także by rozumowanie uzupełnić o ważną kategorię zbiorczą, opisującą i urealniającą problem wyboru i realizacji konkretnej koncepcji prowadzenia polityki społecznej i zdrowotnej, która uwzględniałaby akceptowane wizje integracji społecznej i osiągnięcia ładu społecznego.

Te trzy kategorie konstrukcyjne to:

- **luka społeczna,**
- **konsumpcja społeczna,**
- **ryzyko społeczne,**

natomiast kategoria realizacyjna to **struktura społeczna**.

Luka społeczna to taki stan, zarówno niedostatku, jak i niedostosowania, który wymaga interwencji w celu zneutralizowania jego negatywnych skutków społecznych.

Niedostatek jest cechą negatywną sytuacji natury materialnej, choć bywa pojmowany znacznie szerzej²⁵. Niedostosowanie z kolei jest cechą patologiczną sytuacji natury psychospołecznej²⁶. Dostrzega się też współwystępowanie tych sytuacji. Stan niedostatku jest okolicznością bardziej widoczną i zwykle mierzalną, aczkolwiek istnieje oczywiście problem ustalenia tego, co może być uznane za dostatek, akceptowane minimum, czy też pożądany poziom zaspokojenia potrzeb.

Przy rozpatrywaniu problemów niedostatku (w literaturze przedmiotu stosuje się raczej pojęcie „ubóstwa”) szczególne znaczenie mają dwa podejścia – ujęcie absolutne i ujęcie relatywne²⁷. Kategoria niedostatku w ujęciu absolutnym oznacza niezadowolający stan zaspokojenia potrzeb danej osoby, czy też gospodarstwa domowego. Stan ten nie jest zatem odnoszony – co warto podkreślić – do poziomu zaspokojenia potrzeb innych osób i innych gospodarstw domowych, czyli nie jest ujmowany relatywnie. Problem niedostatku według podejścia absolutnego byłby rozwiązany dopiero wtedy, gdyby wszystkim członkom społeczeństwa zostało zapewnione zaspoko-

²⁵ Jako niedostosowanie, niedoskonałość, ubytek sił, cierpienie, choroba. L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia*, Warszawa 1983, PWE, s. 2.

²⁶ Problemy te systematyzuje się, wyodrębniając: patologię indywidualną, patologię rodziny i patologię instytucji (organizacji) lub przedstawia konkretne zjawiska negatywne. Zob. zamiast wielu: *Zagadnienia patologii społecznej*, red. A. Podgórecki, Warszawa 1976, PWN, s. 5–6 i 647–686.

²⁷ Zamiast wielu: C.V. Brown, P.M. Jackson, *Public Sector Economics*; 4th ed., Oxford 1990, Basil Blackwell, s. 457–485. O historii badań nad ubóstwem oraz założeniach i metodach dotyczących jego mierzenia zob. S. Golinowska, *Badania nad ubóstwem. Założenia i metoda*, w: *Polska bieda. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*, red. S. Golinowska, Warszawa 1996, IPiSS, s. 7–17.

kojenie potrzeb podstawowych²⁸, chociaż zawsze pojawia się sprawa ustalenia właśnie tego poziomu zaspokojenia potrzeb. Można przyjąć, że sposób rozumowania odwołujący się właśnie do ujęcia bezwzględnego najlepiej odpowiada rozważaniom dotyczącym zaspokojenia potrzeb zdrowotnych.

Założmy, że jedna z modelowych opcji prowadzenia polityki społecznej odwołuje się właśnie do kategorii luki społecznej. Taka polityka społeczna ukierunkowana jest na zachowanie minimalnej równowagi społecznej, na utrzymanie ładu społecznego za pomocą możliwie niezbędnych środków (aspekt pragmatyczny). Polityka społeczna i zdrowotna skupiają się na zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych na absolutnie niezbędnym poziomie (w grę wchodzi aspekty moralny, ideologiczny, polityczny).

Konsumpcja społeczna to ta sfera spożycia, którą się poddaje różnorodnym preferencjom społecznym przede wszystkim przez finansowanie jej ze źródeł publicznych (konsumpcja publiczna) i ustanawianie jej form zbiorowych (zwłaszcza konsumpcja grupowa, adresowana).

Zakres „uspołecznienia konsumpcji” może być niekiedy bardzo szeroki. Z całą pewnością takie uspołecznienie dotyczy kształtowania zachowań i uwarunkowań konsumpcyjnych w tych dziedzinach konsumpcji, które w polityce społecznej są (czy mają być) w ustalonym zakresie preferowane. Odwołanie do konsumpcji społecznej zakłada występowanie w polityce społecznej różnorodnych preferencji indywidualnych i grupowych, wpływających na konsumpcję w węższym lub szerszym zakresie oraz mniej lub bardziej bezpośrednio, przy założeniu najogólniejszym, że rynek nie daje adekwatnego obrazu potrzeb społecznych. Tak więc pożądanego zaspokojenie potrzeb społecznych wymaga wyjścia poza badania nad popytem efektywnym, żeby z pola widzenia nie stracić ważnych potrzeb niedostatecznie popartych siłą nabywczą reprezentowaną przez dane grupy konsumentów²⁹. Nieobojętny jest oczywiście wybór dziedzin polityki społecznej podlegających uzasadnionym preferencjom. Z reguły rozważa się trzy dziedziny: zdrowie, kształcenie i mieszkalnictwo, ale ważne jest też ustalenie „relacji preferencji” pozwalających na ocenę, iż w „danej sytuacji wyboru”

²⁸ T. Panek, *Ubóstwo jako kwestia społeczna*, w: *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2001, IGS SGH, s. 162.

²⁹ W literaturze przedmiotu trwa dyskusja na ten temat. Zamiast wielu zob. N. Barr, *The Economics of the Welfare State*, London 1987, Weidenfeld and Nicolson, s. 97–100 i 283–285.

określony wariant jest lepszy niż inne³⁰. Najskuteczniejsze jest niewątpliwie wyrażanie preferencji konsumpcyjnych w formie dostarczania konkretnych dóbr i usług oraz różnorodnych, bezpośrednich i pośrednich, preferencji finansowych, stanowionych przez państwo w związku z wypełnianiem szeroko rozumianej funkcji socjalnej. W tych preferencjach szczególne znaczenie ma redystrybucyjna funkcja finansów publicznych³¹. Zdefiniowanie konsumpcji jako społecznej polega bowiem w gruncie rzeczy bardziej na wyrażeniu jej „społecznego” finansowania niż jej „społecznych” form.

Pryzmat konsumpcji społecznej pozwala dostrzec szczególny model polityki społecznej, która przez wprowadzanie do „klasycznej” drogi do konsumpcji elementów redystrybucyjnych odwołuje się do ustalonych – mniej lub bardziej dyskusyjnych – preferencji społecznych dotyczących konsumpcji, w polityce społecznej uznawanej za szczególnie ważną. Wtedy polityka społeczna i – w konsekwencji – polityka zdrowotna są skoncentrowane na tworzeniu mechanizmów nierynkowego zaspokajania potrzeb konsumpcyjnych (w tym zdrowotnych), sterowaniu podażą dóbr i usług, organizowaniu usług społecznych (zdrowotnych) i odrębnych źródeł ich finansowania, a także rozwiązywaniu konfliktów wynikających ze zróżnicowania dostępu do konsumpcji, z dysproporcji w zaspokajaniu określonych potrzeb, w tym zdrowotnych.

Ryzyko społeczne to zagrożenie – zawarte w „katalogu ryzyk społecznych” – powodujące niekorzystne sytuacje społeczne, które powinno się objąć stosownym zabezpieczeniem systemowym, uwzględniając pewien poziom bezpieczeństwa socjalnego (społecznego). Można też definiować ryzyko społeczne szerzej – jako zagrożenie zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę w zasobach gospodarstwa domowego.

Ryzyko jest podstawowym pojęciem przy budowie każdego systemu bezpieczeństwa. W tym przypadku chodzi o wystarczająco ściśle wyróżnienie ryzyk nazywanych ogólnie społecznymi i w miarę dokładne ustalenie zakresu i poziomu bezpieczeństwa socjalnego (społecznego). A zatem ustalenie nie tylko realnego zakresu przedmiotowego systemu (katalogu ryzyk, zagrożeń i zdarzeń społecznych), ale też stopnia kompensaty strat poprzez odpowiednie świadczenia. Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że rangi nadawane zagrożeniom i zdarzeniom objętym katalogiem ryzyk społecznych ulegają dość wyraźnym przewartościowaniom, bo problem zabez-

³⁰ A.K. Sen, *Collective Choice and Social Welfare*, London 1970, Oliver and Boyd, s. 34.

³¹ Zob. S. Owsiak, *Finanse publiczne...*, wyd.cyt., s. 57–62.

pieczenia przed niektórymi rodzajami ryzyka względnie się nasila (ryzyka choroby, starości, niedołęstwa starczego), a przed innymi względnie maleje (ryzyko śmierci żywiciela). Innym problemem jest realna kompensata strat poprzez odpowiednie świadczenia, bo może się ona w procesie reformowania systemów zmieniać, albo bezwzględnie, albo relatywnie.

W takim podejściu do polityki społecznej, opartym na znacząco rozszerzonej interpretacji pojęcia ryzyka społecznego, zawiera się modelowa idea uprzedzającego neutralizowania skutków zaistnienia zagrożeń w postaci konkretnych zdarzeń oraz zaspokajania powstałych potrzeb przez odpowiednio skonstruowane świadczenia społeczne. Cechą takiego podejścia muszą być oczywiście rozwiązania systemowe, odwołujące się do ciągu następstw i zależności, „wyrastających” z ryzyka społecznego: wspólnota ryzyka – zdarzenie losowe – sytuacja społeczna – potrzeba społeczna – świadczenie społeczne. Polityka społeczna w tym przypadku polega na odpowiedniej organizacji i sprawnym funkcjonowaniu systemu zabezpieczenia społecznego, a polityka zdrowotna – podobnie – na systemie zabezpieczenia zdrowotnego.

Podsumowując rozważania dotyczące podstawowych kategorii konstrukcyjnych polityki społecznej, przyjmujemy, że zdefiniowane wyżej pojęcia – w odniesieniu do polityki społecznej jako nauki praktycznej – posiadają rangę kategorii. Są bowiem dostatecznie ogólne (ważny aspekt analizy teoretycznej) i mają umocowanie w praktyce (ważny aspekt analizy pragmatycznej). Mogą mieć też one zastosowanie w rozpatrywaniu polityki zdrowotnej.

Na podstawie dotychczasowych rozważań można już zaproponować **schemat ujęć modelowych polityki społecznej (zdrowotnej)**, zawierający nazwy poszczególnych modeli (ważne jest oczywiście nadanie każdemu z modeli adekwatnych nazw, nawiązujących bezpośrednio do podstawowych dla nich kategorii konstrukcyjnych) oraz ich wybrane cechy „polityko-społeczne”: dominującą zasadę egalitaryzmu, właściwy cel polityki, rolę i kompetencje państwa oraz źródło finansowania.

Wyróżnione kategorie (1) luka społeczna, (2) konsumpcja społeczna i (3) ryzyko społeczne są fundamentami („spotęgowanymi punktami widzenia”) trzech modelowych koncepcji polityki społecznej, które – biorąc pod uwagę przede wszystkim charakter i zakres wpływu (oddziaływania) politycznego na rzeczywistość społeczną – można nazwać odpowiednio – modelami (1) interwencji, (2) dystrybucji i (3) antycypacji. Podane nazwy modeli są propozycjami terminologicznymi wtórnymi wobec podstawowych kategorii konstrukcyjnych. Tym niemniej proponowane nazewnictwo

ma jak najlepiej wyrażać typowy dla danej koncepcji polityki społecznej czynności społeczno-polityczne, wyrażone w szczegółowym opisie rozważanych koncepcji modelowych.

Model interwencji społecznej. Interwencja jako taka to oddziaływanie zwykle bezpośrednie, na ogół doraźne i najczęściej po zaistnieniu skutków. Samo interweniowanie dotyczy ograniczonego zakresu spraw najważniejszych i drażliwych. Postępowanie o charakterze interwencyjnym – koncentrujące się na usuwaniu negatywnych zjawisk i rozładowywaniu napięć społecznych – może dominować w regulacji życia społecznego przez politykę społeczną odwołującą się do kategorii luki społecznej. Realizując założenia modelu interwencji społecznej, preferuje się tradycyjne działania wspierające i korekcyjne, podejmowane przede wszystkim w skali środowiskowej. Można też mówić o interwencyjnym modelu w odniesieniu do polityki zdrowotnej.

Model dystrybucji społecznej. Pojęcie dystrybucji odnosi się zarówno do procesów *stricte* ekonomicznych, jak i do szerzej rozpatrywanych stosunków społecznych. Realizacja założeń modelu dystrybucji społecznej polega na regulowaniu sfery podziału, na wytyczaniu swoistej „drogi do konsumpcji” (zaspokajanie potrzeb przez modyfikację poszczególnych ogniw „klasycznego” cyklu uzyskiwania dostępu do dóbr konsumpcyjnych). Tak rozumiane wyrównywanie dostępu do określonych dóbr, odwołujące się do kategorii konsumpcji społecznej, zakłada organizację i dostarczanie usług społecznych przez państwo z użyciem środków publicznych. W ten sposób w dostępie do dóbr i usług uwzględnia się również preferencje stanowione pod presją dominujących grup społecznych czy grup interesów. Można mówić oczywiście nie tylko o dystrybucyjnym modelu polityki społecznej, ale też zdrowotnej, polegającym na organizacji i dostarczaniu usług zdrowotnych.

Model antycypacji społecznej. Antycypowanie polega na przewidywaniu zdarzeń, na działaniach uprzedzających pojawianie się zwłaszcza sytuacji trudnych, niekorzystnych, ocenianych pod jakimś względem negatywnie. Osiąganie bezpieczeństwa wiąże się ze świadomością możliwych zagrożeń i przejawianą przezornością osobistą oraz zbiorową. Antycypacja społeczna oznacza w tym rozumowaniu zapobiegliwość zbiorową popartą świadomością społeczną. W realizacji założeń modelu antycypacji społecznej występują zatem rozwiązania, które odwołują się przede wszystkim do metody ubezpieczenia (zastosowanie – bardziej lub mniej konsekwentnie – rozwiązań ubezpieczeniowych w polityce społecznej i zabezpieczeniu

społecznym). W takim podejściu do polityki społecznej daje się zauważyć szczególną interpretację tradycyjnego systemu zabezpieczenia społecznego, rozszerzającą katalog ryzyk, ale też precyzującą zasady zabezpieczenia. Można wtedy mówić o antycypacyjnym modelu polityki społecznej, czy też – zdrowotnej.

Opis trzech modeli polityki społecznej, przedstawiający ich najważniejsze charakterystyki³², zawiera schemat 1. Każdy model wyznacza bezpośrednio konkretną podstawową kategorię konstrukcyjną. Dany model jest też określany przez inne cechy, które powinny być mu przypisywane raczej bezwzględnie – modelowy.

Charakterystyki uznawanych wartości i zadań społecznych w ramach wyróżnionych modeli polityki społecznej można wystarczająco klarownie dokonać, przyporządkowując każdemu modelowi respektowaną zasadę egalitaryzmu i tylko mu właściwy cel.

Schemat 1. Modele polityki społecznej (zdrowotnej)

Model	Podstawowa kategoria konstrukcyjna	Wybrane charakterystyki szczegółowe			
		zasada egalitaryzmu	właściwy cel polityki	rola i kompetencje państwa	źródło finansowania
interwencji społecznej	LUKA SPOŁECZNA	równość elementarna	usuwanie napięć społecznych	„protektor” dobroczynności	fundusze wsparcia społecznego
dystrybucji społecznej	KONSUMPCJA SPOŁECZNA	równość sytuacji	preferencyjne zaspokajanie potrzeb	„organizator” usług publicznych	fundusze spożycia społecznego
antycypacji społecznej	RYZIKO SPOŁECZNE	równość miar	zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego	„animator” przezorności zbiorowej	fundusze ubezpieczenia społecznego

Źródło: opracowanie własne; por. T. Szumlicz, *Modele...*, wyd.cyt., s. 94–95.

Spośród tak ważnych w polityce społecznej **zasad egalitaryzmu społecznego** (1) równość elementarną (zapewnienie minimalnych warunków egzystencji i normalnego funkcjonowania w społeczeństwie) można odnieść do modelu interwencji społecznej. Inne rozumienie egalitaryzmu – jako (2) równości sytuacji (postulat likwi-

³² Szczegółowy opis zob. T. Szumlicz, *Modele...*, wyd.cyt., s. 93–116.

dacji dysproporcji dotyczących uczestnictwa jednostek i grup w dziedzinach najważniejszych społecznie oraz zmniejszania różnic w sytuacji bytowej i położeniu środowiskowym) oraz (3) równości miar (jednakowe traktowanie wszystkich podmiotów społecznych – jednostek i grup) – należy wiązać odpowiednio z modelami: dystrybucji społecznej i antycypacji społecznej.

Właściwy cel polityki (społecznej, zdrowotnej) – i to zarówno tej realizowanej (aktualnie prowadzonej), deklarowanej (zwykle w kampanii wyborczej), i tej postulowanej (zwykle wynikającej z debaty ekspertów) – wyrażany jest na ogół niejasno i wskazywany niejednoznacznie. Zwykle bowiem spotyka się określenia, które nie mają odpowiedniego odbicia w stosowanych rozwiązaniach społecznych, czy też sformułowania ogólnikowe, które maskują faktyczne zamierzenia społeczne, albo wreszcie stwierdzenia wyraźnie koniunkturalne – bardziej polityczne aniżeli społeczne. Kolejno wyróżnianym modelom: (1) interwencji, (2) dystrybucji i (3) antycypacji można przypisać następujące, rzeczywiste cele: (1) usuwanie napięć społecznych (wkroczenie w sytuacje naruszające lub mogące naruszyć niezbędną równowagę społeczną, udzielanie doraźnego wsparcia); (2) preferencyjne zaspokajanie potrzeb (realizacja ustalonego wzorca konsumpcji; wyznaczanie zakresu i charakteru preferencji konsumpcyjnych; dysponowanie rozdziałem danych dóbr i usług poprzez publiczne źródła finansowania konsumpcji i zbiorowe formy spożycia); (3) zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego (bezpieczeństwo uzyskiwane przez antycypowanie niekorzystnych zdarzeń i sytuacji, przez ustalone kompensowanie strat).

Następną charakterystyką szczegółową jest układ podmiotowy polityki społecznej. Szczególne znaczenie ma w tym przypadku pozycja państwa. Można by się tu odwołać do pojęcia interwencjonizmu ekonomicznego państwa, czy też raczej roli ekonomicznej państwa. Przez analogię, w odniesieniu do polityki społecznej trzeba mówić o roli, a także kompetencjach (w znaczeniu uprawnień i sprawności) państwa jako podmiotu tej polityki. Posługując się pewną symboliką, **rolę i kompetencje państwa** jako podmiotu polityki społecznej można określić, w zależności od jej modelu, następująco: (1) w modelu interwencji społecznej – protektor dobroczynności środowiskowej (państwo popiera i wspomaga aktywność społeczną środowisk lokalnych i zawodowych, odwołując się zwłaszcza do więzi rodzinnych i sąsiedzkich oraz powołując się na tradycyjne związki i uznawane hierarchie; w oddziaływaniach interwencyjnych państwo sprawuje jednak swoiste zwierzchnictwo); (2) w modelu dystrybucji społecznej – organizator usług publicznych (państwo bierze na siebie obowiązek

stworzenia sieci usług społecznych w różnorodnych dziedzinach i na różnych szczeblach życia społecznego, występując w roli zinstytucjonalizowanego opiekuna i swego obrońcy przed niezaspokojeniem potrzeb społecznych); (3) w modelu antycypacji społecznej – animator przezorności zbiorowej (państwo zachęca i pobudza do niezbędnej zapobiegliwości indywidualnej i zbiorowej, kształtując świadomość istnienia ryzyk, promując system bezpieczeństwa socjalnego i uczestnicząc w jego organizacji; wymaga to aktywności pośredniej instytucji państwa, zwłaszcza kształtowania świadomości i przezorności ubezpieczeniowej oraz angażowania do realizacji zadań podmiotów prywatnych).

W opisie instrumentacji polityki społecznej należy wyeksponować **zróżnicowanie źródeł finansowania**³³ w zależności od jej modelu.

Można przyjąć, że w modelu interwencyjnym występują różnorodne fundusze wsparcia społecznego (środowiskowego). Przede wszystkim chodzi o podatki lokalne (tworzące fundusze budżetowe samorządów terytorialnych) oraz darowizny (tworzące fundusze charytatywne). Przy czym państwo może wspierać działalnością dobroczynną (zwłaszcza fundacji o charakterze pomocowym), ustalając uprzywilejowania (ulgi i zwolnienia) podatkowe dla tej formy finansowania działalności społecznej.

W modelu dystrybucyjnym dominują fundusze spożycia społecznego natury podatkowej (budżetowe: budżet państwa jako scentralizowany fundusz publiczny gromadzący środki pieniężne w związku z funkcjami państwa). Mogą to być podatki celowe i fundusze celowe służące finansowaniu określonych dziedzin konsumpcji zbiorowej. Szczególne znaczenie może mieć też wspomaganie konsumpcji indywidualnej przez stosowanie podatkowych preferencji społecznych (różnorodnych ulg, zwolnień i dopłat podatkowych).

W modelu antycypacyjnym przeważają oczywiście fundusze zabezpieczenia społecznego pochodzące przede wszystkim ze składek tworzących fundusze *stricte* ubezpieczeniowe, a więc związane z zastosowaniem w systemie zabezpieczenia społecznego rozwiązań ubezpieczeniowych. W funduszach zabezpieczenia społecznego można też uwzględniać występowanie podatków celowych, o charakterze – jeśli można tak powiedzieć – „paraubezpieczeniowym”³⁴.

³³ Problem finansowania zabezpieczenia społecznego zostanie jeszcze omówiony znacznie szerzej.

³⁴ Oczywiście w tym przypadku powinna dominować ubezpieczeniowa technika gromadzenia i sposobu redystrybucji środków.

Na tle powyższych rozważań rozumowanie modelowe trzeba uzupełnić o bardzo ważną **kategorię realizacyjną**, która ukonkretnia problem wyboru realnej polityki społecznej, czyli przyjęcie określonego **wzorca polityki społecznej**. Kategorię tę stanowi **struktura społeczna**.

Otóż politykę społeczną w sensie pewnej praktyki społecznej można uznać za „sztukę” kształtowania rozwoju społecznego, poprzez oddziaływania przede wszystkim w formach zinstytucjonalizowanych. „Sztuka” ta polega na **wyznaczeniu celowego zakresu kształtowania struktury społecznej**, w znaczeniu stosunków społecznych i ładu społecznego³⁵. Chodzi o wyznaczenie tego zakresu zgodnie z przesłankami aksjologicznymi (z respektowanymi wartościami i ich hierarchią), ale też o przyjęcie pewnych założeń pragmatycznych, dotyczących skutecznego i efektywnego działania, gdyż nie jest obojętne – również ze względów aksjologicznych – jakimi sposobami i metodami wyznaczony cel ma być osiągnięty. Najważniejszym warunkiem takiego postępowania jest oczywiście **dysponowanie dostatecznym stosunkiem władczym** zdobytym w procesie wyborczym³⁶. Tak nakreślone rozumowanie można nazwać „**ideologizacją**” **polityki społecznej**.

Na razie tylko na marginesie należy zauważyć, że tak traktowana „ideologizacja” polityki społecznej ma **wyjątkowe znaczenie w rozważeniu** – podjętego w tym opracowaniu – **problemu podmiotowości w polityce zdrowotnej i – w jej ramach – zmianie systemu ochrony zdrowia**.

Najistotniejsze w tym miejscu wywodu jest stwierdzenie, że to **konkretne cechy szczegółowe wcześniej wyróżnionych modeli polityki społecznej: interwencyjnego, dystrybucyjnego i antycypacyjnego składają się na odmienne wzorce realnej polityki społecznej** (zob. schemat 2). Innymi słowy, **realna polityka społeczna** ukierunkowana na celowe kształtowanie struktury społecznej **składa się w rzeczywistości z kombinacji działań, charakterystycznych dla wyróżnionych wcześniej modeli polityki społecznej**. Można więc mówić o odmiennych wzorcach polityki społecznej, w zależności od uwzględnionego w nich „zestawu” cech modelowych. Udział cech każdego z modeli w przyjętych proporcjach decyduje w sumie o

³⁵ Najogólniej struktura społeczna wyraża się w systemie międzyludzkich zależności (wzajemnych i jednokierunkowych), dystansów (więzi i antagonizmów) oraz hierarchii (w formach organizacyjnych i nieorganizacyjnych), a więc jest charakterystyką systemu stosunków społecznych i obrazem stratyfikacji społecznej. Zob. S. Ossowski, *O strukturze społecznej*, Warszawa 1986, PWN, s. 15 i nast.

³⁶ Najogólniej mówiąc, w polityce społecznej mechanizm rynkowy jest zastępowany mechanizmem wyborczym.

realnej polityce społecznej – określonym jej wzorze. Najlepiej widać to w **realizowanej** polityce społecznej (zdrowotnej), ale dotyczy to także polityki społecznej (zdrowotnej) **deklarowanej** czy **postulowanej**. Ta złożoność polityki społecznej jest szczególnie widoczna, kiedy jej „otoczenie” stanowi policentryczny ład społeczny i gospodarka rynkowa³⁷.

Schemat 2. Modele a wzorzec polityki społecznej (zdrowotnej)

	Podstawowa kategoria konstrukcyjna	Wybrane charakterystyki szczegółowe			
		zasada egalitaryzmu	właściwy cel polityki	rola i kompetencje państwa	źródło finansowania
Modele (typy idealne)					
Model interwencji społecznej	LUKA SPOŁECZNA	równość elementarna	usuwanie napięć społecznych	„protektor” dobroczynności	fundusze wsparcia społecznego
Model dystrybucji społecznej	KONSUMPCJA SPOŁECZNA	równość sytuacji	preferencyjne zaspokajanie potrzeb	„organizator” usług publicznych	fundusze spożycia społecznego
Model antycypacji społecznej	RYZIKO SPOŁECZNE	równość miar	zapewnienie bezpieczeństwa społecznego	„animator” przeczorności zbiorowej	fundusze ubezpieczenia społecznego
Wzorzec (realna polityka)					
Przyjęte podstawy integracji społecznej	STRUKTURA SPOŁECZNA (jako kategoria realizacyjna)	interpretacja równości szans	założenia co do kształtowania więzi społecznych	reguły koordynacji inicjatyw społecznych	zasady gromadzenia funduszy społecznych

Źródło: opracowanie własne.

W strukturze społecznej jako kategorii realizacyjnej polityki społecznej odbijają się przede wszystkim przyjęte podstawy procesu **integracji społecznej**. W realnej polityce społecznej (i w polityce zdrowotnej) powinny bowiem występować zarówno jakieś świadome sposoby kreowania i utrwalania czynników integrujących, jak i sposoby eliminowania i neutralizowania czynników dezintegrujących, ale – co ważne – właśnie z punktu widzenia przyjętego wartościowania rozwoju społecznego. Ewentualne podjęcie postępowania konsensualnego w tym przypadku wymaga szerszego odwoływania się do wspólnych wartości, uznawanych norm i realnych interesów.

³⁷ Zob. pełny opis schematu modeli polityki społecznej. T. Szumlicz, *Modele...*, wyd.cyt., s. 93–103.

Każde podobne rozumowanie zakłada, że polityka społeczna jako działalność praktyczna powinna dodatkowo (integracyjnie) kształtować stosunki społeczne, przynajmniej wspierając osoby ubogie, czy też wprowadzając preferencje dla określonych zachowań konsumpcyjnych, albo też tworząc systemy powszechnego bezpieczeństwa socjalnego, a więc odpowiednio organizując zakładany według przyjętych kryteriów postęp społeczny, pozytywnie w tym znaczeniu wpływać na strukturę społeczną (choćby przeciwstawiając się zjawiskom regresu). Jednakże nie można abstrahować od stwierdzenia, że polityka społeczna nie jest wolna od sposobów i środków jakimi grupy społeczne powstrzymują (*prevent*), odraczają (*postpone*), wprowadzają (*introduce*) i podporządkowują sobie (*manage*) zmiany w strukturze społecznej³⁸.

Poszczególne modele polityki społecznej różni zatem **podejście do integracji społecznej**. I tak, najkrócej mówiąc, „**interwencyjne**” traktowanie integracji społecznej zakłada minimalne wsparcie materialne (rodzinnych) gospodarstw domowych, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej. „**Dystrybucyjne**” traktowanie integracji społecznej zakłada wyrównywanie dostępu społecznego do dóbr uznanych za szczególnie ważne. „**Antycypacyjne**” traktowanie integracji społecznej zakłada upowszechnianie wspólnot ryzyka społecznego, w szczególności ubezpieczeniowych wspólnot ryzyka społecznego. Jakąś wypadkową tych podejść do integracji społecznej zawiera konkretny wzorzec polityki społecznej.

Stosowane **nazwy wzorców** polityki społecznej (zdrowotnej), najogólniej wyrażające – mniej lub bardziej trafnie – typy i style uprawianej polityki, powinny nawiązywać w pierwszym rzędzie właśnie do aspektu³⁹ działań integracyjnych, a więc przyjętych **podstaw integracji społecznej**. Z reguły są to interpretacje polityczno-ideologiczne. Najlepiej widać to w znanym podejściu badawczym, wyróżniającym trzy wzorce–reżimy (*welfare state regimes*) polityki społecznej: liberalny, konserwatywny i socjaldemokratyczny⁴⁰. Podobnie ma się sprawa już przywoływanej klasyfikacji, do-

³⁸ P. Townsend, *Sociology...*, wyd.cyt., s. 2.

³⁹ Chodzi o aspekt charakteryzujący (odmienne poglądy) w odróżnieniu od aspektu problemowego (inne punkty widzenia). „Inny sposób posługiwania się pojęciem aspektu wchodzi w grę wtedy, gdy mówiąc o różnicy aspektów, mamy na myśli nie zakres problematyki, lecz różnicę charakterystyk przedmiotu. Nie mówimy wtedy na ogół, że te charakterystyki są przeprowadzane z różnych punktów widzenia, lecz że są wyrazem odmiennych stanowisk [poglądów – T. Sz.], albo że przejawiają się w nich rozbieżne uprzedzenia”. S. Ossowski, *O osobliwościach nauk społecznych*, Warszawa 1962, PWN, s. 127.

⁴⁰ G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge 1990, Polity Press, s. 20–29.

tyczącej polityki zdrowotnej, wyróżniającej *de facto* jej wzory (a nie modele): Bismarcka, Beveridge'a, Siemaszki i rezydualny.

Bardziej modelowo można natomiast potraktować trzy koncepcje polityki społecznej: o charakterze: pomocowym (*residual welfare model of social policy*), motywacyjnym (*industrial achievement-performance model of social policy*) i redystrybucyjnym (*institutional redistributive model of social policy*)⁴¹, chociaż i w tym przypadku wyróżnienie nie jest dostatecznie konsekwentne z punktu widzenia metodologicznych procedur modelowania.

Niewątpliwie **szczególną cechą realnej polityki społecznej (zdrowotnej)** jest przyjmowana **zasada egalitaryzmu**, występująca najogólniej pod – mniej lub bardziej sprecyzowanym – hasłem **równości szans** (wyrównywania startu życiowego, podobnego traktowania, dostępności dróg rozwoju, swobodnego zajmowania pozycji społecznych). Wymieniane podstawowe formy egalitaryzmu (równość elementarna, równość sytuacji, równość miar, a także najszerzej ujmowana równość szans) – niezależnie od ich ścisłego rozumienia – wzajemnie się warunkują. Pomijając równość elementarną jako stan powszechnego zaspokojenia minimum potrzeb społecznych, należy zauważyć, że mniej lub bardziej uzasadniona nierówność sytuacji może wynikać z równości miar, a równość sytuacji może być uzyskiwana przez nierówność miar. Z danej nierówności sytuacji lub stosowanej nierówności miar może wynikać niemożność wykorzystania szans. Paradoksalnie też równość szans może powodować nierówność sytuacji. Realizacja jednej postaci równości może więc albo sprzyjać realizacji drugiej, albo jej zagrażać⁴². Współzależności te pokazują, że realna polityka społeczna, jej wzorzec, wiąże się ze **szczególną interpretacją egalitaryzmu społecznego w znaczeniu równości szans**. Egalitaryzm w tym rozumieniu jest z pewnością szczególnym, w zależności od określonego wzorca polityki społecznej, **połączeniem równości elementarnej, równości sytuacji i równości miar**.

Inną, szczególną **cechą realnej polityki społecznej (zdrowotnej)** jest jej **właściwy cel**, który najogólniej można chyba wyrazić jako **kształtowanie (utrzymanie) więzi społecznych**. Tak szerokie potraktowanie problemu celowego wpływania na rozwój społeczny można by przyjąć za zasadne, bo polityka społeczna zakłada aktywne wpływanie na więzi społeczne, przynajmniej zapobiegające ich rozrywaniu.

⁴¹ R.M. Titmuss, *Social Policy...*, wyd.cyt., s. 23 i nast.

⁴² Por. Z. Morecka, *Społeczne aspekty gospodarowania*, Warszawa 1981, s. 27.

I tutaj istotne komentarze. Zainteresowanie poszczególnych krajów i wpływowych organizacji międzynarodowych systemami ochrony zdrowia najwyraźniej wzrosło, zwłaszcza w latach 90., czego wyrazem było opublikowanie w 1994 r. raportu OECD⁴³ oraz w 2000 r. raportu WHO⁴⁴. Są to do tej pory chyba najczęściej przywoływane publikacje, wskazujące międzynarodowej i krajowym opiniom publicznym na konieczność modernizacji systemów ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza zmian w finansowaniu tychże systemów. Ważne wydaje się to, że raporty w zasadzie lansują podobne cele reformowania systemów ochrony zdrowia, chociaż są one literalnie wyrażane odmiennie.

Cele reformowania można chyba uogólnić, odnotowując, że chodzi o:

- 1) zapewnienie powszechnej dostępności do niezbędnego zakresu usług medycznych, bez względu na sytuację materialną uczestników systemu, zgodnie z zasadą solidaryzmu społecznego;
- 2) zwiększenie sprawności (skuteczności i efektywności) systemów w skali makro, wyrażanej niezbędnym udziałem wydatków na ochronę zdrowia w PKB;
- 3) zwiększenie sprawności (skuteczności i efektywności) systemów w skali mikro, osiąganey poprzez jak najlepsze wykorzystanie posiadanych zasobów przez organizacje dostarczające świadczenia zdrowotne (ograniczanie kosztów funkcjonowania placówek ochrony zdrowia poprzez skracanie czasu pobytu w szpitalu, racjonalizowanie użytkowania sprzętu medycznego, kontrolę wydatków farmaceutycznych, wprowadzanie częściowej odpłatności za usługi medyczne oraz poprawę organizacji placówek ochrony zdrowia opartą na kompleksowej informatyzacji działalności)⁴⁵.

Równocześnie cele reformowania określa się jako:

- 1) poprawienie dotychczasowego stanu zdrowia populacji;
- 2) wrażliwość i odpowiednie reagowanie na ludzkie oczekiwania w sprawach zdrowotnych, zwłaszcza dotyczące dostępu do ochrony zdrowia i jakości świadczeń zdrowotnych;

⁴³ *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris 1994, OECD.

⁴⁴ *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*, Geneva 2000, WHO.

⁴⁵ Zob. *The Reform of Health Care Systems...*, wyd.cyt. Por. C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Kraków 2003, Wydawnictwo UJ, s. 48 oraz M. Mazur, *Finansowanie systemu ochrony zdrowia*, SGH, materiał powielony, s. 2.

3) zapewnienie sprawiedliwego finansowania systemu zabezpieczenia przed kosztami związanymi z chorobą i ochroną zdrowia⁴⁶.

Pojawia się też istotny postulat, że udział w finansowaniu świadczeń powinien być proporcjonalny do możliwości płacenia, a nie pozostawać w związku z indywidualnym ryzykiem zdrowotnym.

Z kolei w „Programie Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej” (wersja z 2003 r.), opracowanym przez Porozumienie Środowisk Medycznych, przyjęto, że celami systemu ma być:

- wydolność⁴⁷,
- rzetelność (uczciwość)⁴⁸,
- zróżnicowanie i elastyczność⁴⁹.

Jak widać, cele te wyrażono typowo instrumentalnie. Dopiero w wersji tego programu z 2007 r. pojawił się znamieny cel o charakterze ideologicznym – respektowanie zasady solidaryzmu społecznego.

Modelowa identyfikacja opisanych celów wyraźnie pokazuje, że odczytanie deklarowanych celów polityki zdrowotnej nie może być jednoznaczne, albowiem w praktyce są one złożoną kombinacją „właściwych” – w sensie modelowym – celów polityki społecznej (zdrowotnej). Należy bowiem zauważyć, że prowadzenie polityki społecznej może być nastawione bardziej na **usuwanie napięć społecznych**, albo na **preferencyjne zaspokajanie potrzeb**, albo na **zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego**. A więc znowu ogólniejszy cel, jakim jest kształtowanie (utrzymywanie) więzi społecznych, w praktyce stanowi **kombinację różnorodnych działań**, wcześniej uznanych za właściwe cele polityki społecznej (zdrowotnej) w sensie modelowym.

⁴⁶ Zob. *The World Health Report...*, wyd.cyt., s. 8 i 140. Por. C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne...*, wyd.cyt., s. 51–52.

⁴⁷ Co oznacza system, w którym każdy chory objęty systemem otrzyma odpowiednią pomoc medyczną, mieszczącą się w zakresie świadczeń gwarantowanych, i otrzyma ją bez zwłoki. W takim systemie nie ma miejsca na korupcję, szarą strefę, kolejki oczekujących (poza kolejkami wynikającymi z naturalnych ograniczeń, jak liczba dawców do przeszczepów). Tylko system wydolny może zapewnić faktyczne **bezpieczeństwo zdrowotne** dla obywateli.

⁴⁸ Co oznacza system, który zapewnia równowagę między uczestnikami systemu: płatnikami, świadczeniodawcami (szpitale, przychodnie, lekarze itp.), pacjentami, ubezpieczonymi. Każda z wymienionych stron powinna mieć określony zakres obowiązków oraz praw, powinny być też przewidziane mechanizmy rozstrzygania ewentualnych konfliktów i dochodzenia praw – ostatecznie na drodze sądowej.

⁴⁹ Co oznacza system, który odpowiada na różne oczekiwania obywateli, dopasowujący się do zmieniających się warunków ogólnych (jak np. zmiany trendów epidemiologicznych).

Za **szczególną cechą realnej polityki społecznej (zdrowotnej) należy też uznać rolę i kompetencje państwa**. Najogólniej chodzi o problem praktycznej **koordynacji inicjatyw społecznych**, która jest domeną państwa, przy czym założeniem wyjściowym w takim rozumowaniu powinno być jednak występowanie państwa jako instytucji wtórnej (indukowanej) wobec społeczeństwa. Wtedy inicjatywy zbiorowe mają rzeczywiście szansę być motywowane przez pluralistyczny układ społeczny i polegać na postawach prospołecznych. Rola i kompetencje państwa w zarządzaniu zmianą społeczną mogą być ograniczone do **funkcji „protektora” dobroczynności, mogą też polegać na funkcji „organizatora” usług publicznych, a także dotyczyć funkcji „animatora” przezorności zbiorowej**. W realnej polityce społecznej występują różnorodne sposoby wyrażania podmiotowości w poszczególnych sferach życia społecznego. Rola i kompetencje państwa polegają zatem również na zdolnościach mediacyjnych.

Cechą realnej polityki społecznej (zdrowotnej) jest też różnorodność źródeł jej finansowania. Można wymienić społeczne fundusze konsumpcji o różnym charakterze, akcentując przede wszystkim **odmienne zasady gromadzenia funduszy społecznych**, a także – w konsekwencji – ich podziału. Wielość źródeł finansowania polityki społecznej jest warta szczególnego odnotowania, gdyż z pewnością **inaczej należy taktować fundusze wsparcia społecznego o charakterze charytatywnym, inaczej – fundusze spożycia społecznego, o charakterze budżetowym, a jeszcze inaczej fundusze ubezpieczenia społecznego, o charakterze aktuarialnym**.

Tak więc można mówić o **odmiennych wzorcach polityki społecznej (zdrowotnej)**, w zależności od uwzględnionych w nich **kombinacji charakterystyk modelowych**⁵⁰. Innymi słowy, udział cech każdego z modeli w konkretnych proporcjach decyduje w sumie o realnej polityce społecznej – danym jej wzorcu, a nazwy tych wzorców wyrażają – mniej lub bardziej trafnie – **typy i style uprawiania polityki społecznej**.

Powyższy wywód jest uzasadnieniem dla tego, by **pojęcie struktury społecznej uznawać za kategorię realizacyjną, która tak naprawdę zaświadcza o „ideologizacji” polityki społecznej**. Chodzi bowiem nie tylko o spotykany w wielu

⁵⁰ Można wyróżnić więcej charakterystyk modelowych niż wymienione w tym opracowaniu. Zob. T. Szumlicz, *Modele...*, wyd.cyt., s. 94–95.

definicjach polityki społecznej „pozytywistyczny” sposób rozumowania, traktujący kształtowanie struktury społecznej jako cel polityki społecznej, gdyż w grę wchodzi partykularne oddziaływanie na strukturę, co w zależności od aksjologicznego punktu widzenia może być dopiero oceniane jako postęp albo regres społeczny.

W realnej polityce społecznej (zdrowotnej) mogą więc – w mniejszym lub większym stopniu – **dominować albo elementy modelu interwencyjnego, albo elementy modelu dystrybucyjnego, albo elementy modelu antycypacyjnego**. Teoretycznie możemy stwierdzić, że chodzi o wybór swoistych proporcji działań modelowych, a dokonywanie tego wyboru należy uznać za sztukę prowadzenia zamierzonej polityki społecznej w ogóle.

Realną politykę społeczną (zdrowotną) ukierunkowują w jakiejś mierze zarówno aspekty aksjologiczne, jak i instrumentalne. Zamierzenia aksjologiczne dotyczące zmian w strukturze społecznej osiąga się nie tylko przez wyznaczanie pożądanych celów polityki społecznej, ale też przez podjęte działania instrumentalne, w których „ukryte” są odmienne formy i mechanizmy przede wszystkim redystrybucji społecznej. Z tego też powodu, wyróżnione i przyjęte w rozumowaniu, podstawowe kategorie konstrukcyjne (luka społeczna, ryzyko społeczne, konsumpcja społeczna), które odzwierciedlają – co należy mocno podkreślić – równocześnie aksjologiczne i instrumentalne uwarunkowania prowadzenia polityki społecznej, wydają się wyjątkowo użyteczne, zarówno w **identyfikacji aktualnie prowadzanej polityki społecznej (zdrowotnej⁵¹)**, jak też **projekcjach jej zmiany**.

3. Charakter działań w polityce społecznej i polityce zdrowotnej

Powyższy wywód pozwala stwierdzić, że **dokonując zmian w polityce społecznej (zdrowotnej), należy odwoływać się do jej modeli**. Wykorzystując podejście modelowe, należałoby uwzględniać – z jednej strony – aspekt programowy (zasadność zmiany w kierunku określonego modelu), a z drugiej – aspekt pragmatyczny (skuteczność i efektywność realizacji zmiany w kierunku określonego modelu) polityki społecznej.

⁵¹ Modelowe (w sensie teoretycznym) podejście do polityki społecznej można zastosować – jak już sugerowano w trakcie powyższego wywodu – do polityki zdrowotnej.

Kontynuując rozważania dotyczące zmiany polityki zdrowotnej, należy podkreślić, że chodzi zwłaszcza o wszechstronną ocenę **uwarunkowań zmiany (w tym uwarunkowań podmiotowych zmiany)**, czyli możliwości uwzględnienia w realnie prowadzonej polityce zdrowotnej danych rozwiązań, mniej lub bardziej modelowych.

Jest to bardzo ważne, jeśli stwierdzimy, że na politykę społeczną (zdrowotną) składają się równoległe działania o charakterze:

- **interwencyjnym,**
- **kreującym,**
- **antycypacyjnym.**

Działania o charakterze interwencyjnym w polityce społecznej wynikają z przekonania o konieczności usuwania napięć społecznych. Najważniejsze są wtedy odwołania do modelowej kategorii luki społecznej (niwelowanie niedostatku materialnego i niedostosowania społecznego). W odniesieniu do polityki zdrowotnej, ze względu na szczególność potrzeb zdrowotnych, za działania interwencyjne można uznać powszechność medycyny ratowniczej.

Działania o charakterze kreującym podejmowane w ramach polityki społecznej wywodzą się z przeświadczenia o możliwości skutecznego stosowania preferencji w dostępie do dóbr i usług społecznych. Najważniejsze są wtedy odwołania do modelowej kategorii konsumpcji społecznej (zaspokajanie potrzeb ze środków publicznych). W odniesieniu do polityki zdrowotnej za działania kreujące trzeba uznać wyrównywanie dostępu do ogółu świadczeń zdrowotnych.

Działania o charakterze antycypacyjnym w polityce społecznej należy utożsamiać z założeniem o zasadności uprzedzania ryzyk społecznych. Najważniejsze są wtedy modelowe odwołania do kategorii ryzyka społecznego (zabezpieczenie przed skutkami zdarzeń losowych). W odniesieniu do polityki zdrowotnej za działania antycypacyjne należy uznać tworzenie systemów zapewniających ustalony poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.

Zakładamy, że opisane działania dość wyraźnie się różnią, chociaż – ze względu na złożoność praktyki – pewnych trudności natury klasyfikacyjnej nie da się jak zwykle uniknąć. Można jednak przyjąć, że w „nowej” **polityce społecznej** – zarówno tej, która dotyczy zmiany dokonywanej przez społeczeństwa demokratyczne w krajach o rozwiniętej gospodarce rynkowej, jak i tej, która dotyczy zmiany dokonywanej przez społeczeństwa objęte transformacją ustrojową – **zaczynają dominować działania o charakterze antycypacyjnym**. Nie można nie zauważyć, że przesłanki

ideologiczne takiego ukierunkowania są jednak różne, co jeszcze mocniej przemawia za taką tezą. Nasuwa się oczywiście pytanie, czy odchodzenie od działań o charakterze kreującym (wybija się zwłaszcza uzasadnienie ekonomiczne: zbyt duże koszty takich działań finansowanych przede wszystkim z podatków, co – w obliczu procesów globalizacji – wpływa na niższą konkurencyjność gospodarki) jest w sferze zdrowia postępek, czy regresem społecznym.

4. Podstawowe aspekty systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego)

Działania o charakterze antycypacyjnym dotyczą bezpośrednio **systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego), którego celem jest – poprzez rozwiązania systemowe, uprzedzające występowanie ryzyk społecznych (w tym ryzyka choroby) – zapewnienie (rodzinny) gospodarstwom domowym ustanowionego standardu bezpieczeństwa socjalnego (w tym zdrowotnego)**. Działania te można określić jako zarządzanie ryzykiem społecznym (w tym ryzykiem choroby, nazywanym też niezdrowiem⁵²).

Teoretyczne i praktyczne rozważania nad systemem zabezpieczenia społecznego należy prowadzić, dostrzegając **sześć aspektów tego zabezpieczenia**⁵³: (1) aspekt przedmiotowy (przed jakimi ryzykami ma chronić system?); (2) aspekt podmiotowy (kogo powinien obejmować system?); (3) aspekt instrumentalny (jakie zasady zabezpieczenia zastosować w systemie?); (4) aspekt redystrybucyjny (jakie ustalić reguły partycypacji finansowej w systemie?); (5) aspekt kompensacyjny (w jakim zakresie powstałe straty ma pokrywać system?); (6) aspekt prawny (jak w praktyce stanowić i stosować dotyczące zabezpieczenia rozwiązania systemowe?). Podobnie można zinterpretować system zabezpieczenia zdrowotnego.

Aspekt przedmiotowy zabezpieczenia dotyczy odwołania do tzw. katalogu ryzyk społecznych (w tym ryzyka choroby)⁵⁴. Pod uwagę są brane możliwe zagroże-

⁵² Zob. uzasadnienie: J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego – ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, bezrobocie i pomoc społeczna*, Kraków 2001, Zakamycze, s. 18.

⁵³ Więcej w: T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne...*, wyd.cyt., s. 83–88.

⁵⁴ Por. Zalecenie Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP): Recommendation No. 67 „Income Security Recommendation” z 1944 r. oraz Konwencję MOP: Convention No. 102 „Social Security (Minimum Standards) Convention” z 1952 r. (weszła w życie w 1955 r.), w: *Convention and Recommendation Adopted by the International Labour Conference 1919–1966*, International Labour Organization, International Labour Office, Geneva 1966, s. 463, 811 i nast. Trzeba zwrócić uwagę, że w drugim z tych

nia powodujące niekorzystne sytuacje społeczne, które powinno się objąć stosownym zabezpieczeniem systemowym⁵⁵. Można jednak w tym przypadku odwołać się też do rozszerzającej interpretacji **ryzyka społecznego jako zagrożenia zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach (rodzinnego) gospodarstwa domowego**⁵⁶.

„Klasyczny”⁵⁷ katalog ryzyk społecznych obejmuje:

- ryzyko choroby (*sickness*),
- ryzyko macierzyństwa (*maternity*),
- ryzyko inwalidztwa (*invalidity*),
- ryzyko śmierci żywiciela (*death of breadwinner*),
- ryzyko wypadków przy pracy (*employment injuries*),
- ryzyko bezrobocia (*unemployment*),
- ryzyko starości (*old age*),
- ryzyko nagłych wydatków (*emergency expenses*).

Katalog ryzyk społecznych pozostaje w zasadzie stale aktualny. Należałoby jednak wyodrębnić i uwzględnić w nim:

- ryzyko niedołęstwa starczego⁵⁸ (jako niewydolności czynnościowej wieku starczego, w ten sposób „uwalniając od niedołężności” ryzyka choroby i starości),
- ryzyko nagłego braku (jako utraty różnego rodzaju mienia gospodarstwa domowego),
- ryzyko niedostatku (jako szczególnego ubóstwa, wynikającego ze skumulowania się skutków kilku rodzajów ryzyka).

Niestety, mimo już powszechnego – zdawałoby się – uznawania ryzyka społecznego (socjalnego) za podstawową (wyjściową) kategorię systemu zabezpieczenia społecznego, nadal system ten próbuje się przedstawiać od strony przedmiotowej, myląc dziedziny i zasady zabezpieczenia, utrzymując „dokuczliwy nieporządek terminologiczny”⁵⁹. Pojęcie katalogu ryzyk społecznych powinno być jednak używane

dokumentów enumeracji zagrożeń (*contingencies*) nie dokonuje się wprost, sugerując je tylko przy wymienianiu nazwy świadczeń (np. *sickness benefit*, świadczenie chorobowe; czytaj: dotyczące ryzyka choroby, zagrożenia chorobowego).

⁵⁵ Por. T. Szumlicz, *Modele...*, wyd.cyt., s. 70.

⁵⁶ Por. T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne...*, wyd.cyt., s. 80.

⁵⁷ Zob. przywołane wyżej Zalecenie MOP i Konwencję MOP.

⁵⁸ Ostatnio mówi się w tym przypadku o ryzyku niesamodzielności, które to określenie zdaje się być lepiej odbierane społecznie.

⁵⁹ To trafne sformułowanie znajdujemy w: *Leksykon polityki społecznej*, red. B. Rysz-Kowalczyk, War-

konsekwentnie, gdyż katalog ten musi być kategorią organizującą każdego z systemów zabezpieczenia społecznego.

Aspekt podmiotowy zabezpieczenia wiąże się przede wszystkim z dookreśleniem adresatów systemu. Niewątpliwie są nimi w sensie politycznym obywatele, a w sensie socjologicznym – rodziny. Jeśli jednak konsekwentnie przyjąć, że zaistnienie ryzyka społecznego w postaci zdarzenia losowego powoduje stratę w zasobach, to faktycznym adresatem systemu są gospodarstwa domowe, których zasobami dysponują ich członkowie. Warto przy tym podkreślić, że te rodzinne gospodarstwa domowe, których funkcjonowanie ekonomiczne jest oparte na więziach rodzinnych, pod względem świadomości i przezorności w zarządzaniu swoimi ryzykami wyraźnie się wyróżniają spośród innych typów gospodarstw domowych.

Rozwinięciem rozważań podmiotowych jest – po pierwsze – **uspołecznienie decyzji dotyczących systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego) poprzez mechanizmy wyborcze** (wyrażające podmiotowość różnorodnych grup, zbiorowości i społeczności), które (podniesiony wcześniej problem stosunku władczego, „legitymacji wyborczej”) decydują o prowadzeniu określonej polityki społecznej w ogóle. Trzeba w tym miejscu przyznać, że „technokratyzm reformatorów” i odejście od „więziotwórczych zadań systemu zabezpieczenia społecznego”⁶⁰ to stwierdzenia wymagające zastanowienia, w szczególności właśnie przy rozważaniu podmiotowości w zmianie systemu ochrony zdrowia. Po drugie, rozwinięciem rozważań podmiotowych jest też **problem zakresu przymusu uczestnictwa w systemie zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego), a więc zasad przystąpienia – obowiązkowego lub dobrowolnego – do systemu**. W pierwszym przypadku chodzi o to, w jakiej mierze mechanizm wyborczy może przesądzać o charakterze reformowania systemu oraz jak uzyskać szerszą akceptację społeczną dla dokonywanej zmiany. W drugim przypadku idzie o zróżnicowanie warunków uczestnictwa (zasada przystąpienia i zasada partycypacji w finansowaniu) w systemie zabezpieczenia zdrowotnego, uwzględniających zarówno udział w części bazowej, jak i możliwości udziału w części dodatkowej systemu.

Aspekt instrumentalny zabezpieczenia wiąże się z konsekwentnym wyróżnieniem i odróżnianiem trzech **modelowych zasad (metod i technik) zabezpiecze-**

szawa 2001, ASPRA-JR, s. 5.

⁶⁰ M. Rymsza, *Urynkowanie państwa czy uspołecznienie rynku? Kwestia socjalna w Trzeciej Rzeczypospolitej na przykładzie ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1998, ISNS UW, s. 277–279.

nia: zaopatrzeniowej, ubezpieczeniowej i filantropijnej (dobroczynnej)⁶¹ w systemie zabezpieczenia społecznego. Uświadomienie sobie różnic dotyczących tych zasad ma wyjątkowo istotne znaczenie praktyczne (nie tylko teoretyczne) dla organizacji i funkcjonowania każdego systemu zabezpieczenia społecznego (również zabezpieczenia zdrowotnego).

Modelowe zasady zabezpieczenia wyróżniają dwa kryteria: **źródło finansowania i charakter uprawnienia do świadczenia.**

W ujęciu modelowym poszczególne zasady zabezpieczenia społecznego dotyczą następujących **źródeł finansowania i powstających z nich funduszy:**

- zasada zaopatrzeniowa: podatki – fundusze budżetowe,
- zasada ubezpieczeniowa: składki – fundusze ubezpieczeniowe,
- zasada filantropijna (dobroczynna): darowizny – fundusze charytatywne.

Różnice modelowe w zasadach zabezpieczenia społecznego dotyczą jednocześnie **charakteru (tytułu) uprawnień do świadczeń.** Znowu warto dokonać wyraźnego odróżnienia zasad zabezpieczenia. Tak więc z zasady zaopatrzeniowej zabezpieczenia wynika niewątpliwie uprawnienie obywatelskie (bo płacę podatki)⁶². Z zasady ubezpieczeniowej zabezpieczenia powinno wynikać uprawnienie członka ubezpieczeniowej (a nie obywatelskiej) wspólnoty ryzyka (bo płacę składki). Z zasady filantropijnej (dobroczynnej) zabezpieczenia wynika natomiast tylko możliwość uzyskania niezbędnego wsparcia („uprawnienie”, bo znalazłem się w trudnej sytuacji) na podstawie spontanicznie okazywanego solidaryzmu społecznego.

Nie tylko na tle omówionych już modelowych źródeł finansowania systemu zabezpieczenia społecznego (bo jest to osobny problem, i w polityce społecznej, i w polityce zdrowotnej) należy dostrzegać **aspekt redystrybucyjny zabezpieczenia**, czyli odmienności sposobu redystrybucji dochodów (transferów socjalnych) w zależności od finansowania opartego na podatkach, składkach i darowiznach. Tutaj ten problem warto choćby zasygnalizować, stwierdzając, że redystrybucja budżetowa polega na

⁶¹ Wprowadzenie tego dookreślenia lub posługiwanie się tym terminem w przypadku trzeciej z wymienionych zasad wydaje się celowe w sytuacji, gdy określenie „zasada opiekuńcza” – dotychczas przeze mnie stosowane – jest stale odczytywane „po staremu”, a więc kojarzone z pomocą społeczną (finansowaną przede wszystkim z budżetów centralnego i samorządowych) i z uzyskiwanymi w jej ramach świadczeniami fakultatywnymi, o które można się ubiegać (często jednak do świadczenia z pomocy społecznej ma się prawo). Tymczasem, jak się okaże, chodzi o konkretne źródło finansowania i szczególnie rodzaj możliwości uzyskiwania wsparcia wspomagającego leczenie).

⁶² Tak rozumiane uprawnienie bywa rozszerzane na tak zwanego nierezydenta. Nierezydentami, w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2002 r. – Prawo dewizowe, są „osoby fizyczne mające miejsce zamieszkania za granicą [...]” (art. 2 ust. 1 pkt 2 lit. a), DzU nr 141, poz. 1178.

proporcjonalnie większym udziale w finansowaniu dóbr publicznych i świadczeń społecznych obywateli lepiej sytuowanych. Z kolei redystrybucja ubezpieczeniowa polega na finansowaniu przez wszystkich członków danej wspólnoty ryzyka, strat ponoszonych przez niektórych tylko jej członków, doświadczających zagrożeń w rezultacie konkretnych zdarzeń⁶³. Wreszcie redystrybucja charytatywna polega na przepływie środków od osób chcących wystąpić w roli darczyńców do osób potrzebujących wsparcia.

Bardzo ważny **aspekt kompensacyjny zabezpieczenia** pojawia się, gdy chodzi o wielkość straty i zasadę miarkowania jej kompensaty, a więc najogólniej o ustalenie zakresu pokrycia powstałej straty przez świadczenie (np. w przypadku śmierci żywiciela jego dochodu przez rentę rodzinną; w przypadku bezrobocia utraconego wynagrodzenia przez zasiłek) oraz – co bardzo ważne – o ewentualne różnicowanie zakresu kompensaty w zależności od wielkości straty (dotyczy straty w zasobach spodziewanych). Przy niektórych ryzykach (śmierć żywiciela, inwalidztwo, starość) mniejsza strata może być bowiem kompensowana w relatywnie większym zakresie, i odwrotnie. Reformowanie zabezpieczenia społecznego może polegać na zmianie „filozofii” relatywizowania kompensaty w zależności od wysokości straty, wówczas trzeba jednak dostrzegać konsekwencje społeczne tej zmiany.

Inaczej należy traktować **aspekt prawny systemu zabezpieczenia społecznego**, gdyż to urzeczywistnienie idei zabezpieczenia społecznego – widziane przez pryzmat aspektów przedmiotowego, podmiotowego, instrumentalnego, dystrybucyjnego i kompensacyjnego – musi przybrać postać konkretnych regulacji prawnych. Dlatego problemów teoretycznych i praktycznych stanowienia oraz stosowania prawa zabezpieczenia społecznego nie sposób przecenić, gdyż to przepisy prawa ostatecznie konstytuują organizację systemu oraz określają prawa i obowiązki (przede wszystkim w zakresie gromadzenia środków finansowych i wypłat świadczeń) danych podmiotów objętych zabezpieczeniem i wykonujących zadania zabezpieczenia⁶⁴.

Nie ulega chyba wątpliwości, że spośród omówionych aspektów systemu zabezpieczenia społecznego **szczególne znaczenie w systemie ochrony zdrowia ma aspekt instrumentalny**. Przyjęte dwa kryteria, rozróżniające zasady (zaopatrzeniową, ubezpieczeniową i filantropijną) zabezpieczenia: (1) źródło finansowania i (2)

⁶³ Ten rodzaj redystrybucji można dookreślić mianem losowej.

⁶⁴ J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego...*, wyd.cyt., s. 7.

uprawnienie (tytuł) do świadczenia, trudno bowiem przecenić właśnie w organizacji i funkcjonowaniu systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Chodzi o to, że reguły partycypacji w finansowaniu ochrony zdrowia oraz – wynikający z tego – charakter (tytuł) uprawnienia do świadczeń mają wyjątkowe, ale na ogół jednak niedostrzegane **znaczenie podmiotowe**. Można by dodać, że podmiotowe zarówno w ujęciu ideowym, jak i pragmatycznym, są bowiem wyrazem – tak ważnego w polityce zdrowotnej – bardziej lub mniej respektowanej zasady **solidaryzmu społecznego**. Jak widać, opisy systemów – jeśli nie mają mieć tylko politycznego wydźwięku – muszą respektować wymogi terminologiczne, aby jedynym uzasadnieniem dla nazywania systemu ubezpieczeniowym nie było to, że Polakom ubezpieczenie dobrze się kojarzy.

Tak więc zacytowane wcześniej stwierdzenie Z. Religi budzi poważne wątpliwości. Po pierwsze, można by przekornie powiedzieć, że system mieszany nie polega na mieszaniu pojęć, i nawet w takich systemach, które rzeczywiście dominują w praktyce, konieczne jest rozróżnianie tego, gdzie posługujemy się zasadą zaopatrzeniową zabezpieczenia zdrowotnego, a gdzie – zasadą ubezpieczeniową zabezpieczenia zdrowotnego (nawet jeśli w rozwiązaniu ubezpieczeniowym stosuje się tzw. kredytowanie składek z budżetu państwa). Po drugie, to co „wspomagane jest przez budżet państwa” („ubezpieczenie zdrowotne”), z całą pewnością nie jest rozwiązaniem ubezpieczeniowym ani pod względem instytucjonalnym, ani z punktu widzenia finansowania, gdyż nie spełnia nawet minimalnych warunków charakterystycznych dla metody ubezpieczenia.

Powyższe refleksje teoretyczne adresowane do praktyki pozwolę sobie zatem zakończyć kilkoma cytataми, które kiedyś umieściłem w komentarzu o **micie ubezpieczenia**⁶⁵.

„W Polsce można mówić o swoistym micie regulacji ubezpieczeniowych” [...], nie sprzyja to merytorycznym dyskusjom na temat zasadności, skuteczności i efektywności stosowania takich regulacji w polityce społecznej. Powtórzenie tego poglądu wydaje mi się niebywale ważne, bo „ubezpieczenie społeczne jest racjonalne, jeśli naprawdę jest regulacją ubezpieczeniową, czyli zachowuje podstawowe reguły asekuracji. Idzie więc o właściwe zdefiniowanie funkcji ubezpieczenia w polityce społecznej i o realne możliwości jego w niej zastosowania”.

„Przyznam, że szokujące było dla mnie przysłuchiwanie się dyskusji polityków,

⁶⁵ T. Szumlicz, *O micie ubezpieczenia*, „Gazeta Ubezpieczeniowa” 2000 nr 29 (77), s. 27.

z której wynikało, że rozwiązanie może być zaopatrzeniowe, czyli finansowane ze środków budżetowych, ale trzeba je koniecznie nazywać ubezpieczeniem, bo ten termin lepiej się kojarzy społeczeństwu. Takie zastosowanie »rozwiązań ubezpieczeniowych« może już wkrótce diametralnie zmienić te pozytywne skojarzenia, czego dobitnym przykładem jest powszechne ubezpieczenie zdrowotne”.

„Jeszcze innym problemem jest nieadekwatne porównywanie skuteczności i efektywności rozwiązań zaopatrzeniowych oraz ubezpieczeniowych. Niestety, często porównuje się rozwiązania, których nie można zaliczyć do danych kategorii, czyli uznać je bezkrytycznie za rozwiązania finansowane według czystych reguł podatkowych albo składkowych. W Polsce [...] nie dba się o dostateczny porządek terminologiczny w zakresie problematyki zabezpieczenia społecznego. Uwaga ta w szczególności odnosi się do utożsamiania pojęć zabezpieczenia społecznego i ubezpieczenia społecznego, a także dotyczy mylenia pojęć zaopatrzenia i ubezpieczenia społecznego”.

„Otóż w polityce społecznej i systemie zabezpieczenia społecznego występuje problem instrumentacji dominującej oraz klarowności stosowanych rozwiązań szczegółowych, a posługiwanie się odpowiednimi zasadami zabezpieczenia społecznego (zaopatrzeniową, ubezpieczeniową, czy też opiekuńczą), stosownymi dla przyjętej koncepcji polityki społecznej, należy do trudnej »sztuki« kształtowania stosunków społecznych”.

„Wyróżniając poszczególne zasady zabezpieczenia społecznego, należy także dostrzegać przewagę aspektów politycznych w konstrukcjach zaopatrzeniowych, przewagę aspektów ekonomicznych w konstrukcjach ubezpieczeniowych oraz przewagę aspektów socjalnych w konstrukcjach opiekuńczych”.

Aspekt instrumentalny zabezpieczenia zostanie rozwinięty w następnym rozdziale, poświęconym finansowaniu ochrony zdrowia. Zostaną w nim między innymi wyeksponowane istotne współzależności między **zasadami finansowania systemu ochrony zdrowia a charakterem (tytułem) uprawnień do świadczeń zdrowotnych**.

II. O finansowaniu systemu ochrony zdrowia

1. Źródła finansowania systemu ochrony zdrowia

Finansowy aspekt systemu ochrony zdrowia wyznacza paradoksalna w sensie *stricte* ekonomicznym sytuacja „niereglamentowanego” popytu na świadczenia zdrowotne i „reglamentowanej” ich podaży. Istnieje bowiem zrozumiałe i poniekąd uzasadnione społecznie zapotrzebowanie na powszechny i nieograniczony, w sensie ilościowym i jakościowym, dostęp do świadczeń zdrowotnych, jednakże jest to **popyt „sztuczny”**, bo *de facto* niewyrażany w zasobach pieniężnych koniecznych do jego realnego zaistnienia. Tak więc niebywale silna z natury rzeczy chęć „posiadania” zdrowia (niespotykane w przypadku innych dóbr, powszechne oczekiwanie zaspokojenia potrzeby na najwyższym poziomie⁶⁶) **nie ma pokrycia w możliwych do przeznaczenia na ten cel środkach**, z których mogłaby być sfinansowana odpowiednia pod względem ilości, jakości i ceny oferta usług zdrowotnych⁶⁷. Zakup takiej ilości usług z oczywistych względów nie jest realnie możliwy, ani bezpośrednio z dochodów prywatnych, ani pośrednio ze środków publicznych, gromadzonych z obowiązkowych danin. Można wprawdzie stwierdzić, że problem nieograniczonych potrzeb w stosunku do ograniczonych środków, pozwalających potrzeby zaspokoić, dotyczy dóbr jako takich, a nie wyłącznie dóbr (usług) umożliwiających zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, ale od razu jednak trzeba się zgodzić, że właśnie w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych zakres zastosowania mechanizmu rynkowego (w zakupie prywatnym usług⁶⁸) i mechanizmu wyborczego⁶⁹ (w „zakupie” publicznym usług) musi być potraktowany w sposób wyjątkowy.

⁶⁶ Normalnie występujące, nierealne pożądanie dobra (ze względu na brak środków na jego zakup) zamienia się tutaj w nawet bezwzględne roszczenie.

⁶⁷ Przez usługę zdrowotną należy rozumieć produkt (w znaczeniu ekonomicznym i społecznym produkcji dóbr i usług), którego podstawowym składnikiem jest odpowiednie świadczenie zdrowotne użytkiwane w związku z zaistniałą potrzebą zdrowotną, bez względu na tytuł uprawnienia do tego świadczenia (bezpośredni zakup, prawo do „bezpłatnej” ochrony zdrowia, umowa ubezpieczenia).

⁶⁸ O prywatyzacji ochrony zdrowia w znaczeniu „rosnącej roli środków z budżetów gospodarstw domowych, wydatkowanych w momencie korzystania z usług, w ogólnej sumie środków przeznaczanych na ochronę zdrowia” mówi się niekiedy jako o prywatyzacji kosztów. Zaskakujące jest przy tym stwierdzenie, że w Polsce udział ten należy do najwyższych w Europie. „Składają się na to głównie wydatki na leki, środki opatrunkowe, na koszty hotelowe i inne wnoszone w sanatoriach, na oficjalnie wpłacone tzw. cegielki oraz na wizyty w prywatnych gabinetach, niezależnie do tego, czy są one w budynku szpitala (tak działa wiele fundacji), czy poza pomieszczeniami publicznych instytucji”. Zob. K. Tymowska, *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa 1999, ISP, s. 13.

Powszechne zaspokajanie potrzeb zdrowotnych poprzez prywatny zakup usług jest praktycznie niemożliwe. W związku z tym zachodzi konieczność zaangażowania w tym celu **finansów publicznych**. Wymaga to wcześniejszego uruchomienia mechanizmu wyborczego dla dokonania odpowiedniego **wyboru publicznego**⁷⁰, a więc posłużenia się mechanizmem wyborczym, w zasadzie dominującym w prowadzeniu polityki społecznej w ogóle⁷¹, dla ustalenia wielkości finansów publicznych przeznaczanych na finansowanie systemu ochrony zdrowia. Zastosowanie tego mechanizmu w sferze zdrowia oznacza, że ogół potencjalnych konsumentów (niezależnie od stopnia narażenia na ryzyko choroby) nabywa pośrednio określoną ilość usług, ale koszt ich zakupu jest dla poszczególnych konsumentów różny, w zależności od formy partycypacji finansowej w systemie ochrony zdrowia⁷². Partycypacja ta jest z reguły obowiązkowa, rzadko – dobrowolna. Ma ona postać *de facto* podatku, często nazywanego niesłusznie składką (można wprowadzić pojęcie składowości⁷³), zróżnicowanych dla poszczególnych uczestników systemu. Wysokość wkładu pieniężnego w danej formie do systemu zazwyczaj zależy pośrednio (podatek) lub bezpośrednio (podatek celowy, składatek) od ich sytuacji dochodowej i majątkowej (podatek) oraz uzyskiwanych dochodów i wynagrodzeń (składatek), a także zastosowanych stawek i skal podatkowych⁷⁴ oraz stóp „składek”. Już z tego ogólnego opisu wynika, że finansowanie usług zdrowotnych jest w praktyce bardzo skomplikowane, i to zarówno, gdy chodzi o środki publiczne, jak i prywatne.

⁶⁹ Używa się też pojęć „system wyborczy” lub „mechanizm polityczny”. Zob. S. Owsiak, *Finanse publiczne...*, wyd.cyt., s. 68 i nast.

⁷⁰ Teoria wyboru publicznego stanowi ważny aspekt rozważań w dziedzinie finansów publicznych; tamże, s. 68–84. Zob. też opis metody kształtowania wydatków w zależności od potrzeb; tamże, s. 213.

⁷¹ W polityce społecznej mechanizm rynkowy jest zastępowany przez znacznie bardziej skomplikowany mechanizm wyborczy. Problem polega na powszechnym zapośredniczaniu różnorodnych decyzji. Identyfikacja mechanizmu zapośredniczania oznacza ustalenie w jakiej mierze polityka społeczna – w sytuacji formalnego decydowania społeczeństwa o jej kształcie (taka jest polityka społeczna jaką wybierze społeczeństwo) – zależy od mniej lub bardziej „narzucanych” wyborów społecznych. T. Szumlicz, *Funkcje ubezpieczenia w polityce społecznej*, w: *Organizacja i finansowanie ubezpieczeń zdrowotnych*, red. L. Frąckiewicz, Katowice 1996, Wydawnictwo AE w Katowicach, s. 7–14.

⁷² „Przy wytwarzaniu i alokacji dobra prywatnego konsumenci płacą taką samą cenę i aby osiągnąć większą korzyść krańcową muszą kupić więcej dobra, natomiast w przypadku dobra publicznego konsumenci nabywają tę samą ilość dobra, ale po różnej cenie. W przypadku dobra publicznego pokrycie kosztu krańcowego jest możliwe tylko wtedy, gdy cenę (podatek) zapłacą wszyscy nabywcy”. S. Owsiak, *Finanse publiczne...*, wyd.cyt., s. 71.

⁷³ T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne...*, wyd.cyt., s. 85. Takiego określenia użyli spontanicznie moi studenci podczas dyskusji na temat reformowania systemu ochrony zdrowia w roku akademickim 1998/99.

⁷⁴ O technice podatkowej zob. tamże, s. 160–161.

Trudno się zatem dziwić, że w polityce zdrowotnej zagadnienia finansowe budzą najwięcej emocji. Tym bardziej że rzeczywiście **nie ma w tym zakresie uniwersalnych rozwiązań systemowych**, nie mówiąc już o rozstrzygnięciach szczegółowych, dotyczących reformowania systemu ochrony zdrowia. Wystarczy przywołać choćby rozbieżności w ocenie relatywnego poziomu finansowania systemu (udział wydatków na zdrowie w PKB), różnice poglądów dotyczące struktury finansowania systemu (udział środków publicznych a rzeczywisty udział środków prywatnych), inne traktowanie zasad finansowania ochrony zdrowia (zaopatrzeniowe czy ubezpieczeniowe), nieakceptowanie zakresu redystrybucji dochodów w finansowaniu ochrony zdrowia, negatywne reakcje na propozycje dopłat do świadczeń zdrowotnych. A przecież występują też poważnie zróżnicowane opinie na tematy bardziej „techniczne”, takie jak: sposoby alokacji środków przeznaczanych na ochronę zdrowia (instytucje państwowe, publiczne agencje paraubezpieczeniowe, prywatne zakłady ubezpieczeń), wycena koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, formy płatności za usługi medyczne (kapitacja, *fee-for-service*, refundacja), nadzór nad transferem środków w systemie ochrony zdrowia⁷⁵.

Najogólniej można stwierdzić, że w systemie ochrony zdrowia należy rozważać (1) finansowanie publiczne, (2) finansowanie prywatne i (3) finansowanie publiczno-prywatne. Finansowanie publiczne i publiczno-prywatne należy do narzędzi organizowanego przez państwo systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego.

2. Finansowanie systemu zabezpieczenia zdrowotnego

Różne pomysły na działania naprawcze w systemie ochrony zdrowia można uogólnić, twierdząc, że chodzi o raczej idealistyczne **osiągnięcie powszechnej dostępności do zadowalającego standardu świadczeń zdrowotnych poprzez** – co trzeba koniecznie podkreślić – **jednoczesną „racjonalizację” wzrostu nakładów i „racjonalizację” struktury wydatków na zabezpieczenie zdrowotne.**

Szczególne znaczenie zmian o wymiarze finansowym bynajmniej nie umniejsza wagi aspektu podmiotowego konkretnych zamierzeń. **Aspekt podmiotowy**

⁷⁵ Por. M. Mazur, Finansowanie systemu ochrony zdrowia..., wyd.cyt., s. 2.

można bowiem potraktować jako ważny element uwarunkowań zreformowania systemu ochrony zdrowia w zakresie finansowym⁷⁶.

W konstrukcji systemu zabezpieczenia zdrowotnego – podobnie jak w przypadku zabezpieczenia społecznego – chodzi przede wszystkim o klarowne określenie źródeł finansowania systemu, oczywiście z uwzględnieniem realnych możliwości uruchamiania tych źródeł.

Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych może być finansowane ze środków publicznych (funduszy publicznych) i środków prywatnych. W przypadku środków publicznych szczególne znaczenie ma zwrócenie uwagi na finansowanie podatkowe i finansowanie składowe, natomiast w przypadku środków prywatnych – na finansowanie z budżetów gospodarstw domowych. Nie można też pominąć swoistych cech finansowania z darowizn i z funduszy socjalnych przedsiębiorstw.

2.1. Finansowanie podatkowe

To, że **zasada zaopatrzeniowa stosowana w zabezpieczeniu społecznym oznacza finansowanie podatkowe**, nie budzi raczej zastrzeżeń, wtedy środki obsługujące od strony finansowej system zabezpieczenia zdrowotnego pochodzą z **funduszy budżetowych** (zwłaszcza z budżetu państwa jako scentralizowanego funduszu publicznego gromadzącego środki pieniężne w związku z funkcjami instytucji państwa, także funkcjami socjalnymi).

Podatek jest klasyczną daniną publiczną⁷⁷. W literaturze przedmiotu słusznie zwraca się uwagę zwłaszcza na dwa aspekty tej daniny: ekonomiczny i fiskalny podatków⁷⁸. Z ekonomicznego punktu widzenia podatek jest narzędziem, za pomocą którego państwo ustala swój udział w dysponowaniu realnie wytworzonym produktem narodowym. Dostrzeganie tego aspektu w przypadku ochrony zdrowia ma ważne

⁷⁶ Można by się tutaj odwołać do powstających programów reformowania systemu ochrony zdrowia, dla których próbuje się pozyskać jak najszersze grono instytucji i osób programy te – mniej lub bardziej formalnie – popierających. Wyraz podmiotowy mają też próby – na ogół nieudane – „koalicyjnego” łączenia pomysłów zawartych w dość wyraźnie odmiennych programach partyjnych.

⁷⁷ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa, DzU nr 137, poz. 926 ze zm., stanowiąca podstawę funkcjonowania prawa podatkowego w Polsce, stwierdza, że „podatkiem jest publiczno-prawne, nieodpłatne, przymusowe oraz bezzwrotne świadczenie pieniężne na rzecz Skarbu Państwa lub gminy, wynikające z ustawy podatkowej”.

⁷⁸ S. Owsiak, *Finanse publiczne...*, wyd.cyt., s. 140 oraz F. Grądalski, *Wstęp do teorii opodatkowania*, Warszawa 2004, Oficyna Wydawnicza SGH, s. 20.

znaczenie, albowiem ustalenie to decyduje również o wielkości środków przeznaczanych na zaspokojenie określonych potrzeb społecznych, w tym potrzeb zdrowotnych, ze środków publicznych, albowiem udział w budżecie państwa poszczególnych wydatków jest dość stabilny. Natomiast podatek w ujęciu fiskalnym jest przymusowym świadczeniem pieniężnym (osób fizycznych i prawnych oraz jednostek organizacyjnych niemających osobowości prawnej) na rzecz państwa w celu realizacji zadań publicznych⁷⁹. Aspekt ten w przypadku ochrony zdrowia jest istotny, ponieważ pośrednio decyduje o realnym udziale poszczególnych grup obywateli w ogólnym finansowaniu uznanych za istotne potrzeb społecznych (w tym ochrony zdrowia) ze środków publicznych.

Podatki od innych obciążeń fiskalnych wyróżnia wiele łącznie rozpatrywanych kryteriów. Można stwierdzić, że istnieje zgoda co do: (1) przymusowego charakteru podatku (władcze uprawnienia państwa w stosunku do wszystkich, którzy mieszkają na danym terytorium lub posiadają w jego granicach przedmiot opodatkowania); (2) ogólności obowiązku podatkowego (powszechność opodatkowania i nieokreślone finansowanie zadań); (3) pieniężnej formy podatku (nieuznawanie formy rzeczowej podatku); (4) bezzwrotności daniny podatkowej (definitywne przekazanie do dyspozycji państwa środków podatkowych); (5) nieekwiwalentności świadczenia podatkowego (brak odwzajemnienia, nazywanego nieodpłatnością, w postaci danego świadczenia ze strony państwa). Uzupełnienia powyższych cech, które nie powinny chyba budzić zastrzeżeń, dotyczą: (6) jednostronności wymiaru podatku (wysokość obciążeń podatkowych ustalana jest przez samego podatkobiorcę); (7) publicznego przeznaczenia podatku (podatki powinny służyć urzeczywistnianiu celów publicznych)⁸⁰.

Nie wchodząc w dalsze szczegóły klasyfikacyjne, bo w grę wchodzi też odróżnianie dochodów publicznych (pojęcie węższe, obejmujące między innymi podatki) oraz wpływów publicznych (pojęcie szersze, obejmujące oprócz dochodów publicznych także wpływy o charakterze pożyczkowym, które mogą wspomagać wydatki budżetowe państwa)⁸¹, podane kryteria pozwalają na dość wyraźne odróżnienie podatków i funduszy budżetowych od innych rodzajów finansowania zabezpieczenia

⁷⁹ Por. tamże.

⁸⁰ Por. T. Augustyniak-Górna, *System podatkowy. Zagadnienia teoretyczno-prawne*, Łódź 1992, Wydawnictwo UŁ, s. 64; J. Głuchowski, *Polskie prawo podatkowe*, Warszawa 1993, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 5; S. Owsiak, *Finanse publiczne...*, wyd.cyt., s. 139; F. Grądalski, *Wstęp...*, wyd.cyt., s. 20–21.

⁸¹ Zob. S. Owsiak, *Finanse publiczne...*, wyd.cyt., s. 137–138.

społecznego. Inaczej mówiąc, ustalenie, iż źródłem finansowania danego zabezpieczenia są podatki, pozwala stwierdzić, że w systemie ma zastosowanie zasada zaopatrzeniowa, a nie ubezpieczeniowa czy filantropijna.

Szczególnym rozwiązaniem o charakterze podatkowym jest zastosowanie reguł podatku celowego. Na powyższym tle za podatek celowy powinno się uważać taki, który w jakimś stopniu zawiera cechę ekwiwalentności, a więc odwzajemnienie świadczenia [por. wyżej punkt (5)], czyli jakaś część wpływów podatkowych przeznaczana jest na konkretne świadczenie ze strony państwa. Podatek celowy jest alternatywną formą dla funduszu celowego⁸².

Pojęcie **funduszu celowego** dotyczy: zapewnienia źródeł finansowania wybranej dziedziny działalności, związania części środków publicznych z wyznaczonymi zadaniami, podniesienia rangi tych zadań wśród wszystkich obowiązków władz publicznych, zapewnienia ciągłości i trwałości finansowania (uniezależnienia finansowania konkretnej dziedziny od planowania budżetowego), możliwości kumulacji niewykorzystanych w danym okresie środków. Analizując przesłanki tworzenia funduszy celowych i posługiwania się nimi w praktyce, wyróżnia się, obok ich funkcji alokacyjnej i redystrybucyjnej, także **funkcję mobilizacji środków publicznych** (właściwie sformułowany cel ułatwia zdobycie akceptacji społecznej dla obciążeń podatkowych, tym bardziej że poziom zaspokojenia potrzeb uzależnia się od wielkości zgromadzonych dochodów) i **funkcję racjonalizacji wydatków publicznych** (osłabienie czynników arbitralności i woluntaryzmu, sprawniejsze techniki finansowania, choć zagrożenie zbyt sztywną alokacją)⁸³.

Na tle pojęć podatku celowego i funduszu celowego należy widzieć fundusze celowe powstające wewnątrz budżetu państwa, których wielkość jest uzależniana parametrycznie (dany udział w całości budżetu, dany udział określonych wpływów do budżetu).

Oczywiście nic nie stoi na przeszkodzie, aby fundusze budżetowe (budżet państwa, budżety samorządowe) były jednym ze źródeł finansowania w systemie ochrony zdrowia, należy jednak pamiętać, czym różnią się od źródeł wobec nich alternatywnych i jakie ma to konsekwencje społeczne. Trzeba uwzględniać to, że poza funkcją fiskalną (gwarantując finansowanie wydatków publicznych), podatki pełnią

⁸² We współczesnych systemach finansów publicznych podatek celowy nie znajduje szerszego zastosowania, gdyż narusza zasadę ogólnego finansowania zadań; tamże, s. 133.

⁸³ Więcej na ten temat: tamże, s. 130–132.

również funkcję redystrybucyjną (służą transferowaniu dochodów pomiędzy różnymi grupami społecznymi), a ta właśnie funkcja powinna być wykonywana z odpowiednim „wyczuciem”⁸⁴, nawet jeśli dotyczy zaspokajania tak ważnych potrzeb społecznych, jak zdrowotne. Należy również mieć na względzie swoistość reguły powstawania uprawnień do świadczeń finansowanych z podatkowych środków publicznych, gdyż jest to jeden z ważniejszych problemów w zrozumieniu i akceptacji konkretnego systemu ochrony zdrowia.

2.2. Finansowanie składkowe

Wydaje się, iż powinna istnieć też zgoda co do tego, że **zasada ubezpieczeniowa stosowana w zabezpieczeniu społecznym oznacza finansowanie składkowe** i że wtedy środki obsługujące od strony finansowej system zabezpieczenia zdrowotnego pochodzą z **funduszy ubezpieczeniowych**. Niestety, w tym przypadku rozbieżności terminologiczne i klasyfikacyjne są zasadnicze oraz niebywale istotne dla praktyki finansów publicznych, których bardzo istotnym elementem są wydatki na ochronę zdrowia.

W ustawach odwołujących się w przypadku ryzyk społecznych do finansowania składkowego nie podaje się definicji składki.

I tak, w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych⁸⁵ podaje się, że określa ona „zasady ustalania składek na ubezpieczenia społeczne oraz podstaw ich wymiaru” (art. 2), a składki to (!) „składki na ubezpieczenia społeczne osób wymienionych w pkt. 1”, czyli ubezpieczonych – osób fizycznych podlegających chociaż jednemu z ubezpieczeń społecznych (art. 4). „Ubezpieczenia społeczne obejmują: 1) ubezpieczenie emerytalne, 2) ubezpieczenia rentowe, 3) ubezpieczenie w razie choroby i macierzyństwa, zwane dalej >ubezpieczeniem chorobowym<”, 4) ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, zwane dalej >ubezpieczeniem wypadkowym<” (art. 1).

⁸⁴ O ile redystrybucja dochodów dokonuje się zawsze czyimś kosztem i na czyjąś korzyść, o tyle rozmiary tych kosztów i korzyści mogą być różne, bardziej lub mniej sprawiedliwe; tamże, s. 52–53.

⁸⁵ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, DzU nr 137, poz. 887 ze zm.

Podobnie jest ze zdefiniowaniem składki zdrowotnej. W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸⁶ zapisano, że „obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po [...] opłaceniu składki” (art. 67), a także podano, że „składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9%⁸⁷ podstawy wymiaru” (art. 79). Warto jednak zauważyć, że ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych⁸⁸ stanowi, że „podatek dochodowy [...] w pierwszej kolejności ulega obniżeniu o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ustawie [...] o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” oraz że „kwota składki na ubezpieczenie zdrowotne, o którą zmniejsza się podatek, nie może przekroczyć 7,75% podstawy wymiaru tej składki” (art. 27b). Takiego ustalenia źródeł finansowania w systemie ochrony zdrowia doprawdy trudno się doszukać w jakimkolwiek innym kraju. Jest to wyjątkowo nieczytelna konstrukcja, o zdecydowanej przewadze niebywale „oryginalnego” rozwiązania podatkowego, co zostanie skomentowane w dalszej części opracowania.

Natomiast w ustawie o działalności ubezpieczeniowej⁸⁹ stwierdza się dość wyraźnie, że do czynności ubezpieczeniowych należy „ustalanie składek i prowizji należnych z tytułu zawieranych umów” (art. 3), że „wysokość składek ubezpieczeniowych ustala zakład ubezpieczeń po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego” i że „składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń” (art. 18). Z kolei w zakresie umowy ubezpieczenia Kodeks cywilny zawiera zapis, że „przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę” (art. 805) oraz że „ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności [...] sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej lub opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń” (art. 812).

⁸⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 210, poz. 2135 ze zm.

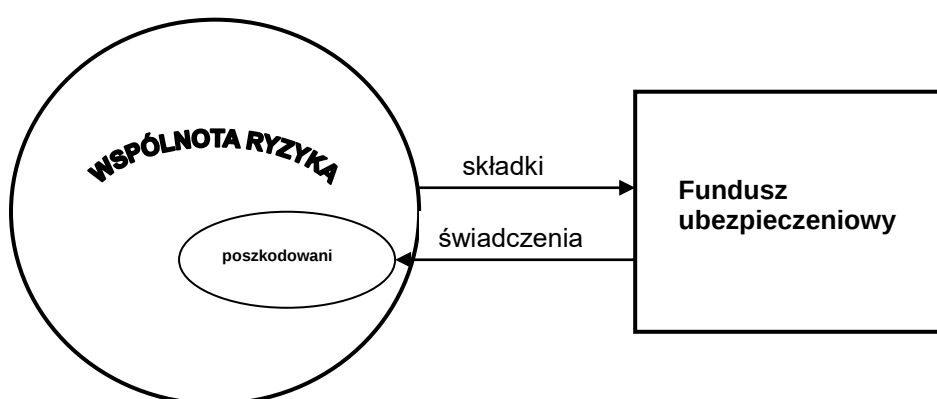
⁸⁷ Dopiero od 2007 r. Historię kształtowania się tej „składki” pomijamy.

⁸⁸ Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, DzU 2000 nr 14, poz. 176 ze zm.

⁸⁹ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, DzU nr 124, poz. 1151.

W ubezpieczeniowej literaturze przedmiotu kategoria składki jest przedstawiana przede wszystkim jako **koszt ochrony ubezpieczeniowej**, ponoszony przez ubezpieczającego (na rzecz ubezpieczonego) oraz równocześnie jako **przychód zakładu ubezpieczeń**, przejmującego finansowe skutki zaistnienia określonego ryzyka. Podkreślenia wymaga to, że składka ubezpieczeniowa *netto* powinna stanowić ekwiwalentny wkład pieniężny (stąd też określenie „ryzyko–składka”), wnoszony przez i na rzecz wszystkich członków wspólnoty ryzyka, do funduszu ubezpieczeniowego netto, z którego powinny być kompensowane straty wynikłe z określonych zdarzeń losowych, doświadczanych tylko przez niektórych członków tej wspólnoty (zob. schemat 3). Podstawowe zadanie zakładu ubezpieczeń, jakim jest zorganizowanie i obsługa takiej wspólnoty ryzyka, wiąże się oczywiście z dodatkowymi kosztami działalności ubezpieczeniowej (koszty administracyjne, koszty akwizycji, „godziwy zysk”) i ustaleniem rzeczywistego kosztu ochrony, czyli składki brutto. Wymowne w tym miejscu jest odwołanie do stwierdzenia, że z punktu widzenia ubezpieczającego – ubezpieczenie to zastąpienie wielkiej niepewnej straty (ale możliwej, gdyż skutków zaistnienia ryzyka doświadczy pewna liczba członków wspólnoty ryzyka) małą pewną stratą (czyli składką), z tym, że wielkość tej pewnej straty (koszt ochrony ubezpieczeniowej) ma oczywiście dla ubezpieczającego zasadnicze znaczenie.

Schemat 3. Transfer finansowy w ubezpieczeniowej wspólnocie ryzyka



Źródło: opracowanie własne.

Dla finansowania ubezpieczeniowego fundamentalne znaczenie ma **zasada ekwiwalentności**. Ekwiwalentność składkowego wkładu pieniężnego można rozpatrywać w dwojakim znaczeniu „**ekwiwalentności ubezpieczeniowej**”:

- **zgromadzenia ze składek adekwatnej wielkości funduszu ubezpieczeniowego** (umożliwiającego wypłatę członkom wspólnoty ryzyka należnych świadczeń, kompensujących w odpowiednim stopniu straty wynikłe z określonych zdarzeń losowych);
- **zachowania adekwatnej relacji między składką a świadczeniem** (uzależnienia od udziału finansowego w funduszu ubezpieczeniowym, wyrażającego stopień pokrycia ubezpieczeniowego, zakresu kompensaty straty).

Ekwiwalentność w pierwszym rozumieniu można nazwać „**ekwiwalentnością funduszową**” (porównanie sumy składek z sumą świadczeń), natomiast w drugim – „**ekwiwalentnością kompensacyjną**” (porównanie wysokości składki z wysokością świadczenia).

Jak się okazuje, takie rozumienie ekwiwalentności ubezpieczeniowej stanowi w ubezpieczeniach dotyczących ryzyk społecznych poważny problem, gdyż:

- nieekwiwalentność funduszowa może być w pewnym sensie dopuszczalna i wiązać się z przewidywaną (gwarancyjną) dopłatą do funduszu (przede wszystkim z budżetu państwa);
- można przyjąć mniej lub bardziej uzasadnione odstępstwa od ekwiwalentności kompensacyjnej, albo od strony składki (wysokość składki uzależniana od sytuacji dochodowej, gdy oczekuje się większego wkładu finansowego do funduszu ubezpieczeniowego od osób lepiej sytuowanych materialnie), albo od strony świadczenia (wysokość świadczenia uzależniona od potrzeb lub mniejsza strata kompensowana w relatywnie większym zakresie), albo nawet równocześnie, i od strony składki, i od strony świadczenia.

W tym miejscu rozważań warto odnotować i skomentować dość dobrze znaną, biorąc pod uwagę odniesienia występujące w literaturze przedmiotu, próbę „**modelowego**” **podejścia do ustalania „składek” na „ubezpieczenie” zdrowotne (chorobowe⁹⁰)**. Uwaga: ważne jest odnotowywanie każdego z terminów w cudzysłowie.

Odwołując się do głównych tez tego rozumowania⁹¹, można przyjąć, że istnieją **dwa istotne kryteria ustalania „składek”**:

- **wymiar czasu,**

⁹⁰ Wydaje się, że ubezpieczenia lepiej jest określać zgodnie z nazwą danego ryzyka, ale w tym przypadku powszechniej stosuje się nawiązanie do celu zabezpieczenia.

⁹¹ Por. J. Wasem, *Ramy analizy skutków przepisu dopuszczającego opcję wyjścia z systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego*, Projekt Banku Światowego 2000, materiał powielony, s. 4–9.

- **wymiar ryzyka.**

Pod względem wymiaru czasu w przywołanej koncepcji klasyfikacyjnej wyróżnia się trzy sposoby ustalania „składek”⁹², których jednak nie można uznawać za modelowe. Otóż „model” bieżącego finansowania świadczeń wywodzi się z założenia, że tworzony ze składek fundusz ubezpieczeniowy jest wykorzystywany do finansowania świadczeń w danym okresie (zwykle rozliczenie roczne). Jest to założenie logiczne, jednakże do tego rozumowania niepotrzebnie włącza się element rozważań związany z kryterium wymiaru ryzyka, tłumacząc, iż zapotrzebowanie na usługi medyczne rośnie wraz z wiekiem ubezpieczonych, a więc *de facto* bieżące finansowanie świadczeń oznacza ponoszenie przez osoby młodsze kosztów leczenia osób starszych. Rozwinięciem tego „skażonego” wymiarem ryzyka sposobu myślenia jest „model” bieżącego finansowania świadczeń w grupach wiekowych, który opiera się na założeniu, że fundusze ubezpieczeniowe, tworzone ze składek płaconych za ubezpieczonych z określonej grupy wiekowej, są wykorzystywane w wyznaczonym okresie do finansowania świadczeń udzielanych tylko tej grupie (w konsekwencji chodzi o różnicowanie wysokości składek według wieku). Podobnie w „modelu” nazywanym finansowaniem kapitałowym uwzględnia się *de facto* wymiar ryzyka, a nie tylko czasu, gdyż rozłożenie rozliczenia finansowego kosztów ochrony zdrowia w dłuższym czasie, przez tworzenie odpowiednich „oszczędności”, kojarzy się z finansowaniem (bez powiększania składki) wzrastającego z wiekiem zapotrzebowania na usługi medyczne.

Z kolei w aspekcie wymiaru ryzyka w omawianej propozycji klasyfikacyjnej wyróżnia cztery sposoby ustalania „składek”⁹³, przy czym w pełni można się zgodzić tylko z modelowym odróżnieniem „składki opartej na dochodzie” oraz „składki ryczałtowej” (obliczanej na podstawie stanu zdrowotnego danej społeczności). Natomiast w „modelu obliczania składki uzależnionym od ryzyka zachorowania” nie uwzględnia się ważnego zróżnicowania dotyczącego jednorazowej albo wielokrotnej oceny ryzyka. Wreszcie za ujęcie modelowe w sensie metodologicznym trudno uznać „model pośredni”.

Po przeanalizowaniu ujęć „modelowych” jedno zdanie ogólnego komentarza narzuca się od razu: przedstawione „modele” obliczania „składek” są opisywane w kolejności od najmniej do najbardziej „ubezpieczeniowego” podejścia.

⁹² Tamże, s. 5–6.

⁹³ Tamże, s. 6–7.

W pewnej zatem opozycji do zaprezentowanej koncepcji przyjmijmy, że **kryterium wymiaru czasu** powinno konsekwentnie odnosić się do okresu rozliczeniowego ochrony ubezpieczeniowej, a więc okresu uprawnienia do świadczenia, a wtedy można stwierdzić, że przy ustalaniu składek na ubezpieczenie ryzyka choroby (ubezpieczenie zdrowotne) należy odróżniać:

- **długookresową ochronę ubezpieczeniową,**
- **odnawialną ochronę ubezpieczeniową,**
- **krótkookresową ochronę ubezpieczeniową.**

Ze środków niewykorzystanych na świadczenia w okresie rozliczeniowym konieczne jest tworzenie funduszy rezerwowych⁹⁴, z których mogłyby być uzupełniane ewentualne „niedobory” w funduszach, powstające w kolejnych okresach rozliczeniowych (w języku ubezpieczeniowym chodzi o zmienność w czasie szkodowości losowej).

Odwołując się zaś do **kryterium wymiaru ryzyka** przy ustalaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenie ryzyka choroby), należy odróżniać (w kolejności od najbardziej do najmniej konsekwentnego ujęcia ubezpieczeniowego):

- **„underwritingową” partycypację w funduszu ubezpieczeniowym** w formie
 - underwritingu jednorazowego albo
 - underwritingu wielokrotnego.
- **zryczałtowaną partycypację w funduszu ubezpieczeniowym,**
- **dochodową partycypację w funduszu ubezpieczeniowym.**

Problem zastosowania kryterium wymiaru ryzyka przy ustalaniu składek wymaga przynajmniej krótkich wyjaśnień. Otóż „underwritingowa” partycypacja w funduszu ubezpieczeniowym wynika z ustalenia wysokości składki w zależności od oceny ryzyka, co oznacza, że każdy członek wspólnoty ryzyka wnosi do funduszu ubezpieczeniowego składkę odzwierciedlającą – mniej lub bardziej adekwatnie, ale wyznaczoną według analogicznej oceny – jego ryzyko choroby (osoby o potencjalnie większym ryzyku płacą oczywiście wyższą składkę, a osoby o mniejszym ryzyku – niższą). Oceny ryzyka można dokonywać albo tylko raz, na początku obowiązywania umowy ubezpieczenia, albo wielokrotnie, w regularnych odstępach czasowych w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Wyznaczanie składki na podstawie jednorazowej oceny ryzyka opiera się na założeniu, że każda osoba płaci składkę odzwierciedlającą jej ryzyko choroby; w mo-

⁹⁴ Z uwzględnieniem możliwości lokowania ich aktywów na rynku finansowym.

mencie objęcia ochroną ubezpieczeniową i w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia nie wprowadza się zmiany (podniesienia) wysokości składki. Wyznaczanie składki na podstawie wielokrotnej oceny ryzyka opiera się na założeniu, że każda osoba płaci składkę odzwierciedlającą jej aktualne ryzyko choroby, dlatego też oceny ryzyka dokonuje się wielokrotnie, w regularnych odstępach czasowych w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z możliwością zmiany wysokości składki w sytuacji zwiększonego ryzyka⁹⁵. Do tego wyводу należy dodać, że w przedstawionym rozumowaniu underwritingowe ustalanie składki polega na kwalifikowaniu ubezpieczonych do określonej klasy ryzyka⁹⁶, co oczywiście zakłada wcześniejsze przeprowadzenie rachunku aktuarialnego⁹⁷. Można mówić o underwringu demograficznym, który w przypadku oceny ryzyka choroby może uwzględniać wyłącznie cechy demograficzne (i podobne) ubezpieczonego (zwłaszcza wiek i płeć, ale też miejsce zamieszkania, wykształcenie, wykonywany zawód itp.). Najprostsza ocena zakłada, że ryzyko choroby rośnie wraz z wiekiem ubezpieczonych, a więc i składki powinny rosnać wraz z wiekiem ubezpieczonych. Bardziej skomplikowany jest underwriting medyczny, który w przypadku oceny ryzyka choroby wymaga wystarczająco szczegółowego opisu stanu zdrowia ubezpieczonego.

Wyznaczenie składki zryczałtowanej opiera się na założeniu, że każda osoba za uprawnienie do świadczeń gwarantowanych płaci taką samą składkę, oszacowaną na podstawie liczebności całej populacji (wspólnoty ryzyka) objętej zabezpieczeniem oraz stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych tej populacji. W takim podejściu do ustalania składki występuje solidaryzm w zakresie ryzyka choroby, ponieważ prowadzi to w konsekwencji do dystrybucji funduszu ubezpieczeniowego pomiędzy mniej i więcej korzystających ze świadczeń⁹⁸.

Przy wyznaczaniu składki od dochodu bierze się pod uwagę zróżnicowanie sytuacji materialnej (dochody, wynagrodzenia) ubezpieczonych, a „składka” wynosi wtedy

⁹⁵ Por. tamże, s. 8.

⁹⁶ Ocena ryzyka (*underwriting*) w tym rozumieniu jest szczególną procedurą stosowaną przez zakłady ubezpieczeń, kończącą się decyzją o zapewnieniu na określonych warunkach (lub o odmowie) ochrony ubezpieczeniowej. Underwriting obejmuje nie tylko ocenę jakościową i ilościową ryzyka, ale też danego ryzyka kwalifikację, czyli zaliczenie ubezpieczonego do pewnej kategorii członków wspólnoty ryzyka oraz danego ryzyka selekcję, czyli wybór (dobór członków wspólnoty ryzyka przez eliminację).

⁹⁷ Głównym celem rachunku aktuarialnego jest ustalenie standardowej składki ubezpieczeniowej *netto* (nazywanej też składką czystą, aktuarialną) i taryf składek *de facto* odzwierciedlających zróżnicowanie składek w zależności od podwyższonego ryzyka. Składka *netto* (składka „sprawiedliwa”, składka „powracająca”) jest wkładem finansowym na rzecz wspólnoty ryzyka, a tworzony w ten sposób fundusz ubezpieczeniowy *netto* stanowi źródło wypłat stosownych świadczeń. Składka *brutto* uwzględnia koszty akwizycji, koszty administracyjne i godziwy zysk ubezpieczyciela.

⁹⁸ Tamże.

ustalony procent podstawy jej wymiaru (dochodu, wynagrodzenia). Przy braku powiązania składki z indywidualnym ryzykiem choroby oraz jednakowych dla wszystkich świadczeniach gwarantowanych sytuacja taka oznacza jakby „podwójny” solidaryzm członków wspólnoty ryzyka, zarówno pod względem statusu materialnego, jak i różnej skali ryzyka choroby⁹⁹. Takie gromadzenie funduszu należy uznać za finansowanie podatkowe, choć wyrażone – co należy podkreślić – liniowo.

Na podstawie powyższego rozumowania należy przyjąć, że odmienne **modele ustalania składki na ubezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenie ryzyka choroby)** wynikają z określonej **kombinacji cech uwarunkowanych kryterium czasu i kryterium ryzyka**. Z całą pewnością **modelem ubezpieczeniowym ustalania składki jest kombinacja uwzględniająca długookresową ochronę ubezpieczeniową i underwrittingową partycypację w funduszu ubezpieczeniowym, i raczej w formie underwritingu jednorazowego niż wielokrotnego**. Krańcowo – jeśli można tak powiedzieć – „nieubezpieczeniowym” określeniem wkładu finansowego jest kombinacja dwóch cech – **krótkookresowej ochrony ubezpieczeniowej i dochodowej partycypacji w funduszu ubezpieczeniowym**.

Między tak określonymi, wywiedzionymi z kryteriów czasu i ryzyka modelami ustalania składki, w pełni ubezpieczeniowym oraz jednoznacznie nieubezpieczeniowym, rozciąga się *continuum* rozwiązań zabezpieczeniowych mniej lub bardziej ubezpieczeniowych, które mogą występować w praktyce, choćby model odnawialnej ochrony ubezpieczeniowej i zryczałtowanej partycypacji w funduszu ubezpieczeniowym.

I tutaj uwaga zasadnicza. Wkład finansowy nazywany „składką” w finansowaniu przedsięwzięć publicznych często nabiera właśnie cech podatku (lub jakiejś formy podatku celowego, celowego funduszu publicznego)¹⁰⁰. Problem nie polega jednak na zastosowaniu wtedy *de facto* finansowania podatkowego¹⁰¹, gdyż ta forma finansowania może być w pełni uzasadniona, lecz na tym, że taka **niby-składka fałszywie przedstawia partycypację finansową w systemie oraz charakter i tytuł uprawnienia do świadczeń**. Do tezy tej powrócimy jeszcze w dalszych rozważaniach, bo ma ona na ogół niedostrzegany aspekt podmiotowy.

⁹⁹ Por. tamże, s. 7.

¹⁰⁰ Czego bardzo dobrym przykładem jest polski system – niby-ubezpieczeniowy – finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

¹⁰¹ Niektórzy upierają się, że jest to finansowanie składkowe.

Nie jest to więc tylko problem terminologiczny. Jeśli przyjąć, że źródłem finansowania ochrony ubezpieczeniowej jest fundusz ubezpieczeniowy powstający ze składek, to nasuwa się przekorne pytanie, czy tam, gdzie tylko formalnie posługujemy się terminem składki, mamy do czynienia z zastosowaniem metody ubezpieczenia? Jest to odwrócenie właściwiej zadanego pytania, czy źródłem finansowania ochrony ubezpieczeniowej powinna być składka? Odpowiedź jest chyba oczywista.

Na tym tle pojawia się pytanie o składki, które w literaturze przedmiotu nieśluszenie uznaje za dochody niepodatkowe państwa, choć administrowane przez wydzielone fundusze celowe (tzw. parafiskus). Trudno się zgodzić ze sformułowaniem, że „składkę płaci się w celu uzyskania określonego świadczenia, mającego charakter dobra quasi-publicznego, które [...] nie jest przypisane jednostce, tak jak dobro prywatne, ani ogółowi, tak jak dobro publiczne – lecz grupie”¹⁰².

Niestety, zbyt często można się spotkać z traktowaniem podatku na fundusz celowy jako składki, a więc uznawaniem za ubezpieczeniowe tych rozwiązań, w których *de facto* występuje parapodatkowe gromadzenie funduszy budżetowych lub celowe „składkowe” wyodrębnienie części budżetu. W takich przypadkach można by się posługiwać odrębnym terminem i taką niby-składkę konsekwentnie nazywać „składatką”.

I tu komentarz. W języku polskim, w porównaniu z językiem angielskim, występuje wyjątkowa sposobność wyrażania różnicy między szerszym zakresem działalności społecznej (przez użycie pojęcia „polityka społeczna”) a jej węższym zakresem (przez użycie pojęcia „polityka socjalna”). Natomiast w języku polskim w przypadku finansowania jakiegoś zabezpieczenia społecznego posługujemy się **tylko jednym terminem** „składka”, podczas gdy w języku angielskim występują **dwa terminy** *premium*, kiedy mówimy o ubezpieczeniu, w którym ma zastosowanie zasada nazwana wyżej partycypacją underwritingową oraz *contribution*, kiedy mówimy o ubezpieczeniu, w którym ta zasada nie ma w pełni zastosowania. W tym drugim przypadku „składka” oznacza *de facto* wkład (udział), co może oznaczać różnicowanie tego wkładu od statusu materialnego korzystającego z danego zabezpieczenia przed ryzykiem.

Innym problemem jest zasada wnoszenia składki do funduszu ubezpieczeniowego przez wszystkich członków wspólnoty ryzyka. Należy bowiem zauważyć, że

¹⁰² F. Grądalski, *Wstęp...*, wyd.cyt., s. 21–22.

składkę powinien płacić ubezpieczający (podmiot zarządzający ryzykiem metodą ubezpieczenia), jednakże w tej roli może wystąpić nie tylko osoba ubezpieczona, której życie, zdrowie lub interes majątkowy są przedmiotem ubezpieczenia, a więc osoba stosująca ochronę ubezpieczeniową we własnym interesie (interesie rodzinnego gospodarstwa domowego), ale też podmiot (np. państwo, pracodawca), który podejmuje się zapewnić ochronę ubezpieczeniową innemu podmiotowi (określonej grupie społecznej, zatrudnionym).

Tymczasem na gruncie polityki społecznej (w tym polityki zdrowotnej) i systemu zabezpieczenia społecznego (w tym systemu zabezpieczenia zdrowotnego) trzeba zdecydowanie przyjąć, że modelowa zasada ubezpieczeniowa polega na finansowaniu *stricte* składkowym i funduszu ubezpieczeniowym. Problem polega jednak na tym, że **w części bazowej systemów zabezpieczenia zdrowotnego rozwiązania „mniej ubezpieczeniowe” są spotykane najczęściej.**

2.3. Finansowanie z darowizn

Ważnym ustaleniem terminologicznym byłoby przyjęcie, że **zasada filantropijna (dobroczynna)**¹⁰³ **stosowana w zabezpieczeniu społecznym w ujęciu modelowym oznacza finansowanie z darowizn.** Wtedy środki obsługujące od strony finansowej system zabezpieczenia zdrowotnego pochodzą z **funduszy charytatywnych.** Niestety, również w tym przypadku rozbieżności klasyfikacyjne są zasadnicze, a przecież darowizny mogą być traktowane jako wsparcie finansowe systemu zabezpieczenia zdrowotnego, podlegające danym preferencjom społecznym, na przykład w postaci ulg i zwolnień podatkowych. Taka bardzo istotna propozycja modyfikująca i uściślająca rozumowanie dotyczące finansowania zabezpieczenia społecznego może być uznana za kontrowersyjną. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że w systemie zabezpieczenia społecznego (i zdrowotnego) mogą się pojawiać znaczne środki charytatywne, w których zapośredniczaniu, między udzielającymi wsparcia a potrzebującymi wsparcia, uczestniczą instytucje publiczne i organizacje pozarządowe, zwłaszcza fundacje. Co szczególnie warto zauważyć, wielkość zgromadzonych środków

¹⁰³ Tej zasady nie należy – co już podkreślano – utożsamiać czy też kojarzyć z ogólniej rozumianą pomocą społeczną, finansowaną zwykle z funduszy publicznych, z budżetu państwa lub budżetów samorządowych.

charytatywnych mogłaby być podstawą ubiegania się przez organizacje pożytku publicznego o środki budżetowe (centralne i lokalne), proporcjonalnie uzupełniające fundusze organizatorów działalności charytatywnej¹⁰⁴. Zapośredniczanie polega oczywiście nie tylko na gromadzeniu, lecz także celowym wydatkowaniu tak pozyskanych środków.

3. Zróżnicowanie partycypacji finansowej w systemie zabezpieczenia zdrowotnego

3.1. Modele mechanizmu finansowego w systemie ochrony zdrowia

Rozpatrując problemy związane z finansowaniem systemu ochrony zdrowia, można powiedzieć, że oprócz dookreślenia źródeł finansowania systemu, ważne jest sformułowanie adekwatnej odpowiedzi na pytanie o możliwe formy partycypacji finansowej w systemie ochrony zdrowia oraz gromadzenia i wydatkowania funduszy na zabezpieczenie zdrowotne.

W tym miejscu istotne jest zwrócenie uwagi na modelowe podejście do tak ważnego problemu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jak **mechanizm przepływu środków finansowych**. Można się tu odwołać do koncepcji spopularyzowanej przez OECD¹⁰⁵, którą – nie tylko zresztą ze względu na zakres tego opracowania – należy jednak przedstawić i zinterpretować bardziej podmiotowo. Celem zastosowanej procedury modelowania powinno być bowiem **wyeksponowanie podmiotowych typów relacji finansowych**, które można by zdefiniować od strony popytowej (charakter środków finansowych przeznaczanych „na zdrowie”) i od strony podaży-

¹⁰⁴ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (DzU nr 96, poz. 873) nie zawiera, niestety, rozwiązań, które by konsekwentnie (i jednoznacznie) wiązały środki prywatne (charytatywne) z funduszami publicznymi we wsparciu finansowym systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego).

¹⁰⁵ Podejście modelowe upowszechnione przez OECD w 1992 r. Por. R.G. Evans, *Incomplete vertical integration: distinctive structure of the health care industry*, w: *Health, Economics and Health Economics*, Amsterdam 1981, North Holland oraz *The Reform of Health Care: a comparative analysis of seven OECD countries*, Paris 1992, OECD, cyt. za: M.G.H. Rhodes, K. Schaapveld, J.M. Fernandez, *Resource allocation in countries of the European Union; relevance for Polish health financing reform*, Leiden 1996, TNO-report, s. 5–8 oraz W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym...*, wyd.cyt., s. 342–345 (zob. także niezbyt udane tłumaczenie tej koncepcji: M.G.H. Rhodes, K. Schaapveld, J.M. Fernandez, *Alokacja zasobów w krajach Unii Europejskiej*, Pułtusk 1997, Projekt Phare, s. 6–9).

wej (charakter środków finansowych otrzymywanych „za zdrowie”), co w przywołanych opracowaniach określono chyba zbyt technicznie pozyskiwaniem środków finansowych i opłacaniem wytwórców usług zdrowotnych¹⁰⁶.

Punktem wyjścia w konstruowaniu modeli powinno być uwzględnienie, po pierwsze, kryterium dotyczącego **zasady partycypacji finansowej w systemie**¹⁰⁷, która odnosi się bardziej do sposobu niż źródła pozyskiwania środków finansowych. Przyjęta kolejność wymienienia podstawowych zasad wynika ze stosowanego na ogół przymusu przystąpienia do bazowej części systemu ochrony zdrowia. **Partycypacja finansowa w systemie ochrony zdrowia**, która w konsekwencji powinna decydować o faktycznym przystąpieniu do systemu i możliwościach uczestnictwa w poszczególnych częściach systemu, może być:

- (1) **obowiązkowa** i/lub
- (2) **dobrowolna**.

Niezupełnie na marginesie, należy dodać, że obowiązek nie wiąże się z przymusem uczestnictwa, tylko z przymusem partycypacji finansowej¹⁰⁸.

Po drugie, w konstruowaniu modeli powinno się uwzględnić kryterium dotyczące **form zapłaty należności za świadczenie**, z wyeksponowaniem udziału w tej należności konsumenta (pacjenta), co ma wyjątkowe znaczenie podmiotowe, gdyż czyni zapłatę mniej lub bardziej widoczną dla konsumenta oraz mniej lub bardziej dla niego zrozumiałą. Kolejność wymieniania tych form wynika z wyższego stopnia „odczuwania” i „czytelności” realnej partycypacji pacjenta w danym sposobie finansowaniu systemu ochrony zdrowia.

Zapłata odpowiednich należności za świadczenie może przybierać **formę płatności**:

- (1) **„z kieszeni” konsumenta,**
- (2) **refundowanej konsumentowi,**
- (3) **od instytucji kontraktującej świadczenia (płatnika¹⁰⁹);**
- (4) **właścicielskiej dla instytucji dostarczającej świadczenia.**

¹⁰⁶ Zob. tamże.

¹⁰⁷ Zob. tamże.

¹⁰⁸ Rozróżnienie przystąpienia do systemu i uczestnictwa w systemie zwłaszcza w przypadku systemu ochrony zdrowia wydaje się ważne, gdyż uczestnictwo w nim jest często w jakiejś mierze pozorne.

¹⁰⁹ Biorąc pod uwagę przepływ środków, płatnik jest aktywnym uczestnikiem systemu (kontrahentem świadczeń), a nie tylko swoistym agentem transferowym, zapośredniczającym finansowanie świadczeń.

Na tej podstawie można mówić o **modelach mechanizmu przepływu środków finansowych**, czyli konkretnych permutacjach (2 x 4) wyróżnionych wyżej zasad i form. Trzy modele (1 x 3¹¹⁰) tego mechanizmu są związane z obowiązkową partycypacją finansową w systemie:

- **model budżetowy scentralizowany**: występuje ogólny obowiązek podatkowej partycypacji finansowej, a zapłata należności za świadczenie ma formę płatności właścicielskiej (wewnętrznej) dla instytucji dostarczającej świadczenia zdrowotne, dokonywanej z przeznaczonych na rzecz systemu środków podatkowych;
- **model budżetowy zdekoncentrowany**¹¹¹: występuje ogólny obowiązek podatkowej partycypacji finansowej¹¹², a zapłata należności za świadczenie ma formę płatności od wyspecjalizowanej instytucji kontraktującej świadczenia, ze zgromadzonego w systemie funduszu, powstałego z wkładów finansowych o charakterze *de facto* podatkowym;
- **model ubezpieczenia obowiązkowego z refundacją wydatków**: występuje obowiązek partycypacji w funduszu ubezpieczeniowym w postaci składki, a zapłata należności za świadczenie ma formę płatności refundowanej konsumentowi na podstawie jego umownego udziału finansowego (składki) w systemie.

Cztery modele (1 x 4) są związane z dobrowolną partycypacją finansową w systemie:

- **model budżetowy dobrowolny**: występuje dobrowolność partycypacji finansowej (dobrowolne opodatkowanie), a zapłata należności za świadczenie ma formę płatności właścicielskiej (wewnętrznej) dla instytucji dostarczającej świadczenia zdrowotne, dokonywanej z przeznaczonych na rzecz systemu środków podatkowych;
- **model ubezpieczenia dobrowolnego z kontraktowaniem świadczeń**: występuje dobrowolność partycypacji finansowej, a zapłata należności za świadczenie ma formę płatności od kontraktującej świadczenia instytucji ubezpieczeniowej¹¹³ z funduszu powstałego z wkładów finansowych o charakterze składkowym¹¹⁴;

¹¹⁰ Model obowiązkowego przystąpienia i płatności „z kieszeni” konsumenta praktycznie nie występuje.

¹¹¹ Należy zwrócić uwagę, że częściej występuje właśnie dekoncentracja zarządzania środkami przeznaczonymi na ochronę zdrowia niż decentralizacja zarządzania.

¹¹² W tym przypadku można by użyć wcześniej zaproponowanego terminu składek i mówić o finansowaniu składkowym.

¹¹³ Należy uznać, że bardzo popularne tzw. abonamenty zdrowotne są w gruncie rzeczy rozwiązaniem niby-ubezpieczeniowym, które jest jednak nieformalnie stosowane przez instytucje nieubezpieczenio-

- **model ubezpieczenia dobrowolnego z refundowaniem wydatków:** występuje dobrowolność partycypacji finansowej, a zapłata należności za świadczenie ma formę płatności refundowanej konsumentowi z funduszu powstałego z wkładów finansowych o charakterze składkowym¹¹⁵;
- **model bezpośredniego zakupu świadczeń:** występuje oczywiście dobrowolność partycypacji finansowej, a zapłata należności za świadczenie ma formę płatności „z kieszeni” konsumenta.

Zmodyfikowane modele również nie precyzują wszystkich istotnych aspektów finansowania systemu ochrony zdrowia: (1) możliwości zróżnicowania zasad (obowiązków lub dobrowolność) partycypacji finansowej w danym podsystemie (ustanowione zasady przystąpienia), (2) odmiennego statusu podmiotów pośredniczących w finansowaniu i dostarczaniu usług zdrowotnych (prywatny zakład ubezpieczeń, publiczny zakład ubezpieczeń, firma abonamentowa, samorząd terytorialny, państwo), (3) rozróżnienia form wkładu pieniężnego do systemu (podatek, podatek celowy, podatek lokalny, składka underwritingowa, składka zryczałtowana), (4) zmienności podstawy partycypacji finansowej w systemie (uzależnienie wkładu pieniężnego od ryzyka, wynagrodzeń, dochodów, sytuacji materialnej, reguły dopłat), (5) różnego zakresu i struktury świadczeń (odmienne koszyki świadczeń, zakres świadczeń gwarantowanych, świadczenia ratunkowe, ambulatoryjne i szpitalne), (6) innych zasad wyrównywania różnic w ryzykach przejmowanych przez instytucje zdrowotne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, dane epidemiologiczne, koszt wytwarzania usług medycznych, dochody pacjentów, zamożność danych społeczności), (7) odmienności zasad kontraktowania świadczeń (ceny rynkowe, ceny regulowane, funkcje nadzoru finansowego). Dopiero tak „detalicznie” rozpisane zasady partycypacji finansowej pokazują złożoność podejścia podmiotowego do aspektu finansowego systemu ochrony zdrowia.

3.2. Redystrybucja w finansowaniu systemu zabezpieczenia zdrowotnego

we. Można w tym przypadku mówić o łamaniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i prowadzeniu działalności ubezpieczeniowej bez zezwolenia.

¹¹⁴ W tym rozumowaniu modelowym na ogół są zachowane reguły ubezpieczeniowe.

¹¹⁵ Również w tym rozumowaniu modelowym na ogół są zachowane reguły ubezpieczeniowe.

Jak już podkreślano, w finansowaniu systemu zabezpieczenia społecznego należy dostrzegać **aspekt redystrybucyjny**, czyli odmienności sposobu redystrybucji dochodów (transferów socjalnych) w zależności od finansowania opartego na podatkach, składkach i darowiznach. W przypadku polityki zdrowotnej problem ten warto szczególnie wyeksponować. W finansowaniu ochrony zdrowia może oczywiście wystąpić **redystrybucja budżetowa**, polegająca na proporcjonalnie większym udziale w finansowaniu świadczeń zdrowotnych obywateli lepiej sytuowanych materialnie. Warto jednak zauważyć, że ta największa skala redystrybucji dotyczy zaopatrzeniowego modelu zabezpieczenia zdrowotnego.

Z kolei, jak już wskazywano, **redystrybucja ubezpieczeniowa** polega na finansowaniu przez wszystkich członków danej wspólnoty ryzyka strat ponoszonych przez niektórych tylko jej członków, doświadczających zagrożeń w rezultacie konkretnych zdarzeń. I na ten swoisty rodzaj redystrybucji należy zwrócić większą uwagę, bo jest ona często niedostrzegana lub źle interpretowana. Otóż ochrona ubezpieczeniowa solidaryzm społeczny uzależnia wprost od postawy nacechowanej przezornością. Wtedy redystrybucja ma charakter „horyzontalny” (transfer między osobami, które nie zostały i zostały dotknięte skutkami zaistnienia ryzyka) i można ją nazwać redystrybucją losową. Podejście takie może być – mniej lub bardziej konsekwentnie – preferowane również w ubezpieczeniach dotyczących ryzyk społecznych (zastosowanie zasady ubezpieczeniowej w zabezpieczeniu społecznym). W finansowaniu ochrony zdrowia może oczywiście wystąpić redystrybucja ubezpieczeniowa. Odstępstwa od tak rozumianej redystrybucji polegają na wprowadzeniu do systemu redystrybucji o charakterze wertykalnym (między osobami osiągającymi wysokie i niskie dochody), a więc gdy od osób lepiej sytuowanych oczekujemy zapłacenia wyższej składki na fundusz ubezpieczeniowy (solidaryzm dochodowy). Inaczej wygląda sprawa, gdy ustalamy składkę zryczałtowaną, bo powołujemy się tylko na solidaryzm dotyczący mniejszego lub większego ryzyka¹¹⁶. Redystrybucję wertykalną należy uznać za właściwą dla finansowania zaopatrzeniowego, chociaż warto zauważyć, że płacenie składek w zależności od wysokości wynagrodzenia jest opodatkowaniem liniowym, a nie progresywnym.

¹¹⁶ Por. M. Rymsza, *Ewolucja ubezpieczeń społecznych a zasada sprawiedliwości dystrybucyjnej*, w: *Nierówni i równiejsi. Sprawiedliwość dystrybucyjna czasu transformacji w Polsce*, red. T. Kowalik, Warszawa 2002, Fundacja Innowacja, s. 244 i nast.

Wreszcie, jak podkreślano, **redystrybucja charytatywna** polega na przepływie środków od osób chcących wystąpić w roli darczyńców do osób potrzebujących wsparcia. W roli darczyńców nie występują oczywiście wyłącznie osoby lepiej sytuowane. Ten rodzaj redystrybucji ma w przypadku ochrony zdrowia wyjątkowo istotne znaczenie społeczne, aczkolwiek nie chodzi tutaj wyłącznie o tak spektakularne akcje, jak ta najgłośniejsza – „Orkiestra Świątecznej Pomocy”. W Polsce istnieje bowiem wiele fundacji o nastawieniu zdrowotnym, których systematycznej i akcyjnej działalności we wsparciu osób potrzebujących pomocy nie można przecenić. Są też fundacje nastawione na działania profilaktyczne i promocyjne, które w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia mają wyjątkowo istotne znaczenie.

3.3. Pojęcie kompensaty straty w systemie zabezpieczenia zdrowotnego

Pojęcie kompensaty straty występuje w procedurze ubezpieczeniowej nazywanej likwidacją straty (szkody).

W zabezpieczeniu społecznym dotyczącym ryzyk społecznych należy zwrócić uwagę na dominującą **zasadę miarkowania kompensaty strat**, polegającą na niepełnym pokryciu strat przez świadczenie. Wtedy istotnym problemem jest ustalenie zakresu tego pokrycia.

W tym miejscu rozważań należy też wyeksponować jedną z głównych tez dotyczących ryzyk o charakterze społecznym, że w zabezpieczeniu społecznym często stosuje się dodatkowo zasadę nieproporcjonalnej kompensaty straty: mniejsza strata jest kompensowana w relatywnie większym zakresie, większa zaś w relatywnie mniejszym zakresie¹¹⁷. Zasada ta może dotyczyć jednak tylko strat w zasobach spożywanych, a więc nie może mieć zastosowania do ryzyka choroby w znaczeniu uszczerbku na zdrowiu, czyli straty w postaci kosztów usługi zdrowotnej.

W procesie likwidacji straty zwłaszcza po stronie publicznego zakładu ubezpieczeń należy zwrócić uwagę na dominującą w ubezpieczeniach społecznych zasadę miarkowania kompensaty strat, polegającą na ustawowym ustaleniu zakresu po-

¹¹⁷ W rachunku aktuarnym dotyczącym danego ubezpieczenia społecznego należy zatem uwzględnić skalę swoistej nieekwiwalentności między składką a świadczeniem.

krycia strat przez świadczenie (najczęściej według reguł zdefiniowanego świadczenia).

W reformowaniu systemu ochrony zdrowia coraz częściej pojawia się – różnie uargumentowany – postulat dopłat do świadczeń zdrowotnych uzyskiwanych przez pacjentów. Postulat ten z odpowiednią argumentacją (bez podkreślania czynnika ograniczania popytu) należy uznać za przedstawiony wyżej problem zakresu kompensaty straty. Oczywiście inaczej należy traktować dopłatę zryczałtowaną za świadczenie w ogóle, dopłatę zryczałtowaną zróżnicowaną w zależności od rodzaju świadczenia, dopłatę stanowiącą procentowy udział w kosztach świadczenia. Dopłata może być też uzależniona od zdarzenia chorobowego, rodzaju świadczenia czy procedury medycznej, dotyczyć pozamedycznego elementu świadczenia. Z ubezpieczeniowego punktu widzenia dopłatę można potraktować jako **udział własny** albo franszyzę w pokryciu straty, którą jest koszt danej usługi zdrowotnej. Nieprecyzyjne jest używanie w tym przypadku określenia współpłacenie. Skala bezpośrednich dopłat do świadczeń zdrowotnych stałaby się zapewne tematem ostrej dyskusji społecznej, jeśli nawet dopuszczaloby się zwolnienia z opłat i wyznaczałoby się ich górne granice.

Postulatu dopłat do świadczeń zdrowotnych uzyskiwanych przez pacjentów nie można z oczywistych względów rozpatrywać w kategoriach nieproporcjonalnej kompensaty straty, a więc – przedstawionej wyżej – zasady kompensowania mniejszej straty (niższych kosztów świadczenia zdrowotnego) w relatywnie większym zakresie, a większej straty (większych kosztów świadczenia zdrowotnego) w relatywnie mniejszym zakresie. Można by natomiast rozważyć zróżnicowanie skali dopłat w zależności od statusu materialnego pacjenta.

Dopłaty do świadczeń zdrowotnych uzyskiwanych przez pacjentów można by potraktować jak ryzyko ubezpieczalne, obejmowane ochroną ubezpieczeniową (zob. rozdział III).

Powszechne systemy zabezpieczenia społecznego, organizowane przez państwo, mają na celu zapewnienie obywatelom tylko podstawowego standardu bezpieczeństwa socjalnego, w tym bezpieczeństwa zdrowotnego. Taki sposób rozumowania dotyczy również koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, na co należy zwrócić uwagę jeszcze przed przyjęciem zasad jego konstrukcji. Jeśli bowiem w zabezpieczeniu zdrowotnym odwołujemy się do koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, to powinniśmy mówić o standardzie świadczeń, a nie o poziomie mini-

mum społecznego w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych, a tak niestety jest postrzegane ustalanie tego koszyka świadczeń¹¹⁸.

Na tym tle bardzo istotnym zagadnieniem jest tzw. doubezpieczenie i szczególnie rozumiane „doubezpieczenie społeczne”, w tym „społeczne doubezpieczenie zdrowotne”, o czym będzie mowa przede wszystkim w rozdziale III.

4. Finansowanie systemu zabezpieczenia zdrowotnego a charakter uprawnień do świadczeń zdrowotnych

Różnice modelowe dotyczące finansowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego mają zasadnicze znaczenie podmiotowe, gdyż w dużej mierze przesądzają o charakterze (tytule) uprawnień do świadczeń. Znowu warto dokonać wyraźnego odróżnienia zasad zabezpieczenia. Tak więc z zasady zaopatrzeniowej zabezpieczenia wynika niewątpliwie **uprawnienie obywatelskie** (bo płacę podatki)¹¹⁹. Z zasady ubezpieczeniowej zabezpieczenia powinno wynikać **uprawnienie członka ubezpieczeniowej (a nie obywatelskiej) wspólnoty ryzyka** (bo płacę składki). Z zasady filantropijnej zabezpieczenia wynika natomiast tylko **możliwość uzyskania**, na podstawie spontanicznie okazywanego solidaryzmu społecznego, **niezbędnego wsparcia** (bo znalazłem się w trudnej sytuacji).

Szczególnie ważne jest wnoszenie składki do funduszu ubezpieczeniowego przez wszystkich członków wspólnoty ryzyka. Należy jednak zauważyć, że składkę płaci ubezpieczający (tutaj podmiot zarządzający ryzykiem choroby metodą ubezpieczenia) i że w tej roli może wystąpić:

- sama osoba ubezpieczona, której dotyczy ochrona ubezpieczeniowa w związku z ryzykiem choroby, ale też
- osoba (instytucja), która w związku z ryzykiem choroby podejmuje się zapewnić ochronę ubezpieczeniową innej osobie.

Odstępstwa od zasady opłacania adekwatnej składki są nie do końca słuszne i niestety przesadnie tłumaczone stwierdzeniem, że chodzi o ubezpieczenie o charak-

¹¹⁸ T. Szumlicz, *Znaczenie koszyka świadczeń medycznych w racjonalizowaniu polityki społecznej*, „Polityka Zdrowotna” z września 2004, t. I, s. 95.

¹¹⁹ Jak już podkreślano, tak rozumiane uprawnienie ze względu na wspólnoty międzynarodowe bywa rozszerzane na tzw. nierezydenta.

terze społecznym oraz usprawiedliwiane odwołaniem do solidaryzmu społecznego¹²⁰. Nie dotyczy to zresztą wyłącznie ubezpieczenia ryzyka choroby.

Ubezpieczeniu zdrowotnemu (ubezpieczeniu ryzyka choroby) wyjątkowo często przypisuje się właśnie cechę solidaryzmu i/lub wzajemności, nie unikając jednak przy tym nazbyt dużej ogólności takich skojarzeń. Mianowicie ochronę ubezpieczeniową tylko pozornie można przyrównywać do mniej lub bardziej spontanicznych odruchów ludzkich, polegających na udzielaniu sobie nawzajem pomocy w celu złagodzenia skutków negatywnych zdarzeń losowych. Nie można bowiem pominąć ściślejszych, bardziej precyzyjnych interpretacji pojęcia solidaryzmu, gdyż jego instytucjonalne formy z natury rzeczy występują w polityce społecznej jako takiej, a zwłaszcza w każdym systemie zabezpieczenia społecznego. Wystarczy zauważyć, że różne przejawy solidaryzmu są zawarte w rozwiązaniach zabezpieczenia zdrowotnego opartych na finansowaniu charytatywnym, podatkowym i składkowym. Solidaryzm jest także widoczny w każdym świadczeniu zdrowotnym, niezależnie od tytułu uprawnienia do niego (świadczenia obywatelskie, wspólnotowe, dobroczynne). Należy zatem stwierdzić, że w ubezpieczeniu zdrowotnym (i nie tylko) solidaryzm występuje w bardzo konkretnej formie wzajemności, która polega na zorganizowaniu szczególnego ugrupowania – ubezpieczeniowej wspólnoty ryzyka, opartej na wspólnym finansowaniu składkowym, a więc na konkretnym stosunku wspólnotowym.

W ubezpieczeniu zdrowotnym (ubezpieczeniu ryzyka choroby) problem ekwiwalentności ubezpieczeniowej (w znaczeniu ekwiwalentności kompensacyjnej) należy także rozpatrywać w kontekście solidaryzmu społecznego. Niewątpliwie w obrębie wspólnoty ryzyka można stosować zróżnicowanie składek, co wtedy stanowi wyraz solidaryzmu społecznego w ramach tej wspólnoty. Zróżnicowanie to powinno jednak dotyczyć tylko danej wspólnoty ryzyka, dobrze uzasadnione powinny być jego przesłanki i nie powinno być ono zbyt duże. W pełni uzasadnione może być tylko duże zróżnicowanie wkładu podatkowego do systemu ochrony zdrowia. Na tym polega za-

¹²⁰ Przypomnijmy więc, że składka jest kategorią *stricte* ubezpieczeniową i dotyczy szczególnej metody zarządzania ryzykiem, jaką jest ubezpieczenie. W tym znaczeniu składka jest ekwiwalentnym wkładem pieniężnym, wnoszonym (bezpośrednio lub pośrednio – na rzecz ubezpieczonego) przez wszystkich członków zorganizowanej wspólnoty ryzyka choroby do konkretnego funduszu ubezpieczeniowego, z którego mają być kompensowane straty wynikłe z określonych „zdarzeń chorobowych”, doświadczanych tylko przez niektórych członków tej wspólnoty. Duże znaczenie ma w tym przypadku zaprezentowane wcześniej podwójne rozumienie „ekwiwalentności ubezpieczeniowej” („ekwiwalentności funduszowej” i „ekwiwalentności kompensacyjnej”).

sadnicza różnica między składką a podatkiem i powinna być ona respektowana. Należy natomiast bezwzględnie wykluczyć członkostwo w ubezpieczeniowej wspólnotce ryzyka bez wnoszenia do funduszu ubezpieczeniowego składki (odrzućcie kategorię ubezpieczanych pośrednio), jednak z możliwością jej tzw. kredytowania w uzasadnionych sytuacjach.

Problem finansowania ochrony zdrowia w Polsce polega najogólniej, z jednej strony, na ustanowieniu **odpowiednio wysokiego funduszu celowego** przeznaczonego na świadczenia zdrowotne, bo zabezpieczenie przed ryzykiem choroby i potrzeby zdrowotne powinny należeć do zdecydowanie priorytetowych w polityce społecznej, a to musi mieć odzwierciedlenie w całości wydatków publicznych (określenie parametrycznego udziału wydatków zdrowotnych w budżecie). Ze względu na już wysokie podatki, preferencja dla ochrony zdrowia wymaga relatywnego ograniczania wydatków na inne cele publiczne. Trzeba jednak mocno podkreślić, że „wpompowywanie” do niezreformowanego systemu jakichkolwiek dodatkowych środków, nawet na uzasadnione podwyżki wynagrodzeń, nie ma najmniejszego sensu¹²¹. Z drugiej strony, istnieje **konieczność racjonalizacji wykorzystania zwiększonego udziału środków prywatnych w całości wydatków na ochronę zdrowia**. Oczywiście, w tym celu konieczne jest przyjęcie reguł udziału w finansowaniu (współfinansowania) niektórych świadczeń zdrowotnych. Jednakże głównym nurtem dopływu nowych środków finansowych powinno się stać upowszechnianie dodatkowych (prywatnych) ubezpieczeń zdrowotnych (ubezpieczeń ryzyka choroby)¹²².

5. Koncepcja bonu zdrowotnego w finansowaniu ochrony zdrowia

Na tle powyższych rozważań twierdzenie, że w Polsce mamy system mieszany, ubezpieczeniowo-budżetowy, w którym ubezpieczenie zdrowotne wspomagane

¹²¹ Potocznie mówi się o wrzucaniu pieniędzy do dziurawego worka. Uwzględniając swoistą socjotechnikę, można wprawdzie założyć, że nieustępliwe domaganie się wzrostu wynagrodzeń bez dokonania zmiany jest właśnie formą nacisku środowiskowego, która miałaby wymusić zasadniczą zmianę systemu.

¹²² Jestem raczej za posługiwaniem się pojęciem „ubezpieczenie chorobowe” (ubezpieczenie ryzyka choroby), ale warto zauważyć, że w przypadku ubezpieczeń o charakterze społecznym używa się określeń, które nawiązują i do nazw ryzyk (ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, ubezpieczenie ryzyka bezrobocia), i do nazw świadczeń (ubezpieczenie emerytalne, ubezpieczenie rentowe), i do celu zabezpieczenia (ubezpieczenia zdrowotne).

jest przez budżet państwa oraz że jest to optymalne rozwiązanie¹²³, z pewnością nie jest prawdziwe pod względem terminologicznym i fałszywie opisuje istniejącą rzeczywistość. Tzw. składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, odliczana od PIT, stanowi bowiem wyjątkowo nieczytelną i nieubezpieczeniową podstawę organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia. Uwagi krytyczne dotyczące obecnego finansowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego są powszechne, ale konkretne propozycje zmian pojawiają się sporadycznie. Ciekawym rozwiązaniem jest tzw. bon zdrowotny, którego konstrukcji należy jednak przyrzeć się dostatecznie krytycznie, aby nie tworzyć nowych mitów wokół prostej możliwości jego zastosowania.

5.1. Bon zdrowotny – w kierunku ubezpieczenia?

Jedną z najbardziej nagłościonych propozycji zmian w finansowaniu systemu ochrony zdrowia jest wprowadzenie tzw. bonu („czeku”) zdrowotnego, którego pomysł pojawił się jeszcze w 2004 r.¹²⁴, a następnie był dodatkowo wyjaśniany i dookreślany¹²⁵. Pomysł ten zasługuje na wnikliwsze skomentowanie nie tylko z powodu – wcześniej przedstawionych – modelowych zasad finansowania zabezpieczenia społecznego. Koncepcja bonu zdrowotnego ma bowiem szczególne znaczenie również ze względu na podjęty w tym opracowaniu problem podmiotowości w polityce zdrowotnej.

Dobrym punktem wyjścia do jej skomentowania jest ogłoszona w czerwcu 2005 r. deklaracja „O przyjazny pacjentowi i efektywny system opieki zdrowotnej w Polsce”, która zawiera rekomendacje dla nowego rządu (tego, który wówczas dopiero miał powstać), podpisana przez 18 organizacji nie tylko związanych bezpośrednio ze służbą zdrowia. Co ważne, zaproponowano też rozwiązania ustawowe¹²⁶, odwołujące się do respektowanych przez jej sygnatariuszy zasad konstrukcji systemu¹²⁷.

¹²³ Zapis wystąpienia ministra zdrowia..., wyd.cyt. (zob. rozdział I).

¹²⁴ Zob. Program Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej opracowany przez Porozumienie Środowisk Medycznych.

¹²⁵ Zob. W. Misiński, *Bon na...*, wyd.cyt.; wypowiedzi ekspertów w: D. Sikora, *Bon zamiast składki*, „Gazeta Prawna” z 18 września 2006 r.; K. Bukiel, *Racjonalny system opieki zdrowotnej – najkrócej*, opracowanie z 20 lutego 2007 r.

¹²⁶ Zob. projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz opis projektu ustawy (Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, październik 2005 r.). W nazwie tej ustawy uparcie stosuje się określenie „ubezpieczenie”, wedle stale pokutującego przekonania, że „Polakom ubezpieczenie do-

Idea zaproponowanego rozwiązania systemowego zawiera się w definicji bonu zdrowotnego, który według projektu ustawy (art. 5) ma stanowić „kwotę środków finansowych pochodzących z budżetu państwa, przeznaczonych na sfinansowanie składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne”. Należy dodać, że wartość tego bonu mogłaby być zróżnicowana według czterech grup: 0–3, 4–18, 19–65, 65 lat i więcej. Do tego miejsca pomysł na jednoznaczne określenie środków publicznych przeznaczanych na zabezpieczenie zdrowotne (medycyna ratunkowa miałaby być nadal finansowana z budżetu państwa) oraz indywidualną dyspozycję tymi środkami jest interesujący¹²⁸. Stanowi on bardzo dobre przejście z części zaopatrzeniowej do części ubezpieczeniowej systemu. Takie rozwiązanie powinno znaleźć odpowiednio dużą akceptację społeczną, choć stwierdzenie, że „w ten sposób zachowana zostaby zasada solidaryzmu społecznego”¹²⁹, nie jest precyzyjne, bo w ten sposób wyznaczono by *de facto* granice solidaryzmu, a właśnie te granice stanowią najistotniejszy problem polityczny w ochronie zdrowia.

W tym też miejscu, a więc na składce, kończy się niestety konsekwentne myślenie ubezpieczeniowe pomysłodawców. W proponowanym systemie pojawia się bowiem kwalifikowanie leków i świadczeń do refundacji¹³⁰.

Dla rozwiązania ubezpieczeniowego zasadnicze znaczenie miałoby powołanie zakładów ubezpieczeń zdrowotnych. Należy zatem od razu zauważyć, że propono-

brze się kojarzy”. W ustawie powinno być wyraźnie stwierdzone, że chodzi o zabezpieczenie zdrowotne.

¹²⁷ „Powszechne ubezpieczenie zdrowotne” (PUZ) ma być oparte (art. 4 projektu ustawy) na zasadach:

- 1) solidarności społecznej,
- 2) równego dostępu ubezpieczonych do świadczeń,
- 3) wolnego wyboru Funduszu Zdrowia oraz świadczeniodawcy przez ubezpieczonych na warunkach określonych w ustawie,
- 4) zwrotu kosztów.

¹²⁸ Nie oznacza to, że rozwiązanie takie jest łatwe pod względem technicznym.

¹²⁹ W. Misiński, *Bon na...*, wyd.cyt.

¹³⁰ W uzasadnieniu do ustawy zakłada się finansowanie świadczeń, które znajdują się w Koszyku Świadczeń Refundowanych. Na koszyk ten składają się „Wykaz refundowanych leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych” i „Wykaz refundowanych świadczeń zdrowotnych”. Ustawa bardzo dokładnie opisuje proces kwalifikowania świadczeń do koszyka i od strony instytucjonalnej, i od strony metodycznej. Wyróżnia się cztery grupy refundacyjne leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych oraz trzy grupy refundacyjne świadczeń. Warto jednak zwrócić uwagę, że użycie w przypadku świadczeń dookreślenia „refundowanych” jest poważnym nieporozumieniem terminologicznym z punktu widzenia metody ubezpieczenia (w ubezpieczeniu – jak już wyjaśniano wcześniej – wypłaca się świadczenia z funduszu ubezpieczeniowego powstałego ze składek członków danej wspólnoty ryzyka).

wana instytucja „funduszy zdrowotnych”¹³¹ nie jest w tym przypadku właściwa, gdyż produkty ubezpieczeniowe – a zakupu takich dokonywałby dysponent składki – może oferować tylko instytucja ubezpieczeniowa. To właśnie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych powinny konkurować o składki obywateli, oferując różnego rodzaju zestawy (koszyki) świadczeń zdrowotnych, opisane w ogólnych warunkach ubezpieczenia. To zakłady ubezpieczeń zdrowotnych powinny negocjować ceny świadczeń zdrowotnych, za które – wywiązując się ze zobowiązań wobec ubezpieczonych – będą musiały zapłacić świadczeniodawcom.

Zasadniczym problemem w systemie społecznego zabezpieczenia zdrowotnego o charakterze ubezpieczeniowym byłoby ustalenie koszyka gwarantowanych (podstawowych) świadczeń zdrowotnych¹³², które musiałby oferować zakład ubezpieczeń zdrowotnych za składkę równą wartości bonu zdrowotnego przyznanego danej osobie.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że sposób w jaki przedstawiono wyniki dotychczasowych prac nad koszykiem gwarantowanych świadczeń zdrowotnych był wyjątkowo kontrowersyjny. Koszyk (gwarantowanych, refundowanych) świadczeń zdrowotnych (medycznych) jest już pojęciem nieobcym opinii społecznej, ale budzącym wiele nieporozumień, podobnie jak kiedyś wyrażane w formie pieniężnej minimum socjalne, ustalone na podstawie wyceny koszyka dóbr i usług, których zaspokojenie uważane jest za niezbędne z punktu widzenia godziwego poziomu życia. Na szczęście minimum socjalne jest już na ogół traktowane tylko jako swoisty **termometr** w mierzeniu poziomu życia w skali społecznej i indywidualnej, pozwalający w pewnym przybliżeniu określić liczbę gospodarstw domowych znajdujących się „pod kreską” zaspokojenia potrzeb podstawowych.

Natomiast koszyk świadczeń zdrowotnych – w przeciwieństwie do minimum socjalnego – ma **gwarantować** zaspokojenie niezbędnych potrzeb zdrowotnych. Jest

¹³¹ W uzasadnieniu do projektu ustawy podaje się, że Powszechne Ubezpieczenie Zdrowotne realizowane byłoby przez Fundusze Zdrowia – publiczne i niepubliczne, konkurujące ze sobą. Każdy miałby prawo wyboru funduszu, do którego byłaby przekazywana jego składka (bonu zdrowotny). Fundusz nie mógłby odmówić przyjęcia ubezpieczonego. Fundusze publiczne powstałyby z podziału NFZ na 4–6 odrębnych funduszy (działających na terenie całego kraju). Fundusze niepubliczne mogłyby być powołane przez dowolne podmioty, po spełnieniu odpowiednich warunków finansowych, gwarantujących ich wiarygodność. Fundusze Zdrowia zarządzałyby składkami ubezpieczonych, nie będąc właścicielami środków. Wszystkie środki ze składek musiałyby być przeznaczane na świadczenia. Fundusze byłyby wynagradzane w zależności od liczby ubezpieczonych w danym funduszu (opłata stanowiąca ustalony procent od bonu zdrowotnego).

¹³² Na ten temat zamiast wielu: W. Wierzbą, K. Radecka, *Koszyk gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej – konstrukcja i implementacja*, „Polityka Zdrowotna” z października 2006, t. VI, s. 17–21.

zatem kategorią zabezpieczenia społecznego o szczególnym znaczeniu, bo bezpośrednio wyraża zakres świadczeń dostępnych ze środków publicznych.

Jest oczywiste, że żadnego zestawu (katalogu) procedur medycznych, które mogą mieć zastosowanie w procesie skutecznego leczenia, nie można nazywać koszykiem (tym bardziej gwarantowanych) świadczeń zdrowotnych. Zawartość koszyka gwarantowanego, jak sama nazwa wskazuje, musi być bowiem dopasowana do środków finansowych przeznaczonych na bazowe zabezpieczenie zdrowotne, co wymaga dokonania nadzwyczaj trudnego wyboru i wyceny procedur. Spis możliwych do zastosowania procedur medycznych można zatem potraktować tylko jako opracowanie wstępne, poddające się wyłącznie ocenie profesjonalnej od strony medycznej, stanowiące dopiero podstawę ustalenia „prawdziwego” koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Tymczasem stwierdzeniem: „żeby zapewnić finansowanie procedur, które się znalazły w tych dwóch księgach brakuje nam 9 miliardów złotych”¹³³ oraz dość powszechny sposób komentowania tej wypowiedzi przez media („do sfinansowania koszyka świadczeń gwarantowanych brakuje jeszcze 9 mld zł, dlatego należy podnieść składki na ubezpieczenia zdrowotne”¹³⁴), ponownie dokonano zmańczenia świadomości społecznej, w której pozostanie przeświadczenie, że bezpieczeństwo zdrowotne jest uzależnione od państwa, które powinno znaleźć brakujące pieniądze, a nie od państwa, które powinno jak najszybciej podjąć decyzję o zmianie systemu ochrony zdrowia. Zresztą wyraźne zarysowanie docelowego systemu ochrony zdrowia, w tym zasad jego finansowania, stanowi *conditio sine qua non* ustalenia (możliwego do sfinansowania) koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Trzeba bowiem zdawać sobie sprawę z tego, że wartość bonu zdrowotnego będzie łatwa do skonfrontowania z wyceną koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, a wiadomo, że za „aktualną” wartość bonu nie będzie możliwy zakup ubezpieczenia z zadowalającym koszykiem świadczeń. Pytanie, na ile zaproponowana wartość bazowa bonu, powstała z podzielenia 6% PKB przez liczbę obywateli, jak się podaje w uzasadnieniu do ustawy, jest realna w sensie politycznym. Tak więc przedmiotem ostrej dyskusji społecznej stałby się zapewne problem skali niezbędnych dopłat do świadczeń i wydatków na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

¹³³ Z wystąpienia ministra zdrowia Zbigniewa Religi w sprawie koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych na konferencji 29 czerwca 2007 r.

¹³⁴ „Nasz Dziennik” z 30 czerwca – 01 lipca 2007, nr 151 (2864).

Najważniejsze wydaje się to, że ewentualne wprowadzenie nowego rozwiązania systemowego, opartego w tym przypadku na bonie zdrowotnym, uzasadniałoby zwiększenie środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia, bo mogłby zniknąć newralgiczny argument o bezsensownym „dokładaniu” środków do systemu w obecnym kształcie.

5.2. Bon zdrowotny – aspekt podmiotowy

Nie sposób przecenić znaczenia indywidualnej dyspozycji środkami publicznymi na zabezpieczenie społeczne, jaką zapewniałby bon zdrowotny. Wprowadzenie bonu zdrowotnego rzeczywiście mogłoby też spowodować, szybsze dotarcie informacji do statystycznego Kowalskiego, że każde świadczenie zdrowotne, choć „bezpłatne”, ma jakąś cenę. Ten aspekt podmiotowości ma oczywiście niezaprzeczalne znaczenie dla kształtowania świadomości społecznej dotyczącej organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Wśród wymienianych zalet proponowanej ustawy niemniejsze znaczenie ma podejście podmiotowe o charakterze politycznym. Stwierdza się bowiem, że potencjalna zmiana systemu ochrony zdrowia jest „kompromisem między propozycjami PO i PiS – partii, które najprawdopodobniej utworzą przyszły rząd”. Jest (był) to kompromis, który z obu programów bierze (brał) „to, co w nich najlepsze, eliminując to, co złe”.

Następujące elementy są (były) wspólne z programem PiS-u:

- 1) finansowanie składki na Powszechne Ubezpieczenie Zdrowotne (PUZ) z budżetu państwa, w kwocie 6% PKB;
- 2) objęcie ubezpieczeniem każdego obywatela;
- 3) przyznanie państwu roli regulatora rynku świadczeń zdrowotnych.

Następujące elementy są (były) wspólne z programem PO:

- 1) możliwość realizacji PUZ przez konkurujące ze sobą publiczne i niepubliczne Fundusze;
- 2) istnienie konkurencji między świadczeniodawcami, wolny wybór świadczeniodawcy przez pacjenta, brak tzw. konkursu ofert dla świadczeniodawców;
- 3) możliwość istnienia dopłat pacjentów do świadczeń zdrowotnych w przypadku niewystarczającej ilości środków publicznych PUZ.

Następujące elementy są (były) wspólne z programami obu partii:

- 1) ustalenie koszyka świadczeń refundowanych;
- 2) powołanie niezależnych instytucji, które zajmą się oceną merytoryczną technologii medycznych (świadczeń zdrowotnych, leków), kwalifikowaniem do koszyka świadczeń refundowanych i obiektywną wyceną świadczeń (wyliczeniem standaryzowanych kosztów);
- 3) wprowadzenie rejestru usług medycznych;
- 4) istnienie dopłat pacjentów do świadczeń uznanych za „ponadstandardowe”;
- 5) istnienie dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Jest to porównanie programów może zbyt pobieżne (jak wiadomo, „diabeł tkwi w szczegółach”), ale stanowi ono niewątpliwie oryginalne podejście konsensualne, a nie konfrontacyjne w osiąganiu celów zdrowotnych.

III. Konstrukcja systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego

1. Ryzyko choroby a zabezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie zdrowotne

Punktem wyjścia rozważań jest oczywiście ryzyko choroby. Ryzyko to, jako elementarne zagrożenie negatywnym zdarzeniem zdrowotnym, którego zaistnienie spowoduje stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach gospodarstwa domowego, zwykło się umieszczać – zobacz wcześniejszy wywód – na pierwszym miejscu w katalogu ryzyk społecznych obejmowanych systemem zabezpieczenia społecznego. Ryzyko choroby ma dla gospodarstwa domowego znaczenie szczególne, wiąże się bowiem z możliwością jakby podwójnego uszczuplenia jego zasobów (podwójne rozumienie straty) i z koniecznością skompensowania powstałej straty, zarówno w sytuacji:

- **uszczerbku na zdrowiu** (strata w zasobach posiadanych = pokrycie kosztów usługi medycznej¹³⁵), jak i
- **przejściowej niemożności wykonywania pracy** (strata w zasobach spodziewanych = pokrycie braku dochodów w okresie choroby).

W tym opracowaniu interesuje nas przede wszystkim ryzyko choroby i system zabezpieczenia zdrowotnego w pierwszym rozumieniu, chociaż – ze względu na propozycję (zob. dziesięciopunktowy plan Religi) wyłączenia podfunduszu chorobowego z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i włączenia go do zasobów finansowych systemu ochrony zdrowia – również problem kompensaty skutków przejściowej niemożności wykonywania pracy z powodu choroby powinien być przynajmniej odnotowany.

Ryzyko choroby należałoby też wyraźniej odróżniać od ryzyka niedołęstwa starczego, starczej niewydolności życiowej (ryzyka niesamodzielności), czyli takiego stanu człowieka starego, gdy „na skutek zaniku i niewydolności narządów lub przewlekłej ciężkiej choroby staje się on niezdolny do wykonywania codziennych czynności, koniecznych w normalnym życiu”¹³⁶ (zapowiedź w dziesięciopunktowym planie Religi wprowadzenia ubezpieczeń pielęgnacyjnych).

¹³⁵ Usługę medyczną należy też łączyć z ryzykiem macierzyństwa, które wiąże się z koniecznością zwiększonej opieki medycznej nad matką i dzieckiem.

¹³⁶ L. Jabłoński, J. Wysokińska-Miszczyk, *Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatrici*, Lublin 2000, Czelej, s. 75–76, cyt. za: B. Więckowska, *Ubezpieczenie ryzyka niedołęstwa starczego*, Warszawa, kwiecień 2005, KES SGH, rozprawa doktorska, s. 63. Wcześniej była propozycja wyróż-

Realizowane i postulowane rozwiązania systemowe dotyczące zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego) powinny się odwoływać w pierwszym rzędzie do następującego ciągu następstw i zależności¹³⁷:

ryzyko choroby > zdarzenie > sytuacja > potrzeba > świadczenie

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na różnicę między powyższą sekwencją rozumowania a tą dotyczącą zastosowania w zabezpieczeniu metody ubezpieczenia:

ryzyko choroby > składka > zdarzenie losowe > strata > świadczenie

Zasadnicza różnica polega na tym, że pierwsza sekwencja odnosi się do podstaw konstrukcji **systemu zabezpieczenia społecznego w ogóle**, druga zaś właśnie do możliwości **zastosowania w tym systemie metody ubezpieczenia**. Pierwsza zatem – wyraźnie nadrzędna wobec drugiej – konstytuuje system zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego), którego „objętość” – żeby użyć takiego wymownego określenia – i ewentualnie charakter ubezpieczeniowy stanowi przedmiot umowy społecznej (poruszany wcześniej aspekt realizacyjny polityki społecznej), dotyczącej przede wszystkim zorganizowania i funkcjonowania **systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego**.

2. Elementy systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego

Na tle obszernych rozważań w poprzednich rozdziałach, dotyczących zagadnień polityki społecznej (zdrowotnej) i finansowania systemu ochrony zdrowia można zadać pytanie o **pożądaną konstrukcję systemu ochrony zdrowia**, a zwłaszcza jego zasadniczej części, nazywanej w tym opracowaniu **systemem społecznego zabezpieczenia zdrowotnego**. Jak się okaże, chodzi o odpowiedź nie tylko z punktu widzenia źródeł finansowania tego systemu, chociaż te – co już wcześniej stwierdziliśmy – powinny stanowić o realnym charakterze (tytule) uprawnień do świadczeń

nienia tego ryzyka w katalogu ryzyk społecznych.

¹³⁷ T. Szumlicz, *Modele...*, wyd.cyt., s. 74–75.

zdrowotnych (jak już ustalono – ważny aspekt podmiotowy rozumowania w zmianie systemu).

2.1. Publiczne bazowe zabezpieczenie zdrowotne

Na wstępie przyjmiemy, że system ochrony zdrowia – w najprostszym ujęciu porządkującym – można opisać, wyróżniając: **(1) publiczne (bazowe) zabezpieczenie zdrowotne, (2) prywatne ubezpieczenia zdrowotne i (3) inne metody zarządzania ryzykiem choroby** (zob. schematy 5 i 6).

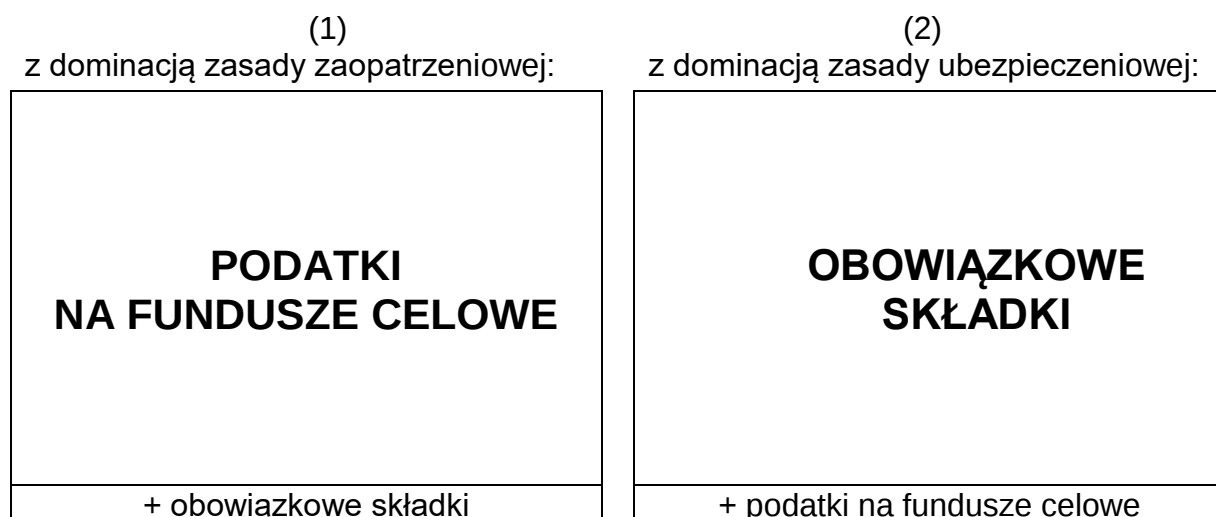
Przy tym ogólnym założeniu klasyfikacyjnym **publiczne (bazowe) zabezpieczenie zdrowotne** obejmuje dany zestaw („koszyk”) gwarantowanych obywatelom przez państwo świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych gromadzonych z **podatków na fundusze celowe i/lub obowiązkowych składek** w ustalonych proporcjach, w zależności od tego, czy w organizacji i funkcjonowaniu tego zabezpieczenia dominuje zasada zaopatrzeniowa, czy ubezpieczeniowa (zob. schemat 4). Przy czym warto zwrócić uwagę, że takie schematyczne, jednoznaczne „przypisanie” środków finansowych nie jest łatwe właśnie wtedy, kiedy rozpatrujemy konkretne bazowe zabezpieczenie zdrowotne, bo pojawia się – poruszany już – problem klarownego określenia tego, jakie finansowanie publiczne można uznać za podatkowe, a jakie – za składkowe¹³⁸. A ten problem – nie tylko terminologiczny – w opisywaniu systemów ochrony zdrowia jest, niestety, niesłusznie lekceważony, gdyż w podmiotowym znaczeniu charakter tego, co określamy skrótowo „mieć prawo do”, okazuje się w praktyce niebywale istotne. Ustawianie w kolejce po świadczenia osób, które mają przeświadczenie o tym, że system ma charakter ubezpieczeniowy (podkreślane przez pacjentów „tyle lat płacę składki”¹³⁹) jest największym nieporozumieniem w obecnie funkcjonującym systemie zabezpieczenia zdrowotnego, i to właśnie

¹³⁸ Tylko pozornie tworząc kasy chorych w 1999 r., odeszliśmy od finansowania podatkowego, wprowadzając *de facto* pewną decentralizację (lepiej: dekoncentrację) dyspozycji środkami budżetowymi przeznaczanymi na ochronę zdrowia. Natomiast w systemie z Narodowym Funduszem Zdrowia nawet ta decentralizacja (dekoncentracja) została poważnie ograniczona.

¹³⁹ Stwierdzenie nie bez racji, jeśli odwołać się do ustawowych określeń: „składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń” albo „przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę”

nieporozumieniem o charakterze podmiotowym. Najlepiej widać wtedy istotę różnicy między dwoma rodzajami zobowiązań instytucji organizującej zabezpieczenie wobec korzystającego z ochrony, czyli zobowiązaniami wynikającymi z zastosowania zasady zaopatrzeniowej a zobowiązaniami wynikającymi z zasady ubezpieczeniowej.

Schemat 4. Źródła finansowania publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego



Źródło: opracowanie własne.

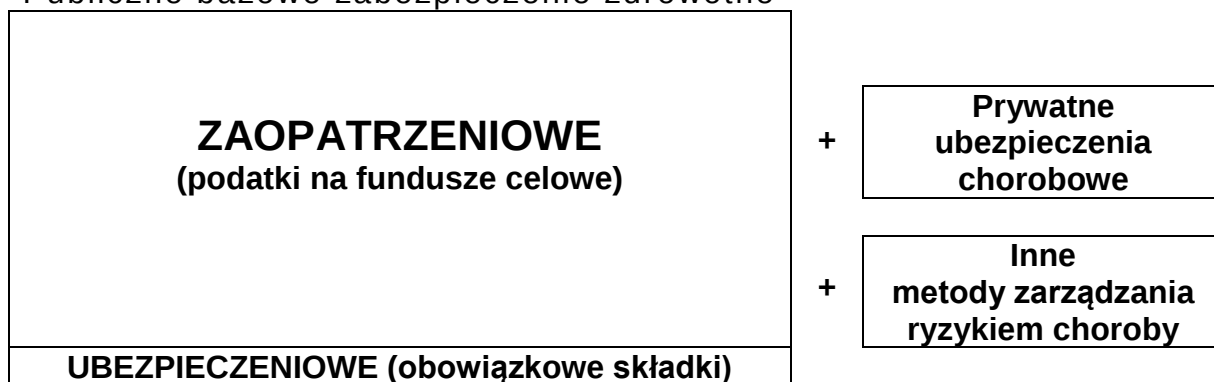
Z kolei **prywatne ubezpieczenia zdrowotne** to związane z ryzykiem choroby produkty ubezpieczeniowe, oferowane na zasadach rynkowych przez prywatne zakłady ubezpieczeń, zarówno o statusie spółek akcyjnych, jak i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. W stosunku do bazowego zabezpieczenia zdrowotnego ta ochrona ubezpieczeniowa ma charakter bardziej suplementarny (w dużej mierze „zdublowanie” ochrony pozornie zapewnianej przez zabezpieczenie bazowe) niż komplementarny (uzupełnianie ochrony zapewnianej przez zabezpieczenie bazowe)¹⁴⁰. Finansowanie tej ochrony jest w pełni dobrowolne (kupno ubezpieczenia indywidualne lub grupowe) i – co bardzo ważne – ten udział w finansowaniu systemu ochrony zdrowia nie jest w żaden sposób preferowany przez ulgi i zwolnienia dotyczące albo finansowania publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego, albo zakupu ubezpieczenia.

¹⁴⁰ Zob. punkt 2.3 w tym rozdziale opracowania.

Wreszcie **inne metody zarządzania ryzykiem choroby** obejmują różnorodne działania prozdrowotne, takie jak: powszechna promocja zdrowia, ogólna profilaktyka zdrowotna, samoleczenie, bezpośredni zakup usług zdrowotnych, edukacja medyczna, a więc te elementy systemu ochrony zdrowia, które są finansowane zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych, ale nie są bezpośrednio zaliczane do bazowego zabezpieczenia zdrowotnego i nie stanowią prywatnej ochrony ubezpieczeniowej.

Schemat 5. System ochrony zdrowia z dominacją publicznego bazowego zabezpieczenia o charakterze zaopatrzeniowym

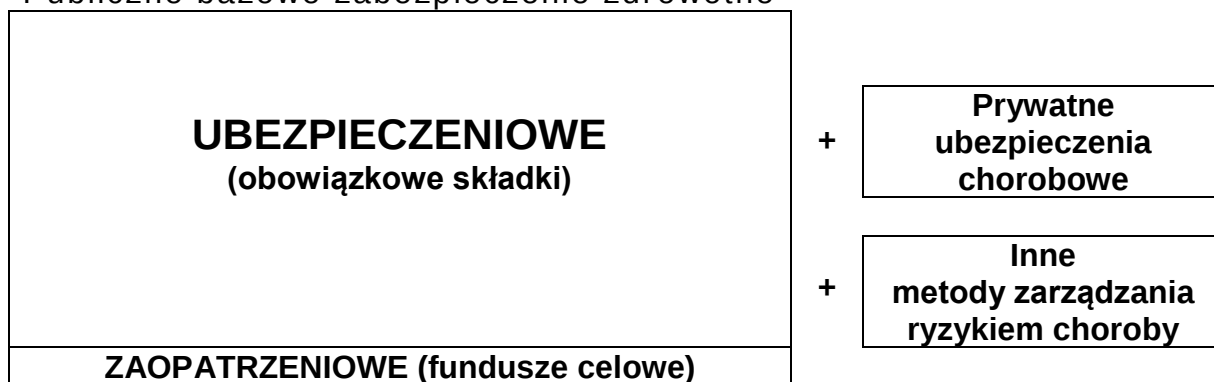
Publiczne bazowe zabezpieczenie zdrowotne



Źródło: opracowanie własne; por. T. Szumlicz, B. Więckowska, *Uwarunkowania zastosowania rozwiązań ubezpieczeniowych w polityce zdrowotnej*, „Polityka Zdrowotna” z grudnia 2004, t. II, s. 15–16.

Schemat 6. System ochrony zdrowia z dominacją publicznego bazowego zabezpieczenia o charakterze ubezpieczeniowym

Publiczne bazowe zabezpieczenie zdrowotne



Źródło: opracowanie własne; por. T. Szumlicz, B. Więckowska, *Uwarunkowania...*, wyd.cyt., s. 15–16.

2.2. Społeczne dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne

W dalszym ciągu rozumowania przyjmujemy zasadniczą tezę, że **zaspokojenie zdrowotnych potrzeb społecznych, a zwłaszcza zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, powinno stanowczo należeć do priorytetowych w polityce społecznej oraz że musi to mieć wyraźne odzwierciedlenie – w polityce zdrowotnej, systemie ochrony zdrowia w ogóle i systemie społecznego zabezpieczenia zdrowotnego – w postaci zwiększającego się udziału środków przeznaczanych na usługi zdrowotne w całości wydatków społecznych (publicznych i prywatnych¹⁴¹)**. Jednakże szczególnie ważne dla tej tezy jest stwierdzenie, że **problem finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce polega na racjonalnym zwiększeniu tego udziału nie tyle nawet poprzez ustanowienie relatywnie większych funduszy celowych powstających wewnątrz budżetu państwa (nawiązanie do modelowej zasady finansowania zaopatrzeniowego), ile poprzez uruchomienie, z zastosowaniem odpowiednich preferencji, większych środków prywatnych, zarówno służących upowszechnieniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (nawiązanie do modelowej zasady finansowania ubezpieczeniowego), jak i przeznaczanych na rozszerzenie działalności charytatywnej (dobroczynnej) w sferze zdrowia (nawiązanie do modelowej zasady finansowania filantropijnego)**.

Przyjęcie tej tezy zasadniczo zmienia to wcześniejsze – uproszczone – rozumowanie dotyczące publicznego (bazowego) zabezpieczenia zdrowotnego i wymaga szczególnego wyróżnienia w systemie społecznego zabezpieczenia zdrowotnego elementu **społecznego dodatkowego zabezpieczenia zdrowotnego**. Wyjaśnijmy zatem i skomentujmy, na czym polega problem innego podejścia do systemu ochrony zdrowia, w którym taka formuła zabezpieczenia miałaby się pojawić. Posłużymy się również w tym przypadku odpowiednimi schematami i ich opisem.

System zabezpieczenia społecznego w ogóle jest – jak już wyżej odnotowano – z natury rzeczy **organizowany przez państwo ze środków publicznych** (określony udział w gromadzeniu tych środków ma charakter przymusu) w celu zapewnienia (rodzinnym) gospodarstwom domowym ustanowionego standardu bezpie-

¹⁴¹ Zob. wcześniejsze rozważania dotyczące dóbr publicznych, społecznych i prywatnych.

czeństwa socjalnego, wyrażanego powszechnością i poziomem świadczeń społecznych. Najczęściej ta **publiczna część systemu zabezpieczenia społecznego nazywana jest bazową**. Części dodatkowe systemu zabezpieczenia społecznego (uzupełniające część bazową¹⁴²) są natomiast z reguły **kojarzone z inicjatywą prywatną (indywidualną lub grupową) i zaangażowaniem środków prywatnych**, co ma na celu osiągnięcie wyższego poziomu bezpieczeństwa socjalnego, związanego z danym ryzykiem społecznym. Jednakże wątpliwości może budzić obejmowanie tych dodatkowych części systemu dookreśleniem „społeczne” (części systemu zabezpieczenia **społecznego**), jeżeli odpłatność za dodatkowe zabezpieczenie jest w pełni prywatna, a więc nie ma żadnego – nazwijmy to najogólniej – wyrazu społecznego¹⁴³.

W systemie (podsystemie) społecznego zabezpieczenia zdrowotnego, wchodzącego w skład systemu zabezpieczenia społecznego jako takiego, można podobnie wyróżnić **elementy stricte publicznego finansowania ochrony zdrowia** oraz **elementy stricte prywatnego finansowania ochrony zdrowia**. Według powyższej zasady klasyfikacji te pierwsze należałoby zaliczać do **bazowego** zabezpieczenia zdrowotnego, te drugie zaś – do **dodatkowego** zabezpieczenia zdrowotnego.

Tymczasem należy zwrócić uwagę na to, że coraz ważniejsze jest wprowadzanie do systemu zabezpieczenia społecznego **rozwiązań publiczno-prywatnych**¹⁴⁴. W autonomicznie rozpatrywanym systemie **społecznego** zabezpieczenia zdrowotnego (analogicznie w innych podsystemach systemu zabezpieczenia społecznego) istnienie takich konstrukcji należałoby wiązać także z **działalnością państwa, ale zmierzającą do pobudzenia, poprzez wprowadzenie ustalonych preferencji finansowych, inicjatywy prywatnej w osiągnięciu wyższego standardu bezpieczeństwa zdrowotnego**. Oczywiście kluczowym elementem systemowym takiego rozwiązania uzupełniającego byłyby odpowiednie **preferencje finansowe** i udział w organizacji zabezpieczenia podmiotów (instytucji) prywatnych. Należałoby też zauważyć, że zaangażowanie podmiotów prywatnych w urzeczywistnienie

¹⁴² Poprawnie powinno się mówić o bazowej części systemu zabezpieczenia społecznego oraz dodatkowych częściach systemu zabezpieczenia społecznego.

¹⁴³ Zauważmy, że taki wyraz społeczny mają trzeciofilaryne rozwiązania w systemie emerytalnym w postaci Pracowniczych Programów Emerytalnych (PPE) i Indywidualnych Kont Emerytalnych (IKE), których dotyczą – wprowadzicie niewielkie – zwolnienia podatkowe.

¹⁴⁴ Można najogólniej stwierdzić, że jest to wyraz występowania polityki społecznej w otoczeniu gospodarki rynkowej i używania mechanizmów rynkowych w wytwarzaniu dóbr publicznych (społecznych).

celów zabezpieczenia społecznego wiąże się z zastosowaniem przez państwo **swoistej triady instytucji–norm i odpowiadających im instytucji–organów**. Chodzi o niezbędne regulacje prawne, związane z tym zaangażowaniem, dotyczące (1) udzielania przez państwo stosownych zezwoleń, (2) sprawowania przez państwo skutecznego nadzoru i (3) dawania przez państwo realnych gwarancji.

Społeczne dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne należałoby – zgodnie z przedstawionym wywodem – wiązać z wprowadzeniem ustalonych preferencji finansowych, mających na celu **uruchomienie inicjatywy prywatnej** (rodzinnych) gospodarstw domowych w uzyskaniu wyższego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego. Wtedy prywatne ubezpieczenia ryzyka choroby miałyby postać „**społecznego doubezpieczenia zdrowotnego**” (zob. schematy 7 i 8) i stanowiłyby uzupełniającą, ale w zasadniczym sensie integralną część systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego ze względu właśnie na publiczno-prywatny charakter takiego rozwiązania. Oczywiście ważna byłaby skala wprowadzonych preferencji finansowych, stanowiących – mniejszą lub większą – zachętę do skorzystania z możliwego „społecznego doubezpieczenia zdrowotnego”.

Schemat 7. Społeczne zabezpieczenie zdrowotne w systemie ochrony zdrowia
(na bazie powszechnego zabezpieczenia zaopatrzeniowego)



Źródło: opracowanie własne; por. T. Szumlicz, B. Więckowska, *Uwarunkowania...*, wyd.cyt., s. 15–16.

Schemat 8. Społeczne zabezpieczenie zdrowotne w systemie ochrony zdrowia
(na bazie powszechnego zabezpieczenia ubezpieczeniowego)



Źródło: opracowanie własne. Por. tamże.

W systemie ochrony zdrowia poza systemem społecznego zabezpieczenia zdrowotnego występowałyby elementy *stricte* prywatnego zabezpieczenia zdrowotnego, niepodlegające preferencjom społecznym, w postaci prywatnych ubezpieczeń ryzyka choroby oraz innych metod zarządzania ryzykiem choroby z inicjatywy publicznej i prywatnej. Nieobjęte zasadą „doubezpieczenia społecznego” prywatne ubezpieczenia zdrowotne (o charakterze komplementarnym i suplementarnym¹⁴⁵ w stosunku do systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego) znalazłyby się wte-

¹⁴⁵ Zob. wyjaśnienia w kolejnym punkcie opracowania.

dy poza systemem społecznego zabezpieczenia zdrowotnego i miały formę tylko „**doubezpieczenia**” (zob. schematy 7 i 8). Należy zakładać, że tego rodzaju ochrona ubezpieczeniowa byłaby w nowej sytuacji systemowej raczej zbyteczna lub dotyczyła wąskiej grupy osób.

W ten sposób **system społecznego zabezpieczenia zdrowotnego** obejmowałyby – po pierwsze – publiczne bazowe zabezpieczenie zdrowotne i – po drugie – społeczne dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne. Trzeba przy tym zwrócić uwagę na różnorodność możliwych do zastosowania elementów składających się na to drugie. Chodzi o:

- komplementarne ubezpieczenia chorobowe,
- suplementarne ubezpieczenia chorobowe,
- substytucyjne ubezpieczenia chorobowe,
- zakup usług zdrowotnych oraz
- działalność filantropijną w sferze zdrowia,

jeśli tylko towarzyszą im ustalone preferencje społeczne (finansowe).

2.3. Interpretacja „doubezpieczenia społecznego” w systemie społecznego zabezpieczenia zdrowotnego

Na tym tle bliższego wyjaśnienia wymagają (często przywoływane w literaturze przedmiotu, ale różnie interpretowane¹⁴⁶) możliwe **relacje między systemem społecznego zabezpieczenia zdrowotnego a „doubezpieczeniem” prywatnym**. Można wyróżnić trzy modelowe **typy powiązań**:

- **substytucyjne** (relacja „zamiast”), gdy istnieje możliwość rezygnacji z publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego pod warunkiem zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego wyższy standard zabezpieczenia zdrowotnego, ale taka rezygnacja jest uzależniona najczęściej od posiadania dostatecznie wysokich wynagrodzeń (dochodów);

¹⁴⁶ Por. *Voluntary health insurance in the European Union*, red. E. Mossialos, S. Thomson, February 2002, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, s. 46.

- **komplementarne** (relacja „ponad”), gdy prywatne ubezpieczenie zdrowotne ma na celu uzupełnienie standardowego zakresu i/lub jakości ochrony zapewnianej w ramach publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego;
- **suplementarne** (relacja „obok”), gdy prywatne ubezpieczenie zdrowotne ma na celu osiągnięcie pożądanego poziomu ochrony, w sytuacji utrudnionego dostępu do odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego, ale wtedy faktyczne niekorzystanie z bazowego zabezpieczenia nie zwalnia z jego finansowania (obrazowo mówi się o „podwójnej ochronie”).

Dla rozważań na temat zastosowania metody ubezpieczenia w zabezpieczeniu społecznym (także zdrowotnym) zasadnicze znaczenie ma również nie tyle pojęcie „doubezpieczenia”, ile **pojęcie „doubezpieczenia społecznego”**. To dookreślenie¹⁴⁷ jest konieczne nie tylko ze względu na społeczny charakter zjawiska.

Po pierwsze dlatego, że termin „doubezpieczenie” jest też używany na rynku produktów ubezpieczeniowych w bardzo wąskim, technicznym znaczeniu – uzupełniania za dodatkową składkę (a nawet promocyjnie bez składki) ochrony ubezpieczeniowej o tzw. opcje, wynikające z podwyższonego ryzyka, które mają rozszerzać ochronę standardową już w momencie zawierania umowy ubezpieczenia.

Po drugie, ponieważ chodzi o ustalenie miejsca zajmowanego przez „doubezpieczenie” albo „doubezpieczenie społeczne” w systemie zabezpieczenia społecznego w ogóle, a w systemie ochrony zdrowia i społecznym zabezpieczeniu zdrowotnym w szczególności. Otóż o „doubezpieczeniu zdrowotnym” można powiedzieć, że znajduje się **„obok”** systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego, natomiast o „społecznym doubezpieczeniu zdrowotnym” można powiedzieć, że znajduje się **„w”** systemie społecznego zabezpieczenia zdrowotnego.

Zatem „doubezpieczenie społeczne” to – uzupełniająca bazową część systemu zabezpieczenia społecznego – dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa objęta preferencjami finansowymi, której celem jest podniesienie standardu bezpieczeństwa socjalnego zapewnianego (rodzinnym) gospodarstwom domowym.

¹⁴⁷ Popularyzując stosowanie tego terminu w ramach zabezpieczenia społecznego [zamiast wielu zob. T. Szumlicz, *Vademecum funduszy emerytalnych* (6), „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych” 1999 nr 4 (25), s. 17–19; T. Szumlicz, *O filozofii doubezpieczenia*, „Gazeta Ubezpieczeniowa” 2000 nr 30 (78), s. 28], dotychczas nie zwracałem na to takiej uwagi.

Natomiast w „wersji zdrowotnej” można przyjąć, że „społeczne doubezpieczenie zdrowotne” to – uzupełniająca bazową część systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego – dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa objęta preferencjami finansowymi, której celem jest podniesienie standardu bezpieczeństwa zdrowotnego zapewnianego (rodzinnym) gospodarstwom domowym.

I tutaj kilka wyjaśnień oraz komentarzy do tych definicji.

Po pierwsze, **punktem odniesienia** dla „doubezpieczenia społecznego” („społecznego doubezpieczenia zdrowotnego”) jest bazowa część systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego), która ma zapewniać podstawowy standard bezpieczeństwa socjalnego (zdrowotnego)¹⁴⁸. O wyższy poziom bezpieczeństwa socjalnego (zdrowotnego) swoich członków powinno zadbać przede wszystkim zainteresowane (rodzinne) gospodarstwo domowe, jednakże odpowiednio do tego motywowane. (Nie można też wykluczać inicjatywy pracodawców, ale ma ona charakter raczej wyjątkowy).

Po drugie, trzeba zauważyć, że poszczególne typy gospodarstw domowych, w zależności przede wszystkim od sytuacji materialnej, korzystają ze **zróżnicowanego standardu bezpieczeństwa socjalnego**, a zatem pojawia się problem adekwatnego do potrzeb wykorzystania możliwego „doubezpieczenia społecznego”, które uwzględniałoby również dokonywane zmiany w systemie zabezpieczenia społecznego. Uwaga ta tylko w niewielkim stopniu dotyczy bezpieczeństwa zdrowotnego.

Po trzecie, pojęcie „doubezpieczenia społecznego” („społecznego doubezpieczenia zdrowotnego”) należy traktować **funkcjonalnie, a nie tylko produktowo**. Ważny jest bowiem układ stosowanych rozwiązań i preferencji społecznych, ich adresaci, zakres, skala, formy – od czego zależy dopiero zakup adekwatnych produktów ubezpieczeniowych, stanowiących o zabezpieczeniu dodatkowym.

Po czwarte, za „doubezpieczenie społeczne” („społeczne doubezpieczenie zdrowotne”), stanowiące dodatkową część systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego), nie można uznać korzystania przez gospodarstwa domowe z ubezpieczeń prywatnych jako takich, których zakup nie jest poparty konkretnymi preferencjami społecznymi (wtedy mówimy o „doubezpieczeniu” w ogóle, bez dookreślenia „społeczne”).

¹⁴⁸ „Doubezpieczamy” się bowiem do czegoś, z czego możemy już korzystać.

Po piąte, warto zauważyć, że udzielanie preferencji (zachęt) ze strony państwa (ulgi i zwolnienia podatkowe, refinansowanie składek), stymulujących zachowania gospodarstw domowych do podniesienia standardu bezpieczeństwa socjalnego (zdrowotnego), powinno być traktowane jako **koszt systemowy zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego)**. W każdym przypadku najważniejszy jest jednak wyraźny sygnał (czytaj: odpowiednie preferencje), że organizator systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego), czyli państwo, stawia na inicjatywę (rodzinnych) gospodarstw domowych, zainteresowanych wyższym poziomem bezpieczeństwa socjalnego (zdrowotnego). Tylko wtedy „doubezpieczenie” („doubezpieczenie zdrowotne”) staje się „doubezpieczeniem społecznym” („społecznym doubezpieczeniem zdrowotnym”), elementem systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego) i ważnym czynnikiem racjonalizowania polityki społecznej (zdrowotnej). To, z czym mamy do czynienia obecnie w przypadku systemu ochrony zdrowia (ale nie tylko) jest oczywiście dalekie od powyższego postulatu.

Po szóste, tylko pozornym uproszczeniem terminologicznym jest używanie w sprawie podniesienia standardu bezpieczeństwa socjalnego (zdrowotnego) pojęcia „doubezpieczenia społecznego” („społecznego doubezpieczenia zdrowotnego”). Rzeczywiście bazowe zabezpieczenie społeczne (zdrowotne) polega również na rozwiązaniach zaopatrzeniowych, filantropijnych, a nie tylko ubezpieczeniowych, w zasadzie chodzi więc o uzyskanie ochrony dodatkowej ponad bazowe zabezpieczenie społeczne (zdrowotne) zorganizowane według różnych zasad zabezpieczenia, a więc – logicznie rozumując – o „dozabezpieczenie”. Należy jednak mocno podkreślić, że nazwę „doubezpieczenie” można wywodzić z **charakteru zabezpieczenia dodatkowego**, czyli ochrony uzyskiwanej metodą ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa przed skutkami ryzyk społecznych jest z całą pewnością najbardziej skuteczna, mając na względzie uzyskanie realnego bezpieczeństwa socjalnego (zdrowotnego). Tak więc w dalszych wywodach konsekwentnie będziemy się posługiwać terminem „doubezpieczenie”, uznając, że problem „doubezpieczenia społecznego” czy „społecznego doubezpieczenia zdrowotnego” występuje niezależnie od zastosowanych zasad zabezpieczenia (zaopatrzeniowej, ubezpieczeniowej, filantropijnej) w bazowej części systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego).

Trzeba podkreślić, że zachęty (preferencje) ze strony państwa – a tym samym wprowadzenie „społecznego doubezpieczenia zdrowotnego” do systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego – mogą dotyczyć każdego z typów powiązań: sub-

stytucyjnych, komplementarnych i suplementarnych. Jednakże logika „doubezpieczenia społecznego” jest najbliższa powiązaniom komplementarnym, a najdalsza – suplementarnym. Równocześnie można wyobrazić sobie sytuację, kiedy wszystkie prywatne ubezpieczenia zdrowotne pozostają poza systemem społecznego zabezpieczenia zdrowotnego (według reguły „doubezpieczenia”). Umieszczenia danych typów dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej prezentują schematy 7 i 8.

Dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa, uzupełniająca bazową część systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego, będzie postrzegana jako integralna część tego systemu (według reguły „społecznego doubezpieczenia zdrowotnego”) jedynie wówczas, gdy towarzyszyć jej będą zachęty (odpowiednie preferencje) ze strony państwa (w postaci ulg i zwolnień podatkowych, refundowania i kredytowania składek). Można zatem mieć do czynienia z sytuacją, gdy metoda ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem choroby będzie zastosowana poza systemem („doubezpieczenie”) lub w ramach systemu („społeczne doubezpieczenie zdrowotne”) społecznego zabezpieczenia zdrowotnego.

Należy też jeszcze raz podkreślić, że „doubezpieczenie zdrowotne” lub „społeczne doubezpieczenie zdrowotne” może występować również w sytuacji, gdy dominującą zasadą zabezpieczenia zastosowaną w części bazowej systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego jest zasada zaopatrzeniowa. Doubezpieczenie należy bowiem zawsze traktować jako zastosowanie metody ubezpieczenia do (w celu) podwyższenia standardu bezpieczeństwa socjalnego (zdrowotnego) ponad standard ustalony dla bazowej części systemu.

Za „najbardziej ubezpieczeniowy” system ochrony zdrowia (system zarządzania ryzykiem choroby w ramach polityki zdrowotnej) należałoby uznać taki, w którym (zob. schemat 8) w części bazowej systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego dominowałaby zasada ubezpieczeniowa zabezpieczenia, w części dodatkowej tego systemu występowałyby prywatne ubezpieczenia zdrowotne objęte stosownymi preferencjami („społeczne doubezpieczenia zdrowotne”), natomiast poza systemem społecznego zabezpieczenia zdrowotnego znajdowałyby się prywatne ubezpieczenia ryzyka choroby nieobjęte preferencjami („doubezpieczenia zdrowotne”).

3. Zmiana w kierunku systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego

W praktyce „najzdrowsze” byłoby zastosowanie w systemie ochrony zdrowia klarownego **rozwiązania zaopatrzeniowo-ubezpieczeniowego, odwołującego się do zaproponowanej konstrukcji systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego**, składającego się z publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego i społecznego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z dotychczasowym wywodem warunkiem zastosowania takiego rozwiązania byłoby racjonalne uzupełnienie bazowego zabezpieczenia zdrowotnego, według opisanej zasady „doubezpieczenia społecznego”, dobrowolnymi prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Za rozwiązanie społeczne najbardziej konsekwentnie idące w tym kierunku można by uznać **zastosowanie bonu zdrowotnego i upowszechnienie prywatnej ochrony ubezpieczeniowej**. Rozwiązanie takie zakłada:

- określenie wielkości środków publicznych przeznaczonych na zabezpieczenie zdrowotne w postaci funduszu celowego¹⁴⁹;
- ustalenie zróżnicowanej wartości bonu zdrowotnego w zależności od cech (przede wszystkim wieku¹⁵⁰) osoby objętej zabezpieczeniem;
- zorganizowanie sieci zakładów ubezpieczeń (publicznych i prywatnych), oferujących ubezpieczenia zdrowotne o różnym zakresie ochrony;
- indywidualną dyspozycję bonem–składką polegającą na obowiązku zakupu ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego ochronę w zakresie ustalonego koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych

albo

- indywidualną dyspozycję bonem–składką polegającą na obowiązku zakupu ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego ochronę w szerszym zakresie niż ustalony koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych za bon–składkę o podwyższonej wartości o składkę uzupełniającą, z uwzględnieniem reguły „społecznego doubezpieczenia zdrowotnego” o charakterze komplementarnym (ustalony algorytm zwolnienia składki uzupełniającej z opodatkowania).

¹⁴⁹ Zgodnie z podkreśloną wcześniej funkcją mobilizacji środków publicznych właściwie sformułowany cel ułatwia zdobycie akceptacji społecznej dla obciążeń podatkowych.

¹⁵⁰ Można by rozważyć też zróżnicowanie według innych cech, ale powodowałoby to dodatkowe skomplikowanie rozwiązania.

Ponadto komplementarna ochrona ubezpieczeniowa mogłaby zawierać typowe rozwiązania stosowane w procedurach ubezpieczeniowych, takie jak: bonus–malus (zniżka–zwyżka składki za „bezszkodowy” albo zbyt „szkodowy” przebieg ochrony ubezpieczeniowej), udział własny, franszyza itp.

Jest to koncepcja systemowa połączenia zasady zaopatrzeniowej (klarowne, zaopatrzeniowe gromadzenie środków publicznych) z zasadą ubezpieczeniową (klarowne, o różnym zakresie ubezpieczeniowe zabezpieczenie świadczeń), a skonstruowany według tych zasad system można by uznać za **wzorcowe rozwiązanie zaopatrzeniowo-ubezpieczeniowe**.

Koncepcja taka wymagałaby jednak nadzwyczajnej akceptacji społecznej, ponieważ przez wielu uznawana byłaby za taką, która dostateczny standard świadczeń gwarantuje tylko lepiej sytuowanym. Poza tym ważna byłaby realna gotowość ponoszenia dodatkowych kosztów związanych z każdą formą zwiększonej partycypacji finansowej, a w szczególności z „doubezpieczeniem” zdrowotnym, nawet jeśli dany wydatek miałby zapewniać łatwiejszy dostęp do konkretnych usług zdrowotnych.

Gotowość wykupienia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w prywatnym zakładzie ubezpieczeń w celu uzyskania pożądaných świadczeń w przypadku zaistnienia ryzyka choroby przedstawia tabela 2. Gotowość taka jest ogólnie raczej niewielka, bo wyraża ją około 19% respondentów i w zasadzie tylko na poziomie najniższej sugerowanej składki, czyli do 100 zł miesięcznie. Trzeba jednak zauważyć, że składka w tej wysokości odpowiada właśnie w przybliżeniu przeciętnej „aktualnej” wartości bonu zdrowotnego¹⁵¹. Ponad 30% ogółu respondentów *Diagnozy Społecznej* twierdzi, że nie stać ich na dodatkową składkę, natomiast 50% – nie jest zainteresowanych dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Oczywiście wskazana gotowość jest bardzo zróżnicowana (szczegółowe dane zawiera tabela 2), co np. należałoby w jakiejś mierze wziąć pod uwagę różnicując wartość bonów zdrowotnych.

Tabela 2. Gotowość wykupienia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w prywatnym zakładzie ubezpieczeń

¹⁵¹ Przy założeniu, że wartość bonu zdrowotnego w skali roku to 1000–1200 zł.

Wybrane grupy społeczno-ekonomiczne	Procent gospodarstw domowych					nie zainteresowanych takim ubezpieczeniem
	skłonnych płacić dodatkową składkę w miesięcznej wysokości:				Których nie stać na dodatkową składkę	
	do 100 zł	100 –250 zł	251 –500 zł	ponad 500 zł		
Ogółem	14,7	3,3	0,5	0,4	30,5	50,7
Pracownicy	19,1	4,6	0,7	0,4	29,0	46,3
Rolnicy	12,0	1,2	0,0	0,4	32,0	54,4
Emeryci	10,1	1,7	0,1	0,4	30,4	57,4
Renciści	5,1	0,0	0,0	0,7	39,9	54,4
Pracujący na własny rachunek	23,1	8,6	2,2	0,3	15,3	50,4
Typ gospodarstwa domowego						
Małżeństwa bez dzieci	13,8	3,2	0,3	0,3	25,3	57,2
Małżeństwa z 1 dzieckiem	21,1	5,3	0,8	0,3	24,4	48,0
Małżeństwa z 2 dzieci	16,6	4,9	0,9	0,4	30,4	46,9
Małżeństwa z 3 i więcej dzieci	13,4	2,8	0,6	0,2	39,9	43,1
Rodziny niepełne	11,8	1,3	0,2	1,0	42,7	43,2
Jednoosobowe	9,0	1,9	0,4	0,3	30,5	57,9
Klasa miejscowości zamieszkania						
Miasta powyżej 500 tys.	19,7	6,1	0,9	0,3	28,9	44,2
Miasta 200-500 tys.	19,8	4,5	0,8	0,6	26,5	47,9
Miasta 100-200 tys.	16,8	2,9	1,3	0,4	29,7	48,9
Miasta 20-100 tys.	14,5	3,6	0,4	0,3	30,3	51,1
Miasta poniżej 20 tys.	14,0	3,9	0,3	0,6	30,2	51,1
Wieś	10,8	1,6	0,2	0,3	33,0	54,1
Województwa						
Dolnośląskie	16,2	4,5	0,2	0,0	26,0	53,2
Kujawsko-pomorskie	12,2	2,6	0,4	0,4	30,0	54,4
Lubelskie	15,7	1,9	0,6	0,3	29,1	52,4
Lubuskie	10,0	2,5	0,6	1,9	42,5	42,5
Łódzkie	15,6	1,5	0,3	0,3	35,0	47,5
Małopolskie	11,6	3,9	0,5	0,2	29,2	54,6
Mazowieckie	17,3	4,6	0,4	0,1	29,6	47,9
Opolskie	13,5	2,5	0,6	0,0	30,1	53,4
Podkarpackie	12,5	2,9	0,0	0,0	34,4	50,2
Podlaskie	13,6	1,5	1,0	1,0	32,0	51,0
Pomorskie	21,2	3,9	0,9	0,9	35,2	37,9
Śląskie	14,2	3,5	0,7	0,6	25,4	55,5
Świętokrzyskie	10,5	1,9	0,0	1,0	28,2	58,4
Warmińsko-mazurskie	20,0	1,9	0,0	0,0	33,0	45,1
Wielkopolskie	11,4	4,7	0,9	0,2	30,7	52,0
Zachodnio-pomorskie	13,1	3,0	0,8	0,0	32,6	50,6

Źródło: zestawienie i obliczenia własne na podstawie danych z *Diagnozy Społecznej 2007*.

Przeprowadzenie reformy ochrony zdrowia w najbardziej ubezpieczeniowej wersji koncepcji zaopatrzeniowo-ubezpieczeniowej z udziałem tylko prywatnych za-

kładów ubezpieczeń napotkałoby barierę tzw. pojemności ubezpieczeniowej, albowiem „do zagospodarowania” byłby przypis składki wynoszący więcej niż obecny dotyczący całego rynku ubezpieczeń osobowych i majątkowych. Wskazuje to na konieczność udziału w takim przedsięwzięciu reformatorskim publicznych zakładów ubezpieczeń.

Można również wskazać kilka rozwiązań przejściowych (czytaj: do szybkiego wprowadzenia), respektujących zasadę „społecznego doubezpieczenia zdrowotnego”, stosunkowo łatwych do wprowadzenia w sytuacji charakterystycznej dla obecnie funkcjonującego systemu NFZ. W pewnym sensie byłyby to rozwiązania konsekwentnie uprzedzające gruntowne zreformowanie systemu ochrony zdrowia.

Najwięcej rozumianą preferencją systemową byłoby **bezwzględne zwolnienie z opodatkowania składek na suplementarne ubezpieczenia zdrowotne** (również wydatków na tzw. abonamenty i opłat „z kieszeni”)¹⁵².

Można by też – w drugiej kolejności – zdecydować się na wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia ubezpieczeń **substytucyjnych**¹⁵³, z tym, że ze względu na ideę solidaryzmu społecznego tylko częściowo refinansowanych, a więc zawierających element „zdublowanego” finansowania (powiązanie suplementarne). Wtedy konieczne byłoby ustalenie konkretnych, bezpośrednich lub pośrednich, zachęt dla tych osób, które pod pewnymi warunkami z własnej inicjatywy zdecydowałyby się na taki wariant korzystania z ochrony zdrowia. Refinansowanie mogłoby polegać albo na preferencjach udzielanych bezpośrednio ubezpieczonemu, czyli częściowych zwolnieniach podatkowych (z opodatkowania przeznaczanego na bazową część systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego), albo na preferencjach uzyskiwanych przez ubezpieczycieli na zasadzie częściowego refinansowania z budżetu państwa kosztów udzielanych świadczeń, czyli poprzez swoistą formę reasekuracji, co pozwoliłoby zakładom ubezpieczeń oferować ubezpieczenia po niższych cenach.

W dalszej dopiero kolejności – w tym przypadku niezbędnym warunkiem jest bowiem ustanowienie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, oferowanych w ramach bazowej części systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego – możliwe byłoby tworzenie preferencji dla różnych zakresów dobrowolnych ubezpie-

¹⁵² Warto zauważyć, że przyniosłoby to również korzyści fiskalne (ograniczenie szarej sfery usług medycznych).

¹⁵³ Należy zwrócić uwagę, że takie rozwiązanie zaproponowano już w projekcie prezydenckim (czytaj: projekcie „Solidarności”) reformy z 1995 r.

czeń zdrowotnych, funkcjonujących na zasadach „doubezpieczenia społecznego” – **komplementarnych** ubezpieczeń zdrowotnych.

Rozwiązania takie można traktować jako alternatywne wobec docelowej wersji koncepcji zaopatrzeniowo-ubezpieczeniowej.

Usługa zdrowotna jako – powtórzmy jeszcze raz – dobro społeczne¹⁵⁴, a nie dobro *stricte* publiczne, może i powinna być finansowana w różnych formach, zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych. Problemem do rozstrzygnięcia są zasady i proporcje tego „podwójnego” finansowania, ale przy podejmowaniu decyzji w tej sprawie nie można abstrahować od zaproponowanego paradygmatu finansowania systemu ochrony zdrowia.

Podjęcie wskazanych działań reformatorskich wymaga uprzedniej otwartej debaty społecznej, której celem musi być osiągnięcie realnej akceptacji społecznej dla zaproponowanej zmiany systemu (przełamanie naturalnego oporu społecznego charakterystycznego dla każdej bardziej radykalnej zmiany). W debacie tej powinni wziąć udział nie tylko przedstawiciele środowisk medycznych, ale też farmaceutycznego i ubezpieczeniowego, których argumentacja za konkretnymi rozwiązaniami (zob. wcześniejsze zdefiniowanie racjonalizowania polityki społecznej w znaczeniu uzasadniania) wydaje się wyjątkowo przydatna.

Zdobycie niezbędnej akceptacji społecznej dla nowego systemu wymagałoby w każdej wersji reformy mniej lub więcej czasu, który można by z pewnością skrócić przez bardziej podmiotowe podejście do reformowania systemu ochrony zdrowia.

¹⁵⁴ Zob. S. Owsiak, *Finanse publiczne...*, wyd.cyt., s. 26–32.

IV. Podmiotowość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia

1. Pojęcie podmiotowości w systemie ochrony zdrowia

Na podmiotowość składa się pojęcie samej podmiotowości jako swoistego procesu możliwego do rozważania w skali indywidualnej i grupowej oraz konkretne podmioty, które tej podmiotowości doświadczają. W naszych rozważaniach chodzi o podmiotowość utylitarną, wynikającą z pozytywnej motywacji do aktywnego uczestnictwa w zmianie o bardzo dużym znaczeniu społecznym. Jednakże istotne jest stwierdzenie o możliwości – mniej lub bardziej świadomej – nie wykorzystania ważnego dla powodzenia reformy potencjału niektórych podmiotów rzeczywiście zainteresowanych zmianą systemu ochrony zdrowia.

Rozważania na ten temat można by rozpocząć od opisania **poczucia podmiotowości**, które jest chyba najbliższe „codziennemu” życiu społecznemu i podejmowanym w nim decyzji indywidualnych. Można wtedy mówić o: (1) poczuciu skuteczności-**bezsiności** (to jest o przekonaniu jednostki, że ma wpływ na rzeczywistość), (2) poczuciu sensu-**bezsensu** (to jest o przekonaniu jednostki, że poznawczo jest w stanie uporządkować rzeczywistość w stopniu ją satysfakcjonującym), (3) poczuciu eunomii-**anomalii** (to jest o przekonaniu jednostki, że jest w stanie ocenić rzeczywistość trafnie i/lub spójnie), (4) poczuciu identyfikacji-**wyobcowania** (to jest o przekonaniu jednostki o jej zintegrowaniu i przynależności do otoczenia)¹⁵⁵. Wydaje się, że zaproponowane ujęcie jest dostatecznie wnikliwym opisaniem przesłanek i realnego **uczestnictwa nie tylko jednostki w procesach wyboru społecznego**¹⁵⁶ i **aktywnego uczestnictwa w zmianie**.

Podobny sposób rozumowania dotyczy aktywnego uczestnictwa **w procesach decyzyjnych różnego rodzaju pochodnych ugrupowań społecznych**, co ma oczywiście istotne znaczenie również w prowadzonej polityce zdrowotnej, umocowanej określonej jakości stosunkiem władczym, przynależnym grupom społecznym, które zabiegały o decydowanie o zmianie i to osiągnęły.

¹⁵⁵ Por. K. Korzeniowski, *Poczucie podmiotowości – alienacji politycznej: uwarunkowania psychospołeczne*, Poznań 1991, PAN Wydawnictwo Nakom, s. 33–34.

¹⁵⁶ Zob. wcześniejsze odwołanie do problemu stosunku władczego w procesie zmiany.

Inny sposób, bardziej polityczny, wyrażenia podmiotowości wiąże się zatem z odwołaniem do **procesu podejmowania decyzji politycznych**, a także z pewnością dotyczą zmiany systemu ochrony zdrowia, które można rozpatrywać na czterech poziomach: społecznym, organizacyjnym, racjonalnym i emocjonalno-osobowościowym¹⁵⁷.

Na poziomie społecznym procesy decyzyjne najważniejszym zagadnieniem jest funkcjonowanie zjawiska **podmiotowości politycznej**, którą określa się jako świadome i czynne kształtowanie rzeczywistości politycznej. „Być podmiotem oznacza więc: mieć świadomość, być zdolnym do stałego działania, zaspokajać w ten sposób swoje własne potrzeby i interesy”¹⁵⁸. Wyróżnia się w tym przypadku podmioty interesów politycznych (podmiotowość wielkich grup społecznych), podmioty działań politycznych (partie polityczne, podmioty pośredniczące) i podmioty decyzji politycznych (podmiotowość małych grup i jednostek występujących w rolach politycznych)¹⁵⁹. Z naszego punktu widzenia w przypadku podmiotów interesów politycznych najistotniejsza wydaje się aktywność jednostki w zapewnieniu politycznej reprezentacji określonej, dużej grupie społecznej w sytuacji zagrożenia lub szansy. W przypadku podmiotów działań politycznych najistotniejsza jest funkcja zewnętrzna danego podmiotu polegająca na: odczytywaniu potrzeb i interesów grup (środowisk) społecznych, artykulacji tych potrzeb i interesów, reprezentacji tych potrzeb i interesów wobec ośrodka decyzyjnego, walki o zaspokojenie tych potrzeb i realizację interesów poprzez przejmowanie kontroli nad ośrodkiem decyzyjnym lub uzyskiwaniem znaczącego wpływu na jego działania. W zmianie systemu ochrony zdrowia ten aspekt społecznego poziomu procesu decyzyjnego ma zasadnicze znaczenie, zwłaszcza gdy różne podmioty działań politycznych są w stanie uzgodnić potrzeby i interesy¹⁶⁰. W przypadku podmiotów decyzji politycznych, jako podmiotów bezpośrednich, w przeciwieństwie do podmiotów pośrednich (działań politycznych) oraz podmiotów ostatecznych (interesów politycznych), najważniejsza wydaje się skuteczność (cele) i

¹⁵⁷ Z.J. Pietraś, *Decydowanie polityczne*, Warszawa–Kraków 1998, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 97. Ujmując inaczej, „decyzja polityczna powstaje w wyniku interakcji wielkich i małych grup społecznych, w kontekście funkcjonowania organizacji utworzonych przez te grupy, a w trakcie jej podejmowania ośrodek decyzyjny uwzględnia zarówno czynniki świadomego i racjonalnego przetwarzania sytuacji decyzyjnej, jak i czynniki emocjonalne, najczęściej w ogóle nieświadomiane”; tamże.

¹⁵⁸ Tamże.

¹⁵⁹ Por. M. Karwat, *Podmiotowość polityczna wielkich grup społecznych, organizacji politycznych i jednostek (model eksplanacyjny)*, „Studia Nauk Politycznych” 1978 nr 4, s. 58–59, cyt. za: tamże.

¹⁶⁰ Zob. w dalszych rozważaniach uzasadnienie polityczne propozycji PUZ.

efektywność (koszty) działania równocześnie¹⁶¹, co ma oczywiście znaczenie także w organizacji i funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia.

Na poziomie organizacyjnym procesu decyzyjnego najważniejszym zagadnieniem wydaje się podział tego procesu na fazy. Dość przekonująco twierdzi się, że proces decyzyjny obejmuje: (1) zgodę co do faktów, (2) zgodę co do celów, (3) precyzyjną definicję problemu, (4) sformułowanie opcji, (5) opracowanie listy konsekwencji przyjęcia każdej z opcji, (6) dokonanie wyboru, (7) komunikat o treści decyzji, (8) wykonanie decyzji¹⁶². Użyteczność podziału procesu decyzyjnego na fazy również w zmianie systemu ochrony zdrowia jest chyba ewidentna, ale w praktyce jest on raczej niestosowany (niewidoczny), chyba z racji swoistego „pośpiechu” i „chaotyczności” w działaniach o dużym ładunku politycznym. Istnieją też różne warianty działania. Mówi się o dwóch skrajnych wariantach rozważanych przez ośrodki decyzyjne: przesadnie zachowawczym i przesadnie rewolucyjnym, sytuując między nimi warianty bardziej realne: konserwatywny, centrowy i innowacyjny. Warto też zwrócić uwagę na klasyfikację dostrzegającą możliwość przyjęcia wariantów: rekreatywnego, którego celem jest utrzymanie *status quo*, kreatywnego (reformatorskiego) oraz proaktywnego (irracjonalnego i awanturniczego). Klasyfikacja ta zdaje się wyraziściej opisywać sytuację w odniesieniu do zmiany systemu ochrony zdrowia.

Pozostałe poziomy procesu decyzyjnego odnotujemy dla pełności wywodu, nie unikając ewentualnie narzucających się skojarzeń z sytuacjami dotyczącymi zmiany systemu ochrony zdrowia. Na poziomie racjonalnym procesu decyzyjnego analizuje się procesy podejmowania decyzji politycznych, na ogół stosując teorię gier¹⁶³. Podkreśla się jednak, że teoria ta ma charakter przede wszystkim formalny i dlatego nie może być traktowana jako modelowe wyjaśnianie procesów decyzyjnych oraz że podstawowe znaczenie ma jednak geneza interesów politycznych i ich treść, a nie rodzaj splotu interesów dwóch podmiotów polityki¹⁶⁴. Zaś na poziomie emocjonalno-osobowościowym procesu decyzyjnego zasadnicze znaczenie ma podkreślanie psychicznego wymiaru stosunków politycznych. Interesujące wydaje się stwierdzenie, że

¹⁶¹ Por. Z.J. Pietraś, *Decydowanie...*, wyd.cyt., s. 98–110.

¹⁶² Jest to podział zaproponowany przez T. Sorensena; zob. tamże, s. 111–112.

¹⁶³ Zob. obszerne rozważania na ten temat w: Z.J. Pietraś, *Decydowanie...*, wyd.cyt., s. 175–294.

¹⁶⁴ Tamże, s. 294.

polityka jest sprawą zachowań ludzkich i stanowi funkcję nie tylko sytuacji środowiskowych, ale także psychicznych predyspozycji decydentów¹⁶⁵.

Rozpatrując proces decyzyjny w ujęciu podmiotowym, za ważny należy uznać aspekt ruchliwości społecznej, pojmowanej jako „otwartość” albo „zamknięcie” struktury społecznej. Uznając problem „otwartości” (przeciwdziałania petryfikacji) struktury za dość dobrze znany, warto się przyjrzeć społecznemu „zamknięciu” (i petryfikacji) struktury, czyli mechanizmom wykorzystywanym przez zbiorowości społeczne dążące do maksymalizacji korzyści drogą ograniczania możliwości ich osiągnięcia przez inne kręgi społeczne. Elementy struktury mogą być bowiem wyróżniane ze względu na konkretną postać „zamknięcia” („wyłączenie” lub „solidarność”) stosowaną przez dane grupy w działaniach społecznych. Należałoby tu też dodać „zamknięcie” w postaci „selekcji”. Wtedy daje się lepiej wyjaśnić trzy ważne procesy: (1) unionizacji, czyli tworzenia się związków uczestniczących w przetargach i walce o interesy grupowe; (2) monopolizacji, czyli podejmowania działań zmierzających do wyłączności posiadania i używania określonych dóbr, stanowisk i umiejętności oraz (3) profesjonalizacji, czyli dążenia grup zawodowych do uzyskania dla ich przedstawicieli specjalnego, prawnie zagwarantowanego statusu. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na te interpretacje wymienionych procesów, które odróżniają – choć nie zawsze dostatecznie konsekwentnie – pojęcia monopolizacji i profesjonalizacji poprzez wyeksponowanie typowo politycznego charakteru tej pierwszej oraz typowo zawodowego charakteru tej drugiej. Wtedy w monopolizacji idzie wyraźnie o dobra typu władzy i prestiżu, o stanowiska typu politycznego i o dostęp do umiejętności szczególnie cenionych. Wtedy też profesjonalizację i „selekcję” można by uznać za raczej neutralny układ czynników, unionizację i „solidarność” za defensywny układ czynników, a monopolizację i „wyłączenie” za ofensywny układ czynników – występujących w procesie zmiany społecznej¹⁶⁶, co zapewne dotyczy również szerzej rozumianej zmiany systemu ochrony zdrowia.

Na tym tle warto zwrócić uwagę na proces demokratycznego podejmowania decyzji, którego jednym z najistotniejszych elementów jest upublicznienie procedur komunikacji między jego uczestnikami (stronami) poszukującymi argumentów prze-

¹⁶⁵ Tamże, s. 295 i nast., a zwłaszcza s. 297.

¹⁶⁶ Szerzej: T. Szumlicz, *Modele...*, wyd.cyt., s. 86–88. Zob. zwłaszcza odniesienia do literatury i schemat struktury społecznej jako kategorii polityki społecznej.

mawiających za określonymi ocenami i rozwiązaniami diskutowanych spraw¹⁶⁷. Wtedy ważne jest odróżnianie deliberacji i dialogu korporacyjnego. Pojęcie deliberacji odnosi się do tych sytuacji, w których głównym narzędziem używanym przez komunikujące się strony jest perswazja, a komunikacyjna interakcja ma charakter jawny i otwarty. Istotą deliberacji jest też dążenie do osiągnięcia w diskutowanych sprawach konsensu. Nie jest zatem słuszne odnoszenie pojęcia deliberacji do każdego rodzaju demokratycznej dyskusji czy debaty, gdyż w wielu z nich stosowane są strategie konfrontacyjne, manipulacja i utajnianie obrad. Deliberację zaś charakteryzują: perswazyjny sposób doboru argumentów, dążenie do osiągnięcia konsensu i publiczny charakter dyskursu¹⁶⁸.

Najbardziej wymowne jest zestawienie przeciwstawnych cech obrazujących dialog korporacyjny i dialog jako deliberację, odpowiednio¹⁶⁹:

- reprezentacja – bezpośrednie uczestnictwo,
- przetarg interesów – orientacja na dobra nadrzędne,
- konfrontacja, manipulacja – perswazja, argumentacja,
- utajnianie obrad – otwarte obrady,
- państwo jako strona sporów korporacyjnych – władza publiczna jako strona reprezentująca aparat wykonawczy.

Obecnie eksponuje się też wielopoziomowe zarządzanie społeczne¹⁷⁰ uwzględniające pięć zasad: (1) otwartość działań, (2) partycypację obywateli w procesach decyzyjnych, (3) odpowiedzialność ośrodków decyzyjnych, (4) efektywność, (5) spójność¹⁷¹, które w dziedzinie ochrony zdrowia powinno mieć rzeczywiste zastosowanie z perspektywy rozwoju „demokracji deliberacyjnej”, ale rozumianej jednak dostatecznie szeroko¹⁷².

Wreszcie należy zwrócić uwagę na wyjątkowo ważne, choć często bagatelizowane, ujęcie podmiotowo-przedmiotowe w polityce społecznej (zdrowotnej), w któ-

¹⁶⁷ J. Cohen, *Deliberation and Democratic Legitimacy*, w: *The Good Polity*, red. A. Hamlin, B. Pettit, Oxford, Basil Blackwell, cyt. za: J. Sroka, *Deliberacja w instytucjach dialogu społecznego*, Warszawa 2007, IPiSS, materiał powielony, s. 1.

¹⁶⁸ Zob. tamże i J. Sroka, *Deliberacja w instytucjach dialogu społecznego* (powielona prezentacja multimedialna).

¹⁶⁹ Tamże.

¹⁷⁰ Mówienie o wielopoziomowym rządzeniu nie jest terminologicznie trafne. *Governance* oznacza ład korporacyjny, a więc zasady i normy odnoszące się do szeroko rozumianego zarządzania spółką i podobne rozumienie tego pojęcia można by przenieść do rozważań o warunkach ładu społecznego.

¹⁷¹ Raport OECD na temat Governance in 21st Century. Zob. J. Sroka, *Deliberacja...*, wyd.cyt., s. 2.

¹⁷² Por. tamże.

rej szczególne znaczenie ma odróżnianie podmiotowości i przedmiotowości. Chodzi o to, że niewątpliwie ważną i zmienną pozycję w polityce zdrowotnej zajmują: (1) **obywatel**, jako podmiot w znaczeniu politycznym, uczestniczący w wyborach władz odpowiedzialnych za prowadzoną politykę zdrowotną; (2) **rodzina**, jako podmiot w znaczeniu socjologicznym, zainteresowana dobrostanem zdrowotnym swoich najbliższych; (3) **gospodarstwo domowe**, jako podmiot w znaczeniu ekonomicznym, zwracające uwagę na obciążające jego budżet wydatki związane z funkcjonującym systemem ochrony zdrowia.

1.1. Tradycyjne rozumienie podmiotowości w systemie ochrony zdrowia

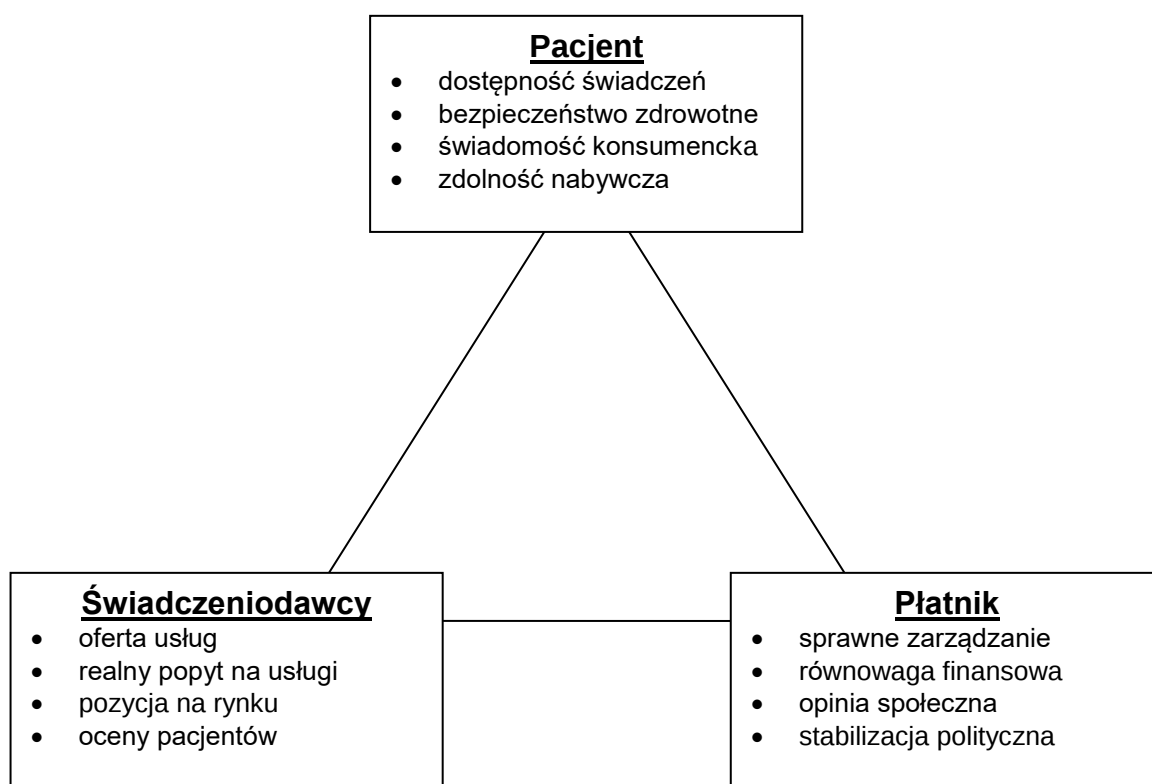
Rozważając proces zmiany systemu ochrony zdrowia, można przyjąć najprostszy układ podmiotowy występujący na rynku, w którym uczestniczą:

- konsumenci (po stronie popytowej rynku – pacjenci obecni i potencjalni, pośrednio i/lub bezpośrednio, obowiązkowo i/lub dobrowolnie, finansujący system);
- producenci (po stronie podażowej rynku – wytwórcy szeroko rozumianych świadczeń zdrowotnych, otrzymujący wynagrodzenie za dostarczane produkty);
- pośrednicy (instytucje publiczne i prywatne zaangażowane w /re/dystrybucję środków finansowych i zapośredniczenie umów kupna–sprzedaży świadczeń, w szczególności ubezpieczyciele organizujący wspólnoty ryzyka choroby) oraz
- państwo (prowadzące politykę zdrowotną, jego instytucje i wyspecjalizowane agendy, w mniejszym lub większym zakresie, decydujące o zasadach i formach gromadzenia oraz wydatkowania środków publicznych, a nawet prywatnych, przeznaczanych na ochronę zdrowia).

Zwraca się wtedy uwagę na – wyróżniane już – dwie główne zasady udziału konsumentów w finansowaniu świadczeń: (1) płatność obowiązkową i (2) płatność dobrowolną. Opisuje się cztery drogi przekazywania należności świadczeniodawcom: (1) bezpośrednio z „kieszeni” pacjenta, (2) z „kieszeni” pacjenta z refundacją, (3) od podmiotu kontraktującego świadczenia opłacone przez pacjenta, (4) od właściciela instytucji organizującej ochronę zdrowia dla pacjenta. Z kolei udział państwa w tym rozumowaniu podmiotowym traktowany jest na ogół politycznie, zarządczo i instrumentalnie.

Ciekawe w takim podejściu są interpretacje podmiotowe¹⁷³, które wskazują na nierównowagę relacji węziej w sensie podmiotowym (symbolicznie) ujmowane: pacjent – lekarz, pacjent – płatnik, lekarz – płatnik, z obrazową sugestią wyrównywania ramion trójkąta utworzonego między tymi podmiotami oraz na znaczenie udziału państwa w zabiegach służących niezbędnemu kształtowaniu pozycji poszczególnych podmiotów w tych relacjach. Przedstawia to schematycznie trójkąt relacji podmiotowych, z wyróżnieniem podstawowych czynników decydujących o pozycji każdego podmiotu (zob. schemat 9).

Schemat 9. Czynniki równowagi w systemie ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne; por. J. Graliński, *Model organizacji systemu ochrony zdrowia*, „Businessman” ze stycznia 2004, s. 44.

Podejście takie jest uzasadnione, jeśli dostrzega się złożoność otoczenia, w jakim wymienione relacje występują.

¹⁷³ Zob. poruszony wyżej problem poczucia podmiotowości.

1.2. Podmiotowość w procesie zmiany systemu ochrony zdrowia

Podmiotowość w polityce zdrowotnej i procesie zmiany systemu ochrony zdrowia powinna być traktowana znacznie szerzej. Kluczowe znaczenie ma tutaj – przedstawiony wyżej – proces decyzyjny na poziomie społecznym, w którym podstawowym problemem jest podmiotowość polityczna oraz funkcjonowanie podmiotów działań politycznych i podmiotów decyzji politycznych. Nie mniejsze znaczenie ma poziom organizacyjny procesu decyzyjnego.

Najważniejsze jest dostrzeganie wachlarza podmiotów działań politycznych, którymi są nie tylko partie, ale też związki zawodowe, duże i reprezentatywne organizacje społeczne, konsumenckie, producenckie. Najistotniejsze są funkcje zewnętrzne konkretnych podmiotów, bo wiążą się z odczytywaniem, artykułowaniem i reprezentacją interesów różnorodnych środowisk społecznych i ekonomicznych, których funkcjonowanie bezpośrednio lub pośrednio dotyczy polityki zdrowotnej i systemu ochrony zdrowia. Podmioty te oczywiście podkreślają swoje znaczenie w strukturze i są w stanie uzgadniać interesy z innymi podmiotami, a zatem ich „niedostrzeganie” przez ośrodek decyzyjny (podmioty decyzji politycznych) należy traktować jako poważne uchybienie w skutecznym i efektywnym zarządzaniu zmianą.

Na poziomie organizacyjnym procesu decyzyjnego okazuje się, że – bez przesady – niektóre podmioty uczestniczą w procesie decyzyjnym obejmującym tylko fazy komunikatu o treści decyzji i wykonania decyzji. Pomijany jest udział tych podmiotów: w zgodzie co do faktów, w zgodzie co do celów, w precyzyjnym zdefiniowaniu problemu, w sformułowaniu opcji, w rozważaniu konsekwencji przyjęcia każdej z opcji, w dokonaniu wyboru, a więc w sprawach dla zarządzania zmianą kluczowych. Można także twierdzić, że ośrodki decyzyjne unikają w ten sposób zasadniczej zmiany, stawiając się na wariant raczej konserwatywny niż innowacyjny; bardziej rekreacyjny niż kreatywny. Zachowawczość ta może być oczywiście zrozumiała, bo wiele koniecznych zmian, w tym zwłaszcza w polityce zdrowotnej, ze względu na bieżące konsekwencje społeczne, wymaga niemałej odwagi politycznej.

Dwa podmioty działań politycznych (firmy farmaceutyczne i zakłady ubezpieczeń), niesłusznie kojarzone wyłącznie (lub głównie) z działalnością *stricto* ekonomiczną, wydają się w procesie zmiany systemu ochrony zdrowia niedoceniane, i to mimo ich nadzwyczajnego znaczenia dla pożądaných kierunków zmiany.

2. Podmiotowość „infrastrukturalna” w zmianie systemu ochrony zdrowia

Uwzględniając pochodzenie samego wyrażenia "infrastruktura", powinno się je używać konsekwentnie w znaczeniu podbudowy¹⁷⁴. Dlatego też mówi się o infrastrukturze jako urządzeniu stanowiącym swoisty warunek dobrego zorganizowania i funkcjonowania konkretnego systemu. Ustalenie takie nie powinno wzbudzać większych sporów w rozważaniach o infrastrukturze w ogóle. Jednakże pojęcie infrastruktury w zasadzie nie występuje samodzielnie, w każdym przypadku trzeba dążyć do wystarczająco jasnego dookreślenia układu nadrzędnego, któremu dana infrastruktura ma służyć. W przypadku systemu ochrony zdrowia do elementów jego infrastruktury niewątpliwie można zaliczyć – na co zwrócimy szczególną uwagę – producentów leków i oferentów ubezpieczeń zdrowotnych, którzy ten system w ustalonym zakresie – w zależności od obranej koncepcji ukształtowania systemu – właśnie podbudowują. Podmiotowość tu nazwana infrastrukturalną jest zatem podmiotowością komplementarną, związaną z uczestnictwem w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia reprezentacji konkretnych organizacji infrastrukturalnych.

2.1. Znaczenie firm farmaceutycznych w zarządzaniu zmianą

Jest wiele powodów, aby reprezentanta(ów) interesów firm farmaceutycznych traktować jako poważnego partnera w dyskusji na temat zmiany systemu ochrony zdrowia. Rozpatrzmy te powody przynajmniej z kilku punktów widzenia, a więc firmy farmaceutycznej występującej w roli:

- **producenta usług zdrowotnych,**
- **uczestnika procesu edukacji medycznej,**
- **uczestnika procesu kształtowania świadomości zdrowotnej,**
- **przedsiębiorstwa pracochłonnego i innowacyjnego.**

¹⁷⁴ Zgodnie z etymologią wyrazu, infrastrukturę można zdefiniować jako podstawę lub podstrukturę, na której opiera się określony układ nadrzędny. Jest to definicja na tyle ogólna, że można ją stosować w najróżnorodniejszych dziedzinach życia, opisując ich organizację i funkcjonowanie.

W opisach pominiemy udział firm farmaceutycznych w akcjach charytatywnych, gdyż **występowanie w roli darczyńcy** wykracza zwykle poza teren działalności *stricte* zdrowotnej.

2.1.1. Firmy farmaceutyczne jako producenci usług zdrowotnych

Bezpośrednim powodem konieczności rozważenia aktywnego i reprezentatywnego udziału firm farmaceutycznych w dyskusjach dotyczących zmiany systemu ochrony zdrowia jest oczywiście to, że są one **uczestnikiem rynku usług zdrowotnych**. Firmy farmaceutyczne jako producenci leków, wyrobów medycznych i materiałów pomocniczych stają się bezpośrednio lub pośrednio **współproducentami usług zdrowotnych**. Firmy farmaceutyczne decydują nie tylko o **ilościowej i jakościowej podaży leków**, wyrobów medycznych i materiałów pomocniczych, ale też wywierają znaczny **wpływ na popyt na te produkty** ze strony świadczeniodawców i gospodarstw domowych. Ten oczywisty powód wiąże się z pewnością z zagadnieniem wydatków na leki i ich refundacją, co w systemie ochrony zdrowia jest przedmiotem szczególnego zainteresowania i niepokojów instytucji płatników, zarówno publicznych, jak i prywatnych.

Szczególnie ważnym problemem do rozstrzygnięcia jest **racjonalizacja udziału wydatków na leki** w ogólnych środkach finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia, co dotyczy wydatków prywatnych i publicznych. Powszechnie bowiem sądzi się, że udział ten – zwłaszcza w środkach publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia – jest niebywale wysoki¹⁷⁵. Warto jednak zauważyć, że jest to **udział relatywny**, liczony wobec nadzwyczaj niskich wydatków na inne pozycje w strukturze środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia (wynagrodzenia służby zdrowia, sprzęt medyczny, remonty budynków), które – w przeciwieństwie do wydat-

¹⁷⁵ Rzeczywiście w kosztach świadczeń zdrowotnych pokrywanych przez NFZ refundacja cen leków wynosi około 20%. System informatyczny NFZ pozwala jednak na dość dokładne analizowanie informacji, dotyczących kosztów refundacji leków, a zatem na podejmowanie działań, które mogłyby te wydatki racjonalizować. Tak też należy traktować dobry rejestr usług medycznych (zob. A. Sośnierz, *Rejestr usług medycznych jako narzędzie nadzoru i kontroli nad lekami*, „Polityka Zdrowotna” z czerwca 2005, t. IV, s. 111–116). Bardzo wysoki jest również udział kosztów leków w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia (szacowany na znacznie ponad 30%), a więc udział powiększony o wydatki z budżetów gospodarstw domowych. Według szacunków wynikających z *Diagnozy Społecznej 2007* gospodarstwa domowe wydają na leki i inne artykuły farmaceutyczne związane z chorobą ponad 17,6 mld zł rocznie (obliczenia własne).

ków na farmaceutyki – można „sztucznie” bardziej zaniżać. Ten wysoki udział uzyskujemy przy stosunkowo niższych cenach leków (zob. tabela 3).

Tabela 3. Średnie ceny leków krajowych i zagranicznych

Średnie ceny leków	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Krajowych	3,2	3,6	4,2	4,9	5,3	5,9	6,2	6,6
– oryginalne	10,2	11,3	13,4	16,1	20,1	21,1	20,5	21,2
– generyczne	3,0	3,4	4,0	4,6	5,0	5,5	5,9	6,3
Zagranicznych	15,2	17,8	18,5	19,9	21,6	21,0	21,3	21,3
– oryginalne	22,6	25,4	26,8	29,7	32,6	31,3	31,1	31,3
– generyczne	11,3	13,3	13,7	14,4	15,2	15,3	15,9	15,9
Relacja cen leków zagranicznych do krajowych	4,8	4,9	4,4	4,1	4,1	3,6	3,4	3,2

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GSK Polska, cyt. za: IMS Health, Raport NIK na temat prywatyzacji branży farmaceutycznej.

Generalnie chodzi o **skuteczną i efektywną** oraz – co równie ważne – **akceptowaną** politykę lekową, w której najważniejsze są przyjęte **zasady refundacji leków**, decydujące w dużej mierze o proporcjach udziału leków innowacyjnych, oryginalnych i generycznych na rynku farmaceutycznym. Na korzyść tych pierwszych (innowacyjnych) przemawia przede wszystkim potencjalnie wyższa skuteczność, a więc nawet przy wyższej cenie ich zastosowanie okazuje się bardziej efektywne. Z kolei na korzyść leków generycznych w porównaniu z lekami oryginalnymi przemawia niższa cena, przy takiej samej skuteczności terapeutycznej, co daje ogromne oszczędności. Jednakże producenci leków innowacyjnych słusznie podnoszą sprawę wysokich kosztów opracowania nowego leku i tym tłumaczą potrzebę długiego okresu ochrony patentowej. Powstaje zatem dość często zadawane pytanie, czy oszczędności powstałe dzięki proporcjonalnemu refundowaniu leków oryginalnych i generyków nie mogłyby – poprzez stworzenie **odpowiednich zachęt** – zostać przeznaczone na finansowanie prac badawczych i leków innowacyjnych¹⁷⁶.

¹⁷⁶ Złożoność tego problemu (a nawet jego międzynarodowość) pokazuje cytat z wystąpienia Bolesława Piechy, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, przed sejmową Komisją Zdrowia: „Jak długo lek innowacyjny może być chroniony? Gdybyśmy sobie przypomnieli przysięgę Hipokratesa [...] to jest w niej napisane, że nie wolno pod żadnym pozorem ukrywać swoich wiadomości dotyczących nowoczesnych metod leczenia. Niestety w farmacji na nasze nieszczęście nie obowiązuje ta stara reguła i w związku z tym przemysł farmaceutyczny chroni patentem swoje dane dotyczące leków przez coraz

Stosowane obecne zasady refundacji leków są powszechnie krytykowane. Podkreśla się przede wszystkim małą przejrzystość zasad refundowania leków, a także brak przełożenia wzrostu wydatków refundacyjnych na korzyści zdrowotne, zbyt małą dostępność leków dla pacjentów z uwagi na wysoką cenę medykamentów, brak na listach refundacyjnych nowych leków innowacyjnych¹⁷⁷, duże opóźnienia we wprowadzaniu na listy refundacyjne nowych generyków.

Można dodać ponadto jeden argument związany z jakością procesu produkcji leków i funkcjonowania rynku farmaceutycznego. Otóż – mówiąc najogólniej – skuteczność nadzoru i regulacji, podobnie jak skuteczność każdego innego nadzoru i regulacji (np. nad rynkiem finansowym), w dużej mierze zależy od postawy nadzorowanego, reagującego na wnioski pokontrolne oraz producenta, dokonującego wyboru z możliwych zachowań rynkowych.

Stąd oczywiste pytanie, czy w dyskusji na te tematy i – pośrednio – w podejmowaniu decyzji dotyczących tych spraw (zastosowania leków innowacyjnych, obniżenia wydatków na leki przez wspieranie generyków, wyjaśnienia wysokich wydatków na leki) nie powinni uczestniczyć **odpowiednio umocowani przedstawiciele firm farmaceutycznych**¹⁷⁸. Chodzi bowiem o to, czy interesu społecznego, polega-

dłuższy czas. Powiem szczerze, że w tym zakresie spodziewam się dyskusji, bo [...] nie chcemy w pełni implementować tej dyrektywy [chodzi o dyrektywę 2004/27/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. zmieniającą dyrektywę 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi – uwaga T.Sz.]. Jest to decyzja rządu, nie Ministerstwa Zdrowia. Uważamy, że tak długa ochrona danych spowoduje trudności na rynku finansowym, czyli finansowanie leków innowacyjnych i niemożliwość wypuszczenia leków generycznych w krótszym okresie, tak jak było do tej pory” (stenogram z 7 grudnia 2006 r.). Z kolei M. Kamiński, wskazując zagrożenia związane z gospodarką lekową w Polsce twierdzi, że „mimo zapisów ustawowych, nowelizacje wykazów leków refundowanych odbywają się zbyt rzadko. Różne podmioty wielokrotnie występowały do Ministra Zdrowia z prośbą o dokonanie zmian na wykazach leków refundowanych w tym m.in. o przeanalizowanie obecnie obowiązujących wykazów pod kątem obecności na nich leków o udowodnionej skuteczności klinicznej oraz wprowadzenie nowych cząsteczek leków. Ponadto niezwykle istotnym jest analiza obecnie obowiązujących limitów w tym także limitów grupowych (tj. dotyczących leków zawierających różne substancje czynne o podobnym działaniu terapeutycznym).” Tymczasem „dokonanie takich zmian na wykazach z jednej strony świadczyć będzie o bieżącym kreowaniu polityki lekowej, z drugiej sprzyjać będzie zwiększaniu dostępności do coraz to nowszych farmakoterapii”. M. Kamiński, *Zasady refundacji leków na świecie – wnioski dla Polski*, Łódź 2007, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, rozprawa doktorska, s. 151.

¹⁷⁷ Oznacza to, że coraz więcej pieniędzy jest marnowanych na refundację starych leków sprzedawanych po zawyżonych cenach. T. Hermanowski, W. Orłowski, M. Blachowski, P. Latawiec, D. Łowicki, W. Zieliński, A. Strug, *Gospodarka lekowa – raport*, Warszawa–Gdańsk–Rzeszów–Szczecin 2004, s. 9, cyt. za: tamże, s. 165.

¹⁷⁸ Nie można wykluczać, wzorem innych krajów, podpisywania porozumień z przemysłem farmaceutycznym, na mocy których na przykład część zysków osiąganych przez firmy farmaceutyczne przeznaczana jest na pokrycie kosztów refundacji. Zob. tamże, s. 163.

jącego na jak najlepszej kondycji zdrowotnej całej populacji, nie można pogodzić z interesem natury ekonomicznej, w tym przypadku przedsiębiorstw farmaceutycznych.

Silna pozycja rynkowa firm farmaceutycznych z pewnością w jakiś sposób przekłada się na wpływy polityczne. Powstaje pytanie, czy tych wpływów nie można pozytywnie wykorzystać do opracowania koncepcji zmiany systemu ochrony zdrowia, która byłaby zgodna z oczekiwaniami również sektora farmaceutycznego.

2.1.2. Zaangażowanie firm farmaceutycznych w kształcenie personelu medycznego

Przedsiębiorstwa farmaceutyczne z natury rzeczy aktywnie uczestniczą w kształceniu lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów prowadzonym ze względów merytorycznych, a więc nie tylko oczywiście w interesie podmiotu przekazującego wiedzę i umiejętności. Problematiczną sprawą jest „zobowiązaniowy” wpływ tą drogą firm farmaceutycznych na środowiska lekarskie, ale pożądane (czytaj: rozsądne i niekorupcyjne) rozwiązania w tym zakresie **również należą do szerzej rozumianej zmiany systemu ochrony zdrowia.**

W edukacji specjalistycznej prowadzonej przez firmy farmaceutyczne można wyróżnić:

- **szkolenia dla:**
 - lekarzy specjalistów,
 - lekarzy rodzinnych,
 - personelu farmaceutyczno-medycznego;
- **spotkania wykładowo-warsztatowe, umożliwiające dostęp do najnowszej wiedzy medycznej;**
- **współpracę z akademickimi i zawodowymi ośrodkami medycznymi;**
- **szkolenia w ramach ogólnopolskiego programu podnoszenia kwalifikacji zawodowych.**

Skalę tej działalności dobrze obrazuje przykład firmy Glaxo-Smith-Kline (GSK). Tylko w 2006 r. przeprowadziła ona aż 310 szkoleń, w których uczestniczyło 4400 lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów.

2.1.3. Firmy farmaceutyczne w kształtowaniu świadomości zdrowotnej

Właściwie trudno obecnie nie odwoływać się do misji danej organizacji, wyjaśniającej jej istnienie, zamierzenia i aspiracje. Podobnie jest w przypadku firm farmaceutycznych, których charakter działalności przesądza o **szczególnym związku potrzeb klientów i jakości świadczonych usług**. Przykładowo, misja Glaxo-Smith-Kline¹⁷⁹: „Jednoczy nas jeden cel – poprawiać jakość życia ludzi, dając im możliwość osiągać więcej, czuć się lepiej i żyć dłużej” zobowiązuje firmę nie tylko do wytwarzania i dostarczania nowoczesnych i bezpiecznych leków, ale też do podejmowania szerokich działań edukacyjnych w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, prowadzących do prozdrowotnej zmiany stylu życia i prawidłowych postaw wobec zaistniałej choroby.

Akcje informacyjno-edukacyjne mają najczęściej miejsce w trakcie sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne masowych imprez i festynów kulturalnych oraz sportowych, a także przedsięwzięć naukowych (konferencje, seminaria, szkolenia, staże, konkursy, publikacje specjalistyczne).

W Polsce firmy farmaceutyczne inicjują liczne – mniejsze i większe – przedsięwzięcia i kampanie edukacyjne oraz angażują się w programy prozdrowotne adresowane przede wszystkim do potencjalnych pacjentów, w tym w szczególności do młodzieży i osób starszych. Różnorodność podejmowanych działań jest rzeczywiście imponująca i zasługująca na uwagę.

Przykładem może być działalność centrów naukowo-społecznych GSK w Poznaniu i Krakowie, w ramach których odbywają się:

- konkursy o tematyce zdrowotnej,
- bezpłatne zajęcia plastyczne i teatralne dla dzieci,
- zajęcia dla dzieci ze świetlic socjoterapeutycznych,
- warsztaty teatralne dla osób niepełnosprawnych intelektualnie,
- warsztaty pamięci dla seniorów,
- warsztaty z udzielania pierwszej pomocy,

¹⁷⁹ Firma jest częścią międzynarodowego koncernu, który kieruje się zasadą „myśl globalnie, działaj lokalnie”. Zgodnie z tą zasadą GSK podejmuje społeczne przedsięwzięcia ogólnopolskie oraz działa lokalnie, szczególnie w Wielkopolsce (gdzie mieści się fabryka produkująca leki GSK w Polsce) i w Krakowie, poprzez funkcjonujące tam centra naukowo-społeczne.

- bezpłatne, otwarte szkolenia i prezentacje na temat jednostek chorobowych, ich profilaktyki oraz metod leczenia,
- warsztaty dla nauczycieli o skutecznych metodach przekazywania tematów profilaktyki zdrowotnej uczniom,
- warsztaty dla młodzieży dotyczące kształtowania zachowań wobec współczesnych zagrożeń (alkoholu, narkotyków, przemocy).

Wyjątkowe znaczenie mają niewątpliwie różnorodne akcje zdrowotne o charakterze profilaktycznym, promocyjnym i kształceniowym, których inicjatorem lub współorganizatorem są firmy farmaceutyczne. Wśród tych przeprowadzanych z udziałem GSK najbardziej znane to:

- „Żółty tydzień” (organizowana od 13 lat akcja szczepień przeciwko żółtacze typu A i B, która przyczyniła się do spadku zachorowalności na WZW typu B w Polsce o ponad 80%; skorzystało z niej pół miliona ludzi, a liczba zakażeń spadła 10-krotnie);
- „Mamo, masz wybór” (program dla matek niemowląt, mający na celu edukację na temat szczepień najmłodszych za pomocą nowoczesnych szczepionek skojarzonych, dzięki którym minimalizuje się cierpienie niemowląt związane z kilkoma kłuciami);
- „Wygraj z astmą” (program obalenia stereotypów, uświadamiający nauczycielom w całej Polsce, że właściwie leczony uczeń chory na astmę nie powinien być zwalniany z zajęć WF);
- „Aktywne życie z astmą” (w czasie tej kampanii chorzy na astmę studenci przemierzali 1800 km na rowerach, zatrzymując się w dużych miastach, gdzie odbywały się spotkania z ekspertami, dziennikarzami i badania dla pacjentów);
- „Zdrowie w cenie – rzuć palenie” (konkurs na „maszynę” do rzucania palenia);
- „Lato z GSK 2006” (promocja zdrowia przez sztukę);
- „Promocja zdrowia w szkole” (kształtowanie odpowiedzialności za własne zdrowie wśród młodzieży, w szczególności w obliczu zagrożeń wynikających z nikotynizmu, narkotyków i alkoholu, także warsztaty dla nauczycieli, jak trafiać do młodzieży z tematami profilaktyki zdrowotnej);
- „Teatracje 2006” (aktywizowanie osób niepełnosprawnych na polu teatru i integracja społeczna poprzez prezentację efektów pracy na profesjonalnej scenie);
- „Szkoła zdrowego życia” podczas imienin ulicy św. Marcina (bezpłatne konsultacje zdrowotne i pokazy ratowania życia);

- „Mój pokój bez wad” (zapoznanie się z zasadami profilaktyki wzroku i wad postawy oraz wykorzystania ich przy projektowaniu pokoju);
- „Warsztaty pamięci dla seniorów” (sprawność umysłu można ćwiczyć, podobnie jak kondycję fizyczną);
- „Moje dziecko a współczesne media” (uświadomienie rodzicom, jakie zagrożenia niosą ze sobą współczesne media);
- „Spotkania dla pacjentów chorych na depresję” (podniesienie jakości ich życia, powrót do normalności i radzenie sobie z chorobą);
- „Szkoła dla dzieci chorych na astmę i dla ich rodziców”;
- „Dzień alergii” (szkolenie pacjentów chorych na alergię, astmę i POCHP);
- „Zachowania trudne u dzieci i młodzieży z autyzmem i pokrewnymi zaburzeniami”;
- „Zaburzenia odżywiania (otyłość, niedowaga) – u dzieci i dorosłych”;
- „Kontroluję, nie ryzykuję. Razem przeciwko rakowi szyjki macicy” (działania edukacyjne mające na celu uświadomienie kobietom, że choroby tej można uniknąć dzięki regularnym badaniom cytologicznym, a w przyszłości – szczepieniom).

Podsumowując, należy dostrzegać poważne znaczenie działalności informacyjno-edukacyjnej firm farmaceutycznych, którym można wprawdzie „wytknąć” biznesowe (marketingowe i PR-owskie) jej przesłanki, ma ona jednak niewątpliwie przełożony wpływ na świadomość społeczną (w języku ubezpieczeniowym: wiedzę i umiejętności postępowania z ryzykiem choroby) – i to nie tylko w zakresie zachowań prozdrowotnych (profilaktyki, samoleczenia itp.), ale również – co się mniej dostrzega – w zakresie **akceptacji społecznej dokonywanej (zapowiadanej) zmiany systemu ochrony zdrowia**.

2.1.4. Firmy farmaceutyczne jako przedsiębiorstwa pracochłonne i innowacyjne

Rozwój przemysłu farmaceutycznego jest wyjątkowo korzystny pod względem ekonomicznym i społecznym równocześnie, co można przedstawić, odwołując się do **kategorii zatrudnienia**, która te podstawowe punkty widzenia najbardziej zbliża. Po pierwsze, rozwój przemysłu farmaceutycznego cechuje relatywnie duża pracochłonność, co ma oczywiście znaczący wpływ na ogólny wzrost zatrudnienia, i – co należy podkreślić – niekoniecznie lokowany w centrach gospodarczych. Po drugie, przemysł farmaceutyczny jest dziedziną działalności gospodarczej zaliczaną do nowoczesnych

i proeksportowych. Dlatego też „pozazdrowotna” charakterystyka aktywności firm farmaceutycznych warta jest odnotowania właśnie z punktu widzenia zatrudnienia.

Kategoria zatrudnienia wiąże się zarówno z (1) występowaniem **zapotrzebowania na zasoby pracy** (czynnik ludzki) w postaci miejsc pracy odpowiednio zorganizowanych i wyposażonych materialnie (uzbrojonych technicznie) w celu wytwarzania dóbr i usług, jak i z (2) **aktywnością zawodową ludności**, polegającą na ekwiwalentnym (odpłatnym) zaangażowaniu sił i umiejętności w procesy wytwórcze. Należy zatem dostrzegać dwie strony tak rozumianych relacji zatrudnieniowych – (1) stronę popytową (miejsca pracy) i (2) stronę podażową (zasoby pracy).

Rozpatrywanie zatrudnienia od strony popytowej, czyli kreowania miejsc pracy, nadal nie jest dość konsekwentne, zwłaszcza gdy w miejsce polityki zatrudnienia (akcent na tworzenie miejsc pracy) wprowadza się pojęcie polityki rynków pracy (akcent na dostosowywanie zasobów pracy do istniejących miejsc pracy). Należałoby zatem zauważyć, iż termin „zatrudnienie” odpowiada w pierwszym rzędzie nie tyle aktywności zawodowej ludności, ile właśnie występowaniu zapotrzebowania na czynnik pracy, w postaci konkretnych miejsc pracy. Za punkt wyjścia uznaje się wtedy przedsięwzięcia gospodarcze, tworzące miejsca pracy oraz politykę gospodarczą, której naczelnym celem i zasadniczym kryterium skuteczności jest wzrost zatrudnienia, czyli przyrost efektywnych miejsc pracy.

Tak też można rozpatrywać problem tworzenia miejsc pracy przez poszczególne branże działalności gospodarczej, w tym oczywiście farmaceutyczną. Chodzi o to, że każdą gospodarkę (narodową, regionalną, lokalną) charakteryzuje pewna liczba i struktura efektywnych miejsc pracy, powstających w związku z wytwarzaniem różnorodnych dóbr i usług. Innymi słowy, w określonej skali gospodarowania na ogólną absorpcję zasobów pracy składa się absorpcja zasobów pracy wykazywana przez poszczególne, mniej lub bardziej aktywne, dziedziny gospodarowania. W ten sposób można opisać zarówno dynamikę, jak i strukturę zatrudnienia konkretnej gospodarki oraz próbować ocenić czynniki zachodzących w tym zakresie zmian.

W ujęciu ilościowym o zatrudnieniu decyduje rozwój gospodarczy (wzrost zatrudnienia z reguły traktowany jest jako jeden z podstawowych celów ekonomicznych), uzależniony najogólniej od dynamiki i charakteru procesów inwestycyjnych. Wchodzą tutaj w grę między innymi mniej lub bardziej pracochłonne metody wytwarzania dóbr i usług, różne zakresy substytucji nakładów pracy i kapitału, odmienne kryteria lokalizacji gospodarczej.

Ważniejszym problemem jest jednak proces zmieniającej się struktury zatrudnienia i ochłonności każdej gospodarki. Najbardziej znana formuła opisująca prawidłowości strukturalne w procesie rozwoju gospodarczego odwołuje się właśnie do struktury zatrudnienia. Rozwój społeczno-gospodarczy i społeczny podział pracy prowadzą bowiem do zasadniczych przekształceń struktury zatrudnienia po stronie popytowej. Tradycyjny podział gospodarki na trzy sektory: I – rolniczy (rolnictwo + leśnictwo), II – przemysłowy (przemysł + budownictwo), III – usługowy (pozostałe działy, zaliczane do szeroko pojętej działalności usługowej) umożliwia jednak tylko dość powierzchowne śledzenie dokonujących się przeobrażeń. Obserwowane tendencje przedstawia się najogólniej jako stopniowy wzrost udziału w tak ujętej strukturze – kolejno – sektora przemysłowego i sektora usługowego (proces szybszego wzrostu zatrudnienia usługowego niż przemysłowego nazywa się „serwicyzacją” zatrudnienia)¹⁸⁰. W tym miejscu należy też koniecznie zwrócić uwagę na coraz wyraźniejsze wyodrębnianie się w strukturze gospodarki sektora naukowo-badawczo-informatycznego (w skrócie: innowacyjnego). Wiąże się to z obiektywnie coraz wyższą rangą nauk podstawowych, badań stosowanych, nowych technologii i informatyki w rozwoju gospodarczym („scjentyfikacja” zatrudnienia można by określić proces szybszego wzrostu zatrudnienia innowacyjnego niż usługowego *sensu largo* albo proces szybszego wzrostu zatrudnienia innowacyjnego w porównaniu ze wzrostem zatrudnienia w poszczególnych sektorach gospodarki). Tak więc zmiany w gospodarce należałoby rozpatrywać przez pryzmat nie tylko struktury trójsektorowej, w której sektor innowacyjny „ukrywa się” w sektorze usługowym, ale także przez pryzmat struktury czwórsektorowej, w której sektor innowacyjny występuje względnie autonomicznie (zob. schemat 10).

Schemat 10. Sektorowe koncepcje zmiany struktury zatrudnienia

1) Koncepcja trójsektorowa – podejście klasyczne

Sektor I	Sektor II	Sektor III
----------	-----------	------------

2) Koncepcje czwórsektorowe

¹⁸⁰ Trzeba mocno podkreślić, bo nie zawsze jest to dostrzegane, iż w proponowanym sposobie rozumowania chodzi właśnie o *stricte* popytowe wyznaczniki zmiany struktury zatrudnienia.

a) zmiany ujmowane „h o r y z o n t a l n i e”



b) zmiany ujmowane „w e r t y k a l n i e”



Źródło: opracowanie własne.

Bardzo istotne jest wtedy rozróżnienie między ujęciem „horyzontalnym” a ujęciem „wertykalnym” zmian dotyczących sektora innowacyjnego w koncepcjach wyjaśniających przeobrażenia struktury zatrudnienia. W ujęciu horyzontalnym sektor innowacyjny jest prostym przedłużeniem wcześniejszego rozumowania trójsektorowego – w czwórsektorowe. Natomiast ujęcie wertykalne – choć bardziej złożone – wydaje się lepiej obrazować współczesną ekspansję tego sektora, docierającego do prawie każdej dziedziny produkcji dóbr i usług.

W ten sposób promowanie postępu naukowego, wdrażanie nowoczesnych technik wytwarzania i innowacyjność produktów decyduje o realnej – lepszej lub gorszej – pozycji każdego uczestnika społecznego podziału pracy (wyjątkowe znaczenie – mniej lub bardziej korzystnego – usytuowania poszczególnych gospodarek narodowych w międzynarodowym podziale pracy¹⁸¹). Tak jak kiedyś miejsce to określał większy udział danej gospodarki w eksporcie produktów przemysłu przetwórczego, czy następnie szeroko pojętych usług, podobnie obecnie – o konkretnej pozycji w coraz bardziej znaczącym zakresie decyduje opanowywanie i eksport myśli naukowej związanej z poszczególnymi gałęziami (branżami) produkcji dóbr i usług.

W analizach jakościowych strony popytowej zatrudnienia należy też uwzględnić zapotrzebowanie na zasoby pracy wykazywane przez przemysły nowoczesne, w których występuje poważne zaangażowanie myśli naukowo-technicznej, w porównaniu z zapotrzebowaniem wykazywanym przez przemysły uważane za tradycyjne, w

¹⁸¹ Można najogólniej powiedzieć, że w procesach integracji gospodarczej ten aspekt (nie)zachowania równowagi między gospodarkami uczestniczącymi w międzynarodowym podziale pracy ma znaczenie trudne do przecenienia, zwłaszcza że pozostawanie na marginesie postępu naukowego skazuje daną gospodarkę narodową na drugorzędną w tym podziale rolę.

których to zaangażowanie jest dużo mniejsze. Trzeba zatem zwrócić uwagę na fakt, że popytową stronę zatrudnienia charakteryzuje struktura kwalitatywna. Idzie o rodzaj miejsc pracy, wyrażających efektywny popyt na pracę, co decyduje o mniej lub bardziej urozmaiconym oraz o mniej lub bardziej atrakcyjnym zapotrzebowaniu na zasoby pracy. Dopiero zapotrzebowanie o wyższym poziomie jakościowym daje możliwość racjonalniejszego wykorzystania aspiracji zawodowych oraz adekwatnego, co do poziomu i pod względem treści, kształcenia.

W zasadzie przyjmuje się, że do przemysłów nowoczesnych¹⁸² zalicza się:

- przemysł precyzyjny (produkcja instrumentów medycznych, precyzyjnych i optycznych, zegarów i zegarków),
- przemysł elektrotechniczny i elektroniczny (produkcja maszyn biurowych i komputerów oraz produkcja sprzętu i urządzeń radiowych, telewizyjnych i telekomunikacyjnych),
- przemysł maszynowy (produkcja maszyn i urządzeń),
- przemysł samochodowy (produkcja pojazdów samochodowych, przyczep i nacze-
p),
- przemysł lotniczy (produkcja statków powietrznych i kosmicznych), oraz właśnie
- **przemysł farmaceutyczny** (produkcja wyrobów farmaceutycznych: produkcja podstawowych substancji farmaceutycznych oraz produkcja leków i wyrobów farmaceutycznych).

Najprostszą ilustracją statystyczną wpływu przemysłu farmaceutycznego na unowocześnienie struktury gospodarki są dane dotyczące wzrostu zatrudnienia nowoczesnego i innowacyjnego. W przypadku tych rozważań należy, po pierwsze, odnotować spadek udziału zatrudnienia w przemyśle w zatrudnieniu ogółem oraz – na tym tle – **wzrost udziału zatrudnienia w przemyśle farmaceutycznym** w zatrudnieniu w przemyśle), co przedstawiają dane zawarte w tabeli 4. Należy przypuszczać, że trend ten w przyszłości będzie jeszcze wyraźniejszy.

Tabela 4. Zatrudnienie przeciętne, w przemyśle i w przemyśle farmaceutycznym w latach 2000–2005*

(w tys.)

¹⁸² W nawiasach opisy według aktualnego „schematu klasyfikacji” GUS.

Zatrudnienie	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ogółem	8120,1	7826,6	7542,0	7342,8	7273,3	7384,9
Przemysł	2791,7	2646,5	2494,9	2423,8	2413,5	2440,7
Udział przemysłu w zatrudnieniu ogółem**	34,4	33,8	33,1	33,0	33,2	33,0
Przemysł farmaceutyczny	23,7	23,2	22,4	22,8	22,1	22,6
Udział przemysłu farmaceutycznego w zatrudnieniu w przemyśle***	8,4	8,8	9,0	9,4	9,2	9,3

* brak oficjalnych danych dla roku 2006 r.

** w proc.

*** w promile

Źródło: obliczenia własne i szacunki na podstawie danych GUS.

Po drugie, można podjąć próbę ustalenia udziału w zatrudnieniu w przemyśle farmaceutycznym zatrudnienia o charakterze innowacyjnym, a więc zatrudnienia w działalności naukowo-badawczo-informatycznej, a następnie porównać ten udział z udziałem podobnej działalności w gospodarce w ogóle¹⁸³.

Na podstawie dokonanych szacunków można stwierdzić, że udział działalności innowacyjnej, mierzony charakterem zatrudnienia, w firmach farmaceutycznych wynosi nawet 10%, co w porównaniu z szacunkami udziału podobnej działalności w całej gospodarce, daje **wyjątkowo korzystny wskaźnik innowacyjności przemysłu farmaceutycznego**¹⁸⁴.

¹⁸³ Zwiększenie zdolności innowacyjnych gospodarki i większego oparcia jej na wiedzy są możliwe przede wszystkim dzięki dostępności zasobów ludzkich w sektorze naukowym i technicznym (*Human Resources for Science and Technology* – HRST). Zatrudnienie w tych sektorach wzrasta na obszarze OECD dwukrotnie szybciej niż zatrudnienie ogółem. Obecnie na 100 tys. zatrudnionych przypada około 7 badaczy, a 2/3 z nich pracuje w sektorze biznesowym. Dodatkowe zapotrzebowanie na pracowników naukowo-badawczych szacuje się wprawdzie na 10-15%, ale tylko udział nauki *sensu stricto* w tych danych wydaje się nieadekwatny z punktu widzenia sektora innowacyjnego w ogóle, a więc w ujęciu naukowo-badawczo-informatycznym. Powyższe szacunki na podstawie: Przegląd OECD dotyczący nauki, techniki i przemysłu: rok 2004 (www.oecd.org/dataoecd).

¹⁸⁴ Dla przykładu GSK posiada własny ośrodek badawczo-rozwojowy w Poznaniu, w którym 60 naukowców opracowuje analitykę i technologię nowych leków. W ciągu ostatnich 5 lat do produkcji w Poznaniu trafiło blisko 100 nowych leków. Połowa z nich to leki innowacyjne. Druga połowa to własne opracowania poznańskiego ośrodka badawczo-rozwojowego (są to głównie leki odtwórcze). Poznański ośrodek badawczo-rozwojowy uczestniczy też w trzech projektach międzynarodowych: jeden z nich, dotyczący formulacji nowego leku przeciw malarii, współfinansowany jest przez WHO, rząd brytyjski i GSK.

2.1.5. Reprezentacja interesów firm farmaceutycznych

Firmy farmaceutyczne formalnie wydają się **najbardziej marginalizowanym podmiotem** w debacie dotyczącej zmiany systemu ochrony zdrowia. Zaświadczają o tym poważne opracowania o charakterze naukowym, w których o znaczeniu tych firm w szeroko pojętej racjonalizacji systemu nie ma o dziwo ani słowa¹⁸⁵. Tymczasem wydaje się, że jedynym wytłumaczeniem takiego stanu rzeczy i kontrargumentem dla powyższej tezy może być przeświadczenie, że po farmaceutycznej stronie uczestników zmiany systemowej **nieformalna siła przebicia** (do niedawna nieformalny lobbing) jest wystarczająco duża i nie ma co się nią zajmować (powiedzenie „sami sobie poradzą”).

W Polsce lobbing był (i w świadomości społecznej chyba jest nadal) kojarzony głównie z korupcją i łamaniem prawa, bo opierał się na sieci powiązań osobistych. W sprawie lobbingu narosło też wiele mitów (podawano nawet ceny „kupna” ustawy). Tak były traktowane kontakty przedstawicieli różnych interesantów z parlamentarzystami, namawianymi do podjęcia albo zaniechania jakichś działań, jeśli nawet dane kontakty miały na celu poprawienie stanowionego i stosowanego prawa. Podobny był stosunek do sponsorowania przez firmy farmaceutyczne konferencyjnej i seminarystycznej działalności naukowej¹⁸⁶.

W lipcu 2005 r. Sejm przyjął wreszcie ustawę o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (weszła w życie w marcu 2006 r.). Ustawa mówi, że jest to „działanie prowadzone metodami prawnie dozwolonymi, zmierzające do wywarcia wpływu na organy władzy publicznej w procesie stanowienia prawa”. Daje ona jednak ograniczone możliwości stworzenie przeciwwagi i równoważenia wpływów różnych grup interesu w organach władzy publicznej. Udział w pracach nad tworzeniem prawa i zabieganie o interesy zlecniodawców przyjęto bowiem w formie tzw. publicznego przesłuchania, a przepisy ustawy nie obejmują lobbystycznej działalności różnego rodzaju stowarzyszeń, fundacji i organizacji przedsiębiorców. Nie uregulowano też

¹⁸⁵ Zamiast wielu: S. Golinowska (z udziałem A. Koziarkiewicza i Ch. Sowady), *Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*, Warszawa 2004, CASE.

¹⁸⁶ Szczególnie nagłośnionym przykładem była nieodpowiedzialna reakcja mediów na konferencję „Racjonalne gospodarowanie lekami”. Por. artykuł: *Kulig i medycyna*, „Gazeta Wyborcza” z 20 stycznia 2005 z opracowaniem: R. Holly, D. Orszulak-Michalak, *Racjonalna gospodarka lekami – komu wadzi?*, „Polityka Zdrowotna” z czerwca 2005, t. IV, s. 99–101.

udziału lobbystów w przygotowywaniu poselskich, senackich i prezydenckich projektów ustaw.

Dobrze się stało, że ustawa o lobbingu powstała, ale trzeba się zgodzić, że również inne formy wypowiedzi, poza klasycznym lobbowaniem na rzecz określonej grupy interesów, mogą okazać się twórcze merytorycznie, zwłaszcza z punktu widzenia rozpatrywanej w tym opracowaniu podmiotowości w tak trudnym zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia.

Powstaje oczywiście pytanie nie tylko o sposób wyrażania poglądów na zmianę systemu, ale też o **reprezentatywny udział firm farmaceutycznych** w dyskusjach dotyczących zmiany systemu. W przypadku firm farmaceutycznych takim reprezentantem interesów i wyrazicielem poglądów branży na zmianę systemu ochrony zdrowia mógłby być powstały w 2006 r. Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych „INFARMA”¹⁸⁷. Zrzesza on 35 firmy zajmujące się opracowywaniem i sprzedażą innowacyjnych produktów leczniczych. Deklarowanym zadaniem Związku jest „między innymi wspieranie działań mających na celu wprowadzenie optymalnych rozwiązań systemowych w dziedzinie ochrony zdrowia, szczególnie w obszarze refundacji i rejestracji leków”. Ogólniej wyrażanym celem „INFARMY” jest „współpraca przy tworzeniu rozwiązań, które będą korzystne zarówno dla pacjentów, budżetu państwa, jak i producentów leków. Rozwiązania takie powinny pozwalać polskim pacjentom na korzystanie z nowoczesnych i najbardziej skutecznych terapii, tak, by polskie standardy leczenia odpowiadały najlepszym światowym [...]”.

Obszary działalności „INFARMY” są zatem następujące:

- „– promowanie wartości innowacji;
- ułatwienie pacjentom dostępu do nowoczesnych i bezpiecznych produktów leczniczych;
- działania na rzecz uczciwej konkurencji w obszarze przemysłu farmaceutycznego oraz usług farmaceutycznych;
- propagowanie ścisłego przestrzegania zasad etycznych oraz innych norm postępowania, przyjmowanych dobrowolnie przez przemysł farmaceutyczny;
- poszukiwanie rozwiązań dla problemów ekonomicznych, organizacyjnych oraz społecznych sektora farmaceutycznego i ochrony zdrowia w Polsce;

¹⁸⁷ Zob. www.infarma.pl

- współpraca z polskimi i zagranicznymi ośrodkami nauki i biznesu w zakresie sektora farmaceutycznego i ochrony zdrowia;
- rozwijanie stałych kontaktów i wymiany informacji między członkami Związku”.

Wymienione zadania, cele i obszary wydają się dość dobrze wyrażać potrzebę podmiotowości firm farmaceutycznych. Znajduje ona literalny wyraz w sformułowaniu dotyczącym działań systemowych „INFARMY”, za które Związek uważa (zgodnie ze statutem) „aktywny udział w konsultacjach społecznych dotyczących projektów aktów prawnych”, co ma polegać na tym, że Związek „prezentuje opinie oraz proponuje rozwiązania dotyczące przepisów prawa i kierunków polityki państwa w zakresie systemu ochrony zdrowia oraz miejsca innowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w tym systemie”.

Powyższe uzasadnienia dla zwiększonego i – co należy podkreślić – „otwartego” uczestnictwa firm farmaceutycznych w debacie służącej polityce zdrowotnej oraz dobremu zreformowaniu zabezpieczenia zdrowotnego z pewnością nie wyczerpują możliwej listy przemawiających za tym argumentów. Jednakże chyba dostatecznie wyraźnie sygnalizują ważny **problem udziału w reformowaniu materii z natury społecznej jednego z najbardziej rynkowych podmiotów** występujących w systemie ochrony zdrowia.

2.2. Znaczenie zakładów ubezpieczeń w zarządzaniu zmianą

Podobnie jak w przypadku firm farmaceutycznych, istnieją argumenty za tym, aby reprezentanta interesów zakładów ubezpieczeń traktować jako poważnego partnera w dyskusji na temat zmiany systemu ochrony zdrowia.

Rozpatrzmy znaczenie podmiotowości zakładów ubezpieczeń w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia z trzech punktów widzenia:

- **kształtowania społecznej świadomości ubezpieczeniowej,**
- **udziału w społecznym doubezpieczeniu zdrowotnym,**
- **oferty ubezpieczeń zdrowotnych.**

W opisach pominiemy udział firm ubezpieczeniowych w akcjach charytatywnych, gdyż **występowanie w roli darczyńcy** znacznie wykracza poza sferę działalności dotyczącej problemów zdrowotnych.

2.2.1. Kształtowanie społecznej świadomości ubezpieczeniowej

O konieczności kształtowania świadomości ubezpieczeniowej Polaków, czyli upowszechniania tej wiedzy i tych umiejętności, które pozwalają racjonalnie skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, pozornie nie ma kogo przekonywać. Można wprawdzie tłumaczyć, że świadomość ubezpieczeniowa rośnie wraz ze świadomością ekonomiczną, a ponieważ w tym zakresie świadomość społeczna niewątpliwie rośnie, to problem nieznaności metody ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem w miarę upływu czasu niejako sam się rozwiąże, ale takie rozumowanie spotykane jest na szczęście już rzadko.

Trzeba zauważyć, że **świadomość ubezpieczeniowa** (wiedza i umiejętności w tym zakresie) **jest kategorią szczególną**, wymagającą wyjątkowo starannego kształtowania, albowiem: (1) jest związana z wykazywaną przezornością indywidualną (niestety powszechnie mamy do czynienia z „niedocenianiem” występowania ryzyk i ich pasywnym zatrzymaniem) oraz (2) odnosi się do zakupu usługi „o odwróconym cyklu produkcyjnym” (naturalna „nieuchwytność przedmiotu sprzedaży” nie może jednak usprawiedliwiać przysłowiowego „kupowania kota w worku”, jeśli mówimy o zasadzie „realności ochrony ubezpieczeniowej”¹⁸⁸). Tymczasem **świadomość ubezpieczeniowa rośnie zbyt wolno**, a do tego – co koniecznie trzeba zauważyć – **jest „mącona”** – w mniejszym lub większym stopniu – nawet przez głównych aktorów rynku ubezpieczeniowego, występujących po jego stronie podażowej, według nieśluszenie lansowanej reguły ubezpieczeń się nie kupuje, ubezpieczenia się sprzedaje, bo potrzeba jest „uśpiona”.

Szczególną rolę w kształtowaniu świadomości ubezpieczeniowej mają do odegrania główni aktorzy sceny ubezpieczeniowej. Chodzi o **działalność zakładów ubezpieczeń nastawioną na zjednywanie (zdobywanie i utrzymanie) klientów** poprzez edukację oraz o **wymagających konsumentów rzeczywiście współkształtujących rynek ubezpieczeniowy**, bo dysponujących wysoką świadomością ubezpieczeniową (wiedzą i umiejętnościami pozwalającymi na racjonalne wykorzystanie metody ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem).

¹⁸⁸ Powinna ona polegać również na tym, iż ubezpieczający ma pewność co do „określonych okoliczności” uzasadniających stosowną wypłatę odszkodowania lub świadczenia. Por. *Vademecum pośrednika ubezpieczeniowego*, red. T. Sangowski, Poznań 1996, SAGA, s. 51.

Konsumentem na rynku ubezpieczeń jest **gospodarstwo domowe** i w sensie ekonomicznym jego podmiotowość powinna być mocniej eksponowana. Stwierdzenie to nie pozostaje w sprzeczności – jakby się wydawało – ze zindywidualizowanymi definicjami prawnymi stosowanymi w związku z ochroną konsumentów dóbr i usług w tzw. prawie konsumenckim¹⁸⁹. W tym przypadku konsumenta *sensu stricto* wyróżnia się na ogół poprzez dwie, występujące łącznie, charakterystyki (wyrażane pozytywnie albo negatywnie): (1) rodzaj podmiotu w ujęciu prawnym (konsumentem jest osoba fizyczna albo konsumentem nie jest osoba prawna) oraz (2) cel transakcji w ujęciu ekonomicznym (celem jest zaspokojenie potrzeby osobistej, indywidualnej albo celem nie jest zaspokojenie potrzeby związanej z prowadzoną działalnością gospodarczą, zawodową, zarobkową).

Gospodarstwo domowe jest podmiotem narażonym na różnego rodzaju ryzyka zagrażające jego zasobom. Zasobami tymi są¹⁹⁰:

- zasoby rzeczowe, posiadane i w dyspozycji, w postaci majątku i dóbr trwałego użytku;
- zasoby pieniężne: bieżące i oszczędności;
- zasoby ludzkie, w postaci zdolności do pracy, wiedzy i umiejętności osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego.

Wśród ryzyk stanowiących zagrożenie dla tak rozumianych zasobów, które mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową, znajduje się ryzyko choroby. **Strata w zasobach gospodarstwa domowego spowodowana ryzykiem choroby** – jak już wskazywano – może dotyczyć zasobów posiadanych, czyli znajdujących się już w jego dyspozycji (wydatek związany z usługą medyczną) lub zasobów spodziewanych, czyli utraty ewentualnych korzyści (brak wynagrodzenia spowodowany nieobecnością w pracy z powodu choroby).

Uznanie gospodarstwa domowego (a nie osoby fizycznej, dokonującej zakupu ubezpieczenia) za konsumenta usługi ubezpieczeniowej ma bardzo poważne uzasadnienie przede wszystkim ekonomiczne, albowiem **wydatki na ochronę ubezpieczeniową gospodarstwa domowego obciążają jego budżet**, a nie poszczególnych członków (osoby fizyczne) tego gospodarstwa, oraz **służą zaspokojeniu potrzeby**

¹⁸⁹ Zamiast wielu: E. Łętowska, *Prawo umów konsumenckich*, Warszawa 2002, Wydawnictwo C.H. Beck.

¹⁹⁰ Por. Z. Zielińska, *Szanse i zagrożenia dla polskich gospodarstw domowych w warunkach gospodarki rynkowej*, Warszawa 1995, Oficyna Wydawnicza SGH, s. 7.

bezpieczeństwa, dotyczącej członków gospodarstwa domowego. Spojrzenie socjologiczne na korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej wymaga uwzględnienia także więzi rodzinnych (kategoria rodzinnego gospodarstwa domowego).

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na najczęściej wymienianą przesłankę zawężania pojęcia konsumenta do osób fizycznych (gospodarstw domowych). Najogólniej chodzi o gorsze, ze względu na mniejszą wiedzę i mniejsze umiejętności¹⁹¹, przygotowanie tych podmiotów do zawarcia umowy i do egzekwowania jej warunków. Wynika to z nieposiadania dostatecznych informacji o przedmiocie zakupu i większej podatności na zabiegi (choćby w formie reklamy) profesjonalisty – w tym przypadku zakładu ubezpieczeń, mające na celu sprzedaż produktu – w tym przypadku ubezpieczenia. Powoduje to oczywiście znaczną asymetrię, swoistą nierównowagę pozycji rynkowej kupującego wobec sprzedającego. Dlatego też gospodarstwo domowe jako konsument okazuje się wyraźnie słabszym uczestnikiem podażyowo-popytowej gry rynkowej.

W Polsce nierzadko można się spotkać raczej z nieuzasadnionym brakiem zaufania do zakładów ubezpieczeń¹⁹². Brak tego zaufania z całą pewnością nie powinien mieć podłoża instytucjonalnego (obawa przed niewypłacalnością i upadłością ubezpieczyciela)¹⁹³. Pewne zastrzeżenia można mieć do jakości oferty produktowej, jeśli nawet ulega ona stałemu wzbogaceniu pod wpływem istniejącej konkurencji krajowej i zagranicznej (bardzo dobrym przykładem jest tutaj dynamika zmian w ofercie ubezpieczeń zdrowotnych). Natomiast największym problemem polskiego rynku

¹⁹¹ Wiedzę i umiejętności należy wiązać z pojęciem świadomości prawnej, ekonomicznej czy też ubezpieczeniowej.

¹⁹² Zob. T. Szumlicz, *Stosunek do instytucji finansowych*, w: *Diagnoza Społeczna 2005...*, wyd.cyt., s. 169–170.

¹⁹³ Można wskazać na wiele prokonsumenckich regulacji prawnych występujących w instytucjonalizacji rynku ubezpieczeń. Obecny stan instytucjonalizacji wyraża przede wszystkim pakiet czterech ustaw z dnia 22 maja 2003 r. (DzU nr 124, poz. 1151–1154 z późn. zm.), obowiązujących w zasadzie od 1 stycznia 2004 r. W skład pakietu wchodzi: ustawa o działalności ubezpieczeniowej; ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym; ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych; ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, a także ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (DzU nr 16, poz. 93, z późn. zm.) przede wszystkim w zakresie umowy ubezpieczenia. Społeczny charakter zakładu ubezpieczeń należy najmocniej wiązać z pojęciem instytucji zaufania publicznego, zakodowanej w instytucji zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej. Zezwolenie nie może być wydane, jeżeli założyciele krajowego zakładu ubezpieczeń nie dają rękojmi prowadzenia spraw w sposób należyście zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia. Olbrzymie znaczenie ma – reprezentująca te interesy – instytucja Rzecznika Ubezpieczonych oraz systematyczny nadzór nad działalnością ubezpieczeniową. Wszystko to oczywiście nie wyklucza upadłości zakładu ubezpieczeń, ale stanowi bardzo mocne zabezpieczenie interesów ich klientów.

ubezpieczeniowego – w aspekcie wskazanego zaufania – wydaje się stale jeszcze słabe pośrednictwo ubezpieczeniowe. W zapośredniczaniu umów ubezpieczenia spotyka się bowiem zbyt dużo niekompetencji, żeby nie powiedzieć „naciągania” na „byle jaką” ochronę ubezpieczeniową. Chodzi o to, że mimo znacznej poprawy jakości pracy pośredników, bolączką jest nie tyle nawet zbyt agresywna sprzedaż ubezpieczeń (według przywołanej wcześniej zasady „ubezpieczeń się nie kupuje, ubezpieczenia się sprzedaje, bo potrzeba jest „uśpiona”), ile zbyt mała pod względem merytorycznym znajomość – omówionych wcześniej – zasad „doubezpieczenia” (i „doubezpieczenia społecznego”) do wykorzystywanego przez gospodarstwa domowe systemu zabezpieczenia społecznego.

Innym poważnym problem jest wyrazistość ogólnych warunków ubezpieczenia. Pojawia się on w wielu dyskusjach dotyczących ochrony konsumenta na rynku ubezpieczeń. Tutaj można zwrócić uwagę na tylko jeden z wątków dyskusji o „czytelności”, a właściwie „nieczytelności” ogólnych warunków ubezpieczenia. Zresztą sprawa ta dotyczy również przedstawiania produktów ubezpieczeniowych w formie reklam, folderów i ulotek. Na zawłości sformułowań i utrudniające konstrukcje zapisów stosowanych przez zakłady ubezpieczeń w ogólnych warunkach ubezpieczeń zwracali uwagę wielokrotnie organizacje konsumenckie i Rzecznik Ubezpieczonych, niewątpliwie słusznie konstatując, że wypadki kupowania złej ochrony ubezpieczeniowej i niekorzystnej likwidacji szkód biorą się przede wszystkim z niezrozumiałych, a nawet celowo wprowadzających w błąd ogólnych warunków ubezpieczeń.

Z konsumenckiego punktu widzenia bardzo istotne jest to, że zakład ubezpieczeń przed zawarciem umowy ma obowiązek doręczenia ubezpieczającemu tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia, które określają w szczególności: przedmiot i zakres ubezpieczenia; zakres i czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń; sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej lub opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń oraz metod ich indeksacji, a także ich wysokość; sposób ustalania wysokości i wypłaty świadczenia. Ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały¹⁹⁴. Postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpie-

¹⁹⁴ Przepis ten wzbudza nawet emocje, bo pojęcie „zrozumiałe” z natury rzeczy dotyczy jasnego wyrażania się i percepcji po obu stronach.

czającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Jak wskazuje najnowsza „Diagnoza Społeczna”¹⁹⁵, w Polsce stosunek do instytucji finansowych poprawił się i dotyczy to – co warto podkreślić – w szczególności zakładów ubezpieczeń.

Na pytanie, *czy ma Pan(i) zaufanie do towarzystw ubezpieczeń na życie?* – odsetek odpowiedzi pozytywnych w badaniu z tego roku (zob. szczegółowe dane w tabeli 5) wyniósł blisko 26%. W poprzednich badaniach odsetek ten był mniejszy, bo w 2005 r. wyniósł 23%, a w 2003 r. – 20%. Odpowiedzi negatywnych w 2007 r. jest 27% (w badaniu z 2005 r. – 30%, a w badaniu z 2003 r. – 31%). Nadal bardzo duża część respondentów, bo ponad 47%, nie potrafi wypowiedzieć się na zadany temat (w badaniu z 2005 r. odsetek ten wynosił też 47%, a w badaniu z 2003 r. – 49%). W pewnym uproszczeniu, stopień znajomości ubezpieczeń życiowych można więc opisać statystycznym wskaźnikiem 53%. Biorąc pod uwagę tych, co mają zdanie, stopień zaufania do zakładów ubezpieczeń życiowych (Dział I działalności ubezpieczeniowej, nazwany ubezpieczeniami na życie) jest obecnie wyższy niż w latach poprzednich, bo wynosi prawie 49% (2003 r. – 43%; 2005 r. – 39%).

Tabela 5. Zaufanie do zakładów ubezpieczeń na życie w 2007 r.

(w proc.)			
Wyszczególnienie	Tak	Nie	Nie mam zdania
Ogółem	25,7	27,1	47,2
Płeć			
Mężczyźni	26,6	29,4	44,0
Kobiety	24,8	25,3	49,9
Wiek			
Do 24 lat	21,3	19,6	59,1
25–34 lata	30,9	27,6	41,5
35–44 lata	27,0	31,7	41,3
45–59 lat	25,7	30,6	43,7
60–64 lata	25,1	27,7	47,2
65 lat i więcej	22,5	23,2	54,3
Miejsce zamieszkania			

¹⁹⁵ „Diagnoza Społeczna” jest badaniem panelowym („powracającym” do tych samych respondentów). Pierwsze badanie miało miejsce w marcu 2000 r., a kolejne – również w marcu w latach 2003, 2005 i 2007. Pytanie o zaufanie do instytucji finansowych po raz pierwszy wprowadzono do „Diagnozy społecznej 2003”. W *Diagnozie Społecznej 2007* uczestniczyła reprezentatywna próba 5 530 gospodarstw domowych obejmująca 18 024 ich członków i próba 12 624 indywidualnych respondentów w wieku 16 i więcej lat z tych gospodarstw domowych.

Miasta ponad 500 tys.	29,6	29,1	41,3
Miasta 200–500 tys.	25,6	28,1	46,3
Miasta 100–200 tys.	31,3	27,1	41,6
Miasta 20–100 tys.	26,3	28,3	45,4
Miasta < 20 tys.	26,4	27,0	46,6
Wieś	22,6	25,6	51,8
Wykształcenie			
Podstawowe i niższe	19,9	22,2	57,9
Zasadnicze/gimnazjum	22,9	26,2	50,9
Średnie	26,6	28,2	45,2
Wyższe i policealne	33,7	31,4	34,9
Dochód na jedną osobę			
Dolny kwartyl	20,0	24,2	55,8
Środkowe 50%	23,9	27,3	48,8
Górny kwartyl	31,4	28,3	40,3
Status społeczno-zawodowy			
Sektor publiczny	31,0	32,2	36,8
Sektor prywatny	30,5	30,7	38,8
Prywatni przedsiębiorcy	34,8	32,4	32,8
Rolnicy	19,7	29,0	51,3
Renciści	20,4	26,2	53,4
Emeryci	24,6	24,4	51,0
Uczniowie i studenci	18,0	16,0	66,0
Bezrobotni	19,2	25,6	55,2
Inni bierni zawodowo	21,9	24,1	54,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie „Diagnozy Społecznej 2007”.

Z kolei na pytanie, czy *ma Pan(i) zaufanie do towarzystw ubezpieczeń majątkowych?* – odsetek odpowiedzi pozytywnych wyniósł niecałe 15% (w badaniu z 2005 r. – 12%, w badaniu z 2003 r. – 11%), a odpowiedzi negatywnych – 28% (w badaniach z 2005 r. i 2003 r. – 30%). Nadal duża część respondentów, bo prawie 58%, nie miała zdania (w badaniu z 2005 r. – 58%, w badaniu z 2003 r. – 59%). Biorąc pod uwagę tych, co mają zdanie, stopień zaufania do zakładów ubezpieczeń majątkowych (Dział II działalności ubezpieczeniowej: pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe) statystycznie dość wyraźnie wzrósł, ale nadal jest bardzo niski, gdyż wynosi 34% (w badaniu z 2005 r. – 28%, w badaniu z 2003 r. – 27%).

Takie porównanie pokazuje, że zaufania do zakładów ubezpieczeń życiowych jest znacznie wyższe i wyraźniej rośnie. Można więc przypuszczać, że „ulokowanie” ubezpieczeń zdrowotnych właśnie w Dziale I działalności ubezpieczeniowej z tego

punktu widzenia byłoby posunięciem bardziej odpowiednim¹⁹⁶, choć w grę może też wchodzić utworzenie odrębnego działu obejmującego tylko ubezpieczenia ryzyka choroby. Powyższe ustalenia, gdy podkreśla się znaczenie doubezpieczenia zdrowotnego w reformowaniu systemu ochrony zdrowia (zob. punkt 2.2.2), wydają się wyjątkowo istotne.

Na koniec tego fragmentu rozważań należy zauważyć, iż w przypadku systemu ochrony zdrowia problem świadomości ubezpieczeniowej występuje jednak w sposób szczególny, albowiem potrzeba sprawniejszego systemu ochrony zdrowia jest oczywista, ale świadomość konsumenta na rynku „prawdziwych” prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest zmałowana doświadczeniem „fałszywych” publicznych ubezpieczeń zdrowotnych. Ubezpieczeniowe podejście do wspólnoty ryzyka, underwriting medyczny, zróżnicowanie składki i zakresu ochrony wydają się bowiem na takim tle bardziej abstrakcyjne i mniej zrozumiałe. Można powiedzieć, że mniej zrozumiałe w sensie *stricte* ubezpieczeniowym.

2.2.2. Udział w społecznym doubezpieczeniu zdrowotnym

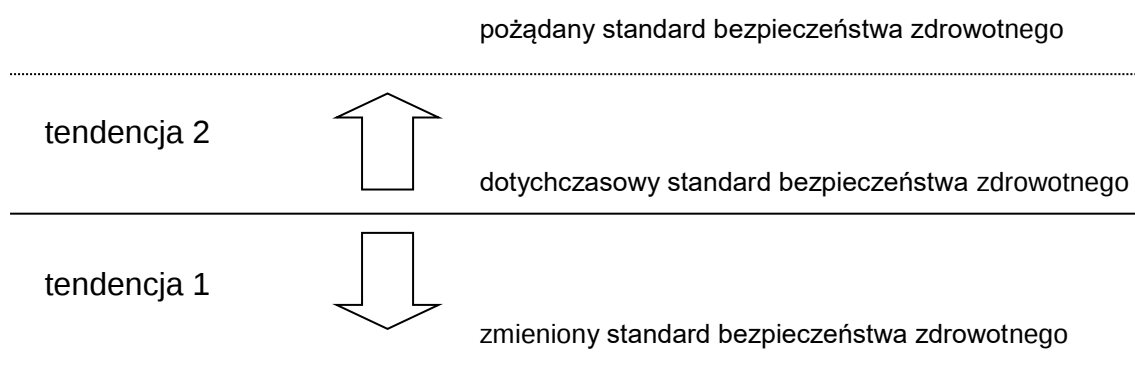
W tym miejscu w odniesieniu do ochrony zdrowia rozważenia wymaga zasygnalizowany już problem, określany **filozofią doubezpieczenia**. Chodzi o to, że gospodarstwa domowe korzystają z organizowanego przez państwo systemu zabezpieczenia społecznego, które nie zapewnia pożądanego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego. Tak więc o wyższy poziom zabezpieczenia – niezależnie od przyjętego w przyszłości standardu podstawowego – powinno zadbać samo zainteresowane (rodzinne) gospodarstwo domowe.

Obecnie mamy do czynienia z sytuacją, w której relatywnie obniża się oferowany przez państwo standard bezpieczeństwa socjalnego (na schemacie 11 tendencja 1). Równocześnie, w miarę wzrostu zamożności społeczeństwa w ogóle i poszczególnych jego grup, stale rośnie pożądaný poziom bezpieczeństwa socjalnego (tendencja 2). W pewnym uproszczeniu ten sposób rozumowania można też odnieść

¹⁹⁶ Ryzyko choroby może być formalnie ubezpieczane w obu działach. W Dziale I (ubezpieczenia na życie) w oferowanych produktach występuje ubezpieczenie ryzyka śmierci z reguły na bardzo małe sumy ubezpieczenia, aby nie powodować podwyższenia ceny ubezpieczenia kosztów leczenia.

do bezpieczeństwa zdrowotnego, uznając, że koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych oferowany w ramach bazowego zabezpieczenia zdrowotnego będzie stale zapewniał relatywnie mniej w stosunku do możliwości sztuki medycznej, a pożądaný poziom bezpieczeństwa będzie wyraźnie rósł, i że będzie powodował popyt efektywny, czyli poparty posiadanymi przez gospodarstwo domowe środkami finansowymi.

Schemat 11. Powstawanie pola dla dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej



Źródło: opracowanie własne.

Schemat pokazuje mechanizm poszerzania się pola dla dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej, wyznaczanego przez różnicę między standardem pożądanym a standardem zmienionym. Dodatkowa ochrona w przypadku większości ryzyk społecznych powinna mieć charakter ubezpieczenia, niezależnie od zastosowanych zasad (zaopatrzeniowych, ubezpieczeniowych, filantropijnych) w konstrukcji podstawowego systemu zabezpieczenia społecznego. W odniesieniu do ryzyk społecznych niewątpliwie coraz większe znaczenie będą miały te „prawdziwe” rozwiązania ubezpieczeniowe, traktowane jako doubezpieczenie do ochrony wynikającej z danego systemu zabezpieczenia społecznego, nawet tego zorganizowanego z dominacją rozwiązań ubezpieczeniowych (przykład systemu zabezpieczenia emerytalnego), a co dopiero z dominacją rozwiązań zaopatrzeniowych (przykład systemu zabezpieczenia zdrowotnego). Należy podkreślić, że zastosowanie ochrony ubezpieczeniowej, a nie gromadzenie oszczędności, na wypadek zaistnienia ryzyka społecznego ma wyjątkowy sens. Jednakże każde indywidualne rozszerzenie ochrony przez dodatkowe zabezpieczenie wiąże się oczywiście z ponoszeniem dodatkowych kosztów.

Inaczej mówiąc, dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa jest możliwa do uzyskania, ale już na zasadach zakupu prywatnego.

Powstają zatem dwa pytania: (1) do kogo realnie adresowana jest dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa oraz (2) jaki powinien być jej racjonalny dodatkowy zakres. Najogólniej można stwierdzić: im niższy jest standard bezpieczeństwa wynikający z systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego), tym bardziej powinno wzrastać zapotrzebowanie na prywatną ochronę ubezpieczeniową. Trzeba jednak zauważyć, że zapotrzebowanie to zależy od: (1) dostrzegania przez gospodarstwo domowe konieczności zapewnienia sobie dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej; (2) posiadanej przez członków gospodarstwa domowego świadomości ubezpieczeniowej pozwalającej racjonalnie skorzystać z dostępnej oferty ubezpieczeń; (3) wykazywanej przez członków gospodarstwa domowego przezorności ubezpieczeniowej świadczącej o skłonności do zachowań proubezpieczeniowych; (4) obiektywnej sytuacji finansowej gospodarstwa domowego umożliwiającej ewentualne nabycie odpowiednich ubezpieczeń.

Z przedstawionego wywodu wynika, że zarządzanie ryzykami społecznymi z inicjatywy samego gospodarstwa domowego, zagrożonego określonymi ryzykami, powinno się różnić w zależności od sytuacji materialnej tego gospodarstwa. Można powiedzieć, że organizowany przez państwo system zabezpieczenia społecznego zapewnia na ogół relatywnie wyższy standard bezpieczeństwa socjalnego rodzinom (rodzinnym gospodarstwom domowym) o niższym statusie materialnym. Oznacza to, że prywatne (komercyjne i *non-profit*) ubezpieczenia są adresowane przede wszystkim do gospodarstw domowych o wyższej (powiedzmy średniej) zamożności, gdyż dla nich wystąpienie niektórych ryzyk jest szczególnie dotkliwe materialnie, także z powodu zapewniania im przez system zabezpieczenia społecznego znacznie niższego poziomu bezpieczeństwa socjalnego, a więc relatywnie wyraźnie niższej kompensaty powstałych strat. Ponadto średnia zasobność tych właśnie gospodarstw domowych pozwala na ponoszenie kosztów dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej. Pozostaje jeszcze problem gospodarstw domowych najlepiej sytuowanych jako adresata oferty ubezpieczeń. Można powiedzieć, że gospodarstwa te mają co ubezpieczać (posiadają duże zasoby) i w stosunku do potencjalnych strat ich zabezpieczenie społeczne jest bardzo małe, co w sumie wskazywałoby na znaczny z ich strony popyt na ubezpieczenia. Trzeba jednak wziąć pod uwagę i to, że najbogatsze gospodarstwa domowe posiadają z reguły znaczące rezerwy w postaci różnych form oszczędności,

które mogą uruchomić w sytuacji poniesionych strat. Zdanie, że „im niższy jest standard bezpieczeństwa wynikający z systemu zabezpieczenia społecznego, tym bardziej powinno wzrastać zapotrzebowanie na prywatną ochronę ubezpieczeniową”, okazuje się więc ogólnie prawdziwe, trzeba jednak pamiętać, że zakres kompensaty strat (uzyskiwana realna ochrona) w odniesieniu do poszczególnych gospodarstw domowych może się znacząco różnić. Obiektywnie adresatem dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej są niewątpliwie gospodarstwa domowe o średnim i wyższym statusie zamożności, pozwalającej ponieść koszty tej dodatkowej ochrony. Dotyczy to również ryzyka choroby, chociaż o powszechnej dostępności doubezpieczenia zdrowotnego mówi się nazbyt optymistycznie.

W kontekście powyższych rozważań powstaje też pytanie, które z ryzyk mogą być objęte ubezpieczeniami prywatnymi, w sytuacji, gdy rodzinne gospodarstwo domowe wprawdzie korzysta z zakresu ochrony zawartej w powszechnym systemie zabezpieczenia społecznego, jednakże oferowany standard bezpieczeństwa go nie zadowala. Do tej pory najważniejsze wydawały się ryzyka: (1) inwalidztwa (zagrożenie utraty lub pomniejszenia przyszłych dochodów z pracy), (2) śmierci żywiciela (zagrożenie zmniejszenia dochodów gospodarstwa domowego) i (3) starości (zagrożenie nieposiadania źródła utrzymania w wieku poprodukcyjnym), obejmowane ubezpieczeniami osobowymi. Dzisiaj znacznie wzrosło znaczenie dodatkowej ochrony przed ryzykiem choroby, czego podstawową przyczyną jest coraz mniejsza skuteczność powszechnie dostępnego zabezpieczenia zdrowotnego. Powtórzmy, że wyniki badań wyraźnie pokazują, że właśnie zdrowie jest najważniejszym warunkiem udanego, szczęśliwego życia.

2.2.3. Oferta ubezpieczeń zdrowotnych

Niewydolność systemu ochrony zdrowia jest powodem rosnącego zainteresowania prywatnymi ubezpieczeniami ryzyka choroby, które pod pewnymi warunkami (zob. rozważania dotyczące „doubezpieczenia społecznego”) miałyby sprzyjać „uzdrowieniu” społecznego systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Dlatego tak ważne jest przyjrzenie się temu segmentowi rynku ubezpieczeniowego, a w szczególno-

ści występującej na nim ofercie produktowej, w której najogólniej należy wyróżnić ubezpieczenia zdrowotne nieodszkodowawcze i odszkodowawcze¹⁹⁷.

Najistotniejsza z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia jest oferta **ubezpieczeń zdrowotnych odszkodowawczych**, a więc tych, w których wysokość świadczenia wiąże się ze stratą finansową wywołaną zdarzeniem chorobowym. W aspekcie wypełniania luki w zakresie i jakości świadczeń gwarantowanych w ramach społecznego zabezpieczenia zdrowotnego są to przede wszystkim kompleksowe ubezpieczenia kosztów leczenia, choć niewątpliwie konsekwentne definiowanie odszkodowawczych ubezpieczeń ryzyka choroby powoduje, że do tych ubezpieczeń należałoby również zaliczyć turystyczne ubezpieczenia kosztów leczenia oraz tradycyjne ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) w części gwarantującej pokrycie kosztów leczenia¹⁹⁸.

Kompleksowe ubezpieczenia kosztów leczenia¹⁹⁹ są ubezpieczeniami ryzyka choroby z reguły o najszerszym zakresie pokrycia, w których – co ważne – finansowanie świadczeń zdrowotnych nie powinno się z założenia redukować do świadczeń diagnostycznych i leczniczych, a więc ubezpieczenie takie powinno obejmować sfinansowanie świadczeń profilaktycznych i rehabilitacyjnych²⁰⁰. Uzasadnieniem dla takiego rozumowania od strony ubezpieczonego jest to, że ryzyko choroby jako zagrożenie zdarzeniem losowym – w porównaniu z innymi – daje się jednak skuteczniej ograniczać (promocja, diagnostyka i profilaktyka zdrowotna), a także skutki zaistnienia zdarzenia chorobowego można skuteczniej minimalizować (dobór procedur medycznych, rehabilitacja). Od strony zakładu ubezpieczeń chodzi natomiast o pojęcie „zarządzania zdrowiem ubezpieczonego” (*Gesundheitsmanagement*) jako elementu zarządzania ryzykiem ubezpieczyciela²⁰¹. Należy zatem podkreślić, że w przypadku ubezpieczeń kosztów leczenia trzon zobowiązania zakładu ubezpieczeń, tworzony

¹⁹⁷ Na ten temat zob. B. Więckowska, *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, cz. 1, *Nieodszkodowawcze ubezpieczenia chorobowe*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006 nr 3/4, s. 2–12; M. Osak, *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, cz. 2, *Kompleksowe ubezpieczenia kosztów leczenia jako przykład odszkodowawczych ubezpieczeń chorobowych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006 nr 5/6, s. 2–14; B. Więckowska, M. Osak, *Rynek ubezpieczeń chorobowych w Polsce*, cz. 3, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006 nr 7/8, s. 2–17. Są to główne źródła literatury przedmiotu wykorzystane w tym fragmencie opracowania.

¹⁹⁸ Zob. B. Więckowska, *Prywatne...*, wyd.cyt., s. 2 i M. Osak, *Prywatne...*, wyd.cyt., s. 2–3. Tych ostatnich (turystyczne i NNW) z dość oczywistych powodów w naszych rozważaniach nie rozpatrujemy.

¹⁹⁹ Nazwa ta – jak się okaże – wymaga szczególnej interpretacji pojęcia „leczenie”.

²⁰⁰ Wskazania te ze względu na krótkookresową efektywność produktu nie zawsze są spełniane.

²⁰¹ Zob. B. Richter, *Gesundheits-Management in der PKV. Ansatzpunkte und Strategien*, „Versicherungswirtschaft” 2002 Nr 18, s. 1425–1426, cyt. za: M. Osak, *Prywatne...*, wyd.cyt., s. 3.

wokół świadczeń o charakterze zdrowotnym, nie wyczerpuje całości oferowanego produktu, który może być wzbogacany o świadczenia towarzyszące (w kompleksowych ubezpieczeniach kosztów leczenia mogą być to tak różne świadczenia, jak: medyczna assistance i profilaktyka zdrowotna).²⁰²

Należy też zauważyć możliwość wiązania i scalania kompleksowych ubezpieczeń kosztów leczenia z innymi rodzajami ubezpieczeń ryzyka choroby. Produkty ubezpieczeniowe stanowiące „pakiety chorobowe” można określać szerszym mianem kompleksowych ubezpieczeń zdrowotnych²⁰³. W polskich warunkach kompleksowe ubezpieczenie kosztów leczenia łączone jest przede wszystkim z ubezpieczaniem takich zdarzeń, jak: fakt pobytu w szpitalu, fakt przebytej operacji, fakt poważnego zachorowania, a więc z ubezpieczeniami nieodszkodowawczymi (ubezpieczenia ryzyka choroby gwarantujące wypłatę umownej kwoty nie związanej z wysokością poniesionej straty powstałej na skutek zaistnienia zdarzenia chorobowego)²⁰⁴.

Obecnie na **stronę podażową rynku ubezpieczeń ryzyka choroby** składa się ponad 20 produktów oferowanych przez 12 firm ubezpieczeniowych (5 zakładów ubezpieczeń z Działu I oraz 7 zakładów ubezpieczeń z Działu II). W tym miejscu warto przynajmniej ogólnie scharakteryzować elementy zróżnicowania tej oferty pod względem przedmiotu ubezpieczenia, zakresu podmiotowego ubezpieczeń i długości okresu ubezpieczenia²⁰⁵.

Dookreślenia **przedmiotu ubezpieczenia zdrowotnego** dokonuje się poprzez wskazanie typu gwarantowanego świadczenia ubezpieczeniowego (świadczenie rzeczowe i/lub świadczenie pieniężne). Wykaz (lista, katalog) świadczeń zdrowotnych stanowi podstawę zobowiązania ubezpieczeniowego. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w kompleksowych ubezpieczeniach kosztów leczenia jest skorelowana z realnymi kosztami świadczeń zdrowotnych. W zakresie sposobu realizacji zobowiązania ubezpieczyciela (świadczenia rzeczowe) dominuje gwarantowanie bezpośredniego dostępu do usług medycznych świadczonych przez placówki współpracujące z zakładem ubezpieczeń. Warianty zakresu ubezpieczenia w ramach jednego produktu wyodrębniane są przede wszystkim ze względu na zakres gwarantowanych

²⁰² Zob. M. Osak, *Prywatne...*, wyd.cyt., s. 3.

²⁰³ Tamże, s. 3–4.

²⁰⁴ Por. i zob. opisy takich świadczeń w: B. Więckowska, *Prywatne...*, wyd.cyt.

²⁰⁵ Poniższe opisy stanowią wybór z opracowania M. Osak, *Prywatne...*, wyd.cyt., s. 4–11. Jeszcze obszerniej na ten temat M. Osak, *Uwarunkowania rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Poznań 2006, Wydział Ekonomii AE w Poznaniu, rozprawa doktorska, s. 148–214.

świadczeń zdrowotnych. Wśród innych instrumentów wykorzystywanych do wewnętrznego różnicowania produktów wymienić należy: (1) udział własny (rozumiany także jako rabat na dany rodzaj świadczenia, przy założeniu, że wyższy wariant produktu gwarantuje pełne pokrycie kosztów danego świadczenia); (2) formę ubezpieczenia (indywidualne/rodzinne/grupowe); (3) zakres świadczeń towarzyszących.

Na dzień dzisiejszy na polskim rynku **elementem innowacyjnym jest rozszerzanie zakresu dostępnych świadczeń zdrowotnych o świadczenia szpitalne** rozumiane jako organizowanie i pokrywanie rzeczywistych kosztów leczenia szpitalnego w zakresie przewidzianym umową. W ramach ubezpieczeń szpitalnych można – korzystając z nazewnictwa stosowanego w ubezpieczeniach Signal Iduna²⁰⁶ – wyodrębnić dwa obszary gwarantowania zwrotu kosztów usług szpitalnych: zabezpieczenie „komfortowych warunków pobytu w szpitalu” i zwrot kosztów dotyczących *stricto* procedur szpitalnych. Choć w ubezpieczeniach odnajdujemy elementy obu podgrup świadczeń szpitalnych, to jednak produkty te zasadniczo różnią się od siebie. Odmienności ujawniają się przede wszystkim w konstrukcji zakresu pokrywanych procedur szpitalnych i zasięgu terytorialnym świadczenia. Katalog procedur szpitalnych w ubezpieczeniu Signal Iduna obejmuje 23 grupy procedur, które odpowiadają ponad dwustu operacjom. Jednocześnie produkt ten pomyślany jest jako produkt o zasięgu krajowym (a nawet przewiduje możliwość rozszerzenia zakresu terytorialnego miejsca świadczenia usługi na inne kraje europejskie), co przekłada się na budowanie sieci szpitali kontraktowych.

Zakres podmiotowy ubezpieczeń zdrowotnych wyznaczany jest przez kilka kryteriów. Obecnie w odniesieniu do kompleksowych ubezpieczeń kosztów leczenia występują zarówno ubezpieczenia grupowe (w tym rodzinne), jak i indywidualne. Krąg potencjalnych ubezpieczonych ograniczany jest ze względu na kryteria formalne. Jest to przede wszystkim maksymalny wiek objęcia ochroną ubezpieczeniową, który oscyluje na ogół wokół 60-65 lat. Swego rodzaju dopełnieniem tego kryterium, jest określanie maksymalnego wieku, którego ukończenie w danym roku polisowym powoduje automatyczne wygaśnięcie umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy. W tym kontekście zasadne jest stwierdzenie, że określanie górnej granicy wieku na wskazanym poziomie nie współgra z tendencjami demograficznymi. Wśród innych sposobów warunkowania ochrony ubezpieczeniowej wymienić można: okre-

²⁰⁶ Signal Iduna Polska SA oferuje trzy pakiety świadczeń szpitalnych.

ślanie minimalnego wieku wstępu, stosunek prawny z ubezpieczającym (w przypadku ubezpieczeń grupowych), stosunek prawny z głównym ubezpieczonym (w przypadku ubezpieczeń rodzinnych), miejsce zamieszkania, brak zdiagnozowania określonego rodzaju chorób czy upływ określonego odcinka czasu od momentu zakończenia leczenia wskazanych chorób, brak (także nieopłaconego) tożsamego ubezpieczenia w danym zakładzie ubezpieczeń. W odniesieniu do ubezpieczeń grupowych szczególnym warunkiem wstępnym objęcia ochroną jest także minimalna wielkość grupy.

Parametrem opisującym produkt ubezpieczeniowy jest także **długość okresu ubezpieczenia**. Pod tym względem kompleksowe ubezpieczenia kosztów leczenia są na polskim rynku ujednolicone. W prawie wszystkich produktach przewiduje się bowiem jednoroczny okres ubezpieczenia z możliwością automatycznego przedłużenia go na kolejny rok, gdy żadna ze stron nie złoży oświadczenia o rezygnacji z kontynuacji. Klauzula automatycznego przedłużenia nie gwarantuje jednak utrzymania warunków ubezpieczenia (przede wszystkim składki) i jego trwałości (w znaczeniu nierozwiązywalności umowy). Taryfikacja za okres przedłużenia ochrony ubezpieczeń dokonywana jest bowiem zwykle w oparciu o taryfy obowiązujące w dniu przedłużenia, co w dłuższym okresie skutkuje podwyższeniem składki ubezpieczeniowej.

W Polsce oferta kompleksowych ubezpieczeń kosztów leczenia jest nadal skromna, gdyby wziąć pod uwagę wzrost na nie popytu po ewentualnej zmianie systemu ochrony zdrowia, ale jej zakres niewątpliwie się rozszerza, co można uzasadnić także odpowiednio wcześniejszymi **przygotowaniami firm ubezpieczeniowych do nieuniknionej zmiany systemu** (sygnał zmiany systemu mógłby tę ofertę wręcz zrewolucjonizować. Podsumowując, można już chyba mówić o pewnej ofercie **substytucyjnej**, zapewniającej możliwość nielicznym (stosunkowo wysoka cena ochrony) „doubezpieczenia” do obecnie niezadowalającego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Natomiast trudno ocenić tę ofertę jako **komplementarną**, gdyż uniemożliwia to brak koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych oraz zachęt do korzystania z dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej, na zasadzie wcześniej wyjaśnionego pojęcia „doubezpieczenia społecznego”.

2.2.4. Reprezentacja interesów firm ubezpieczeniowych

Szczególną rolę na rynku ubezpieczeniowym odgrywa instytucja–reprezentant interesów firm ubezpieczeniowych. Krajowe zakłady ubezpieczeń i zagraniczne zakłady ubezpieczeń wykonujące działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej tworzą ubezpieczeniowy samorząd gospodarczy. Jest nim **Polska Izba Ubezpieczeń** (PIU). Przynależność do PIU z mocy ustawy jest obowiązkowa i powstaje z chwilą podjęcia przez zakład ubezpieczeń działalności ubezpieczeniowej.

Podstawowymi zadaniami PIU jest reprezentowanie i podejmowanie działań w celu ochrony wspólnych interesów członków Izby, współdziałanie w zapobieganiu zagrożeniom rynku ubezpieczeń, kształtowanie, upowszechnianie i czuwanie nad przestrzeganiem zasad uczciwej konkurencji i zasad etyki w działalności ubezpieczeniowej. Do zadań PIU – wśród nich są takie, które mają również znaczenie dla konsumentów usług ubezpieczeniowych – należy w szczególności:

- 1) reprezentowanie członków Izby wobec organów władzy publicznej oraz podejmowanie działań w celu ochrony ich interesów;
- 2) wyrażanie opinii o projektach aktów prawnych zawierających regulacje dotyczące działalności ubezpieczeniowej, lub z nią związane, i współdziałanie na wniosek przy ich opracowywaniu;
- 3) reprezentowanie członków Izby w międzynarodowych organizacjach ubezpieczeniowych;
- 4) współdziałanie z organizacjami, stowarzyszeniami oraz instytucjami krajowymi i zagranicznymi w zakresie ubezpieczeń;
- 5) inicjowanie oraz prowadzenie działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ubezpieczeń oraz współpraca w zakresie szkolenia i doskonalenia zawodowego kadr ubezpieczeniowych;
- 6) pozyskiwanie, gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie informacji o funkcjonowaniu rynków ubezpieczeniowych w kraju i za granicą oraz opracowywanie na ich podstawie i udostępnianie na potrzeby działalności ubezpieczeniowej analiz i prognoz oraz wydawanie biuletynu Izby;
- 7) tworzenie i wykonywanie informatycznych baz danych w zakresie statystyki ubezpieczeniowej;
- 8) stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygania sporów między członkami Izby.

Nie ma wątpliwości, że PIU – jako instytucja samorządu gospodarczego – jest wyjątkowo **wyrazistym reprezentantem** podażowej strony rynku ubezpieczeń,

uprawnionym do wyrażania opinii o projektach aktów prawnych zawierających regulacje dotyczące działalności ubezpieczeniowej również w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych, a to jest z pewnością wystarczająca przesłanka aktywnego, i nie tylko „produktowego” udziału w zmianie systemu ochrony zdrowia.

Zakończenie

Zmiana polityki zdrowotnej – podobnie jak innych sfer i dziedzin polityki społecznej – nastąpiła w Polsce z dużym opóźnieniem w stosunku do zainicjowanych w 1990 r. reform gospodarczych. Odbija się to negatywnie do dziś na finansowaniu systemu zabezpieczenia społecznego, w szczególności na finansowaniu zabezpieczenia zdrowotnego.

Poprzedzone wieloma dyskusjami eksperckimi (zwłaszcza w latach 1993–1997), z raczej unikaniem szerszej debaty społecznej, rzeczywiste reformowanie systemu ochrony zdrowia rozpoczęło dopiero w 1999 r. Od tamtego czasu w niebywale krótkim okresie dokonano drastycznej modyfikacji systemu, polegającej na przejściu od Kas Chorych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Można też wymienić mniej lub bardziej istotne poprawki oraz mniej lub bardziej rażące zaniechania, które w sumie miały znaczący wpływ na finansowanie ochrony zdrowia. Posunięcia te na ogół okazywały się niezbyt przemyślane i niekonsekwentne, zwłaszcza jeśli można stwierdzić, że miały one (i nadal mają) miejsce w sytuacji **braku wyrazistej ogólnej koncepcji polityki zdrowotnej i niedookreślonego kierunku zreformowania systemu ochrony zdrowia**.

Aktualny kierunek zmiany w polityce zdrowotnej prowadzonej przez państwo utożsamia się z tzw. **dziesięciopunktowym programem Religi zmian w systemie ochrony zdrowia**, przedstawionym w Sejmie 7 czerwca 2006 r.²⁰⁷ Dość powszechnie mówi się jednak o tym, że program ten ma małą szansę realizacji również z powodu braku dostatecznej akceptacji społecznej. Rzeczywiście wydaje się, że nie docenia się wymiaru podmiotowego takich przedsięwzięć, jak koszyk gwarantowanych

²⁰⁷ Te dziesięć punktów to hasłowo:

- (1) Koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.
- (2) Ustawa o ratownictwie medycznym.
- (3) Utworzenie sieci szpitali.
- (4) Przedstawienie projektu ustawy o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych.
- (5) Wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych.
- (6) Finansowanie kosztów leczenia osób, które uległy wypadkom komunikacyjnym w ramach obowiązkowych ubezpieczeń OC.
- (7) Usprawnienie istniejącego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.
- (8) Uporządkowanie systemu informacji.
- (9) Włączenie funduszu chorobowego, administrowanego przez ZUS, do systemu ubezpieczeń zdrowotnych.
- (10) Ustawa o ustroju ochrony zdrowia.

Zob. Z debaty nad informacją rządu na temat sytuacji w służbie zdrowia (zapis wystąpienia ministra zdrowia Zbigniewa Religi w Sejmie 7 czerwca 2006 r., „Kronika Sejmowa” 2006 nr 17).

świadczeń zdrowotnych²⁰⁸, utworzenie sieci szpitali, projekt ustawy o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych, finansowanie z obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, kosztów leczenia osób, które uległy wypadkom komunikacyjnym.

Najbardziej istotna wydaje się jednak uwaga, że w dziesięciopunktowym programie to, co określono mianem „**ustroju ochrony zdrowia**”, zostało zbyt słabo wyeksponowane. Proponowana ustawa powinna wyrażać znacznie więcej niż: „zakres uprawnień i kompetencji, a także odpowiedzialności poszczególnych organów władzy publicznej w sferze ochrony zdrowia”, „stworzenie struktury organizacyjnej opieki zdrowotnej, a w szczególności określenie form organizacyjno-prawnych, w jakich mogą funkcjonować podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych”, „wzajemne relacje pomiędzy wszystkimi podmiotami funkcjonującymi w tym systemie, ich zadania i zakres odpowiedzialności” i „sferę praw pacjenta w celu zapewnienia gwarancji ich poszanowania i ochrony”. Pojęcie „ustrój” wymaga bowiem sformułowania „dominującej ideologii” w polityce zdrowotnej, bez której nie da się wyjaśnić choćby zasad zróżnicowania partycypacji finansowej w funduszach przeznaczanych na ochronę zdrowia.

W podsystemie zabezpieczenia zdrowotnego chodzi o – powtórzmy – naprawdę wyjątkowe, w stosunku do innych podsystemów zabezpieczenia społecznego (zabezpieczenia emerytalnego, zabezpieczenia na wypadek bezrobocia), potraktowanie zasad i źródeł finansowania oraz oferowanych świadczeń. W praktyce szczególność ta wynika ze **społecznego znaczenia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, z konieczności powszechnego dostępu do ochrony zdrowia, z najbardziej uzasadnionego i odczuwanego w rozwiązywaniu właśnie problemów zdrowotnych solidaryzmu społecznego**.

W pojawiających się deklaracjach i postulatach, dotyczących ewentualnych zmian w finansowaniu zabezpieczenia zdrowotnego, stale (chyba od 1993 r., a szczególnie w ostatnim czasie) „walczą” ze sobą – wyrażane na ogół mniej lub bardziej jasno i otwarcie – pomysły „ideologiczne” na zreformowanie systemu ochrony zdrowia albo w sposób „ubezpieczeniowy”, albo w sposób „budżetowy” (czytaj: „zao-

²⁰⁸ Na przykład akceptacja społeczna zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych będzie uzależniona od stworzonych preferencji dla ubezpieczeń dodatkowych.

patrzeniowy”). Pozornie wydawałoby się, że są one rozłączne i nie do pogodzenia. Tymczasem, zanim zaproponuje się jakąkolwiek logiczną konstrukcję systemu, w której będzie ewentualnie dominować (przeważać) jedna z zasad zabezpieczenia i w której pojawią się odpowiednio dobrane elementy rozwiązań szczegółowych, problem polega na **wyróżnieniu i zrozumieniu** trzech aspektów finansowania systemu ochrony zdrowia:

- (1) instrumentalnego** – chodzi o określenie, czym jest rozwiązanie ubezpieczeniowe (zastosowanie metody ubezpieczenia), a czym – rozwiązanie zaopatrzeniowe, gdyż – co już podkreślano – w ujęciu modelowym istnieje zasadnicza różnica między finansowaniem systemu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego) według zasady ubezpieczeniowej zabezpieczenia i według zasady zaopatrzeniowej zabezpieczenia²⁰⁹;
- (2) systematycznego** – wymóg uporządkowania finansowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego w podziale na część bazową oraz część dodatkową, ponieważ poza publicznym finansowaniem zorganizowanym przez państwo bardzo ważne w ochronie zdrowia jest prywatne zaangażowanie finansowe, podejmowane z różnych pobudek, przy różnych zachętach, z inicjatywy indywidualnej lub grupowej;
- (3) preferencyjnego** – istnieje konieczność odróżniania finansowania dodatkowego zabezpieczenia, w znaczeniu „doubezpieczenia” i w znaczeniu „doubezpieczenia społecznego”, w zależności od stosowanych zachęt do przezorności ubezpieczeniowej, co – w przedstawionym w tym opracowaniu sposobie rozumowania – ma równie duże znaczenie, jak odróżnianie zasad zabezpieczenia oraz dostrzeganie podziału na części bazową i dodatkową(e) systemu.

Finansowania zabezpieczenia zdrowotnego nie można jednak sprowadzić do problemu wzrostu udziału środków na ochronę zdrowia w finansach publicznych (wzrost ten może się odbywać poprzez podwyższanie podatków lub oszczędności w innych dziedzinach wydatków budżetowych), nawet jeśli ten udział na pierwszy rzut oka wydaje się za niski. Chodzi również o przyjęcie odpowiednich proporcji i zależności między finansowaniem publicznym a finansowaniem prywatnym systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego, o ustalenie form i sprecy-

²⁰⁹ W tym miejscu nie uwzględniamy zasady filantropijnej, stanowiącej dość ważne, zwłaszcza za społecznego punktu widzenia, ale jednak – jak dotąd – marginesowe uzupełnianie systemu.

zowanie reguł partycypacji finansowej określonych grup społecznych (np. kryteria: wieku, dochodu) w części bazowej i części dodatkowej systemu, które byłyby dość zrozumiałe i dostatecznie akceptowane, wreszcie – o przyjęcie wystarczająco sprawnego mechanizmu wymuszającego wzrost jakości i efektywności usług medycznych, który też chroniłby cały system przed nieuzasadnionym wzrostem wydatków. Tymczasem od samego początku transformacji dominuje nurt rozumowania, w którym zreformowanie zabezpieczenia zdrowotnego wiąże się z dopływem dodatkowych środków, gdyż „poprzedni ustrój skąpił mu środków, wysysanych przez marnotrawną gospodarkę, i doprowadził do wielu zaniedbań”²¹⁰. Najogólniej mówiąc, stale chciałoby się wprowadzać więcej środków do niesprawnego systemu, który coraz mniej wydaje się **odziedziczony**, a coraz bardziej – **konserwowany**.

Oczywiście należy poszukiwać dostatecznie silnego **wsparcia podmiotowego** dla konsekwentnego zreformowania systemu ochrony zdrowia w sugerowanym też w tym opracowaniu kierunku zaopatrzeniowo-ubezpieczeniowym. Jest to zmiana systemu możliwa do przeprowadzenia, ale – co należy mocno podkreślić – w różnych wariantach i w różnym tempie. Trzeba więc wybrać wariant docelowej zmiany i ustalić jak najkrótsze etapy jego realizacji z punktu widzenia faz procesu reformatorskiego²¹¹. Dlatego też tezą podjętych w tym opracowaniu rozważań podmiotowych była konieczność poszukiwania mocniejszego wsparcia instytucjonalnego w procesie zmiany systemu, nawet jeśli ostateczna decyzja ma charakter *stricte* polityczny. Uznano, że takiego realnego, pozytywnego wpływu można oczekiwać ze strony **podmiotów „infrastrukturalnych”**, czyli między innymi firm farmaceutycznych (nie tylko, ale przede wszystkim, w racjonalizacji wydatków na leki) oraz zakładów ubezpieczeń (zwłaszcza w zakresie zastosowania „prawdziwych” ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykiem choroby). Tym bardziej że podmioty te są także predestynowane do szczególnej aktywności, poza działalnością podstawową, polegającej na **kształto-**

²¹⁰ Zob. krytykę tego rozumowania: P. Dorejko, M. Wiśniewski, *Finansowanie zabezpieczenia społecznego*, w: *Między państwem a rynkiem. Dylematy polityki gospodarczej Polski*, pod red. M. Okólskiego, Warszawa 1994, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 228 i nast.

²¹¹ Warto zauważyć, że zmiana systemu ochrony zdrowia wyraźnie różni się pod względem uzyskania akceptacji społecznej od reformy systemu zabezpieczenia emerytalnego. Skutki zmiany systemu ochrony zdrowia są bowiem odczuwane prawie natychmiast, natomiast skutki reform emerytalnych są wyraźnie odroczone w czasie. O fazach reformowania spełniających zarówno kryteria pragmatyczne, jak i podporządkowania demokratycznym wartościom zob. I. Morrisom, *Health Care in the New Millennium. Vision, Values, and Leadership*, San Francisco 2000, Jossey-Bass Publishers, cyt. za: C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne...*, wyd. cyt., s. 56–60. Opracowanie to najlepiej omawia różne aspekty i odmienność podejść do podmiotowości także jako „uniwersalnego kłopotu”.

waniu **świadomości społecznej sprzyjającej zmianie systemu**, w którym muszą mieć zastosowanie **rozwiązania rynkowe** (konkurencyjne) z poszanowaniem nadzwyczaj istotnej dla systemu ochrony zdrowia **zasady solidaryzmu społecznego**.

Podsumowując, można stwierdzić, że społeczną „filozofię” systemu zabezpieczenia zdrowotnego konstytuują dwa podejścia do systemu zabezpieczenia społecznego w ogóle:

- zarządzanie „ryzykiem społecznym” oraz
- „zarządzanie społeczne” ryzykiem.

Pierwsze akcentuje nadzwyczajną (społeczną) rangę ryzyk, w tym przypadku ryzyka choroby, objętych zarządzaniem. W zabezpieczeniu społecznym (zdrowotnym) oznacza to zwrócenie szczególnej uwagi na aspekt przedmiotowy w konstruowaniu systemu.

Drugie – z nich kładzie akcent na wyjątkowy (społeczny) charakter zarządzania ryzykiem w ogóle, w tym przypadku zarządzania ryzykiem choroby. W zabezpieczeniu społecznym (zdrowotnym) oznacza to **zwrócenie szczególnej uwagi na aspekt podmiotowości** w konstruowaniu systemu.

Można sformułować tezę, że **między charakterem przedmiotowym zmiany systemu ochrony zdrowia a charakterem uwarunkowań podmiotowych zmiany systemu ochrony zdrowia istnieje silna zależność**. Tylko zastosowanie najprostszych konstrukcji systemowych pozwala lekceważyć znaczenie podmiotowości w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia, a **nowa polityka zdrowotna wymaga przecież odwołania do bardziej złożonych społecznych rozwiązań systemowych w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych**.

Słownik pojęć z zakresu: zdrowia, polityki zdrowotnej i systemu ochrony zdrowia

Bon zdrowotny – swoisty czek wyrażający przekazaną do dyspozycji każdego obywatela ustaloną kwotę środków finansowych pochodzących z budżetu państwa przeznaczoną na sfinansowanie kosztów zabezpieczenia zdrowotnego. Wartość tego bonu byłaby uzależniona od środków publicznych przeznaczanych na zabezpieczenie zdrowotne w danym roku i mogłaby być różnicowana (np. według czterech grup wieku: 0–3, 4–18, 19–65, 65 lat i więcej).

Budżet państwa – scentralizowany fundusz publiczny gromadzący środki pieniężne w związku z realizowanymi funkcjami państwa [Owsiak].

Darowizna – dobrowolne nieekwiwalentne świadczenie na rzecz obdarowanego (potrzebującego wsparcia) polegające w szczególności na zapłacie określonej sumy pieniężnej. Dobrowolny transfer finansowy o charakterze socjalnym zapośredniczany przez fundacje o danych celach społecznych. Źródło tworzenia funduszy charytatywnych, które mogą służyć finansowaniu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego).

„Diagnoza Społeczna” – badanie panelowe („powracające” do tych samych respondentów) przeprowadzane przez Radę Monitoringu Społecznego od 2000 r. Od 2003 r. regularnie co dwa lata w marcu. W „Diagnozie Społecznej 2007” uczestniczyła reprezentatywna próba 5530 gospodarstw domowych obejmująca 18024 ich członków i próba 12624 indywidualnych respondentów w wieku 16 lat i więcej z tych gospodarstw domowych.

Dopłata do świadczeń zdrowotnych – występujący w określonej formie dodatkowy udział w finansowaniu uzyskiwanych przez pacjentów świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Można wyróżnić dopłatę zryczałtowaną za świadczenie w ogóle, dopłatę zryczałtowaną zróżnicowaną w zależności od rodzaju świadczenia, dopłatę stanowiącą procentowy udział w kosztach świadczenia. Dopłata może być uzależniona od zdarzenia chorobowego, rodzaju świadczenia czy procedury medycznej, dotyczyć pozamedycznego elementu świadczenia. Z ubezpieczeniowego punktu widzenia dopłatę można potraktować jako udział własny albo franszyzę w pokryciu straty, którą jest koszt danej usługi zdrowotnej. Nieprecyzyjne jest używanie w tym przypadku określenia współpłacenie. W reformowaniu systemu ochrony zdrowia

postulat dopłat jest różnie argumentowany: czynnik ograniczania popytu, zmniejszenie zakresu kompensaty straty. Można rozważać zróżnicowanie skali dopłat w zależności od statusu materialnego pacjenta.

Doubezpieczenie społeczne (społeczne doubezpieczenie zdrowotne) – uzupełniająca bazową część systemu zabezpieczenia społecznego dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa objęta preferencjami finansowymi, której celem jest podniesienie standardu bezpieczeństwa socjalnego zapewnianego (rodzinnym) gospodarstwom domowym. Konsekwentnie: „społeczne doubezpieczenie zdrowotne” to – uzupełniająca bazową część systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego – dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa objęta preferencjami finansowymi, której celem jest podniesienie standardu bezpieczeństwa zdrowotnego zapewnianego (rodzinnym) gospodarstwom domowym.

Działania o charakterze antycypacyjnym w polityce społecznej – postępowanie zakładające zasadność uprzedzania ryzyk jako zagrożeń społecznych, których zaistnienie powoduje stratę w zasobach (rodzinnych) gospodarstw domowych.

Działania o charakterze interwencyjnym w polityce społecznej – postępowanie wynikające z przekonania o konieczności usuwania napięć społecznych.

Działania o charakterze kreującym w polityce społecznej – postępowanie wywołujące się z przeświadczenia o możliwości skutecznego stosowania preferencji w dostępie do dóbr i usług społecznych.

Ekwiwalentność w finansowaniu ubezpieczeniowym – adekwatność składkowego wkładu pieniężnego w dwojakim znaczeniu ekwiwalentności ubezpieczeniowej: (1) ekwiwalentności funduszowej (porównania sumy składek z sumą świadczeń), czyli zgromadzenia ze składek adekwatnej wielkości funduszu ubezpieczeniowego (umożliwiającego wypłatę członkom wspólnoty ryzyka należnych świadczeń); (2) ekwiwalentności kompensacyjnej (porównanie wysokości składki z wysokością świadczenia), czyli zachowania adekwatnej relacji między składką a świadczeniem (uzależnienia od udziału finansowego w funduszu ubezpieczeniowym zakresu kompensaty straty).

Fundusz celowy – fundusz zapewniający finansowanie wybranej dziedziny działalności. Służy związaniu części środków publicznych z wyznaczonymi zadaniami, podniesieniu rangi tych zadań wśród wszystkich obowiązków władz publicznych. Zapew-

nia ciągłość i trwałość finansowania, uniezależniając finansowanie konkretnej dziedziny od planowania budżetowego, oraz umożliwia kumulację niewykorzystanych w danym okresie środków. Wyróżnia się także funkcją mobilizacji środków publicznych (właściwie sformułowany cel ułatwia zdobycie akceptacji społecznej dla obciążeń podatkowych) [zob. Owskiak]. Jedną z możliwych form finansowania zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego).

Fundusz celowy parametryczny – fundusz powstający wewnątrz budżetu państwa, którego wielkość jest wyrażana danym udziałem w całości budżetu lub danym udziałem określonych wpływów do budżetu [zob. Owskiak]. Jedną z możliwych form finansowania zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego).

Katalog ryzyk społecznych – lista rodzajów ryzyka społecznego (ustalona przez Międzynarodową Organizację Pracy w 1944 r.) obejmująca: ryzyko choroby (*sickness*), ryzyko macierzyństwa (*maternity*), ryzyko inwalidztwa (*invalidity*), ryzyko śmierci żywiciela (*death of breadwinner*), ryzyko wypadków przy pracy (*employment injuries*), ryzyko bezrobocia (*unemployment*), ryzyko starości (*old age*), ryzyko nagłych wydatków (*emergency expenses*). „Klasyczny” katalog ryzyk społecznych pozostaje w zasadzie stale aktualny, należałoby jednak wyodrębnić i uwzględnić w nim: ryzyko niedołęstwa starczego (szerzej: niesamodzielności), ryzyko nagłego braku (utruty różnego rodzaju mienia gospodarstwa domowego), ryzyko niedostatku (szczególnego ubóstwa, wynikającego ze skumulowania się skutków kilku rodzajów ryzyka).

Kompensata straty w zabezpieczeniu społecznym – ustalony zakres pokrycia straty przez świadczenie. Należy zwrócić uwagę na dominującą w systemie ubezpieczeń społecznych zasadę miarkowania kompensaty straty, polegającą na ustaleniu częściowego zakresu pokrycia straty przez świadczenie. W zabezpieczeniu społecznym często stosowana jest też zasada nieproporcjonalnej kompensaty straty: mniejsza strata jest kompensowana w relatywnie większym zakresie, większa zaś w relatywnie mniejszym zakresie. Zasada ta może jednak dotyczyć tylko strat w zasobach spodziewanych, a więc strat w zasobach (braku dochodów) spowodowanych zaistnieniem ryzyka choroby w znaczeniu przejściowej niemożności wykonywania pracy, natomiast nie może dotyczyć strat w zasobach posiadanych, a więc strat w zasobach (koszty usługi zdrowotnej) spowodowanych zaistnieniem ryzyka choroby w znaczeniu uszczerbku na zdrowiu.

Kompetencje w zarządzaniu zmianą – formalne dysponowanie odpowiednim zakresem uprawnień i pełnomocnictw. Również posiadanie właściwego zasobu umiejętności i stopnia odpowiedzialności, pozwalających na sprawne (skuteczne i efektywne) przeprowadzenie zamierzonej zmiany. Szczególnie należy traktować kompetencje państwa jako podmiotu wtórnego, indukowanego społecznie. Przekazaniem kompetencji jest zaangażowanie przez państwo podmiotów prywatnych do realizacji zadań z zakresu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego), co wiąże się z (1) udzielaniem przez państwo stosownych zezwoleń, (2) sprawowaniem przez państwo skutecznego nadzoru i (3) dawaniem przez państwo realnych gwarancji.

Konsument na rynku ubezpieczeń – konsument produktu ubezpieczeniowego wyróżniany na ogół poprzez dwie, występujące łącznie, charakterystyki (wyrażane pozytywnie albo negatywnie): (1) rodzaj podmiotu w ujęciu prawnym (konsumentem jest osoba fizyczna albo konsumentem nie jest osoba prawna) oraz (2) cel transakcji w ujęciu ekonomicznym (celem jest zaspokojenie potrzeby osobistej, indywidualnej albo celem nie jest zaspokojenie potrzeby związanej z prowadzoną działalnością gospodarczą, zawodową, zarobkową). Konsumentem w tym znaczeniu jest gospodarstwo domowe (a nie osoby fizycznej, dokonującej zakupu ubezpieczenia), albowiem wydatki na ochronę ubezpieczeniową gospodarstwa domowego obciążają jego budżet, a nie poszczególnych członków (osoby fizyczne) tego gospodarstwa, oraz służą zaspokojeniu potrzeby bezpieczeństwa dotyczącej członków gospodarstwa domowego. Spojrzenie socjologiczne na korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej wymaga uwzględnienia także więzi rodzinnych (kategoria rodzinnego gospodarstwa domowego).

Konsumpcja społeczna – sfera spożycia, którą poddaje się różnorodnym preferencjom społecznym przede wszystkim przez finansowanie jej ze źródeł publicznych (konsumpcja publiczna) i ustanawianie jej form zbiorowych (konsumpcja grupowa, konsumpcja adresowana).

Koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych – wykaz i opis dostępnych w ramach danego systemu zabezpieczenia zdrowotnego świadczeń, uznanych za niezbędne dla zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, dostatecznie skutecznych pod względem medycznym, możliwych do efektywnego sfinansowania ze środków publicznych. Zestaw możliwych do zastosowania procedur medycznych należy traktować tylko jako podstawę ustalenia „prawdziwego” koszyka gwarantowanych świad-

czeń zdrowotnych. „Zawartość” koszyka świadczeń gwarantowanych musi być bowiem dopasowana do przeznaczanych na bazowe zabezpieczenie zdrowotne środków publicznych, co wymaga dokonania nadzwyczaj trudnego wyboru i wyceny procedur medycznych. Mówi się o „pozytywnym” koszyku świadczeń zdrowotnych, dokonując wykazu i opisu jego zawartości, oraz „negatywnym” koszyku świadczeń zdrowotnych, dokonując ograniczeń i wyłączeń z jego „zawartości” (to drugie dookreślenie – pozornie tylko obrazowe – jest nadużywane).

Kształtowanie świadomości ubezpieczeniowej – upowszechnianie wiedzy i umiejętności, które pozwalają racjonalnie skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej. Szczególną rolę w kształtowaniu społecznej świadomości ubezpieczeniowej mają do odegrania główni aktorzy sceny ubezpieczeniowej. Chodzi o działalność zakładów ubezpieczeń nastawioną na zjednywanie (zdobywanie i utrzymanie) klientów poprzez edukację oraz o wymagających konsumentów rzeczywiście współkształtujących rynek ubezpieczeniowy, bo dysponujących odpowiednią wiedzą i umiejętnościami pozwalającymi na racjonalne wykorzystanie metody ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem. Świadomość ubezpieczeniowa jest kategorią szczególną, wymagającą wyjątkowo starannego kształtowania, albowiem: (1) jest związana z wykazywaną przezornością indywidualną (powszechnie mamy do czynienia z „niedocenianiem” występowania ryzyk) oraz (2) odnosi się do zakupu usługi „o odwróconym cyklu produkcyjnym” (naturalna „nieuchwytność przedmiotu sprzedaży” w momencie zakupu).

Luka społeczna – taki stan niedostatku materialnego i/lub niedostosowania społecznego, który wymaga interwencji w celu zneutralizowania jego negatywnych skutków społecznych.

Mechanizm wyborczy w polityce społecznej – procedura wyrażająca podmiotowość obywateli decydujących pośrednio poprzez wybory parlamentarne i samorządowe o prowadzonej przez państwo i władze lokalne polityce społecznej. Należy podkreślić, że w polityce społecznej mechanizm rynkowy (dominujący w gospodarce) jest zastępowany przez mechanizm wyborczy (wybór publiczny, wybór społeczny). Problem identyfikacji tego mechanizmu (powszechnego zapośredniczania decyzji) polega na ustaleniu w jakim stopniu polityka społeczna – w sytuacji formalnego decydowania społeczeństwa o jej kształcie – zależy od mniej lub bardziej „narzucanych” (w wyniku działań socjotechnicznych) wyborów społecznych. Chodzi zatem o ocenę sprawności tego mechanizmu również z punktu widzenia podmiotowości.

Model antycypacji społecznej – model polityki społecznej polegający na przezorności i zapobiegliwości zbiorowej popartej świadomości społeczną występowania ryzyk społecznych, zakładający organizowanie systemów uprzedzających zaistnienie zdarzeń losowych w celu zapewnienia określonego poziomu bezpieczeństwa socjalnego. W realizacji założeń modelu antycypacji społecznej stosuje się rozwiązania, które odwołują się przede wszystkim do metody ubezpieczenia (zastosowanie – bardziej lub mniej konsekwentnie – rozwiązań ubezpieczeniowych w polityce społecznej i zabezpieczeniu społecznym). Podstawową kategorią konstrukcyjną tego modelu jest „ryzyko społeczne”.

Model dystrybucji społecznej – model polityki społecznej polegający na regulowaniu sfery podziału, na wytyczaniu swoistej „drogi do konsumpcji” (zaspokajanie potrzeb przez modyfikację poszczególnych ogniw „klasycznego” cyklu uzyskiwania dostępu do dóbr konsumpcyjnych). Tak rozumiane wyrównywanie dostępu do określonych dóbr opiera się na organizacji i dostarczaniu usług społecznych przez państwo z użyciem środków publicznych. Podstawową kategorią konstrukcyjną tego modelu jest „konsumpcja społeczna”.

Model interwencji społecznej – model polityki społecznej polegający na usuwaniu negatywnych zjawisk i rozładowywaniu napięć społecznych wynikających z niedostatku materialnego i/lub niedostosowania społecznego. Podstawową kategorią konstrukcyjną tego modelu jest „luka społeczna”.

Model polityki społecznej (zdrowotnej) – konstrukcja teoretyczna, odwołująca się do zasady abstrakcji i typu idealnego, czyli założeń kontrfaktycznych niespełnianych przez realnie prowadzoną politykę społeczną (zdrowotną). Konkretnie modele polityki społecznej opisują – zgodnie z przyjętymi założeniami kontrfaktycznymi, wywodzonymi z konkretnej podstawowej kategorii konstrukcyjnej (luki społecznej, konsumpcji społecznej, ryzyka społecznego) – teoretyczny zakres celowej działalności praktycznej o treściach „polityczno-społecznych” (społecznych i politycznych równocześnie). Użyteczność modelu jako narzędzia badawczego polega na możliwości identyfikacji i wyjaśnianiu konkretnej praktyki społecznej. Od pojęcia modelu należy odróżniać pojęcia wzorca i wzoru polityki społecznej (zdrowotnej).

Modele mechanizmu przepływu środków finansowych w systemie ochrony zdrowia – modelowe opisanie technik finansowania, biorące pod uwagę zasadę partycypacji finansowej w systemie ochrony zdrowia: (1) obowiązkowa i/lub (2) dobro-

wolna oraz formę zapłaty należności za świadczenie zdrowotne: (1) „z kieszeni” konsumenta, (2) refundowana konsumentowi, (3) od instytucji kontraktującej świadczenia, (4) właścicielska dla instytucji dostarczającej świadczenia. Na tej podstawie można wyróżnić następujące modele tego mechanizmu: (1) budżetowy scentralizowany, (2) budżetowy zdekoncentrowany, (3) ubezpieczenia obowiązkowego z refundacją wydatków, (4) budżetowy dobrowolny, (5) ubezpieczenia dobrowolnego z kontraktowaniem świadczeń, (6) ubezpieczenia dobrowolnego z refundowaniem wydatków, (7) bezpośredniego zakupu świadczeń.

Niezdrowie – zob. choroba i ryzyko choroby.

Podatek – klasyczna danina publiczna. Z ekonomicznego punktu widzenia podatek jest narzędziem ustalającym udział państwa w dysponowaniu realnie wytworzonym produktem narodowym. Z fiskalnego punktu widzenia podatek jest przymusowym świadczeniem pieniężnym na rzecz państwa w celu realizacji zadań publicznych. Podatki od innych obciążeń fiskalnych wyróżnia wiele łącznie rozpatrywanych kryteriów: (1) przymusowy charakter podatku (władcze uprawnienia państwa w stosunku do wszystkich, którzy mieszkają na danym terytorium lub posiadają w jego granicach przedmiot opodatkowania); (2) ogólność obowiązku podatkowego (powszechność opodatkowania i nieokreślone finansowanie zadań); (3) pieniężna forma podatku (nieuznawanie formy rzeczowej podatku); (4) bezzwrotność daniny podatkowej (definitywne przekazanie do dyspozycji państwa środków podatkowych); (5) nieekwiwalentność świadczenia podatkowego (brak odwzajemnienia, nazywanego nieodpłatnością, w postaci danego świadczenia ze strony państwa); (6) jednostronność wymiaru podatku (wysokość obciążeń podatkowych ustalana jest przez samego podatkobiorcę); (7) publiczne przeznaczenie podatku (podatki powinny służyć urzeczywistnianiu celów publicznych) [zob. Grądalski, Owsiak]. Źródło tworzenia funduszy budżetowych, które służą finansowaniu zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego).

Podatek celowy – podatek służący finansowaniu określonej dziedziny konsumpcji zbiorowej. Podatek, który zawiera cechę ekwiwalentności, odwzajemniania świadczenia, co polega na przeznaczaniu części wpływów podatkowych na konkretne świadczenie ze strony państwa. Podatek celowy jest alternatywną formą funduszu celowego [por. Owsiak]. Jedna z możliwych form finansowania zabezpieczenia społecznego (zdrowotnego).

Podatkowe preferencje społeczne – przyznawanie różnorodnych zwolnień, ulg i dopłat podatkowych w ramach polityki społecznej, dotyczących zaspokajania potrzeb społecznych (zdrowotnych) lub stanowiących zachętę do skorzystania przez gospodarstwa domowe z dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej (ubezpieczenia zdrowotnego).

Podmiot polityki społecznej (zdrowotnej) – każda instytucja lub grupa społeczna oddziałująca na życie publiczne w wybranej sferze społecznej (zdrowia), nawet w imię interesu partykularnego (mniej lub bardziej wyraźnie artykułowanego, tłumaczonego na ogół szerzej pojętym interesem społecznym), gdy dysponuje – mniej lub bardziej sformalizowaną – jakąś siłą sprawczą (nie tylko stosunkiem władczym zdobytym w procesie wyborczym). Podstawowym podmiotem polityki społecznej (zdrowotnej) jest państwo, a podmiotami szczególnymi jego wyspecjalizowane agendy.

Podmiotowo-przedmiotowe ujęcie polityki społecznej (zdrowotnej) – relacja, w której społeczeństwo (dana społeczność) jest podmiotem pierwotnym (w kampanii wyborczej, w procesie wyboru publicznego, społecznego), a następnie przedmiotem prowadzonej polityki społecznej (zdrowotnej). Szczególne znaczenie ma odróżnianie podmiotowości od przedmiotowości w odniesieniu do: (1) obywatela, jako podmiotu w znaczeniu politycznym, uczestniczącego w wyborach władz odpowiedzialnych za prowadzoną politykę społeczną (zdrowotną); (2) rodziny, jako podmiotu w znaczeniu socjologicznym, zainteresowanego dobrostanem zdrowotnym swoich najbliższych; (3) gospodarstwa domowego, jako podmiotu w znaczeniu ekonomicznym, zwracającego uwagę na obciążające jego budżet wydatki związane z funkcjonującym systemem ochrony zdrowia.

Podmiotowość – (1) świadomość i egzekwowanie uprawnień obywatelskich i konsumenckich; (2) zdolności i możliwości wywierania potencjalnego i realnego wpływu na zmianę w danej dziedzinie życia społecznego. Ważna jest podmiotowość nie tylko w znaczeniu „mieć prawo do” (podmiotowość obywatelska związana z realizacją prawa do zabezpieczenia zdrowotnego, podmiotowość służby zdrowia), ale także w znaczeniu „mieć wpływ na” (podmiotowość związana z możliwością oddziaływania na zmianę systemu ochrony zdrowia). Można wtedy mówić o podmiotowości politycznej w procesie podejmowania decyzji dotyczących polityki społecznej (zdrowotnej), czyli świadomym i czynnym kształtowaniu rzeczywistości politycznej w sferze społecznej.

Podmiotowość występuje w skali indywidualnej i grupowej oraz dotyczy konkretnych podmiotów, które tej podmiotowości doświadczają.

Podmiotowość „infrastrukturalna” – odnosząca się do reprezentacji organizacji pozamedycznych stanowiących infrastrukturę (w znaczeniu podbudowy) dla sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia. Chodzi m. in. o firmy farmaceutyczne i ubezpieczeniowe.

Podmiotowość „ubezpieczeniowa” – podmiotowość charakterystyczna dla ubezpieczeniowej wspólnoty ryzyka i zastosowania metody ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem. Świadomość i egzekwowanie praw wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia przez ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych i uprawnionych.

Polityka społeczna (1) – nauka o sposobach (środkach), jakimi grupy społeczne powstrzymują (*prevent*), odraczają (*postpone*), wprowadzają (*introduce*) i podporządkowują sobie (*manage*) zmiany w strukturze społecznej [Townsend].

Polityka społeczna (2) – nauka praktyczna badająca zmiany zachodzące w strukturze społecznej (w znaczeniu stosunków społecznych) pod wpływem celowej działalności grup i instytucji społecznych, formułująca na tej podstawie postulaty dotyczące racjonalizowania polityki społecznej jako działalności praktycznej.

Polityka ubezpieczeniowa jako działalność praktyczna – oddziaływania instytucjonalne i nieinstytucjonalne wpływające na organizację i funkcjonowanie rynku ubezpieczeniowego mające na celu kształtowanie warunków oferowania ochrony ubezpieczeniowej i korzystania z usług ubezpieczeniowych.

Polityka zdrowotna (1) – dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym. Elementami tego procesu mogą być decyzje o podjęciu i decyzje o niepodejmowaniu działań, działania podjęte i zrealizowane oraz działania niepodjęte i zaniechane w sferze zdrowia. Jego elementami mogą być także tezy ideologiczne i sądy wartościujące, które ukierunkowują i uzasadniają decyzje, czy też aktywny lub bierny stosunek do problemów zdrowotnych [Włodarczyk, 1996].

Polityka zdrowotna (2) – nauka praktyczna badająca zmiany zachodzące w systemach ochrony zdrowia (systemach promocji zdrowia i zarządzania ryzykiem choroby) pod wpływem celowej działalności grup i instytucji społecznych, formułująca na tej

podstawie postulaty dotyczące racjonalizowania polityki zdrowotnej jako działalności praktycznej.

Polityki społecznej (zdrowotnej) racjonalizowanie – elementy procesu zmiany, obejmujące równocześnie: (1) konieczność uzasadniania polityki, przez podawanie argumentów przemawiających za podejmowaniem (lub niepodejmowaniem) danego rodzaju przedsięwzięć, z uwzględnieniem stanu i możliwości kształtowania świadomości społecznej niezbędnej do przeprowadzenia zamierzonych zmian; (2) obowiązek wyjaśniania prowadzonej polityki, co wiąże się z jej krytycznym oglądem, a więc nie tyle z propagowaniem i usprawiedliwianiem realizowanej polityki, ile nawet ze swoistym demaskowaniem polityki realizowanej, deklarowanej i postulowanej; (3) wymóg usprawniania prowadzonej działalności, polegający na poszukiwaniu rozwiązań systemowych, równocześnie skutecznych i efektywnych, ale też znajdujących dostateczne poparcie społeczne, albowiem sprawny system składa się też z regulacji i rozwiązań instytucjonalnych niezbędnych, akceptowanych i dobrze funkcjonujących.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne – związane z ryzykiem choroby produkty ubezpieczeniowe oferowane na zasadach rynkowych przez prywatne zakłady ubezpieczeń zarówno o statusie spółek akcyjnych, jak i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.

Publiczne bazowe zabezpieczenie zdrowotne – zabezpieczenie obejmujące dany zestaw („koszyk”) gwarantowanych obywatelom przez państwo świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych gromadzonych z podatków na fundusze celowe i/lub obowiązkowych składek w ustalonych proporcjach, w zależności od tego, czy w organizacji i funkcjonowaniu tego zabezpieczenia dominuje zasada zaopatrzeniowa, czy ubezpieczeniowa.

Redystrybucja budżetowa – dotyczący budżetu państwa większy udział podatkowy obywateli lepiej sytuowanych w finansowaniu dóbr publicznych i społecznych oraz świadczeń socjalnych. Redystrybucja o charakterze przymusowym.

Redystrybucja charytatywna – dotycząca funduszy charytatywnych zapośredniczających przepływ środków od osób chcących wystąpić w roli darczyńców do osób potrzebujących wsparcia. Redystrybucja o charakterze dobrowolnym.

Redystrybucja ubezpieczeniowa – dotycząca funduszy ubezpieczeniowych, powstających ze składek wszystkich członków danej wspólnoty ryzyka, z których po-

krywane są straty ponoszone przez niektórych tylko jej członków, doświadczających zagrożeń w rezultacie konkretnych zdarzeń. Redystrybucja o charakterze losowym.

Relacje między systemem zabezpieczenia zdrowotnego a „doubezpieczeniem”

– możliwe modelowe typy powiązań: (1) substytucyjne (relacja „zamiast”), gdy istnieje możliwość rezygnacji z publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego pod warunkiem zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego wyższy standard zabezpieczenia zdrowotnego (taka rezygnacja jest uzależniona najczęściej od statusu materialnego ubezpieczonego); (2) komplementarne (relacja „ponad”), gdy prywatne ubezpieczenie zdrowotne ma na celu uzupełnienie standardowego zakresu i/lub jakości ochrony zapewnianej w ramach publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego; (3) suplementarne (relacja „obok”), gdy prywatne ubezpieczenie zdrowotne ma na celu osiągnięcie pożądanego poziomu ochrony, w sytuacji utrudnionego dostępu do odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego (obrazowo mówi się o „podwójnej ochronie”).

Ryzyko choroby – zagrożenie zdarzeniem chorobowym, którego zaistnienie spowoduje stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach gospodarstwa domowego. Można mówić o ryzyku choroby w znaczeniu przejściowej niemożności wykonywania pracy, czyli stracie w zasobach z powodu braku dochodów, oraz ryzyku choroby w znaczeniu uszczerbku na zdrowiu, czyli stracie w zasobach z powodu kosztów usługi zdrowotnej. Ryzyko choroby należy odróżniać od ryzyka niedołęstwa starczego, czyli starczej niewydolności życiowej oraz ryzyka niesamodzielności jako takiej.

Ryzyko społeczne – zagrożenie powodujące niekorzystne sytuacje społeczne (zawarte w katalogu ryzyk społecznych), które powinno się objąć stosownym zabezpieczeniem systemowym, uwzględniając pewien poziom bezpieczeństwa socjalnego. Należy też definiować ryzyko społeczne szerzej – jako zagrożenie zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach gospodarstwa domowego.

Ryzyko utraty zdrowia – zob. ryzyko choroby.

Składek – przekorna nazwa obciążenia budżetu gospodarstwa domowego wydatkiem posiadającym cechy równocześnie podatku i obowiązkowej składki (przykład:

„podatek dochodowy [...] w pierwszej kolejności ulega obniżeniu o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne [...]”).

Składka – koszt ochrony ubezpieczeniowej ponoszony przez ubezpieczającego (na rzecz ubezpieczonego) oraz równocześnie przychód zakładu ubezpieczeń. Składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej przez zakład ubezpieczeń. W systemie zabezpieczenia społecznego z zastosowaniem rozwiązań o charakterze ubezpieczeniowym źródło tworzenia funduszy ubezpieczeniowych.

Składka od dochodu w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – „składka” ustalana z uwzględnieniem zróżnicowania sytuacji materialnej (dochodów, wynagrodzeń) korzystających z zabezpieczenia. „Składka” wynosi wtedy ustalony procent podstawy jej wymiaru (dochodu, wynagrodzenia). Przy braku powiązania „składki” z indywidualnym ryzykiem choroby oraz jednakowych dla wszystkich świadczeniach gwarantowanych sytuacja taka oznacza jakby „podwójny” solidaryzm członków wspólnoty ryzyka, zarówno pod względem statusu materialnego, jak i różnej skali ryzyka choroby. Takie gromadzenie funduszu należy uznać za finansowanie podatkowe, choć wyrażone – co należy podkreślić – liniowo.

Składka zryczałtowana w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – wyznaczenie kosztu zabezpieczenia przy założeniu, że każda osoba za uprawnienie do świadczeń gwarantowanych płaci taką samą składkę, oszacowaną na podstawie liczebności całej populacji (wspólnoty ryzyka) objętej zabezpieczeniem oraz stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych tej populacji. W takim podejściu do ustalania składki występuje solidaryzm w zakresie ryzyka choroby, ponieważ prowadzi to w konsekwencji do dystrybucji funduszu ubezpieczeniowego pomiędzy mniej i więcej korzystających ze świadczeń.

Społeczne dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne – prywatne ubezpieczenia zdrowotne związane z wprowadzeniem ustalonych preferencji finansowych mających na celu uruchomienie inicjatywy (rodzinnych) gospodarstw domowych w uzyskaniu wyższego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego. Wtedy prywatne ubezpieczenia ryzyka choroby miałyby postać „społecznego doubezpieczenia zdrowotnego” i stanowiłyby uzupełniającą, ale w zasadniczym sensie integralną część systemu spo-

łecznego zabezpieczenia zdrowotnego ze względu właśnie na publiczno-prywatny charakter takiego rozwiązania.

Struktura społeczna w polityce społecznej – kategoria realizacyjna polityki społecznej polegającej na celowym kształtowaniu stosunków społecznych. Konkretnie założenia co do zakresu, zasad, metod i środków oddziaływania na strukturę społeczną stanowią o wyborze realnej polityki społecznej, czyli przyjęciu określonego jej wzorca. W strukturze społecznej jako kategorii realizacyjnej polityki społecznej odbijają się przede wszystkim przyjęte podstawy wpływania na proces integracji społecznej. Przesłanki aksjologiczne celowego kształtowania struktury społecznej przesądają o „ideologizacji” polityki społecznej.

System ochrony zdrowia – system zarządzania ryzykiem choroby w ramach polityki społecznej, w tym polityki zdrowotnej, obejmujący w szczególności rozwiązania instytucjonalne służące zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych.

System społecznego zabezpieczenia zdrowotnego – system obejmujący publiczne bazowe zabezpieczenie zdrowotne i społeczne dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne. W konstrukcji systemu wyróżnia się część bazową o charakterze społecznym, powszechnym, publicznym oraz części dodatkowe o charakterze publiczno-prywatnym.

System zabezpieczenia społecznego – rozwiązania systemowe, uprzedzające występowanie ryzyk społecznych (w tym ryzyka choroby), których celem jest zapewnienie (rodzinnym) gospodarstwom domowym ustanowionego standardu bezpieczeństwa socjalnego (w tym zdrowotnego).

Tradycyjny układ podmiotowy w systemie ochrony zdrowia – podmioty występujące na rynku świadczeń zdrowotnych: (1) konsumenci (po stronie popytowej rynku – pacjenci obecni i potencjalni, pośrednio i/lub bezpośrednio, obowiązkowo i/lub dobrowolnie, finansujący system); (2) producenci (po stronie podaży rynku – twórcy szeroko rozumianych świadczeń zdrowotnych, otrzymujący wynagrodzenie za dostarczane produkty); (3) pośrednicy (instytucje publiczne i prywatne zaangażowane w /re/dystrybucję środków finansowych i zapośredniczenie umów kupna–sprzedaży świadczeń); (4) państwo (prowadzące politykę zdrowotną, jego instytucje i wyspecjalizowane agendy, decydujące o zasadach i formach gromadzenia oraz wydatkowania środków publicznych i prywatnych przeznaczanych na ochronę zdrowia).

Ubezpieczający – podmiot zarządzający ryzykiem metodą ubezpieczenia (dobrowolnie lub obowiązkowo). Opłacający składkę zapewniającą ochronę ubezpieczeniową.

Ubezpieczenia zdrowotne nieodszkodowawcze – ubezpieczenia ryzyka choroby polegające na wypłacie umownej kwoty w przypadku zaistnienia danego zdarzenia chorobowego. Nie wiążą się one z pokryciem faktycznych kosztów leczenia.

Ubezpieczenia zdrowotne odszkodowawcze – ubezpieczenia ryzyka choroby, w których wysokość świadczenia wiąże się z pokryciem spowodowanej zaistnieniem zdarzenia chorobowego straty finansowej (kosztu leczenia).

„Underwritingowa” partycypacja w funduszu ubezpieczenia zdrowotnego – ustalenie wysokości składki w zależności od oceny ryzyka, co oznacza, że każdy członek wspólnoty ryzyka wnosi do funduszu ubezpieczeniowego składkę odzwierciedlającą jego ryzyko choroby (osoby o potencjalnie większym ryzyku płacą wyższą składkę). Oceny ryzyka można dokonywać albo tylko raz, na początku obowiązywania umowy ubezpieczenia, albo wielokrotnie, w regularnych odstępach czasowych w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

Ustrój ochrony zdrowia – dominująca ideologia w polityce zdrowotnej dotycząca zakresu udziału władzy publicznej w sferze ochrony zdrowia, decydująca o realnej podmiotowości uczestników systemu ochrony zdrowia.

Wspólnota ryzyka – szczególne ugrupowanie wyróżniające się formą wzajemności (konkretnym stosunkiem wspólnotowym), którego członkowie są narażeni na dane ryzyko (zagrożenie utratą życia, uszczerbkiem zdrowia, szkodami majątkowymi). Wyjątkowe znaczenie ma ubezpieczeniowa wspólnota ryzyka. Z tworzonego na rzecz takiej wspólnoty funduszu ubezpieczeniowego (finansowanie składkowe) pokrywane są straty ponoszone przez niektórych tylko jej członków, doświadczających zagrożeń w rezultacie konkretnych zdarzeń. Zorganizowanie i obsługa ubezpieczeniowej wspólnoty ryzyka jest głównym zadaniem zakładu ubezpieczeń.

Utrata zdrowia – zob. choroba i ryzyko choroby.

Wzorzec polityki społecznej (zdrowotnej) – realna polityka, wyróżniająca się swoistymi cechami, prowadzona przez dłuższy czas, dostatecznie konsekwentnie, zwykle utożsamiana z krajem będącym jej wybitnym reprezentantem (w polityce zdrowotnej: wzorzec Bismarcka – z Niemcami, wzorzec Beveridge’a – z Wielką Brytanią, wzorzec

Siemaszki – z byłym Związkiem Radzieckim, wzorzec rezydualny – ze Stanami Zjednoczonymi). Wzorce wyrażają odmienność realnych koncepcji prowadzenia polityki społecznej (zdrowotnej) w zależności od uwzględnionych w nich kombinacji charakterystyk modelowych (modeli polityki społecznej). Nazywanie wzorców modelami jest – z metodologicznego punktu widzenia – najczęściej popełnianym błędem. Błędem jest też nazywanie modelem każdej praktyki (poszukiwanie dla niej odpowiedniego modelu), a więc utożsamianie realnego lub postulowanego systemu z jakimś modelem.

Wzór polityki społecznej (zdrowotnej) – akceptowany wzorzec realnej polityki, znajdujący uznanie i naśladowany. Implementacja uznawanego wzoru polityki społecznej (zdrowotnej) na ogół nie jest możliwa w pełni, a odstępstwa od przyjętego wzoru wynikają nie tyle z utrudnień natury instrumentalnej, ile z szeroko rozumianych uwarunkowań społeczno-kulturowych wpływających na akceptację, organizację i funkcjonowanie danego systemu społecznego (systemu ochrony zdrowia).

Zabezpieczenia społecznego aspekty – uwzględnienie w organizacji i funkcjonowaniu systemu zabezpieczenia społecznego aspektów: (1) przedmiotowego (przed jakimi ryzykami ma chronić system?); (2) podmiotowego (kogo powinien obejmować system?); (3) instrumentalnego (jakie zasady zabezpieczenia zastosować w systemie?); (4) redystrybucyjnego (jakie ustalić reguły partycypacji finansowej w systemie?); (5) kompensacyjnego (w jakim zakresie powstałe straty ma pokrywać system?); (6) prawnego (jak w praktyce stanowić i stosować rozwiązania systemowe dotyczące zabezpieczenia?).

Zarządzanie zmianą – proces przekształcania istniejącego systemu, polegający na ustaleniu oraz stosowaniu procedur umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu, uwzględniający uwarunkowania (kulturowe, społeczne, ekonomiczne) sprzyjające przeprowadzeniu zmiany i utrudniające daną zmianę oraz przewidujący jej konsekwencje.

Zasady zabezpieczenia społecznego – modelowe zasady (metody i techniki) organizacji i funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego: zaopatrzeniowa, ubezpieczeniowa i filantropijna, wyróżniane na podstawie kryteriów źródła finansowania i uprawnienia (tytułu) do świadczenia. Poszczególne zasady zabezpieczenia społecznego: (1) zaopatrzeniowa, (2) ubezpieczeniowa i (3) filantropijna dotyczą odpowiednio następujących źródeł finansowania i powstających z nich funduszy: (1) podatków – funduszy budżetowych, (2) składek – funduszy ubezpieczeniowych, (3)

darowizn – funduszy charytatywnych oraz jednocześnie następujących tytułów do świadczeń: (1) uprawnienia obywatelskiego, (2) uprawnienia członka ubezpieczeniowej wspólnoty ryzyka, (3) możliwości uzyskania niezbędnego wsparcia.

Zdrowie – stan jednostki ludzkiej polegający nie tylko na braku choroby, ale także wyrażający dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny [Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)]. Należy rozumieć, że chodzi o dobrostan zarówno określany obiektywnie, jak i odbierany subiektywnie.

Zdrowie społeczne – pojęcie wyrażające najwyższą pozycję zdrowia w ogólnie uznawanych hierarchiach wartości i potrzeb, wskazywane jako najważniejszy warunek udanego, szczęśliwego życia. Dookreślenie eksponujące to, że zamierzony dobrostan jednostki nie jest obojętny również dla jej bliższego, a nawet dalszego otoczenia społecznego. Dookreślenie wyrażające stan powszechnie pożądaný, wprawdzie nieosiągalny, ale wyraźnie zamierzony. Odstępstwa od tego stanu traktuje się jako mniej lub bardziej uciążliwe wady systemu ochrony zdrowia, powodujące niezaspokojenie ważnych potrzeb społecznych i przyczyniające się do nieuzasadnionych nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Bibliografia

Augustyniak-Górna T., *System podatkowy. Zagadnienia teoretyczno-prawne*, Łódź 1992, Wydawnictwo UŁ.

Barr N., *The Economics of the Welfare State*, London 1987, Weidenfeld and Nicolson.

Brown C.V., Jackson P.M., *Public Sector Economics*; 4th ed., Oxford 1990, Basil Blackwell.

Bukiel K., *Racjonalny system opieki zdrowotnej – najkrócej*, materiał powielony z 20 lutego 2007 r.

Cohen J., *Deliberation and Democratic Legitimacy*, w: *The Good Polity*, red. A. Hamlin, B. Pettit, Oxford, Basil Blackwell.

Convention and Recommendation Adopted by the International Labour Conference 1919–1966, International Labour Organization, International Labour Office, Geneva.

Czapiński J., *Cechy osobowości i styl życia*, w: *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2006, VIZJA Press&IT.

Dorejko P., Wiśniewski M., *Finansowanie zabezpieczenia społecznego*, w: *Między państwem a rynkiem. Dylematy polityki gospodarczej Polski*, pod red. M. Okólskiego, Warszawa 1994, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Esping-Andersen G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge 1990, Polity Press.

Evans R.G., *Incomplete vertical integration: distinctive structure of the health care industry*, w: *Health, Economics and Health Economics*, Amsterdam 1981, North Holland oraz *The Reform of Health Care: a comparative analysis of seven OECD countries*, Paris 1992, OECD.

Frąckiewicz L., *Polityka ochrony zdrowia*, Warszawa 1983, PWE.

Głuchowski J., *Polskie prawo podatkowe*, Warszawa 1993, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Golinowska S., *Badania nad ubóstwem. Założenia i metoda*, w: *Polska bieda. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*, red. S. Golinowska, Warszawa 1996, IPiSS.

Golinowska S. (z udziałem A. Kozierkiewicza i Ch. Sowady), *Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*, Warszawa 2004, CASE.

Graliński J., *Model organizacji systemu ochrony zdrowia*, „Businessman” ze stycznia 2004

Grądański F., *Wstęp do teorii opodatkowania*, Warszawa 2004, Oficyna Wydawnicza SGH.

Hermanowski T., Orłowski W., Blachowski M., Latawiec P., Łowicki D., Zieliński W., Strug A., *Gospodarka lekowa – raport*, Warszawa–Gdańsk–Rzeszów–Szczecin 2004.

Holly R., Orszulak-Michalak D., *Racjonalna gospodarka lekami – komu wadzi?*, „Polityka Zdrowotna” z czerwca 2005, t. IV.

Jabłoński L., Wysokińska-Miszczyk J., *Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia*

z geriatry, Lublin 2000, Czelej.

Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego – ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, bezrobocie i pomoc społeczna*, Kraków 2001, Zakamycze.

Kamiński M., *Zasady refundacji leków na świecie – wnioski dla Polski*, Łódź 2007, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, rozprawa doktorska.

Karwat M., *Podmiotowość polityczna wielkich grup społecznych, organizacji politycznych i jednostek (model eksplanacyjny)*, „Studia Nauk Politycznych” 1978 nr 4.

Korzeniowski K., *Poczucie podmiotowości – alienacji politycznej: uwarunkowania psychospołeczne*, Poznań 1991, PAN, Wydawnictwo Nakom.

Kulig i medycyna, „Gazeta Wyborcza” z 20 stycznia 2005.

Leksykon polityki społecznej, red. B. Rysz-Kowalczyk, Warszawa 2001, ASPRA-JR.

Łętowska E., *Prawo umów konsumenckich*, Warszawa 2002, Wydawnictwo C.H. Beck.

Mazur M., *Finansowanie systemu ochrony zdrowia*, SGH, materiał powielony.

Misiński W., *Bon na zdrowie*, „Menedżer Zdrowia” 2005 nr 7.

Morecka Z., *Społeczne aspekty gospodarowania*, Warszawa 1981.

The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries, Paris 1994, OECD.

Osak M., *Uwarunkowania rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Poznań 2006, Wydział Ekonomii AE w Poznaniu, rozprawa doktorska.

Osak M., *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce, cz. 2, Kompleksowe ubezpieczenia kosztów leczenia jako przykład odszkodowawczych ubezpieczeń chorobowych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006 nr 5/6.

Ossowski S., *O osobiwościach nauk społecznych*, Warszawa 1962, PWN.

Ossowski S., *O strukturze społecznej*, Warszawa 1986, PWN.

Owsiak S., *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 1999, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Panek T., *Ubóstwo jako kwestia społeczna*, w: *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2001, IGS SGH.

Pietraś Z.J., *Decydowanie polityczne*, Warszawa–Kraków 1998, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Radziwiłł K., *Rok 2006: sukcesy i porażki*, „Menedżer Zdrowia” 2006 nr 9.

Rhodes M.G.H., Schaapveld K., Fernandez J.M., *Alokacja zasobów w krajach Unii Europejskiej*, Pułtusk 1997, Projekt Phare.

Rhodes M.G.H., Schaapveld K., Fernandez J.M., *Resource allocation in countries of the European Union; relevance for Polish health financing reform*, Leiden 1996, TNO-report.

Richter B., *Gesundheits-Management in der PKV. Ansatzpunkte und Strategien*, „Versicherungswirtschaft” 2002 nr 18.

Rymsza M., *Ewolucja ubezpieczeń społecznych a zasada sprawiedliwości dystrybu-*

cyjnej, w: *Nierówni i równiejsi. Sprawiedliwość dystrybucyjna czasu transformacji w Polsce*, red. T. Kowalik, Warszawa 2002, Fundacja Innowacja.

Rymsza M., *Urynkowanie państwa czy uspołecznienie rynku? Kwestia socjalna w Trzeciej Rzeczypospolitej na przykładzie ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1998, ISNS UW.

Sen A.K., *Collective Choice and Social Welfare*, London 1970, Oliver and Boyd.

Sikora D., *Bon zamiast składki*, „Gazeta Prawna” z 18 września 2006.

Sośnierz A., *Rejestr usług medycznych jako narzędzie nadzoru i kontroli nad lekami*, „Polityka Zdrowotna” z czerwca 2005, t. IV.

Sroka J., *Deliberacja w instytucjach dialogu społecznego*, Warszawa 2007, IPiSS, materiał powielony.

Supińska J., *Dylematy polityki społecznej*, Warszawa 1991, IPS UW.

Szumlicz T., *Funkcje ubezpieczenia w polityce społecznej*, w: *Organizacja i finansowanie ubezpieczeń zdrowotnych*, red. L. Frąckiewicz, Katowice 1996, Wydawnictwo AE w Katowicach.

Szumlicz T., *Modele polityki społecznej*, Warszawa 1994, Oficyna Wydawnicza SGH.

Szumlicz T., *O filozofii doubezpieczenia*, „Gazeta Ubezpieczeniowa” 2000 nr 30 (78).

Szumlicz T., *O micie ubezpieczenia*, „Gazeta Ubezpieczeniowa” 2000 nr 29 (77).

Szumlicz T., *Stosunek do instytucji finansowych*, w: *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2006, VIZJA Press&IT.

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

Szumlicz T., *Vademecum funduszy emerytalnych* (6), „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych” 1999 nr 4 (25).

Szumlicz T., *Znaczenie koszyka świadczeń medycznych w racjonalizowaniu polityki społecznej*, „Polityka Zdrowotna” z września 2004, t. I.

Szumlicz T., Więckowska B., *Uwarunkowania zastosowania rozwiązań ubezpieczeniowych w polityce zdrowotnej*, „Polityka Zdrowotna” z grudnia 2004, t. II.

Titmuss R.M., *Social Policy. An Introduction*, red. B. Abel-Smith, K. Titmuss, London 1974, George Allen & Unwin Ltd.

Townsend P., *Sociology and Social Policy*, London 1975, Allen Lane.

Tymowska K., *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa 1999, ISP.

Vademecum pośrednika ubezpieczeniowego, red. T. Sangowski, Poznań 1996, SAGA.

Voluntary health insurance in the European Union, red. E. Mossialos, S. Thomson, February 2002, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission.

Wasem J., *Ramy analizy skutków przepisu dopuszczającego opcję wyjścia z systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego*, Projekt Banku Światowego 2000, materiał powielony.

Wierzba W., Radecka K., *Koszyk gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej – konstrukcja i implementacja*, „Polityka Zdrowotna” z października 2006, t. VI.

Więckowska B., *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, cz. 1, *Nieodszkodowawcze ubezpieczenia chorobowe*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006 nr 3/4.

Więckowska B., *Ubezpieczenie ryzyka niepełności starczego*, Warszawa, kwiecień 2005, KES SGH, rozprawa doktorska.

Więckowska B., Osak M., *Rynek ubezpieczeń chorobowych w Polsce*, cz. 3, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006 nr 7/8, s. 2–17.

Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Kraków 2003, Wydawnictwo UJ.

Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa 1996, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”.

The World Health Report 2000. Health systems: improving performance, Geneva 2000, WHO.

Zagadnienia patologii społecznej, red. A. Podgórecki, Warszawa 1976, PWN.

Zielińska Z., *Szanse i zagrożenia dla polskich gospodarstw domowych w warunkach gospodarki rynkowej*, Warszawa 1995, Oficyna Wydawnicza SGH.