

CONCEPT OF AN EFFICIENT HEALTHCARE SYSTEM

KONCEPCJA SPRAWNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Romuald Holly

ABSTRACT

This article presents a concept of an efficient healthcare system based on a new, different from the so-far adopted paradigm of the perception of health security, the role of healthcare system in the fulfillment of the mission and goals to provide that security; as well as a resulting method for constructing organizational structures of the system and establishing the rules for its proper functioning. The recommended organization concept and the way of functioning of health security is also designed to serve scientific research whose results will enable a breakthrough in a long-term deadlock in the process of reforming the healthcare system in Poland, which despite various efforts by subsequent state decision makers, has turned out to be of little efficiency and not effective enough. Consequently, the purpose of this research will be presented in the second part of the article.

Another aim of this article is to give an appropriate rank to the key question regarding plausibility of an effective healthcare system, i.e. whether such a system is possible at all (as simultaneously fully effective and efficient); whether it can be successful – or eventually – in what way it could be successfully implemented in the socio-economic reality; or whether it should rather be treated as a typical theoretical construct, standard, a model helpful in institutionalizing of healthcare and formation of an organizational structure made up of real entities – institutions, enterprises, stakeholders' organizations and healthcare system officers.

Still another, no less important question, regards conditions which have to be met by a really efficient healthcare system – will it be enough to adopt a new healthcare paradigm to achieve this or is it necessary to change systemic conditions (and connected with that relevant provisions in the Constitution of the Republic of Poland); giving health protection imponderables an appropriate unequivocal interpretation resulting in a in-depth correction of the fundamental assumptions regarding the system's structure and way of its functioning (including, for instance, assigning to it a real insurance and not just quasi-insurance character).

STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia koncepcję sprawnego systemu ochrony zdrowia opartą na nowym, odmiennym od przyjmowanego dotychczas paradygmacie postrzegania zabezpieczenia zdrowotnego, roli systemu ochrony zdrowia w realizacji misji i celów tego zabezpieczenia oraz wynikającej stąd metody konstruowania struktur organizacyjnych systemu i ustanawiania zasad jego funkcjonowania. Rekomendowana koncepcja organizacji i sposobu funkcjonowania zabezpieczenia zdrowotnego służyć ma także projektowaniu badań naukowych, których wyniki umożliwią przełamanie wieloletniego impasu w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce, który, pomimo różnorodnych wysiłków kolejnych ekip rządowych, wciąż okazuje się mało skuteczny i nie dość efektywny. Stąd też w drugiej części artykułu prezentowany jest zamysł takich badań.

Celem artykułu jest też nadanie odpowiedniej rangi kluczowemu pytaniu o realność sprawnego systemu ochrony zdrowia, tzn. czy system taki (zadowolająco skuteczny i zarazem efektywny) jest w ogóle możliwy, czy może być i – ewentualnie – w jaki sposób urzeczywistniony w praktyce życia społeczno-gospodarczego; czy raczej winien być traktowany jedynie jako typowy konstrukt teoretyczny, wzorzec, model pomocny przy instytucjonalizacji zabezpieczenia zdrowotnego, konstruowaniu struktury organizacji składającej się z realnych podmiotów – instytucji, przedsiębiorstw, organizacji interesariuszy i funkcjonariuszy systemu ochrony zdrowia.

Kolejne, nie mniej ważne pytanie dotyczy warunków, jakie muszą być spełnione by system ochrony zdrowia był rzeczywiście sprawny – czy wystarczy do tego przyjęcie nowego paradygmatu ochrony zdrowia, czy też konieczna jest do tego zmiana uwarunkowań ustrojowych (i związanych z tym stosownych zapisów w Konstytucji RP), nadanie imponderabiliom zabezpieczenia zdrowotnego odpowiedniej, jednoznacznej interpretacji i, w konsekwencji, głębokiej korekty fundamentalnych założeń dotyczących konstrukcji i sposobu funkcjonowania systemu (w tym, na przykład, nadanie mu charakteru faktycznie ubezpieczeniowego, a nie jedynie quasi-ubezpieczeniowego).

Keywords: health security, healthcare system

Słowa kluczowe: zabezpieczenie zdrowotne, system ochrony zdrowia

1. New paradigm¹ of a healthcare vision

Two evident requirements and at the same time principal goals have been a common feature of all programmes aimed at reforming the healthcare system so far: improving the quality of healthcare benefits² and availability of these benefits.³ The main widely recognized reasons for these two

¹ Paradigm (Greek *para-deigma*; Latin *paradigma-atis* – a pattern, an instructive example) is according to *Słownik Wyrazów Obcych* [Foreign Words Dictionary], (New Edition, PWN, Warsaw 1997, p. 824) an adopted view of reality in a defined field, doctrine, etc.; pattern, model. However, according to Webster's Encyclopaedic Dictionary, (Deluxe Edition, Lexicon Publications, Inc., N. York 1991, p. 727): *paradigm* is "an example serving as a pattern ...". It is also a set of concepts and theories that form the foundation of a given science; these are patterns of solutions and criteria for assessing various problems (Thomas Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, The University of Chicago, Chicago 1962). According to the *Encyclopedia of management* (<https://mfiles.pl/pl/index.php/Paradygmat>), paradigm is a pattern of behavior, but also a model; "...an ordered set of beliefs, bias or convictions..."

It is also a criterion for recognizing an activity as scientific or unscientific, a given work as a work of art or kitsch. When the current "paradigm" in a certain field becomes helpless in the face of recognized anomalies, it is necessary to look for a new paradigm, which will prove helpful in searching for solutions to problems

1. Nowy paradygmat¹ wizji ochrony zdrowia

Wspólną cechą wszystkich dotychczasowych programów reformy systemu ochrony zdrowia były prezentowane w nich dwa oczywiste postulaty i zarazem wiodące cele: poprawa jakości świadczeń zdrowotnych² oraz poprawa dostępności

¹ Paradygmat (gr. *pará-deigma*; łac. *paradigma-atis* pomocny w poszukiwaniu rozwiązań problemów, wobec których stary paradygmat okazał się bezużyteczny. Przyjmujemy zatem, że paradygmat to pewna konwencja, specyficzny sposób, schemat myślenia, wzorzec, schemat procedury postępowania, którego zastosowanie gwarantuje lub przynajmniej istotnie uprawdopodobnia powodzenie np. badania naukowego, działań wojennych, w grach losowych itp., a w przypadku postrzegania organizacji zabezpieczenia zdrowotnego – w projektowaniu strategii i programów zdrowotnych.

² Aczkolwiek ze zrozumieniem jakości w poszczególnych programach było już bardzo różnie, tzn. jakość rzadko była traktowana jako miara skuteczności leczenia (realizacji złożonego celu terapii), ale raczej formalnie, np. jako miara/stopień spełnienia określonych standardów (np. ISO). Ponadto, jak choćby wynika z raportu Next Medica „Szpitalne projekty poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia”, (Rynek Zdrowia, [http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarządzanie/Raport-szpitalne-dbaja-o-jakosc-glownie-](http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarządzanie/Raport-szpitalne-dbaja-o-jakosc-glownie)

chronic shortcomings of the healthcare system – namely quality and availability – are: shortage of financial resources allocated to healthcare (often treated as simply one of the specific *pending* or even *appurtenant diseases* of the system – i.e. a deficiency that is in a way natural or inherent to the whole healthcare system and which is ever-present, irrespective of the amount of allocated funds), inappropriate hospital organization, inappropriate benefit distribution and inappropriate benefit evaluation, excessive medicine costs, ineffective management of entities which are a part of the healthcare system; their inappropriate ownership structure, lack of legal regulations concerning additional insurance, lack of unequi-

for which the old paradigm has proven to be useless. Therefore, we can assume that a paradigm is a convention, a specific way, a pattern of thinking, a model, a scheme of a procedure, the use of which guarantees or at least significantly increases the probability of success in, for example, scientific research, warfare, in games of chance, etc., and with respect to perception of healthcare organizations - in designing strategies and health programmes.

² However, understanding of *quality* in individual programs has already considerably differed, i.e. the quality was seldom taken as a measure of effectiveness of a treatment (realization of the complex purpose of therapy), but rather formally, e.g. as a measure/degree of meeting certain standards (e.g. ISO). In addition, as it becomes clear from the report of Next Medica “Szpitalne projekty poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia” – “Hospital projects to improve quality and safety of medical treatment”, (Rynek Zdrowia, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Raport-szpitalne-dbaja-o-jakosc-glownie-dla-dokumentacji-Nie-licza-na-faktyczne-zmiany,179627,1.html> dated 21/12/2017), which was prepared on the basis of the employee opinion survey from 234 hospitals, actions to improve the quality of treatment are of administrative nature and are conducted only for documentary and reporting purposes. And only slightly more than a half (58%) of the quality specialists involved in preparing documents for accreditation or ISO, participate in the training organized on this subject.

³ As a measure of services availability, the length of queues to see doctors was usually accepted, both as part of primary care and specialist doctors. The measurement of accessibility according to such a criterion could make sense, provided however, that the length of the queues was not generated by the faulty arrangement of doctors' appointments and lack of at least minimum fees for certain visits. Generally, however, stimulating accessibility should be understood as setting out, for everyone, the same way to services that are indispensable for them.

tych świadczeń.³ Jako główne przyczyny tych dwóch chronicznych braków systemu ochrony zdrowia – jakości i dostępności – powszechnie uznawane są: niedostatek środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia (często traktowany wręcz jako jedna ze swoistych *pending* czy nawet *appurtenant diseases* systemu – tj. niejako naturalną, czy wręcz przynależną każdemu systemowi ochrony zdrowia przypadłość, na którą one cierpią, niezależnie od wysokości przeznaczanych na nie nakładów), niewłaściwa organizacja szpitalnictwa, niewłaściwa dystrybucja świadczeń i zła ich wycena, nadmierne koszty leków, niesprawne zarządzanie podmiotami tworzącymi system ochrony zdrowia, ich niewłaściwa struktura właścicielska, brak uregulowań prawnych dotyczących ubezpieczeń dodatkowych, brak jednoznacznych zasad tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych, powszechnego dostępu do dóbr ochrony zdrowia, itp. Generalnie więc sposobem na reorganizację, reformę systemu ochrony zdrowia, czy czasem wręcz jego gruntowną restrukturyzację miały być (i są nadal!) działania naprawcze dotyczące organizacji wciąż tego samego zabezpieczenia zdrowotnego, tej samej organizacji, która ukształtowała się w latach 1997-99 (zresztą jako modyfikacja systemu

dla-dokumentacji-Nie-licza-na-faktyczne-zmiany, 179627,1.html z dnia 21.12.2017r.) opracowanego na podstawie badania opinii pracowników 234 szpitali, działania na rzecz poprawy jakości leczenia mają charakter administracyjny, prowadzone są jedynie dla celów dokumentacyjno-sprawozdawczych, a w organizowanych na ten temat szkoleniach uczestniczy jedynie niewiele ponad połowa (58%) specjalistów ds. jakości, których głównym zadaniem jest przygotowywanie dokumentów do akredytacji lub ISO.

³ Za miarę dostępności świadczeń najczęściej przyjmowano po prostu długość kolejek do lekarzy, zarówno w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, jak i do lekarzy specjalistów. Pomiar dostępności wedle takiego kryterium mógłby mieć sens, pod warunkiem jednak, że długość kolejek nie byłaby generowana przez wadliwą organizację przyjęć/zapisów do lekarzy oraz brak minimalnych choćby opłat za określone wizyty. Generalnie jednakże stymulowanie dostępności powinno być rozumiane jako wytyczanie wszystkim takiej samej drogi do świadczeń, które są im niezbędne.

vocal rules for creation of the guaranteed benefits basket, universal access to healthcare, etc.

In general, this may lead to a conclusion that a remedy to reorganize and reform the healthcare system or sometimes even its organizational overhaul was to be (and still is!) the same as the ones that have been applied to the same health security system, the same organization, which was formed in the years 1997-99 (by the way as a modification of the previous system), having been formed, admittedly, during the period of a general debate on the shape of the state's system and when constitutional principles were being discussed, which was to shape the way of its functioning; however the level of generality and the adopted way of codification of these principles, proved to be unequivocal even for the Constitutional Tribunal.⁴ As a result, the adopted etatist-market model of healthcare can be indeed considered as consistent with Article 20 of the Constitution, describing the state system as *social market economy*, however, the ways of implementing this model into the socio-economic reality may be, nevertheless, multifarious; just as "the only justified" interpretations are given to the term:

⁴ This applies not only to the guarantee of universal, equal access to healthcare products written down in Article 68 (whose principles the Constitutional Tribunal ordered to specify in the Act - cf. the ruling of the Constitutional Tribunal of January 7, 2004), but even to the manner of understanding social justice (Article 2 of the Constitution of the Republic of Poland: "The Republic of Poland is a democratic state of law implementing the principles of social justice"), which according to J. Rawls' theory of justice (*Theory of Justice*, Warsaw 1994) in the ruling from 22 December 1997 (K2 / 97), the Constitutional Tribunal treats as a criterion for assessing the way of goods distribution in the society. According to this criterion, all goods should be distributed equally, unless uneven distribution proves beneficial for each member of the community; however, in other rulings, the Constitutional Tribunal acknowledges the principle "for everyone according to their needs" alternately with the rule "for everyone according to their work", and even "according to merit". Unfortunately, the Constitutional Tribunal, using the notion of equality as a criterion of social justice, does not explain this key concept to the interpretation of Article 68.

wcześniejszego), powstająca wprawdzie podczas powszechnej debaty nad kształtem ustroju państwa i artikulacją konstytucyjnych zasad określających sposób jego funkcjonowania, jednakże poziom ogólności i przyjęty sposób kodyfikacji tych zasad okazał się niejednoznaczny nawet dla Trybunału Konstytucyjnego.⁴ W efekcie, przyjęty etatystyczno-rynkowy model ochrony zdrowia może być wprawdzie uznawany za zgodny z artykułem 20 Konstytucji określającym ustrój państwa jako *społeczną gospodarkę rynkową*, jednakże sposoby urzeczywistniania tego modelu w praktyce życia społeczno-gospodarczego mogą być nie mniej różnorakie, tak, jak „jedynie słuszne” interpretacje nadawane określeniu *społeczna gospodarka rynkowa*.⁵ Stąd tak trudno do dzisiaj przesądzić, ile w systemie ochrony zdrowia winno być państwa, a ile rynku i – w konsekwencji – w jaki sposób system ten ma być finansowany.

⁴ Dotyczy to nie tylko zapisanych w art. 68 gwarancji powszechnego, równego dostępu do dóbr ochrony zdrowia (których zasady Trybunał Konstytucyjny nakazał określić w ustawie – por. orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dn. 7 stycznia 2004r.), ale nawet sposobu rozumienia sprawiedliwości społecznej (Art. 2 Konstytucji RP: „Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawa urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej”), którą zgodnie z teorią sprawiedliwości J. Rawlsa (*Teoria sprawiedliwości*, Warszawa 1994) w orzeczeniu z 22 grudnia 1997 (K2/97) TK traktuje, jako kryterium oceny sposobu dystrybucji dóbr w społeczeństwie. Wedle tego kryterium wszelkie dobra winny być rozdysponowane równo, chyba że nierówna dystrybucja okaże się korzystna dla każdego z członków społeczności; jednakże w innych orzeczeniach TK uznaje zasadę „każdemu według jego potrzeb” naprzemiennie z regułą „każdemu według jego pracy”, a nawet „według zasług”. Niestety, TK posługując się pojęciem równości jako kryterium społecznej sprawiedliwości, nie objaśnia tego kluczowego dla interpretacji art. 68 pojęcia.

⁵ Sformułowany w art. 20 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zapis, że „Społeczna gospodarka rynkowa oparta na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych stanowi podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej” wciąż budzi istotne wątpliwości interpretacyjne dotyczące przede wszystkim tego, czym jest, na czym polega społeczna gospodarka rynkowa w polskich realiach politycznych i społeczno-gospo-

social market economy.⁵ Therefore, it has been so difficult until today, to prejudge how much of the state should be in the healthcare system, and how much of the market and – consequently – how this system is to be financed. The further consequence of this divergence in the method of financing the system and balancing the income with the expenses, was assigning it a character of an insurance, unfortunately only declaratively, which led to the situation where the public sector of the system is financed not from the premiums related to estimated costs of health loss within the framework of the whole social collective ownership of the risk of health loss but from the premium-tax fee – a specific semi-tax or semi-premium – the amount of which has been established through the process of

Dalszą konsekwencją rozbieżności w sprawie sposobu finansowania systemu i równoważenia wpływów z wydatkami było nadanie mu charakteru ubezpieczeniowego, niestety jedynie deklaratywnie, w wyniku czego sektor publiczny systemu finansowany jest nie ze składek odpowiadających szacunkowym kosztom utraty zdrowia w ramach całej społecznej wspólnoty ryzyka utraty zdrowia, ale ze składki – specyficznego ni to podatku, ni składki – którego wysokość ustalona została w wyniku politycznego przetargu. W efekcie różnic odnoszących się do rodzajów i zakresu świadczeń zdrowotnych oraz w szacowaniu kosztów i cen tych świadczeń współdziałanie dwóch głównych sektorów ochrony zdrowia – publicznego i prywatnego – jest ogromnie ograniczone.⁶

⁵ The provision in Article 20 of the Constitution of the Republic of Poland stipulates that "a social market economy based on the freedom of economic activity, private ownership and solidarity, dialogue and cooperation of social partners constitutes the foundation of the economic system of the Republic of Poland" still raises serious interpretational doubts concerning, above all, what is and what is the essence of the social market economy in the Polish political and socio-economic reality. This idea, probably derived in the first post-war years from the ordoliberal doctrine (the so-called orderly liberalism), by the long-term Minister of Economy and German Chancellor Ludwig Erhard, under the name *Soziale Marktwirtschaft*, developed mainly in the camp of German Christian democracy, was identified in Germany with "the regulated capitalism with a large scope of economic freedom, but subordinated to the primacy of the common good" (K. Mroczkowski, *Social market economy – ups and downs*, **New Citizen**, winter 2013, No. 1/148). In Poland in the first years of the second half of the last decade of the 20th century, during the debate over the shape of the Constitution of the Republic of Poland, as a result of the fascination with the series of success of West German socio-economic policy, the idea of social economy was understood as "capitalism with a human face", as the essence of a capitalist welfare state. However, there is still no unequivocal interpretation of the understanding of the discussed entry in Article 20 of the Constitution of the Republic of Poland. As a result, its significance has become so extensive that it refers to both social democratic trends and concepts - social democracy, as well as neo-liberal democracy, inclusive democracy, people's democracy or controlled democracy.

See also: P. Pysz, T.T. Kaczmarek, *Ludwig Erhard i społeczna gospodarka rynkowa*, ISP PAN Ed., Warsaw 2004.

darczych. Idea ta, prawdopodobnie wyprowadzona w pierwszych latach powojennych z doktryny ordoliberalnej (tzw. uporządkowanego liberalizmu), przez wieloletniego ministra gospodarki i kanclerza RFN Ludwiga Erharda, pod nazwą *Soziale Marktwirtschaft* rozwijana głównie w obozie niemieckiej chrześcijańskiej demokracji, utożsamiana była w Niemczech z „regulowanym kapitalizmem o dużym zakresie wolności gospodarczej, podporządkowanym jednak prymatowi dobra wspólnego” (K. Mroczkowski, *Spoleczna gospodarka rynkowa – wzloty i powroty*, **Nowy Obywatel**, zima 2013, nr 1/148). W Polsce w pierwszych latach drugiej połowy ostatniej dekady XX wieku, w okresie debaty nad kształtem Konstytucji RP, w wyniku fascynacji sukcesami zachodniemieckiej polityki społeczno-gospodarczej, idea społecznej gospodarki rynkowej rozumiana była jako „kapitalizm z ludzką twarzą”, jako esencja kapitalistycznego państwa opiekuńczego. Jednakże, nadal brak jest jednoznacznej wykładni rozumienia komentowanego zapisu w art. 20 Konstytucji RP. W efekcie jego znaczenie stało się na tyle pojemne, że odwołują się doń zarówno nurty i koncepcje socjaldemokratyczne – demokracji społecznej, jak też demokracji neoliberalnej, demokracji inkluzywnej, demokracji ludowej czy demokracji sterowanej.

Patrz także: P. Pysz, T.T. Kaczmarek, *Ludwig Erhard i społeczna gospodarka rynkowa*, Wyd. ISP PAN, Warszawa 2004.

⁶ Sektor trzeci – inicjatyw obywatelskich, w ramach których powstają rozmaite fundacje, stowarzyszenia czy, potencjalnie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych – nie ma w Polsce ani dostatecznie bogatych tradycji, ani dostatecznie sprzyjających tym formom aktywności społecznej regulacji formalno-prawnych i fiskalnych.

a political tender. Due to differences related to the kinds and scope of health benefits, as well as in the method of their cost and price estimation, cooperation between the two major healthcare sectors – public/state and private – is extremely limited.⁶

The said genetic flaws of the system, thus, exclude hope that any rationalization or reform of the way in which the system functions will essentially influence its efficiency or effectiveness. Moreover, it does not even seem that the appropriate solution could become a total overhaul, which would free the system from some of its numerous, even the most evident deficiencies. As it will still continue to be the same system whose construction, at best, starts with imponderables – principles, values, standards, which under a specific interpretation, indicate how health of a population and its particular members is to be protected by an organization that should be comprehensive (i.e. it should not lack any essential element), properly structured (the roles of particular elements of the system structure should be disconnected and complementary at the same time), financed adequately to its tasks and properly managed.

It turns out, however, that the organization which formally meets all conditions of efficiency, and whose structural elements perform in full alignment, can be at the same time inefficient and/or ineffective from the point of view of goal achievement, for the purpose of which it has been established. The criterion and measure of organization's (system's) efficiency does not refer however to its harmonious, flawless functioning, but to the degree of accomplishment of a given mission and its designated goals. This mission and goals legitimize the existence of an organization (of a given system) and its sense of operation. Repairing and improving an

Obciążona tak poważnymi wadami genetycznymi organizacja zabezpieczenia zdrowotnego nie może być ani skuteczna w wypełnianiu swojej misji i wynikających z niej zadań, ani ekonomicznie efektywna. Trudno też twórcę tego typu dostosować do zmieniających się warunków w wyniku dokonujących się stale społecznych i gospodarczych przeobrażeń.

Rzeczony wady genetyczne systemu wykluczają zatem nadzieję, że jakakolwiek racjonalizacja czy reforma sposobu funkcjonowania systemu istotnie wpłyną na jego skuteczność czy efektywność. Co więcej, nie wydaje się nawet, że właściwym rozwiązaniem mogłaby być jakaś gruntowna restrukturyzacja uwalniająca system od niektórych, choćby najbardziej rażących jego ułomności. Wciąż bowiem będzie to ten sam system, którego konstruowanie w najlepszym razie zaczyna się od imponderabiliów – zasad, wartości, standardów, które, w określonej interpretacji, wskazują, jak zdrowie populacji i poszczególnych jej członków ma być chronione przez organizację, która winna być kompletna (tzn. nie może brakować w niej żadnego istotnego elementu), właściwie ustrukturyzowana (role poszczególnych elementów struktury systemu winny być rozłączne, a zarazem komplementarne), finansowana odpowiednio do zadań oraz właściwie zarządzana.

Okazuje się jednak, że organizacja spełniająca formalnie wszystkie warunki sprawności, której elementy struktury współdziałają ze sobą w pełni harmonijnie, może być przy tym nieskuteczna i/lub nieefektywna z punktu widzenia realizacji celów, do których została powołana. Kryterium i miara sprawności organizacji (systemu) nie odnosi się bowiem do jej harmonijnego, bezawaryjnego funkcjonowania, ale do stopnia realizacji określonej misji i wyznaczonych celów. To misja i cele legitymizują istnienie organizacji (danego systemu) i sens jej działania. Naprawianie i doskonalenie organizacji (jej reorganizowanie, reformowanie czy nawet restrukturyzowanie) po to, by lepiej funkcjonowała, by miała się dobrze, nie musi wcale oznaczać działania na

⁶ Third sector – of civic initiatives, through which diverse foundations, associations or, potentially associations of mutual insurance companies are established – does not have sufficiently rich traditions or favourable enough formal, legal and fiscal regulations for these forms of social activities in Poland.

organization (its remodelling, reformation or even restructuring) in order to make it function and perform better, in reality does not have to mean, at all, any action aimed at improving its efficiency in goal realization, which purpose it should actually serve; especially when this continuous renovation, reconstruction and perfecting is applied to an organization whose internal structure, burdened with numerous genetic flaws, excludes its efficiency at the level of social acceptability. From that point of view, the healthcare system is only a goal achievement tool. Without properly defined objectives, any system, even one perfectly constructed, exists and performs only for its own sake.

Having analyzed the programmes of healthcare reforms in Poland during the last 25 years⁷ it is hard to resist the feeling that they all have been focused more on repairing the system than on the goals the system should serve; as if the authors of these programmes were convinced that if only this vehicle was reliable, faultless and maybe even convenient enough, then it would definitely make us arrive at a desirable destination; thus, it was the vehicle that was more important during the designing process of these reforms, than the goals of the system itself, which was supposed to be its real purpose.

⁷ These attempts can be most easily enumerated by their patrons' names: (1) Minister Kuszewski and „young” Hausner, (2) Minister Kamińska, (3) Deputy Prime Minister Hausner, (4) Minister Łapiński, (5) Minister Sikorski, (6) Professor Religa from Anin, (7) Minister Religa, (8) Minister Boni/ Minister Kopacz. Each of these projects proposed basing of the healthcare system also (or most of all) on an insurance module (i.e. on its financing through a premium paid by members of a health-loss risk community) and at least allowed implementation of private health insurance”; go to: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce (Insurance in healthcare organization in Poland)*, KIU, Warsaw 2013, p. 33. The current reform programme, announced in July 2017 by Minister Radziwiłł declares immediate resignation from an insurance character of healthcare, bringing back the etatist „health service”, restraining the privatization ownership transformations, establishing a hospital network... – so it is also a typical remedy programme, whose main objective is to modify the existing healthcare system (<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf>).

rzecz poprawy jej sprawności w realizacji celów, którym faktycznie winna służyć; tym bardziej gdy to ustawiczne remontowanie, naprawianie i doskonalenie dotyczy organizacji, której konstrukcja, obciążona licznymi genetycznymi wadami, wyklucza jej sprawność na poziomie społecznej akceptowalności. Z tego punktu widzenia, system ochrony zdrowia to jedynie narzędzie osiągnięcia celów. Bez właściwie określonych celów każdy system, nawet ten skonstruowany perfekcyjnie, istnieje i działa jedynie sam dla siebie.

Analizując programy reform systemu ochrony zdrowia w Polsce w ciągu ostatniego ćwierćwiecza⁷ trudno oprzeć się wrażeniu, że wszystkie zorientowane były bardziej na naprawianie systemu niż na cele, którym system ten ma służyć, jak gdyby autorzy owych programów hołdowali przekonaniu, że jeżeli tylko wehikuł będzie dostatecznie niezawodny, bezawaryjny, a może nawet wygodny, to zapewne dowiezie nas do pożądanego celu; przy projektowaniu reform ważniejszy był zatem wehikuł niż sam cel, któremu wehikuł ów miał tylko służyć. Zresztą cel był przecież wiadomy i wręcz oczywisty – zdrowie, zaś przy wehikule zawsze można wynajdywać najróżniejsze usterki i maj-

⁷ Próby te najprościej wyliczyć określając je nazwiskami ich patronów: (1) minister Kuszewski i „młody” Hausner, (2) minister Kamińska, (3) wicepremier Hausner, (4) minister Łapiński, (5) minister Sikorski, (6) profesor Religa z Anina, (7) minister Religa, (8) minister Boni/ minister Kopacz. Każdy z tych projektów postulował oparcie systemu ochrony zdrowia również (lub przede wszystkim) na module ubezpieczeniowym (tj. na jego finansowaniu poprzez składkę wnoszoną przez członków zbiorowości ryzyka utraty zdrowia) i przynajmniej dopuszczał wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych”; patrz: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 33. Obecny, ogłoszony w lipcu 2017r. przez ministra Radziwiłła program reform zapowiada natomiast rezygnację z ubezpieczeniowego charakteru ochrony zdrowia, przywrócenie etatystycznej „służby zdrowia”, zahamowanie prywatyzacyjnych przekształceń własnościowych, utworzenie sieci szpitali ... – jest to więc program również typowo naprawczy, którego głównym celem jest jedynie modyfikacja istniejącego systemu ochrony zdrowia (<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf>).

Anyhow, the goal was known and evident – health – and as with the vehicle, it is always possible to find numerous flaws to be endlessly fixed, in hope that it may eventually work better. Nonetheless, it did not work better, maybe except for some cases (such as, for instance, the “Polcard” programme), and more often it worked even worse, despite the fact that during the last 20 years expenditure on the system operation has increased almost four times!⁸

These facts thoroughly justify the supposition that the most important chronic inefficiency of the Polish healthcare system lies somewhere else – in supporting inadequate paradigm of perceiving the healthcare system’s role in the whole health security organization. As a result, the subsequent repair programmes are burdened with the same defect – the main criterion and target of the reform of the healthcare system is the system itself and its constant improvement; focused on such a construction and such functioning which allows its further development and flawless operation, as opposed to the construction of a system and rules of its functioning that would best guarantee production and appropriate distribution of goods, with the main purpose

strować do woli w nadziei, że może będzie działał lepiej. Jednakże nie działał lepiej, może z wyjątkiem nielicznych przypadków (takich, jak np. program „Polcard”), a częstokroć działał jeszcze gorzej – i to pomimo że w ciągu ostatnich dwudziestu lat nakłady na funkcjonowanie systemu wzrosły niemal czterokrotnie!⁸

Fakty te wystarczająco uzasadniają domniemanie, iż najważniejsze przyczyny chronicznej niesprawności polskiego systemu ochrony zdrowia leżą gdzie indziej – w hołdowaniu niewłaściwemu paradygmatowi postrzegania roli systemu ochrony zdrowia w całej organizacji zabezpieczenia zdrowotnego.

W efekcie kolejne programy naprawcze obciąża ta sama wada – głównym kryterium i celem reformy systemu ochrony zdrowia jest on sam i jego doskonalenie, taka jego konstrukcja i takie funkcjonowanie, które zapewniają mu dalszy rozwój i bezawaryjne działanie, a nie taka konstrukcja systemu i zasady jego funkcjonowania, które najlepiej gwarantować będą produkcję oraz właściwą dystrybucję dóbr służących zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Można łatwo wykazać, że kolejne przedsięwzięcia naprawcze na ogół rozpoczęły

⁸ The National Health Fund income itself, which amounted to circa 24 billion zlotys from the first premium-tax; currently, after 20 years, has reached almost 90 billion. It happened as if automatically, resulting from giving the healthcare system an insurance-like character. This effect would be considerably bigger and the problem of the resource shortage in the system would practically not exist at all, if the system had been consistent, i.e. had it been given a real insurance character (and not only quasi-insurance-like) through balancing the income from premium/taxes which formed the fund (Kasy Chorych – Health Insurance Fund, and then NFZ – the National Health Fund) with the health benefit costs covered with this fund. Unfortunately, the basic principles of insurance doctrine had been ignored at that time (and it has continued until now), especially by including the principle of equal treatment of all members of the same risk community (in that case the health loss risk community), on account of granting full rights and simultaneously lifting or reducing a very essential duty of payments to the fund by a huge number of the so-called privileged people (e.g. the uniformed) as well as clients (and their „cohabitants”) of the Agricultural Social Insurance Fund (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) – amounting to the total of about 9 million people.

⁸ Same tylko wpływy do NFZ, które z pierwszego składowki przyniosły ok. 24 mld złotych; obecnie, po dwudziestu latach, sięgają blisko 90 mld. Stało się to niejako automatycznie, w wyniku nadania systemowi ochrony zdrowia charakteru ubezpieczeniowego. Efekt byłby znacząco większy i problem niedoboru środków w systemie praktycznie by nie istniał, gdyby uczyniono to konsekwentnie, tzn. nadano systemowi charakter faktycznie ubezpieczeniowy (a nie jedynie quasi-ubezpieczeniowy) poprzez zbilansowanie wpłat z tytułu składek/podatków tworzących fundusz (Kas Chorych, a następnie NFZ) z kosztami świadczeń pokrywanych z tego funduszu. Niestety, zignorowane zostały wówczas (i trwa to nadal) podstawowe zasady doktryny ubezpieczeniowej, w tym głównie zasada równego traktowania wszystkich członków tej samej wspólnoty ryzyka (w tym przypadku wspólnoty ryzyka utraty zdrowia) w rezultacie przyznania pełnych praw i równocześnie zniesienia lub bardzo istotnego ograniczenia obowiązku wpłat na rzecz funduszu ogromnej liczbie tzw. uprzywilejowanych (np. mundurowi) oraz klientom (i ich „domownikom”) Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – łącznie szacowanej na ok. 9 mln osób.

of meeting health needs. It is easy to prove that the subsequent repair undertakings, as a rule, started with announcements of new visions of the future (better) shape of the same system by political decision-makers (and supporting them experts) in power, or aspiring to assume the power.⁹ What is interesting, all these visions which were then to become the foundation of real healthcare strategies, as well as programmes and schedules for realization of goals and ways of achieving them, as specified in the strategies, omit or treat rather casually two basic assumptions, whose absence causes each vision to become a detached from reality abstraction, serving more a political marketing and promoting one's political group than constituting the basis of a real healthcare strategy together with its programmes and schedules for achieving the goals as described in the strategy. For these assumptions regard (1) generic specification and the scope of health needs as well as (2) the goods serving to meet those needs. In a situation without accurate needs recognition of both the objective medically-determined needs and of voiced subjective

⁹ Vision – most generally, it is the image of the future state of affairs – a desired state (by someone, from the point of view of someone's interests, needs, expectations), a possible condition (under certain conditions, certain circumstances, in a certain situation within a certain configuration of future events). This image is therefore an idea of the future state of reality, to some extent general, blurry and only fragmentarily detailed; it is also somewhat real.

The meaning of a term "vision" is best expressed by its synonyms. According to a thesaurus definition, the term „vision” has 26 synonyms, such as for instance: illusion, delusions, phantoms, fantasies, hallucinations, utopias, fantasies, phantoms...; so vision is our imagination of the future state of affairs, very vague and elusive by nature and generally not definitely named (<https://synonim.net/synonim/wizja>).

Still, we usually start planning, designing, programming just from such an image, by adding concrete details – a vision is therefore a foundation, a mother of projects, programmes, plans and schedules; it is helpful in identifying the most important problems, also shows what kind of data should be looked for while researching these problems, looking for solutions. Thus, vision can be both a bad mother leading her children astray, and a good one, helpful, especially when it is substantively justified, consistent and complete, expressive, concrete and realistic. What kind of a mother it turns out to be is mainly determined by the paradigm in which it is shaped.

ogłaszanie przez będących u władzy, względnie pretendujących do objęcia władzy politycznych decydentów (i wspierających ich ekspertów) nowych wizji przyszłego (lepszego) kształtu tegoż systemu.⁹ Znamienne, że wszystkie te wizje, które następnie mają być podstawą realnych strategii ochrony zdrowia oraz programów i harmonogramów realizacji określonych w strategiach celów i sposobów ich osiągnięcia, pomijają, względnie traktują jedynie zdawkowo, dwa podstawowe szacunki, których brak sprawia, że każda wizja staje się oderwaną od rzeczywistości abstrakcją służącą bardziej marketingowi politycznemu, promowaniu własnej formacji politycznej niż podstawą realnej strategii ochrony zdrowia oraz programów i harmonogramów realizacji celów opisanych w strategii. Szacunki te dotyczą bowiem (1) specyfikacji rodzajowej i zakresu potrzeb zdrowotnych oraz (2) dóbr służących zaspokajaniu tych

⁹ Wizja – najogólniej, to wyobrażenie przyszłego stanu rzeczy – stanu pożądanego (przez kogoś, z punktu widzenia czyichś interesów, potrzeb, oczekiwań), stanu możliwego (pod pewnymi warunkami, w pewnych okolicznościach, w określonej sytuacji w pewnej konfiguracji określonych przyszłych zdarzeń).

To wyobrażenie jest zatem obrazem przyszłego stanu rzeczywistości, w różnym stopniu ogólnym, rozmytym i jedynie fragmentarycznie szczegółowym; jest też w różnym stopniu realne.

Znaczenie terminu „wizja” najlepiej oddają jego synonimy. W/g *Słownika wyrazów bliskoznacznych* „wizja” posiada 26 synonimów, na przykład takich, jak: złudzenie, urojenia, zwidy, złudy, zjawy, mrzonki, omamy, iluzje, utopie, fantazje, upiory, majaki, halucynacje...; jest to więc nasze wyobrażenie przyszłego stanu rzeczy, z natury bardzo niekonkretne, ulotne, na ogół nie do końca nazwane (<https://synonim.net/synonim/wizja>).

Niemniej jednak zwykle od takiego właśnie wyobrażenia, poprzez uszczegółowianie i konkretyzowanie szczegółów rozpoczynamy planowanie, projektowanie, programowanie – wizja jest więc podstawą, matką projektów, programów, planów i harmonogramów; jest pomocna przy identyfikowaniu najważniejszych problemów, wskazuje też jakich danych należy szukać przy badaniu tych problemów, przy poszukiwaniu ich rozwiązań. Wizja może być zatem złą matką, wiodącą swe dzieci na manowce, jak i dobrą, pomocną matką, szczególnie gdy jest merytorycznie zasadna, spójna i kompletna, wyrazista, konkretna i realistyczna. O tym, jaką matką się okazuje, przesądza głównie paradygmat, w ramach którego jest kształtowana.

needs, as well as without the possibility of producing adequate amount and quality of goods necessary to meet those needs, and at the same time without the possibility of effective distribution of these goods, every vision of a reform of healthcare system will be substantially unfounded, incomplete, inconsistent, unreal, and therefore, will rather be a bad mother of strategies, repair programmes and schedules originating from this source.

A herein recommended paradigm of a specific approach to health security and construction of a healthcare system, can be defined as high-efficiency and missionary, as it consists in identifying health security with a specific mission and goals stemming out of it and is aimed at health protection and construction of such a healthcare system which will best fulfil this mission and goals, most efficiently and most effectively. This paradigm significantly differs from the already mentioned, dominating in Poland for over 25 years, way of thinking about healthcare that concentrates mostly on "looking for new solutions" to the existing healthcare system's organization and its functioning, and thus wrongly assuming that efficiency and effectiveness of the system can be really improved, or that this approach might even lead to as if almost automatic improvement due to discovering the proper way, algorithm, or maybe even "a golden rule" for manipulating the elements of its organizational structure, relations between these elements and principles of their functioning. Hence the constant reorganizing, renovating, restructuring of the still-the-same healthcare system. It is therefore a paradigm, which should be called high-efficiency and manipulative. The universality and durability of this paradigm unquestionably comes from the fact and conviction of the subsequent reformers that the fundamental parameters characterizing the current healthcare system are constant (such as: amount of "premium-tax fee for health"; number of doctors per 1000 citizens, including doctors of particular specialization; the number of nurses;

potrzeb. Bez dokładnego rozeznania potrzeb, zarówno tych obiektywnych, zdefiniowanych medycznie, jak też tych subiektywnych, wyrażonych, oraz możliwości wytwarzania odpowiedniej ilości i jakości dóbr niezbędnych do zaspokajania tych potrzeb, a także możliwości sprawnego dystrybuowania owych dóbr, każda wizja reformy systemu ochrony zdrowia będzie merytorycznie bezzasadna, niekompletna, niespójna, nierealna, a tym samym będzie raczej złą matką zrodzonych z niej strategii, programów i harmonogramów naprawczych.

Rekomendowany tutaj paradygmat postrzegania organizacji zabezpieczenia zdrowotnego i konstruowania systemu ochrony zdrowia można określić mianem *efektywnościowo-misyjnego*, polega on bowiem na utożsamianiu zabezpieczenia zdrowotnego z określoną misją i wynikającymi z niej celami oraz polega na takim myśleniu o zabezpieczeniu zdrowotnym i konstruowaniu takiego systemu ochrony zdrowia, który najlepiej (najskuteczniej, ale również najbardziej efektywnie) będzie tę misję i owe cele wypełniał. Paradygmat ten istotnie różni się od opisanego, dominującego w Polsce od ćwierćwiecza, schematu myślenia o ochronie zdrowia koncentrującego się przede wszystkim na „poszukiwaniu nowych rozwiązań” w sposobie organizacji i funkcjonowania wciąż tego samego systemu ochrony zdrowia, a więc myślenia, że skuteczność i efektywność systemu może być istotnie poprawiona, czy wręcz ulegnie poprawie niejako automatycznie dzięki odkryciu właściwego sposobu, algorytmu, a może nawet „złotej reguły” manipulowania elementami jego struktury organizacyjnej, relacjami między tymi elementami i zasadami ich funkcjonowania. Stąd właśnie ustawiczne reorganizowanie, remontowanie, restrukturyzowanie wciąż tego samego systemu ochrony zdrowia. Jest to więc paradygmat, który należałoby nazwać *efektywnościowo-manipulacyjnym*. Powszechność i trwałość tego paradygmatu wynika niewątpliwie z faktu i przekonania kolejnych projektodawców reform, że podstawowe parametry charakteryzujące

system's infrastructure; the level of competence of system's management staff; pressure from the particular groups of the system's stakeholders) or that they are unlikely to change in the foreseeable future, so, the only thing left to do is to manipulate these paradigms.

Also, not without significance to the permanence of the said paradigm, is a common aversion to all kinds of "theories" or even wider debate by most of the political decision makers (and, unfortunately, many experts supporting them as well), each creating their own, subsequent, original vision of the future healthcare system. That leads to a fatal sense of self-righteousness or even self-assurance, which excludes any substantive discussion, and – what is more – eliminates any willingness to eventual corrections to the categorical priorities, as they are established based on these wrongful self-assured arguments. It is neither justified by the idea that the vision of the future is always more a work of art than science. Even if we agree to the idea that a vision of a healthcare system is more a work of art than science, then however – if only for the sense and purpose of that work – it is undoubtedly an applied art. Thus, the possibility of making the vision real in the shape of a real healthcare system and proper functioning of that system, will depend on the fact whether and how many of all these substantial conditions have been taken into consideration during the making of that vision, upon which the possibility of generating a realistic vision of strategy and practical health programmes will depend. And the essential condition to take the first step towards the real shaping of that vision, are imponderables of health security, i.e. principles of health insurance which define the scope and ways for meeting health needs, in line with widely recognized values, such as social justice, equality, freedom, solidarity, as well as being in accordance with national traditions and customs.¹⁰ Ignoring

współczesny system ochrony zdrowia (takie, jak: wysokość „składatki na zdrowie”, liczba lekarzy na 1 000 mieszkańców, w tym lekarzy poszczególnych specjalności, liczba pielęgniarek, infrastruktura systemu, poziom kompetencji kadr zarządzających systemem, presja ze strony poszczególnych grup interesariuszy systemu) są stałe lub w dającej się przewidzieć perspektywie czasowej właściwie pozostaną niezmiennie, stąd też jedyne co pozostaje, to manipulowanie tymi paradygmatami.

Nie bez znaczenia dla trwałości rzeczowego paradygmatu jest też powszechna niechęć do wszelkiej „teorii” czy nawet szerszej debaty większości decydentów politycznych (i, niestety, wielu też wspierających ich ekspertów) kreujących kolejne, własne, oryginalne wizje przyszłości systemu ochrony zdrowia. Wynikające stąd zgubne poczucie pewności własnych racji albo wręcz ich oczywistości wyklucza jakąkolwiek merytoryczną dyskusję, a – tym bardziej – skłonność do ewentualnych korekt w ustanawianych w oparciu o te racje kategoriycznych priorytetach. Nie usprawiedliwia tego pogląd, że wizja przyszłości jest zawsze bardziej dziełem sztuki niż nauki. Jeżeli nawet zgodzimy się, że wizja systemu ochrony zdrowia jest bardziej dziełem sztuki niż nauki, to przecież – choćby ze względu na sens i cel tego dzieła – ponad wszelką wątpliwość jest to sztuka użytkowa, zatem możliwość urzeczywistnienia wizji w kształcie realnego systemu ochrony zdrowia oraz sprawne funkcjonowanie tego systemu zależec będzie od tego, czy i na ile w trakcie tworzenia wizji uwzględnione zostały te wszystkie istotne uwarunkowania, od których zależec będzie możliwość wygenerowania z powstałej w ten sposób realistycznej wizji strategii i praktycznych programów zdrowotnych. A pierwszym takim istotnym warunkiem nadania wizji realnego kształtu są imponderabilia zabezpieczenia zdrowotnego, tzn. zasady zabezpieczenia zdrowotnego określające zakres i sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych zgodnie z powszechnie uznawanymi wartościami, takimi jak sprawiedliwość społeczna, równość, wolność,

¹⁰ The Constitutional Tribunal also joins the legal protection of life and the right to live with dignity to the principles and values that make up the imponderables of health protection, writing: "... there is no

these imponderables and/or lack of understanding their importance in giving the healthcare system its proper shape, similar to the lack of knowledge and understanding of the results of dominance of one of the *health paradigms sensu stricto* (preventive, corrective, conservative, palliative), results in the exclusion of any rational management of healthcare system on all levels of its organization.

2. Model of an efficient healthcare system

According to the herein recommended paradigm of perception and design of a health security organization, shaping the vision of a healthcare system should begin with possibly the fullest recognition of the scope and kinds of the current health needs and the contemporary and future social expectations of their extent and ways of satisfying these needs. The next steps should be: defining types and amount of goods indispensable to satisfy the already identified needs, estimating the production, technological and financial possibilities of providing these goods and defining the efficient and effective ways of their distribution. Only after starting from here, one can continue to plan further design work and simulations regarding the contents of the guaranteed benefits basket, the share in this basket of particular types of benefits, scope and types of medical procedures consisting of the benefits and their standards, kinds and

doubt that Articles 30 and 38 of the Constitution exceptionally strongly, [are] almost inseparably connected with Art. 68 of the Constitution. Healthcare is closely related to the protection of life, and the right to live with human dignity. The right to health protection is first and foremost the right to preserve life and its defence when it is threatened ... it is a fundamental right resulting from the inherent and inalienable dignity of a man whose perception the state authority is obliged to protect. "- Justification of the sentence of the Constitutional Tribunal Court of 7 January 2004 on the application for declaration of non-compliance with the Constitution of the Act dated 23.07.2003 about general insurance in NHF (NFZ), Dz. U. No. 5, item 37, p. 17.

solidaryzm, a także zgodnie z narodowymi tradycjami, obyczajowością.¹⁰ Zignorowanie tych imponderabiliów i/lub brak zrozumienia ich znaczenia dla nadania systemowi ochrony zdrowia właściwego kształtu, podobnie zresztą jak brak znajomości i rozumienia skutków dominacji jednego z *paradygmatów zdrowotnych sensu stricto* (zapobiegawczego, naprawczego, zachowawczego, paliatywnego) w konsekwencji wyklucza jakiegokolwiek racjonalne zarządzanie systemem ochrony zdrowia na wszystkich szczeblach jego organizacji.

2. Model sprawnego systemu ochrony zdrowia

Zgodnie z rekomendowanym tutaj paradygmatem postrzegania i projektowania organizacji zabezpieczenia zdrowotnego, kształtowanie wizji systemu ochrony zdrowia powinno rozpoczynać się od możliwie pełnego rozeznania rodzaju i zakresu obecnych potrzeb zdrowotnych oraz obecnych i przyszłych społecznych oczekiwań dotyczących zakresu i sposobów ich zaspokajania. Następnymi krokami winno być: określenie rodzajów i ilości dóbr niezbędnych do zaspokojenia zidentyfikowanych potrzeb, oszacowanie produkcyjnych, technologicznych i finansowych możliwości wytwarzania tych dóbr oraz określenie sposobów skutecznej i efektywnej dystrybucji owych

¹⁰ Do zasad i wartości składających się na imponderabilia zabezpieczenia zdrowotnego Trybunał Konstytucyjny dołącza jeszcze prawną ochronę życia oraz prawo do życia z godnością, pisząc: „...nie ulega wątpliwości, że art. 30 i 38 Konstytucji wyjątkowo mocno, wręcz nierozzerwalnie związany z art. 68 Konstytucji. Ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka. Prawo do ochrony zdrowia, to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego obrony, gdy jest zagrożone ... jest to prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego postrzeganie władza państwowa jest zobowiązana ochraniać.” – Uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. w sprawie wniosku o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją Ustawy z dn. 23.07.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, Dz. U. nr 5, poz. 37, s. 17.

number of entities (institutions, enterprises, system stakeholders' organizations) indispensable to the healthcare structure in order to produce the goods with the purpose of health protection, distribution and financing as well as monitoring the whole process of supplying these goods, establishing relations between the system entities and creating the principles necessary to set up formal and legal regulations, etc.

All these actions make up a model of an efficient healthcare system, which effectively realizes the assigned goals, simultaneously minimizing costs and maximizing potential results. At the same time, these actions form a schema model determining the procedure for projecting a vision of a healthcare system and resulting from that vision: a health doctrine, health programmes and implementation schedules.

Schema No 1. Outline of designing an efficient healthcare system

1. Identification and diagnosis of health needs:
 - objective – biomedically defined,
 - subjective – voiced (expected).
- 1.1. Typology and classification of particular types of needs and expectations in the field of healthcare.
- 1.2. Parametrization and quantification of particular types of needs and expectations.
- 1.3. Needs and expectations mapping according to various criteria:
 - geographical,
 - age and gender,
 - place of residence,
 - education and profession.
2. Determining types, quantity and quality of goods (the so-called health products) essential to satisfy specified objective health needs and to meet subjective expectations.

dóbr. Dopiero na tej podstawie można prowadzić dalsze prace projektowe i symulacje odnośnie zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych, udziału w tym koszyku poszczególnych rodzajów świadczeń, zakresu i rodzajów procedur medycznych składających się na świadczenia oraz ich standardów, rodzajów i liczby podmiotów (instytucji, przedsiębiorstw, organizacji interesariuszy systemu) niezbędnych w strukturze systemu ochrony zdrowia do wytwarzania dóbr ochrony zdrowia, dystrybucji i finansowania oraz monitorowania całego procesu zaopatrzenia w te dobra, ustalania relacji między podmiotami systemu, opracowywania założeń koniecznych regulacji formalno-prawnych itp.

Wszystkie te działania składają się na model sprawnego (tj. skutecznie realizującego założone cele przy równoczesnej minimalizacji kosztów i maksymalizacji uzyskiwanych efektów) systemu ochrony zdrowia. Zarazem działania te składają się na schemat modelu określającego procedurę projektowania wizji systemu ochrony zdrowia oraz wynikającej z tej wizji doktryny zdrowotnej, programów zdrowotnych i harmonogramów ich realizacji.

Schemat nr 1. Schemat projektowania sprawnego systemu ochrony zdrowia

1. Identyfikowanie i diagnozowanie potrzeb zdrowotnych:
 - obiektywnych – zdefiniowanych biomedycznie,
 - subiektywnych – wyrażanych (oczekiwanych).
- 1.1. Typologizacja i klasyfikacja poszczególnych rodzajów potrzeb i oczekiwań w zakresie ochrony zdrowia.
- 1.2. Parametryzacja i kwantyfikacja poszczególnych rodzajów potrzeb i oczekiwań.
- 1.3. Mapowanie potrzeb i oczekiwań wedle różnych kryteriów:

3. Estimating production, technological and financial possibilities of producing essential healthcare products in a specified quantity/amount and quality.
4. Determining possible ways of efficient and effective distribution of healthcare products.
5. Estimating total costs of necessary goods supply, i.e. production costs of all indispensable healthcare products together with the costs of their distribution.
6. Determining the scope and degree of compatibility of the projected (indispensable from the point of view of adopted substantive criteria) organization of health security with imponderables for healthcare and selected health paradigms (preventive vs corrective vs conservative vs palliative).
7. Determining – adequately to the results of a compatibility analysis of imponderables and health paradigms with a substantively justified shape of the planned health protection organization – contents of a guaranteed benefits basket, taking into account particular types of benefits, their scope and way and extent of their complementary connections with disability benefits, accident benefits, retirement benefits, unemployment benefits, bad financial situation and other discretionary benefits (e.g. „500+”).
8. Estimating the costs of production and distribution of guaranteed health benefits in the projected quantity/amount and to the adopted, substantively justified extent, in accordance with types and number of medically indispensable medical procedures performed at the optimally minimal quality standard, as well as costs of other, non-medical guaranteed benefit modules – mostly financial and logistic.
 - geograficznego,
 - wieku i płci,
 - miejsca zamieszkania,
 - wykształcenia i wykonywanego zawodu.
2. Określenie rodzajów, ilości/liczby i jakości dóbr (tzw. produktów zdrowotnych) niezbędnych do zaspokojenia wyspecyfikowanych obiektywnych potrzeb zdrowotnych i subiektywnych oczekiwań.
3. Oszacowanie produkcyjnych, technologicznych i finansowych możliwości wytwarzania niezbędnych produktów zdrowotnych w określonej ilości/liczbie i jakości.
4. Określenie możliwych sposobów skutecznej i efektywnej dystrybucji produktów zdrowotnych.
5. Oszacowanie całkowitych kosztów koniecznego zaopatrzenia w dobra ochrony zdrowia, tj. kosztów wytwarzania wszystkich niezbędnych produktów zdrowotnych wraz z kosztami ich dystrybucji.
6. Określenie zakresu i stopnia zgodności projektowanej (niezbędnej z punktu widzenia przyjętych kryteriów merytorycznych) organizacji zabezpieczenia zdrowotnego z imponderabiliami ochrony zdrowia i wybranymi paradygmatami zdrowotnymi (zapobiegawczy vs. naprawczy vs. zachowawczy vs. paliatywny).
7. Określenie – stosownie do wyników analizy zgodności imponderabiliów i paradygmatów zdrowotnych z merytorycznym zasadnym kształtem projektowanej organizacji zabezpieczenia zdrowotnego – zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych z uwzględnieniem poszczególnych rodzajów świadczeń, ich zakresu oraz sposobu i stopnia ich komplementarnych powiązań ze świadczeniami rentowymi, wypadkowymi, emerytalnymi, z tytułu braku pracy, złej sytuacji materialnej i różnymi świadczeniami uznaniowymi (np. „500+”).

adigms on the one hand, and in the light of the result of cost estimate of production and distribution of all guaranteed health products on the other; as well as opportunities, all leading to the following consequences:

- reducing the number and/or types of each individual benefits,
- limiting the extent and/or standard of defined benefits (e.g. through cutting down some procedures, putting limits on their standard, excluding or limiting some of non-medical modules),
- changes in the technology of producing health products (also by using substitutes – e.g. generic medicine instead of brand drugs),
- changes in the way of benefit distribution,
- changes in the way of financing production and benefit distribution.

10. Forecasting, based on methodologically disciplined scientific research and/or expert analyses, whose parameters for healthcare may change (and to what degree) in a 4-year and 8-year perspective, due to reasons independent from us; and which we are able (and to what degree) to modify according to the results of the simulation of functioning of the proposed healthcare system in its different shapes.
11. Determining what kind of entities are indispensable to design, produce, distribute and finance particular types of health products, what role of each of these types should have, relations between them (including principles for mutual settlement) and the financial character of their activity: grants from the state budget (direct and indirect), public funds collected through obligatory tributes paid under the rules of general insurance, *fee*
8. Oszacowanie kosztów wytworzenia i dystrybucji gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w prognozowanej ich ilości/liczbie oraz przy założonym, merytorycznie zasadnym ich zakresie rodzajowym i liczbie składających się na nie niezbędnych z medycznego punktu widzenia procedur medycznych wykonywanych w optymalnie minimalnym standardzie jakości, a także kosztów innych, pozamedycznych modułów świadczeń gwarantowanych – głównie finansowych i logistycznych.
9. Określenie, w świetle uznanych imponderabiliów i przyjętej ich interpretacji oraz medycznych paradygmatów zdrowotnych z jednej strony, oraz w świetle wyniku szacunku kosztów wytwarzania i dystrybucji wszystkich gwarantowanych produktów zdrowotnych z drugiej strony, możliwości i wynikających stąd konsekwencji:
 - redukcji liczby i/lub poszczególnych rodzajów świadczeń,
 - ograniczenie zakresu i/lub standardu określonych świadczeń (np. poprzez redukcję niektórych procedur, ograniczenie ich standardu, wyłączenie lub ograniczenie niektórych modułów pozamedycznych),
 - zmiany w technologii wytwarzania produktów zdrowotnych (także poprzez stosowanie substytutów – np. leków generycznych zamiast brandowych),
 - zmiany w sposobie dystrybucji świadczeń,
 - zmiany w sposobie finansowania produkcji i dystrybucji świadczeń.
10. Prognozowanie, na podstawie zdyscyplinowanych metodologicznie badań naukowych i/lub analiz eksperckich, które parametry systemu ochrony zdrowia mogą ulec zmianie (i w jakim stopniu) w perspektywie 4-letniej i 8-letniej ze względów niezależnych od nas, a które jesteśmy w stanie

for service, commercial and quasi-insurance forms of activity, insurance funds set up by health insurance companies.

12. Determining the staff development programme in a healthcare system – medical and managerial.
13. Determining the growth programme infrastructure in a healthcare system.
14. Verification of compliance and integral compatibility of the project – complementarity of procedural steps/activities (whether they all have been done with diligence), mutual compatibility of theses, proposals, recommendations and the ways and deadlines for goal completion, complementarity of elements making up the structure of the proposed (reformed) healthcare system.
15. Eventual corrections in the design of the concept of the project, strategy and health programmes, adequately to the results of the conducted verification.
16. Determining the principles necessary for formal and legal regulations.
17. Determining the final version of the vision, strategy and health programmes of an efficient healthcare system.

(i w jakim stopniu) modyfikować stosownie do wyników symulacji funkcjonowania projektowanego systemu ochrony zdrowia w różnym jego kształcie.

11. Określenie, jakiego rodzaju podmioty są niezbędne do projektowania, wytwarzania, dystrybucji i finansowania poszczególnych rodzajów produktów zdrowotnych, jaka winna być rola każdego z nich, relacje między nimi (w tym zasady wzajemnych rozliczeń) oraz charakter finansowania działalności: dotacje z budżetu państwa (bezpośrednie i pośrednie), środki publiczne gromadzone z obowiązkowych danin wnoszonych na zasadach powszechnego ubezpieczenia, opłaty *fee for service*, komercyjne i quasi-ubezpieczeniowe formy działalności, fundusze ubezpieczeniowe tworzone przez zakłady ubezpieczeń zdrowotnych.
12. Opracowanie programu rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia – medycznych i zarządczych.
13. Opracowanie programu rozwoju infrastruktury systemu ochrony zdrowia.
14. Weryfikacja zgodności i wewnętrznej spójności projektu – kompletności kroków/działań proceduralnych (czy wszystkie zostały wykonane rzetelnie), wzajemnej zgodności tez, postulatów, rekomendacji oraz sposobów i terminów realizacji celów, komplementarności elementów tworzących strukturę projektowanego (reformowanego) systemu ochrony zdrowia.
15. Ewentualne korekty opracowanego projektu wizji, strategii i programów zdrowotnych, stosownie do wyników przeprowadzonej weryfikacji.
16. Opracowanie założeń koniecznych regulacji formalno-prawnych.
17. Opracowanie finalnej wersji wizji, strategii i programów zdrowotnych sprawnego systemu ochrony zdrowia.

3. Outline of efficient healthcare system as a research project on the strategy of healthcare and health

Subsequent steps of the procedure presented in Schema No 1, are the construction steps in the project of a real and efficient healthcare system, showing at the same time the key problems of research in the field of *health politics* – healthcare strategy and *health policy* – the practice of health policy. Particular tasks and activities described in the scheme are also to enable forming hypotheses about the reasons for success and/or failure in both currently functioning healthcare system and to assess the advantages and disadvantages of all reform projects in that scope, or even predicting the degree of efficiency of the future healthcare systems in their new, proposed shape.

In this way, we receive a project of a complex research programme, encompassing all aspects of constructing a healthcare system and all important conditions for its current and future performance – efficiency and effectiveness.

Two fundamental, equally important issues are of the highest importance here: kinds, scope and size of health needs as well as kinds and size of goods indispensable to satisfy the specified and diagnosed needs. Because without thorough research of these two areas, especially including the insight into technical and production possibilities of manufacturing and distribution of goods serving to meet the needs and associated costs, further work on the shape of a new healthcare system, or over planned reforms of the current system, will be deprived of the substantive basis, and primarily, lack the support from the indispensable for that research factual material, therefore, they would be conducted in isolation from reality, which they should actually pertain to. Without detailed needs analysis which would lead to the definition of mission and goals of health protection as well as estimating production, technological and financial possibilities for realizing this mission and goals, thus – in other

3. Schemat sprawnego systemu ochrony zdrowia jako projekt badań strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej

Wymienione w schemacie kolejne kroki procedury, stanowiące etapy konstruowania projektu realnego, sprawnego systemu ochrony zdrowia, wyznaczają zarazem węzłowe problemy badań w zakresie *health politics* – strategii ochrony zdrowia oraz *health policy* – praktyki polityki zdrowotnej. Opisane w schemacie poszczególne zadania i działania mogą też posłużyć do formułowania hipotez na temat przyczyn sukcesów i/lub porażek zarówno aktualnie funkcjonujących systemów ochrony zdrowia, jak też do oceny zalet i wad wszelkich projektów reform w tym zakresie, a nawet prognozowania stopnia sprawności przyszłych systemów ochrony zdrowia w nowym, proponowanym ich kształcie.

Powstaje w ten sposób projekt kompleksowego programu badań obejmujących wszystkie aspekty konstruowania systemu ochrony zdrowia oraz wszystkie istotne uwarunkowania jego aktualnej i przyszłej sprawności – skuteczności i efektywności. Największe znaczenie mają przy tym dwie fundamentalne, równie ważne kwestie: rodzajów, zakresu i rozmiaru potrzeb zdrowotnych oraz rodzajów i wielkości/rozmiaru dóbr niezbędnych do zaspokajania wyspecyfikowanych i zdiagnozowanych potrzeb. Albowiem bez szczegółowego zbadania tych dwóch obszarów zagadnień, w tym szczególnie rozeznania technologicznych i produkcyjnych możliwości wytwarzania i dystrybucji dóbr służących zaspokajaniu potrzeb oraz związanych z tym kosztów, dalsze prace nad kształtem nowego systemu ochrony zdrowia, względnie nad planami reformowania systemu dotychczasowego, pozabawione będą podstaw merytorycznych, a przede wszystkim braku oparcia w niezbędnej do tego celu faktografii, będą więc prowadzone w oderwaniu od realiów, których mają przecież dotyczyć. Bez szczegółowego rozeznania potrzeb i zdefiniowania wynikającej stąd misji i celów zabezpieczenia zdrowotnego oraz oszacowa-

words – possibilities for production and efficient distribution of goods serving to satisfy health needs, each project of organization and rules of operation of the healthcare system will be a defective project, and the resulting constructed project of healthcare system, will be a system detached from goals, which it should serve. As if you constructed a machine without knowing exactly what you will demand from it or how to drive it, and then complain that despite its technical efficiency, it does not give us what we really need.

A different status from the research concerning health needs and possibilities of meeting them, and consequently mission and goals of health protection and possibility of practical goal achievement, have other research projects whose key role also comes from the algorithm presented in Schema No 1, which is the model for constructing efficient healthcare. These projects concern only the already mentioned, technical efficiency of the planned healthcare system in various options of its construction – internal organizational structure, relations between the elements of that structure and the rules of its operation. The results of that research can thus serve to build systems with differently defined missions and goals of healthcare and other possibilities of producing and distribution of health products. Therefore, we can talk about a specific autonomy of research over possibilities used in constructing a healthcare system and in this system's management over market mechanism, ideas, doctrines and insurance methods, guaranteed benefits basket, various solutions in the field of financing of healthcare, formal and legal regulations or prioritizing of aims in health protection and means of its realization. Research projects on diversified conditions for realization of health protection aims have a similar autonomy due to their universal usefulness; their aims being: socio-cultural, ideological and political, religious, epidemiologic, demographic, economic, formal and legal, infrastructural, personnel and competence, organi-

nia produkcyjnych, technologicznych i finansowych możliwości realizacji tej misji i celów, czyli – innymi słowy – możliwości wytwarzania i sprawnej dystrybucji dóbr służących zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych, każdy projekt organizacji i sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia będzie projektem ułomnym, a skonstruowany zgodnie z tym projektem system ochrony zdrowia będzie systemem oderwanym od celów, którym powinien służyć. To trochę tak, jakby konstruować maszynę nie wiedząc dokładnie czego będziemy od niej wymagać ani czym ją napędzać, a potem zżymać się, że mimo technicznej sprawności nie daje nam tego, czego faktycznie potrzebujemy.

Odmienne niż badania dotyczące potrzeb zdrowotnych i możliwości ich zaspokajania, a w konsekwencji misji i celów ochrony zdrowia oraz możliwości praktycznej realizacji tych celów, mają inne przedsięwzięcia badawcze, których kluczowa rola również wynika z opisanego w schemacie nr 1 algorytmu konstruowania sprawnego systemu ochrony zdrowia. Przedsięwzięcia te dotyczą bowiem jedynie wspomnianej, technicznej sprawności konstruowanego systemu ochrony zdrowia w różnych wariantach jego budowy – wewnętrznej struktury organizacyjnej, relacji między elementami tej struktury, zasad funkcjonowania. Wyniki tych badań mogą zatem służyć konstruowaniu systemów o różnie zdefiniowanych misjach i celach ochrony zdrowia oraz różnych możliwościach wytwarzania i dystrybuowania produktów zdrowotnych. Stąd możemy mówić o swoistej autonomii badań nad możliwościami wykorzystywania przy konstruowaniu systemu ochrony zdrowia i w zarządzaniu tym systemem mechanizmów rynkowych, idei, doktryny i metody ubezpieczenia, koszyka świadczeń gwarantowanych, różnych rozwiązań w zakresie finansowania ochrony zdrowia, regulacji formalno-prawnych czy priorytetyzacji celów w ochronie zdrowia i środków ich realizacji. Podobną autonomię, ze względu na ich niejako uniwersalną użyteczność, mieć będą badania nad różnorodnymi uwarunkowaniami

zational and managerial. The subject and mutual relations of research related to health protection, the way of its organization, functioning, financing and managing are described by a theoretical construct of this protection, as presented in schema No 2 (p. 24)

The presented schema for health protection, similiary to the scheme of the algorithm for constructing an efficient healthcare system, is not, unfortunately, a reliable recipe for a reliable research project. Both schemas constitute rather a guide through problems to be overcome, aimed at making research results useful in the process of shaping a proper vision, doctrine, strategy, programmes which make up the planned model of an efficient healthcare system.

The first difficulty that we face is the accurate recognition of health needs, both those objectivized, thanks to biomedical criteria and those voiced, stemming from cultural traditions, habits, mores, but also from stereotypes, superstitions or even local milieu customs, manners, current fashion and heard opinions. Unfortunately, we do not have any reliable, verified algorithm to identify health needs, even those biomedically defined, since we do not have a universal model or a standard of the optimum (from the biomedical point of view) state of health of the human body – dependent on (and independent from) race, gender, age, profession, activity of one's living environment. It is even more difficult to establish the most favourable way and standards for an ultimate human lifestyle, which lead to the person's voiced expectations regarding the type, character, quantity and way of consuming the goods serving to satisfy their health needs.

The obstacles to defining health needs, directly translate into the difficulties with establishing of the goods catalogue which would meet the specified kinds of needs and expectations, and then with assessing production, technological and financial opportunities for producing these goods and their effective distribution. It is also followed by the necessity to carry out a thorough analysis of the prod-

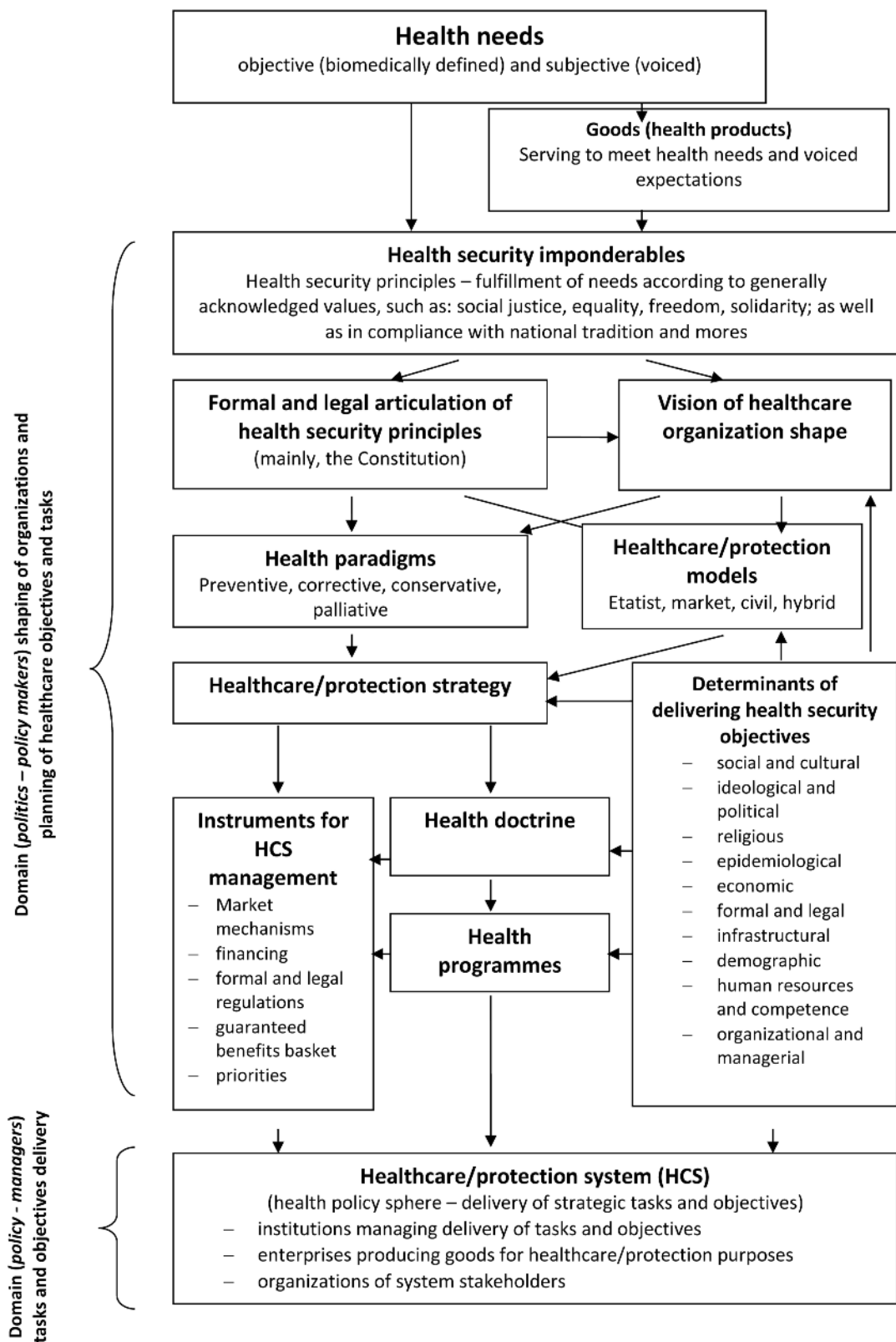
realizacji celów zabezpieczenia zdrowotnego, takimi jak: społeczno-kulturowe, ideologiczno-polityczne, religijne, epidemiologiczne, demograficzne, ekonomiczne, formalno-prawne, infrastrukturalne, kadrowo-kompetencyjne, organizacyjno-zarządcze.

Przedmiot i wzajemne relacje badań dotyczących zabezpieczenia zdrowotnego, sposobu jego organizacji, funkcjonowania, finansowania oraz zarządzania nim opisuje konstrukt teoretyczny owego zabezpieczenia, który przedstawia schemat nr 2 na 25 stronie.

Przedstawiony schemat zabezpieczenia zdrowotnego, podobnie jak schemat algorytmu konstruowania sprawnego systemu ochrony zdrowia, nie jest, niestety, niezawodnym przepisem na niezawodny projekt badawczy. Obydwa schematy składają się raczej na przewodnik po problemach, które należy pokonać, aby wyniki badań mogły być użyteczne w procesie kształtowania właściwej wizji, doktryny, strategii, programów składających się na proponowany projekt sprawnego systemu ochrony zdrowia.

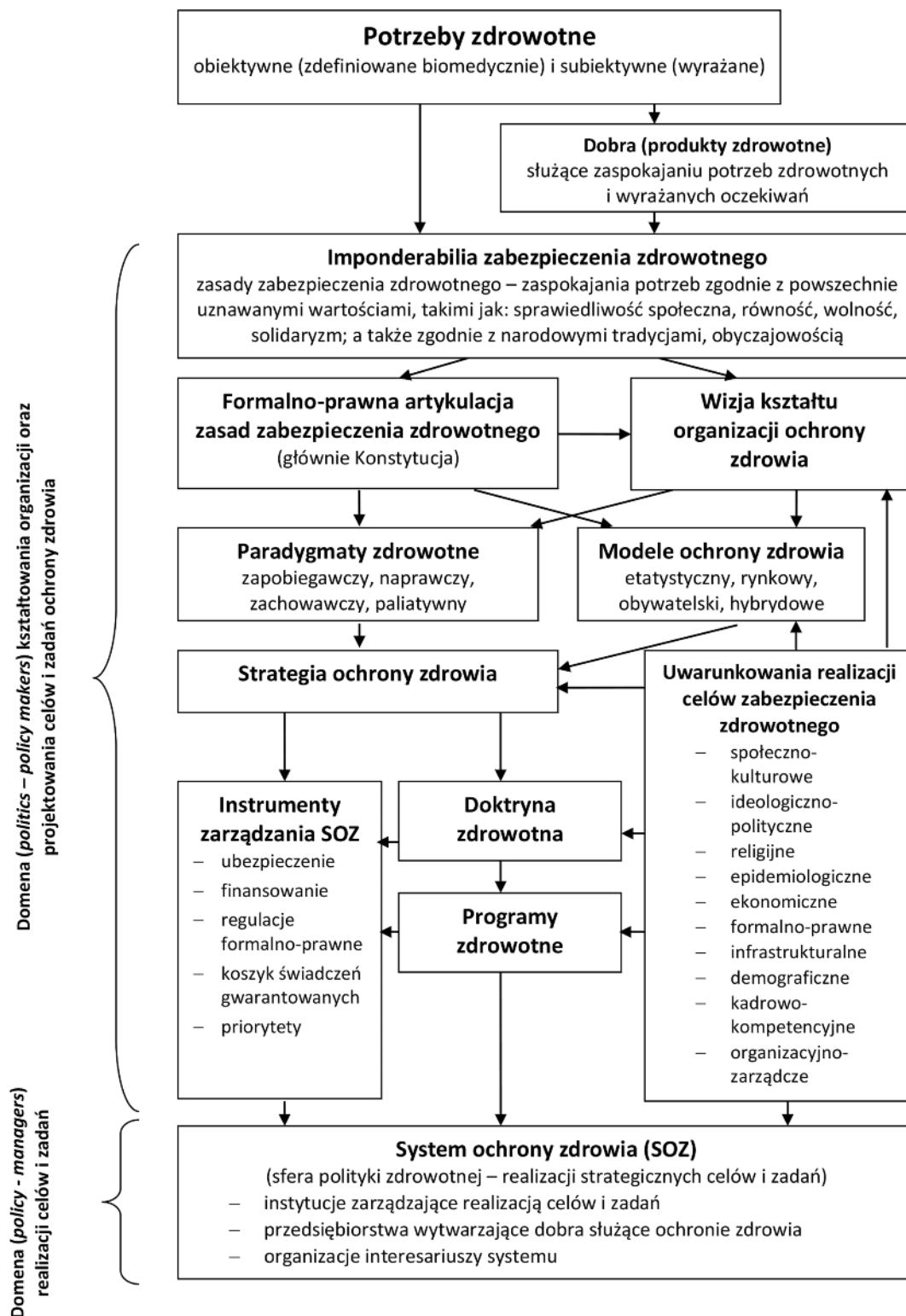
Pierwszą trudnością, z jaką przychodzi się zmierzyć, jest trafne rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, zarówno tych zobiektywizowanych dzięki kryteriom biomedycznym, jak też tych wyrażanych, wynikających z kulturowych tradycji, przyzwyczajzeń, obyczajowości, ale też ze stereotypów, przesądów, czy nawet lokalnej, środowiskowej manieri, aktualnej mody, zasłyszanych opinii. Niestety, nie dysponujemy jakimkolwiek wiarygodnym, sprawdzonym algorytmem identyfikowania potrzeb zdrowotnych, nawet tych definiowanych biomedycznie, nie dysponujemy bowiem uniwersalnym wzorcem względnie standardem optymalnego (z biomedycznego punktu widzenia) stanu zdrowia ludzkiego organizmu – zależnie (i niezależnie) od rasy, płci, wieku, wykonywanej pracy, rodzaju aktywności środowiska, w którym żyje. Jeszcze trudniej jest ustalić optymalny sposób i standardy stylu życia człowieka, z których przede wszystkim wynikają wyrażane przezeń oczekiwania co do rodzaju,

Schema No 2. Outline of health protection



By: R. Holly, *Priorytetyzacja jako koncepcja zarządzania zmianą w ochronie zdrowia*, Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna, № XVIII/VIII, p. 11; and in: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warsaw 2013, p. 42.

Schemat nr 2. Schemat zabezpieczenia zdrowotnego



Według: R. Holly, *Priorytyzacja jako koncepcja zarządzania zmianą w ochronie zdrowia*, Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna, № XVIII/VIII, s. 11; oraz w: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 42.

uct offer in its four dimensions: current and potential as well as fundamental, within the guaranteed benefits basket and additionally within the scope of commercial benefits.

The next problem is establishing the catalogue of health imponderables – general principles for health protection, especially that these principles are also based on the whole catalogue of widely recognized values, on their determined, often specific understanding; they also result from the necessity to include national (in spite of this, often heterogeneous) cultural traditions, mores and even religious beliefs.

Another hindrance and at the same time possibility for the planned health security to “come apart” from the actual health needs, which this system is to meet and should consist in, is an accurate choice of the most important principles and their proper definition and codification in the state constitutional documents, mainly, the Constitution.

Imponderables and a specific voicing and codification of the most essential principles for health security are a premise and at the same time provide a framework for planning possible shapes of vision for the healthcare organization; the vision whose organizational shape and way of operation and financing of healthcare also depend on the degree of inclusion and giving the importance to a specific hierarchy of importance to the conditions of health security purpose: cultural and social, economic, ideological and political, epidemiological, etc.

The defined vision of the future shape of healthcare organization of operation and financing of healthcare, comes into practice as the most adequate model of healthcare, serving its purposes – etatist, market, civil and hybrid (mixed).¹¹

¹¹ Wider on the topic of healthcare models: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warsaw 2013, pp. 34-42. We currently acknowledge that the presented there division of health care models into etatist, market, civic and insurance can be reduced to the first three, since each of them may (but does not have to) be of an insurance nature (to a varying degree); also each of them rarely occurs in a pure form - in general, etatist models are supported

charakteru, ilości oraz sposobu konsumowania dóbr służących zaspokajaniu jego potrzeb zdrowotnych.

Trudności z definiowaniem potrzeb zdrowotnych bezpośrednio przekładają się na kłopoty z ustalaniem katalogu dóbr odpowiadających wyspecyfikowanym rodzajom potrzeb i oczekiwań, a następnie z oszacowaniem produkcyjnych, technologicznych i finansowych możliwości wytwarzania tych dóbr i ich efektywnego dystrybuowania. Wynika stąd również konieczność szczegółowej analizy oferty produktowej w jej czterech wymiarach: aktualnej i potencjalnie możliwej oraz bazowej, w ramach świadczeń gwarantowanych i dodatkowej w ramach świadczeń komercyjnych.

Następny problem to ustalenie katalogu imponderabiliów zdrowotnych – ogólnych zasad zabezpieczenia zdrowotnego, tym bardziej, że zasady te opierają się również na całym katalogu powszechnie uznawanych wartości, na określonym, nierzadko specyficznym ich rozumieniu; wynikają także z konieczności uwzględnienia narodowych (mimo to często niejednorodnych) tradycji kulturowych, obyczajowości, a nawet przekonań religijnych.

Kolejna trudność, a zarazem sposobność do „rozejścia się” stanowionego zabezpieczenia zdrowotnego z faktycznymi potrzebami zdrowotnymi, którym to zabezpieczenie ma przecież służyć, polega na trafnym wyborze najważniejszych zasad oraz właściwym ich wyartykułowaniu i skodyfikowaniu w dokumentach ustrojowych państwa, głównie w Konstytucji.

Imponderabilia oraz określona artykulacja i kodyfikacja najważniejszych zasad zabezpieczenia zdrowotnego stanowią przesłankę, a zarazem wyznaczają ramy projektowania możliwych wizji kształtu organizacji ochrony zdrowia; wizji, w których kształt organizacji i sposób funkcjonowania i finansowania ochrony zdrowia zależy ponadto od stopnia uwzględnienia i nadania określonej hierarchii ważności różnorodnym warunkowaniom celów zabezpieczenia zdrowotnego: społeczno-kulturowym, ekonomicznym, ideologiczno-politycznym, epidemiologicznym itp.

A model is treated here as a defined concrete vision of health protection, in which the principles for health security and values on which these principles stand, have been “prioritized” according to the adopted paradigms claiming the necessity for taking over of the the whole (specific part) of obligations towards citizens in terms of delivering them goods for the purpose of healthcare; of the necessity of leaving the market (controlled in varying degrees) supplying the citizens with these goods; of the necessity of civic participation (to some extent, to a varying degree, under various rules) in the production, financing and distribution of health goods; of necessity/need to use ideas, principles and insurance methods to organize financing and goods distribution for the purpose of health protection under each model; etatist, market, civic and hybrid.

Adopting any of the healthcare models is also connected with specifying the hierarchy of importance and ways of delivering the established main objective (in this case of citizens’ health security), as well as relationships and their character amongst elements of the healthcare system defined in this way. Consequently, a respective paradigm dominates in a chosen healthcare organization model: a preventive (precautionary) paradigm, or corrective paradigm (intervention and a remedial treatment), or conservative and/or palliative.

Adopting a specific model of healthcare and the dominating health paradigm allows to further concretize the vision of the healthcare organization, its way of operation and financing. It is done through a clear, unequivocal voicing of tasks and objectives, their prioritizing, writing into schedules and implementation plans, as well as presenting the ways of their delivery and defining the scope and rules of financing. In this way, a right and reason-

by market mechanisms, in market models some health services (so-called basic) are produced, financed and distributed by the state and/or public institutions established for this purpose, and the model of civic participation generally complements the first two.

Określona wizja przyszłego kształtu organizacji sposobu funkcjonowania i finansowania ochrony zdrowia konkretyzuje się w postaci najbardziej odpowiadającego jej modelu ochrony zdrowia – etatystycznego, rynkowego, obywatelskiego lub hybrydowego (mieszanego).¹¹

Model traktujemy tutaj jako określoną, skonkretyzowaną wizję ochrony zdrowia, w której zasady zabezpieczenia zdrowotnego oraz wartości, na których się te zasady opierają zostały „spriorytetyzowane” zgodnie z przyjętymi paradygmatami głoszącymi konieczność przejścia przez państwo całości (określonej części) zobowiązań wobec obywateli w zakresie zaopatrywania ich w dobra służące ochronie zdrowia; o konieczności pozostawienia rynkowi (w różnym stopniu kontrolowanemu) zaopatrzenia obywateli w te dobra; o konieczności partycypacji obywatelskiej (w różnym zakresie, w różnym stopniu, na różnych zasadach) w wytwarzaniu, finansowaniu i dystrybucji dóbr zdrowotnych; o potrzebie/ konieczności wykorzystania idei, zasad i metody ubezpieczenia do organizacji finansowania i dystrybucji dóbr służących ochronie zdrowia w ramach każdego z modeli: etatystycznego, rynkowego, obywatelskiego, hybrydowego.

Przyjęcie dowolnego modelu ochrony zdrowia wiąże się także z określeniem hierarchii ważności i sposobów osiągania założonego głównego celu (w tym przypadku zabezpieczenia zdrowia obywateli) oraz relacji i ich charakteru między elementami definiowanego w ten sposób systemu ochrony zdrowia. W efekcie, w wybranym

¹¹ Szerzej na temat modeli ochrony zdrowia: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 34-42. Obecnie uznajemy, że przedstawiany tam podział modeli ochrony zdrowia na etatystyczne, rynkowe, partycypacji obywatelskiej i ubezpieczeniowe można zredukować do trzech pierwszych, bowiem każdy z nich może (ale nie musi) mieć charakter ubezpieczeniowy (zresztą w różnym stopniu); także każdy z nich rzadko występuje w postaci czystej – na ogół modele etatystyczne wspierane są przez mechanizmy rynkowe, w modelach rynkowych część świadczeń zdrowotnych (tzw. podstawowych) jest wytwarzana, finansowana i dystrybuowana przez państwo i/lub utworzone w tym celu instytucje publiczne, zaś model partycypacji obywatelskiej na ogół stanowi dopełnienie dwóch pierwszych.

able healthcare strategy is being built and its simplified emanation – health doctrine.

At the same time, the last act is made – amongst the described five most important acts of the *politics* domain – shaping of a healthcare organization and accordingly, designing the overarching main objectives and tasks of the healthcare system.¹²

The delivery of strategic tasks and objectives written in the detailed programmes and schedules follows the actions of institutions established for that purpose institutions directly managing the implementation of these tasks and objectives, enterprises producing goods for healthcare services and stakeholders and health protection officers' organizations.

Those institutions, enterprises and associated stakeholders and health officers, being put together and structured according to the adopted concept of a shape of a healthcare organization, its operation and financing, as well as according to the voiced strategy and health doctrine, constitute a *policy* domain – of, in fact, an acting healthcare system, fulfilling strategic tasks and objectives.

The shape of healthcare system is presented in Schema No 3 (p. 29).

modelu organizacji ochrony zdrowia dominuje paradygmat zapobiegawczy (profilaktyczno-prewencyjny) lub naprawczy (interwencyjno-zabiegowy), lub zachowawczy i/lub paliatywny.

Przyjęcie określonego modelu ochrony zdrowia i dominującego paradygmatu zdrowotnego pozwala na dalszą konkretyzację wizji organizacji ochrony zdrowia, sposobu jej funkcjonowania i finansowania. Dokonuje się to poprzez wyraźną, jednoznaczną artykulację celów i zadań, ich hierarchizację, wpisanie w harmonogramy i plany realizacyjne, a także wykazanie sposobów ich realizacji oraz określenie wysokości i zasad finansowania. W ten sposób powstaje zasadna strategia ochrony zdrowia oraz jej uproszczona emanacja – doktryna zdrowotna.

Dokonuje się tym samym ostatni akt – spośród opisanych pięciu najważniejszych aktów domeny *politics* – kształtowania organizacji ochrony zdrowia oraz zgodnego z nią projektowania nadrzędnych, ogólnych celów i zadań systemu ochrony zdrowia.¹²

Realizacja strategicznych celów i zadań zapisanych w szczegółowych programach i harmonogramach następuje w wyniku działań powołanych do tego instytucji bezpośrednio zarządzających wdrażaniem owych celów i zadań, przedsiębiorstw wytwarzających dobra służące ochronie zdrowia oraz organizacji interesariuszy i funkcjonariuszy ochrony zdrowia.

Owe instytucje, przedsiębiorstwa oraz zorganizowani interesariusze i funkcjonariusze, skompletowani i ustrukturyzowani zgodnie z przyjętym zamysłem kształtu organizacji ochrony zdrowia, sposobu jej funkcjonowania i finansowania, a także zgodnie z wyartykułowaną strategią i doktryną zdrowotną, tworzą domenę *policy* – realnie działającego systemu ochrony zdrowia realizującego strategiczne cele i zadania.

Kształt systemu ochrony zdrowia pokazuje schemat nr 3 (na str. 30).

¹² Formally, activities aiming at stimulation of health needs should be added to that domain, for example shaping them according to the medical recommendations or directions of the so-called new public health.

¹² Formalnie, do domeny tej należałoby jeszcze dołączyć działania, których celem jest stymulowanie potrzeb zdrowotnych, na przykład kształtowanie ich wedle zaleceń medycznych, czy wskazań tzw. nowego zdrowia publicznego.

Schema 3. Outline of a healthcare system structure

Healthcare system structure		
System's institutions responsible for:	Enterprises producing, organizing production and distributing <i>goods</i> for healthcare purposes	Stakeholders and system officers' organizations
<ul style="list-style-type: none"> - regulations defining the rules for the operation of the system (formal and legal codification of rules), - direct management of the system, - supervising and controlling (activities of system entities under the formal and legal regulations), - financing of the current economic activity of the system (raising and distribution of financial resources), - financial security of the system (institutions providing financial guarantee), - relationships with system's beneficiaries (appeal institutions, the Ombudsman, patients' representative arbitration courts) 	<ul style="list-style-type: none"> - non-profit - pro-profit <p>such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hospitals • clinics • pharmaceutical companies • companies producing medical equipment and appliances • insurance companies • laboratories • assistance companies • wholesalers of medicine and medical products • pharmacies 	<ul style="list-style-type: none"> - beneficiaries (patients associations) - healthcare providers (doctors, nurses and other medical professions) - "health" insurers - pharmaceutical companies - producers of healthcare benefits and appliances - charity organizations

Source: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warsaw 2013, p. 44.

Schemat 3. Schemat struktury systemu ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia (SOZ)		
Instytucje systemu odpowiedzialne za:	Przedsiębiorstwa wytwarzające, organizujące wytwarzanie oraz dystrybuujące dobra służące ochronie zdrowia	Organizacje interesariuszy i funkcjonariuszy systemu
<ul style="list-style-type: none"> - regulacje określające zasady działalności systemu (formalno-prawne kodyfikacje zasad), - bezpośrednie zarządzanie systemem, - nadzorowanie i kontrolowanie (działalności podmiotów systemu zgodnie z uregulowaniami formalno-prawnymi), - finansowanie bieżącej działalności systemu (gromadzenie i dystrybuowanie środków), - bezpieczeństwo finansowe systemu (instytucje gwarancyjne), - relacje z beneficjentami systemu (instytucje odwoławcze, rzecznik interesów, sądy arbitrażowe) 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>non-profit</i> - <i>pro-profit</i> takie jak: <ul style="list-style-type: none"> • szpitale • przychodnie • przedsiębiorstwa farmaceutyczne • przedsiębiorstwa produkujące urządzenia i sprzęt medyczny • zakłady ubezpieczeń • laboratoria • firmy assistance • hurtownie leków i wyrobów medycznych • apteki 	<ul style="list-style-type: none"> - świadczeniobiorców (stowarzyszenia pacjentów) - świadczeniodawców (korporacje lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych) - ubezpieczycieli „zdrototnych” - przedsiębiorstw przemysłu farmaceutycznego - producentów świadczeń i urządzeń służących ochronie zdrowia - organizacji charytatywnych

Źródło: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 44.

The concept of a healthcare organization presented hereof, assumes that its good performance (viz. efficiency and effectiveness) mostly depends on the balanced line-up of its internal structure, the elements of which – as in the case of each organization with strictly specified overall objective – must be as follows: *complete, coherent, complementary* or at least *compatible*.

The criteria of the correct construction of healthcare apply to all levels and aspects of its organization – from imponderables of health security, through model construction of healthcare, construction of the healthcare strategy, health doctrine and the healthcare system (consisting of institutions, enterprises producing goods for the purpose of healthcare and stakeholders of the system), stretching to regional healthcare strategies, local health programmes, detailed programmes and plans of actions prepared by particular institutions, enterprises and healthcare stakeholders' organizations.

Furthermore, it should be observed that according to the presented here concept of an efficient, well performing healthcare organization, managing this organization takes place on two levels:

- *politics* – shaping of the organization, its structure, rules of functioning and financing as well as designing overall aims and tasks for healthcare (thus the general policy for health security);
- *policy* – implementation and delivery measures (namely, the so-called pragmatic health care policy).

Level one – *politics*, a domain of policy makers (ideologists, visionaries, politicians – decision makers, and socio-political activists).

Level two – *policy*, a domain of managers (managing and executive directors and officers).¹³

Przedstawiona tutaj pokrótce koncepcja organizacji ochrony zdrowia zakłada, że jej sprawność (tzn. skuteczność i efektywność) zależy przede wszystkim od harmonii jej wewnętrznej struktury, której elementy – jak w przypadku każdej organizacji o ściśle określonym celu nadrzędnym – muszą być: *kompletne, spójne, komplementarne lub przynajmniej kompatybilne*.

Wymienione kryteria poprawności konstrukcji ochrony zdrowia dotyczą wszystkich poziomów i aspektów jej organizacji – od imponderabiliów zabezpieczenia zdrowotnego, poprzez konstrukcję modelu ochrony zdrowia, konstrukcję strategii ochrony zdrowia, doktryny zdrowotnej i systemu ochrony zdrowia (składającego się z instytucji, przedsiębiorstw wytwarzających dobra służące ochronie zdrowia oraz interesariuszy systemu), aż po regionalne strategie ochrony zdrowia, lokalne programy zdrowotne, szczegółowe programy i plany działań opracowywane przez poszczególne instytucje, przedsiębiorstwa i organizacje interesariuszy systemu ochrony zdrowia.

Zauważmy ponadto że, zgodnie z przedstawioną tutaj koncepcją sprawnej organizacji ochrony zdrowia, zarządzanie tą organizacją przebiega na dwóch poziomach:

- *politics* – kształtowania organizacji, jej struktury, zasad funkcjonowania i finansowania oraz projektowania nadrzędnych celów i zadań ochrony zdrowia (czyli tzw. ogólnej polityki ochrony zdrowia);
- *policy* – działań wdrożeniowych i realizacyjnych (czyli tzw. pragmatycznej polityki zdrowotnej).

Poziom pierwszy – *politics*, to domena *policy makers* (ideologów, wizjonerów, polityków-decydentów i działaczy politykospołecznych).

Poziom drugi – *policy*, to domena *managers* (dyrektorów i oficerów zarządzających i wykonawczych).¹³

¹³ For a more detailed differentiation between *health politics* and *healthcare policy* go to: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warsaw 2013, pp. 26-28.

¹³ Dokładniejsze rozróżnienie pomiędzy *health politics* i *healthcare policy* patrz: R. Holly, *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 26-28.

The management of healthcare on both levels runs rather differently, not only due to the dissimilarity in the double purpose of this type of management:

(1) planning the shape of the organization and its goals and tasks; (2) implementing and delivery of strategic goals and tasks. As it results from the research findings done by the Center for Research on the Strategy for Health Protection and Health Policy of Collegium of Socio-Economics at the Warsaw School of Economic (KE-S SGH) and The Department of Health Care Management at the Medical University of Lodz, *policy makers* tend to prioritize efficiency of healthcare, whereas managers are driven by its *effectiveness*. It partly explains the reason for the fundamental divergence of actions and expectations presented by both these groups managing the healthcare system.

Nevertheless, what decides on efficiency and effectiveness of actions from the both sides of *policy makers* and *managers* are, most of all, the managerial tools – management instruments which they have at their disposal, the number and quality of these instruments, but also their own competencies, mainly, the knowledge of the management know-how and the skills to use the tools.

Zarządzanie ochroną zdrowia na obydwu wymienionych poziomach przebiega inaczej nie tylko ze względu na odmiennosc dwojakiemu rodzaju celów tego zarządzania: (1) projektowania kształtu organizacji oraz jej celów i zadań; (2) wdrażania i realizacji strategicznych celów i zadań. Jak bowiem wynika z badań prowadzonych w ramach Centrum Badań Strategii Ochrony Zdrowia i Polityki Zdrowotnej KE-S SGH oraz Zakładu Zarządzania Ochroną Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, *policy makers* mają tendencję do priorytetowego traktowania skuteczności ochrony zdrowia, zaś managers kierują się przede wszystkim jej *efektywnością*. Częściowo tłumaczy to przyczynę istotnej rozbieżności w działaniach i oczekiwaniach obydwu tych grup zarządzających systemem ochrony zdrowia.

Jednakże o skuteczności i efektywności działań, zarówno *policy makers*, jak i *managers*, przesądza przede wszystkim zarządca oprzyrządowanie – instrumenty zarządcze, jakie mają do dyspozycji, liczba i jakość tych instrumentów, ale także ich własne kompetencje, w tym głównie wiedza o przedmiocie zarządzania oraz umiejętność wykorzystania narzędzi.

Conclusions

The presented above considerations justify the thesis that the chronic inefficiency of the Polish healthcare system is a result of its flawed construction and inappropriate principles underlying its functioning, which is a result of twofold factors:

- (1) reasons independent from or only slightly depending on decision makers deciding on the shape of the healthcare system, such as: a) systemic conditions of the state, b) systemic conditions of health security and c) environmental conditions;
- (2) reasons that are, could be entirely dependent or at least considerably dependent on decision makers: a) the choice of the paradigm which determines the role of the healthcare system with the purpose of delivering health security, and also sets the rules for designing and functioning of this system, b) the choice of the paradigm determining the therapeutic formula – preventive, corrective, conservative, c) internal conditions of system's operation.

Re. (1) a) The character of the state system of the Republic of Poland is defined in the Constitution (chiefly Articles 2 and 20), which is ambiguous („a democratic state of law that implements the principles of social justice "in the formula of" social market economy), enough to be an insufficient foundation for clear understanding and unambiguous interpretation of rules and values forming the imponderables of health security, such as social justice, equality, freedom or solidarity.

Konkluzje

Przeprowadzone rozważania uzasadniają tezę, iż chroniczna niesprawność polskiego systemu ochrony zdrowia jest skutkiem jego wadliwej konstrukcji oraz niewłaściwych zasad funkcjonowania, co powodują przede wszystkim dwojakiego rodzaju przyczyny:

- (1) przyczyny niezależne lub w niewielkim stopniu zależne od decydentów kształtujących system ochrony zdrowia, takie jak: a) uwarunkowania ustrojowe państwa, b) uwarunkowania systemowe zabezpieczenia zdrowotnego oraz c) warunki otoczenia;
- (2) przyczyny, na które decydenci mają/mogą mieć całkowity lub przynajmniej znaczący wpływ: a) wybór paradygmatu określającego rolę systemu ochrony zdrowia w realizacji celów zabezpieczenia zdrowotnego, a także zasady konstrukcji i funkcjonowania tego systemu, b) wybór paradygmatu określającego formułę terapeutyczną – zapobiegawczą, naprawczą, zachowawczą, paliatywną, c) warunki wewnętrzne funkcjonowania systemu.

Ad. (1) a) Charakter ustroju Rzeczypospolitej Polskiej jest określony w Konstytucji (gł. art. 2 i 20) na tyle niejednoznacznie („demokratyczne państwo prawa urzeczywistniające zasady sprawiedliwości społecznej” w formule „społecznej gospodarki rynkowej”), że okazuje się niewystarczającą podstawą dla jednoznacznego rozumienia i interpretowania zasad i wartości składających się na imponderabilia zabezpieczenia zdrowotnego, takich jak sprawiedliwość społeczna, równość, wolność czy solidaryzm.

Re. (1) b) An etatist public and market model of health insurance resulting from such a general interpretation of the character of the state system, based on the insufficiently clear constitutional principles, can be – as the experience of the last 20 years shows – institutionalized in significantly different forms of healthcare systems. Still, each of these forms is burdened with various genetic flaws, stemming from the ambiguous meaning and different interpretations of imponderables.

The legislator who sets up the framework for the healthcare system itself is aware of these drawbacks, including the status and role of the payer, so fundamental to its efficient performance. The best example of this situation, is the request by MPs' who turned to the Constitutional Tribunal to ascertain inconsistency and non-compliance with the Constitution, of the Act (of 23rd January 2003) on general insurance in the National Health Fund, because in their opinion the "The NHF (NFZ) Act leads to the seizure by the government of funds from health insurance contributions, through giving government's administration full control over them, and without changing the very nature of the cash payment that is borne by the citizens. The act defined the fund as a state organizational unit with legal personality, subordinate to the minister responsible for health, which according to the applicants proves that it is another non-budget target fund. The NHF Act did not introduce any, even indirect, possibility of exercising control on the part of the insured citizens. The premium for health insurance, which has the nature of mutual insurance of a public and legal nature, has been treated by the legislator as an ordinary public tax in a form of a fee. Meanwhile, the essence of health insurance is different. It is a mechanism of mutual insurance, in result

Ad. (1) b) Wynikający z tak ogólnie rozumianego charakteru ustroju państwa etatystyczno/publiczno-rynkowy model zabezpieczenia zdrowotnego, oparty na nie dość jednoznacznych zasadach ustrojowych, może być – jak pokazuje praktyka ostatnich dwudziestu lat – instytucjonalizowany w postaciach istotnie różniących się między sobą systemów ochrony zdrowia. Każda z tych postaci obciążona jest jednak różnymi wadami genetycznymi, wynikającymi właśnie z niejednoznacznego rozumienia i odmiennego interpretowania imponderabiliów.

Świadom tych obciążeń jest sam ustawodawca określający ramy ustawowe systemowi ochrony zdrowia, w tym fundamentalne dla sprawności jego funkcjonowania status i rolę płatnika. Najlepiej świadczy o tym wniosek grupy posłów na Sejm, którzy zwrócili się do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją ustawy (z 23.01.2003) o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, albowiem, ich zdaniem „ustawa o NFZ prowadzi do zaboru środków finansowych pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przez rząd, poprzez oddanie pełnej kontroli nad nimi administracji rządowej i to bez zmiany samego charakteru świadczenia pieniężnego, jakie obciąża obywateli. Ustawa określiła fundusz jako państwową jednostkę organizacyjną posiadającą osobowość prawną, podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, co zdaniem wnioskodawców świadczy o tym, że jest on kolejnym pozabudżetowym funduszem celowym. W ustawie o NFZ nie została wprowadzona żadna, nawet pośrednia możliwość sprawowania kontroli ze strony ubezpieczonych obywateli. Składka na ubezpieczenie zdrowotne, mająca charakter ubezpieczenia wzajemnego o charakterze publiczno-prawnym, została potra-

of which, specific people (the insured) are entitled to a health benefit in the event of illness. The extra-budgetary formula of the targeted fund is therefore completely inadequate to the mission of health insurance.¹⁴

Re. (1) c) The following direct and indirect conditions have impact on the construction and operational rules of healthcare system: social and cultural, ideological and political, religious, epidemiologic, demographic, economic, human resources and competence, infrastructural. Changes in the scope of these factors have been continuing over long time intervals, several years – or even decades.

Re. (2) a) The shape of healthcare system, the essence of its structure and setting the rules for its functioning are all directly influenced by the way the healthcare organization is perceived and a role in this organization (recognizing health needs, production of goods satisfying health needs and their distribution). Two different

ktowana przez ustawodawcę jak zwykła danina publiczna o charakterze opłaty. Tymczasem istota ubezpieczenia zdrowotnego jest inna. Jest to mechanizm ubezpieczenia wzajemnego, w wyniku którego konkretnym osobom (ubezpieczonym) przysługuje w przypadku choroby świadczenie zdrowotne. Formuła pozabudżetowa funduszu celowego jest więc zupełnie nieadekwatna do misji, jakiej służy ubezpieczenie zdrowotne.¹⁴

Ad. (1) c) Na konstrukcję i zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia mają pośredni i bezpośredni wpływ uwarunkowania: społeczno-kulturowe, ideologiczno-polityczne, religijne, epidemiologiczne, demograficzne, ekonomiczne, kadrowo-kompetencyjne, infrastrukturalne. Zmiana w zakresie tych uwarunkowań dokonuje się na przestrzeni długich interwałów czasowych, kilkunasto – a nawet kilkudziesięcioletnich.

¹⁴ Moreover, according to the MPs “Differentiation of the prices of the health care service can not be the result of the dictate of the Fund, which does not conduct business activity *sensu stricto*, but deals with financing public utilities ... The basic negative consequence of such legal solutions is that the insured will not be guaranteed equal access to health services referred to in Article 68 paragraph 2 of the Constitution. The questioned solutions mean an actual return to socialized healthcare. The contract system will be very similar to the old subsidy system based on unclear rules. In the Act on the NHF, there are no grounds to create a catalog and standardize applied medical procedures. Meanwhile, it is the catalogue of defined medical procedures that must determine the quality (real content) of a particular medical service of a given type given to the insured person. Only the specific procedures applied with the prices charged make up the whole (and value) of the benefit provided.” - Justification of the judgment of the Constitutional Tribunal dated 7 January 2004 on the application for declaration of non-compliance with the Constitution of the Act dated. 23.07.2003. about general insurance in NHF (NFZ), Dz. U. No. 5, item 37, pp. 3,4 and 5.

¹⁴ Ponadto, zdaniem posłów, „Różnicowanie cen usługi opieki zdrowotnej nie może być efektem dyktatu Funduszu, który przecież nie prowadzi działalności gospodarczej *sensu stricto*, ale zajmuje się finansowaniem działalności użyteczności publicznej ... Podstawową negatywną konsekwencją takich rozwiązań prawnych jest to, że ubezpieczonym nie zostanie gwarantowany równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 68 ust 2 Konstytucji. Kwestionowane rozwiązania oznaczają faktyczny powrót do uspołecznionej służby zdrowia. System umów będzie bowiem bardzo podobny do dawnego systemu dotacji, opartego na niejasnych zasadach. W ustawie o NFZ brak podstaw dla stworzenia katalogu i standaryzacji stosowanych procedur medycznych. Tymczasem to właśnie katalog zdefiniowanych procedur medycznych musi określać jakość (realną treść) konkretnego świadczenia medycznego danego rodzaju, udzielonego osobie ubezpieczonej. Dopiero konkretnie zastosowane procedury z przypisanymi cenami składają się na całość (i wartość) udzielonego świadczenia.” – Uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dn. 7 stycznia 2004 r. w sprawie wniosku o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją Ustawy z dn. 23.07.2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, Dz.U. nr 5, poz. 37, s. 3,4 i 5.

angles of this perception, and at the same time different ways of looking at the role of a healthcare system and various criteria of its efficiency, are two different paradigms, which can be described as: (1) high-efficiency and missionary, where its outcome is a healthcare system structure that works best to realize the mission of health protection and the resulting goals and (2) high-efficiency and manipulative, where its outcome is such construction of the healthcare system as to guarantee its best flawless operation. Over the last 25 years, the healthcare system in Poland has been formed according to the high-efficiency and manipulative paradigm.

Re. (2) b) The form of a healthcare system, its structure and rules underlying its functioning also depend on the health paradigms in the strict health sense: preventive, corrective, conservative, palliative. Depending on which paradigm framework, a given healthcare system has been formed, the efficiency and effectiveness of its operation (as they are and as they used to be) will also be accordingly affected.

Re. (2) c) The efficiency of a healthcare system, understood as both criterion and measure of the delivery and implementation of the mission and objectives of health security, and also as a measure of technical efficiency of the system itself and its flawless and effective operation in the process of delivering its designated operational goals, depending on the organizational and managerial competence of the managerial personnel of the system, mainly on the skills of effective management of the entities making up the system's structure..

Ad. (2) a) Na kształt systemu ochrony zdrowia, na konstrukcję jego struktury i stanowienie zasad funkcjonowania ma bezpośredni wpływ sposób postrzegania organizacji zabezpieczenia zdrowotnego oraz roli w tej organizacji (w identyfikacji potrzeb zdrowotnych, wytwarzaniu dóbr służących zaspokajaniu potrzeb i ich dystrybuowaniu). Dwie różne perspektywy tego postrzegania, a zarazem dwa różne sposoby traktowania roli systemu ochrony zdrowia oraz różne kryteria jego sprawności, to dwa odmienne paradygmaty, które możemy określić jako: (1) sprawnościowo-misyjny, którego owocem jest taka konstrukcja systemu ochrony zdrowia, by jak najlepiej realizował misję zabezpieczenia zdrowotnego i wynikające z niej cele oraz (2) efektywnościowo-manipulacyjny, którego owocem jest taka konstrukcja systemu ochrony zdrowia, by jak najlepiej gwarantował jego bezawaryjne działanie. W okresie ostatniego ćwierćwiecza system ochrony zdrowia w Polsce kształtowany był zgodnie z paradygmatem efektywnościowo-manipulacyjnym.

Ad. (2) b) Kształt systemu ochrony zdrowia, jego konstrukcja i zasady funkcjonowania zależą również od paradygmatów zdrowotnych *sensu stricto*: zapobiegawczego, naprawczego, zachowawczego, paliatywnego. Zależnie od tego, w ramach którego z tych paradygmatów ukształtowany został dany system ochrony zdrowia, takie też były (i takie też są nadal) skuteczność i efektywność jego funkcjonowania.

Ad. (2) c) Sprawność systemu ochrony zdrowia, rozumiana zarówno jako kryterium i miara stopnia realizacji misji

Recommending the presented here principles for shaping of the healthcare system, we assume that despite numerous significant reasons unfavourably influencing the shape and way of functioning of the healthcare system, completely or almost completely independent from decision makers responsible for that system, designing it, constructing and establishing the principles for its functioning within the framework of an high-efficiency and missionary paradigm, can significantly improve efficiency and effectiveness of the system in both dimensions of its efficiency – missionary and technical. Nevertheless, a question remains how much of application of these rules and resulting procedures of system shaping will have a substantial impact on its efficiency.

It is, therefore, a question on plausibility of establishing an efficient healthcare system in the current state conditions and with the genetic burden of system organization and the way it functions, with such defects as, to mention but a few, quasi-insurance flaws (and not in fact insurance) character of its organization and functioning. This issue requires a separate consideration.

* * *

The organizational concept and the way of functioning of health security presented in this study, most of all, is meant to help design such research which will lead to making a hopeful breakthrough in a long-term deadlock in the reforms of the healthcare system in Poland, which, despite various efforts made by the successive state decision makers, has proven to be not quite efficient and not effective enough. Therefore, this is the idea to support this research with a new, different from the used so far paradigm of the health security perception, the role of healthcare system in fulfilling the mission and goals of that security, as well as the resulting

i celów zabezpieczenia zdrowotnego, jak też jako miara stopnia technicznej wydolności samego systemu oraz jego bezawaryjnego i efektywnego działania w realizacji wyznaczonych mu celów operacyjnych, zależy od kompetencji organizacyjno-zarządczych kadry kierowniczej systemu, w tym głównie od umiejętności efektywnego zarządzania podmiotami tworzącymi strukturę systemu.

Rekomendując prezentowane tutaj zasady kształtowania systemu ochrony zdrowia zakładamy, że pomimo wielu znaczących przyczyn niekorzystnie wpływających na kształt i sposób funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, całkowicie lub prawie całkowicie niezależnych od decydentów odpowiedzialnych za ów system, projektowanie, konstruowanie i stanowienie zasad jego działania w ramach paradygmatu sprawnościowo-misyjnego, może istotnie poprawić skuteczność i efektywność systemu w obydwu wymiarach jego sprawności – misyjnej i technicznej. Jednakże pytanie, na ile zastosowanie tych zasad i wynikających z nich procedur kształtowania systemu istotnie wpłynie na poprawę jego sprawności wciąż pozostaje otwarte. Jest to bowiem pytanie o realność ustanowienia sprawnego systemu ochrony zdrowia w obecnych warunkach ustrojowych państwa i przy genetycznych obciążeniach organizacji systemu i sposobu jego finansowania, takimi choćby wadami, jak quasi-ubezpieczeniowy (a nie faktycznie ubezpieczeniowy) charakter jego organizacji i funkcjonowania. Kwestia ta wymaga odrębnego rozpatrzenia.

* * *

Przedstawiona w niniejszym opracowaniu koncepcja organizacji i sposobu funkcjonowania zabezpieczenia zdrowotnego służyć ma przede wszystkim takiemu projektowaniu badań, których wyniki dadzą nadzieję na przełamanie wieloletniego impasu w reformowaniu systemu

methods for constructing the system's organizational structures and establishing the principles for its functioning.

ochrony zdrowia w Polsce, który, pomimo różnorodnych wysiłków kolejnych ekip rządowych, okazuje się mało skuteczny i nie dość efektywny. Stąd właśnie zamysł oparcia tych badań na nowym, odmiennym od dotychczasowego, paradygmacie postrzegania zabezpieczenia zdrowotnego, roli systemu ochrony zdrowia w realizacji misji i celów tego zabezpieczenia oraz wynikającej stąd metody konstruowania struktur organizacyjnych systemu i ustanowienia zasad jego funkcjonowania.

LITERATURE

Hausner J., *Polityka gospodarcza – wokół dylematów i sporów*, [w:] *Polska w gospodarce światowej – szanse i zagrożenia rozwoju*, VIII Kongres Ekonomistów Polskich, Warsaw 29-30 November 2007.

Hayek F.A., *Fikcja sprawiedliwości społecznej*, [w:] *Teksty liberalne*, „DiG”, Warsaw 1993.

Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warsaw 2013.

Holly R., *Priorytetyzacja jako koncepcja zarządzania zmianą w ochronie zdrowia*, **Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna**, № XVIII/VIII, 2016.

Karp J., *Sprawiedliwość społeczna. Szkice ze współczesnej teorii konstytucjonalizmu i praktyki polskiego prawa ustrojowego*, Księgarnia Akademicka, Cracow 2004.

Kowalik T., *Sprawiedliwość społeczna a nowy ład społeczny*, [w:] **Podstawowe założenia Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej**, Trybunał Konstytucyjny, Warsaw 2010.

Kuhn T., *The Structure of Scientific Revolutions*, The University of Chicago, Chicago 1962.

Mroczkowski K., *Spoleczna gospodarka rynkowa – wzloty i powroty*, Nowy Obywatel, winter 2013, No. 1/148

LITERATURA

Encyklopedia zarządzania: <https://mfiles.pl/pl/index.php/Paradygmat>

Hausner J., *Polityka gospodarcza – wokół dylematów i sporów*, [w:] **Polska w gospodarce światowej – szanse i zagrożenia rozwoju**, VIII Kongres Ekonomistów Polskich, Warszawa 29-30 listopada 2007.

Hayek F.A., *Fikcja sprawiedliwości społecznej*, [w:] *Teksty liberalne*, „DiG”, Warszawa 1993.

Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013.

Holly R., *Priorytetyzacja jako koncepcja zarządzania zmianą w ochronie zdrowia*, **Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna**, № XVIII/VIII, 2016.

Karp J., *Sprawiedliwość społeczna. Szkice ze współczesnej teorii konstytucjonalizmu i praktyki polskiego prawa ustrojowego*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2004.

Kowalik T., *Sprawiedliwość społeczna a nowy ład społeczny*, [w:] **Podstawowe założenia Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej**, Trybunał Konstytucyjny, Warszawa 2010.

Kuhn T., *The Structure of Scientific Revolutions*, The University of Chicago, Chicago 1962.

Mroczkowski K., *Spoleczna gospodarka rynkowa – wzloty i powroty*, Nowy Obywatel, zima 2013, nr 1/148

Narodowa służba zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce, (<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf>).

Next Medica, *Szpitalne projekty poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Raport-szpitalne-dbaja-o-jakosc-glownie-dla-dokumentacji-Nie-licza-na-faktyczne-zmiany,179627,1.html>, 21.12.2017.

Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 2 kwietnia 1997 roku*, **Prawo i Medycyna**, 4/2005.

Pysz P., Kaczmarek T.T., *Ludwig Erhard i społeczna gospodarka rynkowa*, Ed. ISP PAN, Warsaw 2004.

Rawls J., *Teoria sprawiedliwości*, PWN, Warsaw 1994.

Ruling of the Constitutional Court of 2.04.1997, K 26/97.

Ruling of Constitutional Court of 22.12.1997, K2/97.

Ruling of Constitutional Court of 7.01.2004, K 14/03.

Thesaurus, New Edition, PWN, Warszawa 1997.

Thesaurus, <https://synonim.net/synonim/wizja>.

Webster's Encyclopaedic Dictionary, Deluxe Edition, Lexicon Publications, Inc., N. York 1991.

Narodowa służba zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce, (<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf>).

Next Medica, *Szpitalne projekty poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Raport-szpitalne-dbaja-o-jakosc-glownie-dla-dokumentacji-Nie-licza-na-faktyczne-zmiany,179627,1.html> z dnia 21.12.2017r.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dn. 02.04.1997, K 26/97.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dn. 22.12.1997, K 2/97.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dn. 07.01.2004, K 14/03.

Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 2 kwietnia 1997 roku*, **Prawo i Medycyna**, 4/2005.

Pysz P., Kaczmarek T.T., *Ludwig Erhard i społeczna gospodarka rynkowa*, Wyd. ISP PAN, Warszawa 2004.

Rawls J., *Teoria sprawiedliwości*, PWN, Warszawa 1994.

Słownik wyrazów obcych, Wydanie Nowe, PWN, Warszawa 1997.

Słownik wyrazów bliskoznacznych, <https://synonim.net/synonim/wizja>.

Webster's Encyclopaedic Dictionary, Deluxe Edition, Lexicon Publications, Inc., N. York 1991.