

UBEZPIECZENIE
w organizacji ochrony zdrowia
w Polsce

INSURANCE
in health care organization
in Poland

Warszawa 2013

Recenzent: prof. zw. dr hab. Roman Głowacki

© Copyright by Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2013

Krajowy Instytut Ubezpieczeń

Insurance Institute in Poland

Polska

02-656 Warszawa

ul. Ksawerów 30/92

tel.: +48 22 628-99-30, fax: +48 22 628-99-31

e-mail: kiu@kiu.com.pl

ISBN 978-83-918642-6-5

Projekt okładki: Anna Staszewska (tło: „Scylla i Charybda” –
autor nieznany)

Redakcja techniczna: Agnieszka Sylwestrzak

Skład: Tomasz Maniewski

Korekta: Anna Staszewska, Agnieszka Sylwestrzak

Druk i oprawa: MWM Zakład Poligraficzny

05-077 Wesoła/Stara Miłosna

ul. Gościniec 132

tel. 22 773 19 47, fax. 22 773 29 17

Nakład: 1000 egz.

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	9
---------------------------	---

Rozdział pierwszy

ZARZĄDZANIE ZMIANĄ W OCHRONIE ZDROWIA	19
--	----

1.1.	O potrzebie teorii zarządzania zmianą społeczną w ochronie zdrowia	19
1.2.	Ogólne założenia teoretyczne i konceptualne	25
1.3.	Podejście metodologiczne	30
1.4.	Organizacja zabezpieczenia zdrowotnego i systemu ochrony zdrowia	34
1.4.1.	Modele a system ochrony zdrowia	34
1.4.2.	Legitymizacja modelu i doktryny ochrony zdrowia a efektywność i skuteczność systemu ochrony zdrowia	46
1.5.	Koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w doktrynie zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia w Polsce	54

Rozdział drugi

UBEZPIECZENIE W ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA W POLSCE	67
---	----

2.1.	Założenia ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia	67
2.2.	Spór o formułę legitymizacji ubezpieczeń w polskim systemie ochrony zdrowia	81

- 2.3. Ubezpieczenie jako paradygmat organizacji systemu ochrony zdrowia 97

Rozdział trzeci

UBEZPIECZENIE JAKO METODA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

- UTRATY ZDROWIA 113**
- 3.1. Ryzyko jako przedmiot zarządzania 113
- 3.2. Mechanizm realizowania się ryzyka 126
- 3.3. Zdrowie i jego utrata jako przedmiot ubezpieczenia 129

Rozdział czwarty

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W ŚWIETLE TEORII I DOKTRYNY

- UBEZPIECZENIOWEJ 149**
- 4.1. Ochrona zdrowia jako interes ubezpieczeniowy . . . 149
- 4.2. Ubezpieczenie zdrowotne jako instrument zarządzania ryzykiem utraty zdrowia 155
- 4.3. Kontrowersje, zalety i wady rekomendowanej koncepcji ubezpieczenia zdrowotnego 162

Rozdział piąty

TYOLOGIA I KLASYFIKACJA UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH 173

- 5.1. Ubezpieczenia zdrowotne w systemie ubezpieczeń 173
- 5.2. Ubezpieczenia zdrowotne we współczesnym polskim systemie ochrony zdrowia 185

5.3.	Ubezpieczenie zdrowotne w strukturze postulowanego publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia	190
------	---	-----

Rozdział szósty

PRODUKTY SŁUŻĄCE OCHRONIE ZDROWIA	199
--	------------

6.1.	Produkt ubezpieczenia zdrowotnego – czym jest i jaki jest.	199
6.2.	Konstrukcja produktu ubezpieczenia zdrowotnego	204
6.3.	Produkt ubezpieczenia zdrowotnego w zarządzaniu ochroną zdrowia	208
6.4.	Produkty ubezpieczeń zdrowotnych na rynku ochrony zdrowia	218

Rozdział siódmy

UBEZPIECZENIE W SYSTEMACH ZABEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH	225
---	------------

7.1.	Ubezpieczenie w projektowaniu strategii ochrony zdrowia i planowaniu polityki zdrowotnej	227
7.2.	Kontrakty ubezpieczeniowe w systemie jednolitego powszechnego zabezpieczenia społecznego	240

NA ZAKOŃCZENIE: O IDEI, TEORII, DOKTRYNIE I METODZIE UBEZPIECZENIOWEJ W ŚWIETLE PRAKTYKI OCHRONY ZDROWIA	259
---	------------

ANEKS	269
1. Metoda produktowej analizy rynku ubezpieczeń zdrowotnych – przykład zastosowania i uzyskane wyniki	274
2. Wykaz zagadnień (i stosownych pytań badawczych) dotyczących zasadności i realności koncepcji zastąpienia kontraktami ubezpieczeniowymi dotychczasowych społecznych umów międzypokoleniowych	308
3. Przykładowe założenia do planu weryfikacji zasadności i realności koncepcji zastąpienia dotychczasowych społecznych umów międzypokoleniowych kontraktami ubezpieczeniowymi	313
BIBLIOGRAFIA	317
WYKAZ TABEL, RYSUNKÓW I SCHEMATÓW	363
<i>INSURANCE IN HEALTH CARE ORGANIZATION IN POLAND</i>	369
INDEKS RZECZOWY	389

WPROWADZENIE

Problematyka sformułowana w tytule książki (*Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia*) dotyczy najogólniej możliwości wykorzystania ubezpieczenia do poprawy skuteczności osiągania celów przez instytucje i podmioty publiczne oraz efektywności (ekonomicznej, biznesowej) przedsiębiorstw prywatnych i państwowych. Obejmuje także kwestie roli ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem – zarówno systematycznym i systemowym, jak też poszczególnymi ryzykami partykularnymi. Bezpośrednio – na przykładzie systemu ochrony zdrowia – dotyczy wpływu ubezpieczenia na skuteczność i efektywność systemu zabezpieczenia społecznego. Ryzyko utraty zdrowia, choćby ze względu na swoją rangę, szczególną specyfikę, wielość odniesień i złożoność uwikłań, okazuje się bowiem znakomitym przykładem i zarazem przedmiotem rozważań na temat użyteczności idei i reguł ubezpieczeniowych w organizacji wspólnego, solidarnego wysiłku społecznego w celu przeciwstawienia się temu powszechnemu „egzystencjalnemu” zagrożeniu. Wynika stąd przede wszystkim pytanie o wpływ ubezpieczenia na organizację (zabezpieczenia zdrowotnego), na sposób konstrukcji i kształt struktury tej organizacji, zasady jej funkcjonowania, skuteczność i efektywność realizacji

misji zadań, celów. Podejmując tę kwestię, nie sposób uniknąć odniesienia się do jej znacznie szerszych, głębszych uwarunkowań związanych głównie z wciąż niedostatecznie określoną rolą ubezpieczenia we współczesnym polskim modelu społecznej gospodarki rynkowej.¹

W szczególności dotyczy to możliwości godzenia – właśnie dzięki zastosowaniu idei i zasad ubezpieczeniowych – określonych interpretacji (pro) społecznych wartości i celów z politycznymi (a przynajmniej upolitycznionymi) regułami i apolitycznymi mechanizmami rynku. Wynika stąd – w moim przekonaniu – niedostateczna jednoznaczność określenia zasad poszczególnych zabezpieczeń społecznych, w tym zabezpieczenia zdrowotnego i jego instytucjonalizacji w postaci systemu ochrony zdrowia. Stąd właśnie bierze się tak trudny w Polsce do rozwiązania problem godzenia idei i praktyki państwa opiekuńczego z akceptacją i wdrażaniem reguł i mechanizmów rynkowych. Jest to zresztą nie tylko polski problem.

Przedstawiony pogląd stanowi przesłankę wiodącej tezy i kanwę prowadzonych w książce rozważań, tezy, zgodnie z którą kluczem do przełamania rzeczonoego impasu jest konsekwentne zastosowanie idei i metody ubezpieczenia – nadanie (polskiemu) systemowi ochrony zdrowia charakteru w pełni ubezpieczeniowego.

Badanie roli ubezpieczenia w procesie społecznym czy gospodarczym w istocie sprowadza się do kwestii oddziaływania na dokonującą się zmianę, stąd też rozważania w tym zakresie prowadzę w kategoriach zarządzania zmianą, oddziaływania na jej inicjację i przebieg, na jej kierunek, dynamikę i potencjalne skutki.

¹ Zadekretowany w obecnie obowiązującej Konstytucji (Art. 20) ustrój społecznej gospodarki rynkowej wciąż jest jedynie ogólnym politycznym konceptem – postulatem; dotychczas bowiem nie został on na tyle „zoperacjonalizowany”, ani przez jego niemieckich pomysłodawców, ani przez politologów i ekonomistów, by mógł być traktowany jako jednoznacznie interpretowana spójna doktryna określająca zasady konstruowania i funkcjonowania organizacji społeczno-gospodarczej państwa.

Przyjmuję bowiem, że **ubezpieczenie**, w swej istocie jest/może być spójną koncepcją zarządzania wspólnym społecznym wysiłkiem członków wspólnoty ryzyka w celu przeciwstawienia się zdarzeniom niepożądanym (tzn. zmianie, której wynik uznawany jest za niepożądany). W ramach tejże koncepcji, odnoszącej się właśnie do zarządzania zmianą, w ciągu kilkudziesięcioletniej tradycji organizowania działań opartych o ideę społecznego solidaryzmu powstała niezwykle już bogata technologia neutralizowania ryzyka – identyfikowania ryzyka, identyfikowania przyczyn, które mogą doprowadzić do jego zrealizowania się, oceniania prawdopodobieństwa realizacji, szacowania potencjalnych skutków ryzyka i wynikających stąd kosztów niezbędnych do zrekompensowania tych skutków. Rezultaty każdej zmiany zawsze są niepewne i możemy je przewidzieć jedynie z jakimś prawdopodobieństwem. O zrealizowaniu się pożądanym i lub niepożądanym (z określonego punktu widzenia, wedle przyjętych kryteriów, założonych celów) zdarzeń i o ich skutkach możemy orzekać jedynie jako o stanach w różnym stopniu możliwych/prawdopodobnych. Zgodnie z jednym z najbardziej powszechnych określeń ryzyka jako prawdopodobieństwa zrealizowania się określonego zdarzenia/zjawiska/stanu rzeczy możemy uznać, że *zmiana społeczna jest właśnie ryzykiem* i w kategoriach tego pojęcia można ją opisywać (tj. używając charakterystyki i parametrów ryzyka).

Przyjmuję równocześnie, że **efektywne zarządzanie ryzykiem/zagrożeniem** o charakterze powszechnym i/lub katastroficznym **wymaga skoordynowanego oddziaływania na dokonującą się zmianę w czterech płaszczyznach** (wymiarach):

- 1) **zarządzania aktywnością społeczną** poprzez organizowanie systemów zabezpieczających przed ryzykiem/zagrożeniem, np. organizowanie wspólnego wysiłku społecznego w ramach wspólnoty ryzyka,
- 2) **stymulowania przebiegu zmiany**, która generuje zagrożenia (poprzez wpływ na jej inicjację, kierunek i dynamikę przebiegu),

- 3) **zarządzania podmiotami systemu** wytwarzającego i dystrybuującego dobra służące ochronie przed zagrożeniami (ich skutkami),
- 4) **rozwijania technologii** przeciwdziałania źródłom/przyczynom poszczególnych ryzyk/zagrożeń oraz (re) kompensowania ich negatywnych skutków.

Na każdym z tych poziomów możliwości wykorzystania zasad i metod ubezpieczeniowych są inne; – aczkolwiek niewątpliwie największe i najważniejsze na poziomie drugim i czwartym.

Prezentowane podejście nadaje zasadom i metodzie ubezpieczenia szerszą interpretację, która jako *równorzędne* (równie ważne) uznaje zarówno działania *aktywne* (wyprzedzające), jak też *reaktywne* (głównie sprowadzające się do „biernej” rekompensaty).²

Ze względu na ekonomiczny sens i charakter nadrzędnego celu, jakim jest poprawa efektywności zabezpieczeń przed ryzykiem, w prowadzonych analizach stosowane są kategorie pojęciowe „ekonomii bezpośrednio zorientowanej na przyszłość”.³ Omawiana w książce problematyka przynależy zatem do tzw. ekonomii ogólnej, przynajmniej na tyle, na ile ubezpieczenie jest traktowane jako instrument służący poprawie efektywności gospodarowania. Stosowane kategorie opisu i analizy, ze względu na specyfikę celów, przedmiotu i metody analiz prowadzonych z uwzględnieniem całego złożonego kontekstu uwarunkowań politykospołecznych, kulturowych, psychospołecznych, politologicznych, technologicznych, w nowych znaczeniach i interpretacjach, jakie dzięki temu zyskują, mogą okazać się

² Prezentuję tutaj podejście pokrewne koncepcji T. Szumlicza antycypacyjnego modelu polityki społecznej; T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Branta, Bydgoszcz 2005, s. 11.

³ Jest to pogląd i określenie J. Antoszkiewicza odnoszące się do tej części ekonomii, tej jej subdyscypliny, z której wyodrębniło się zarządzanie – rozumiane jako dyscyplina bezpośrednio zorientowana na poprawę efektywności gospodarowania.

przydatne dla wyodrębnienia postulowanej w książce jednolitej *ubezpieczeniowej teorii neutralizacji ryzyka* (rozwijanej głównie w oparciu o teorię zarządzania zmianą, teorię ubezpieczeń, teorię ryzyka, teorię zarządzania ryzykiem). Teoria taka, jak wynika z prowadzonych rozważań nad warunkami efektywności systemu ochrony zdrowia, winna koncentrować się na zasadach interpretowania wartości (w oparciu o które wyznaczane są cele, sposób organizacji i funkcjonowania systemów zabezpieczenia i ubezpieczeń) w świetle *interesu (ubezpieczeniowego)* identyfikowanego w celu wyodrębnienia i tworzenia wspólnoty ryzyka⁴ oraz zasady *realności* ubezpieczenia.⁵ Albowiem jedynie dzięki identyfikacji interesu jesteśmy w stanie ustalić, czy i w jakim stopniu danemu podmiotowi ubezpieczenie jest potrzebne, które jego potrzeby i w jakim stopniu może chronić. Natomiast ocena realności ubezpieczenia pozwala określić, czy i w jakim stopniu ryzyko faktycznie istnieje, czy ubezpieczenie może realnie neutralizować to ryzyko, w jakich okolicznościach, pod jakimi warunkami. Dzięki stosowaniu tych kryteriów ubezpieczenie, które choćby jedna z tych zasad weryfikuje negatywnie, staje się ubezpieczeniem fantomowym.⁶

⁴ Najlepiej w nawiązującym do tradycji prawa rzymskiego solidarystycznym ujęciu Rudolfa von Iheringa.

⁵ O znaczeniu zasady realności w teorii i praktyce ubezpieczeń: J. Handschke, *Usługi ubezpieczeniowe w aspekcie ekonomicznych gwarancji realności ochrony ubezpieczeniowej*, [w:] *Finanse w gospodarce rynkowej – wybrane zagadnienia*, Wyższa Szkoła Finansów i Ubezpieczeń im. J. Chechlińskiego, Łódź 1999, s. 259-269; także: J. Handschke, *Od ekonomicznych gwarancji realności ochrony ubezpieczeniowej do polityki ubezpieczeniowej*, [w:] Gacka M. (red.), *Gospodarka rynkowa w Polsce w drodze do Unii Europejskiej. Materiały konferencyjne*. Politechnika Radomska, Radom 2000, s. 257-268.; J. Handschke, J. Lisowski, *Realność ochrony ubezpieczeniowej jako podstawowy czynnik wpływający na efektywność ubezpieczeń kredytu*, [w:] Bielawska A. (red.), *Uwarunkowania rozwoju mikro i małych przedsiębiorstw*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005, s. 377-387.

⁶ Por. R. Holly, *Warunki konieczne wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych* [w:] Szumlicz T. (red.), *Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia*, Biblioteka Ubezpieczeniowa, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2008, s. 70-71.

Jak już zostało powiedziane, myśl przewodnia książki opiera się na przeświadczeniu, że idea ubezpieczenia określa optymalną formułę, która winna być podstawą konstrukcji nie tylko zabezpieczenia zdrowotnego, ale także innych zabezpieczeń społecznych, organizacji i sposobu funkcjonowania zinstytucjonalizowanych systemów zabezpieczenia; opiera się również na przekonaniu, że metoda ubezpieczenia jest optymalnym sposobem neutralizowania również ryzyk społecznych – konstruowania produktów służących neutralizowaniu tych ryzyk, dystrybucji owych produktów, technik finansowania ryzyk oraz rozliczania wszelkich, wynikających stąd zobowiązań i należności.

Prowadzone w książce rozważania zmierzają zatem do odpowiedzi na pytania: czy rzeczywiście taka rola jest właściwa dla idei ubezpieczenia, czy pełni już ona taką rolę w jakimś stopniu, a przynajmniej może ją pełnić, powinna pełnić i jeżeli nie pełni, to dlaczego? Jakie warunki winny być spełnione by taką rolę pełniła/mogła pełnić? Jak z tego mogą wynikać korzyści i jakim kosztem? Jak wreszcie, opierając się na tych przesłankach (traktując odpowiedzi na te pytania jako racjonalne założenia), konstruować optymalny dla Polski system ochrony zdrowia, a także systemy odpowiadające pozostałym ryzykom społecznym? Innymi słowy, czy i w jakim stopniu Polsce potrzebny jest ubezpieczeniowy system ochrony zdrowia? Jeżeli tak, jaki winien być jego kształt z punktu widzenia doktryny – formalno-prawny, organizacyjny, ekonomiczno-finansowy, a jaki realnie być może, ze względu na uwarunkowania polityczne, społeczno-kulturowe, ekonomiczne, infrastrukturalne, technologiczne, kadrowe, demograficzne...? Jeszcze innymi słowy, czy ubezpieczenie, poszczególne jego rodzaje są potrzebne polskiemu systemowi ochrony zdrowia i – jeżeli tak – jakie winny być te ubezpieczenia? Czy wyniki analiz w tym zakresie, odnoszące się do polskiego systemu ochrony zdrowia, mogą być uogólniane na inne systemy zabezpieczeń w Polsce i nie tylko w Polsce?

Wciąż brak jest, niestety, kompleksowej, „pragmatycznej” teorii opisującej i wyjaśniającej dokonującą się zmianę – teorii zarządzania zmianą, która pozwalałaby prognozować i zasadnie stymulować jej dalszy przebieg – kierunek, dynamikę, skutki. Możliwości wykorzystania tradycyjnych politykospołecznych modeli do projektowania strategii zarządzania zmianą ogranicza przede wszystkim brak legitymizacji „przejścia” od społecznych wartości do wyznaczonych celów i strategii realizacji tych celów. Owa „legitymizacyjna luka” nie tylko uniemożliwia najbardziej właściwą na danym etapie przeobrażeń społecznych interpretację podstawowych wartości społecznych przy formułowaniu politykospołecznych celów, ale również – co szczególnie ważne dla praktyki – „zawiesza” artykułowanie pryncypialnych zasad, jako przesłanek bieżącej polityki społecznej, przez co nie chroni, z jednej strony, przed hipostazowaniem, z drugiej zaś strony, przed ideologicznym eskapizmem. Brakuje tym samym kryterium oceny czy, i na ile, poszczególne przypadki naruszania owych zasad, najczęściej w imię tzw. wyższej konieczności, były zasadne, jakie korzyści i jakie szkody społeczne spowodowały (spowodują w przyszłości), szczególnie gdy zakres, granice i sposób owych naruszeń staje się wynikiem politycznego przetargu.⁷ Albowiem, jeżeli nawet akceptujemy dopuszczalność naruszania pryncypialnych zasad, nie możemy przecież *dopuszczalności* traktować jako jednej z tychże pryncypialnych zasad. Ewentualna, każdorazowa decyzja o naruszeniu zasad musi wynikać przynajmniej z szacunku korzyści i strat, jakie w efekcie

⁷ Dobrym przykładem i wynikiem takiego politycznego przetargu było wiosną 2012 r. pyrrusowe zwycięstwo premiera Tuska w sporze z wicepremierem Pawlakiem o granice wieku emerytalnego; Tusk postawił na swoim, ale faktycznie wygrał Pawlak: system emerytalny, który dzięki przesunięciom granicy wieku emerytalnego od 67 roku życia miał stać się bardziej wydolny, w efekcie wprowadzonych przez Pawlaka poprawek i utrzymania szczególnego uprzywilejowania rolników, w istocie zakonserwował zasadę nierówności w imię specyficznie „kastowo” rozumianej społecznej sprawiedliwości i jednostronnego solidaryzmu. W efekcie – doraźnie, nie dość konsekwentnie przeprowadzony remont systemu emerytalnego skazuje go na dalsze skomplikowane naprawianie.

poniesiemy. Dokonanie takiego szacunku nie jest jednak możliwe, jeżeli nie znamy dostatecznie zasad, które naruszamy, albo – jeszcze gorzej – gdy uznajemy (lub udajemy), że nie są one dostatecznie ważne, by podejmować trud szacowania korzyści i strat. W efekcie owa dopuszczalność staje się groźną zasadą.

Wobec braku teoretycznych założeń projektowania efektywnej strategii zabezpieczeń, w tym zabezpieczeń przed ryzykiem utraty zdrowia, poszukiwanie podstaw dla takiej strategii na ogół koncentruje się na analizie zalet i wad funkcjonujących już modelowych rozwiązań w tym zakresie – tych o bogatej już tradycji i ugruntowanej pozycji, a także tych potencjalnie możliwych. Do tych ostatnich należy niewątpliwie rozważana w tej książce użyteczność hybrydowego modelu zaopatrzenia etatystyczno-rynkowego. Zakładam przy tym, że konsekwentne podporządkowanie tego modelu właściwie rozumianym i interpretowanym zasadom ubezpieczeniowym, jeżeli nawet nie zastąpi mu kontestowanego braku teoretycznych podstaw, to przynajmniej wyposaży go w użyteczną protezę gwarantującą istotną poprawę jego efektywności.

Podejmowane w książce kwestie użyteczności ubezpieczenia dla organizacji (i funkcjonowania) ochrony zdrowia obejmują tylko jeden z aspektów, aczkolwiek niewątpliwie jeden z najważniejszych, szerszej problematyki roli ubezpieczenia w zarządzaniu zmianą w specyficznie polskich warunkach społecznej gospodarki rynkowej. Stąd też struktura treści książki podporządkowana jest dwóm głównym wątkom przenikających się w niej rozważań: jeden dotyczy zasad optymalnego dla Polski zabezpieczenia przed ryzykiem utraty zdrowia oraz organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, drugi zaś – możliwości wykorzystania idei i metody ubezpieczenia do konstruowania organizacji i ustalania zasad funkcjonowania efektywnego systemu ochrony zdrowia.

Wiele szczegółowych kwestii składających się na omawianą w książce problematykę podejmowałem już wielokrotnie w ciągu ostatnich kilkunastu lat w ramach licznych konferencji i publikacji,

których większość wykazana została w *Bibliografii*.⁸ Równocześnie, problematyka ubezpieczenia w gospodarce rynkowej od kilkunastu lat jest przedmiotem wykładu w Szkole Głównej Handlowej, zaś zagadnienia organizacji i zarządzania ochroną zdrowia, od blisko dziesięciu lat w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Jeżeli więc niektóre z omawianych kwestii zostały przedstawione nieco bardziej jednoznacznie i zrozumiale, jest to niewątpliwie zasługą bezwzględnej dociekliwości studentów i doktorantów – cierpliwych słuchaczy tych wykładów.

Książka jest także wypełnieniem woli i zadośćuczynieniem – na miarę możliwości – oczekiwaniom moich Mentorów: prof. Włodzimierza Markiewicza i prof. Romana Głowackiego oraz Przyjaciół – prof. Jerzego Handschke, prof. Zbigniewa Nęckiego, prof. Łukasza Sułkowskiego i prof. Tadeusza Szumlicza. Wszystkim im dziękuję za wiele szczegółowych uwag i porad przy redagowaniu tekstu książki oraz za uporczywe nękanie, by wreszcie powstała.

⁸ Ponadto, kilka fragmentów tekstu było wcześniej skrótowo prezentowanych w trzech kolejnych tomach *Polityki Zdrowotnej – Journal of Health Policy, Insurance and Management* (VIII/I, 2011; IX, 2011; X, 2012). Teksty te, zweryfikowane, rozszerzone, ujednoczone i wzbogacone o dodatkową faktografię i argumentację składają się na dwa pierwsze rozdziały książki.

ZARZĄDZANIE ZMIANĄ W OCHRONIE ZDROWIA

1.1. O POTRZEBIE TEORII ZARZĄDZANIA ZMIANĄ SPOŁECZNĄ W OCHRONIE ZDROWIA

Termin *zarządzanie* dzięki powszechności jego stosowania i ogromnemu zakresowi odniesień stał się tak pojemny i przez to „oczywisty”, że posługiwanie się nim w stosunku do czegokolwiek wydaje się wręcz naturalne. Dotyczy to również zarządzania zmianą społeczną w ochronie zdrowia. Jego istota pojmowana jest i najczęściej sprowadzana, przynajmniej przez decydentów odpowiedzialnych za uprawianie polityki zdrowotnej, do reformowania systemu ochrony zdrowia.⁹

⁹ Por. np.: deklarację b. minister zdrowia E. Kopacz: „... Słowo „reforma” nabrało magicznego znaczenia. Ktoś czegoś oczekuje i pod hasłem „reforma” rozumie zmianę, która z dnia na dzień sprawi cud. Dla mnie reforma to jest ciągle zarządzanie zmianą. I ja tą zmianą zarządzam”, [w:] *Opinie*, „Gazeta Wyborcza”, nr 86 z 13.04.2011 r., s. 18.

Na czym jednak to reformowanie ma polegać? Jakie są jego cele – te bliskie i te bardziej odległe? Czego przede wszystkim i w jakim zakresie ma dotyczyć – instytucji, przedsiębiorstw czy organizacji tworzących strukturę systemu ochrony zdrowia, czy może jedynie/ również zakresu ich kompetencji, zadań, odpowiedzialności oraz relacji między nimi? Jak wreszcie tę reformę (restrukturyzację?) systemu przeprowadzać, jakimi siłami, środkami, w jakim tempie, w jakim porządku...? Najkrócej – jaki ma być program reformy, a zarazem szczegółowy jej scenariusz na użytek polityki zdrowotnej?

Debata nad kształtem reformy, tocząca się w Polsce od lat co najmniej piętnastu, nawet w okresach szczególnej intensywności, na żadne z tych pytań nie przyniosła zadowalającej odpowiedzi. Być może dlatego, że miała charakter bardziej polityczny niż merytoryczny, bardziej publicystyczny niż naukowo-badawczy czy przynajmniej ekspercki, bardziej ekonomiczny (wręcz ekonometryczny) niż socjologiczny, filozoficzny czy choćby politologiczny.¹⁰

Nowa odsłona owej debaty, w formie jaką przyjmuje od początku drugiej dekady obecnego wieku, przynosi niewiele nowego – nadal jest to debata powierzchowna, w wielu przypadkach wręcz pozorowana, a przede wszystkim jaskrawo niesymetryczna – zdominowana przez tych interesariuszy, których możliwości prezentowania swoich racji, opinii, argumentów są największe, głównie dzięki sprawowanej władzy i/lub posiadanym środkom finansowym, a tym samym dostępowi do mediów, zdolności pozyskiwania ekspertów i prowadzenia wyrafinowanego lobbingu.

Ukształtowany w ramach i w wyniku takiej upolitycznionej i zmerkantylizowanej debaty „program” reformy systemu ochrony

¹⁰ Książki i opracowania takich autorów, jak J. Hausner, J. Leowski czy C. Włodarczyk, będące próbą systemowego ujmowania tych kwestii, w praktyce polityki zdrowotnej najczęściej odnoszone były do samej „technologii” reformowania; nie szukano w nich na ogół rzeczonych odpowiedzi ani nawet nie traktowano jako „kierunkowskazów” w poszukiwaniach w tym zakresie.

zdrowia będzie skutkował trudnymi do przewidzenia efektami, których ewentualne negatywne konsekwencje mogą objawiać się całymi dekadami lat, kładąc się cieniem na całe życie społeczno-gospodarcze, opóźniając postęp cywilizacyjny kraju, a – pośrednio – ograniczając nawet jego zdolności konkurencyjne na globalnym rynku.¹¹

W debacie publicznej nad przyszłym kształtem systemu ochrony zdrowia, a także innych systemów służących poszczególnym zabezpieczeniom społecznym poszczególnych ryzyk społecznych pojawiają się propozycje, których wprowadzenie zagwarantuje – zdaniem ich autorów i zwolenników – „ostateczne”, a przynajmniej „zasadnicze” rozwiązanie problemu chronicznej niewydolności owych systemów. W odniesieniu do systemu ochrony zdrowia dobrym przykładem takiej propozycji jest lansowana od kilkunastu już lat, koncepcja istotnego usprawnienia polskiego systemu ochrony zdrowia poprzez kompleksowe wprowadzenie doń dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Chodzi przede wszystkim o propozycję upowszechnienia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, w ciągu ostatnich czterech lat szczególnie intensywnie forsowaną przez reprezentantów prywatnych zakładów ubezpieczeń i związanych z nimi ekspertów.

Stopień upolitycznienia, skomercjalizowania i braku symetrii debaty w tym zakresie nie ułatwia oceny poszczególnych rozwiązań proponowanych przez jej uczestników, zalet i wad, korzyści i zagrożeń, jakie się za tymi rozwiązaniami kryją. Trudno tym samym, na podstawie jej przebiegu, określać rolę, miejsce, zadania ubezpieczeniom zdrowotnym w przyszłym kształcie reformowanego systemu ochrony zdrowia. Tym bardziej, że w drugim nurcie tejże debaty, niejako w jej tle, coraz wyraźniej rysuje się pogląd, że obecny system (tzn. system ochrony zdrowia, ale również emerytalny, rentowy,

¹¹ Por. np.: M. Boni (red.), *Raport Polska 2030* [w:] *Wyzwania rozwojowe*, www.polska2030.pl, lipiec 2009; także: Wł. Markiewicz, *Jak spożytkować niemieckie doświadczenia w modernizacji Polski?*, [w:] Morawski W. (red.), *Powiązania zewnętrzne. Modernizacja Polski*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011.

socjalny, mieszkaniowy, zatrudnieniowy, oświatowy, edukacyjny, kulturowy...) jest z gruntu dobry, tylko niekorzystnie zmieniło się jego zewnętrzne otoczenie, jego uwarunkowania, przede wszystkim ekonomiczne i demograficzne – systemowi brakuje i coraz bardziej brakować będzie pieniędzy, głównie „z winy” jego beneficjentów (coraz mniej ich pracuje, płacą zbyt niskie składki i podatki, niedostatecznie się namnażają, a żyją coraz dłużej, mają wciąż nowe, dodatkowe oczekiwania...). W tej sytuacji, aby uratować wydolność systemu, można przecież zmienić parametry jego beneficjentów: starszych zadekretować młodszymi, nie dość chorych – zdrowymi, biednych – zamożniejszymi; wystarczy w tym celu przesunąć granice ryzyka, redefiniując starość, zdrowie, biedę...

Rozwiązania takie, jako owoc rzeczony debaty, nie wydają się groźne same w sobie, a doraźnie, mogą być nawet konieczne. Rzecz w tym jednak, że w każdym przypadku mogą być one traktowane jedynie jako rozwiązania tymczasowe, „z wyboru negatywnego”, a nie jako zasada.

Z tego punktu widzenia największą ułomnością komentowanej tutaj debaty jest niedostatek niezależnie pogłębionej i metodologicznie zdyscyplinowanej refleksji nad samym celem (celami) zarządzania zmianą społeczną, kryteriami i sposobem wyznaczania tego celu oraz realnymi możliwościami jego osiągnięcia. Jeżeli przyjmiemy ponadto, że głównym celem zarządzania zmianą społeczną jest stymulowanie kierunku, tempa, dynamiki procesów przeobrażeń, niezbędne stają się również kryteria ustalania wszystkich istotnych parametrów dokonującej się zmiany oraz określania tego, co winno stanowić jej pożądany wynik. Niezbędna jest zatem refleksja umożliwiająca diagnozę zachodzących zmian, a przede wszystkim określenie: (1) na czym zmiana polega i czego/kogo dotyczy; (2) jak przebiega (w jakim kierunku, w jakim tempie, jaka jest jej dynamika); (3) jakie są jej obecne skutki i jakie mogą być w przyszłości – tej bliższej i tej odległej; (4) od czego zależy zmiana, co ją stymuluje i w jakim stopniu.

Poza aspektem poznawczym, równie ważny jest pragmatyczny wymiar takiej refleksji: (1) w jaki sposób ustalać kryteria pozwalające na ocenę zachodzących przeobrażeń – jakie ich skutki są społecznie pożądane, a jakie zagrażające (komu/czemu, kiedy, w jakim stopniu) oraz (2) jakie są realne możliwości stymulowania zachodzących przeobrażeń – ich kierunku, tempa, dynamiki.

Przedmiotem owej refleksji winna być zatem dokonująca się zmiana społeczna. Celem zaś próba sformułowania nomologicznych praw, reguł, dzięki poznaniu których przebieg zmiany można będzie tylko lepiej poznać i rozumieć, ale również efektywnie stymulować kierunek i dynamikę zmiany. Uznając, że jedną z podstawowych metod stymulowania zmiany jest organizowanie aktywności społecznej wobec powszechnych zagrożeń, teoria taka stanie się fundamentem koncepcji zastosowania idei i metody ubezpieczenia do zarządzania zmianą, zarówno dzięki możliwości stymulowania kierunku i dynamiki przeobrażeń, jak też technologii neutralizowania poszczególnych ryzyk.

Powstaje zatem nowy obszar i nowy przedmiot refleksji naukowej. Refleksji, w wyniku której winna kształtować się **teoria zarządzania zmianą** służąca praktyce uprawiania **polityki społecznej**, a w jej ramach polityk szczegółowych – zdrowotnej, rentowej, emerytalnej, socjalnej, zatrudnienia, mieszkaniowej, oświatowej, edukacyjnej, kulturowej... Specyfika tego przedmiotu badań i odpowiadające tej specyfice metody badania jednoznacznie kwalifikują taką refleksję jako dyscyplinę społeczną zorientowaną na poszukiwanie prawidłowości w zakresie dokonujących się przeobrażeń i – na tej podstawie – możliwości prognozowania ich przebiegu w czasie przyszłym. Jedynie na takiej podstawie mogą być projektowane strategiczne cele polityki społecznej i opracowywane strategiczne programy ich realizacji. Albowiem od ustaleń dokonywanych na gruncie takiej dyscypliny, od zasadności przyjętych założeń teoretycznych oraz stosowanej metodologii badań w największym stopniu zależy prognozytyczna wartość rekomendacji artykułowanych na użytek praktyki

społecznej: odpowiedniość konstruowanych modeli zabezpieczeń do potrzeb społecznych, a w konsekwencji trafność i efektywność zarówno całej polityki społecznej, jak i publicznej.¹²

W przypadku stymulowania procesów zmiany w dziedzinie ochrony zdrowia celem winno być zatem zwiększenie efektywności samego zabezpieczenia zdrowotnego, a nie jedynie służącego mu systemu ochrony zdrowia jako takiego, który zawsze jest tylko jedną z wielu możliwych instytucjonalizacji tego zabezpieczenia. Z tego punktu widzenia reforma systemu ochrony zdrowia winna stanowić jedno z wielu równolegle prowadzonych komplementarnych działań, tzn. działań wzajemnie się uzupełniających i wspierających w realizacji wspólnych, spójnych celów polityki społecznej. Żadna bowiem z polityk szczegółowych (zdrowotna, emerytalna, rentowa, socjalna, mieszkaniowa, zatrudnienia, oświatowa, edukacyjna, kulturowa...) nie może być prowadzona w separacji od innych; wszystkie muszą tworzyć jeden spójny system. Jest to podstawowym warunkiem skuteczności i efektywności całego systemu zabezpieczenia społecznego, a w ramach tego systemu efektywności i skuteczności zabezpieczeń w zakresie poszczególnych ryzyk (utrąty zdrowia, starości, inwalidztwa/niepełnosprawności, ubóstwa/biedy, bezdomności, bezrobocia, wykluczenia...). Tylko takie podejście gwarantuje, że program reformy systemu ochrony zdrowia we właściwy sposób i we właściwym stopniu uwzględni rozmiar i obszary ubóstwa, co odzwierciedli się w zakresie ubezpieczeń podstawowych i zawartości koszyka gwarantowanych świadczeń, zaś odpowiedzią na zmiany demograficzne będzie większa

¹² Zarówno przedmiot tej refleksji naukowej, sposób/metoda jej uprawiania, jak i sfera wykorzystywania dokonywanych ustaleń, kwalifikują tę refleksję raczej jako rodzaj (jedną z) teorii polityki publicznej niż polityki społecznej. Za taką kwalifikacją przemawiają wspólne elementy różnych definicji polityki publicznej, które – wedle J. Woźniackiego – pozwalają skonstatować, iż „polityka publiczna, jest określana, interpretowana i realizowana przede wszystkim przez podmioty publiczne, rzadziej przez prywatne i pozarządowe, a także obejmuje to, czego władza publiczna postanawia nie realizować” (J. Woźniacki, *Nowa dyscyplina – „nauki o polityce publicznej”*, „Nauka”, 1/2012, s. 133).

reorientacja na świadczenia odpowiadające przyczynom utraty zdrowia związanym z podeszłym wiekiem beneficjentów systemu. Tylko takie podejście pozwala też na wyznaczenie właściwej roli i miejsca w systemie ochrony zdrowia poszczególnym rodzajom ubezpieczeń zdrowotnych.

1.2. OGÓLNE ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE I KONCEPTUALNE

Zarządzanie zmianą społeczną w ochronie zdrowia okazuje się więc czymś dalece bardziej złożonym niż proste naprawianie samego systemu ochrony zdrowia – jego finansowej wydolności, usprawnianie organizacji, rozwijanie infrastruktury, kształcenie kadr, czy nawet podnoszenie jakości świadczeń.

Program reformy systemu ochrony zdrowia, traktowanej jako ciągła restrukturyzacja tego systemu stosownie do dokonującej się zmiany społecznej, musi być zatem pochodną i zarazem instrumentem działań zarządczych zarówno o charakterze strategicznym, jak i operacyjnym. W odniesieniu do ochrony zdrowia **zarządzanie strategiczne** obejmowałoby zatem takie działania jak: (1) ustanawianie celów zabezpieczenia zdrowotnego; (2) ustalenie relacji tych celów odpowiednio do celów innych zabezpieczeń społecznych; (3) stonowanie zakresu ochrony zdrowia; (4) projektowanie modelu systemu ochrony zdrowia. Natomiast **zarządzanie operacyjne** zorientowane byłoby na: (1) prognozowanie działań stymulujących kierunek i tempo zmiany społecznej w ochronie zdrowia, stosownie do ustalonych celów i zakresu tej ochrony, oraz realnych możliwości – obecnych, i w dającej się przewidzieć perspektywie czasowej; (2) aktywna polityka zdrowotna – oddziaływanie na uwarunkowania dokonującej się zmiany, na bezpośrednie przyczyny oraz korygowanie niepożądanych skutków zmiany.

Zarządzanie strategiczne i zarządzanie operacyjne nie stanowią dwóch niezależnych działalności zarządczych. Obie te działalności winny jak najefektywniej służyć praktyce – po pierwsze wyznaczaniu celów, ich zakresu, określaniu perspektywy czasowej i sposobów ich osiągnięcia; muszą zatem uwzględniać możliwość ich zoperacjonalizowania oraz realność wykonania, w przeciwnym razie staną się czystą abstrakcją, typowym „pobożnym życzeniem”. Z drugiej zaś strony, programy realizacyjne (w naszym przypadku – programy składające się na doktrynę polityki zdrowotnej)¹³ muszą być bezwzględnie podporządkowane strategicznej wizji bliższych i dalszych celów, ich hierarchii, założonym sposobom ich osiągnięcia w określonych przedziałach czasowych. Dzięki temu możliwe się staje *aktywne zarządzanie zmianą społeczną* (w naszym przypadku – *aktywna polityka zdrowotna*) poprzez stymulowanie *driverów* zmiany (tj. oddziaływanie na jej najbardziej istotne czynniki sprawcze) i tą drogą wpływanie na kierunek zmiany, jej tempo, dynamikę i – ostatecznie – na jej skutki. W przeciwnym razie skazani jesteśmy jedynie na *zarządzanie pasywne* (*pasywną politykę zdrowotną*) polegające na adaptowaniu się do niezależnych od nas wyników dokonującej się zmiany.

Z rozróżnienia zarządzania zmianą na zarządzanie aktywne i zarządzanie pasywne wynikają dwa zupełnie różne scenariusze restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia; w pierwszym przypadku –

¹³ Wobec braku w słownictwie języka polskiego odpowiedników służących różnieniu pomiędzy *politics* i *policy*, przyjmuję „przymiotnikowanie” polityki uznając, że *health (care) politics* to **polityka ochrony zdrowia**, zaś *health care policy* to **polityka zdrowotna**. Określenia te odnoszą się zatem odpowiednio do: **zarządzania strategicznego organizacją ochrony zdrowia** oraz do **zarządzania operacyjnego systemem ochrony zdrowia** (głównie jego podmiotami i relacjami między nimi). Niestety, ze względu na utrwalone w literaturze przedmiotu dwojakie uwikłania znaczeniowe i frazeologiczne terminu *polityka zdrowotna*, trudno w tekście książki zachować dyscyplinowane stosowanie proponowanego rozróżnienia, stąd też przyjmuję, że znaczenie tego terminu może również wynikać z kontekstu, w jakim występuje.

system ochrony zdrowia jest jednym z instrumentów oddziaływania na zmianę, w drugim – stanowi głównie instrument chroniący przed skutkami zmiany (jest to przy tym jedynie ochrona *ex post*, [re]kompensacyjna).

W przypadku uprawiania pasywnej polityki zdrowotnej, na którą bardzo często, wobec niedostatków albo wręcz braku doktryny zdrowotnej, jesteśmy po prostu skazani i w efekcie prowadzona restrukturyzacja systemu (zwana „reformą”) ma jedynie charakter naprawczy, dostosowujący system do wyników zmiany, przez co trudno nawet oceniać efektywność owych adaptacyjno-naprawczych działań. W takiej sytuacji znajdujemy się w typowej *luce strategicznej* (od: *Strategic Planning Gap* – SPG), którą najlepiej może wypełnić właśnie koncepcja określająca zasady strategicznego zarządzania powstała w oparciu o stosowne przesłanki/założenia teoretyczne.

Dystansując się zatem od komentowanej tutaj debaty, uznajemy, że właśnie brak nadrzędnych, jednoznacznych zasad wyznaczania strategicznych celów praktyce polityki społecznej, a nawet nieświadomość braku tych zasad i ich znaczenia może prowadzić do swobodnego „odwrócenia celów i ról”, polegającego na uznaniu prostej efektywności systemu ochrony zdrowia, jego wydolności i sprawności, funkcjonowania, właśnie za jego ostateczny cel, a nie za środek (i miarę stopnia) zaspokajania potrzeb zdrowotnych ludności.

W rezultacie, tak wąsko pojmowanej efektywności zostaje podporządkowana cała praktyka uprawiania polityki zdrowotnej. Polityka zdrowotna zaczyna służyć nie tyle ochronie zdrowia, co ochronie systemu dla niego samego. W krańcowych (aczkolwiek wcale nierzadkich) przypadkach może dochodzić do podporządkowywania celów ochrony zdrowia możliwościom i/lub aktualnej wydolności systemu. Polegać to również może, na przykład, na wspomnianych próbach redukcji poszczególnych ryzyk społecznych poprzez arbitralne ich redefiniowanie i, tą drogą, ograniczanie zobowiązań państwa stosownie do stopnia, w jakim – w ocenie polityków – system (ochrony zdrowia) jest w stanie zobowiązań te wypeł-

niać. Największą zaś groźbę stanowi możliwość dostosowywania celów systemu ochrony zdrowia oraz sposobów realizacji tych celów do oczekiwań poszczególnych grup interesariuszy systemu, pośród których pacjent zawsze pozostaje najsłabszy.

Polityka zdrowotna, jako główny instrument zarządzania zmianą w ochronie zdrowia, stać się więc może instrumentem służącym manipulowaniu ryzykami społecznymi stosownie do aktualnych politycznych potrzeb oraz partykularnych interesów różnych grup lobbujących. W tej sytuacji, reformowanie systemu ochrony zdrowia może sprowadzać się jedynie do jego doraźnego naprawiania – do następnego remontu. Tak więc każda próba jego kompleksowej restrukturyzacji, nieuwzględniająca filozoficznych, politykospołecznych lub przynajmniej zasadnych (racjonalnie określonych) ideologicznych imponderabiliów, będzie kształtować ten system oraz sposób jego funkcjonowania jedynie stosownie do wyników przetargu w ramach aktualnego układu dominujących sił politycznych i/lub oczekiwań najsilniejszych rynkowych interesariuszy.

Ponadto, polityka zdrowotna, jakkolwiek by nie była autonomiczna, musi być elementem jednej, spójnej polityki społecznej. W każdym innym przypadku na pewno będzie nieefektywna. Uprawianie polityki zdrowotnej bez dostatecznego uwzględniania przyczyn i skutków dokonującej się zmiany społecznej we wszystkich jej wymiarach (w tym, na przykład, przyczyn i skutków zmian demograficznych generujących ryzyko „starości”), z góry skazuje tę politykę na porażkę. Prowadzona systematycznie restrukturyzacja systemu ochrony zdrowia musi więc uwzględniać fakt, iż zarówno przyczyny, jak i skutki utraty zdrowia są efektem zmian w zakresie wszystkich innych ryzyk społecznych, ich nakładania się i kumulowania. Do tych zmian dostosowywany być musi zarówno zakres ochrony zdrowia, zawartość koszyka świadczeń gwarantowanych, różnorodność świadczeń, ich dostępność, cena, czy zakres, jak i sposób refundacji leków, czy też infrastruktura szpitalna oraz profil kształcenia kadr medycznych.

Te właśnie postulaty winny również być traktowane jako podstawowe przesłanki określania roli idei ubezpieczenia w organizacji systemu ochrony zdrowia, zaś poszczególnym ubezpieczeniom zdrowotnym ich miejsca i zadań w strukturze tego systemu. Dzięki temu można mieć nadzieję, że w konsekwencji zaowocuje to również najbardziej właściwym dostosowaniem oferty produktowej do faktycznych potrzeb zdrowotnych wszystkich członków populacji – uczestników wspólnoty ryzyka utraty zdrowia.

Ów pragmatyczny aspekt głównego nurtu prowadzonych tutaj rozważań nad zasadnością i możliwością organizacji całego zabezpieczenia zdrowotnego oraz systemu ochrony zdrowia w Polsce wedle zasad ubezpieczeniowych najlepiej określa zakres oczekiwań, jakie w związku z tym mogą być adresowane do postulowanej teorii zarządzania zmianą w ochronie zdrowia. Na użytek tychże rozważań chodzi więc nie tyle o rozbudowaną, kompletną i koherentną teorię badanego wycinka rzeczywistości¹⁴, ile – wobec jej braku – o sformułowanie formalnie (dedukcyjnie) poprawnych założeń na użytek paradygmatu, dzięki któremu będą mogły powstawać modelowe rozwiązania, których stopień praktycznej użyteczności będzie możliwy do prognozowania na podstawie standardowych (także falsyfikacyjnych) procedur weryfikacyjnych. Celem jest bowiem konstruowanie modeli o najwyższej użyteczności i wykorzystywanie ich w praktyce społecznej, przynajmniej do czasu, gdy powstaną nowe, lepsze (bardziej efektywne) modele. Stąd też w następnych rozdziałach zostanie podjęta próba sformułowania takich racjonalnych założeń na użytek owego paradygmatu.

¹⁴ Jeżeli zaś szukalibyśmy jeszcze szerszego kontekstu, można by było również odwoływać się do teorii gier, teorii konfliktu, czy teorii wymiany społecznej, jednakże odniesienia takie znacznie już wykraczają poza ramy prowadzonych tutaj rozważań.

1.3. PODEJŚCIE METODOLOGICZNE

Szukając uzasadnienia dla tez, sądów, domniemań, hipotez składających się na prezentowaną tutaj koncepcję, łatwo ulec pokusie szukania wyłącznie faktów i argumentów potwierdzających owe domniemania, łatwo tym samym narazić proponowaną koncepcję na zarzut, że właśnie z powodu nadmiernej wielości potwierdzających ją różnorodnych faktów i argumentów należy uznać ją za niewiarygodną (lub przynajmniej podejrzaną).¹⁵

Kontestowany brak teorii w naukach o zarządzaniu okazuje się równie dolegliwy jak metodologiczne niedostatki oraz wynikający stąd stosowany w tej dziedzinie wiedzy eklektyzm.¹⁶ Stąd też poszukiwanie właściwej metody rzeczywiście przypomina „podróż między Scyllą rygoryzmu a Charybdą anarchizmu”.¹⁷ W tej sytuacji, najbardziej zasadne wydaje się mówienie raczej o podejściu metodologicznym niż o formalnie zdyscyplinowanej metodzie badawczej.

Uznając niezaprzeczalne walory każdej z czterech rodzajów refleksji metodologicznej uprawianej w naukach o zarządzaniu: pragmatycznej, empirycznej, formalnej i rozumiejącej¹⁸, dalsze roz-

¹⁵ Mam tu na myśli tzw. paradoks wiarygodności koncepcji Dänikena, który na potwierdzenie tezy, iż naszą cywilizację zaszczepili na Ziemi kosmici, przytoczył tak wiele faktów, tak wiele danych z rozmaitych dziedzin, tak wiele argumentów „za”, i żadnych „przeciw”, że właśnie dlatego uznajemy jego dowód za wysoce wątpliwy.

¹⁶ G. B. Rossman, B. L. Wilson, *Numbers and words: combining qualitative methods in a single large-scale evaluation study*, „Evaluation Review”, 9 (5) 1985, s. 627-643; S. Chełpa, *Strategie badawcze kwalifikacji kierowniczych*, „Zarządzanie zasobami ludzkimi”, 1 (2004), s. 61-73.

¹⁷ Ł. Sułkowski, *Rozwój metodologii w naukach o zarządzaniu*, [w:] Czakon W. (red.), *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 39-42.

¹⁸ L. Ostasz, *Homo methodicus. Między filozofią, humanistyką i naukami ścisłymi*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 1999, s. 11-17.

ważania prowadzić będziemy przede wszystkim w ramach historycznie najstarszej refleksji pragmatycznej. O takiej preferencji przesądza zarówno pokrewieństwo tego podejścia do filozofii zdrowego rozsądku, jak też jego odpowiedniość do głównej tezy, prowadzonych w niniejszej książce rozważań, zakładającej możliwość zastosowania paradygmatu ubezpieczeniowego do konstrukcji i praktyki funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia (a także systemów odpowiadających innym zabezpieczeniom społecznym). Istotą tego podejścia jest bowiem zarządzanie zmianą poprzez poszukiwanie takich rozwiązań, które najlepiej służą efektywności funkcjonowania organizacji. Ponadto, podejście to właściwie kierunkuje sformalizowane, hipotetyczne myślenie dedukcyjne, właściwy dobór danych empirycznych oraz interpretację wyników badań ukazujących „istotę badanej rzeczy”, ich rozumienie. Jest to szczególnie istotne w przypadku przedmiotu badań głęboko uwikłanego w konteksty ideologiczne¹⁹ oraz stanowiącego domenę sporów politycznych i zabiegów reformatorskich podejmowanych przez kolejne ekipy rządzące.²⁰

Podejście takie orientuje relacjonowane tutaj badania w kierunku poszukiwania w analizowanym systemie ochrony zdrowia (traktowanym jako system *sui generis*) tych specyficznych cech, które stanowią o jego niepowtarzalnej tożsamości i oryginalności. Wyprecyfikowanie tych cech pozwala na formułowanie hipotez (tutaj domniemań) o ich wpływie na efektywność badanego systemu i sposób jego funkcjonowania w paradygmacie ubezpieczeniowym. Chroni tym samym przed pokusą mechanicznego transferowania rozwiązań zagranicznych (z innych systemów ochrony zdrowia) tylko dlatego, że „tam” się sprawdzają. Nie znaczy to, że wykluczamy przy tym istnienie i oddziaływanie na system ochrony zdrowia reguł, praw ogólnych, powszechnych (odnoszących się do efektywności każdego systemu ochrony zdrowia). Jednakże, to właśnie dzięki takiemu idiograficz-

¹⁹ S. Nowak, *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1985, s. 31.

²⁰ B. Gębski, *Wprowadzenie do metodologii badań społecznych. Problemy konstruowania modeli jakościowych badanych zjawisk*, TWP, Warszawa 2008, s. 15.

nemu charakterowi badania, łatwiej też wykryć i określić zakres i sposób oddziaływania praw nomologicznych.

Za podejściem idiograficznym – rozumiejącym, przemawia także fakt, iż analiza możliwości stosowania ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia odnosić się będzie również do najważniejszych stanowisk prezentowanych w tym zakresie w literaturze przedmiotu nie tylko w hermetycznym języku nauki, ale również w publicznej debacie w publicystyczno-eksperckim języku polityki i lobbingu. Jest to szczególnie ważne, jeżeli celem badania jest nie tylko opis stanu rzeczy (odpowiedź na pytanie – „jak jest?”), ale również wyjaśnienie i zrozumienie „dlaczego tak jest?” oraz prognozowanie „jak być powinno?” i „jak realnie być może?”.

Rozważając podejmowane w książce kwestie, świadomie ograniczamy się zatem do badań i analiz raczej o charakterze idiograficznym niż nomotetycznym (nomologicznym). Albowiem ze względu na brak ogólnych praw i reguł odnoszących się do tej dziedziny rzeczywistości, trudności w identyfikowaniu przesłanek i metod wykorzystywanych do konstruowania systemów ochrony zdrowia w innych krajach europejskich i pozaeuropejskich, odmiennosc warunków w jakich te systemy funkcjonują, ocenianie polskiego systemu ochrony zdrowia w świetle szczegółowych rozwiązań zagranicznych (nawet tych najbardziej efektywnych) nie wydaje się właściwe. Dlatego rezygnujemy również z kompleksowego opisywania i porównywania tych systemów; odwoływać się będziemy jedynie do stosowanych w ich ramach niektórych rozwiązań organizacyjnych oraz – szerzej – do wyników badań empirycznych uzasadniających – zgodnie z zasadami hipotetyzmu dedukcyjnego – ich wprowadzenie do polskiego systemu ochrony zdrowia lub zaniechanie takich prób. Do rezygnacji z rzeczonyj komparatystyki skłania również fakt, iż prowadzone od lat poszukiwania wzorca dla polskiego systemu ochrony zdrowia poprzez porównywanie go do innych systemów „w Europie i na świecie” zaowocowały relatywnie licznymi i obszernymi opracowaniami w polskiej literaturze przedmiotu. Ponadto, jak pokazują kilkuna-

stoletnie doświadczenia wyniesione z co najmniej dziewięciu poważnych przedsięwzięć systemowego reformowania zabezpieczenia zdrowotnego oraz modelu i polskiego wzorca ochrony zdrowia w latach 1997-2011, wszelkie próby importowania zagranicznych rozwiązań i prostego ich implantowania do polskiego modelu, w zderzeniu ze splotem naszych rodzimych uwarunkowań, kończyły się niepowodzeniem.²¹ Doświadczenie uczy zatem, że nie jest to chyba właściwy sposób projektowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Aczkolwiek wiemy skądinąd, że nawet wielokrotna falsyfikacja tej samej hipotezy ostatecznie jej nie wyklucza! Uznajemy jednak, że owe kilkunastoletnie, nieudane próby na tyle rzeczoną hipotezę osłabiły, iż zaniechanie dalszego jej badania (przynajmniej w ten sam sposób) jest w pełni uzasadnione.

Dodajmy na koniec, że preferencja podejścia pragmatycznego jest także wynikiem „z wyboru negatywnego” – konsekwencją niedostatków czy wręcz braku teorii zarządzania zmianą, który to brak nie pozwala na systemowe porządkowanie obszaru badań, hierarchizowanie danych empirycznych i głębsze, bardziej jednoznaczne ich interpretowanie, formułowanie tez i hipotez odnoszących się do priorytetowych zagadnień, jak i w ogóle wyznaczanie jakichkolwiek priorytetów, również w odniesieniu do tego, co, jak bardzo, w jaki sposób i dlaczego jest istotne (przez co podejście „rozumiejące” zostaje faktycznie zmarginalizowane i – co najwyżej – może pełnić służebną rolę wobec metody pragmatycznej, empirycznej czy formalno-dedukcyjnej).

²¹ „Próby te najprościej wyliczyć określając je nazwiskami ich patronów: (1) „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, *Zmiana społeczna w ochronie zdrowiaw Polsce – czyli: o reformie jakiej potrzebujemy*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, Zeszyt 5 (2/2008), s. 55.

1.4. ORGANIZACJA ZABEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO I SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Podejście metodologiczne ze względu na zapowiadany w tytule pragmatyczny cel teoretyczny analiz w prowadzonych rozważaniach, ciągłe odniesienia do praktyki życia społecznego – „nierozwiązywalne” problemy stanowią inspirację do rzeczonych badań teoretycznych i są zarazem najlepszym przykładem możliwych zastosowań teorii, a przynajmniej inspiracją do ich rozwinięcia.

1.4.1. MODEL A SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Z socjologicznego i politologicznego punktu widzenia zobowiązania w dziedzinie zabezpieczeń społecznych potrzeb (zdrowotnych, socjalnych, emerytalno-rentowych, zatrudnienia/pracy, edukacyjno-oświatowych, kulturalnych ...) stanowią podstawową rację istnienia każdego państwa. Są to zobowiązania niezbywalne, albowiem – po pierwsze i przede wszystkim – państwo wycofując się z nich, podkopuje rację własnego bytu, a przynajmniej istotnie ogranicza swoje prerogatywy. Jednakże, z drugiej strony, zobowiązania te, w nadmiernie rozbudowanym zakresie i kształcie, stają się ciężarem, którego państwo na dłuższą metę udźwignąć nie może. W efekcie staje przed dylematem: pokrywać koszty owych zobowiązań wobec obywateli, generując dług publiczny grożący państwu katastrofą finansową, czy – redukując wydatki – ograniczać zobowiązania. W praktyce zarządzania tą dziedziną życia społecznego na ogół zredukowane są zobowiązania, a tym samym, wynikające z tych zobowiązań świadczenia.

Inne, pozaekonomiczne kryteria wyboru schodzą w tej sytuacji na plan dalszy. Co najwyżej podejmowane są próby pomniejszania kosztów za cenę możliwie niewielkiego uszczuplenia zakresu świadczeń. Każda redukcja ma jednak swoje granice, których przekraczanie nieuchronnie powoduje konieczność ograniczania świadczeń zdro-

wotnych w stopniu nieakceptowalnym ze społecznego punktu widzenia. I tak oto stajemy przed problemem wyboru kryteriów, na podstawie których możliwe byłoby wyznaczanie tych nieprzekraczalnych granic. Innymi słowy, co znaczy, czym jest ów „społeczny interes” czy chociażby „społeczny punkt widzenia”, przesądzający o właściwości lub przynajmniej akceptowalności jednych rozwiązań a wykluczaniu innych? Brak takich pryncypialnych kryteriów w formie jednoznacznie wyartykułowanych zasad i powszechnie przyjętego sposobu ich rozumienia oraz dopuszczalnego ich interpretowania sprawia, że żadne chyba ze współczesnych rozwiązań zabezpieczeń społecznych, w tym szczególnie zdrowotnych, nie posiada dostatecznej legitymizacji, nawet ideologicznej. W praktyce uprawianej w różnych krajach we współczesnym świecie polityki społecznej, najczęściej występują rozwiązania hybrydowe, wykorzystujące w różnym stopniu i w różny sposób podstawowe zasady organizacji zabezpieczenia zdrowotnego poprzez instytucjonalizację tego zabezpieczenia.

Prezentowanej w literaturze przedmiotu różnorodności rozwiązań, w rozmaity sposób odwołujących się do zasad zaopatrzenia zdrowotnego obywateli, towarzyszy nader swobodne etykietowanie ich nazwami czy określeniami, dla których trudno znaleźć uzasadnienie w jakiegokolwiek typologii, systematyce przedmiotowej czy nawet pojęciowej etymologii. W szczególności dotyczy to niejednoznacznego i/lub zamiennego posługiwania się terminami: *model* (ochrony zdrowia, opieki socjalnej i emerytalnej...), *zabezpieczenie* (społeczne, zdrowotne, emerytalne...), *system* (ochrony zdrowia, opieki społecznej, emerytalny, socjalny...).

Nie podejmując takiej dyskusji nad trafnością czy właściwością owego etykietowania stosowanego przez różnych autorów, na użytek dalszych rozważań koncentrujących się na możliwości wykorzystania idei i metody ubezpieczenia zarówno w koncepcji modelu zaopatrzenia, kodyfikacji *zabezpieczenia* zdrowotnego, jak i konstrukcji systemu ochrony zdrowia, przyjmijmy możliwie najprostsze rozu-

mienie tych terminów i pojęć oraz występujących między nimi relacji. Rozumienie to zawiera się w stwierdzeniu, iż zabezpieczenie zdrowotne, którego celem jest utrzymanie zdrowia obywateli poprzez zaopatrzenie ich w stosowne świadczenia zdrowotne, zapewnia właśnie **zinstytucjonalizowany system zabezpieczenia zdrowotnego** (zwany najczęściej *systemem ochrony zdrowia*) zorganizowany wedle określonych zasad składających się na mniej lub bardziej spójną koncepcję zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli (przeważnie poprzez zaopatrzenie w świadczenia). Koncepcja ta, w której owe zasady występują w określonej hierarchii i interpretacji, stanowi specyficzny wzorzec zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli (zaopatrzenia ich w świadczenia), jest właśnie modelem ochrony zdrowia.

Przyjmuję bowiem, że **model** to konstrukcja wyabstrahowanych (wedle przyjętych kryteriów) cech/elementów istotnych organizacji, pomiędzy którymi zachodzą określone relacje o stałym charakterze. W konstrukcję tę, w jej ramy, wpisują się różne koncepcje konfigurowania i strukturyzowania elementów (ich cech) i ustalania relacji między nimi, na ogół ze względu na złożone/przyjęte cele oraz postrzegane uwarunkowania i antycypowane okoliczności ich realizacji. Koncepcje te (najczęściej w postaci **doktryn** i/lub o charakterze *doktryn*) są podstawą ustanawiania/powoływania i kształtowania systemu instytucji, przedsiębiorstw i innych podmiotów oraz ustalania relacji między nimi i zasad ich funkcjonowania w celu realizacji określonych celów i zadań, stosownie do aktualnych oraz antycypowanych okoliczności i uwarunkowań.

Stąd też, zależnie od rodzaju przyjętych założeń, dogmatów wartości (i określonych ich interpretacji) model zabezpieczenia zdrowotnego przyjmuje charakter etatystyczny, publiczny, rynkowy, ubezpieczeniowy, partycypacji obywatelskiej (a najczęściej – w różnym stopniu hybrydowy). Model zabezpieczenia zdrowotnego określa ramy projektowanych rozwiązań realizacyjnych, w określony sposób wyartykułowanych i uhierarchizowanych (np. w postaci tzw. priory-

tetów zdrowotnych) z uwzględnieniem uwarunkowań i okoliczności przewidywanych w planowanym czasie obowiązywania owej doktryny. Dopiero przyjęcie określonej **doktryny zdrowotnej** umożliwia nadanie właściwego kształtu strukturze organizacyjnej instytucji, przedsiębiorstw i innych podmiotów oraz ustanowienie relacji między nimi i takich zasad ich funkcjonowania, by możliwie najlepiej służyły – wedle doktrynalnych założeń – wytwarzaniu i dystrybuowaniu dóbr służących ochronie zdrowia. Powstałą w ten sposób instytucjonalizację zabezpieczenia zdrowotnego określamy mianem **systemu ochrony zdrowia**.²² System ochrony zdrowia stanowi zatem urzeczywistnienie modelowych i doktrynalnych założeń w postaci komplementarnych wzajemnie podmiotów, które w wyniku realnie uprawianej polityki zdrowotnej (*health policy*) realizując cele zabezpieczenia zdrowotnego – wytwarzają i dystrybuują dobra służące ochronie zdrowia.

Innymi słowy, model stanowi określoną konfigurację elementów (i ich cech) oraz relacji między nimi istotnych ze względu na jego odrębną tożsamość, natomiast na system ochrony zdrowia składają się ponadto elementy (i ich cechy) oraz relacje między nimi istotne ze względu na skuteczną i/lub efektywną realizację określonych zadań, w danych okolicznościach i w określonej perspektywie czasowej, z założeniem jego ustawicznego restrukturyzowania, stosownie do wyników (aktualnych i przewidywanych) dokonującej się w ochronie zdrowia zmiany.

Zgodnie z opisanymi zasadami i ze względu na sposób zaopatrzenia w świadczenia zdrowotne, modele ochrony zdrowia możemy podzielić na:

²² W podobny sposób organizacje ochrony zdrowia postrzega T. Szumlicz, wedle którego w ramach danego modelu mogą występować różne **wzorce**, które z kolei są podstawą dla określonych wzorów organizowania systemów ochrony zdrowia (T. Szumlicz, *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia*, Glaxo-SmithKline, Warszawa 2007, s. 19).

- **etatystyczne**, tj. zaopatrzenia bezpośredniego poprzez powołane w tym celu służby państwowe (stąd: *służba zdrowia*) lub zaopatrzenia pośredniego poprzez utworzone i kontrolowane przez państwo instytucje publiczne;
- **rynkowe**, tj. zaopatrywania ludności w świadczenia zdrowotne poprzez specjalnie w tym celu organizowany (względnie „uwalniany”) rynek, w różnym stopniu i w różny sposób przez państwo regulowany, który za sprawą mechanizmów popytu i podaży „dóbr zdrowotnych” winien zagwarantować obywatelom państwa optymalny zakres i różnorodność świadczeń, najwyższą ich jakość i dostępność oraz zrównoważoną cenę – akceptowalną dla konsumentów-pacjentów i opłacalną dla producentów;
- **partycypacji obywatelskiej**, tj. zasad odwołujących się do solidarności i zapobiegliwości obywateli oraz wykorzystujących ich zdolność do samoorganizowania się w postaci stowarzyszeń, spółdzielni, fundacji o charakterze charytatywnym, filantropijnym lub wzajemnościowym, sformalizowanych w różnym stopniu i w różny sposób.
- **ubezpieczeniowe**, tj. zaopatrywania w świadczenia zdrowotne poprzez organizację aktywności społecznej opartej na równości, wolności, sprawiedliwości i solidaryzmie wobec wspólnego ryzyka utraty zdrowia i kosztów ponoszenia tego ryzyka.

Owe zasady składające się na poszczególne modele, jeżeli tylko pozostają wzajemnie niesprzeczne, mogą być łącznie stosowane i wykorzystywane do organizowania zaopatrzenia ludności w świadczenia zdrowotne poprzez konstruowanie możliwie najbardziej efektywnych systemów zabezpieczenia zdrowotnego (powszechnie zwanych systemami ochrony zdrowia).

Problem zarządzania zmianą w ochronie zdrowia w praktyce sprowadzić można do stałego weryfikowania i modyfikowania (odpowiednio do wyników tej weryfikacji) systemu ochrony zdrowia służącego zaopatrzeniu w odpowiednie świadczenia i polegającego nie tyle na wyborze jednej z czterech wymienionych (lub poszukiwaniu innych możliwych) zasad konstruowania najbardziej właściwego modelu tego systemu, ile na poszukiwaniu właściwych, dla potrzeb danego społeczeństwa na określonym etapie jego rozwoju, kryteriów wyznaczania proporcji między tymi zasadami – ile i jakiego: etatyzmu, rynku, ubezpieczeń, partycypowania obywatelskiego. Drugą, niezbędną w zarządzaniu zmianą w ochronie zdrowia, w tym szczególnie w praktyce polityki zdrowotnej, grupę kryteriów stanowią reguły pozwalające na taką organizację systemu ochrony zdrowia, by rzucone zasady zaopatrzeniowe nie tylko sobie wzajemnie nie wadziły w ramach konstruowanego i zarządzanego systemu, ale były wobec siebie możliwie komplementarne – by się wzajemnie uzupełniały i wspierały.

Wszystkie te zasady w każdym modelu systemu ochrony zdrowia (i/lub wersji danego modelu) mogą występować (i w praktyce na ogół występują) łącznie, aczkolwiek w różnych interpretacjach i proporcjach, co sprawia, że różne jest ich znaczenie dla tożsamości tych modeli. W niektórych dominują one w stopniu i w sposób na tyle znaczący, że realnie występujące modele określać można jako przede wszystkim „rynkowe”, „etatystyczne”, „ubezpieczeniowe”, czy „obywatelskie” (rezydualne). Tak więc zasady te mogą być traktowane jako wyróżniki poszczególnych typów modeli spełniających założenia określonych koncepcji zabezpieczenia zdrowotnego – zaopatrzenia obywateli państwa w świadczenia zdrowotne.²³ Rzadko jednak występują one

²³ W literaturze typy tych modeli (a raczej różne kształty, jakie one mogą przyjmować) najczęściej określane są nazwiskami ich pierwszych twórców: ubezpieczeniowy – Bismarcka, etatystyczno-publiczny (państwowej służby zdrowia) – Siemaszki, etatystyczny (NHS – publicznej narodowej służby zdrowia) – Beveridga. Nie miejsce tutaj na komentowanie genezy historycznej, polityko-społecznej czy wręcz ideologicznej poszczególnych modeli zabezpieczenia społecznego (w tym także zdrowotnego).

w postaci „czystej” – najczęściej stanowią konfiguracje, w których w różnym stopniu i w różny sposób wzajemnie się przenikają.

Klasyfikując współczesny polski system ochrony zdrowia, w ramach przedstawionej tutaj systematyki modeli zaopatrzenia zdrowotnego, możemy określić go jako etatystyczno-publiczny, wspierany kontrolowanymi przez państwo mechanizmami rynkowymi oraz wykorzystujący (również w limitowanym przez państwo stopniu i zakresie) założenia i metody ubezpieczeniowe; marginalnie zaś – inicjatywę i partycypację obywatelską.²⁴ Natomiast brak kryteriów, które mogą być traktowane jako pryncypia zarządzania zmianą w ochronie zdrowia, postrzegamy jako główną przeszkodę uprawiania racjonalnej polityki zdrowotnej, w tym szczególnie przeszkodę właściwej konstrukcji i efektywnego restrukturyzowania systemu ochrony zdrowia. Uznajemy zatem, że ów powszechnie występujący brak w całej rozciągłości dotyczy zarządzania współczesnym polskim systemem ochrony zdrowia.

Kierując się bowiem „czystym” racjonalizmem (przynajmniej o tyle „czystym”, o ile może być on wolny od ideologicznych i politycznych uwikłań), problem właściwej organizacji zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce (i nie tylko w Polsce) możemy sprowadzić

Zgodzić się jednak trzeba, że określone nurty ideologiczno-polityczne mogły pośrednio lub wręcz bezpośrednio określać kształt modelu ochrony zdrowia. Na określony kształt modelu ochrony zdrowia i różnych jego odmian, a nawet na praktyczne rozwiązania organizacyjno-instytucjonalne mogą mieć też wpływ bieżące potrzeby i cele polityczne (np. rola kas chorych, powołanych przez „żelaznego” kanclerza Bismarcka, w integrowaniu niemieckich landów po wojnie prusko-francuskiej w 1871r.).

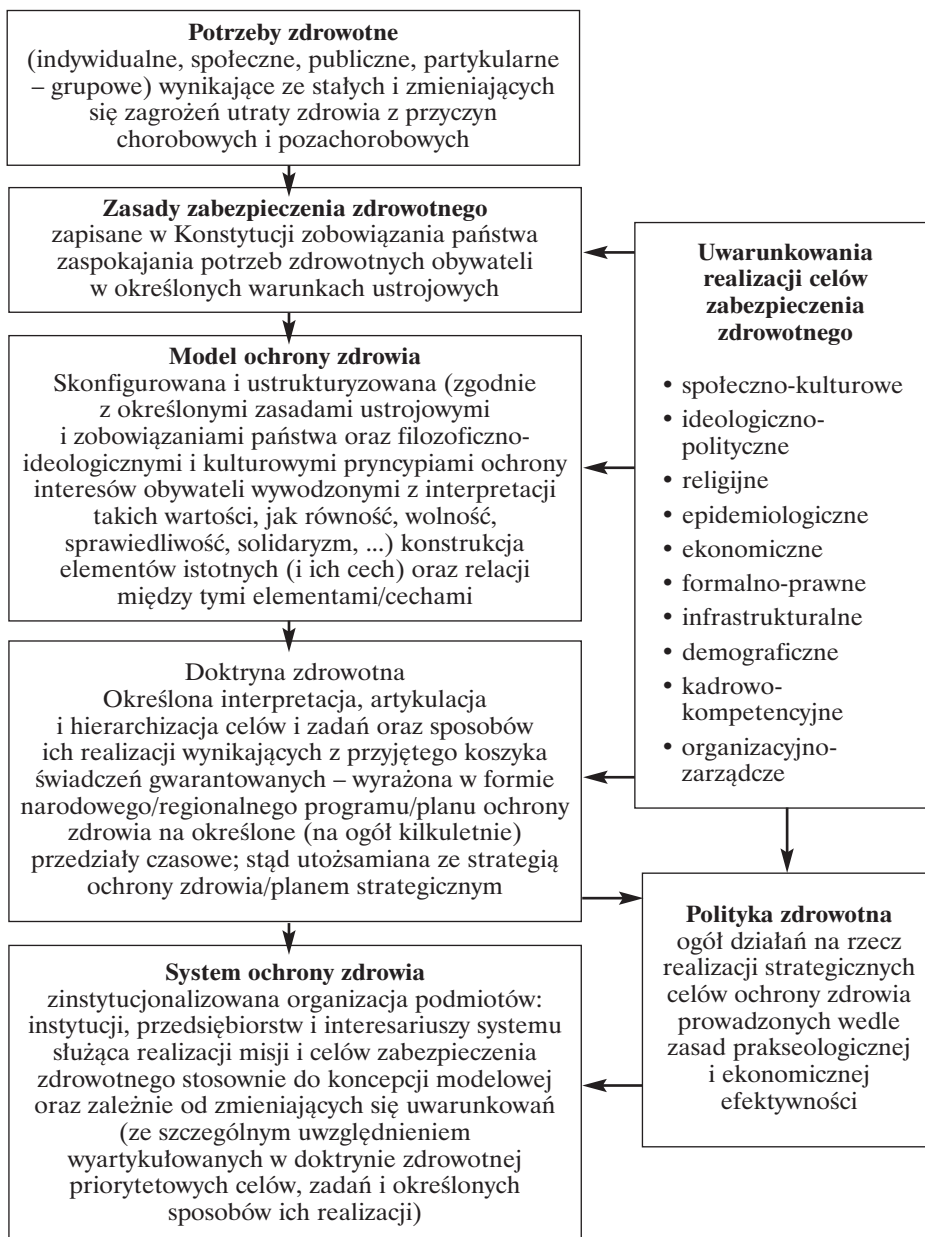
²⁴ Tradycja i kultura filantropii w Polsce nie są zbyt bogate, a już szczególnie wątle okazują się ich ramy instytucjonalne. W państwie opiekuńczym filantrop „prywatny” nie tylko konkuruje z państwem, ale już sam fakt pojawienia się filantropa, jest przez urzędników traktowany jako wyrzut, że nie dość właściwie „opiekują się” obywatelami i potrzebne jest jeszcze jakieś dodatkowe wsparcie. Stąd prawdopodobnie, tradycyjnie już nieprzychylnie nastawienie administracji państwowej i samorządowej (!) do wszelkich spontanicznych, samodzielnych inicjatyw obywatelskich. (Por. R. Holly, *III filar to proteza*, „Gazeta Ubezpieczeniowa”, 44 (655), 1 listopad 2011).

nie tyle do kwestii wyboru najbardziej właściwej – spośród wymienionych czterech – zasad tej organizacji, co do pytania o ich właściwe proporcje oraz jak te zasady nie tyle (i nie tylko) godzić, ile uczynić je wzajemnie komplementarnymi filarami systemu efektywnie działającego w ramach deklaratywnie zapisanego w polskiej Konstytucji ustroju „społecznej gospodarki rynkowej”.

Konkludując, przypomnijmy raz jeszcze, że główny problem zarządzania zmianą w ochronie zdrowia to zapewnienie zdrowia wszystkim członkom populacji; jest to zarazem główny cel, jakiemu ta ochrona służy. Cel ten określa jedno z najważniejszych zobowiązań każdego państwa wobec swoich obywateli. Państwo wywiązuje się z owego zobowiązania, organizując obywatelom zabezpieczenie zdrowotne w postaci zinstytucjonalizowanego systemu ochrony zdrowia, którego zadaniem jest zaopatrzenie obywateli w stosowne świadczenia, odpowiadające ich zdrowotnym potrzebom. Podstawową miarą efektywności modelu i każdego systemu jest ich zdolność do zaopatrywania obywateli w niezbędne, powszechnie dostępne do zachowania zdrowia świadczenia, w możliwie najszerszym zakresie i różnorodności, o możliwie najwyższej jakości i w cenie nieograniczającej owej dostępności. Tak więc komentowane tutaj kryteria służą nie tylko do oceny sprawności systemu, ale wskazują na sposób jego ciągłej restrukturyzacji – ustawicznego dostosowywania do aktualnych potrzeb zdrowotnych i zmieniających się uwarunkowań określających możliwości i sposoby zaspokajania tychże potrzeb.

Prowadzone rozważania pozwalają na podjęcie próby naszkicowania ogólnego schematu organizacji ochrony zdrowia pokazującego wzajemne relacje, jakie zachodzą między modelem ochrony zdrowia, zobowiązaniami państwa i sposobem realizacji tych zobowiązań poprzez system ochrony zdrowia.

Schemat 1. Schemat organizacji ochrony zdrowia (zabezpieczenia zdrowotnego)



Źródło: opracowanie własne w/g: R. Holly, Materiały dydaktyczne dla studiów podyplomowych *Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009.

Okazuje się więc, że zarządzanie systemem ochrony zdrowia, w głównej mierze poprzez uprawianie tzw. *polityki zdrowotnej* (polityki ochrony zdrowia – *health policy*), polega na prowadzeniu działań zmierzających do realizacji celów określonych w danej koncepcji (modelu) ochrony zdrowia, skodyfikowanych w postaci mniej lub bardziej spójnego pakietu uregulowań formalno-prawnych i wyinterpretowanych przez aktualne władze państwa (przeważnie agendy rządowe) do formuły doktryny zdrowotnej (strategii realizacji celów – ich hierarchii, sposobu realizacji, finansowania, uwzględniającej wielorakie uwarunkowania).

Jednakże przedstawiony schemat zależności jest prosty i oczywisty jedynie z pozoru. Nie jest bowiem możliwe jednoznaczne skodyfikowanie zasad ochrony zdrowia w sytuacji, gdy zasady te nie są wyraźnie zdefiniowane, zhierarchizowane, ustrukturuwane i wyinterpretowane – jeżeli nie tworzą spójnej koncepcji określającej i uzasadniającej społeczne cele, perspektywy, kierunki i drogę ich realizacji. Jeżeli zaś zostaną nawet jednoznacznie skodyfikowane i następnie wyartykułowane w formie rygorystycznej doktryny zdrowotnej, praktyka realizacji wyznaczonych celów niechybnie doprowadzi do bezpośredniej konfrontacji z pryncypiami przyjętego modelu ochrony zdrowia. Wystarczy powiedzieć, że to co sprawiedliwe w czasach pokoju i prosperity gospodarczej, bywa że w czasach kryzysu i niepokojów społecznych przestaje być sprawiedliwe. Podobnie z rozumieniem i interpretowaniem równości, wolności czy solidaryzmu. Zatem im wyrazistsza, bardziej spójna i głębiej uargumentowana koncepcja ochrony zdrowia (model tej ochrony), tym pewniejsza, wywołująca mniej konfliktów, bardziej efektywna polityka zdrowotna i tym też łatwiejsze, i bardziej efektywne zarządzanie podmiotami tworzącymi strukturę systemu ochrony zdrowia.

Tabela 1. Schemat struktury systemu ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia (struktura wewnętrzna)		
<p>Instytucje systemu odpowiedzialne za:</p> <ul style="list-style-type: none"> – regulacje określające zasady działalności systemu (kodyfikacje zasad), – 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) 	<p>Przedsiębiorstwa wytwarzające dobra służące ochronie zdrowia</p> <ul style="list-style-type: none"> – non-profit – pro-profit <p>takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • szpitale • przychodnie • przedsiębiorstwa farmaceutyczne • zakłady ubezpieczeń • laboratoria • firmy assistance • hurtownie leków i wyrobów medycznych • apteki 	<p>Organizacje interesariuszy systemu</p> <ul style="list-style-type: none"> – świadczeniobiorców (stowarzyszenia pacjentów) – świadczeniodawców (korporacje lekarzy i innych zakładów medycznych) – ubezpieczycieli – przedsiębiorstw przemysłu farmaceutycznego – producentów świadczeń i urzędzeń służących ochronie zdrowia – organizacji charytatywnych

Źródło: opracowanie własne w/g: R. Holly, *Materiały dydaktyczne dla studiów podyplomowych Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009.

Na użytek praktyki społecznej problem zarządzania zmianą w ochronie zdrowia możemy zatem sprowadzić do kwestii efektywnego (w danym okresie czasu, w danej sytuacji) zarządzania systemem ochrony zdrowia. Przyjmując takie uproszczenie, świadomie godzimy się również (aczkolwiek w praktyce uprawiania polityki zdrowotnej prawdopodobnie najczęściej czynimy to nieświadomie) na pomijanie lub przynajmniej „zawieszanie” kwestii fundamentalnych, w tym przede wszystkim na rezygnowanie z „ostatecznego” imperatywnego artykułowania i deklarowania: czym właściwie jest zdrowie, komu, czemu, na jakich zasadach, w jaki sposób i za jaką cenę ma służyć, a także jakie wartości i jak rozumiane winny określać zasady dostępu do ochrony zdrowia. Równocześnie, wobec braku zadowalających odpowiedzi na te pytania ze strony współczesnej filozofii społecznej, polityki społecznej, a nawet ideologii i doktryny zdrowotnej, na użytek wspomnianej praktyki zarządzania systemem ochrony zdrowia zmuszeni jesteśmy poprzestawać jedynie na założeniach i definicjach konsensualnych, koherencyjnych i/lub konwencjonalno-nominalnych.

Rzecz w tym jednak, że w ramach funkcjonujących modeli ochrony zdrowia pryncypia te nie tylko nie są *explicite* wyartykułowane, ale na ogół trudno nawet dociec, jak i na ile poszczególne wartości i zasady, stanowiące fundament danego modelu, wynikają z konsensusu (jak, czyjego?), z przyjętej konwencji (jakiej, przez kogo?) czy są zasadne/ właściwe/ „słuszne” ze względu na niesprzeczność z innymi wartościami/zasadami określonej koncepcji ochrony zdrowia. Wydaje się, że w tej sytuacji podstawową regułą legitymizacji i wyboru określonego modelu ochrony zdrowia jest jego kompatybilność do danego porządku ustrojowego państwa. Okazuje się jednak, że owa legitymizacyjna ułomność modelu ochrony zdrowia staje się na ogół przyczyną niewydolności zbudowanego w oparciu o taki model systemu ochrony zdrowia.

1.4.2. LEGITYMIZACJA MODELU I DOKTRYNY OCHRONY ZDROWIA A EFEKTYWNOŚĆ I SKUTECZNOŚĆ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Można by przyjąć, że problem braku pryncypiów jest pozorny, nadmiernie abstrakcyjny, wręcz „wydumany” albo, że po prostu „faktycznie” nie istnieje. Można argumentować, że mamy przecież powszechną, międzypokoleniową „umowę społeczną”, z której wynika interpretacja sprawiedliwości społecznej, praw i zobowiązań, solidaryzmu, równości. Urzeczywistnianiu tych wartości służą odpowiadające im zabezpieczenia w formie zinstytucjonalizowanych systemów: emerytalnego, rentowego, ochrony zdrowia, opieki socjalnej, edukacyjnego, zatrudnienia. Efektywność tych systemów przesądza zatem – można by argumentować – nie tylko o stopniu zaspokojenia naszych elementarnych potrzeb, czy też zneutralizowaniu najbardziej dolegliwych ryzyk nękających współczesne społeczności, ale także o stopniu satysfakcji z życia, a w ostatecznym rozrachunku i efekcie – o poziomie powszechnego dobrostanu. Wystarczy więc, że tylko ograniczymy się jedynie do dbałości o efektywność tych sprawdzonych, bo przecież funkcjonujących już od kilkudziesięciu lat, systemów. Sensem i celem naszego działania winna być zatem troska o utrzymywanie systemu w dobrym stanie.²⁵ To, co przeszkadza efektywnemu lub przynajmniej sprawnemu funkcjonowaniu systemu należy zmienić, przystosować w taki sposób, by mu nie wadziło. Jeżeli zaś zawodzą już wszelkie dostępne sposoby, zawsze pozostaje jeszcze możliwość kreatywnej manipulacji ryzykiem, na przykład poprzez jego redukcję – skoro w systemie brakuje środków na wypłaty emerytur ludziom

²⁵ Pogląd taki zdaje się nawet podzielać wielu prominentnych urzędników i ekspertów agend Międzynarodowej Organizacji Pracy, którzy swoją rolę w tym względzie sprowadzają do szukania konsensusu i kodyfikowania postulatów i oczekiwań napływających ze strony różnych organizacji i agend rządowych poszczególnych państw. Por. R. Holly, *III filar to proteza*, „Gazeta Ubezpieczeniowa”, 44 (655), s. 5 oraz: *Pension Reform in Central and Eastern Europe, Sub-regional Expert's Meeting on Pension Reform in Central and Eastern Europe* – książka konferencyjna IPISS, Warszawa, 6-7 października 2011r.

starym, wystarczy przecież, że uchwalimy, iż ludzie stają się starzy dopiero o pięć czy nawet siedem lat później i oto natychmiast mamy nawet nadmiar środków; podobnie, jeżeli nie starcza pieniędzy na finansowanie ochrony zdrowia, wystarczy uchwalić, że każdy, kto jest zdolny do pracy, jest człowiekiem zdrowym, zatem szersza ochrona zdrowia nie musi być mu świadczona; i znowu – środków w systemie aż nadto ²⁶...

Tak więc już sam charakter definicji poszczególnych ryzyk społecznych – od ryzyka bezrobocia i biedy po ryzyko starości, niesamodzielności i utraty zdrowia – kusi do takiego manipulowania owymi ryzykami, by tylko system „wyszedł na swoje”. I tak oto w prosty sposób możemy znaleźć się w sytuacji paradoksalnej, w której to nie system służy ludziom, ale ludzie muszą podporządkować swoje potrzeby systemowi; w sytuacji, w której system, niczym „złoty cielec”, domaga się ofiar. Staje się bowiem wartością i celem samym w sobie, w imię którego zaczynamy zarządzać ochroną zdrowia – poprzez dekretowanie własnych potrzeb, ryzyk, interesów – na rzecz tegoż systemu. Następnie należałoby zapewne zadekretować zdrowie, młodość, bogactwo, a nawet szczęście. Bo sam system jest w istocie dobry, ma jedynie złych beneficjentów i to ich właśnie należy „zrestrukturyzować”...²⁷

W prezentowanej tutaj argumentacji nie chodzi więc o to, by z założenia nie wydłużać wieku emerytalnego czy nie ograniczać roli

²⁶ Podobną pokusę stwarzać może czysto instrumentalnie pojmowana idea i metody wyrównawczej korekty ryzyka – Risk Adjustment, szerzej opisana w tomie VIII/I *Journal of Health Policy, Insurance and Management*, May 2011.

²⁷ Nie jest to możliwość zupełnie abstrakcyjna. W Bhutanie, w połowie lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, a więc już wkrótce po uzyskaniu niepodległości przez to niewielkie królestwo, precyzyjnie zostały zdefiniowane przez jego oświeconego monarchę (króla Singye Wangczuka) najważniejsze dla poddanych wartości, cele i sposoby ich osiągania, stanowiące zarazem o ich odrębności, specyfice i tożsamości narodowej. Od tego też czasu bogactwa kraju i stopnia jego rozwoju nie wyznacza dobrobyt mierzony poziomem konsumpcji dóbr materialnych, ale wskaźnik szczęśliwości narodowej brutto (*Gross National Happiness*) wyliczany na podstawie stopnia

państwa w zabezpieczeniu i zaopatrzeniu zdrowotnym. Rzecz w tym, by nie robić tego wyłącznie ze względu na fakt, że potrzebuje tego „system” (emerytalny, zdrowotny, rentowy, edukacyjny, czy jakkolwiek inny), posiłkując się przy tym argumentami typu: bo dłużej żyjemy w zdrowiu, bo w ogóle dłużej żyjemy, bo lżej niż niegdyś pracujemy i podobnymi merytorycznie jeszcze bardziej przewrotnymi. Podobnie, nie możemy ustalać (w praktyce: ograniczać) celów i zakresu ochrony zdrowia tylko/głównie ze względu na aktualną wydolność systemu ochrony, a więc w sumie po to, by dzięki owym ograniczeniom wydolność tę poprawiać. Czyniąc tak, schodzimy bowiem znacznie poniżej standardów definiowania wartości i wyznaczania celów przyjętych w królestwie Buthanu, gdzie takie standardy mają. Wynikają one wprawdzie z filozoficznych pryncypiów i społecznych imponderabiliów pochodzących z królewskiego nadania, ale – mają!

Wynikający z prowadzonych tutaj wywodów postulat podjęcia obywatelskiej debaty nad pryncypiami współczesnych poszczególnych systemów zabezpieczeń społecznych ²⁸ nie zakłada bynajmniej rezygnacji z jakichkolwiek działań zmierzających do zwiększenia efektywności i skuteczności tych systemów w ich dotychczasowym kształcie. Wydaje się wręcz, że nawet częściowe restrukturyzowanie (jeżeli takowe jest możliwe) owych systemów, choćby poprzez ich racjonalizację, winno być pierwszym celem, którego realizacji nie

utrzymania więzi społecznych, zachowania tradycji, przestrzegania zasad i norm etycznych (głównie buddyjskich), ale także takich parametrów, jak poszanowanie i utrzymanie środowiska naturalnego. Podobnie też chyba można traktować próby parametryzowania i oceniania jakości życia na podstawie innych, arbitralnie ustalonych i agregowanych wskaźników, jak na przykład konfiguracja aktywności społecznej ze zdrowiem, edukacją i materialnym standardem w słynnym *Human Development Index* (HDI).

²⁸ Intencją określenia debaty publicznej mianem „obywatelskiej” jest jej wyróżnienie jako służącej ustaleniu i właściwej interpretacji społecznych pryncypiów, a także jej odróżnienie od „debat” traktowanych jako sposób na uzyskanie akceptacji społecznej (czy wręcz przełamanie oporu społecznego) dla z góry już przesądzonych „słusznych” rozwiązań.

powinien hamować niedostatek wskazań ze strony filozofii i polityki społecznej, aczkolwiek świadomość tych zaniedbań i ich możliwych konsekwencji winna być udziałem tych wszystkich, którzy parają się praktyką uprawiania polityki społecznej. W tej sytuacji zarządzanie systemem ochrony zdrowia w praktyce społecznej polega raczej na wynajdywaniu i wdrażaniu sposobów zwiększania efektywności zastanego systemu w obecnym jego kształcie, niż na poszukiwaniu nowych jego paradygmatów bardziej i lepiej odpowiadających nowym wyzwaniom i jakościom pojawiającym się w wyniku dokonujących się społeczno-ekonomicznych przemian. W konsekwencji, system ochrony zdrowia nie jest traktowany jako jeden z komplementarnych podsystemów jednolitego, kompleksowego systemu zabezpieczenia społecznego, zaś zarządzanie systemem ochrony zdrowia jest bardziej jego naprawianiem niż faktycznym restrukturyzowaniem.

Intensywny rozwój teorii, metodologii i metodyki zarządzania jaki obserwujemy już od ponad ćwierćwiecza i niewątpliwe sukcesy, jakie w praktyce przyniosło wdrożenie wielu tego typu koncepcji teoretycznych i technologicznych, może stwarzać wrażenie, że posługiwanie się technikami nowoczesnego zarządzania zagwarantuje powodzenie nie tylko w biznesie, w realizacji celów przedsiębiorstwa, międzynarodowego koncernu czy nawet sektorów gospodarki narodowej, ale że stanowić będzie także panaceum na niewydolność całych systemów, instytucji i organizacji służących realizacji najważniejszych zobowiązań państwa wobec swoich obywateli – socjalnych, zdrowotnych, rentowych, emerytalnych, oświatowych, zatrudnienia.

Okazuje się jednak, że nowoczesne koncepcje i techniki zarządzania mogą jedynie pomóc w racjonalizacji działania systemu ochrony zdrowia, nie wyręcą natomiast filozofii społecznej od wskazywania pryncypiów, na których systemy te winny być oparte i politykospołecznych imponderabiliów określających zasady ich funkcjonowania.

Nie można się zatem łudzić, że wspomniane braki filozofii i polityki społecznej oraz doktryny zdrowotnej zostaną skompensowane osiągnięciami obserwowanego obecnie gwałtownego rozwoju nauk

o zarządzaniu. Nauki o zarządzaniu nie wygenerują bowiem definicji zdrowia, zasad ochrony zdrowia, doktryny zdrowotnej, długo- i krótko-okresowych celów oraz planów ich realizacji. Wspomóc mogą jedynie politykę zdrowotną w efektywności osiągania tych celów.

Pozbawiona możliwości odwoływania się do owych celów i zasad polityka zdrowotna (jak i w ogóle społeczna) na ogół miota się pomiędzy etatystycznym eksperymentowaniem a rozwiązaniami wolno-rynkowymi oraz – w mniejszym już stopniu – ubezpieczeniowymi.

Problem ten dotyczy zresztą nie tylko współczesnych systemów zabezpieczeń społecznych. W analogiczny, pod wieloma względami, sposób objawia się on w ostatnich latach w gospodarkach większości krajów na świecie, w których specyficzna autonomia i alienacja systemów finansowych, a zarazem ich dominacja nad realną gospodarką, doprowadziły do sytuacji, w której naprawianie tych systemów musi teraz dokonywać się kosztem całej gospodarki, a tym samym obywateli, którym system finansowy winien przecież służyć.²⁹

²⁹ Por. P. Dembiński, *Finanse po zawale. Od euforii finansowej do gospodarczego ładu*, Studio EMKA, Warszawa 2011, a także tegoż autora: *The Role of Large Enterprises in Democracy*, Palgrave, London 2010. W jeszcze inny sposób, ale też jeszcze bardziej zdecydowanie, przeciwko idei podporządkowania polityki społecznej siłom wolnego rynku (który to rynek, w myśl tej idei, skuteczniej jeszcze niż filozofia społeczna ma gwarantować rozwój cywilizacyjny współczesnym państwom, chroniąc je przed skutkami nieprzewidywalnych, „nieodpowiedzialnych” decyzji podejmowanych przez demokracje większościowe – vide Węgry 2011), wystąpił ostatnio Jürgen Habermas w książce *Zur Verfassung Europas* (Berlin, 2011). Habermas jest też chyba jednym z pierwszych, którzy już w latach 80. zwrócili uwagę na zanikanie cywilizacyjnych uniwersaliów – katalogu humanistycznych wartości, które w postaci „oczywistych” i pewnych zasad ukształtowały się tuż po drugiej wojnie światowej i przez ponad trzy dekady uznawane były za normy powszechnie obowiązujące w polityce międzynarodowej, gospodarce, życiu publicznym (Por. także tegoż autora: *Strukturalne przeobrażenia sfery publicznej*, PWN; Warszawa 2007, (*Strukturwandel der Öffentlichkeit* 1962); *Teoria działania komunikacyjnego*, PWN, Warszawa 1999, (*Theorie des kommunikativen Handelns*, 1981); *Faktyczność i obowiązywanie: teoria dyskursu wobec zagadnień prawa i demokratycznego państwa prawnego*, PWN, Warszawa 2005, (*Faktizität und Geltung: Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats* 1992).

Racjonalne, odpowiedzialne zarządzanie ochroną zdrowia w ramach społecznej gospodarki rynkowej wymaga zatem jednoznacznego algorytmu określającego zakres i sposób wykorzystywania mechanizmów wolnego rynku do zaspokajania potrzeb zdrowotnych w sposób zgodny z interesami społecznymi, a przynajmniej nienaruszający tych interesów. W praktyce polityce społecznej stawiany jest jednakże jeszcze jeden trudny do spełnienia warunek: ma to być sposób gwarantujący wprowadzanym rozwiązaniom powszechną aprobatę społeczną, a ich autorom i wdrażającym je decydom nie mniej powszechną popularność i wyborczą „wybieralność”.

W tej sytuacji polityka zdrowotna, która w praktyce sprowadza się właśnie do zarządzania systemem ochrony zdrowia, mimo iż jest swoistą ekwilibrystką niedającą politykom-decydom zbyt szerokiego pola manewru i, mimo że przede wszystkim służy „systemowi”, to jednak poprzez odwoływanie się do „obowiązujących” dogmatów zachowuje wszelkie pozory pełnej kontroli nad tym systemem. Jak się wydaje, jest to możliwe głównie dzięki podtrzymywaniu kruchej równowagi pomiędzy „wdrukowywaną” obywatelom przez system edukacji i perswazji massmediów wizją państwa dobrobytu a powszechnym lękiem przed zagrożeniami, które mogłyby wizję tę zburzyć.³⁰

W zachodnioeuropejskim modelu cywilizacji dobrobytu, do którego aspirujemy, im więcej dóbr, tym więcej lęku przed ich utratą. Świadomość rozlicznych ryzyk rodzi potrzebę zabezpieczenia się przed nimi, nawet za cenę znacznych wyrzeczeń i ofiar na rzecz tak bardzo potrzebnego nam bezpieczeństwa. Gotowość do wyrzeczeń i ofiar staje się tym większa, im ryzyka większe, groźniejsze i bardziej realne, jak na przykład zagrożenie powszechną pandemią, ociepleniem czy globalnym krachem gospodarczym, który może zniweczyć wszelkie rachuby i przyszłe plany oparte na zobowiązaniach instytucji finansowych czy nawet rządowych gwarancjach. Tym łatwiej, że w tej sytuacji, system ochrony, który – wierzymy – może nam to bezpieczeństwo

³⁰ U. Beck, *Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne* (1986), *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Scholar, Warszawa 2004.

zagwarantować, staje się wartością samą w sobie, społecznym celem i zarazem autonomicznym bytem (zawsze więc w pewnym stopniu wyalienowanym), któremu należy służyć, choćby ze względu na wiązane z nim nadzieje. Wobec braku innych możliwości zabezpieczeń pozostaje jedynie oferta wygenerowana przez klasę polityczną, powołaną przecież do zarządzania społecznym ryzykiem. Spór i przetarg polityczny, którymi głównie posługuje się klasa polityczna, okazują się jednak metodą oferującą możliwości ograniczone najczęściej jedynie do rozwiązań poprawnych politycznie, tzn. niewykraczającymi poza ramy partyjnej ideologii oraz dominujących stereotypów myślenia o gospodarce. W efekcie, poruszamy się w kręgu tych samych dogmatów i narzucanych przez nie rozwiązań.

W komentowanej tutaj praktyce zarządzania ochroną zdrowia, które jest traktowane jako uprawianie polityki zdrowotnej, polegające na reformowaniu systemu ochrony zdrowia (co sprowadza się, niestety, jedynie do jego ciągłego naprawiania i/lub remontowania), brak filozoficznych i politykospołecznych imponderabiliów, choćby w postaci interpretacji nadrzędnych wartości, zasad i reguł wyznaczania celów społecznych oraz sposobów ich osiągnięcia odpowiednich dla obecnego etapu rozwoju współczesnych społeczeństw, nie jest jednak odczuwany jako szczególna dolegliwość czy istotna przeszkoda w wypełnianiu przez polityków-decydentów ich politycznej roli w życiu publicznym kraju. Miejsce owych imponderabiliów wypełnia bowiem ich specyficzny substytut, który – niczym kategoryczny imperatyw – determinuje myślenie i działanie polityków-decydentów, tym skuteczniej i bardziej bezwarunkowo, im mniej jest uświadamiany. Najogólniej rzecz biorąc, można przyjąć, że ów imperatyw – co i jak należy robić, reformując system ochrony zdrowia, wynika ze sposobu postrzegania i rozumienia zmian dokonujących się we współczesnym świecie. Imperatyw ten możemy najprościej objaśnić, wskazując na przyczyny trendów zmian jakie opisuje Win de Gooijer, tłumacząc przeobrażenia systemów ochrony zdrowia we współczesnych krajach Unii Europejskiej.³¹

³¹ W. de Gooijer, *Trends in EU Health Care Systems*, „Springer Science+Business Media”, LLC, New York, 2007.

Kierunek tych zmian i sposoby ich wprowadzania wynikają z motywacji opartych na mitach, powszechnych opiniach i przeświadczeniach, że w wyniku postępującej, nieuniknionej globalizacji poszczególne państwa skazane są na ostrą rywalizację na globalnym rynku. Ponoszone przez państwa koszty zabezpieczeń społecznych osłabiają ich konkurencyjną pozycję. Stąd właśnie biorą się gorączkowe poszukiwania nowych metod finansowania poszczególnych zabezpieczeń i próby realokacji odpowiedzialności pomiędzy rządem i organizacjami społecznymi. W analizowanych przez cytowanego autora dokumentach rządowych, partii politycznych, gremiów eksperckich, w unijnych dokumentach programowych, podobnie zresztą jak w analogicznych dokumentach publikowanych w USA dominuje pogląd, który najlepiej wyrażają słowa prezydenta Clintona, że narody, tzn. gospodarki narodowe, są niczym wielkie korporacje rywalizujące na globalnym rynku.³² To właśnie globalny rynek ostatecznie określi nie tylko zasady solidarności społecznej, ale w ogóle sposób organizacji całych społeczeństw.³³ Taki paradygmat myślenia opiera się zarazem na dwóch dogmatach: o prymacie neoliberalnego porządku ekonomicznego oraz o nowej moralności artykułowanej w formie tzw. teorii „publicznego wyboru”.³⁴ Obydwa te dogmaty – neoliberalizacji rynku i indywidualizacji popytu i podaży – wzajemnie się wspierając, stanowią zarazem ideologiczną podstawę legitymizującą działania zmierzające do systematycznego ograniczania wydatków na zabezpieczenia społeczne. W rezultacie, coraz większa liczba ludzi nie uczestniczy w ogólnym wzroście dobrobytu.³⁵

Można zatem wykazać, że legitymizacja modelu ochrony zdrowia niezależnie od tego czy oparta na apoteozie rynku, czy na omnipotencji państwa, czy na spontanicznej aktywności obywatelskiej nie stanowi rękojmi efektywności tej ochrony. Zresztą sama legitymizacja,

³² Tamże, s. 61.

³³ Tamże, s. 62.

³⁴ Tamże, s. 67-75.

³⁵ Tamże, s. 76.

zarówno modelu etatystycznego, rynkowego jak i partycypacji obywatelskiej wydaje się niepełna³⁶ i przez to nad wyraz krucha i niespójna. Natomiast modele hybrydowe łączą, niestety, nie tylko zalety poszczególnych modeli składowych, ale też (a czasem przede wszystkim) ich wady. Stąd ograniczona efektywność opartych na nich systemów ochrony zdrowia i konieczność ich ciągłego, gruntownego reformowania. Ponadto, zależnie od tego, jaka opcja polityczna przejmuje rządy w państwie, niezwłocznie dokonuje reformy struktur systemu ochrony zdrowia, nierzadko nie zmieniając nawet samego modelu i stosownych uregulowań dotyczących zabezpieczenia zdrowotnego. W tej sytuacji, założenia kolejnej reformy systemu ochrony zdrowia, zamiast do zasad modelowych, odwołują się, na przykład, do rodzimej, długoletniej tradycji i/lub międzynarodowych standardów, i/lub eklektycznie dobranych zagranicznych uregulowań formalno-prawnych oraz podobnie wyselekcjonowanych rozwiązań organizacyjnych. Legitymizacja parametryczna oparta na gruntownym, epidemiologicznym rozeznaniu potrzeb zdrowotnych sankcjonuje jedynie słuszność projektowanej w ten sposób kolejnej reformy systemu ochrony zdrowia.

1.5. KOSZYK GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W DOKTRYNIE ZDROWOTNEJ I W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Niezależnie od kryteriów filozoficzno-ideologicznych, socjologiczno-demograficznych czy ekonomicznych, o zakresie zobowiązań państwa w ochronie zdrowia oraz o sposobie realizacji tych zobowiązań przesądzają również kryteria medyczno-technologiczne.

³⁶ Nade wszystko brakuje tym modelom (a tym bardziej wyprowadzonym z nich doktrynom) dostatecznej legitymizacji (1) filozoficzno-ideologicznej, (2) parametrycznej – epidemiologicznej i ekonomicznej, (3) metodyczno-technologicznej, (4) prakseologiczno-zadaniowej.

Przesądzają w sposób szczególny, bowiem – niezależnie od wszelkich innych racji – stanowią warunek *sine qua non* neutralizowania zarówno większości skutków utraty zdrowia jak i ich przyczyn. Określają, które z tych skutków i przyczyn realnie mogą być neutralizowane na aktualnym etapie technologicznego rozwoju. Dzięki temu, a także biorąc pod uwagę koszty owej neutralizacji oraz parametry epidemiologiczne danej populacji, jesteśmy w stanie wyartykułować przesłanki doktryny zdrowotnej w ramach dowolnego modelu ochrony zdrowia. Tą drogą, w sposób możliwie metodologicznie poprawny i najbardziej merytorycznie zasadny, budujemy fundament doktryny zdrowotnej, bez której zarządzanie systemem ochrony zdrowia (tj. uprawianie polityki zdrowotnej) jest niczym żeglowanie bez kompasu. Zaś powstały w ten sposób fundament okaże się tym pewniejszy, im bardziej wartościowy będzie „materiał budowlany”, a w tym przypadku możemy się posłużyć materiałem szczególnie dogodnym na użytek tej budowy – świadczeniami zdrowotnymi, tj. tym właśnie „dobrem”, w które państwo zobowiązane jest zaopatrywać swoich obywateli. Świadczenie zdrowotne³⁷ jako dobro służące ochronie zdrowia obejmuje bowiem nie tylko wszelkie *usługi medyczne*³⁸ i związane z nimi na ogół *świadczenia rzeczowe*, jak na przykład leki, materiały i wyroby medyczne (np. protezy), a także sprzęty rehabilitacyjne i rewalidacyjne, ale również *świadczenia pieniężne* (jedno-

³⁷ Świadczenia zdrowotne – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania, w/g *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. 1991 nr 91 poz. 408).

³⁸ Usługa medyczna to (w wąskim rozumieniu) – sekwencje określonych czynności terapeutycznych, jakie muszą być wykonane, by pacjentowi przywrócić zdrowie. Czynności te mogą być wykonywane przy pomocy różnej aparatury i różnych środków farmakologicznych, mogą się układać w rozmaite procedury odnoszące się do: profilaktyki, diagnozowania, prewencji, terapii, rekonwalescencji, rehabilitacji, rewalidacji – od bardzo prostych i tanich, po złożone i drogie, w/g R. Holly, *Materiały dydaktyczne studiów podyplomowych Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2010.

razowe; okresowe; na ogół na czas rekonwalescencji, rehabilitacji, rewalidacji oraz bezterminowe), a więc pełen asortyment działań zapewniających nie tylko neutralizację skutków realizacji ryzyka utraty zdrowia, ale również neutralizację przyczyn powodujących realizowanie się tego ryzyka.

Wszystkie te działania tworzą właśnie zbiór różnorodnych świadczeń zdrowotnych, spośród których konfigurowany jest pakiet (podzbiór owego zbioru) świadczeń kwalifikowanych (głównie wedle kryteriów medycznych, społecznych, ekonomicznych) do dystrybucji wśród uprawnionych członków populacji (z tytułu samego obywatelstwa, posiadania stosownej polisy ubezpieczeniowej, przynależności do określonej kategorii socjodemograficznej itp.) Dystrybucję tę (zaopatrzenie w określone świadczenia) gwarantuje ustawodawstwo państwa – stąd: *koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych*.

Tabela 2. Rodzaje, zakres i charakter świadczeń zdrowotnych

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE		
NIERZECZOWE	RZECZOWE	FINANSOWE
<ul style="list-style-type: none"> • Usługi medyczne <ul style="list-style-type: none"> – profilaktyczne – diagnostyczne – prewencyjne – ratownicze – zabiegowe – rehabilitacyjne – rewalidacyjne – zachowawcze – pielęgnacyjne – opiekuńcze – paliatywne • Usługi pielęgnacyjne • Usługi opiekuńcze • Usługi assistance (med.) • Usługi concierge 	<ul style="list-style-type: none"> • Materiały medyczne • Wyroby medyczne • Sprzęt medyczny i „okołomedyczny” • Leki i środki farmakologiczne 	<ul style="list-style-type: none"> • Wyплаты jednorazowe – rekompensacyjne <ul style="list-style-type: none"> – za zdarzenie – z tytułu choroby i/lub wypadku – za procentowy ubytek zdrowia – za wyliczoną szkodę na zdrowie – za ból, cierpienie, doznaną krzywdę z powodu choroby lub wypadku (zadośćuczynienie) • Wyплаты okresowe – kompensacyjne <ul style="list-style-type: none"> – na czas choroby – na czas rekonwalescencji – na czas rehabilitacji – na czas rewalidacji – na czas reorientacji zawodowej • Wyплаты bezterminowe – rentowe (za trwałe negatywne skutki zdrowotne choroby lub wypadku i nieszczęśliwego zdarzenia)

Źródło: opracowanie własne w/g: R. Holly, Materiały dydaktyczne dla studiów podyplomowych *Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009.

O zawartości i kształcie koszyka przesądza przede wszystkim: (1) rodzaj modelu ochrony zdrowia, w ramach którego i na użytek którego koszyk jest tworzony oraz (2) hierarchia i interpretacja wartości i zasad (równość, solidaryzm społeczny, wolność „do” i „od”, sprawiedliwość społeczna, efektywność), na których dany model się opiera, które go w największym stopniu legitymizują i określają granice jego tożsamości – dopuszczalny „zakres zmienności” określonych w ten sposób postaci, w jakich jest on traktowany w praktyce społecznej ochrony zdrowia jako obowiązujący wzorzec zaopatrzenia w świadczenia. Zauważmy ponadto, że rodzaje poszczególnych modeli rzadko występują w formie „czystej” – są przeważnie hybrydami, stąd wielość możliwych postaci w jakich owe koszyki pojawiają się w systemach zabezpieczeń różnych krajów oraz pozorna dowolność sposobów konfigurowania świadczeń zdrowotnych, które się na nie składają. W tej sytuacji, najprostszy kryteriami ich konstruowania, klasyfikowania i przyporządkowywania poszczególnym modelom ochrony zdrowia są: (1) zasady i sposób włączania – wyłączenia świadczeń oraz (2) zakres i sposób gwarancji zaopatrzenia w poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych beneficjentów systemu.

Zgodnie z tymi kryteriami koszyki gwarantowanych świadczeń zdrowotnych możemy podzielić (na przykład i przede wszystkim) na pozytywne – enumeratywnie obejmujące tylko te świadczenia, w które gwarant (państwo, powołane w tym celu instytucje) zobowiązuje się, na określonych zasadach, zaopatrywać beneficjentów systemu, oraz negatywne – enumeratywnie obejmujące tylko te świadczenia, w które beneficjenci zaopatrywani nie będą ze względu na brak gwarancji lub ze względu na zakaz ich dystrybuowania i/lub stosowania; wszystkie inne świadczenia są tym samym gwarantowane lub dostępne na innych zasadach (na ogół komercyjnych).

Koszyk, w ramach danego modelu ochrony zdrowia, zawsze jest jeden, aczkolwiek ze względu na zasady i sposób włączania doń – wyłączenia zeń określonych świadczeń oraz zakres i sposób gwarancji zaopatrzenia beneficjentów w te świadczenia, możemy tworzyć –

na użytek tego samego modelu – różne konfiguracje poszczególnych rodzajów świadczeń włączanych – wyłączanych na różnych zasadach i w różny sposób gwarantowanych beneficjentom systemu. Korzystając z tej właśnie możliwości, poszczególne ekipy rządowe, pozostając wierne ideologicznym założeniom ustrojowym państwa, tworzą różne doktryny zdrowotne i – zgodnie z nimi – restrukturyzują (reformują) zastany system ochrony zdrowia. Z tych też względów, w doktrynach zdrowotnych i systemach ochrony zdrowia niektórych krajów funkcjonują koszyki złożone z kilku nawet „filarów” obejmujących różne rodzaje świadczeń włączanych – wyłączanych na różnych zasadach.³⁹

Z punktu widzenia zobowiązań państwa wobec beneficjentów systemu ochrony zdrowia (odpowiedniości tych zobowiązań do faktycznych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, do oczekiwań społecznych w tym zakresie oraz realnych możliwości wywiązania się z przyjętych zobowiązań) najważniejsze jest zdefiniowanie minimalnego poziomu optymalnego zakresu i standardu świadczeń zdrowotnych,

³⁹ Taki charakter ma na przykład koszyk holenderski we wprowadzonym w 2006 r. w tym kraju tzw. publiczno-prywatnym systemie ochrony zdrowia (por. np.: H. Marsse, E. Bartholomée, *A Public-Private analysis of the New Dutch Health Insurance System*, „European Journal of Health Economics”, 8 (2007), s. 77-82; B. Więckowska, *Partnerstwo publiczno-prywatne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – przykład Holandii*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 1/2009; W. Schäfer, M. Kroneman, W. Boerma, M. van den Berg, G. Westert, W. Devillé, E. van Ginneken, *The Netherlands*, [w:] Health system review, Health Systems in Transition, 2010, s. 1-229; także M. Władysiuk, K. Malinowska, *Holandia – źródła finansowania opieki zdrowotnej, koszyk świadczeń i zarządzanie składką*, [w:] Ubezpieczenie zdrowotne a koszyki świadczeń, CEESTAHC, Kraków-Warszawa 2011, s. 267-312.); w publikacjach niektórych autorów wspomniane „filary” identyfikowane są jako odrębne koszyki, funkcjonujące w ramach jednego systemu ochrony zdrowia. Wynika to z niejednoznacznej (z punktu widzenia przyjętych przez nas tutaj kryteriów identyfikacyjnych i zasad typologicznych) definicji koszyka i/lub świadczeń zdrowotnych i/lub procedur medycznych względnie braku właściwych kryteriów i/lub konsekwencji przy typologizowaniu i klasyfikowaniu koszyków; por. np. W. P. Kalbarczyk, K. Łanda, M. Władysiuk, *Ubezpieczenie zdrowotne a koszyki świadczeń*, CEESTAHC, Kraków-Warszawa 2011, s. 536-539.

jakie winny znaleźć się w koszyku świadczeń gwarantowanych przez państwo swoim obywatelom. Określenie rzeczono minimum okazuje się bowiem kluczowym problemem każdej doktryny zdrowotnej – jej realności i przydatności w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia, problemem, który warunkuje możliwość uprawiania spójnej, racjonalnej i efektywnej polityki zdrowotnej.

Wyznaczenie owego minimum w odniesieniu do zakresu świadczeń i poziomu ich standardu (głównie jakości) zdeterminowane jest komentowanymi już wcześniej uwarunkowaniami społecznymi, demograficznymi, epidemiologicznymi czy ekonomicznymi oraz – w sposób szczególnie – medyczno-technologicznymi. Kryteria medyczno-technologiczne przesądają bowiem nie tylko o tym, które choroby i skutki pozachorobowe utraty zdrowia mogą być poddane terapii, w jakim zakresie, w jaki sposób i w jakim czasie, ale też jakim kosztem – jakie środki są konieczne do przywrócenia zdrowia w przypadku określonych przyczyn i skutków jego utraty. Stąd też projektując doktrynę ochrony zdrowia, najpierw bierzemy pod uwagę te właśnie kryteria i następnie konfrontujemy je z pozostałymi uwarunkowaniami określającymi realne możliwości danego systemu ochrony zdrowia. Tak więc neutralizowanie zagrożeń i/lub skutków utraty zdrowia z przyczyn chorobowych i pozachorobowych zależy przede wszystkim od możliwych do zastosowania procedur medycznych (terapeutycznych obejmujących zarówno usługi medyczne, pielęgnacyjne, opiekuńcze jak i okołomedyczne). Wywodząc sens tego terminu z corocznie aktualizowanego wykazu *Current Procedural Terminology*⁴⁰, możemy określić procedurę medyczną jako sekwencję czynności lekarskich (w zakresie profilaktyki, diagnostyki, prewencji, leczenia zabiegowego, rehabilitacyjnego, zachowawczego, pielęgnacyjno-

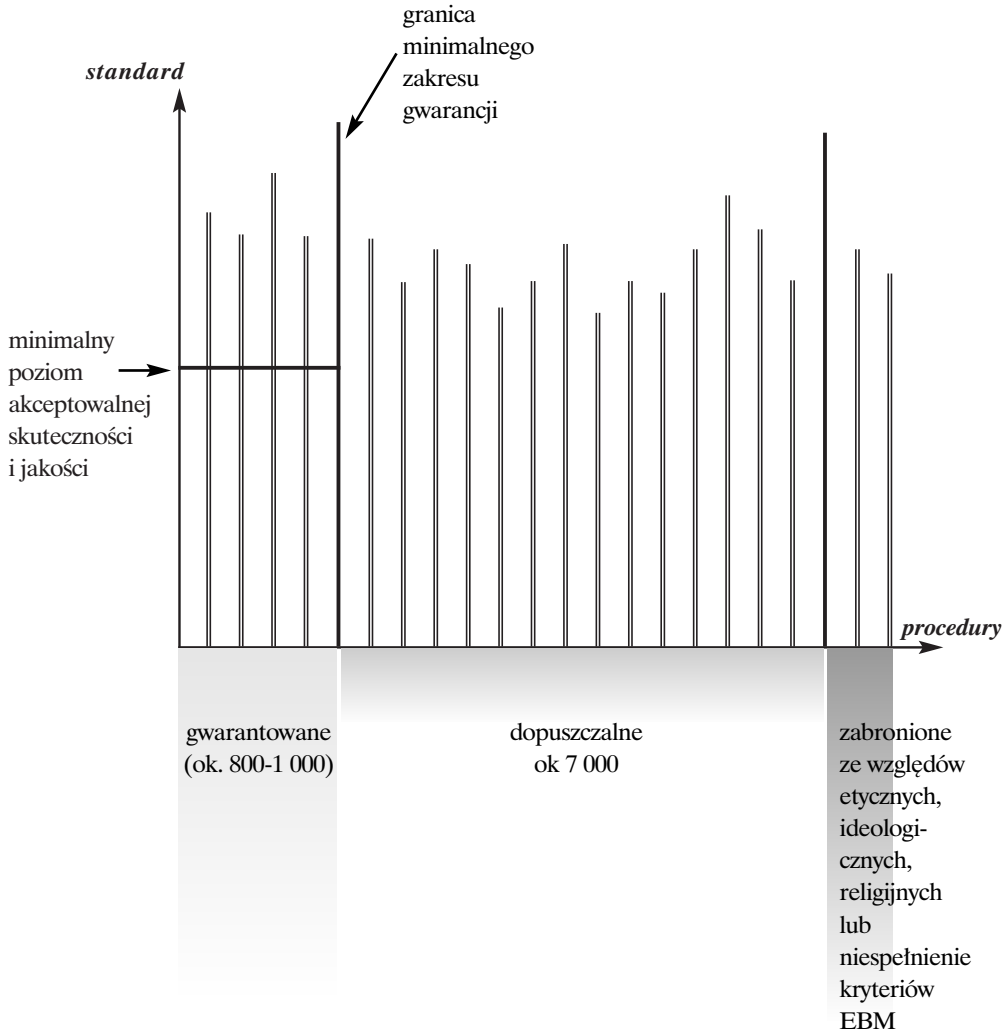
⁴⁰ *Current Procedural Technology* (CPT) to cyklicznie (corocznie) publikowany w USA wykaz ok. 8 tys. stale aktualizowanych, stosownie do postępu technologii medycznych, procedur spełniających kryteria EBM (medycyny opartej na dowodach). „Procedury umieszczone w CPT muszą mieć skuteczność i bezpieczeństwo udowodnione w publikacjach naukowych, być wykonywane przez wielu fachowych pracowników, mieć rekomendację towarzystw naukowych i stanowić odrębne, dające się

-opiekuńczego i paliatywnego konfigurowane stosownie do rozpoznanej (wg ICD-9CM oraz ICD-10) choroby i części ciała, której ona dotyczy oraz aktualnego stanu klinicznego pacjenta) wykonywanych przy użyciu stosownych leków, materiałów, wyrobów i urządzeń oraz przy ewentualnym wsparciu świadczeniami finansowymi.

Procedury potencjalnie obejmują zatem wszystkie nierzeczowe i rzeczowe świadczenia zdrowotne przy równoczesnym, jednoznacznym ich przypisaniu do określonych przyczyn i skutków utraty zdrowia. Dzięki temu, wydzielając te grupy chorób i nieszczęśliwych zdarzeń, ze względu na które – z powodów społecznych, epidemiologicznych, gospodarczych, demograficznych itp. – państwo winno gwarantować ochronę w standardzie możliwie najwyższym (jednakże przynajmniej na minimalnym poziomie akceptowalnej skuteczności i jakości), tworzymy „pozytywny” koszyk świadczeń gwarantowanych.

zidentyfikować świadczenie... kody i definicje CPT są punktem wyjściowym do przypisania każdej procedurze względnej wartości (powstaje w ten sposób skala względnych wartości – *Resource Based Relative Value Scale*), która następnie jest podstawą do wyceny procedur.”, w/g *Terminologia procedur medycznych CPT-PL 2006*, American Medical Association, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2006, s. VIII.

Schemat 2. Model „pozytywno-restrykcyjnego” koszyka gwarantowanych procedur medycznych



Źródło: opracowanie własne w/g: R. Holly, Materiały dydaktyczne dla studiów podyplomowych *Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009.

Koszyk „pozytywny” tworzą więc te wszystkie procedury, których w żaden sposób nie można pominąć ze względu na wymagany (tradycją, „umową społeczną”, przepisami prawa...) zakres ochrony zdrowia. Ów minimalny zakres ochrony zdrowia wyznacza „z drugiej strony” minimalna liczba procedur niezbędnych do jego pokrycia.⁴¹

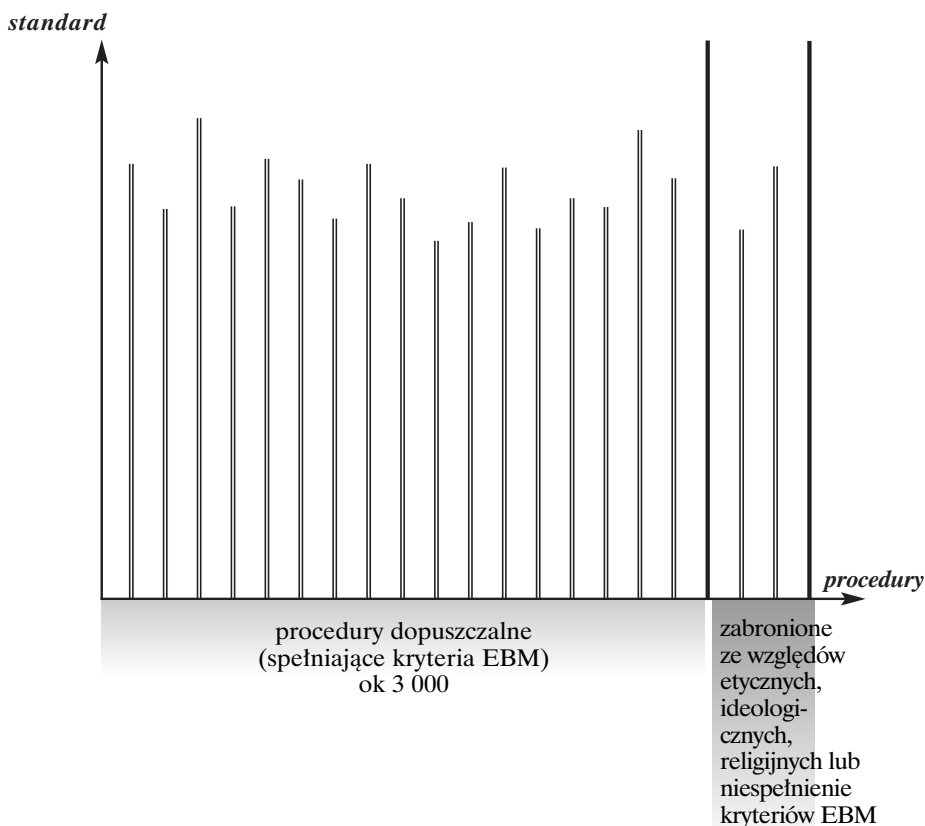
W przypadku, gdy liczba wyspecyfikowanych w ten sposób procedur okazuje się zbyt duża i/lub wyspecyfikowane procedury okazują się zbyt kosztowne do ich sfinansowania przez państwowego/publicznego płatnika, konieczne staje się ograniczenie standardu tych procedur (ograniczenie liczby/jakości leków oraz materiałów i urządzeń medycznych stosowanych w ramach procedur, skrócenie czasu hospitalizacji i/lub rehabilitacji, obniżenie standardu „hotełowego” w szpitalach itp.) przy równoczesnym ograniczeniu świadczeń finansowych wspierających terapię. Ograniczenia te nie mogą jednak przekroczyć granicy wyznaczonej przez standardy minimalnej akceptowalnej skuteczności i jakości leczenia.

⁴¹ Wykaz obejmujący minimalną liczbę procedur koniecznych z punktu widzenia precyzyjnie zdefiniowanych kryteriów może być ustalany (a następnie cyklicznie aktualizowany) na wiele różnych sposobów. Najbardziej metodologicznie poprawna, aczkolwiek żmudna, wymagająca przeważnie wieloletnich prac przygotowawczych, związanych zarówno z analizami epidemiologicznymi, demograficznymi, jak też szczegółowymi wyliczeniami kosztów wręcz poszczególnych czynności lekarskich, jest analiza i procedura *Health Technology Assessment* (HTA). Pierwszy kiluosobowy zespół powołany w tym celu przez Ministra Zdrowia prof. Z. Religę w roku 2007, nie mogąc posłużyć się metodą HTA, zwrócił się do ówczesnych konsultantów krajowych z prośbą o wyspecyfikowanie tych procedur, które – z punktu widzenia reprezentowanych przez nich specjalności – są absolutnie niezbędne. Jednakże nadzieja na wyspecyfikowanie tą drogą około 800-1000 spośród kilku tysięcy procedur, które utworzyłyby „pozytywny” koszyk, okazała się, z różnych powodów, niemożliwa do spełnienia, głównie ze względu na fakt, iż konsultanci traktowali jako „absolutnie niezbędne” praktycznie wszystkie istniejące procedury, wykraczając nawet poza katalog NFZ.

⁴² W istocie jest to jednak koszyk „pozytywny”, bowiem obejmuje wszystkie procedury spełniające kryteria EBM, z wyjątkiem procedur wyłączonych.

Wedle zgoła odwrotnych założeń powstaje koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych zwany „negatywnym”⁴², ponieważ jego konstrukcja i zawartość sprowadza się do wyspecyfikowania procedur wyłączonych (ze względów etycznych, religijnych, ideologicznych, zwyczajowych, jak na przykład procedury aborcyjne, zapłodnienia in vitro, przetaczania krwi, pryncypiów eugeniki genetycznej, eutanazji itp.) oraz zabronionych (ze względu na niespełnianie kryteriów EBM, np. niektóre procedury tzw. medycyny naturalnej).

Schemat 3. Model „negatywnego” koszyka gwarantowanych procedur lub „pozytywnego dla wszystkich procedur EBM”



Źródło: opracowanie własne (R. Holly, Materiały dydaktyczne studiów podyplomowych *Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009).

Utworzenie koszyka „negatywnego” okazuje się nieporównywalnie prostsze – wystarczy wyłączyć procedury nieakceptowane ze względów etycznych, religijnych, ideologicznych itp. oraz te, które nie spełniają wymogów określonych kryteriami EBM. Koszyk ten jednak staje się przysłowiową „kulą u nogi” każdego systemu ochrony zdrowia. Na ogół nie jest bowiem możliwe, nawet w bardzo bogatych krajach, zagwarantowanie na równych prawach wszystkim obywatelom/beneficjentom systemu pełnego dostępu do wszystkich dopuszczonych do terapii procedur, wykonywanych przy tym w możliwym najwyższym standardzie. Dlatego też wszystkie systemy ochrony zdrowia „obsługujące” tego typu koszyki skazane są, niejako z założenia, na chroniczną niewydolność, tolerowanie nierówności w dostępie do świadczeń, obniżanie skuteczności i jakości leczenia, przyznawanie niektórym grupom socjodemograficznym różnorodnych przywilejów niweczących równowagę finansową systemu, narażających system na kolejne załamania i – w konsekwencji – skazujących go na ciągłe „remontowanie”.

Najlepszym tego przykładem jest właśnie współczesny system ochrony zdrowia funkcjonujący w Polsce od września 2009 r. – jedynie deklaratywnie „pozytywny”, bowiem obejmujący wszystkie procedury, które są możliwe do wykonania w realiach systemu, tj. te, które spełniają warunki EBM oraz mogą być technicznie wykonane i sfinansowane.⁴³

Jednoznacznie zdefiniowany i właściwie skonstruowany koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych okazuje się zatem nie tylko niezbędnym instrumentem zarządzania ochroną zdrowia (uprawiania efektywnej polityki zdrowotnej), ale również kryterium oceny możliwości danego systemu ochrony i narzędziem identyfikacji przyczyn

⁴³ Patrz: *Ustawa z dn. 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*; także: *Ustawa z dn. 25 czerwca 2009r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach*.

jego niewydolności. Pozwala przy tym precyzyjnie określić rodzaj, liczbę, zakres i standard świadczeń bazowych (podstawowych) oraz wyznaczyć granice między tymi świadczeniami a świadczeniami, które mogą/powinny być traktowane jako ekstraordynaryjne (dodatkowe). Staje się tym samym niezbędną podstawą formalnego i merytorycznego rozgraniczenia dwóch najważniejszych sektorów ochrony zdrowia w każdym modelu hybrydowym – państwowego/publicznego i prywatnego. Bez tego zaś nie jest możliwe ustalenie właściwych dla efektywnego systemu ochrony zdrowia ról i relacji pomiędzy tymi sektorami i – w konsekwencji – zdefiniowania i wprowadzenia do systemu poszczególnych rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych w taki sposób, by nie tylko sobie wzajemnie nie wadziły, ale – wspierając się wzajemnie – generowały efekt synergii.

UBEZPIECZENIE W ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

2.1. ZAŁOŻENIA UBEZPIECZENIOWEGO MODELU OCHRONY ZDROWIA

Świadomi kontestowanych tutaj niedostatków teoretycznych oraz braków metodologicznych koncepcji zarządzania zmianą w ochronie zdrowia, ale także potrzeb i możliwości w tym zakresie, dalszy wywód będzie prowadzony w ramach dwóch równoległych wspierających się nurtów rozważania o charakterze (1) hipotetyczno-dedukcyjnym – poszukując odpowiedzi na pytania: (a) czy idea i metoda ubezpieczenia może/powinna być uniwersalną zasadą organizacji ochrony zdrowia, bez względu na to, czy może/powinna/musi być równocześnie wspierana przez zasady rynkowe, etatystyczne, charytatywne?, (b) jaki kształt winna przyjąć organizacja ochrony zdrowia według modelu ubezpieczeniowego?, (c) czy wygenerowany w ten sposób kształt systemu ochrony zdrowia jest/będzie właściwy

w polskich warunkach?; oraz o charakterze (2) pragmatycznym – (a) czy konsekwentne podporządkowanie idei i metodzie ubezpieczenia organizacji ochrony zdrowia w Polsce może (na określonych warunkach) stanowić remedium na chroniczną niewydolność systemu ochrony zdrowia w naszym kraju?, (b) jeżeli tak, to jakich ubezpieczeń polski system ochrony zdrowia potrzebuje?, (c) jakie ubezpieczenia i w jaki sposób powinny być wprowadzone do polskiego systemu ochrony zdrowia?

Każda ludzka działalność opiera się na określonej wiedzy odnoszącej się do przedmiotu tej działalności. Charakter i jakość wiedzy – składających się na nią teorii, założeń, metod weryfikacji i empirycznych ustaleń, przesądza o wynikach działalności, zarówno tych bezpośrednich, jak i tych pośrednich, objawiających się w różnych formach i w odległych okresach. Inne będą zatem wyniki działań opartych na mitach, przesądach, tzw. „pobożnych życzeniach”, dobrych chęciach czy, tym bardziej, motywowanych głównie żądzą szybkiego zysku, a inne wyniki działań opartych na wiedzy, na którą składają się ustalenia wynikające z metodologicznie zdyscyplinowanych badań. Upraszczając, można przyjąć, że jakość naszej wiedzy, a tym samym efekty opartych na niej działań, zależą od stosowanych metod badań. Te z kolei są pochodną określonej filozofii poznania, wiedzy, nauki. Skłaniając się do akceptacji poglądu Dawida Deutscha, iż nowe, przełomowe teorie rzadko są pochodną prostego kumulowania wiedzy; nie powstają na drodze indukcji ani też jako wypadkowa różnych dotychczasowych teorii nie dość adekwatnie opisujących rzeczywistość, do której się odnoszą⁴⁴, można się zgodzić, że żadna, najbardziej nawet oryginalna teoria nie powstaje całkowicie *ex nihilo*, aczkolwiek niektórym z nich rzeczywiście trudno jest jednoznacznie przypisać wyraźne podobieństwo do jakichkolwiek innych teorii.

⁴⁴ D. Deutsch, *Struktura rzeczywistości*, Prószyński i S-ka, Warszawa 2006; także: D. Deutsch, *The Begining of Infinity*, Allen Lane Science, New York 2011.

Podejście takie upoważnia do formułowania tez i założeń dla teorii ubezpieczeń zdrowotnych bez szczegółowego relacjonowania i dyskusowania innych koncepcji i poglądów, bez względu na to jak oceniamy ich dojrzałość, metodologiczną poprawność czy praktyczną użyteczność. Krytyczne odniesienia ograniczymy zatem jedynie do tych poglądów czy postulatów, z których wynikają rekomendacje dla praktyki społecznej, całkowicie sprzeczne z prezentowaną tutaj **koncepcją stymulowania zmiany społecznej w oparciu o paradygmat ubezpieczeniowy**.

Rozważania na temat dokonującej się zmiany w ochronie zdrowia i potencjalnej roli, jaką w tym procesie może odegrać ubezpieczenie pozwalają na podjęcie próby sformułowania spójnego systemu tez i założeń niezbędnych do wygenerowania takich rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych, które dla polskiego systemu ochrony zdrowia okażą się najbardziej właściwe – tj. istotnie wspomagające jego efektywność.

Zakładając, że restrukturyzacja polskiego systemu ochrony zdrowia winna być prowadzona zgodnie z ideą i metodą ubezpieczenia, uznajemy również, iż rola i miejsce ubezpieczenia (poszczególnych rodzajów ubezpieczeń) w tym systemie wynika z przyjętego modelu zabezpieczenia zdrowotnego oraz sposobu jego instytucjonalizacji właśnie w postaci systemu ochrony zdrowia. Jeżeli zatem podejmujemy próbę odpowiedzi na pytanie, jakich ubezpieczeń potrzebuje polski system ochrony zdrowia, musimy najpierw określić polski model zabezpieczenia zdrowotnego (przynajmniej jego uwarunkowania i charakter) oraz wynikające stąd założenia dotyczące konstrukcji i zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – jakie być powinny i jakie realnie być mogą.

Komentowany w poprzednim rozdziale niedostatek filozoficznych czy choćby ideologicznych założeń, z których każdy model ochrony zdrowia winien wyrastać, a także niespójność obecnie funkcjonującego w Polsce systemu ochrony zdrowia (co, ponad wszelką wątpliwość, jest jedną z głównych przyczyn jego niewydolności) skłania do podjęcia próby opracowania oryginalnego konstruktów teoretycznego,

nieobciążonego tradycyjnymi podziałami, sposobami klasyfikacji czy uwikłaniami terminologicznymi. Wydaje się, że jest to najkrótsza droga prowadząca do sformułowania katalogu kryteriów niezbędnych do zdefiniowania celów, którym ubezpieczenie (poszczególne rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych) mogą najlepiej służyć w systemie ochrony zdrowia. Rekomendowana tutaj idea organizacji systemu ochrony zdrowia w oparciu o paradygmat ubezpieczeniowy, w odróżnieniu od wielu innych koncepcji promujących ubezpieczenia w ochronie zdrowia, nie zakłada bynajmniej dominacji ubezpieczenia w systemie, podporządkowywania zasad jego funkcjonowania czy struktur organizacyjnych poszczególnym, przeważnie arbitralnie narzucanym, rodzajom ubezpieczeń zdrowotnych i rozwiązaniom ubezpieczeniowym. Opiera się bowiem na fundamentalnym założeniu o służebnej roli ubezpieczenia zarówno wobec celu zabezpieczenia zdrowotnego – neutralizowania ryzyk zdrowotnych, jak i wobec samej instytucjonalizacji tego zabezpieczenia – systemu zapewniającego ochronę zdrowia. Konsekwentne stosowanie tej zasady określa i interpretuje zarówno sens jak i definicję ubezpieczenia zdrowotnego, jego przedmiot, zakres oraz sposób stosowania. Zasada ta jest też podstawą kryteriów wyodrębniania poszczególnych rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych, oceniania ich przydatności do realizacji określonych celów ochrony zdrowia oraz wyznaczania im roli i miejsca w systemie ochrony. Wynika stąd zarazem konieczność sformułowania definicji zdrowia, określenia możliwych przyczyn jego utraty, jak też zagrożeń realizacji poszczególnych celów systemu służącego jego ochronie w „ubezpieczeniowych” kategoriach pojęciowych, tj. w kategoriach umożliwiających opisanie zdrowia jako przedmiotu ubezpieczenia, ryzyk zagrażających jego utracie, a także warunkujących i potencjalnie zagrażających realizacji celów systemu. Pozostawiając na użytek dalszych rozważań bardziej szczegółowe dyskusowanie kwestii, czy ubezpieczenie może być przydatne dla systemu ochrony zdrowia i – jeżeli tak – to jakie, zmierzajmy do sformułowania „ubezpieczeniowej” oferty dla polskiego systemu ochrony zdrowia, najbardziej dla tego systemu przydatnej i zarazem realnej – możliwej do bezpośredniego wdrożenia.

Prowadząc rozważania o różnych kierunkach i możliwych sposobach reformowania systemu ochrony zdrowia, nieuchronnie stajemy wobec problemu, jakim celom, czym (komu) i w jakim stopniu ma ta reforma służyć. Co chcemy, dzięki owym zabiegom reformatorskim, osiągnąć? Pytanie to tylko na pozór wydaje się retoryczne, bowiem już najprostsza i niby bezdyskusyjna odpowiedź – że oczywiście zwiększenie/poprawa wydolności systemu, jego większa efektywność i dzięki temu, powszechne zdrowie – prowokuje jedynie do dalszych pytań o praktykę polityki zdrowotnej, w tym przede wszystkim o to, jakiej doktrynie zdrowotnej winna być ona podporządkowana, co jest źródłem tej doktryny, jakie są jej imponderabilia – generalnie: jakie są (wynikają stąd) ogólne cele i szczegółowe zadania tej polityki? Pytania te nieuchronnie prowadzą nas do konfrontacji z fundamentalną kwestią imponderabiliów systemu ochrony zdrowia, w tym przede wszystkim z problemem merytorycznej (przedmiotowej) legitymizacji całego współczesnego systemu zabezpieczeń społecznych.

Okazuje się, że bez odniesienia się do tej kwestii nie jesteśmy również w stanie projektować roli i miejsca ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia, nie jesteśmy bowiem w stanie dość jednoznacznie zdefiniować ryzyka, które ubezpieczenie ma neutralizować; zaś ryzyko niezdefiniowane jest ryzykiem nieubezpieczalnym. Co więcej, bez jednoznacznej, precyzyjnej odpowiedzi na pytanie czym jest ryzyko utraty zdrowia, na czym polega jego mechanizm realizowania się, jakie i w jakim stopniu niepożądane skutki może wywoływać, nie jesteśmy też w stanie zdefiniować ubezpieczenia zdrowotnego, określić jakiego rodzaju ubezpieczeniem ma ono być objęte, o jakim charakterze, w jaki sposób ma/może ono funkcjonować. Innymi słowy, nie wiemy w jaki sposób stosować metodę ubezpieczenia do neutralizacji ryzyka utraty zdrowia.

Wobec dość szeroko komentowanego już tutaj niedostatku imponderabiliów, na użytek poszukiwanej przez nas odpowiedzi o przedmiot ubezpieczenia zdrowotnego, a tym samym o definicję ryzyka utraty zdrowia, dalsze rozważania koncentrujemy na samej definicji zdrowia,

w której – zakładamy – zawiera się również rozumienie jego braku i możliwość dedukowania o możliwych skutkach tego braku, czyli – o skutkach utraty zdrowia.⁴⁵

Konkludując, przyjmujemy, że wobec braku jednoznacznych filozoficznych, ideologicznych czy choćby doktrynalnych przesłanek pozwalających wyraźnie zdefiniować właściwy dla Polski kształt modelu zabezpieczenia zdrowotnego, o zobowiązaniach państwa w tym zakresie możemy orzekać głównie na podstawie zapisu konstytucyjnego deklarującego „społeczną gospodarkę rynkową” oraz wywodzić je z ducha tej Konstytucji. Drugą przesłanką, pozwalającą snuć domniemanie na temat podstaw wyznaczania celów, zakresu i zasad organizacji zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce, są zawarte w rodzimej i europejskiej tradycji humanistycznej interpretacje równości, sprawiedliwości, solidaryzmu społecznego i wolności obywatelskich. Bardziej jednoznaczne wnioski wynikają z przesłanki trzeciej, jaką stanowią systemowe uwarunkowania celów, zakresu i sposobu organizacji polskiego zabezpieczenia zdrowotnego, tj. społeczne (głównie kulturowe), polityczne, ekonomiczne, epidemiologiczne, infrastrukturalne, organizacyjne, kadrowo-kompetencyjne czy demograficzne uwarunkowania tego zabezpieczenia. Ponadto, biorąc pod uwagę możliwe modelowe wzorce zabezpieczenia zdrowotnego, polski system tego zabezpieczenia możemy określić jako etatystyczno-publiczny, wspierany kontrolowanymi przez państwo mechanizmami rynkowymi oraz wykorzystujący (również w limitowanym przez państwo stopniu i zakresie) założenia i metody ubezpieczeniowe; marginalnie zaś – inicjatywę i partycypację obywatelską. Bardzo ważna w takim modelu systemu zabezpieczenia zdrowotnego jest rola państwa, na którym ciążyą obowiązki i funkcje:

⁴⁵ Godzimy się tym samym na swoisty unik metodologiczny, który – w tym przypadku – wobec komentowanego braku właściwych podstaw merytorycznych, wydaje się przynajmniej na tyle usprawiedliwiony, że konieczny dla dalszego rozumowania.

- właścicielskie,
- regulacyjne,
- stymulacyjne,
- nadzorcze,
- popytowo-podażowe,
- interwencyjne,
- gwarancyjne.

W społeczeństwach biednych uznaje się na ogół konieczność równej dystrybucji środków na zaspokojenie elementarnych potrzeb społecznych, w tym przede wszystkim zdrowotnych, rentowych, emerytalnych, socjalnych. Jest to możliwe poprzez wprowadzenie ubezpieczeniowych mechanizmów wyrównawczych w ramach dwóch modeli zaopatrzenia: etatystycznego i/lub rynkowego. Wydaje się więc, że optymalny dla Polski ubezpieczeniowy model systemu ochrony zdrowia winien mieć właśnie charakter etatystyczno-rynkowy. Biorąc ponadto pod uwagę komentowane już tutaj zapisy konstytucyjne oraz stosowne dokumenty unijne⁴⁶, rekomendować można taki właśnie kierunek stymulowania ewolucji polskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego. W takim modelu systemu wyłaniają się dwie obszary regulacji: obligatoryjnych (ściśle) dotyczących strefy ubezpieczeń bazowych/podstawowych (powszechnych i obowiązkowych) oraz liberalnych dotyczących ubezpieczeń dodatkowych (dobrowolnych i fakultatywnych) – publicznych, prywatnych, wzajemnościowych.

⁴⁶ Por. np.: *Razem na rzecz zdrowia. Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013*, „Biała Księga”, KOM (2007) 630 wersja ostateczna, Bruksela 23. X. 2007.

Każdy system by być efektywny, musi być kompletny (całkowity) i wewnątrznie spójny (wszystkie elementy jego struktury muszą być komplementarne – wzajemnie uzupełniające się i wzajemnie wspierające lub przynajmniej wobec siebie kompatybilne – „przystające” do siebie przynajmniej na tyle, iż sobie nie wadzą). Zatem w spójnej strukturze systemu winien znajdować się komplet komplementarnych wobec siebie elementów niezbędnych do realizacji określonej misji i celów, dla których system ów został utworzony. Tym samym nadmiar określonych elementów tak samo nie służy efektywności systemu jak ich brak, niedostatek lub ułomność.

Zasady te odnoszą się w tym samym stopniu do wszystkich elementów, które tworzą strukturę systemu ochrony zdrowia (jego instytucji, przedsiębiorstw i organizacji służących zaopatrzeniu zdrowotnemu), jak też do samego systemu ochrony zdrowia jako elementu kompleksowego systemu zabezpieczenia społecznego.

Przyjęta z założenia określona rola i miejsce ochrony zdrowia w systemie zabezpieczenia społecznego (jako jednego z zabezpieczeń szczegółowych) ma więc bezpośredni wpływ na kształt modelu zabezpieczenia zdrowotnego. Ponadto, stopień kompletności danego systemu zabezpieczeń społecznych oraz komplementarności jego elementów (wzajemnego uzupełniania się i wspierania systemów zabezpieczeń poszczególnych ryzyk społecznych) musi być też zaliczony do podstawowych przesłanek służących definiowaniu celów i zadań systemu ochrony zdrowia (a przedtem jeszcze artykułowaniu doktryny zdrowotnej) oraz uprawianiu polityki zdrowotnej.

Tabela 3. Ryzyka i systemy zabezpieczeń (przykładowo w składzie nieuwzględniającym określonego kryterium ich ważności, zakresu i powszechności występowania, wzajemnych relacji i sposobu wzajemnego oddziaływania) ⁴⁷

Ryzyko społeczne	Zabezpieczenie systemowe
– utraty zdrowia	system ochrony zdrowia
– starości	system emerytalny
– niepełnosprawności	system rentowy
– biedy, ubóstwa	system opieki/ochrony socjalnej
– bezdomności	system mieszkalnictwa
– wykluczenia	system powszechnej oświaty, edukacji, kultury
– bezrobocia	system zatrudnienia
– śmierć (żywiciela)	system zapomogowo-socjalno- rentowy
– niezdolność do pracy	system ochrony socjalnej
– niedołęstwa starczego	system opiekuńczy
– niezdolności do samodzielnej egzystencji	system pielęgnacyjno-opiekuńczy
– macierzyństwa	system opieki nad matką i dzieckiem (ochrony macierzyństwa)
– wypadku przy pracy	system zapomogowo-rentowy
– nagłych wydatków	system zapomogowo-pożyczkowy

Źródło: opracowanie własne w/g: R. Holly, Materiały dydaktyczne dla studiów podyplomowych *Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009.

⁴⁷ Wymienione w tabeli ryzyka i odpowiadające im zabezpieczenia systemowe nawiązują do tradycyjnego (zalecanego przez Międzynarodową Organizację Pracy [MOP]) w polityce społecznej sposobu identyfikacji i opisu najważniejszych ryzyk społecznych,

Ubezpieczenie zdrowotne (każde z jego rodzajów) nie może funkcjonować poza systemem ochrony zdrowia – musi natomiast stanowić element jego struktury i jako takie, musi być jego elementem komplementarnym (lub przynajmniej kompatybilnym), niekolidującym z innymi, istniejącymi już w jego strukturze elementami. Stąd też musi mieć ono w tej strukturze precyzyjnie określoną rolę i miejsce.

Jak pokazuje schemat konstrukcji zabezpieczenia zdrowotnego (por. Schemat 1, s. 40), o kształcie i sposobie organizacji systemu ochrony zdrowia przesądzają przede wszystkim zobowiązania państwa co do zakresu, zasad i sposobu tej ochrony, której szczegółowe cele, zadania i rozwiązania organizacyjne są sformułowane w postaci urealnionej stosownie do ich wielorakich uwarunkowań. Ta urealniona postać zobowiązań państwa w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego winna być artykułowana w formie określonej doktryny zdrowotnej, okresowo, systematycznie weryfikowanej odpowiednio do postępującego procesu zmiany społecznej (w tym przypadku wyrażającej się głównie zmianą w zakresie wspomnianych uwarunkowań).⁴⁸

który w efekcie prowadzi do ustalenia katalogu ryzyk obecnie kontestowanego, jako nie dość przystającego do faktycznych współczesnych potrzeb i zagrożeń. Szerzej kwestię tę komentować będziemy w dalszych rozdziałach, głównie przy okazji rozważania realności zabezpieczeń gwarantowanych na podstawie ubezpieczeniowych kontraktów społecznych (dla których precyzyjna identyfikacja i opis ryzyka stanowi podstawowy warunek realności ubezpieczeniowych gwarancji).

⁴⁸ Świadomie pominięto tutaj kwestię możliwości wpływania na system ochrony zdrowia poprzez oddziaływanie na kierunek i tempo zmiany społecznej, np. drogą stymulowania poszczególnych, wymienionych wcześniej uwarunkowań. W praktyce uprawiania polityki zdrowotnej winniśmy jednak mieć na uwadze również tę możliwość i – w miarę możliwości – podejmować próby jej wykorzystywania. Dzięki takiej stymulacji uzyskamy bowiem realny wpływ na zmianę i unikniemy konieczności jedynie dostosowywania systemu ochrony zdrowia do wyników dokonującej się zmiany – zakres naprawiania/remontowania systemu będzie znacznie węższy i bardziej przewidywalny.

Realizacja celów zabezpieczenia zdrowotnego (w tym operacjonalizowanie ich w postaci szczegółowych zadań) przez system ochrony zdrowia wymaga precyzyjnego zdefiniowania zdrowia w kategoriach społecznych, medycznych, ekonomicznych i ubezpieczeniowych odpowiednio zinterpretowanych przez określone rozumienie sprawiedliwości, równości, solidaryzmu i wolności. Do kanonu wartości społecznych: równość, sprawiedliwość, wolność, solidaryzm wypowiedianych łącznie i wręcz automatycznie, od kilkunastu co najmniej lat coraz częściej dołączona jest wartość dodatkowa: efektywność. Trudno dokładnie określić, kiedy dokładnie uzyskała ona status równorzędnej wartości społecznej – niewątpliwie jest już ona powszechnie stosowanym kryterium oceny, miarą modelowych koncepcji społecznych zabezpieczeń ale, nierzadko występuje też jako wartość hierarchicznie najwyższa, określająca nadrzędny cel modelowych koncepcji i systemowych rozwiązań w ochronie zdrowia.

Wartość **efektywności** ⁴⁹, jak zresztą każda inna wartość, funkcjonuje w życiu publicznym na kilku różnych poziomach regulacyjnych równocześnie, których nie można mieszać ani utożsamiać. W celu zwiększenia efektywności gospodarki narodowej należy ograniczyć wydatki na zabezpieczenia społeczne ⁵⁰ – wartość efektywności zaczyna więc kłócić się z równością, sprawiedliwością, solidaryzmem, wolnością. Upraszczając, problem możemy sprowadzić do banalnego pytania co jest ważniejsze: mieć lepszy samochód i marne zdrowie, czy jeździć gorszym samochodem w pełni zdrowia? Zgoła inną rolę pełni wartość efektywności jako kryterium oceny stopnia realizacji

⁴⁹ Efektywność rozumiemy tutaj jako maksymalną skuteczność realizacji założonego celu uzyskiwaną możliwie najmniejszym nakładem (sił, środków) w możliwie najkrótszym czasie.

⁵⁰ Tego typu hasła – proste recepty, przytaczane tutaj tytułem „złego przykładu”, stanowią, niestety, nierzadki element retoryki politycznej współczesnej debaty publicznej.

celu ochrony zdrowia, szczególnie gdy celem jest efektywny, a nie tylko skuteczny system zabezpieczenia zdrowotnego. Ale: za jaką cenę i kto, i dlaczego ma tę cenę zapłacić? Odpowiedzi na te pytania zawierają się właśnie w rozumieniu solidarności, równości, wolności i sprawiedliwości.

Tak więc efektywność, mimo że tak niedawno dołączyła do katalogu naczelnych wartości służących jako kryteria organizacji współczesnych państw, zaczęła już w tym katalogu wyraźnie dominować. Co gorsza, staje coraz wyraźniej w konflikcie nie tylko z wartością demokracji, ale również równości, sprawiedliwości, solidaryzmu, wolności.

O kierunkach i sposobach rozwoju społeczeństwa i poszczególnych państw w coraz mniejszym stopniu decydują politycy – reprezentanci swoich wyborców, a w coraz większym tzw. rynki finansowe, traktowane jako umiędzynarodowiony konglomerat podmiotów rynku finansowego. Coraz powszechniejszy staje się więc pogląd, że w efekcie, o losach rządów europejskich państw, o ich trwaniu lub upadku, decydują instytucje finansowe, decydują interesy funduszy inwestycyjnych i banków, a nie rzesza ich klientów. Gdy ponadto, w wyniku przetargu politycznego stymulowanego lobbieniem reprezentantów interesów podmiotów rynku finansowego, interpretacje wartości służących określaniu celów i metod ich realizacji popadają w konflikt, zadośćuczynienie jednym pociąga za sobą sprzeniewierzenie się innym. Którym należy zadośćuczynić, a którym możemy/powinniśmy się sprzeniewierzyć? Czy może o tym przesądzić hierarchia tych wartości? Jeżeli tak, na jakiej podstawie jest ta hierarchia ustalana. Jakie wartości nadrzędne pozwalają na takie ustalenia?...

Skoro więc godzimy się na łamanie określonych zasad, winniśmy przynajmniej wiedzieć, w imię jakich wartości to czynimy i kosztem jakich sprzeniewierzeń.

Jeżeli zatem z interpretacji takich wartości jak równość i sprawiedliwość wynikają postulaty równego, powszechnego dostępu do

świadczeń zdrowotnych składających się na zaopatrzenie zdrowotne, to z rozumienia wolności winny zapewne wynikać postulaty dotyczące zasad dostępu do świadczeń, zaś z rozumienia solidaryzmu społecznego zasady partycypowania w obowiązkach wynikających z praw do ochrony zdrowia. Skoro więc wolność to m. in. prawo dostępu do określonego zakresu świadczeń w określonym standardzie, pożądanym przez pewne grupy socjodemograficzne beneficjentów systemu, system winien taki pożądanym zakres i standard umożliwić. Jeżeli zaś system nie jest w stanie temu podołać, choćby ze względów ekonomicznych, winien wyodrębnić te świadczenia, które gwarantuje w sposób równy i sprawiedliwy na zasadach powszechnego dostępu do nich i te, do których dostęp jest możliwy na zasadach odrębnie określonych, na przykład komercyjnych. Powstaje zatem konieczność wyodrębnienia koszyka powszechnie dostępnych świadczeń gwarantowanych o określonym, minimalnie-optimalnym standardzie oraz świadczeń, które są dostępne na innych zasadach poza tym koszykiem.⁵¹ Jest to też podstawą i głównym kryterium podziału ubezpieczeń zdrowotnych na podstawowe (bazowe) powszechne oraz na ubezpieczenia dodatkowe, które – w takim zamyśle – winny mieć

⁵¹ Problem wyboru pomiędzy koszykiem negatywnym a restrykcyjnym pogłębia i dodatkowo komplikuje nakładająca się na interpretację równości, sprawiedliwości, solidarności potrzeba bardziej jednoznacznej definicji i interpretacji wolności (rozumianej jako obywatelskie swobody „do” i „od”), bez czego trudno rozstrzygać o dopuszczalności i (bez) zasadności włączenia do koszyka świadczeń zdrowotnych procedur aborcyjnych, zapłodnienia in vitro czy umożliwiających eutanazję. Rozstrzygnięć w tych kwestiach nie można przecież podejmować odwołując się wyłącznie do argumentów ekonomicznych czy demograficznych, jakimi głównie – z braku innych, bardziej właściwych – posługują się politycy postulujący reformy emerytalne czy rentowe. Istnieje zresztą coraz więcej dowodów, że równość, wolność i poczucie sprawiedliwości społecznej nie tylko istotnie wzmacniają solidarność i gotowość do partycypacji w sprawach publicznych, ale wyraźnie pozytywnie korelują ze wskaźnikami zdrowotności (stres, otyłość, satysfakcja z życia) oraz długością życia (Por. np.: K. Pickett, R. Wilkinson, *Duch równości. Tam gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej*, „Czarna Owca”, Warszawa 2011). Szerzej o koszykach świadczeń w rekomendowanym tutaj „pozytywno-restrykcyjnym” oraz o koszyku świadczeń negatywnych,

charakter ubezpieczeń ponadstandardowych i uzupełniających, tj. umożliwiających dostęp do świadczeń bazowych o standardzie wyższym niż gwarantowany przez koszyk restrykcyjno-pozytywny (ubezpieczenia ponadstandardowe), a także do tych procedur medycznych, które – z różnych względów – w owym koszyku zostały pominięte (ubezpieczenia rozszerzone – suplementarne).

Ważnym uzupełnieniem wyobrażenia o pożądanym kształcie polskiego systemu ochrony zdrowia jest rozumienie sensu zdrowia w kategoriach społecznych, medycznych, ekonomicznych i ubezpieczeniowych. Z tego punktu widzenia, dla uzyskania odpowiedzi na pytanie czy i jakich ubezpieczeń potrzebuje polski system ochrony zdrowia, najważniejsze wydaje się ustalenie, czym jest zdrowie jako przedmiot ubezpieczenia i jak, w związku z tym, mogą być wykorzystywane ubezpieczeniowe metody neutralizowania ryzyka jego utraty. Ustalenia w tym zakresie będą więc traktowane jako czwarta fundamentalna przesłanka budowania wyobrażeń o najbardziej właściwym dla Polski modelu zabezpieczenia zdrowotnego i ustalania w nim miejsca i roli ubezpieczenia oraz jego poszczególnych rodzajów.

o ich zaletach i wadach, m. in. w: R. Holly, *Ubezpieczenia w polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom II, grudzień 2004; R. Holly, *Model dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom II, grudzień 2004; R. Holly, *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, „Prawo Ubezpieczenia Reasekuracja”, 6/7 (2006); R. Holly, *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne we współczesnej polskiej polityce zdrowotnej i reformowanym systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom VI, październik 2006; R. Holly, *Komercyjne ubezpieczenia dodatkowe w reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] Samoliński B. (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie, Scholar, Warszawa 2006; R. Holly, *Zmiana społeczna w ochronie zdrowia w Polsce – czyli o reformie jakiej potrzebujemy*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, 5 (2008), s. 55-68.

2.2. SPÓR O FORMUŁĘ LEGITYMIZACJI UBEZPIECZEŃ W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Niedostatki legitymizacji funkcjonującego w Polsce modelu hybrydowego, niezależnie od negatywnego wpływu na organizację i sposób funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz próby jego reformowania, powodują, że nasilająca się od połowy pierwszego dziesięciolecia bieżącego wieku publiczna debata nad rolą i miejscem ubezpieczeń w tym systemie wkracza na tory, które idei i metodzie ubezpieczenia w ochronie zdrowia mogą prawdopodobnie przynieść więcej szkody niż pożytku. Dzieje się to głównie za sprawą biznesowego lobbingu uprawianego na różne sposoby przez reprezentantów poszczególnych interesariuszy systemu.

Na ową biznesowo motywowaną legitymizację nakładają się rozmaite postulaty przeciwnych obozów politycznych, które licytują się nierealnymi obietnicami i – w efekcie – popadając w populizm, rozbudowują wizje i rozwiązania zdecydowanie bardziej etatystyczne niż rynkowe”.

Świadomi tego paradoksu, który zresztą coraz wyraźniej zauważają i na różne sposoby komentują zachodni autorzy⁵², liczni polscy politycy-decydenci, a także lobbyści przemysłu ubezpieczeniowego oraz farmaceutycznego, a nierzadko też wspierający ich utytułowani eksperci forsują własne projekty reform i/lub określonych rozwiązań

⁵² Por. np.: wydaną przed pięcioma laty pracę Roberta B. Reicha: *Supercapitalism. The transformation of business, democracy, and everyday life*, Knopf, New York 2007, w której jednoznacznie konstatuje on, iż współcześnie dominujący model neoliberalnej gospodarki rynkowej, której głównym, deklarowanym celem jest możliwie pełne zaspokajanie potrzeb poszczególnych konsumentów w możliwie najlepszy sposób, okazuje się rzeczywiście dostatecznie skuteczny, jeżeli chodzi o właściwe reagowanie na potrzeby jednostek, natomiast niemal zupełnie nieporadny w obliczu wspólnych potrzeb całych społeczności.

systemu ochrony zdrowia, argumentując na ich rzecz w oparciu o ekлекtycznie dobrane fakty, nieweryfikowalne tezy lub wręcz hipostazy, niejednoznaczne stwierdzenia i stronnicze interpretacje. Abstrahując, na przykład, od tych parametrów systemów ochrony zdrowia, które wskazują na ich nieporównywalność, sugerują adoptowanie do polskiego systemu określonych rozwiązań zagranicznych, bo przecież „tam” już się sprawdziły... Cytują wygodnych dla swoich tez autorów, bo to autorytety z renomowanych uczelni, autorzy powszechnie znani i najczęściej cytowani ... Powołują się na określonych ekspertów, bo też powszechnie znani, zatem wybitni i ponadto pracują dla rządu albo dla międzynarodowej korporacji, więc wiedzą. Hasłowo odwołują się do „dominujących światowych trendów”, do „powszechnej praktyki rynków europejskich” i pozaeuropejskich czy wręcz do zasady, że „tak to się wszędzie na świecie robi”. Wszystko to w trosce o interesy konsumentów (klientów-pacjentów), o wydolność systemu, o zdrowie przyszłych pokoleń, o równowagę finansową budżetu państwa...

Ta swoista kakofonia w debacie publicznej stała się już na tyle głośna, że pozwala na rozpoczynanie wystąpień na poważnych konferencjach czy rozpoczynanie artykułów nawet w znaczących czasopiśmie⁵³ stwierdzeniami typu: „Konieczności wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie da się dziś zakwestionować”, zatem – skoro jest to oczywiste – celem reformy, czy wręcz kompleksowej rekonstrukcji całego systemu ochrony zdrowia, powinno być „wprowadzenie masowych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych”

⁵³ Chodzi głównie o popularno-naukowe czasopisma branżowe, które jednak, choćby ze względu na ich oddziaływanie na środowiska związane z ochroną zdrowia, należy uznać za „znaczące”. Podobnie rzecz ma się z niektórymi ukazującymi się ostatnio publikacjami książkowymi na temat ubezpieczeń zdrowotnych, szczególnie tymi redagowanymi nie tyle nawet pod określoną tezę, ale wręcz imperatywny dogmat typu: prywatne ubezpieczenia zdrowotne „być muszą” i to jak najszybciej, problemem jest co najwyżej – jakie? Autorzy piszący do takich książek zamówione u nich autonomiczne „rozdziały” nie zawsze nawet zdają sobie sprawę z dogmatu, który swoim tekstem, przez sam fakt włączenia do wspólnej książki, pośrednio i formalnie uwiarygodniają.

(oczywiście – prywatnych, jak na ogół wynika z dalszej części lektury tego typu tekstów).⁵⁴

Trudno się zatem zżymać, że w toczącej się debacie publicznej nad polskim systemem ochrony zdrowia tak mało jest dyskusji o przyszłym jego kształcie, a tak wiele o możliwych sposobach remontowania i naprawiania systemu istniejącego. Brak imponderabiliów wynikających z pogłębionej filozoficznej refleksji nad istotą dokonujących się zmian i opartych na tej refleksji koncepcji polityko-społecznych nie pozwala bowiem nie tylko na interpretację takich – na pozór oczywistych – wartości i zasad jak solidarność (społeczna), wolność, równość, czy sprawiedliwość⁵⁵, ale nawet na zasadne interpretowanie stosownych zapisów Konstytucji. Z tych właśnie powodów

⁵⁴ Samokrytycznie należy tutaj ocenić również część własnego „wkładu” do owej publicznej debaty, np. poprzez podpowiadanie, jak to najskuteczniej należy zrobić, bez równoczesnego zastrzegania warunków koniecznych, jakie równocześnie winny być spełnione (Por. R. Holly, J. Wachowski, *Health Insurance in Poland and other Central and Eastern European Countries*, „On the Risk, Journal of the Academy of Life Underwriting”, 16 (2) 2000; R. Holly, *Ubezpieczenia w polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom II, grudzień 2004; R. Holly, *Model dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom II, grudzień 2004; R. Holly, *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, „Prawo Ubezpieczenia Reasekuracja”, 6/7 (2006); R. Holly, *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne we współczesnej polskiej polityce zdrowotnej i reformowanym systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom VI, październik 2006; R. Holly, *Komercyjne ubezpieczenia dodatkowe w reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] Samoliński B. (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie, Scholar, Warszawa 2006; R. Holly, *Zmiana społeczna w ochronie zdrowia w Polsce – czyli o reformie jakiej potrzebujemy*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, 5 (2008), s. 55-68.

⁵⁵ Zauważmy jedynie, że w społecznościach biednych za priorytetową uchodzi równość; dopiero państwa bogate, przynajmniej na tyle, że zaspokojenie podstawowych potrzeb ich obywateli zostało już zagwarantowane, mogą sobie pozwolić na upowszechnianie zasad sprawiedliwości. Jakie są jednak kryteria rozróżniania społeczeństw biednych od bogatych? Jak bardzo biedne albo (zarazem) bogate jest dane społeczeństwo? Ile winno w nim być równości, a ile sprawiedliwości? Jakiej równości? Jakiej sprawiedliwości?

nie można bezkrytycznie opowiadać się za dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, którego jednym z głównych celów ma być możliwość omijania przez właścicieli takich polis kolejki do świadczeń. Pomijając nawet przeszkody merytoryczne (bo wydaje się, że – od biedy – doktryna ubezpieczeniowa nie ucierpiałaby z nadto z powodu definicji „ryzyka kolejki”) oraz dużo poważniejsze zastrzeżenia etyczne (które zresztą też, wobec rzezonego braku pryncypiów i imponderabiliów, można by chyba zignorować), trudno wyobrazić sobie taką interpretację Art. 68 Konstytucji, która by tę możliwość dopuszczała.

Można wprawdzie uznać, jak argumentują prawnicy⁵⁶, że prawo równego dostępu do świadczeń dotyczy tylko określonych świadczeń, zaś do wszystkich innych, niż „określone”, zasada równości już się nie stosuje. Wymagałoby to jednak przynajmniej określenia, które ze świadczeń są „określone”, a które nie są i dlaczego nie są. Dałoby się to, być może, zrobić na podstawie restrykcyjnego koszyka negatywnego, ale przecież mamy koszyk pozytywny i nierestrykcyjny. Tak, czy inaczej, by nie narażać się na skazujący wyrok Trybunału Konstytucyjnego, należałoby, w celu wprowadzenia takich ubezpieczeń, dokonać kompletnej przebudowy całego systemu ochrony zdrowia, czyli – przeprowadzić jego gruntowną restrukturyzację. Ale jak to zrobić wobec braku imponderabiliów? Czy nie należałoby zmienić zapisów konstytucyjnych? Na jakie?

Koszt takiej operacji, pomijając nawet problem zasadności jej celu – wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – byłby przeogromny, zaś korzyści – wątpliwe. Trudno bowiem poważnie traktować większość zapewnień i argumentów przytaczanych na poparcie owego projektu, również takich „sztandarowych” argumentów jak: „skrócenie kolejek do świadczeń w ramach puz”, „lepsze dostosowanie zakresu i sposobu ochrony zdrowia do potrzeb pacjentów”

⁵⁶ Por. np.: M. Matczak, G. Mączyński, *Wbrew Konstytucji*, „Menedżer Zdrowia”, 8 (2011), s. 44-45.

czy „dodatkowy strumień środków na rzecz puz”.⁵⁷ Wyniki metodologicznie zdyscyplinowanych badań prowadzonych zarówno za granicą, jak i ostatnio również w Polsce, jednoznacznie pokazują, że zamiast zapowiadanych pożytków wynikających z powszechnego wprowadzenia takich ubezpieczeń, skutki mogą być wręcz odwrotne.

Już w 1989r. Renner i Navarro zauważyli, że brak ubezpieczenia zdrowotnego jest nie tyle (a na pewno nie tylko) skutkiem biedy, co zmiany charakteru pracy i sposobu zatrudnienia – przechodzenia z etatów „na posadach” do samozatrudnienia.⁵⁸ Tak więc niezależnie od faktu, iż trzy czwarte z 47 milionów nieubezpieczonych Amerykanów to osoby bezrobotne, brak ubezpieczenia pozostałych na pewno nie jest skutkiem biedy; są to bowiem głównie przedstawiciele klasy średniej, prowadzący małe lub średnie przedsiębiorstwa względnie dobrze prosperujące interesy rodzinne, a więc osoby, które na pewno stać na wykupienie stosownych do ich potrzeb zdrowotnych polis. Co gorsza, bardzo wielu spośród tych, którzy takie prywatne ubezpieczenie wykupili, ma zakres ochrony nieadekwatny do ich faktycznych potrzeb. Jednym ze skutków tego stanu rzeczy są poważne trudności z pokrywaniem rachunków za świadczenia zdrowotne, co dotyczy aż 26% osób po 65 roku życia.⁵⁹ Dane te dobrze korespondują z wynikami badań M. Schustera z 1998 r., który ustalił, że nawet 30% prywatnie ubezpieczonych pacjentów ma polisy, które rozmijają się z ich potrzebami zdrowotnymi i – co gorsza – pacjenci ci nadal kontynuują te ubezpieczenia.⁶⁰

⁵⁷ Por. np.: *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków*, PIU, Warszawa 2011, czy K. Woźniak, *Stara recepta na zdrowie*, „Menedżer Zdrowia”, 10 (2011), s. 42-47.

⁵⁸ C. Renner, V. Navarro, *Why is our population of uninsured and underinsured persons growing? The consequences of the „deindustrialization” of America*, „Annual Review of Public Health”, 10 (1989), s. 85-94.

⁵⁹ S. R. Colins (et al.), *Gaps in Health Insurance, An All-American Problem, Findings from the commonwealth fund Biennial health insurance survey*, New York, April 2006

⁶⁰ M. Schuster (et al.), *How good is the quality of health care in the United States*, „Milbank Quarterly”, 76 (4) 1998, s. 517-563.

Użyteczność tego typu ubezpieczeń na amerykańskim rynku „paradoksu dostępu i deprawacji”⁶¹ najlepiej definiują kompleksowe badania z 2003 r. obejmujące dwa porównywalne obszary terytorium USA, przy czym na jednym z nich pacjenci otrzymywali o 60% więcej świadczeń i usług medycznych (mierzonych dniami hospitalizacji, liczbą zabiegów i procedur, specjalistycznych konsultacji, konsumowanych leków itp.) niż na drugim. Okazało się, że pacjenci, którzy opłacali polisy dające im o 60% więcej świadczeń niż ci, którzy mieli ich mniej (a tym samym kupowali polisy proporcjonalnie tańsze), charakteryzowali się takimi samymi wskaźnikami długości życia, zachorowalności, jakości ochrony zdrowia, dostępu do świadczeń i satysfakcji z ochrony.⁶²

Uznając nawet znaczną, pod wieloma względami, nieporównywalność warunków polskich i amerykańskich, wyniki cytowanych badań każą podchodzić z dużą rezerwą do obietnic zawartych w projektach forsujących szybkie, niepoparte głębszymi analizami, wprowadzenie w Polsce masowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Przede wszystkim jednak reflektują i pozwalają na zachowanie dystansu wobec wielu dogmatów, mitów i obiegowych opinii.

Krytyczna refleksja, jaką wzbudziły opisane tutaj ustalenia, zainspirowała też do wprowadzenia dodatkowych testów do programu badań nad społecznymi i ekonomicznymi przyczynami oraz skutkami chorób cywilizacyjnych, realizowanego od trzech lat w Katedrze

⁶¹ Określenie „paradoks dostępu i deprywacji” zostało nadane amerykańskiemu rynkowi świadczeń zdrowotnych i usług medycznych przez A. Enthovena i R. Kronicka (*A consumer-choice health plan for the 1990s*, „The New England Journal of Medicine”, 320 (1) 1989, s. 29) ze względu na powszechne w USA zjawisko niedostatecznej ochrony zdrowia spowodowane brakiem ubezpieczenia, niewłaściwym ubezpieczeniem lub niewłaściwym (z medycznego punktu widzenia) zakresem pokrycia oferowanym przez Medicaid.

⁶² E. S. Fisher (et al.), *The implications of regional variations In Medicare spending, Part 2: health outcomes and satisfaction with care*, „Annals of Internal Medicine”, 138 (2003), s. 273-287.

Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jak pokazują już pierwsze wyniki tych badań, o dostępności do świadczeń zdrowotnych w Polsce przesądza przede wszystkim pozycja społeczna (miejsce w strukturze społecznej) poszczególnych grup beneficjentów tych świadczeń. Stąd nieporównanie większa dostępność do świadczeń zdrowotnych adwokata, prokuratora, księdza, policjanta, czy nawet nauczyciela, niż sprzątaczkę czy motorniczego tramwaju; i to bez względu na to, jaką składkę płać, i jak bardzo składka ta obciąża ich miesięczne dochody.⁶³ Po co więc polski prawnik, ksiądz czy policjant mieliby dobrowolnie kupować polisę dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego pozwalającego im omijać kolejkę do świadczeń, skoro i tak ją już omijają i – co więcej – są w stanie wyegzekwować świadczenia o możliwie najwyższym standardzie? Kto zatem i po co będzie kupował polisy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego? Owszem, będą one kupowane, pod warunkiem jednak, że polisy te staną się obowiązkowe czy nawet przymusowe. Będą też kupowane przez tych, którzy z kolejki do świadczeń zostali wypchnięci – czy jednak o takich klientów zabiegają prywatni ubezpieczyciele? Jak przy tym rozwiązać problem, dla których grup społecznych miałyby być obowiązkowe i na jakich warunkach, a dla których nieobowiązkowe i dlaczego na innych warunkach?

I tak oto znowu praktyka polityki zdrowotnej stawia nas przed problemem równości, sprawiedliwości, solidaryzmu i każe interpretować te trudne i kłopotliwe terminy i pojęcia. Dopóty trudne i kłopotliwe, dopóki stosowna filozofia społeczna lub przynajmniej pogłębiona ideologia ich nie zinterpretuje i w ramach przyjętej doktryny ochrony zdrowia określi możliwe sposoby ich stosowania w praktyce życia publicznego.

⁶³ Por. np.: M. Matusiak, *Dostępność świadczeń zdrowotnych a potrzeby zdrowotne Polaków (na przykładzie wybranych chorób nowotworowych)*, Łódź 2011, niepublikowana praca magisterska wykonana w Katedrze Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pod kierunkiem R. Holly, s. 134, 135 i 148.

Cytowane tutaj wyniki amerykańskich badań, pomimo tak oczywistej wymowy, w niewielkim chyba stopniu szkodzą powszechnemu przekonaniu, że podstawą konstrukcji amerykańskiego systemu ochrony zdrowia jest dogmat maksymalnej efektywności tego systemu, gwarantowanej przez prawa i mechanizmy wolnego rynku. Podobne, stereotypowe przekonania uznają idee społecznego solidaryzmu, równości i sprawiedliwości za podstawę systemów europejskich. Przeświadczenia te są już na tyle ugruntowane, że służą jako oczywiste (niewymagające uzasadnienia) założenia przy charakteryzowaniu, opisywaniu różnic i porównywaniu tych systemów.⁶⁴ Stąd też – można dowodzić – tak trudno zbudować uniwersalny model systemu ochrony zdrowia będący hybrydą dwóch tych wzorców: amerykańskiego (którego priorytetem jest efektywność) i europejskiego (podporządkowanego zasadom solidaryzmu, równości i społecznej sprawiedliwości), którego priorytetem jest (była?) skuteczność. Tym bardziej, że hybryda taka miałaby sens jedynie wówczas, gdyby łączyła zalety obydwu tych wzorców i uwalniała od ich wad.

Możliwość skonstruowania algorytmu opisującego uniwersalny model systemu ochrony zdrowia wydaje się tym bardziej realna, im wyżej oceniamy podejmowane w tym zakresie próby, zarówno w USA jak i Europie Zachodniej, oparte na nowoczesnych koncepcjach i metodach zarządzania ryzykiem (w tym przypadku – ryzykiem utraty zdrowia), takich jak Risk Sharing czy Risk Adjustment.⁶⁵ Niezależnie od niedostatków tego typu algorytmów, wynikających głównie z braku wystarczającego oparcia w nowoczesnej filozofii społecznej i politykospołecznych pryncypiach, doświadczenia z badań

⁶⁴ Por. np.: E. David, *Wobec dylematu dodatkowego finansowania*, „Think Tank”, 3/10 (2011).

⁶⁵ Szerzej na ten temat: R. Holly, K. Michelsen, *Risk Adjustment as a principle and tool of the social change In Health Care System: from „passive” to „active” adjustment*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom VIII/I, May 2011, s. 7-21; Porównaj też: I. Iezzoni, *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*, Health Administration Press, 2003.

nad modelem Risk Adjustment System, prowadzonych od kilkunastu lat w Holandii, Belgii, Niemczech, Szwajcarii i Izraelu⁶⁶, zdecydowanie zachęcają do poszukiwań w tym właśnie kierunku. **Stąd też zgłaszany tutaj postulat wzbogacenia owego algorytmu na „optymalny model” systemu ochrony zdrowia, o paradygmat ubezpieczeniowy.** Postulat o tyle zresztą nie nowy, o ile idea i metoda ubezpieczeń stanowią integralny element systemów ochrony zdrowia w różnych krajach (szczególnie w Holandii, a w pewnym stopniu również w Polsce); postulat na tyle jednak oryginalny, że **zakładający gruntowną, kompleksową restrukturyzację polskiego systemu ochrony zdrowia konsekwentnie opartą na zasadach ubezpieczeniowych.**

Wobec niedostatków czy wręcz braku politykospołecznych imponderabiliów, algorytm reformy systemu ochrony zdrowia, siłą rzeczy, musi być ułomny, brakuje w nim bowiem założeń i zmiennych przesądających o kształcie i charakterze modelu tego systemu, jak też o sposobie wyznaczania i realizacji najważniejszych jego celów. W tej sytuacji, konstruując taki algorytm, tym bardziej należy dołożyć starań, by nie zabrakło w nim tych zmiennych (zależnych i niezależnych), które – dobrze już rozpoznane – warunkują skuteczność i efektywność każdego systemu ochrony zdrowia.

Takimi dobrze już rozpoznanymi i stosunkowo szeroko komentowanymi w literaturze są uwarunkowania:⁶⁷

⁶⁶ Por. np.: W. P. M. M. Van de Ven, K. Beck, C. Van de Voorde, J. Wasem, I. Zmora, *Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later*, „Health Policy”, 83 (2007); W. P. M. M. Van de Ven, *A comparison of the Risk Equalization systems and the policy context of 5 European countries*, IAAHS-Conference, May 15, 2007.

⁶⁷ Por. np.: R. Holly, *Zmiana społeczna w ochronie zdrowia w Polsce – czyli o reformie jakiej potrzebujemy*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, 5 (2008), s. 55-68; R. Holly, *Racjonalna polityka zdrowotna a procedury i standardy medyczne w systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom I, wrzesień 2004, s. 9-13.

- ekonomiczne,
- demograficzne,
- formalno-prawne,
- epidemiologiczne,
- kulturowe,
- medyczno-technologiczne,
- infrastrukturalne,
- organizacyjno-zarządcze,
- kadrowo-kompetencyjne.

Generalnie przyjmujemy zatem, jak to zresztą zostało już na wiele sposobów dowiedzione, że efektywność ochrony zdrowia zależy od stopnia i sposobu w jakim przy projektowaniu systemu tej ochrony, a następnie przy jego restrukturyzowaniu/reformowaniu, owe uwarunkowania są uwzględniane.

Rezygnując również z dalszego kontestowania braku filozoficznych, politykospołecznych czy choćby ideologicznych imponderabilii i wynikających stąd rozlicznych konsekwencji dla polityki społecznej (*politics*), zauważmy jednakże, że nadrzędne cele tej polityki – utrzymanie członków populacji w zdrowiu, mają charakter uniwersalny i ustanawiane być mogą, choćby „powierzchnie”, w oparciu o ideę zdrowia publicznego, definicję zdrowia i potrzeb zdrowotnych oraz interpretację wynikających stąd interesów społecznych, publicznych, grupowych i indywidualnych/jednostkowych. Natomiast cała konstrukcja systemu ochrony zdrowia może, w tej sytuacji, opierać się na ogólnych zasadach teorii systemów, zaś sposób funkcjonowania tego systemu na koncepcjach zarządzania ryzykiem utraty zdrowia oraz zarządzania produktami odpowiadającymi temu ryzyku.

Takie „oportunistyczne” czy też „technokratyczne” podejście do zasad konstruowania systemu ochrony zdrowia i następnie stałego restrukturyzowania tego systemu, stosownie do zmieniających się jego uwarunkowań, ma jednakże bardzo ważną zaletę – pozwala na utworzenie systemu optymalnie w danych warunkach efektywnego, nie rezygnując przy tym z zachowania idei równości, sprawiedliwości i społecznej solidarności, które również mogą być „technokratycznie” traktowane, jako dodatkowe uwarunkowania *sui generis*.

Pozostawiając na użytek przyszłych rozważań bardziej szczegółowe wnioski wynikające z ogólnej teorii systemów, tutaj zwróćmy jedynie uwagę na te rudymentalne zasady określające sposób konstrukcji każdego systemu i warunki jego efektywnego funkcjonowania, które najbardziej są istotne dla efektywnej realizacji celów systemu ochrony zdrowia.

Warunkiem nie tylko efektywności, ale wręcz sprawności funkcjonowania każdego systemu jest kompletność elementów tworzących jego strukturę oraz ich wzajemna komplementarność. System, w którego strukturze brak elementów istotnych z punktu widzenia realizacji jego celów jest systemem ułomnym. Jeszcze większą wadą systemu, i to nie tylko ze względu na kryterium efektywności, jest niespójność jego struktury wynikająca z „nieprzystawiania” (niekompatybilności) elementów do siebie, lub wręcz z braku ich komplementarności (co ma miejsce wtedy, gdy elementy funkcjonują w oderwaniu, niezależnie od siebie i nie tylko nie wspierają się wzajemnie, ale – bywa – wewnątrznie rywalizują lub nawet konkurują). Zarządzanie takim systemem tylko z pozoru jest łatwiejsze (aczkolwiek gustowało w nim wielu przywódców, w tym również Napoleon, który z rozmysłem określał krzyżujące się kompetencje ustanawianym agendum rządowym); ma to jednakże sens, gdy celem zarządzania jest raczej kontrolowanie systemu poprzez manipulowanie jego elementami składowymi, niż pozytywne stymulowanie jego efektywności. Do tego bowiem niezbędna okazuje się ścisła kooperacja wszystkich elementów tworzących jego strukturę.

Ważnym aspektem definiowania celów systemu ochrony zdrowia jest specyfika ich przedmiotu jakim jest *zdrowie*. Przedmiot ten bowiem staje się zarazem przedmiotem ubezpieczenia. Z definicji tego przedmiotu, ze sposobu jego rozumienia, wynika zakres i możliwe sposoby stosowania metody ubezpieczenia – neutralizowania ryzyka utraty zdrowia, a w dalszej konsekwencji również poszczególne rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych. Stąd też tej właśnie kwestii poświęcimy szczególną uwagę w następnej części książki, podobnie jak też idei zdrowia publicznego, w świetle której możliwa jest najbardziej właściwa, jak się wydaje, definicja i interpretacja zdrowia, jako celu systemu ochrony zdrowia i zarazem kryterium oceny jego efektywności.

Przypomnijmy, że ubezpieczenie może być, aczkolwiek wcale nie musi, zasadą organizacji całego systemu ochrony zdrowia lub tylko określonej jego części. W konstrukcji i funkcjonowaniu współczesnych systemów ochrony zdrowia zasada ta jest jednakże powszechnie stosowana (aczkolwiek – jak wspomniano – w różnym stopniu i w różny sposób), przede wszystkim ze względu na niekwestionowane, rozliczne korzyści jakie daje ubezpieczenie. Korzyści te jednak zależą od modelu i struktury systemu ochrony zdrowia oraz regulacji określających sposób jego funkcjonowania. Pełne, konsekwentne wdrożenie zasad ubezpieczeniowych do określonego systemu ochrony zdrowia wymaga na ogół jego istotnej restrukturyzacji – usunięcia niektórych instytucji, przedsiębiorstw i organizacji (na ogół tych najbardziej niesprawnych) i wprowadzenia doń innych/nowych, określenia na nowo ich ról w realizacji celu, jakiemu służy system oraz relacji między nimi, a także sposobu ich funkcjonowania i finansowania. Równocześnie, to właśnie określony kształt organizacyjny systemu ochrony zdrowia wyznacza w nim miejsce i rolę ubezpieczenia jako zasady funkcjonowania systemu (jego części) oraz poszczególnych rodzajów/postaci ubezpieczenia, jako metody neutralizowania ryzyka utraty zdrowia z przyczyn chorobowych i/lub pozachorobowych.

Odpowiedzi na pytania, czy polski system ochrony zdrowia potrzebuje prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz dla kogo, do czego i w jakim stopniu mogą być one przydatne – wynikają więc z opisu i oceny tego systemu w obecnym jego stanie, jak też wyobrażeń o jego przyszłym kształcie, jaki – być może – przyjmie on w efekcie przeprowadzonej jego restrukturyzacji/ reformy.

Z prowadzonych w tym zakresie analiz jednoznacznie wynika, że prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą znacząco poprawić wydolność polskiego systemu ochrony zdrowia, i to już w obecnym jego kształcie, zaś w przyszłości mogą okazać się wręcz niezbędne. Jednakże pod dwoma istotnymi warunkami, których nieuwzględnianie w trakcie dotychczasowych, kilkunastoletnich prób reformowania ochrony zdrowia w Polsce w dużej mierze przyczyniło się do niepowodzenia tych prób, natomiast dalsze ignorowanie tych uwarunkowań może sprawić, że w przyszłości prywatne ubezpieczenia zdrowotne będą systemowi ochrony zdrowia bardziej szkodzić niż pomagać.

Pierwszym warunkiem jest konieczność jednoznacznego sformułowania przez polityków oczekiwań odnośnie roli poszczególnych rodzajów ubezpieczeń w realizacji celów systemu ochrony zdrowia. Drugim jest akceptacja tej roli (na wynegocjowanych warunkach) przez ubezpieczycieli, głównie prywatnych, i wpisanie się w nią stosowną ofertą produktową, komplementarną wobec innych ofert pozostałych uczestników systemu ochrony zdrowia.

Wyniki wspomnianych analiz identyfikują zarazem dwie główne przyczyny obecnego impasu, odpowiadające wspomnianym warunkom. Pierwsza przyczyna, to brak wyraźnie zdefiniowanej roli ubezpieczenia jako zasady organizacji i funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia i/lub jego określonej części, a w konsekwencji niejednoznaczne, niejasne oczekiwania kierowane pod adresem poszczególnych rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych (powszechne, publiczne, obowiązkowe, dobrowolne, prywatne, równoległe, substytucyjne, ponadstandardowe, suplementarne), które, jako metody neutralizowania różnie wyodrębnianych i rozumianych ryzyk zdro-

wotnych były przy tym (są nadal) niewłaściwie nazywane i definiowane. Drugą przyczyną jest brak właściwej oferty produktowej ze strony ubezpieczycieli prywatnych, która w sposób komplementarny wpisywałaby się w system ochrony zdrowia. Musiałaby to być zatem oferta nie tylko opłacalna dla ubezpieczycieli, ale również komplementarna w stosunku do wszystkich innych produktów oferowanych w ramach systemu: ubezpieczeniowych (głównie publicznych), paraubezpieczeniowych i pozaubezpieczeniowych. Tylko dzięki takiej ofercie prywatne ubezpieczenia zdrowotne, jako komplementarna część systemu ochrony zdrowia, staną się nie tylko dla tego systemu potrzebne, ale wręcz niezbędne.

Co zatem zrobić, jak sprawić, by oczekiwania ustawodawcy, polityków społecznych i zdrowotnych działających na rzecz i w interesie pacjenta odnośnie miejsca i roli (prywatnych) ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia spotkały się z ofertą ze strony prywatnych ubezpieczycieli i to dokładnie na miarę tych oczekiwań?

Pierwszym warunkiem jest właściwe określenie roli ubezpieczenia w systemie; właściwe, to znaczy zgodne z sensem (terminu i pojęcia) „ubezpieczenie”, uwzględniające wszystkie zalety i ułomności ubezpieczenia jako idei, i sposobu organizowania zapobiegliwości społecznej w celu neutralizowania ryzyka utraty zdrowia w wymiarze społecznym, publicznym i jednostkowym. W efekcie możliwe będzie wyznaczenie w systemie ochrony zdrowia poszczególnym rodzajom ubezpieczeń zdrowotnych odpowiedniego dla nich miejsca i roli, dzięki którym staną się komplementarne, a przez to najbardziej użyteczne dla systemu a tym samym i dla pacjentów, którym ów system ma służyć.

Drugim, równie ważnym warunkiem powodzenia jest akceptacja przez prywatnych ubezpieczycieli zasady, że miejsce i rola ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia muszą być adekwatne do przyjętego przez ustawodawcę modelu tego systemu oraz muszą uwzględniać obecność, role i interesy wszystkich innych podmiotów tworzących strukturę systemu. Tylko wtedy strategie ekspansji rynkowej

ubezpieczycieli prywatnych będą ów system efektywnie wspierać. Spełnienie tego warunku sprawi też, że oferta produktowa prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych będzie nie tylko opłacalna dla jej oferentów, ale też uzupełni i istotnie wzbogaci asortyment świadczeń zdrowotnych systemu ochrony zdrowia oraz usprawni jego funkcjonowanie.

Może się oczywiście zdarzyć, że w wyniku kolejnego przetargu politycznego, skutecznego lobbingu lub trudnego do przewidzenia splotu rozmaitych okoliczności określone rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych zostaną wmontowane do polskiego systemu ochrony zdrowia, bez względu na możliwe, negatywne skutki, jakie ich pojawienie się w tym systemie spowoduje, szczególnie gdy pojawią się w kształcie nieprzystającym do systemu. Zwolennicy takiego rozwiązania argumentują, że jeżeli skutki okażą się niekorzystne, wtedy przyjdzie czas na wprowadzenie stosownych zmian restrukturyzacyjnych w systemie, co należy rozumieć: system zostanie zmieniony w taki sposób, by „pasował” do znajdujących się już w jego strukturze tych rodzajów ubezpieczeń, które się „przebiły”. Czy jednak będzie to wówczas lepszy system? Dla kogo, pod jakim względem lepszy? Czy stać nas na taki eksperyment?

Rozważając te kwestie, zarówno decydenci-politycy zdrowotni, jak też ubezpieczyciele, w szczególności reprezentujący tzw. przemysł ubezpieczeniowy⁶⁸ winni brać pod uwagę, **że zdrowie nie jest „czystym dobrem rynkowym”; jest przede wszystkim dobrem społecznym i publicznym.**⁶⁹ Stąd ochroną zdrowia nie mogą rządzić

⁶⁸ Przemysł ubezpieczeniowy, to ukształtowana już w okresie międzywojennym, głównie w USA, formuła funkcjonowania usług ubezpieczeniowych, której jedną z cech ją wyróżniających jest inicjatywa producenta nie tylko w kreowaniu produktów i podaży, ale również popytu na nie; inną ważną, w tym przypadku, cechą tej formuły usług ubezpieczeniowych, jest zasada kierowania na rynek tych wszystkich produktów, których sprzedaż przyniesie dochody przekraczające sumę nakładów poniesionych na ich wytworzenie i marketing (szerzej: R. Holly, Ubezpieczenia transportowe, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, tom II, Poltext, Warszawa 2001, s. 387-412.

⁶⁹ S. Owsiak, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2008, s....

wyłącznie bezduszne prawa i mechanizmy rynku. Podobnie, wdrażanie idei i metod ubezpieczenia winno przebiegać wedle zasad wynikających z wartości i celów społecznych, zatem zarządzanie ochroną zdrowia, traktowane jako praktyka polityki zdrowotnej, musi być podporządkowane tym właśnie wartościom i celom.

Przytoczone tutaj argumenty i opinie, jak też dalsze, które można by na użytek prowadzonego rozumowania przywoływać, jednoznacznie wskazują, że **klucz do przerwania impasu znajduje się w dyspozycji ustawodawcy**, który restrukturyzując obecny system ochrony zdrowia, winien zdecydować czy, ile i jakich ubezpieczeń w nim być powinno **i tak zaprojektować jego przyszły kształt i zasady funkcjonowania, by poszczególne rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych stały się w pełni komplementarnymi elementami struktury systemu**. Natomiast sprawą ubezpieczycieli, głównie prywatnych zakładów ubezpieczeń, jest przygotowanie takich rozwiązań, zasad partycypacji w systemie ochrony zdrowia, które byłoby na miarę oczekiwań projektodawców systemu tak, by ich propozycje i oczekiwania nie pogłębiały impasu. Pozostaje więc tylko mieć nadzieję, iż dostateczna już chyba świadomość uwarunkowań realizacji własnych (również tych partykularnych) dalekosiężnych celów i interesów sprawi, że zarówno politykom jak i ubezpieczycielom nie zabraknie determinacji i dalekowzrocznej wyobraźni.

Traktując ubezpieczenie jako zasadę organizacji systemu ochrony zdrowia, weryfikację struktur i sposobu funkcjonowania tego systemu, **rozpocząć niewątpliwie należy od zbadania i ustalenia, którym szczegółowym celem tego systemu ubezpieczenie (w jakiej postaci) może najlepiej służyć. Jakie korzyści odniosą i jaką cenę zapłacą za taką „ubezpieczeniową” reorientację systemu poszczególni interesariusze:** z jednej strony – społeczeństwo, państwo, aktualne władze, administracja publiczna, sam system ochrony zdrowia, poszczególne grupy socjodemograficzne, szczególnie obywatele, a z drugiej strony – „producenci” – świadczeniodawcy medyczni, przemysł farmaceutyczny i jego infrastruktura, ubezpieczyciele prywatni, społeczni

animatorzy solidarności obywatelskiej. Który z interesariuszy, na jakim rodzaju ubezpieczeń najwięcej zyska, a który, na jakim najwięcej straci?

Dokładne rozeznanie wszystkich tych kwestii winno być pierwszym krokiem projektowania zmian w systemie, a po przeprowadzeniu pierwszego etapu reformy winno być podstawą stałego restrukturyzowania systemu. Opracowanie takiego projektu zmian, a szczególnie wyartykułowanie go w formie ustawowych zapisów wymaga równocześnie dokładnego określenia możliwości realizowania zadanych systemowi celów przez poszczególne rodzaje ubezpieczeń. Dlatego też tej właśnie kwestii poświęcamy następną część niniejszego opracowania.

2.3. UBEZPIECZENIE JAKO PARADYGMAT ORGANIZACJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Ubezpieczenie należy do tych wszechobecnych terminów i pojęć, które, przenikając do wszystkich bez mała dziedzin ludzkiej aktywności, za cenę utraty swojej jednoznaczności zyskują specyficzną, magiczną wręcz moc. Stąd ubezpieczenie, mieniąc się wielością różnych znaczeń, staje się też słowem-wytrychem służącym do ogłaszania rozmaitych „oczywistości”, a magiczna moc tego terminu sprawia, że uzasadnienie użyteczności, zarówno idei jak i metody ubezpieczenia, wydaje się po prostu zbędne. Mit ubezpieczenia, jako remedium na wszelkie niemal potrzeby i ułomności funkcjonowania organizacji życia społecznego, instytucji publicznych, rynku, przedsiębiorstw, gospodarstw domowych, każdej jednostki, dodatkowo umacnia sens i rozumienie ubezpieczenia, jako uniwersalnej metody neutralizacji każdego ryzyka. A ryzyko jest wszakże wszechobecne. Najlepiej chroni przed nim ubezpieczenie. Bez ubezpieczenia nic zatem nie jest bezpieczne, jesteśmy więc na nie po prostu skazani...

Niewątpliwe ów mit niesłuchanie ułatwia upowszechnianie ubezpieczeń zarówno w praktyce życia społecznego, jak i gospodarczego. Rzecz jednak w tym, że uproszczenia takie nie tylko leżą u podstaw ciągnących się już dekadami lat debat publicznych i są prawdopodobnie jedną z pierwszych przyczyn nieskuteczności wielu społecznych wysiłków, ale prowadzą także do niewłaściwego stosowania ubezpieczeń albo pozwalają wręcz na ich nieuczciwe wykorzystywanie.

Jeżeli domniemanie takie jest w jakimkolwiek stopniu słuszne, rozważania na temat roli i miejsca ubezpieczenia (zarówno zasad ubezpieczeniowych, jak też poszczególnych rodzajów ubezpieczeń) w polskim systemie ochrony zdrowia winniśmy rozpocząć od ustalenia, czy system ochrony zdrowia rzeczywiście potrzebuje ubezpieczenia albo, jak się słyszy, czy faktycznie jest na nie po prostu skazany? Jeżeli zaś istotnie go potrzebuje, to w jakim celu i w jakim stopniu, jakiego ubezpieczenia (ubezpieczeń), na jakich zasadach i warunkach oraz w jaki sposób winno być ono do systemu ochrony zdrowia włączone?

Ustalenia w tym zakresie, chociażby o statusie zasadnych założeń, okazują się konieczne, jeżeli badamy tezę w formie nie tyle sądu co wręcz postulatu, że ubezpieczenie, jako idea i metoda, winno stać się zasadą nadrzędną restrukturyzacji polskiego systemu ochrony zdrowia, wręcz paradygmatem tego systemu.⁷⁰

Winniśmy zatem rozważyć bardziej ogólną kwestię, **czy polski system ochrony zdrowia w ogóle potrzebuje ubezpieczeń (może ich potrzebować), a jeżeli tak, to jakich i dlaczego właśnie takich?** Wbrew pozorom, nie jest to sprawa zupełnie oczywista. Każde państwo odpowiedzialne za zorganizowanie zabezpieczenia zdrowotnego swoim

⁷⁰ Teza ta, w słabszej postaci, jest jednym z elementów, na których opiera się rekomendowana tutaj koncepcja konstruowanego na polski użytek modelu systemu ochrony zdrowia.

obywatelom (co w przypadku Polski zostało zagwarantowane stosownymi zapisami konstytucyjnymi) instytucjonalizuje to zabezpieczenie w postaci systemu ochrony zdrowia zapewniającego obywatelom zaopatrzenie w stosowne świadczenia. Kształt takiego systemu może być bardzo różny. Państwo może bowiem powołać własne, w pełni i wyłącznie przez siebie kontrolowane służby, instytucje, przedsiębiorstwa i organizacje służące bezpośrednio zaopatrywaniu ludności w niezbędne do ochrony zdrowia świadczenia i usługi (głównie medyczne) – na przykład zgodnie z klasycznym modelem Siemaszki. Może także pozostawić obywatelom sprawę zaspokajania ich własnych potrzeb zdrowotnych, w takim zakresie i w taki sposób, w jakim zechcą i potrafią, zachowując sobie jedynie funkcje regulacyjne i kontrolne, tj. tworząc odpowiednie instytucje oraz służby (głównie interwencyjne: ratownictwo medyczne, centra kryzysowe, monitoring epidemiologiczny, fundusze celowe itp.) – na przykład wedle amerykańskiego modelu rezydualnego. Może wreszcie tworzyć rozmaite modele pośrednie, wykorzystując przy tym rynek (w różnych postaciach) i jego mechanizmy; tworząc autonomiczne instytucje publiczne i stosowne fundusze; celowe wspomagając i współorganizując spontaniczną aktywność społeczną – pozarządowe (naukowe i oświatowe), zbiórki i fundusze celowe.

Może też przy tym posłużyć się ideą ubezpieczenia traktowaną jako szczególna zasada organizacji solidarnego wysiłku całego społeczeństwa dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim członkom populacji. W Polsce, z różnych względów, na ogół czyni się to jednak mało konsekwentnie, w różny sposób i w różnym stopniu. Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, że na praktykę polskiej polityki zdrowotnej mają szczególny wpływ komentowane już tutaj wielorakie uwarunkowania: ekonomiczne, polityczne, epidemiologiczne, kulturowe, infrastrukturalne, organizacyjne, kadrowo-kompetencyjne, demograficzne...

Literatura przedmiotu, mimo iż zdominowana przez autorów reprezentujących głównie przemysł ubezpieczeniowy lub też z prze-

mysłem tym w różny sposób powiązanych, a przez to eksponujących raczej zalety niż wady ubezpieczenia w ochronie zdrowia i przeważnie wyłącznie koncentrujących się niemal na zaletach poszczególnych rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych, na ogół pomija rozważania na temat korzyści, jakie wynikają już z samej idei i metody ubezpieczenia dla realizacji nadrzędnego celu zabezpieczenia zdrowotnego – systemowego zaopatrzenia w świadczenia zdrowotne wszystkich członków populacji. Stąd zapewne nie jest dostatecznie dostrzegana i ekspozowana fundamentalna przewaga ubezpieczenia (jako idei i metody) nad wszystkimi innymi sposobami organizacji wysiłku społecznego wobec wspólnego zagrożenia oraz przewaga wynikająca z możliwości wykorzystywania metody neutralizacji ryzyka utraty zdrowia. Przewaga ta wynika zaś z samej racji bytu każdego ubezpieczenia. Owa racja opiera się na zasadzie efektywności neutralizacji ryzyka: założony cel należy osiągnąć jak najmniejszym kosztem i jak najszybciej. W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych: jak najmniejszym kosztem i jak najszybciej przywrócić zdrowie pacjentowi-klientowi, by – zamiast generować koszty ponoszone przez ubezpieczyciela na likwidację owej „szkody” – generował mu zyski, płacąc składkę. Ubezpieczyciel jest więc żywotnie zainteresowany (nierzadko bardziej niż sam pacjent), by nie dopuścić do utraty zdrowia, a gdy – pomimo tych wysiłków – ryzyko się realizuje, możliwie szybko i skutecznie choremu klientowi przywrócić status klienta zdrowego. Jest na to jeden tylko sposób – nie dopuścić do utraty zdrowia i/lub przywrócić mu zdrowie. Dzięki temu zakłady ubezpieczeń korzystnie stymulują rozwój technologii medycznych i ciągłe poszukiwania innowacyjnych rozwiązań w przemyśle farmaceutycznym, wymuszając we własnym interesie (który, w tym przypadku, pokrywa się z interesem pacjenta) poprawę poziomu bezpieczeństwa i jakości terapii oraz istotnie przyczyniając się do poprawy wszystkich standardów przesądzających zarówno o efektywności zapobiegania przyczynom utraty zdrowia, jak i samego leczenia.

Interes ubezpieczyciela w sposób naturalny pokrywa się więc z interesem pacjenta, a zarazem, w sposób oczywisty, staje w sprzeczności z interesem tych świadczeniodawców, którzy im dłużej leczą,

tym dłużej (i na ogół tym więcej) zarabiają. Przypomnijmy, że w starożytnych Chinach lekarz odpowiedzialny za zdrowie powierzonej mu społeczności otrzymywał datki od tych członków owej społeczności, którzy byli zdrowi – chorzy nie płacili dopóty, dopóki lekarz nie przywrócił im zdrowia. Tak więc lekarz nie był wynagradzany za leczenie, ale za utrzymywanie swoich podopiecznych w zdrowiu. We wszystkich współczesnych systemach ochrony zdrowia ukształtowała się i funkcjonuje zasada odwrotna: świadczeniodawców, w tym głównie lekarzy, wynagradzamy nie tyle za zdrowie, ile za leczenie, gdy zdrowie tracimy. Naszych świadczeniodawców narażamy tym samym (a nierzadko wręcz skazujemy) na ogromnie dla nich trudny, wyzywający hazard moralny – im częściej, dłużej i droższymi metodami będą leczyć, tym więcej zarobią. Natomiast ubezpieczyciel kontraktujący usługi medyczne na rzecz swoich klientów ma, w porównaniu z pacjentem, nieporównywalnie większe możliwości egzekwowania na świadczeniodawcy usługi skutecznej, o wysokiej jakości i wykonywanej możliwie szybko.

Ubezpieczenie, zarówno w praktyce życia społecznego, jak i gospodarczego, występuje zatem w sposób trojaki:

- (1) jako zasada i forma organizacji aktywności społecznej – solidarnego wysiłku zbiorowości na rzecz ochrony poszczególnych członków tej zbiorowości przed skutkami na ogół dość dobrze już rozpoznanego ryzyka (określonych zdarzeń niepożądanych, które zdarzyć się nie muszą, ale – jak wynika z doświadczenia społecznego – nieuchronnie dotyczą zdefiniowanej statystycznie liczby członków tej zbiorowości);
- (2) jako instytucja lub przedsiębiorstwo („ubezpieczalnia”) powołane do neutralizowania ryzyka na rzecz osób i podmiotów, których to ryzyko dotyczy w zamian za składkę;
- (3) jako metoda neutralizowania skutków ryzyka (zdarzeń niepożądanych, których skutki mogą okazać się niekorzystne dla członków wspólnoty ryzyka).

Tak więc ubezpieczenie może być, aczkolwiek wcale nie musi, zasadą organizacji całego systemu ochrony zdrowia lub tylko określonej jego części. Na ogół jednak zasada ta jest powszechnie stosowana (aczkolwiek – jak wspomniano – w różnym stopniu i w różny sposób) przede wszystkim ze względu na niekwestionowane, liczne korzyści jakie daje ubezpieczenie. Korzyści te jednak zależą od modelu i struktury systemu ochrony zdrowia oraz regulacji określających zasady jego funkcjonowania. Z jednej więc strony, pełne, konsekwentne wprowadzenie tejże zasady do określonego systemu ochrony zdrowia wymaga na ogół jego istotnej restrukturyzacji – usunięcia niektórych niesprawnych i wprowadzenia doń nowych instytucji, przedsiębiorstw i organizacji, określenia na nowo ich ról w realizacji celu, jakiemu służy system oraz relacji między nimi, a także sposobu ich finansowania i funkcjonowania. Z drugiej zaś strony, to właśnie określony kształt organizacyjny systemu ochrony zdrowia określa w nim miejsce i rolę ubezpieczenia jako zasady funkcjonowania systemu (jego części) oraz poszczególnych jego rodzajów/postaci ubezpieczenia, jako metody neutralizowania ryzyka utraty zdrowia z przyczyn chorobowych i/lub pozachorobowych.

W piśmiennictwie ubezpieczeniowym, a jeszcze bardziej w praktyce ubezpieczeniowej upowszechnił się pogląd, że *ubezpieczenie* jest narzędziem gospodarczym (dokładniej – instrumentem finansowym) służącym (re) kompensowaniu szkód strat, które mogą powstać w wyniku zrealizowania się ryzyka (zdarzenia niepożądanego).⁷¹

⁷¹ Jest to raczej pogląd niż definicja, bowiem – jak pisze T. Sangowski – wobec „braku ogólnie przyjętej definicji ubezpieczenia, uwzględniającej jednocześnie wszystkie jego aspekty – prawny, gospodarczy i techniczny”, znaczenie ubezpieczenia wynika przede wszystkim z roli oraz funkcji jakie ono pełni w aktualnej formacji społeczno-gospodarczej (T. Sangowski, *Rozwój ubezpieczeń na świecie i w Polsce*, [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia Gospodarcze*, Poltext, Warszawa 1998, s. 297-298). Stąd też ogólny sens terminu ubezpieczenie wynika głównie z roli i funkcji jaką ono pełni w rozwijającej się od kilkuset lat gospodarce rynkowej. Jednakże w potocznym języku funkcjonuje równolegle znacznie szersze rozumienie tego terminu.

Takie pojmowanie ubezpieczenia, szczególnie w jego literalnym rozumieniu, wyklucza jednakże z ubezpieczeniowego instrumentarium takie metody neutralizacji ryzyka jak profilaktyka, diagnostyka, prewencja, oszczędzanie, inwestowanie, a nawet – w przypadku rygorystycznej interpretacji – usługi *assistance* i *concierge*.

Traktując zasadę realności ubezpieczenia jako imperatyw nakazujący skuteczne zabezpieczenie przed ryzykiem (zdarzeniem niepożądanym), winniśmy uznać za ubezpieczeniowe te wszystkie metody, które faktycznie chronią przed ryzykiem (jego niepożądanymi skutkami) nie tylko *ex post*, ale również *ex ante*, tzn. nie dopuszczając do realizacji ryzyka, czego sens zawiera się zresztą w wartości etymologicznej terminu ubezpieczenie, w postaci w jakiej funkcjonuje on we współczesnym języku.⁷² W przypadku odnoszenia idei ubezpieczenia i stosowania metody ubezpieczeniowej do ryzyk społecznych, a tym samym do odpowiadających im systemów zabezpieczeń, niewątpliwie przyjąć winniśmy odpowiednio szersze rozumienie ubezpieczenia jako zasady organizacji solidarnego wysiłku (społecznego) wobec wspólnego zagrożenia oraz jako instrumentu neutralizacji ryzyka.

⁷² Ubezpieczenie to – w/g *Uniwersalnego słownika języka polskiego* pod red. S. Dubisza – rzeczownik od ubezpieczyć, co znaczy nie tylko zawrzeć umowę ubezpieczenia, ale również „zapewnić (zapewniać) bezpieczeństwo”: Policjant ubezpieczał swojego partnera; i/lub „zabezpieczać/asekurować przed wypadkiem”: Trzymając linę, ubezpieczał kolegę. (tom IV, PWN, Warszawa 2003 – wyd. internetowe na CDR). Por. także: *Współczesny słownik języka polskiego* pod red. B. Dunaja, Wilga, Warszawa 1996, s. 1165 oraz *Inny słownik języka polskiego* pod red. M. Bańko, PWN, Warszawa 2000, s. 878. Podobnie termin ten funkcjonuje we współczesnym języku angielskim, np. w/g A. S. Hornby, *Oxford Advanced Dictionary of Current English*, New Edition, Oxford University Press, Oxford 1978: *insurance* to także „any measure taken as a safeguard against loss, failure, etc.” (s. 450), lub J. G. Allee (red.), *Webster's dictionary*, Oottenheimer Publishers, Baltimore 1987: „to make sure or certain; to make safe (against); to ensure; to secure the payment of a sum in event of loss, death, etc. by a contract and payment of sums called premiums” (s. 196).

Określając *ubezpieczenie jako metodę neutralizacji ryzyka*, istotnie rozszerzamy zakres znaczeniowy tego terminu i pojęcia na wszelkie sposoby i działania mające na celu nie tylko (re)kompensowanie niepożądanych skutków ryzyka, ale również niedopuszczenie (lub przynajmniej ograniczenie prawdopodobieństwa) do zrealizowania się ryzyka. Takie rozumienie tego terminu znajduje zresztą głębokie uzasadnienie w samej idei ubezpieczenia wynikającej z zasad solidaryzmu, (społecznej) słuszności oraz równego traktowania wszystkich członków wspólnoty ryzyka, a więc tych samych zasad, które stanowiły podwalinę starożytnych instytucji *awarii wspólnej* i *awarii małej*, tj. w zwyczajowych a następnie skodyfikowanych (prawdopodobnie już za czasów fenickich, a na pewno w cesarstwie rzymskim – słynne prawo rodyjskie w kodeksie Justyniana) zasadach: (1) rozliczania szkód/strat poniesionych przez niektórych członków wspólnoty ryzyka, dzięki czemu pozostali członkowie odnieśli korzyść – *awaria wspólna*⁷³, (2) solidarnego, proporcjonalnego pokrywania

⁷³ *Awaria wspólna* – to, przede wszystkim, zasada rozliczania strat/kosztów poniesionych przez jednego (kilku) członków wspólnoty ryzyka (np. uczestników morskiej wyprawy handlowej) dzięki czemu pozostali członkowie – np. uczestnicy wspólnego przedsięwzięcia odnieśli korzyść, zgodnie z którą winni oni solidarnie i proporcjonalnie do odniesionych korzyści pokryć owe szkody/straty/koszty. Jeżeli na przykład w celu zejścia z mielizny, ze statku zostaną wyrzucone za burtę kontenery, właścicielom tych kontenerów winni proporcjonalnie zrekompensować poniesione przez nich straty ci, którzy, dzięki temu, iż statek mógł bezpiecznie kontynuować podróż, odnieśli korzyść: armator statku, jego załoga, pasażerowie, właściciele pozostałych kontenerów, które nie zostały wyrzucone. Instytucja awarii wspólnej została współcześnie ponownie skodyfikowana w roku 1863 i – po kilkunastu modyfikacjach – funkcjonuje w postaci *reguł Yorku i Antwerpii (York and Antwerp Rules)* stanowiących podstawę dyspasz – rozliczeń między uczestnikami awarii wspólnej sporządzanych przez dyspaszery; Por.: *General Average and Salvage. Lloyd's Nautical Year Book*, Lloyd's of London Press Ltd., Essex, 1983, s. 152-171; Por. także: Z. Brodecki, J. Figarski, Z. Kamiński, A. Sołtys, *Ubezpieczenia morskie*, Wydawnictwo Morskie, Gdańsk 1979; oraz J. Łopuski, *O żegludze i prawie morskim*, Branta, Bydgoszcz 2011. Zapisy reguł Yorku i Antwerpii zostały współcześnie skodyfikowane w art. 250 §1 *Ustawy z 18.09.2001, Kodeks morski* (Dz. U. z 2009, nr 217, poz. 1689).

kosztów działań, dzięki którym nie doszło do zrealizowania się ryzyka (względnie szkody/straty były istotnie mniejsze) – *awaria mała*.⁷⁴

Przypominając reguły *awarii wspólnej* i *awarii małej*, warto zwrócić uwagę na znaczenie, jakie dla obecności idei ubezpieczenia w ludzkiej działalności, a szczególnie dla zakresu i sposobu praktycznego wykorzystywania możliwości tej idei i metody, ma właściwe rozumienie i interpretowanie jej sensu i postulatów. Stąd właśnie nawiązanie do starożytnych reguł rodyjskiego prawa, które ową ideę ukonstytuowały i po dzień dzisiejszy tworzą fundament ubezpieczeniowej doktryny. Współczesna praktyka ubezpieczeniowa, podporządkowana liberalno-rynkowemu paradygmatowi przemysłu ubezpieczeniowego (*insurance industry*), odwołuje się raczej do samej metody ubezpieczenia i sprowadza ją przede wszystkim do technologii neutralizacji ryzyka. Zapewne, bierze się to z przekonania, że przywoływanie i interpretowanie imponderabiliów ubezpieczeniowych nie jest najlepszym sposobem ani najkrótszą drogą poszukiwania nowych rozwiązań i technologii usprawniających funkcjonowanie ubezpieczeniowego rynku.

Badając możliwości zastosowania ubezpieczenia do projektowania, organizacji oraz ustanawiania zasad funkcjonowania systemu zabezpieczeń zdrowotnych (jak i w ogóle całego systemu zabezpieczeń społecznych), nie możemy jednak ograniczać się do samej metody i technologii neutralizowania ryzyka utraty zdrowia. Problem, jak efektywnie neutralizować to ryzyko jest bowiem problemem wtórnym wobec kwestii definiowania i identyfikowania owego ryzyka, jego rodzaju, zakresu i charakteru, a także wobec kwestii czy, i w jakim stopniu, zasady ubezpieczeniowe są właściwe do konstruowania modelu zaopatrzenia w dobra (produkty ubezpieczeń zdrowotnych)

⁷⁴ *Awaria mała* – zasada, zgodnie z którą rozsądne koszty poniesione zasadnie w celu niedopuszczenia do zrealizowania się ryzyka (np. wynajęcie ochrony by unieвозмоić piratom napad na statek) winny być proporcjonalnie zrekompensowane przez tych wszystkich, którzy dzięki temu odnieśli korzyść (tj. przez armatora statku, załogę, pasażerów, właścicieli ładunku).

służące ochronie zdrowia. Jeżeli zaś są właściwe, czy wystarczają do budowy takiego modelu, czy też powinny być wsparte (w jakim stopniu?) innymi, pozaubezpieczeniowymi zasadami? Czy wreszcie zasady ubezpieczeniowe pozwalają i wystarczają na projektowanie całościowego, kompleksowego modelu zabezpieczeń społecznych? Odpowiedzi na te pytania w ogromnej mierze zależą właśnie od sensu i sposobu rozumienia idei ubezpieczenia, od odwołań do wartości i postulatów, które się na nią składają i z niej wynikają.

Podkreślając znaczenie instytucji *awarii wspólnej* i *awarii malej* dla idei ubezpieczenia, **wskazujemy na dwie fundamentalne wartości (i zarazem zasady), jakie one wnoszą zarówno do teorii, doktryny, jak i praktyki ubezpieczeniowej – zasadę bezwzględnej solidarności** wszystkich członków wspólnoty ryzyka oraz **zasadę społecznej sprawiedliwości** (z której wynika interpretacja, zakres i warunki rygoryzmu, jak też sposób egzekwowania innych reguł ubezpieczeniowych).

To właśnie dzięki tym zasadom, w interpretacji jaką nadają im obie „awarie”, ubezpieczenie może być traktowane jako uniwersalna formuła organizacji zarówno ubezpieczeń społecznych, jak i gospodarczych. Mają one przy tym szczególne znaczenie dla organizacji i ustalania sposobu funkcjonowania ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia (zarówno rynkowego, jak też etatystyczno-publicznego) – rozszerzają bowiem instrumentarium ubezpieczeniowe na działania zapobiegające niepożądanym zdarzeniom, nie lekceważąc również instrumentów (re)kompensacyjnych. Sankcjonują tym samym równorzędną rolę, jaką w produktach ubezpieczeń zdrowotnych odgrywają moduły świadczeń zorientowanych na profilaktykę, diagnostykę i prewencję oraz moduły świadczeń serwisowo-naprawczych, finansowych i logistycznych.⁷⁵ Co więcej, traktując reguły *awarii wspólnej* i *awarii malej* jako postulaty doktryny ubezpieczeniowej, otwieramy dyskusję nad możliwością podejmowania działań zapobiegających

⁷⁵ Wynika stąd także uzasadnienie dla traktowania jako ubezpieczeniowe usług *assistance* i *concierge*.

realizacji spodziewanych zdarzeń niepożądanych oraz nad zasadnością występowania do ubezpieczycieli z roszczeniami pokrycia kosztów owych działań, dzięki którym do niepożądanego zdarzenia w ogóle nie doszło i nie powstały szkody/straty, których rozmiary potencjalnie mogłyby wielokrotnie przerastać poniesione koszty działań zapobiegawczych.

Reguły *awarii wspólnej* i *awarii małej* pokazują nie tylko rolę, sens solidaryzmu i zasady społecznej słuszności w organizacji, ale też są przykładem sposobu/metody praktycznego ich zastosowania. Pozwalają lepiej rozumieć i interpretować zdarzenia, oceniać fakty, podejmować decyzje zarówno lekarzom jak i ubezpieczycielom. To właśnie w tych dwóch instytucjach, leżących u podstaw idei ubezpieczenia, zawiera się sens profilaktyki i prewencji, jako pełnoprawnych metod neutralizacji ryzyka. Właśnie te metody, zepchnięte na margines przez praktykę współczesnego przemysłu ubezpieczeniowego, okazują się szczególnie istotne dla efektywności zabezpieczenia zdrowotnego, a – tym samym – dla ubezpieczeń zdrowotnych. To właśnie zasady *awarii wspólnej* i/lub *awarii małej* stosuje/winien stosować chirurg podejmując decyzję o amputacji zakażonej kończyny, czy o sprowokowaniu poronienia dla ratowania życia matki. W jeszcze większym stopniu zasady te odnoszą się przy podejmowaniu decyzji podczas działań wojennych czy przeciwdziałania epidemii.

Termin i pojęcie ubezpieczenia, w przyjętym tutaj rozumieniu, niezależnie od merytorycznej zasadności przedstawionej interpretacji, znakomicie koresponduje z charakteryzowanymi wcześniej (por. s. 38), kluczowymi w zarządzaniu ochroną zdrowia, działaniami określającymi wspólnym mianem świadczeń zdrowotnych, które dotyczą nie tylko (re) kompensowania skutków utraty zdrowia, ale również zapobiegania temu ryzyku lub przynajmniej ograniczenia prawdopodobieństwa jego zrealizowania się (i/lub) ograniczenia rozmiarów potencjalnych szkód/strat).

Podejmując rozważania nad kwestią, dominującą w powszechnej debacie, jaka toczy się w Polsce od lat już kilkunastu, czy ubezpie-

czenie (traktowane jako określona idea organizacji wspólnego wysiłku społecznego oraz jako efektywna metoda neutralizacji ryzyka utraty zdrowia), a w szczególności tzw. ubezpieczenie dodatkowe (tj. stanowiące dodatek do bazowego, podstawowego ubezpieczenia powszechnego), może istotnie przyczynić się do znaczącej poprawy wydolności naszego systemu ochrony zdrowia, należy pamiętać o konieczności przyjęcia określonych tez, założeń, definicji i hipotez oraz o wynikających stąd konsekwencjach. Musimy więc założyć, że ubezpieczenie, zarówno jako idea i zasada organizowania aktywności społecznej, jak też metoda neutralizowania ryzyka utraty zdrowia winno stanowić wiodący paradygmat polskiego systemu ochrony zdrowia. Rola i miejsce ubezpieczenia w systemie wynikać jednak musi przede wszystkim z możliwości wypełniania/uzupełniania/ wspomaganie przez tę ideę i metodę realizowanych przez system zadań w zakresie zaopatrzenia ludności w świadczenia zdrowotne. Najogólniej rzecz biorąc, znaczenie paradygmatu ubezpieczeniowego dla systemu ochrony zdrowia wynikać będzie z możliwości zadośćuczynienia celom i oczekiwaniom tego systemu, możliwego stopnia i sposobu owego zadośćuczynienia oraz wielkości związanych z tym kosztów. Dopiero wtedy możemy projektować jakiego rodzaju ubezpieczeń system ten potrzebuje, w jakim zakresie, na jakich zasadach mogą być one doń włączone w charakterze elementów jego struktury oraz metod stosowanych przy realizacji jego zadań. Zakładamy tym samym, że odpowiedź na pytanie o przydatność ubezpieczenia (poszczególnych rodzajów ubezpieczeń) dla polskiego systemu ochrony zdrowia jest częścią rozwiązania bardziej ogólnego problemu, jaki stanowi pytanie o optymalny dla Polski kształt tego systemu.

Najprostsza odpowiedź na pytanie, jakiego systemu ochrony zdrowia potrzebuje polskie społeczeństwo wynika z diagnozy tego społeczeństwa. Jest to odpowiedź najprostsza, ale bynajmniej nie najłatwiejsza, zależy bowiem od kryteriów, na podstawie których opisujemy stan zdrowia populacji oraz jej obecne i przyszłe potrzeby zdrowotne; zależy także od metod i instrumentów pomiaru oraz umiejętności kompetentnego posługiwania się nimi.

Brak właściwych kryteriów czy też niedostatecznie zasadny ich dobór, niespójna terminologia i ułomności aparatu pojęciowego, niedostatki metodologiczne, metodyczne i oprzyrządowania, a także niedostatek właściwego agregowania danych surowych oraz ich ilościowej i jakościowej analizy praktycznie wykluczają możliwość sformułowania na tyle rzetelnej diagnozy potrzeb zdrowotnych i trafnej ich prognozy, by możliwe było zinstytucjonalizowanie zabezpieczenia zdrowotnego w kształcie takiego systemu ochrony zdrowia, który można by było uznać za optymalny, tj. dokładnie odpowiadający tymże potrzebom i najbardziej istotnym uwarunkowaniom ich realizacji (w tym możliwościom finansowym państwa i jego obywateli). W takiej sytuacji trudno jest mówić o racjonalnym, systemowym zarządzaniu zmianą społeczną, jaka się w tej dziedzinie dokonuje; pozostają co najwyżej próby stymulowania procesu owych zmian odwołujące się do zasad racjonalnego działania. W takiej bowiem sytuacji polityka zdrowotna jako nauka, sztuka i praktyka osiągnięcia celów wyznaczanych przez politykę społeczną i doktrynę zdrowotną, wobec niejednoznaczności tych celów, może jedynie dążyć do racjonalizacji obecnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, tj. zapewnienia maksymalnej efektywności systemu w obecnym jego kształcie.⁷⁶

Ideę ubezpieczenia rozumieć będziemy jako zasadę organizacji solidarnego wysiłku wszystkich członków wspólnoty ryzyka⁷⁷ dla

⁷⁶ Pod tym hasłem – racjonalizacji systemu ochrony zdrowia – w latach 2004-2009 przeprowadzonych zostało 29 konferencji naukowych zorganizowanych przez Katedrę Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wspólnie z Krajowym Instytutem Ubezpieczeń. Wyniki tych konferencji stały się osnową kilkudziesięciu artykułów publikowanych w kolejnych tomach „Polityki Zdrowotnej” we wspomnianym okresie.

⁷⁷ *Ryzyko*, to – najogólniej rzecz biorąc – prawdopodobieństwo zrealizowania się określonego zdarzenia. W praktyce (również ubezpieczeniowej) odnosi się do zdarzeń niepożądanych, stąd w odczuciu społecznym jego pejoratywne znaczenie. Podobnie w języku potocznym, *ryzyko* to „możliwość niepowodzenia, porażki, straty; przedsięwzięcie, czyn, którego wynik jest niepewny, wątpliwy” (*Słownik współczesnego języka polskiego*, Wilga, Warszawa 1996, s. 990).

zabezpieczenia się przed określonym zagrożeniem⁷⁸, które dotknąć może każdego z członków wspólnoty. Natomiast metoda ubezpieczeniowa, to sposoby i techniki ograniczania prawdopodobieństwa zrealizowania się zdarzeń niepożądanych i rekompensowania ich skutków.

Wielowiekowa praktyka ubezpieczeniowa, w szczególności praktyka ubezpieczeń komercyjnych, dotyczyła przede wszystkim ochrony przed skutkami zdarzeń niepożądanych, stąd metoda ubezpieczeniowa kojarzona jest głównie ze sposobami i technikami rekompensowania skutków ryzyka, w mniejszym stopniu z przeciwdziałaniem zrealizowaniu się ryzyka, aczkolwiek tradycja, która ukształtowała ideę ubezpieczenia, tradycja odwołująca się do starożytnych reguł *awarii wspólnej* i *awarii malej*, nadaje tej idei interpretację znacznie szerszą i wręcz utożsamia ją z wszelkimi zasadami zabezpieczania się przed wspólnym zagrożeniem, tj. zabezpieczaniem się przed zdarzeniami, które naruszają interesy określonej grupy osób (stąd właśnie – wspólnota ryzyka). Kwestia ta wydaje się jednak niezbyt istotna w tej części doktryny ubezpieczeniowej, która dotyczy ubezpieczeń komercyjnych.⁷⁹

Jak już wspomniano, „dobry” system ochrony zdrowia to system, który ciągle ewoluuje – podąża za dokonującymi się zmianami socjodemograficznymi, kulturowymi, epidemiologicznymi, rozwojem technologii medycznych, zmianami uwarunkowań ekonomicznych, preferencji popytu wynikających z przeobrażeń w hierarchii wartości, wyrażanych potrzeb i oczekiwań. Stąd też system ochrony zdrowia w finalnym, „docelowym” kształcie nie istnieje (a także istnieć nie

⁷⁸ Zagrożenie traktujemy jako zdarzenie niepożądane z punktu widzenia określonej grupy osób, które w związku z tym mają interes (ubezpieczeniowy) by do tego zdarzenia nie doszło lub – jeżeli dojdzie – by jego skutki zostały zrekomensowane.

⁷⁹ Aczkolwiek również współczesna praktyka ubezpieczeń komercyjnych nie może się obejść bez odwoływania się – przynajmniej pośrednio – do reguł *awarii wspólnej* i *awarii malej*.

powinien); stanowi bowiem jedynie wzorzec, algorytm numeryczno-procesualny, w którym poszczególne zmienne muszą być stale modyfikowane. Jedynie w tej postaci może być zadekretowany – ustawami, rekomendacjami, rozporządzeniami, zarządzeniami. W miarę dokonującej się zmiany społecznej, znajdującej swoje odbicie również w systemie ochrony zdrowia, wszystkie te regulacje formalno-prawne muszą być ciągle, odpowiednio do procesu zachodzących zmian, nowelizowane. Uznajmy zatem, że stałe monitorowanie zmiany w systemie ochrony zdrowia i postulowanie stosownych korekt w zapisach regulacji określających jego kształt i zasady funkcjonowania winno być/stanowić jedną z podstawowych powinności wszystkich...

UBEZPIECZENIE JAKO METODA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM UTRATY ZDROWIA

3.1. RYZYKO JAKO PRZEDMIOT ZARZĄDZANIA

Jak już zostało odnotowane we *Wprowadzeniu*, zarządzanie ochroną zdrowia może (winno) przebiegać na czterech podstawowych poziomach i zarazem w czterech różnych aspektach:

- (1) wpływania na zmianę społeczną w ochronie zdrowia – na kierunek i dynamikę jej przebiegu, poprzez oddziaływanie na uwarunkowania i okoliczności w jakich się dokonuje, stosownie do pożądaných przez nas skutków tej zmiany;

- (2) organizowania i ciągłego restrukturyzowania (odpowiednio do dokonującej się zmiany) systemu ochrony zdrowia;
- (3) zarządzania podmiotami systemu (ich efektywnością wytwarzania i dystrybucji dóbr służących ochronie zdrowia);
- (4) opracowywania i wdrażania metod oraz konstruowania narzędzi skutecznej neutralizacji przyczyn i skutków utraty zdrowia (rozumiemy to przede wszystkim jako technologię zarządzania ryzykiem/zagrożeniem utraty zdrowia).

Ubezpieczenie, jako idea i zasada organizacji systemu służącego ochronie zdrowia oraz metoda (technologia) neutralizowania przyczyn i skutków utraty zdrowia, znajduje zastosowanie przede wszystkim na poziomie drugim – zarządzania systemem ochrony zdrowia oraz na poziomie czwartym – neutralizowania przyczyn i skutków utraty zdrowia, co rozumiemy jako przeciwdziałanie przyczynom oraz rekompensowanie i/lub ograniczanie skutków utraty zdrowia.

Jeżeli możliwość utraty zdrowia traktujemy jako zagrożenie i/lub ryzyko wystąpienia niepożądanego stanu zdrowia, działania na rzeczonym „czwartym” poziomie możemy określić jako zarządzanie zagrożeniem i/lub ryzykiem utraty zdrowia. Przedmiotem zarządzania, w tym przypadku, będzie owe zagrożenie i/lub ryzyko (a faktycznie zagrażające *zdarzenie* utożsamiane z *ryzykiem* opisującym prawdopodobieństwo realizacji owego zdarzenia).

Obecność terminu i pojęcia *ryzyka* w metodologicznie zdyscyplinowanej refleksji naukowej ma niewiele ponad sto lat i przez szereg dziesięcioleci refleksja ta rozwijana była głównie w ramach ekonomii. Tradycja zdyscyplinowanych badań nad ryzykiem okazuje się znacznie dłuższa i bogatsza, jeżeli uznamy, że początkują ją podjęte w XVII wieku, a następnie rozwijane głównie przez de Baré, Laplace’a i Fernata poszukiwania praw rządzących pewnością przewidywania przyszłych zdarzeń. Powstała w efekcie teoria prawdopodobieństwa i teoria gier przyczyniły się nie tylko do ukształtowania i wyodrębnienia ekono-

metrii oraz badań nad rynkiem, ale przede wszystkim stały się podstawą szczególnie ważnego dla ubezpieczeniowej technologii rachunku aktuarialnego. Użyteczność rzeczowej refleksji dla teorii ubezpieczeniowej i rozwoju technologii neutralizowania ryzyka była na tyle oczywista, że nawet nie sposób wskazać, kiedy nastąpił początek jej zastosowań w ubezpieczeniowej praktyce. Teoria ryzyka w sposób naturalny stawała się podstawą teorii ubezpieczeń; w sposób naturalny, bowiem stanowiła rdzeń refleksji ubezpieczeniowej.

Myślenie w kategoriach ryzyka wyraźnie uwidacznia się już w XVIII-wiecznych sformułowaniach klauzul lloydowskich⁸⁰, a jeszcze bardziej jednoznacznie zaznacza się w opisach klauzul regularnie publikowanych od końca XIX wieku przez Institute of London Underwrites. Aczkolwiek pełną, świadomą i jednoznaczną eksplikację tego pojęcia znajdujemy dopiero w pracy Allana H. Willeta *The Economic Theory of Risk and Insurance* [1901], który rozumiał ryzyko jako stan subiektywnej niepewności, co do wystąpienia zdarzenia i określonych jego skutków (aczkolwiek w świecie rządzonym przez prawa determinizmu realizacja określonych zdarzeń i ich skutków jest przesądzona; jednakże niedostatek i niedoskonałość naszej wiedzy o tych prawach, okolicznościach i warunkach ich występowania, skazuje nas na niepewność, którą trudno dokładnie określić, zmierzyć). Dopiero w 1921 r. F. H. Knight uznał ryzyko za niepewność mierzalną (obok niepewności niemierzalnej *stricto*).⁸¹

W społecznych naukach nieekonomicznych pojęcie ryzyka pojawiło się stosunkowo niedawno i dopiero w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, głównie za sprawą książki *Risikogesellschaft*

⁸⁰ Dobrym tego przykładem jest rozumienie niebezpieczeństw (*perils*), które w wyniku kumulacji i/lub odpowiedniego skonfigurowania powodują realizację zdarzenia (por. R. Holly, *Ubezpieczenia transportowe*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, tom II, Poltext, Warszawa 2001).

⁸¹ F. H. Knight, *Risk, Uncertainty and Profit*, New York 1957 (pierwsze wydanie, Boston 1921), s. 18-19.

Urlicha Becka⁸², stało się kategorią opisu powszechnych zagrożeń wynikających z rozwoju cywilizacyjnego i postępującej globalizacji. Pojęcie to, – mimo iż U. Beck nie sformułował jego jednoznacznej definicji – okazało się szczególnie dogodnym określeniem narastającego społecznego niepokoju o przyszłość, wynikającego z braku pewności co do skutków politycznych decyzji podejmowanych w sprawie rozwoju energii atomowej, technologii genetycznej, nanotechnologii czy eksploatacji dóbr naturalnych.

Również w połowie lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku zaznacza się mniej powszechnie znany, ale metodologicznie bardziej chyba zdyscyplinowany, zainicjowany prawdopodobnie przez Ch. Perrowa nurt rozważań nad ryzykiem wynikającym z rozrastania się wielkich systemów społecznych.⁸³ W rezultacie komplikowania się tych systemów, ich funkcjonowanie na dotychczasowych zasadach (np. w oparciu o tzw. powszechne, międzypokoleniowe umowy społeczne) staje się coraz mniej efektywne. Równocześnie, skuteczne zarządzanie tak wielkimi, wieloaspektowymi i skomplikowanymi systemami jest coraz bardziej ograniczone albo wręcz niemożliwe. Chyba stąd właśnie, w poszukiwaniu nowych, bardziej efektywnych metod zarządzania ryzykami w społecznej makroskali, pojawiają się koncepcje zastąpienia dotychczasowych, niepisanych umów społecznych systemem kontraktów ubezpieczeniowych.⁸⁴

Od połowy lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku następuje lawinowy wręcz przyrost poświęconych ryzyku publikacji, związanych z powszechnym stosowaniem terminu i pojęcia ryzyka w najróżniej-

⁸² U. Beck, *Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne* (1986), *Spółeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Scholar, Warszawa 2004.

⁸³ Ch. Perrow, *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*, Basic Books, New York 1984.

⁸⁴ Por.: D. Lupton, *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*, UK Sage Publications, London 1995; T. Baker, J. Simon, *Embracing Risk*, Chicago University Press, Chicago 2002; P. O'Malley, *Risk, Uncertainty and Government*, Glasshouse Press, London 2004.

szych dyscyplinach wiedzy: od ekonomii po psychologię i nauki prawne.⁸⁵ Od tego czasu, jedynie w nurcie rozważań nawiązującym do ubezpieczeniowego podejścia do ryzyka i sposobów jego interpretowania w praktyce ubezpieczeniowej, pojawiły się setki książek, artykułów i publikacji kongresowych, których autorzy omawiają, komentują i interpretują wcześniejsze omówienia, komentarze i interpretacje w tym zakresie. W tej sytuacji trudno ustalić, co jest światłem oryginalnym, a co światłem (nierzadko wielokrotnie) odbitym.

Termin i pojęcie ryzyka, w wyniku tak bogatej twórczości, do czekało się już tylu mniej lub bardziej oryginalnych i zapożyczonych definicji i ich interpretacji, że mógłby to już chyba być przedmiot oddzielnej, obszernej monografii.⁸⁶ Terminem tym posługujemy się tak często, w tak różnych kontekstach znaczeniowych, że najłatwiej tu chyba o nieświadomy plagiat (być może innego plagiatu) albo nawet – jak w moim przypadku – powtarzanie wcześniejszych tez i sformułowań publikowanych od lat kilkunastu nie tylko w ogólnodostępnych wydawnictwach, ale też w różnorodnych „pismach ulotnych”, niskonakładowych opracowaniach na potrzeby konferencji naukowych i/lub szkoleń, raportach z badań, ekspertyzach, materiałach dydaktycznych przygotowywanych dla słuchaczy różnego rodzaju studiów.

Wyprowadzanie definicji ryzyka z wcześniejszych, mniej lub bardziej udanych prób w tym zakresie, podejmowanych zresztą na użytek różnych innych rozważań, nie może być uznane za szczególnie płodne podejście badawcze.⁸⁷ Stąd też, analogicznie, na użytek pro-

⁸⁵ W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.

⁸⁶ Takie monografie zresztą powstają, prezentując mniej lub bardziej liczne zbiory definicji, promując rozmaite kryteria ich klasyfikowania oraz własne, na ogół eklektyczne definicje, które jednak wnoszą niewiele więcej niż źródłowe, oryginalne definicje prototypowe do rozumienia i możliwości wykorzystywania tego specyficznego konstruktów hipotetycznego, jakim jest ryzyko.

⁸⁷ Podobnie jak podejście eklektyczne, mało płodne jest też ustalanie definicji ryzyka i jej interpretacji na podstawie analizy zawartości etymologicznej tego terminu i/lub związków frazeologicznych, w których najczęściej występuje w literaturze przed-

wadzonych tutaj rozważań nad ryzykiem utraty zdrowia w świetle teorii i praktyki ubezpieczeniowej, w odniesieniu do zarządzania

miotu i/lub języku potocznym. Wedle *Słownika współczesnego języka polskiego* ryzyko to „możliwość niepowodzenia, porażki, straty; przedsięwzięcie, czyn którego wynik jest niepewny, wątpliwy” (B. Dunaj, *Słownik współczesny języka polskiego*, Wilga, Warszawa 1996, s. 990). Najbardziej prawdopodobnym źródłosłowem terminu ryzyko jest łacińskie (a następnie pochodne włoskie) określenie *riscare* odnoszące się do sytuacji, w której podejmowanie decyzji i zgodne z tą decyzją działanie następuje pomimo braku pewności co do jego skutków (P. L. Berenstein, *Przeciw Bogom. Niezwykłe dzieje ryzyka*, WIG Press, Warszawa 1997, s. 11.). Można je zatem tłumaczyć jako *odważanie/ośmielanie się na decydowanie i działanie, pomimo niepewności co do rezultatów tego działania*. W tym znaczeniu termin „ryzyko” upowszechnili głównie Lombardowie w XVI i XVII wieku emigrujący w wyniku niepomyślnych wojen klanowych również do Anglii, dokąd przenieśli go wraz ze śródziemnomorską tradycją i praktyką ubezpieczeniową, współtworząc podwaliny nowożytnej anglosaskiej doktryny ubezpieczeniowej, która z czasem zdominowała wszystkie systemy ubezpieczeniowe na świecie. Wcześniej, łacińskie *riscare* znaczyło *omijanie czegoś zagrażającego* (np. rafa przez statek), stąd zapewne *riscum* – niebezpieczne wyzwanie o trudnych do przewidzenia skutkach, przed którym stawał żeglarz podejmujący wyprawę morską. Zauważmy przy tym, że funkcjonujący we współczesnym języku angielskim (w tym także w „żargonie” ubezpieczeniowym) termin *ryzyko* (*risc*) jest znaczeniowo bliższy pojęciu niepewności niż równoległe występującemu terminowi *hazard* (stosowanemu na ogół z określonym przymiotnikiem) na oznaczenie potencjalnego źródła zagrożenia/niebezpieczeństwa (np. hazard moralny). Takie też, bliższe niepewności znaczenie terminu ryzyko można wywodzić ze współczesnych kodyfikacji ustawodawczych, aczkolwiek – zapewne traktowane jako pojęcie pierwotne – rzadko jest w nich jednoznacznie definiowane. Jednym z najbardziej znanych, chlubnych wyjątków w tym zakresie jest definicja ryzyka ogłoszona w 1966 r. przez amerykańską Komisję ds. Terminologii Ubezpieczeniowej, zgodnie z którą ryzyko to (1) niepewność co do określonego zdarzenia w przypadku dwóch lub więcej możliwości oraz (2) ubezpieczona osoba lub przedmiot (*Bulletin of the Commission on Insurance Technology of the American Risk and Insurance Assotiation*, 2 (1) 1966). Do takiego rozumienia skłania się następnie bardzo wielu autorów – ekonomistów, statystyków, aktuariuszy, polityków społecznych, z koncepcji których G. E. Rejda wprowadza określenie ryzyka jako „zdefiniowanej niepewności, która dotyczy możliwości powstania szkody”. (G. E. Rejda, *Principles of Risk Management and Insurance*, (fourth edition), Harper Collins Publishers Inc., New York 1992, s. 5). Takie też rozumienie ryzyka stało się trwałym elementem doktryny ubezpieczeniowej, zgodnie z którą ubezpieczenie może dotyczyć jedynie tych zdarzeń, których wystąpienie jest niepewne (które wystąpić mogą, ale nie muszą) i/lub których skutki są niepewne (mogą, ale nie muszą okazać się niekorzystne, z punktu widzenia interesu podmiotu ubezpieczającego). Rzeczne

zmianą w ochronie zdrowia, odwołujemy się do własnej interpretacji tego terminu i pojęcia.⁸⁸

Ryzyko, w przyjętym tutaj ujęciu i ogólnym rozumieniu, towarzyszy każdemu istnieniu. Istnienie bowiem nie jest możliwe inaczej, jak poprzez ciągłą zmianę. Innymi słowy, stan, w jakim cokolwiek istnieje, ustawicznie się zmienia. Zmiana dotyczy statusu, posiadanych atrybutów, sposobu istnienia czy wręcz samej tożsamości przedmiotu, rzeczy, osoby, pewnego stanu rzeczywistości – wszystkiego co się da pomyśleć i wyodrębnić. Zmianę, w wyniku której mamy do czynienia z nową jakością przedmiotu, rzeczy, osoby, stanu rzeczywistości, traktować będziemy jako wynik *zdarzenia*. *Zdarzenia* natomiast następują w efekcie zachodzących procesów, określonych bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych, czynników stymulujących z różną intensywnością i w różnych przedziałach czasowych. *Zdarzenie* jest wyodrębnionym aktem lub procesem dokonującej się zmiany, w wyniku którego występuje nowa jakość, nowy stan (np. człowiek w wyniku zdarzenia, jakim jest wypadek lub długotrwała choroba, zmienia swój status: z osoby żyjącej na nieżyjącą). Kryterium wyodrębniania *zdarzeń* stanowią zatem antycypowane (oczekiwane, możliwe) wyniki zmiany. Jeżeli określony efekt *zdarzenia* antycypujemy jako realnie możliwy w czasie istotnie krótszym niż może to wynikać z praw na-

rozumienie, mimo iż prowokuje różnorakie jego interpretacje, zastrzeżenia i wątpliwości, okazuje się szczególnie przydatne dla praktyki ubezpieczeniowej, również jako podstawa kodyfikacji (niestety nie dość jednoznacznych) zasad konstruowania umów ubezpieczeniowych. Przedstawione („ubezpieczeniowe”) rozumienie ryzyka mieści się, jak pisze K. Jajuga, w ramach negatywnej koncepcji ryzyka, która traktuje je jako zagrożenie. Natomiast w koncepcji neutralnej ryzyko to zarazem zagrożenie, jak i szansa, tzn. efekt jego realizacji może okazać się gorszy lub lepszy, niż spodziewany. Stąd proponuje on dwie równoległe definicje: (1) możliwość nieosiągnięcia oczekiwanego efektu, (2) możliwość uzyskania efektu różniącego się od oczekiwanego (K Jajuga, *Koncepcja ryzyka i proces zarządzania ryzykiem*, [w:] Jajuga K. (red.), *Zarządzanie ryzykiem*, PWN, Warszawa 2009, s. 13).

⁸⁸ Nawiązuję tutaj do publikacji: R. Holly, *Ryzyka polskiego rynku ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe”, WSUiB, 18/2000.

tury (jak np. losowe, o charakterze ewolucyjnym lub rewolucyjnym (katastroficznym – nagłym, nieodwracalnym). *Zdarzenie*, jako akt lub proces zmiany, zawsze podlega *ewaluacji* ze względu na jego możliwe skutki i – zależnie od przyjętych założeń oraz kryteriów ocen – uznawane jest za *pożądane* lub *niepożądane*. To samo *zdarzenie* może być zatem uznane w tym samym stopniu za pożądane co niepożądane. W anglosaskiej tradycji praktyki ubezpieczeniowej procesy, bodźce zewnętrzne/wewnętrzne, czynniki stymulujące, okoliczności, w wyniku których następuje zdarzenie niepożądane, nazywane są niebezpieczeństwami (ang: *perils*). Pojawienie się *niebezpieczeństw* może tworzyć stan zagrożenia. Wystąpienie jakiegoś *niebezpieczeństwa* (rozumianego tutaj jako konfiguracja *driverów*)⁸⁹ w ponadstandardowej intensywności /skali/ stopniu lub skumulowanie się różnych niebezpieczeństw w tym samym czasie, bądź też trwanie określonego *niebezpieczeństwa* w czasie dostatecznie długim sprawia, że *zagrożenie* przekracza stan krytyczny i *zdarzenie* realizuje się – następuje/zachodzi zmiana. *Zdarzenia*, które powstają w następstwie praw natury (rdzewienie metalu, starzenie się i w efekcie zmiana statusu istnienia danej osoby z żyjącej na nieżyjącą), będziemy określali mianem *obligatoryjnych*, zaś *zdarzenia*, które są skutkiem niebezpie-

⁸⁹ *Driver(y)* – określenie wprowadzone na początku lat 90. XX w. prawdopodobnie przez portugalskich analityków ryzyk bankowych (w ich raportach pojawiło się chyba najwcześniej) odnoszące się do czynników sprawczych wywołujących zdarzenia i stymulujących ich przebieg. W podobnym, (aczkolwiek nieco węższym) znaczeniu występowało i występuje nadal w tradycyjnej terminologii *marine(wet) insurance* określenie *peril(s)* odnoszone jednak przede wszystkim do potencjalnych *niebezpieczeństw* (np. kry lodowej, gwałtownego wiatru, wyjątkowo wysokiej fali itp.), które występując w szczególnym natężeniu i/lub szczególnej konfiguracji mogą powodować niepożądane zdarzenie (uszkodzenie/zatonięcie statku). Por. R. Holly *Poszukiwanie wyznaczników cen ubezpieczeń komunikacyjnych*, [w:] Ortyński K. (red.), *Cena ubezpieczenia komunikacyjnego. Czynniki, trendy, strategie*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2008; R. Holly, A. Chmielewska, *Teoretycznej praktyczne aspekty zarządzania ryzykiem sportów ekstremalnych (na przykładzie paralotniarstwa)*, [w:] Lisowski J. (red.), *Studia Ubezpieczeniowe. Zarządzanie ryzykiem i finansami*, „Zeszyty Naukowe”, nr 182, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2011, s. 36.

czeństw o charakterze losowym – zdarzeniami *losowymi*. Zdarzenia, których wynikiem są nagłe zmiany o skutkach szczególnych rozmiarów lub o szczególnym charakterze, nazywamy katastroficznymi. Przyjmujemy więc, że **ryzyko to prawdopodobieństwo zrealizowania się niepożądanego zdarzenia, które spowodować może, aczkolwiek nie musi, jakąś szkodę lub stratę będącą udziałem tego, kogo zdarzenie to dotyczy**. Zależnie od charakteru *zdarzenia*, ryzyko będziemy określali jako *obligatoryjne* lub *losowe*, podobnie też – ryzyko *katastroficzne*. Przedstawiona tutaj interpretacja pojęcia i terminu ryzyka ściśle uzależnia je od traktowania *zdarzeń* jako pożądaných lub niepożądaných.⁹⁰

Pierwszą kwestią wymagającą bardziej szczegółowego komentarza jest możliwość (a w konsekwencji sposób) traktowania ryzyka jako przedmiotu zarządzania oraz przedmiotu ubezpieczenia. **Ryzyko, by mogło być traktowane jako przedmiot zarządzania, musi być więc rozumiane „przedmiotowo”**. Ta banalna na pozór konstatacja, nie jest jednak całkowicie oczywista. Ryzyko, jako takie, samoistnie, bez określonego stanu rzeczy, procesu, okoliczności do których się odnosi, występować nie może. Jest bowiem jedynie konstruktem teoretycznym określającym możliwość zaistnienia nowego (ilościowo i/lub jakościowo) stanu rzeczy jako potencjalnego efektu powstającego w wyniku uruchomienia łańcucha przyczynowo-skutkowych zależności. Ów efekt jest sam w sobie neutralny (bowiem każdy stan rzeczy zawsze jest jakiś), jednakże postrzegający go podmiot, z punktu widzenia własnych interesów, ocenia ów nowy stan rzeczy jako (w określonym stopniu) pozytywny lub negatywny. Jeżeli może naruszać te interesy, uznawany jest za negatywny, niepożądany, zagrażający. Ryzyko jest zatem kategorią pojęciową opisującą relację zależności pomiędzy czymś (kimś) a czymś (kimś), która może skutkować nowym stanem rzeczy, jaki może być uznawany za pożądaný lub niepożądany z punktu widzenia podmiotów, których dotyczy.

⁹⁰ R. Holly, *Ryzyka polskiego rynku ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe”, 18/2000, WSUiB, s. 53 i 54.

Możliwość zrealizowania się określonego zdarzenia podlega gradacji: od całkowitej pewności jego zaistnienia po zupełną pewność, że nie wystąpi. Obydwa te krańcowe przypadki są oczywiście jedynie teoretycznie dopuszczalne, nigdy bowiem nie można mieć absolutnej (całkowitej, zupełnej) pewności, że jakiegokolwiek zdarzenie „na pewno” wystąpi lub „na pewno” nie wystąpi. Są to więc jedynie dwie wartości progowe możliwości realizacji danego zdarzenia z prawdopodobieństwem od 100% do 0%.

W świetle powyższego komentarza możemy zatem skonstatować, że **ryzyko to prawdopodobieństwo zrealizowania się zdarzenia, którego skutki mogą naruszyć czyjeś interesy.**⁹¹ Ryzyko odnosi się więc do łańcucha przyczynowo-skutkowych zależności, w wyniku których, w danych okolicznościach może wystąpić z określonym prawdopodobieństwem zdarzenie, którego skutki w jakimś stopniu mogą naruszyć czyjeś interesy. W tym sensie ryzyko kojarzone jest z możliwością zaistnienia zdarzenia niepożądanego, ocenianego negatywnie, zagrażającego. Stąd, w potocznym użyciu określenie „ryzyko” utożsamiane jest właśnie ze zdarzeniem zagrażającym.

Taki sposób rozumienia ryzyka obejmuje i zarazem wskazuje dwie jego najważniejsze cechy (charakterystyki, parametry opisu):

- (1) prawdopodobieństwo realizacji danego zdarzenia,
- (2) stopień, w jakim zdarzenie to sprzyja lub zagraża interesom określonego podmiotu.

⁹¹ Zauważmy, że w definicji rekomendowanej współcześnie przez International Actuarial Association *ryzyko to możliwość zajścia czegoś, co może mieć wpływ na realizowane cele i jest mierzalne w kategoriach skutków i prawdopodobieństwa* (International Actuarial Association, *A Global Framework for Insurer Solvency Assessment, A Research Report by the Insurer Solvency Assessment Working Party of the International Actuarial Association*, 2004, http://www.actuaries.org/LIBRARY/Papers/Global_Framework_Insurer_solvency_Assessment_public.pdf.) Tym „czymś” w przyjętej tutaj interpretacji jest właśnie zdarzenie.

Wynikają stąd również dwie możliwości i zarazem sposoby zarządzania tak pojmowanym ryzykiem:

- (1) poprzez stymulowanie prawdopodobieństwa realizowania się danego zdarzenia,
- (2) poprzez wpływanie na stopień zagrożenia, jaki potencjalnie niesie ze sobą zdarzenie.

Operacjonalizacja obydwu tych sposobów zarządzania wymaga możliwie jednoznacznego określenia:

- (a) czym jest *zdarzenie* i jaki jest mechanizm jego realizowania się,
- (b) kiedy, dlaczego, w jaki sposób *zdarzenie* staje się zagrożeniem interesów danego podmiotu.

Przeprowadzone rozważania prowadzą do **dwojakiego** (aczkolwiek wzajemnie niesprzecznego) **rozumienia ryzyka**:

- (1) **jako prawdopodobieństwa zrealizowania się zdarzenia niepożądanego;**
- (2) **jako prawdopodobieństwa powstania szkody/straty** (w wyniku zrealizowania się zdarzenia niepożądanego).

W obydwu przypadkach **ryzyko jest konstruktem teoretycznym opisującym prawdopodobieństwo zrealizowania się określonego zdarzenia i/lub powstania szkody/straty.**⁹²

⁹² Jeszcze inaczej: **zdarzenie to akt lub proces dokonującej się zmiany** (stanu/statusu rzeczy, cech rzeczy, relacji między rzeczami i elementami ich struktury), zaś **ryzyko to hipotetyczny konstrukt teoretyczny służący do wyrażania antycypacji i określania prawdopodobieństwa zrealizowania się zdarzenia, które może zagrozić naszym interesom.** Ryzyko, jako pojęcie – konstrukt teoretyczny, jest „jedno”; dotyczy

Zarządzamy *zdarzeniem*, które rozpoznajemy jako *znaczące*, tzn. dające nam szanse (zadośćuczynienia naszym interesom), zaspokojenia potrzeb lub nam zagrażające (potencjalnie mogące spowodować deprivację potrzeb, naruszenie interesów). Jeżeli podmiot przeprowadzający ewaluację zdarzenia z punktu widzenia własnych potrzeb i interesów uzna, że potencjalne skutki danego zdarzenia mogą naruszyć jego interesy w sposób/w stopniu poniżej progu tolerancji, traktuje je jako *zagrożenie* (*zdarzenie niepożądane*, bo zagrażające). Oceny sposobu i stopnia zagrożenia podmiot dokonuje posługując się, mniej lub bardziej rozbudowanym konstruktem teoretycznym będącym zarazem miarą prawdopodobieństwa zrealizowania się ocenianego zdarzenia i stopnia/sposobu potencjalnego naruszenia jego interesów przez skutki owego zdarzenia. Tym konstruktem jest właśnie **pojęcie ryzyka**, jako miara stopnia niepewności, czy niepożądane zdarzenie się zrealizuje, a jego potencjalne skutki mogą zagrazić jego interesom (tj. interesom podmiotu, którego owo zdarzenie dotyczy), a zarazem miarą prawdopodobieństwa, że do niepożądanego zdarzenia dojdzie oraz – jeżeli tak się stanie – czy, w jaki sposób, w jakim stopniu, jego potencjalne skutki mogą naruszyć interesy rzeczzonego podmiotu, którego dane zdarzenie dotyczy. Stąd – upraszczając – możemy mówić o różnych stopniach względnie poziomach ryzyka lub też o linearnym modelu akceptowalności ryzyka (tj. stopnia prawdopodobieństwa zrealizowania się *niepożądanego zdarzenia* i/lub jego potencjalnych skutków, które mogą powodować określone straty/szkody – naruszenia interesów). Wynik oceny tak

jedynie różnych zdarzeń i różnych ich skutków, w różny sposób zagrażających interesom różnych podmiotów. Tylko w tym znaczeniu, stosując wielkie uproszczenie, możemy mówić wprost o „zarządzaniu ryzykiem”, co w żargonie praktyki ubezpieczeniowej określane jest jako „zarządzanie różnymi ryzykami” (nieskończenie wieloma ryzykami), zaś w teorii zarządzania ryzykiem rozumiane jest jako stymulowanie prawdopodobieństwa; zatem określenie „zarządzanie ryzykiem” jest o tyle usprawiedliwione, o ile odnosi się do zarządzania prawdopodobieństwem realizacji zdarzeń istniejących/zachodzących obiektywnie (niezależnie od podmiotu poznającego). Dzięki takiemu stanowisku unikniemy hipostazowania i zachowamy w tej sprawie **umiarkowany realizm pojęciowy**, uznający obiektywne istnienie abstraktów (pojęciowych konstruktywów teoretycznych) jedynie jako umysłowych wytworów.

rozumianego ryzyka jest podstawą przyjęcia określonej strategii zarządzania owym ryzykiem.

Ryzykiem zarządzamy jedynie w tym sensie i o tyle, o ile mamy wpływ na prawdopodobieństwo zrealizowania się niepożądanego zdarzenia i/lub na przebieg realizacji tego zdarzenia i/lub na jego skutki i/lub na zrekompensowanie spowodowanych przez nie szkód/strat. Zasadą ta, a zarazem warunek definiuje rolę ubezpieczenia, jako jednej z metod zarządzania ryzykiem. Rola ta zależy od zakresu i sposobu metod neutralizacji ryzyka traktowanych jako ubezpieczeniowe.

Gdy mówimy o ryzyku utraty zdrowia, mamy na myśli możliwe skutki różnych zdarzeń (głównie zachorowań, wypadków, zatruc) celem zarządzania ryzykiem utraty zdrowia jest więc (1) niedopuszczanie do tych zdarzeń, względnie – jeżeli jest to nierealne – (2) ograniczenie ich niepożądanych skutków lub (3) zrekompensowanie powstałych w ich wyniku szkód/strat.

Wniosek stąd, że **gdy zarządzamy ryzykiem, zawsze zarządzamy zdarzeniami** (podejmujemy działania stymulujące prawdopodobieństwo ich zrealizowania się i/lub rekompensujące ich niepożądane skutki), **ale zawsze też czynimy to ze względu na cel, którym jest uniknięcie lub zminimalizowanie i/lub zrekompensowanie skutków zdarzeń, które właśnie ze względu na ich skutki naruszające nasze interesy, traktujemy jako niepożądane.**

Jest to rozumienie zdarzenia niepożądanego znacznie szersze niż rozumienie „wąskomedyczne”, które za takowe uznaje każde zdarzenie prowadzące do wystąpienia u pacjenta szkody⁹³ lub jeszcze węższej, jako niezamierzony uraz spowodowany przez medyczne działania, a nie proces chorobowy.⁹⁴

⁹³ *Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną*, Bruksela, dnia 15.12.2008. KOM (2008) 836 wersja ostateczna s. 2.

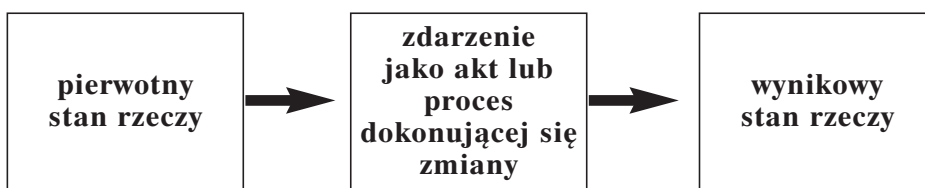
⁹⁴ Ch. Vincent, G. Neale, M. Wołoszynowych, *Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review*, <http://www.bmj.com/content/322/7285/517>.

3.2. MECHANIZM REALIZOWANIA SIĘ RYZYKA

Jak zostało wykazane, efektywne zarządzanie każdym ryzykiem, zaś ryzykiem utraty zdrowia w szczególności, wymaga rozumienia całego mechanizmu jego realizowania się, zaś opis tego mechanizmu wymusza operacjonalizację pojęcia ryzyka i określenie relacji między elementami, których pojęcie to dotyczy.

Traktując ryzyko jako konstrukt opisujący potencjalny, prawdopodobny efekt łańcucha przyczynowo-skutkowych zależności, możemy uznać, że uruchomienie owego łańcucha jest właśnie procesem dokonującej się zmiany, w wyniku której powstaje nowy stan rzeczy. *Zdarzenie* jest zatem jednorazowym aktem lub procesem dokonującej się zmiany (przeobrażenia, transformacji), który możemy opisać na dwóch kolejnych schematach – nr 4 i nr 5.

Schemat 4. Zdarzenie jako akt lub proces dokonującej się zmiany

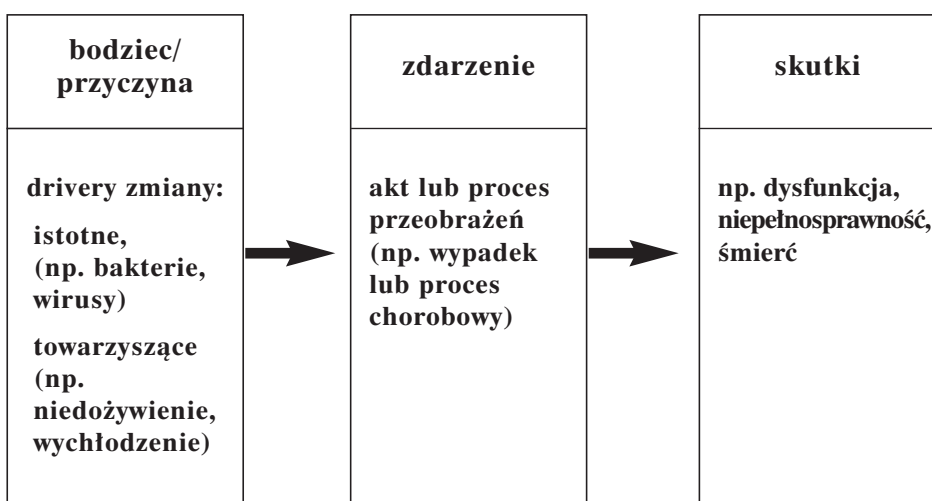


Źródło: opracowanie własne

Każdy stan rzeczy, a tym samym zdarzenie, dotyczy czegoś, jakiegoś przedmiotu (nawet gdy tym przedmiotem jest sam proces, który w wyniku zdarzenia ulega przeobrażeniu i zyskując nową ja-

kość, przebiega już istotnie inaczej). Zmianę statusu stanu rzeczy uruchamia jakiś bodziec (przyczyna, a na ogół konfiguracja różnych przyczyn), który inicjuje zdarzenie i w znacznym stopniu przesądza zarówno o jego przebiegu jak i rezultacie (nowym stanie rzeczy). Mechanizm realizowania się zdarzenia opisuje kolejny schemat (5).

Schemat 5. Mechanizm realizowania się ryzyka zmiany



Źródło: opracowanie własne

Możliwości stymulowania zdarzenia wynikają zatem z samego mechanizmu ich realizowania się (inicjacji, przebiegu i dokonywania się). Wszelkie działania stymulujące możemy sprowadzić do operacji na dwojakiego rodzaju *driverach*: *istotnych* i *towarzyszących*. Rozróżnienie to wprowadzamy, by zaznaczyć różną ich rolę; (1) *drivery istotne* to bodźce/przyczyny, które są warunkiem *sine qua non* zaistnienia danego zdarzenia (zdarzenie jakim jest zachorowanie na grypę, może zainicjować tylko wirus grypy, który – w tym przypadku – jest

właśnie *driverem istotnym*), natomiast *drivery towarzyszące*, to te bodźce/przyczyny, które współwystępując z *driverem istotnym*, mogą sprawić, że nawet niewielka intensywność (siła, liczba, natężenie) *drivera istotnego* wystarcza, by zainicjować zdarzenie i, następnie, stymulować charakter i dynamikę jego przebiegu (np. wyziębienie organizmu samo zachorowania na grypę nie spowoduje, sprawia jednak, że do zachorowania wystarczy nawet niewielka liczba wirusów; jeżeli zaś, równocześnie, obydwu tym *driverom* towarzyszyć będzie jeszcze niedożywienie i przemęczenie, przebieg zdarzenia – grypa może być ciężka, długotrwała i brzemienna w skutkach). Zaistnienie i przebieg zdarzenia zależy zatem od: (a) obecności/wystąpienia *drivera istotnego*, (b) intensywności/natężenia/ siły/liczby *drivera istotnego*, (c) równoczesnej obecności/wystąpienia *drivera towarzyszącego* oraz liczby i intensywności tych *driverów*, (d) konfiguracji, w jakiej obydwa rodzaje tych *driverów* wspólnie występują.

Osobnego rozważenia wymaga kwestia inicjacji *zdarzenia*, momentu, w którym jest ono uruchamiane. Problem wydaje się istotny zarówno ze względów poznawczych, jako jeden z podstawowych problemów teorii zmiany, jak też ze względów pragmatycznych – jak prognozować kierunek i przebieg zmian/zdarzenia oraz kiedy, i w jaki sposób podejmować interwencję, stymulowanie *zdarzenia* w celu dopuszczenia do dalszych/większych szkód/strat (ograniczenia rozmiarów szkody oraz w jaki sposób, w jakim zakresie można (należy) rekompensować szkody/straty.

Analiza *anatomii i mechanizmu zdarzeń*, a tym samym mechanizmu realizowania się ryzyka utraty zdrowia, pozwala nam bowiem jednoznacznie określić, czy, kiedy, na jakim etapie i w jaki sposób ingerować – podjąć działania o charakterze zapobiegawczym (profilaktyczne, prewencyjne – np. szczepienia), interwencyjnym (np. pielęgnacyjno-opiekuńcze), (re)kompensacyjnym (świadczenia rzeczowe – np. protezy, odszkodowania, zadośćuczynienia, świadczenia rentowe). Stąd wynika również całe instrumentarium systemu ochrony zdrowia – zakres przedmiotowy, niezbędne zróżnicowanie

i charakter świadczeń zdrowotnych odpowiadających zidentyfikowanemu ryzykom utraty zdrowia. Dopiero na tej podstawie możemy konfigurować świadczenia w odpowiednie moduły i – stosownie do potrzeb – konstruować z nich tzw. produkty ubezpieczeń zdrowotnych służące ochronie specyficznego dobra jakim jest zdrowie, a zarazem *interesu* bycia zdrowym/zachowania zdrowia.

3.3. ZDROWIE I JEGO UTRATA JAKO PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Określenie „ubezpieczenie zdrowotne” albo „ubezpieczenie na zdrowie” jest jeszcze większym uproszczeniem niż „ubezpieczenie na życie” (które ponadto jest faktycznie ubezpieczeniem „na śmierć”), czy ubezpieczenie „na podróż”, „ogniowe”, „rolne”, „finansowe” itp. Co zatem jest przedmiotem tego ubezpieczenia, co chronimy, ubezpieczając *zdrowie*? Możemy założyć, że odpowiedź na to pytanie uzyskamy, analizując zawartość etymologiczną tego terminu i pojęcia – innymi słowy, że odpowiedź zawiera się w rozumieniu i definicji *zdrowia*.

Chcemy równocześnie ustalić, co musi zawierać definicja zdrowia, by można było ubezpieczać ryzyko jego utraty. Innymi słowy, jakie szkody, straty mogą powstać w wyniku zrealizowania się ryzyka utraty zdrowia. Zakładamy więc, że kluczem będzie definicja zdrowia, czy raczej znaczenie/rozumienie zdrowia zapisane w jego określonych definicjach, których funkcjonuje obecnie co najmniej kilkadziesiąt i to w różnych interpretacjach. Zakładamy także, że analiza definicji zdrowia najlepiej pozwoli ustalić, czym jest jego brak, czy też na czym polega utrata zdrowia oraz – że ustalimy tym samym – przed czym, przed jakim stanem chorobowym (jego skutkiem) ma chronić ubezpieczenie, przynajmniej w takim zakresie, w jakim możliwe jest zre-

kompensowanie owych skutków poprzez działania medyczne, zaopatrzenie w stosowne sprzęty i środki medyczne, świadczenia finansowe. O tym zaś, które definicje zdrowia, pod jakim względem i w jakim stopniu mogą być przydatne do ustanowienia przedmiotu ubezpieczenia zdrowotnego przesądzają już ubezpieczeniowe imponderabilia, w tym przypadku określające to, co może być podstawą ubezpieczenia – jego celem i przedmiotem.⁹⁵

Pytania i odpowiedzi, których szukamy zarówno w tych definicjach zdrowia, które funkcjonują już od setek lat, jak i w tych najnowszych, sprowadzamy tutaj do kwestii:

- Co musi zawierać definicja zdrowia, by można było określić przedmiot ubezpieczenia zdrowotnego?
- Jakie szkody/straty mogą powstać w wyniku zrealizowania się ryzyka utraty zdrowia?
- Jak definiować ryzyko utraty zdrowia, by było ubezpieczalne?

Czym zatem jest zdrowie w świetle podawanych w literaturze definicji? Przywołajmy najczęściej napotykaną:⁹⁶

- *Zdrowie chorego najwyższym prawem*, Hipokrates, IV w. p.n.e. (za: D. H. Newman, *Cień Hipokratesa*, Znak, Kraków 2010).

⁹⁵ Omawiane w tym rozdziale definicje i interpretacje rozumienia zdrowia nie dotyczą pojęcia zdrowia publicznego ani tzw. nowego zdrowia publicznego, por. przypis... w rozdziale 7.1. na s.....

⁹⁶ Prezentowany wybór najczęściej cytowanych definicji zdrowia został dokonany na użytek referatu nt. *Zdrowie i jego utrata jako przedmiot ubezpieczenia* wygłoszonego przez R. Holly i D. Cichońską na międzynarodowej konferencji naukowej „The successes and defeats of health insurance on emerging markets in Central and Eastern European countries – looking for the right way”, Kijów 3-4 listopad 2011r. – <http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=akt&mn=tresc&txt=1348>.

- *Zdrowie to, między innymi, funkcja doskonalenia stylu życia oraz kulturowej relatywizacji diety, Platon, IV w. p.n.e. (za: A. Malinowski, *Biologiczno-antropologiczne aspekty promocji zdrowia i paleologii*, [w:] Jopkiewicz A. (red.) *Auksologia a promocja zdrowia*, t. 3, Kielce 2004).*
- *Zdrowie nie jest dawane przez naturę, lecz musi być stale zdobywane. W związku z tym nie istnieje „terminus mortus”, a czas śmierci zależy wręcz od człowieka, Paracelsus, XV w. (za: R. G. Evans, M. L. Barer, T. R. Marmor, *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine De Gruyter, New York 1994).*
- *Zdrowie to równowaga pomiędzy czterema podstawowymi „humorami”: krwią, żółcią, czarną żółcią i śluzem zwierzęcym. Zaburzenie równowagi między nimi miało być przyczyną choroby (patologia humoralna), Kartezjusz, XVII w. (za: L. G. Pol, R. K. Thomas, *The demography of health and health care*, New York 2002).*
- *Zdrowie jest tylko przejściową harmonią, a choroba to stan pozwalający wskazać na charakter organizmu człowieka, który jest po prostu nosicielem bakcyli śmierci, Hegel G. W. F, XVIII w. (za: T. B. Kulik, M. Latański, *Zdrowie publiczne*, Czelej, Lublin 2002 (dodruk 2008).*
- *Choroba jest składową życia i stanowi zmianę propozycji zasad życiowych, podczas gdy zdrowie jest równowagą tych zasad, Schelling F. W. J., XVIII w. (za: S. Sontag, *Illness as Metaphor*, Farrar, Straus and Giroux, New York 1978).*
- *Zdrowie nie jest nieobecnością choroby, lecz siłą i zdolnością ciała o największym stopniu perfekcji. Jest stanem, który pozwala również duszy dążyć do doskonałości, A. Scherf, 1790 (za D. Mechanic, *The Handbook of Health, Health Care and the Health Professionn*, Free Press, New York 1983).*

- *Zdrowie jest fundamentem na którym spoczywa dobrobyt ludności i potęga kraju*, Disraeli, premier Wlk. Brytanii, 1875 (*What is population health?* Dostępne: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/approach/index.html> (10.2011).
- *Zdrowie jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby*, WHO 1948 (*The Fundamentals of Health Care Reform*, Praeger, USA 2003).
- *Zdrowie to nie tylko brak choroby czy niedomagania, ale także dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach*, M. Kacprzak, 1957 (M. Kacprzak, *Medycyna zapobiegawcza w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1957).
- *Zdrowie to proces dynamiczny, system wzajemnych uwarunkowań w relacji organizm-środowisko; jest to potencjał zdolności przystosowania się organizmu do wymogów środowiska wyposażający organizm w dyspozycję do utrzymania równowagi pomiędzy nim a wymogami środowiska*, Bures R. (za: F. Breyer, J. Costa-Font, S. Felder, *Ageing, health, and health care*, Oxford Review of Economic Policy 2010).
- *Zdrowie w sensie mentalnym jest zdolnością do pełnienia ról, zdrowie w sensie somatycznym jest zdolnością do wykonywania zadań*, Parsons T., 1969 (za: P. Zweifel, W. Manning, *Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care 2000*, [in:] A. J. Culyer, J. P. Newhouse eds., *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science B. V., Vol. 1, 2000).
- *Zdrowie to zdolność możliwie najlepszego funkcjonowania w swoim środowisku*, Dubos R. J., 1970 (za: D. M. Cutler, R. J. Zeckhauser, *The anatomy of health insurance*, [in:] A. J. Culyer, J. P. Newhouse eds., *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science B. V., Vol. 1, 2000).

- *Jest to stan idealnej równowagi i harmonii organizmu, a wszystko co odbiega od tego stanu jest chorobą*, Galen (za: C. Korczak, J. Leowski, *Problemy higieny i ochrony zdrowia*, WSiP, Warszawa 1977).
- *Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, która pozwala ludziom prowadzić socjalnie i ekonomicznie produktywne życie*, WHO 1978 (za: B. J. Sowada, *A call to be whole. The Fundamentals of Health Care Reform*, Praeger, USA 2003).
- *Zdrowie to normalny stan organizmu, w którym nie występuje fizyczna lub psychiczna choroba, a wszystkie części organizmu pełnią swoje właściwe funkcje*, Definicja negatywna zdrowia (za: *Webster's Medical Dictionary*, 1986).
- *Zdrowie to możliwość/zdolność do pracy*, Rockefeller Foundation (za: E. R. Brown, *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*, Berkeley University of California Press., 1979).
- *Zdrowie oznacza zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego*, K. Dąbrowski, 1979 (K. Dąbrowski, *Zdrowie psychiczne*, Warszawa 1979).
- *Zdrowie to indyktor poziomu funkcjonowania jednostki w społeczeństwie wyrażający stan pełnej równowagi i dobrostanu w jego wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym*, 1980 (za: D. Reisman, *Health care and public policy*, Northampton 2007).
- *Zdrowie to proces przystosowujący organizm do konkretnych warunków biogeograficznych i społeczno-bytowych, pozwalających człowiekowi na optymalne funkcjonowanie przez maksymalnie długi czas*, Zdunkiewicz L., 1983 (za: *Przełąd Antropologiczny*, PWN, 1995).

- *Zdrowie to nauka o diagnozowaniu, zapobieganiu i leczeniu choroby, (Webster's New World Third Collegiate Dictionary, 1988).*
- *Zdrowie to stan optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych zadań, T. B. Kulik 1989 (T. B. Kulik, Zdrowie w medycynie i naukach społecznych, Fundacja Uniwersytetu w Stalowej Woli, Stalowa Wola 2000).*
- *Zdrowie to funkcja skoordynowanego działania prawidłowo pracujących wszystkich narządów ludzkiego organizmu. (...) Utrzymanie równowagi biologicznej środowiska wewnętrznego organizmu człowieka, która jest odpowiedzialna za stan zdrowia..., S. Łozowski, (za: J. Szulc, E. Uberhauber, Leki z bożej apteki, Warszawa 1991).*
- *Zdrowie społeczeństwa jest funkcją głównie dwóch czynników: stanu zamożności i wykształcenia, 1993 (za: World Development Report – World Bank, 1993).*
- *Zdrowie zbiorowości gwarantują poczucie bezpieczeństwa, dobra informacja, z której można korzystać dokonując wyborów, trwałe więzi z otoczeniem i poczucie sensu życia, Mesa County, 1995 (Mesa County, Our Picture of Health, Grand Junction, CO: Civic Forum 1995).*
- *Zdrowie (wellness) oznacza angażowanie się w zachowania i postawy, które zwiększają jakość życia i pozwalają maksymalnie wykorzystać potencjał pracowników, Anspaugh D. J., Hamrick M. H., Rosato F. D., 1997 (D. J. Anspaugh, M. H. Hamrick, F. D. Rosato, Wellness: Concepts and Applications, MO: Mosby, St. Louis 1997).*
- *Zdrowie jest czymś więcej niż „tzw. 5D” – disease (choroba), death (śmierć), discomfort (uczucie dyskomfortu), disability (niepełnosprawność) and dissatisfaction (niezadowolenie), (D. J. Anspaugh, M. H. Hamrick, F. D. Rosato, Wellness: Concepts and Applications, MO: Mosby, St. Louis 1997).*

- *Zdrowie jest jednoznaczne z możliwością prowadzenia produktywnego, sensownego i twórczego życia zarówno w sferze społecznej, jak ekonomicznej, (Global Strategy for Health For All by The Year 2000).*
- *Zdrowie można zdefiniować jako dynamiczny stan rozwoju struktur oraz funkcji organizmu; jest to stan zgodny z naturą, czyli biotopem jednostki, w jakim czynności życiowe przebiegają optymalnie, a środowisko zaspokaja potrzeby organizmu, podobnie jak norma biologiczna człowieka (biotopu), jest jego funkcjonalnym optimum, Malinowski A., 2004 (A. Malinowski, *Biologiczno-antropologiczne aspekty promocji zdrowia i paleologii*, [w:] Jopkiewicz A., *Auksologia a promocja zdrowia*, tom 3, Kielce 2004).*
- *Zdrowie to zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego, K. Dąbrowski (za: J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, 2010).*
- *Zdrowie to stan, w którym człowiek potrafi przystosować się do działających nań bodźców środowiskowych w taki sposób, żeby proces adaptacyjny nie zakłócił homeostazy w kręgu soma, psyche i środowisko, a w dalszej konsekwencji nie zniszczył organizmu, J. Aleksandrowicz, (J. Aleksandrowicz, *W poszukiwaniu definicji zdrowia*, „Studia Filozoficzne”, 1972).*

Dokonując przeglądu definicji zdrowia zauważmy, że w wielu encyklopediach i słownikach zdrowie traktowane jest wręcz zdawkowo, niemalże jako pojęcie pierwotne. Dobrym tego przykładem są określenia, jakie znajdujemy w *Webster's Encyclopedic Dictionary* – „the state of fitness of the body or the mind”⁹⁷, czy w *Dictionary of Current English* – „condition of the body or the mind”.⁹⁸

⁹⁷ *Webster Encyclopedic Dictionary*, Lexicon Publications Inc., New York 1991, s. 446.

⁹⁸ *Dictionary of Current English*, Oxford University Press, 1974, s. 403.

Biorąc pod uwagę zawartość etymologiczną terminu i pojęcia zdrowie w definicjach najczęściej cytowanych w literaturze przedmiotu, w zapisach encyklopedycznych i słownikowych, a także w związkach frazeologicznych, w jakich termin ten i pojęcie występuje zarówno w języku potocznym, jak i w „branżowym” – medycznym, możemy uznać, że „**zdrowie**” występuje w czterech różnych, aczkolwiek wzajemnie niesprzecznych znaczeniach **jako**:

- **wartość (sama w sobie)** określająca i konstytuująca naszą tożsamość; wartość dzięki realizacji której identyfikujemy siebie, jesteśmy „sobą” – poszczególnymi osobami, określonymi ludźmi, daną społecznością;
- **zasób (przymiotników, parametrów ludzkiego organizmu)** gwarantujący rozwój indywidualny, społeczny, gospodarczy;
- **dobro**, tj. efekt procesu wytwarzania („produkcji” zdrowia jako określonego stanu organizmu np. w wyniku działań profilaktycznych, prewencyjnych, terapeutycznych, określonego stylu życia itp.);
- **środek** umożliwiający osiągnięcie różnych celów indywidualnych, grupowych, organizacyjnych, społecznych, gospodarczych;

przy czym w każdym z tych znaczeń, „zdrowie” to określony, ale zawsze na swój sposób i w jakimś stopniu „dobry” stan organizmu.

Stąd zapewne najczęściej cytowana w literaturze przedmiotu jest „oficjalna” definicja zdrowia WHO⁹⁹, różnie literalnie tłumaczona, ale powszechnie jednoznacznie na ogół interpretowana jako *pełny fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan, a nie tylko brak choroby lub ułomności*. Czy zatem kluczowy dla tej definicji dobrostan może być

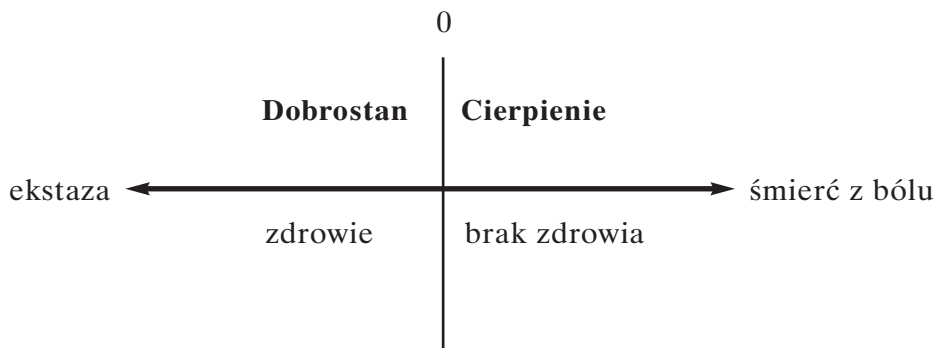
⁹⁹ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”, por. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

przedmiotem ubezpieczenia? Jeżeli tak, to w jakim rozumieniu i jakie konsekwencje mogą stąd wynikać dla praktyki ubezpieczeniowej?

Dobrostan to pojęcie równie niejednoznaczne i prowokujące do rozmaitych jego interpretacji podobnie jak pojęcie „szczęścia”; zresztą, nawet intuicyjnie, szczęściu (albo eudajmonii) chyba najbliższe. Kontekst znaczeniowy, jaki tworzą terminy służące jego objaśnieniu w słynnej definicji WHO, uzasadnia rozumienie dobrostanu jako stanu subiektywnego poczucia całkowitego bezpieczeństwa wynikającego z możliwości pełnej samorealizacji podmiotu, a przynajmniej realizacji jego najważniejszych celów.

Ponieważ nie jest nam znana definicja dobrostanu, spróbujmy ustalić a przynajmniej przybliżyć sens, znaczenie tego terminu poprzez konfrontację z antonimem – *cierpieniem* (z powodu fizycznego i/lub psychicznego bólu). Przyjmujemy, że ów sens winien się ujawnić w konstruowanym specjalnie w tym celu „modelu” zdrowia, wedle przyjętego założenia, że *dobrostan kończy się tam, gdzie zaczyna się cierpienie, a zaczyna tam, gdzie cierpienie się kończy*.

Schemat 6. Model „stopni stanu zdrowia”



Źródło: opracowanie własne.

Widzimy jednak, że nawet w tego typu interpretacjach, dobrostan okazuje się nieprzydatny jako przedmiot ubezpieczenia, choćby ze względu na trudność w skwantyfikowaniu – „wycenieniu” określonego stanu zdrowia poprzez wyznaczenie mu miejsca na osi „dobrostan” – „cierpienie”.¹⁰⁰

Możemy natomiast uznać, że dobrostan, jako „oczywiste” pojęcie pierwotne, jest zarówno (1) wynikiem subiektywnego odczucia¹⁰¹, jak też (2) wynikiem obiektywnych miar stanu psychofizycznego opartych na arbitralnie/konwencjonalnie przyjętych kryteriach: medycznych, standardach potrzeb i celów społecznych czy kulturowych.

Tak rozumiany, także nie może stanowić celu ochrony zdrowia ani nawet leczenia indywidualnego pacjenta, bowiem źródłem dobrostanu mogą być tak różne doznania (subiektywne odczucia) jak upojenie alkoholowe, ekstaza narkotyczna, przeżycia estetyczne, uniesienia miłosne itp. Jednakże można założyć, że jednym z warunków *sine qua non* większości tych doznań jest **zdefiniowane medycznie minimum optymalnego stanu zdrowia organizmu** (braku choroby) lub przynajmniej jej objawów. Stąd teza, że te właśnie parametry, wyznaczające owe minimum, mogłyby być uznane za podstawę konstrukcji takiej definicji zdrowia, która pozwoli je traktować jako przedmiot ubezpieczenia. Czy jednak proponowana tutaj interpretacja daje się pogodzić (a jeżeli tak, to w jakim zakresie i na jakich warunkach) z komentowaną definicją WHO?

Przyjmijmy, że utożsamianie terminu i pojęcia zdrowia z dobrostanem określanym jako pełny komfort (pełnia satysfakcji) z życia sprawia, że zdrowie staje się kategorią opisu niezwykle szerokiej gamy

¹⁰⁰ Nie jest to pogląd całkowicie nowy ani odosobniony. Za podobnym, linearnym rozumieniem zdrowia jako kontinuum, jakie wyznaczają dwa stany: całkowity brak choroby i choroba „na progu śmierci” opowiada się np.: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2007, s. 32-36.

¹⁰¹ Por. np.: A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, PZWL, Warszawa 2009, s. 3-15.

stanów i doznań odbieranych jako pozytywne, przy czym ich *differentia specifica* – z punktu widzenia odczuwającego/przeżywającego podmiotu – to jedynie ich subiektywna kwalifikacja jako „pozytywne”, albowiem ich źródłem może być nie tylko, jak głosi definicja WHO, brak choroby lub ułomności, ale również każdy narkotyk, używka czy odpowiednio intensywna stymulacja właściwie każdego ze zmysłów (jak zresztą powszechnie wiadomo, nasze samopoczucie najszybciej i najskuteczniej poprawia odpowiednio obfity posiłek). Co więcej, jak pokazują wyniki prowadzonych od lat badań, właściwie żadne z powszechnie uznawanych źródeł/przyczyn sprawczych satysfakcji z życia nie jest pewnym gwarantem owej satysfakcji; tak zresztą jak ciężka nawet choroba czy kalectwo nie wykluczają odczuwania/przeżywania satysfakcji z życia. Okazuje się bowiem, że odczuwanie i przeżywanie tej satysfakcji jest uwarunkowane bardziej genetycznie i charakterologicznie niż określonym aktualnym stanem zdrowia zdefiniowanym medycznie.¹⁰²

Tak więc utożsamiając zdrowie z dobrostanem definiowanym przez wskazywane w definicji WHO jego *differentia specifica*, możemy mówić jedynie o „zdrowiu w ogóle” i/lub o sposobie kierowania intuicyjnego rozumienia tego terminu i pojęcia. W konsekwencji bowiem, odpowiadając na pytanie „jakie jest i po co jest zdrowie” musimy zgodzić się na jego specyfikowanie i przymiotnikowanie: zdrowie definiowane medycznie, zdrowie subiektywnie odczuwane, zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, zdrowie „kwalifikowane” (stan umożliwiający wykonywanie określonego zawodu, dyscypliny sportu, określonej roli, danego rodzaju aktywności życiowej) itp.

¹⁰² Por. relacje z badań: M. W. Eysenck, *Happiness: Fact and myths*, Lawrence Erlbaum, Hove 1990; A. Furnham, H. Cheng, *Lay theories of happiness*, „Journal of Happiness Studies”, 1 (2000), s. 227-246; D. T. Lykken, *Happiness: The nature and nurture of joy and contentment*, St. Martin’s Griffin, New York 2000; D. Kahneman, A. Krueger, D. Schkade, N. Schwarz, A. Stone, *A survey method for characterizing daily life experience: The Day Reconstruction Method (DRM)*, Science, 306 (2004), s. 1776-1780; L. Rowley, *Money and happiness: A guide to living the good life*, John Wiley & Sons, New York 2005; J. M. Hecht, *The happiness myth: Why what we think is right is wrong*, Harper, San Francisco 2007.

Jeżeli dobrostan obejmuje skalę odczuć satysfakcji z życia – od akceptacji warunków, na które jesteśmy skazani, aż po przeżywanie głębokiego szczęścia i euforycznych uniesień, musimy zgodzić się, że źródła tych satysfakcji są tak wielorakie, że niemożliwe nawet do pełnego wyspecyfikowania. Na pewno stan zdrowia organizmu definiowany medycznie jest tylko jednym z tych źródeł, aczkolwiek można też przyjąć, że jest to warunek tylko względnie konieczny. Trzeba przy tym założyć też pewną zindywidualizowaną wartość progową braku choroby lub przynajmniej jej objawów (głównie bólu), która umożliwia odczuwanie rzeczowej, wielostopniowej satysfakcji. Satysfakcja ta może być jednak odczuwana/przeżywana mimo zaawansowanej choroby lub kalectwa, i to pomimo świadomości swojego kalectwa i/lub medycznie zdiagnozowanego stanu chorobowego.¹⁰³

Nie zmienia to jednak faktu, iż warunkiem koniecznym dobrostanu jako satysfakcji z życia na jakimkolwiek poziomie pozytywnej skali odczuć jest pewien zindywidualizowany stopień stanu psychofizycznego definiowanego medycznie. Stan ten, definiowany medycznie, może więc być obiektywnym wyznacznikiem minimalnego celu ochrony zdrowia, zarówno w odniesieniu do jednostek, jak i całych grup społecznych. Zatem, **zdrowie to zdefiniowany medycznie i psychologicznie stan psychofizyczny organizmu umożliwiający przeżywanie satysfakcji z życia, bez względu na ułomności, miejsce w strukturze społecznej, wiek, płeć, niepełnosprawność**. Stąd wynikają też minimalne wymagania w zakresie neutralizowania ryzyka utraty zdrowia, których spełnienie umożliwia („gwarantuje” możliwość) życia w dobrostanie. Owe minimalne wymagania to właśnie kryteria służące określeniu medycznie definiowanego minimum optymalnego stanu zdrowia organizmu; kryteria, bez których nie jest możliwe skonstruowanie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Z kolei bez tego koszyka nie jesteśmy w stanie wprowadzić racjonalnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

¹⁰³ Por. wyniki rekomendowanych w przypisie 85 badań.

Zawartość etymologiczna terminu *zdrowie* okazuje się zatem tak szeroka, że ustalenie na tej podstawie czym jest zdrowie (jego brak, utrata), nie jest możliwe bez przyjęcia kryterium wyboru służącego selekcji tych parametrów zapisanych w jego definicji, które odpowiadają idei i metodzie ubezpieczenia.

Takim kryterium są bez wątpienia ubezpieczeniowe imponderabilia, zgodnie z którymi przedmiot ubezpieczenia to rzecz, stan rzeczy, określona relacja, której status, charakter i/lub sposób istnienia zmienia się w wyniku realizacji ryzyka w sposób niepożądany z punktu widzenia interesariusza. Natomiast – w odniesieniu do ryzyka utraty zdrowia – celem ubezpieczenia jest uzyskanie rekompensaty skutków/strat, jakie mogą być udziałem ubezpieczonego w przypadku utraty zdrowia i/lub świadczeń prewencyjnych (np. szczepień) w przypadku zagrożenia utraty zdrowia.

Musimy więc mieć na uwadze, że przedmiotem ubezpieczenia może być jedynie rzecz, stan rzeczy, relacja, których status i/lub sposób istnienia, charakter zmienia się w wyniku realizacji ryzyka w sposób niepożądany z punktu widzenia interesariusza – osoby zainteresowanej niezmiennością statusu i/lub sposobu istnienia owej rzeczy, stanu rzeczy. Stąd zdarzenie, w wyniku którego następuje owa niechciana zmiana, nazywamy *zdarzeniem niepożądanym*, zaś osobę (fizyczna lub prawną), której dotyczą skutki owego zdarzenia – *poszkodowanym*.

Celem osoby przystępującej do ubezpieczenia zdrowotnego jest uzyskanie rekompensaty skutków/strat, jakie mogą być jej udziałem w przypadku utraty zdrowia, a także uzyskania gwarancji profilaktycznych usług medycznych (np. badania diagnostyczne) i/lub prewencyjnych usług medycznych (np. szczepień) na wypadek nagłego pojawienia się zagrożenia utraty zdrowia. I do tego też sprowadza się interes ubezpieczeniowy osoby, dla której zdrowie jest wartością samą w sobie. Jednakże gwarantowana umową ubezpieczenia (re)kompensata, w postaci odszkodowania i/lub zadośćuczynienia, może dotyczyć jedynie tych szkód/strat, które są wymierne, najlepiej fi-

nansowo. Albowiem w przeciwnym razie nie jest możliwe oszacowanie ryzyka, naliczenie rezerw na koszty potencjalnych wypłat ani „kwotowanie” składki.

W tym sensie i kontekście pytanie o szkody/straty, jakie może powodować utrata zdrowia jest pytaniem o skutki tej utraty oraz o sposób, w jaki owe szkody/straty mogą być szacowane i (re)kompensowane.

Jako wymierne skutki utraty zdrowia, zarówno z przyczyn chorobowych, jak i pozachorobowych, możemy uznać:

- niezdolność do pracy,
- utratę lub upośledzenie określonych funkcji organizmu,
- niezdolność wykonywania dotychczas pełnionej roli:
 - zawodowej,
 - w gospodarstwie domowym,
 - w strukturze społecznej,
- utratę dotychczasowego komfortu życia.

Zapobieganie tym skutkom (wszystkim równocześnie lub tylko określonym) i/lub ich rekompensowanie to zarazem „drugi wymiar” interesu ubezpieczeniowego zorientowanego na określony efekt. Z tego punktu widzenia szczególnie użyteczne wydają się te definicje zdrowia (opisane w tych definicjach parametry „zdrowia”), które pozwalają jednoznacznie diagnozować stan organizmu, a zarazem wskazują na „materialne dowody” zrealizowania się ryzyka utraty zdrowia w określonym stopniu i/lub zakresie i pozwalają na szacowanie ponoszonych w związku z tym szkód/strat. Tym samym celem neutralizacji ryzyka utraty zdrowia staje się (zre) kompensowanie jednego/wybranych/wszystkich skutków utraty zdrowia poprzez:

- przywrócenie zdolności do pracy (a w szerszym zakresie, również niedopuszczenie do utraty zdolności do pracy),
- przywrócenie utraconych lub upośledzonych funkcji organizmu,
- przywrócenie zdolności wykonywania pełnionej dotychczas roli:
 - zawodowej,
 - w gospodarstwie domowym,
 - w strukturze społecznej,
- przywrócenie utraconego komfortu życia.

Podęjście takie skłania do przyjęcia funkcjonalnej definicji zdrowia, tym bardziej, że na podstawie przeglądu kilkudziesięciu najczęściej przywoływanych w literaturze przedmiotu definicji zdrowia nie sposób wyodrębnić takiej ich wspólnej cechy, która – jako *differentia specifica* – mogłaby stanowić o istocie zdrowia. Tym bardziej zasadne wydaje się więc, by zdrowie rozumieć i traktować jako podstawowy parametr/zmienną/wymiar każdego organizmu, opisujący jego stan i pozwalający na jego ocenianie w kategoriach „zdrowy” – „chory”, ze względu na przyjęte kryteria kwalifikacyjne. Zależnie zatem od przyjętych kryteriów, ten sam stan (zdrowia) organizmu może być uznany za bardzo dobry lub zadowolający, lub wymagający naprawienia.

Nie jest to więc parametr organizmu o określonych, stałych cechach i wartościach, ale wymiar (zmienna), dzięki któremu stan danego organizmu kwantyfikujemy i umieszczamy na skali: od: „pełny psychofizyczny dobrostan”, po „niezdolny do życia”. Parafrazując, możemy powiedzieć, że zdrowie – niczym pogoda – zawsze jest jakieś; dopiero na podstawie przyjętych kryteriów oceny wynikających z „partykularnych” interesów oceniającego, pogoda jest kwalifikowana jako „bardzo dobra” po „bardzo zła”, niezależnie od tego jaka jest faktycznie (opisywana wielkością opadów, temperaturą, zachmurzeniem itp.

parametrami). Ocena stanu zdrowia dokonywana jest zatem ze względu na określone kryteria kwalifikacyjne, które służą zarazem do wyznaczenia zakresu ochrony zdrowia, jak też celów i zadań systemu służącego jego ochronie, w tym ubezpieczeniom zdrowotnym w ramach struktury tego systemu.¹⁰⁴

Do imponderabiliów polityki zdrowotnej, ważnych ze względu na możliwe do wykorzystania w systemie ochrony zdrowia rozwiązania ubezpieczeniowe, należą też niewątpliwie idee zdrowia publicznego. Koncepcje zdrowia publicznego, w tym głównie jego misji, celów i sposobów ich osiągnięcia, ściśle wiążą się bowiem z rozumieniem istoty zdrowia/choroby, uwarunkowań zdrowia i przyczyn choroby oraz sposobami gwarantującymi utrzymanie zdrowia/przeciwdziałającymi utracie zdrowia.

Stąd w poszczególnych koncepcjach zdrowia publicznego różnie identyfikowane i/lub akcentowane są: (1) cele (od zdolności do pracy, poprzez zdolność pełnienia ról w strukturach społecznych po pełny psychofizyczny dobrostan); (2) paradygmaty: profilaktyczno-prewencyjny, naprawczy (zabiegowy), zachowawczo-opiekuńczy; (3) uwarunkowania osiągnięcia celów (od ekonomicznych po demograficzne); (4) metody, sposoby i procedury ich osiągnięcia. Dlatego też określona interpretacja idei zdrowia publicznego, jego pojęcia i zawartości etymologicznej tego terminu, przesądza tak wiele w praktyce uprawiania polityki zdrowotnej. Ze względu na możliwości stosowania w systemie ochrony zdrowia rozwiązań ubezpieczeniowych, w tym szczególnie służących wyznaczaniu zakresu świadczeń przy konstruowaniu produktów ubezpieczeniowych, najbardziej istotna

¹⁰⁴ Proponowana interpretacja terminu i pojęcia zdrowie jest chyba najbardziej zbliżona do podawanej przez *Nową Encyklopedię Powszechną PWN* – „stan pełnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej; w węższym znaczeniu – nieobecność choroby lub kalectwa; z fizjologicznego punktu widzenia, zdrowie jest to pełna zdolność organizmu do utrzymania równowagi pomiędzy nim a środowiskiem zewnętrznym, do prawidłowego reagowania na zmiany środowiska i adaptacji do tych zmian”. *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, tom 6, PWN, Warszawa 1997, s. 1003.

wydaje się hierarchia celów ochrony zdrowia, jaką możemy wyprowadzić z idei zdrowia publicznego: od psychofizycznego dobrostanu przez komfort życia, zdolność pełnienia ról społecznych, zawodowych, w gospodarstwie domowym, sprawność funkcji organizmu po zdolność do pracy.

Zatem, o potrzebie ubezpieczenia przesądza realne ryzyko, tj. takie, którego realizacja faktycznie może zagrażać interesom członków wspólnoty ryzyka. Stąd: **zasada realności ubezpieczenia**¹⁰⁵ – (1) ubezpieczenie, bez jednoznacznie określonego realnego ryzyka, którego realizacja może skutkować zagrożeniem, nie ma sensu; (2) celem ubezpieczenia jest neutralizacja skutków ryzyka, więc ubezpieczenie (jako metoda, technologia jego neutralizowania), które nie jest w stanie z jakiegokolwiek powodu tego dokonać, również nie ma sensu, nie jest właściwym ubezpieczeniem realnym.

Wynika stąd kolejna zasada, którą lapidarnie można skwitować/zawrzeć w formule: **jakie ryzyko – takie ubezpieczenie**. Zgodnie z tą zasadą potrzebujemy dokładnie takiego ubezpieczenia, jakie ryzyko nam zagraża, dokładniej: jakie jego skutki, w jakim stopniu, w jaki sposób nam zagrażają. Mając na uwadze te zastrzeżenia, potocznie mówimy, że „zagraża nam ryzyko”, chociaż faktycznie zagraża nam to, co może naruszyć nasze interesy, ogólnie – nasze bezpieczeństwo. Zaś ryzyko jest kategorią i miarą niepewności, prawdopodobieństwa, że to się stanie/może stać.

¹⁰⁵ Por. J. Handschke, *Usługi ubezpieczeniowe w aspekcie ekonomicznych gwarancji realności ochrony ubezpieczeniowej*, [w:] *Finanse w gospodarce rynkowej – wybrane zagadnienia*, Wyższa Szkoła Finansów i Ubezpieczeń im. J. Chechlińskiego, Łódź 1999, s. 259-269; J. Handschke, *Od ekonomicznych gwarancji realności ochrony ubezpieczeniowej do polityki ubezpieczeniowej*, [w:] Gacka M. (red.), *Gospodarka rynkowa w Polsce w drodze do Unii Europejskiej. Materiały konferencyjne*. Politechnika Radomska, Radom 2000, s. 257-268; J. Handschke, J. Lisowski, *Realność ochrony ubezpieczeniowej jako podstawowy czynnik wpływający na efektywność ubezpieczeń kredytu*, [w:] Bielawska A. (red.), *Uwarunkowania rozwoju mikro i małych przedsiębiorstw*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005, s. 377-387.

Problem sprowadza się zatem do ustalenia tych skutków ryzyka, które uznajemy za zagrażające naszym interesom. Nie jest bowiem tak, że zagraża nam samo ryzyko – jako takie jest ono neutralne – zagrażają nam określone możliwe skutki jego zrealizowania się. Ryzyko jest prawdopodobieństwem zrealizowania się określonego zdarzenia, sytuacji, procesu, stanu rzeczy, co w efekcie może (aczkolwiek nie musi) powodować różne skutki, zaś każdy z tych skutków może w różnym stopniu naruszać różne interesy danej osoby. Im bardziej słoneczna, upalna pogoda w lipcu, tym bardziej pożądana przez wczasowiczów wypoczywających na nadmorskiej plaży; dla nich ryzykiem (w potocznym rozumieniu tego słowa) jest brak słońca, deszcz i związane z tym ochłodzenie. Odwrotnie, dla rolnika, który wziął kredyt, kupił ziarno i zasiał w nadziei, że urośnie, da mu bogate plony, dzięki którym zwróci kredyt i godnie zarobi. Dla niego upał i brak deszczu to wyrok: nie urośnie, wyschnie, nie będzie miał plonów i nie tylko nie zarobi, ale jeszcze komornik zabierze mu resztę tego, co mu zostało... Wracając do naszego porównania przypomnijmy, że pogoda jest zawsze jakaś i jako taka jest zawsze neutralna – o tym, czy jej określony stan traktujemy jako satysfakcjonujący lub zagrażający, przesądza nasz określony interes, to czemu ów określony stan ma służyć, do czego jest niezbędny, jakie zagrożenia potencjalnie zeń wynikają. Zatem **istotą i zarazem celem ubezpieczenia** nie jest po prostu neutralizacja jakiegoś ryzyka, ale **zabezpieczenie określonych interesów ubezpieczanego klienta/kontrahenta poprzez neutralizację skutków ryzyka, które te interesy mogą naruszyć.**

Stąd też **rozdzielić należy ofertę ubezpieczeniową** (zakładu ubezpieczeń), która jest deklaracją gotowości do neutralizowania skutków określonych ryzyk, w określony sposób, na określonych warunkach, **od produktu ubezpieczeniowego**, który, zgodnie z zasadą realności ubezpieczenia, musi uwzględniać interes klienta-ubezpieczanego, tzn. chronić ów interes poprzez neutralizację ryzyka, które mu zagraża.

Interes ubezpieczeniowy traktować więc należy jako podstawowe kryterium identyfikowania i definiowania również tak specyficznego przedmiotu ubezpieczenia, jakim jest zdrowie (jego utrata). Dokładana identyfikacja interesu ubezpieczeniowego oraz ocena stopnia jego naruszenia winna być też podstawą uznania zasadności roszczenia oraz oceny i wyceny (w pieniądzu) poniesionej szkody/straty (doznanej krzywdy). W przypadku naruszenia „interesu zdrowotnego” problem ten jest szczególnie ważny, utrata zdrowia skutkuje bowiem nie tylko stosunkowo łatwo dającą się ocenić i wyliczyć szkodą/stratą majątkową (jak choćby utracone korzyści w wyniku choroby, wypadku), ale również, a często przede wszystkim, bólem fizycznym, cierpieniem psychicznym, wykluczeniem społecznym. Właściwe ocenienie i wycenienie tego rodzaju straty nie wydaje się możliwe bez uwzględnienia kryterium, jakim jest interes poszkodowanego.

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W ŚWIECIE TEORII I DOKTRYNY UBEZPIECZENIOWEJ

4.1. OCHRONA ZDROWIA JAKO INTERES UBEZPIECZENIOWY

Uznając zasadność przeprowadzonych dotąd ustaleń, określenie „zarządzanie ryzykiem” odnosić będziemy do możliwości stymulowania prawdopodobieństwa realizowania się zdarzeń poprzez (1) wpływanie na bodźce (przyczyny, drivers) inicjujące zdarzenia (np. niedopuszczanie do inicjacji przez blokowanie ich, osłabianie, zmienianie konfiguracji, w jakich występują) oraz (2) oddziaływanie na przebieg zdarzenia – procesu dokonującej się zamiany (np. poprzez blokowanie określonego ogniwa w łańcuchu przyczynowo-skutkowym¹⁰⁶).

¹⁰⁶ Możliwość tę opisałem na przykładzie ingerowania w przebieg rozwijającego się procesu chorobowego zainicjowanego przez wirusy grypy, polegającym na możliwości przerwania łańcucha postępujących po sobie kolejnych powikłań na wybranym etapie: zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, zapalenia osierdzia, wosierdzia mięśnia sercowego..., wpływając tym samym na skutki tego zdarzenia; Por. R. Holly, Ryzyka polskiego rynku ubezpieczeń, „Zeszyty Naukowe”, WSUiB, 18/2000.

Konstatacja, iż zarządzanie ryzykiem jest/polega na stymulowaniu czynników zdarzenia, o prawdopodobieństwie zaistnienia którego orzekamy, mówiąc właśnie o „ryzyku zdarzenia”, wydaje się też o tyle oczywista, o ile oczywistym jest, że wpływanie na prawdopodobieństwo (zdarzenia), relację zależności jest możliwe tylko poprzez stymulowanie członów/czynników tworzących tę relację i przesądających o jej charakterze. Natomiast ryzyko, jako abstrakcyjny konstrukt teoretyczny, samo w sobie żadnej mocy sprawczej mieć nie może. Tak więc określenie zarządzanie ryzykiem oznacza/winno oznaczać oddziaływanie na przebieg odpowiadającego mu zdarzenia i/lub nawet blokowanie możliwości jego zaistnienia.

Celem (zarządzania owego oddziaływania) jest zadośćuczynienie interesom określonego podmiotu, tj. także stymulowanie przyczyn/*driverów* inicjujących zdarzenie i/lub jego przebieg, by do zdarzenia w ogóle nie doszło lub jego (potencjalne) skutki w możliwie najmniejszym stopniu naruszały interesy podmiotu, na rzecz którego działania zarządcze są podejmowane.

Powstaje zatem konieczność ustalenia, co jest/jaki jest/na czym polega interes danego podmiotu oraz jaki wynik określonego zdarzenia będzie najlepiej czynił zadość temu interesowi. Możemy przyjąć, że najogólniej rzecz biorąc – interesem każdego podmiotu jest unikanie zdarzeń zagrażających temu interesowi, tj. tych, których skutki mogą okazać się dla podmiotu niekorzystne. Najczęściej mówimy zatem o konieczności unikania zagrożeń i traktujemy to określenie jako bardziej jednoznaczne niż termin „ryzyko”, który odnoszony może być do sytuacji, kiedy realizuje się ryzyko zdarzenia, jednak jego skutki mogą być pozytywne (względnie te same skutki oceniane z punktu widzenia jednego podmiotu jako pozytywne okazują się negatywne). *Zagrożeniem* natomiast jest ryzyko (prawdopodobieństwo) zdarzenia, którego możliwe skutki uznajemy za negatywne. Innymi słowy, **zagrożenie to antycypacja niepożądanego zdarzenia (ze względu na jego skutki) postrzeganego jako realnie możliwe – im bardziej realne (prawdopodobne) i im bardziej niepożądane potencjalne skutki owego zdarzenia,**

tym bardziej zagrażające (tym większe zagrożenie). W tym kontekście ryzyko to właśnie prawdopodobieństwo zrealizowania się zdarzenia, którego możliwe skutki mogą zagrażać interesom podmiotu. Stąd też, jeżeli występują, będą traktowane jako szkoda/strata, która jest udziałem podmiotu zdarzenia (podmiotu, którego zdarzenie dotyczy). Skutki zdarzenia kreują i charakteryzują nowy stan rzeczy, jaki powstał w wyniku zmiany spowodowanej przebiegiem zdarzenia. Ocena stopnia, w jakim skutki określające nowy stan rzeczy mogą być uznane za realnie zagrażające podmiotowi zdarzenia, jest więc pochodną kryteriów, na podstawie których podmiot definiuje swój interes – to, co mu najlepiej służy, co najlepiej zaspokaja jego potrzeby i/lub może powodować deprivację tych potrzeb. **Potrzebę** rozumiemy tutaj jako konstатовany brak i/lub odczuwany skutek/wynik braku tego, co jest niezbędne do utrzymania stanu równowagi – stanu **bezpieczeństwa**. Innymi słowy, **bezpieczeństwo** to stan równowagi pomiędzy zagrożeniami a działaniami neutralizującymi te zagrożenia. **Deprivacją** potrzeby jest stan braku dobra służącego jej zaspokojeniu, który sprawia, że zagrożone jest bezpieczeństwo podmiotu/przedmiotu.

W prezentowanym tutaj ujęciu, celem zarządzania ryzykiem (zdarzeń) jest/winno być utrzymanie stanu równowagi (bezpieczeństwa) podmiotu, na rzecz którego zarządzanie jest prowadzone poprzez przeciwdziałanie deprivacji jego potrzeb – neutralizowanie czynników zagrażających owemu stanowi równowagi (naruszaniu bezpieczeństwa).

Określenie interesu, a tym samym celu zarządzania poprzez przeciwdziałanie deprivacji potrzeby (utrzymywanie stanu bezpieczeństwa podmiotu rozumianego jako stan równowagi pomiędzy *driverami* mu zagrażającymi a działaniami/możliwością ich podjęcia, tj. uruchomienia *driverów* neutralizujących *drivery* zagrażające) sprowadzamy zatem do kwestii identyfikacji potrzeby i braku tego, co może uniemożliwić/ograniczyć jej zaspokojenie.

Deprywacja potrzeby zdrowotnej, jako pożądanego, określonego stanu zdrowia stanowi podstawowe kryterium oceny stopnia zagrożenia utraty zdrowia a zarazem kryterium kwantyfikacyjne ryzyka utraty zdrowia. Zależnie zatem od sposobu rozumienia i opisu tej potrzeby oraz stosownie do przyjętej definicji zdrowia możemy postrzegać i opisywać ryzyko jego utraty co najmniej w czterech kategoriach:

- społecznych (zdrowia publicznego),
- medycznych (właściwego stanu zdrowia wedle standardów wynikających z aktualnej wiedzy medycznej),
- funkcjonalnych (pożądanego stanu zdrowia ze względu na rodzaj aktywności zawodowej, sportowej, pełnioną rolę społeczną, wykonywane zadania),
- indywidualnych (specyficznych oczekiwań co do sprawności fizycznej, psychicznej i samopoczucia poszczególnych osób).

Ryzyko, jako teoretyczny konstrukt hipotetyczny jest specyficznym produktem naszego antycypowania, postrzegania i oceny zdarzeń, których skutki mogą nas dotyczyć. Sposób postrzegania zdarzeń i wynik ich oceny, jako sprzyjających bądź zagrażających naszym interesom, jest zawsze subiektywnym (bowiem dokonywany z punktu widzenia tychże interesów). W tym sensie ryzyko nigdy nie jest (i być nie może) obiektywne.

Jeżeli zaś chcemy mu przypisywać tę cechę, aby móc, na przykład, mówić o „obiektywnym ryzyku utraty zdrowia”, musimy arbitralnie lub na podstawie założonych kryteriów (np. EBM) ustalić, co jest korzystne, a co niekorzystne dla określonego stanu zdrowia uznawanego (także arbitralnie) za stan pożądany (niezależnie od tego czy dany pacjent zgadza się z tym, czy nie zgadza).

Faktycznie jednak interes jest zawsze „partykularny”, przynajmniej o tyle, że zawsze jest „czyjś”, wyraża czyjeś dążenie do zapewnienia sobie dostępu do różnorodnych dóbr służących zaspokajaniu określonych potrzeb. Ta sama potrzeba, z punktu widzenia różnych podmiotów – osób, grup społecznych, instytucji może być różnie rozumiana, odczuwana, traktowana jako mniej lub bardziej ważna. W całej rozciągłości dotyczy to potrzeby zachowania pożądanego stanu zdrowia. Zdrowie (jego stan) może być bowiem przez jednych traktowane jako cel sam w sobie, a przez innych instrumentalnie – określony jako dobro służące osiągnięciu innych celów (np. kariery zawodowej, sportowej, towarzyskiej) i – zależnie od tych celów – określeniu „zdrowie” odpowiadać będą różne stany organizmu. Stąd właśnie, inny stan zdrowia jest pożądanym z punktu widzenia interesów indywidualnego podmiotu (osoby), inny z punktu widzenia określonej grupy społecznej czy zawodowej, a jeszcze inny z punktu widzenia danej instytucji, np. państwa. Interesy te nie są tożsame, utrata tego samego dobra może zagrażać im w różnym stopniu i w różny sposób, bowiem to samo dobro na ogół służy im do osiągnięcia różnych celów, w różnym stopniu i w różny sposób. Zatem to samo dobro może mieć różną rangę (znaczenie), różna może być jego rola (zastosowanie), różnie też może być/powinno być chronione, a tym samym zagrożenie jego utraty musi być różnie neutralizowane. O doborze stosownych metod i technologii zarządzania określonym ryzykiem przesądza więc nie tylko rodzaj zagrożenia, ale również rodzaj interesu, który ono narusza. Potrzeba może być więc zaspokajana w odmienny sposób i przy pomocy różnego asortymentu dóbr przez każdy z tych podmiotów. Stąd bierze się odmiennosc interesów w dążeniu/dostępie do tych samych dóbr służących zaspokajaniu tych samych potrzeb, jednakże różnie traktowanych (np. potrzeba bycia zdrowym może być celem, wartością samą w sobie lub dobrem służącym osiągnięciu innych celów).

Z tych względów inaczej rozumiemy ryzyko utraty zdrowia w wymiarze jednostkowym, społecznym, publicznym, narodowym, etnicznym, korporacyjnym, klubowym, zawodowym, rodzinnym.

W świetle przedstawionego wywodu, kwestia interesu ubezpieczeniowego ma znaczenie fundamentalne nie tylko dla teorii i doktryny ubezpieczeniowej, ale również, a z wielu względów przede wszystkim, dla tego, co w praktyce ubezpieczeniowej najważniejsze – dla właściwego definiowania przedmiotu ubezpieczenia, ryzyka i warunków jego realizacji, ustalania zasadności i należności odszkodowania i/lub zadośćuczynienia oraz jego wielkości (wysokości).

Bez interesu ubezpieczeniowego ubezpieczenie nie istnieje, względnie, gdy interes ten wygasa, traci rację bytu. Prawda ta dotyczy wszystkich rodzajów ubezpieczeń, również tych w różnym stopniu fantomowych¹⁰⁷ i obowiązkowych, kiedy fakt narzucenia ustawowego obowiązku ubezpieczania się sprawia, że w przypadku określonego ubezpieczonego-poszkodowanego powstaje konieczność wyinterpretowania *ex post* jego interesu ubezpieczeniowego i – stosownie do wyników tej interpretacji – rozliczenia szkody.¹⁰⁸ Tak więc głównym kryterium uznawania wystąpienia szkody/straty oraz jej szacowania (wyliczania wysokości pieniężnej rekompensaty) winien być interes ubezpieczeniowy, stopień i sposób w jaki został naruszony przez określoną szkodę/stratę. Szacunek ten winien być dokonywany zgodnie z zasadą równowartości (lub przynajmniej „odpowiedniości”) poniesionej szkody/straty do wielkości (wysokości) rekompensaty (odszkodowania, zadośćuczynienia) za tę szkodę/stratę.

¹⁰⁷ Ubezpieczenie fantomowe odnosi się do ryzyka-fantomu, które realnie nie istnieje, albo które ubezpieczonego podmiotu faktycznie nie dotyczy (np. rak prostaty u kobiet). Interes ubezpieczeniowy w takim przypadku, jeżeli nawet zostanie wywołany w wyniku zręcznych zabiegów marketingowych, występuje niczym ból fantomowy. Termin i pojęcie ryzyka fantomowego wprowadziłem przed kilkunastoma laty opisując tzw. pakiety grupowych ubezpieczeń na życie. Por. także: R. Holly, *Polski rynek ubezpieczeń na życie w latach 2000-2003 – czas prawdy, czas próby*, KIU, Warszawa 2003, także: „Forum Ubezpieczeniowe”, 1/2004, s. 85-121.

¹⁰⁸ R. Holly, *O doktrynalnych założeniach produktu ubezpieczeniowego i algorytmu likwidacji szkody*, [w:] Ludwichowska K. (red.), *Kompensacja szkód komunikacyjnych. Nowoczesne rozwiązania ubezpieczeniowe*, Poltext, Warszawa 2011, s. 242.

W praktyce polskiego (i, niestety, nie tylko) rynku ubezpieczeń majątkowych, na życie oraz ubezpieczeń zdrowotnych jako podstawę uznawania zasadności roszczeń oraz wyliczania wielkości/wysokości rekompensaty nie stosuje się jednak – wbrew ubezpieczeniowej doktrynie – kryterium interesu ubezpieczeniowego, ale zapisy umowy ubezpieczenia, na ogół interpretowane literalnie. Szczególne konsekwencje wynikają stąd przede wszystkim dla ubezpieczeń zdrowotnych.

4.2. UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE JAKO INSTRUMENT ZARZĄDZANIA RYZYKIEM UTRATY ZDROWIA

Przeprowadzone rozważania nad ryzykiem, zdarzeniem, jego mechanizmem realizowania się i potencjalnymi skutkami pozwoliło nam skonstatować, że przedmiotem zarządzania ryzykiem jest zdarzenie, którego to ryzyko dotyczy; zaś samo zarządzanie możemy sprowadzić do stymulowania driverów istotnych i towarzyszących, które zdarzenie inicjują, kształtują jego przebieg i skutki. W przypadku ryzyka utraty zdrowia takimi zdarzeniami są: choroba lub wypadek, zatrucie, rozstrój organizmu. Zdarzeniami tego rodzaju, jak każdymi innymi zresztą, możemy zarządzać poprzez ich prowokowanie lub neutralizowanie. Najczęstsze **sposoby prowokowania ryzykownych zdarzeń** (w skrócie: prowokowania ryzyka) polegają na:

- kreowaniu, generowaniu nowych rodzajów zdarzeń i/lub ich okoliczności, w wyniku których interesy podmiotu zostają szczególnie zagrożone,
- aktywnym poszukiwaniu zdarzeń zagrażających,
- celowym (świadomym) nieunikaniu zagrożeń i celowe narażanie się na nie,

- badaniu granic odporności/wytrzymałości na skutki zagrożeń.

Przykłady takich najczęstszych prowokacji to: uprawianie sportów ekstremalnych, uprawianie niektórych profesji (akrobaci, oblatywacze nowych modeli, ratownicy), testowanie nowych leków z pominięciem badań klinicznych, bicie rekordów wytrzymałości (np. swobodne nurkowanie głębinowe – 318 m, utrzymanie bezdechu – 19 min.), uprawianie sportów wyczynowych, gry hazardowe, „ryzykowny” styl życia, itp.

Ze zrozumiałych względów tutaj interesują nas jednak przede wszystkim te **metody zarządzania ryzykiem, których celem jest jego neutralizowanie**. W bogatej literaturze przedmiotu, również polskojęzycznej, wymieniane są najczęściej (niektóre wprost – enumeratywnie, inne w opisach – pośrednio):

- unikanie ryzyka,
- zatrzymanie ryzyka,
- kontrolowanie (np. monitorowanie niebezpieczeństw, zagrożeń, szkód, strat),
- zapobieganie (np. profilaktyka, prewencja),
- rozpraszanie (np. pulweryzacja),
- transferowanie (nieubezpieczeniowe – np. przez umowę użyczenia),
- cedowanie (asekurowanie, koasekurowanie, reasekurowanie),
- dystrybuowanie (np. risk sharing),
- sekuratyżacja ryzyka.

Ubezpieczenie, jako cedowanie ryzyka na inny podmiot w zamian za opłatę (składkę), jest zatem tylko jedną z wielu metod zarządzania ryzykiem. Jest to jednakże – pomimo wielu wad – metoda, bez której trudno sobie wyobrazić funkcjonowanie współczesnych państw i ich gospodarek, a której użyteczność i efektywność w pewnych dziedzinach życia okazuje się szczególnie. Zgodnie z wiodącą tezą przyjętą w tej książce, za taką dziedzinę uznajemy właśnie ochronę zdrowia. Rozważmy zatem pokrótce, co sprawia, że ubezpieczeniowa metoda okazuje się tak bardzo przydatna do neutralizacji ryzyka utraty zdrowia oraz jak metoda ta winna być rozumiana i stosowana, by można było uzyskać jak największą jej efektywność.

Przypomnijmy, że w świetle ustaleń, jakich dokonaliśmy w poprzednich rozdziałach, **ubezpieczenie jest/może być metodą zarządzania ryzykiem polegającą na neutralizowaniu niepożądanego zdarzenia (tj. uznanego za zagrażające interesom określonego podmiotu), którego ryzyko dotyczy poprzez (1) stymulowanie driverów istotnych i towarzyszących, które inicjują to zdarzenie i wpływają na jego przebieg, w wyniku czego a) inicjacja zdarzenia jest blokowana, b) bieg zdarzenia zostaje przerwany/zatrzymany, dzięki czemu jego skutki nie naruszają interesów podmiotu lub zostają zminimalizowane; względnie c) tak kształtowany jest jego przebieg, że zdarzenie przestaje być zagrożeniem dla podmiotu (np. przez uruchomienie nowych „konkurencyjnych” driverów istotnych i/lub towarzyszących); (2) podjęcie działań (uruchomienie zdarzeń) „odwracających” niepożądany stan rzeczy, jaki powstał w wyniku ubezpieczeniowego zdarzenia lub też kreujących nowe stany rzeczy (inne skutki), które neutralizują skutki niepożądane.**

Podane ujęcie interpretacyjne znacznie rozszerza tradycyjne, dominujące we współczesnej praktyce ubezpieczeń (szczególnie majątkowych), rozumienie ubezpieczenia jako urządzenia gospodarczego (instrumentu finansowego) służącego (re)kompensowaniu szkód/strat, jakie mogą powstać w wyniku zrealizowania się ryzyka.¹⁰⁹

Jeżeli jednak ubezpieczamy się od ryzyka (na wypadek) wystąpienia niepożądanych zdarzeń i zarazem od ich niekorzystnych skutków odnoszących się do naszych interesów, to w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego (ubezpieczenia „na zdrowie”) **zakres gwarantowanej w umowie ubezpieczeniowej ochrony może (i powinien) obejmować zarówno działania eliminujące określone, zidentyfikowane zagrożenia (np. poprzez szczepienie ochronne), działania przerywające bieg niekorzystnych zdarzeń lub przynajmniej ograniczające intensywność ich przebiegu, jak też (re)kompensujące ich niekorzystne skutki.**

W tym celu zatem, by umowa ubezpieczenia była realną gwarancją ochrony naszych interesów „zdrowotnych”, musimy:

- (1) dokładnie zdefiniować te interesy (np. opisując stan zdrowia, na jakim nam zależy),
- (2) opisać ryzyko – ustalić rodzaj i zakres skutków, których (re)kompensaty oczekujemy oraz charakteru tej (re)kompensaty – serwisowa, rzeczowa, pieniężna,

¹⁰⁹ W aspekcie formalno-prawnym „Ubezpieczenie jest stosunkiem prawnym powstającym na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia, w którym zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie polegające na wypłacie odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; przy ubezpieczeniu osobowym na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej; dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia jest polisa.” Por. Hołyst B. (red.), *Wielka Encyklopedia Prawa, Prawo i Praktyka Gospodarcza*, Warszawa 2005, s. 564.

- (3) uzgodnić procedurę zgłaszania, rozpatrywania i realizacji roszczeń,
- (4) uzgodnić okoliczności i warunki obowiązywania zapisanych w umowie ubezpieczenia ustaleń.

Na użytek praktyki ubezpieczeniowej należałoby odrębnie rozwinąć każdą z tych kwestii i dalej szczegółowo omówić. Tutaj odnieśliśmy się jedynie do problemu, który uznajemy za fundamentalny dla właściwej organizacji i efektywności realizowania celów przez system ochrony zdrowia – kwestię trafnego zdefiniowania celów tego systemu wynikających z identyfikacji interesów, które ów system ma chronić i – w konsekwencji – ustalenia też jakiego „zdrowia” potrzebujemy, jakim jest ono dobrem jako cel sam w sobie oraz jakie świadczenia winny być wytwarzane i dystrybuowane, by to dobro chronić. Skracając rozumowanie – winniśmy przede wszystkim określić, komu ubezpieczenie ma służyć, czyj i jaki interes ma chronić oraz co – w związku z tym – winno być przedmiotem ubezpieczenia. Wynika stąd zatem nie tylko identyfikacja przedmiotu ubezpieczenia, ale również jego określona definicja (albowiem sposób jego postrzegania, interpretowania własnego z nim związku, charakteru i znaczenia tej relacji zależy właśnie od określonego interesu tego, kogo to dotyczy). Jaki (i czyj) jest interes, tak też postrzegane jest ryzyko (źródło, przyczyny i stopień zagrożenia). Inaczej jest postrzegane i ewaluowane ryzyko, gdy interesem podmiotu jest zadośćuczynienie wartości bycia zdrowym (wartości zdrowia) a inaczej, gdy zdrowie (bycie zdrowym) traktowane jest instrumentalnie (zdrowie jako warunek sukcesu zawodowego, sportowego, towarzyskiego; zdrowie jako sposób na lepszy wynik; zdrowie jako dobro inwestycyjne, jako cenny, bo trudno odnawialny zasób, itp.).

Ponadto, ustalenie celów ochrony zdrowia i wykorzystywanie metody ubezpieczenia na każdym poziomie realizowania tych celów wymaga rozważnego uwzględnienia i zważenia krzyżujących się, aczkolwiek nietożsamy, interesów i – w efekcie – odmiennego postrzegania zdrowia jako dobra, które musi być traktowane łącznie

i zarazem rozdzielnie ze względu na interesy społeczne, narodowe, publiczne, zawodowe (poszczególnych profesji), klubowe, kulturowe, rodzinne, prywatne...¹¹⁰ Bez tego zaś nie jesteśmy w stanie ani właściwie skonstruować koszyka świadczeń gwarantowanych, ani też przygotować trafnej, odpowiednio zróżnicowanej oferty produktowej ubezpieczeń zdrowotnych.

Proponowane tutaj podejście pozwala na ubezpieczanie ryzyka utraty zdrowia niezależnie od tego, jakie są i jaki mają charakter przyczyny realizacji tego ryzyka, tzn. bez względu na to, co, na ile i w jaki sposób może powodować utratę zdrowia – bezpośrednio (jak choroba bądź wypadek), czy też pośrednio, jak styl życia, uwarunkowania genetyczne, płeć, warunki środowiskowe. Podejście takie prowadzi też do rozumienia *ubezpieczenia zdrowotnego jako usługi logistyczno-finansowej obejmującej organizację i nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych (finansowych, rzeczowych i usług medycznych), neutralizującej ryzyko utraty zdrowia (z przyczyn chorobowych i pozachorobowych) w zakresie ratownictwa, profilaktyki, diagnostyki, prewencji, medycyny naprawczej, zachowawczej, opiekuńczo-pielęgniacyjnej i paliatywno-hospicyjnej, gwarantowanej na mocy i na warunkach umowy ubezpieczenia, która – w zamian za składkę – określa zakres i sposób prewencji i/lub (re)kompensaty za ewentualne skutki utraty zdrowia, w przypadku zrealizowania się zdarzeń niepożądanych.*

W takim ujęciu **ubezpieczenie zdrowotne jest instrumentem zarządzania ryzykiem utraty zdrowia służącym organizacji, dystrybucji i finansowaniu świadczeń zdrowotnych w celu neutralizowania ryzyka utraty zdrowia z przyczyn chorobowych i/lub pozachorobowych poprzez**

¹¹⁰ Różnice w tym zakresie dobrze objaśnia „dyżurny przykład” latarni morskiej, dzięki której korzyści odnoszą/mogą odnosić wszyscy, ale też każdy (nieco/znacząco) korzyść inną – całe społeczeństwo, zawodowa „publiczność” marynarska, członkowie „klubu latarnianego”, kultura narodowa, której elementem/świadcstwem jest latarnia, wreszcie wszyscy ci, którzy kupując bilet, albo jako obywatele – beneficjenci, mogą z latarni podziwiać widoki, umacniać dumę z kultury narodowej, której przykładem i pomnikiem jest ta właśnie latarnia itd.

działania profilaktyczne, diagnostyczno-prewencyjne, serwisowo-naprawcze, rehabilitacyjne, rewalidacyjne, opiekuńcze i pielęgnacyjne na rzecz osób, które na mocy umowy przystąpiły do wspólnoty ryzyka utraty zdrowia i opłaciły stosowną składkę. Cel ten osiągany jest poprzez:

- (1) zorganizowanie wspólnoty ryzyka;
- (2) oszacowanie ryzyka– prawdopodobieństwa zrealizowania się, jego potencjalnych skutków oraz kosztów jego neutralizowania;
- (3) utworzenie funduszu na pokrycie kosztów neutralizacji szkód;
- (4) zorganizowanie dystrybucji świadczeń zdrowotnych;
- (5) nadzór nad realizacją świadczeń medycznych i rozliczanie ich kosztów;
- (6) wypłaty świadczeń finansowych.

Najważniejszą jednak konsekwencją prezentowanego tutaj rozumienia idei i metody ubezpieczeniowej jest rozszerzenie zakresu neutralizacji ryzyka o działania obejmujące aktywne przeciwdziałanie zdarzeniom, których skutki mogą okazać się niepożądane, a nie tylko (i nawet nie przede wszystkim) na rozumieniu ubezpieczenia jako metody finansowego rekompensowania owych niepożądanych skutków (szkód, strat).¹¹¹ Taka właśnie rozszerzona, w wyniku przeprowadzonych w tym rozdziale rozważań teoretycznych (odwołujących się nawet do reguł *awarii wspólnej* i *awarii małej*), inter-

¹¹¹ Dokładniej, przeprowadzone w tym rozdziale rozważania teoretyczne nie tyle i nie tylko uzasadniają rozszerzenie zakresu działań neutralizujących ryzyko o zapobieganie zdarzeniom niepożądanym, ile nadają tym działaniom status równoprawnej metody neutralizacji ryzyka; metoda, która w przypadku ubezpieczeń zdrowotnych może okazać się nie tylko równie ważna, ale – w wielu przypadkach – wręcz preferowana.

pretacja idei i metody ubezpieczenia uzasadnia wprowadzenie do doktryny ubezpieczeniowej postulatu traktowania działań zapobiegających zdarzeniom niepożądanym (blokujących *drivery inicjujące* te zdarzenia i/lub działań ingerujących, zmieniających kierunek i dynamikę zdarzeń) jako równie zasadne i równie ważne, jak uznawane za doktrynalnie oczywiste reagowanie *ex post*, polegające głównie na finansowym rekompensowaniu szkód/strat powstałych w wyniku owych zdarzeń i, co najważniejsze, ograniczających ich negatywne skutki (rozmiary szkód/strat). W konsekwencji, **prowadzi to także do rozróżnienia i wyodrębnienia metod aktywnych** (wyprzedzających i/lub ingerujących w bieg zdarzenia) **oraz metod reaktywnych** (uruchamianych *ex post*, po zrealizowaniu się ryzyka).

4.3. KONTROWERSJE, ZALETY I WADY REKOMENDOWANEJ KONCEPCJI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Zauważmy również, że przedstawione tutaj rozumienie ubezpieczenia zdrowotnego znacznie wyostrza i na nowo hierarchizuje, od lat już powszechnie dyskutowane, zarówno zalety jak i wady metody ubezpieczenia oraz pozwala na nową optykę postrzegania starych kontrowersji, wokół różnych ocen „skutków ubocznych” (takich na przykład, jak hazard moralny), jakie powodują/mogą powodować ubezpieczenia zdrowotne.

Można argumentować, że zastosowanie ubezpieczenia zdrowotnego w modelu zabezpieczenia zdrowotnego w proponowanym tutaj ujęciu i rozumieniu może sprawić, iż w stosowanej instytucjonalizacji tego zabezpieczenia – w określonym systemie ochrony zdrowia, pozwoli lepiej wykorzystać takie metody, zalety ubezpieczenia, jak:

- 1) zadośćuczynianie, w możliwie największym stopniu, takim wartościom (urzeczywistnienie wynikających z nich postulatów) jak *solidaryzm społeczny*, *wolność „od” i „do”*, *sprawiedliwość społeczna czy efektywność systemu ochrony zdrowia*;
- 2) gwarantowanie równości wszystkim beneficjentom w zakresie ochrony, jakości świadczeń i dostępu do świadczeń;
- 3) możliwość lepszego dostosowania zakresu i sposobu ochrony ubezpieczeniowej do określonych (w tym indywidualnych) potrzeb wszystkich beneficjentów systemu;
- 4) ideologiczna i polityczna neutralność ubezpieczenia, dzięki czemu posiada ono największą „zdolność koalicyjną” przy tworzeniu hybrydowych modeli systemów ochrony zdrowia – równie skutecznie wspiera (może wspierać) etatystyczny system zaopatrzenia, jak też system rynkowy, czy samorządowe inicjatywy obywatelskie;
- 5) stwarzanie możliwości utworzenia jednolitego europejskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych;
- 6) gwarancje równowagi finansowej i wypłacalności systemu ochrony zdrowia dzięki zasadzie: jakie ryzyko oraz zakres i sposób jego pokrycia, takie składki i taki fundusz ubezpieczeniowy na neutralizowanie ryzyka;
- 7) możliwość łatwego przesuwania granic międzysektorowych – ubezpieczenia publicznego i prywatnego (np. poprzez bieżące korekty koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych);
- 8) możliwość łatwego wprowadzenia i sprawnego funkcjonowania ubezpieczeń transgranicznych oraz prostego wzajemnego rozliczania się między ubezpieczycielami z różnych krajów,

- 9) możliwość opracowania i wprowadzenia jednolitych zasad szacowania ryzyka utraty zdrowia;
- 10) uniwersalność metod i procedur ubezpieczeniowych – dzięki konsekwentnemu wynikaniu z teorii i doktryny ubezpieczeniowej – pozwalających na rozważanie realnej możliwości utworzenia jednolitego, spójnego systemu wszystkich zabezpieczeń i ubezpieczeń społecznych, nawet w wymiarze paneuropejskim.

Podobnie jak zalety metody ubezpieczeniowej, tak też jej wady, w przypadku zastosowania rekomendowanej tutaj koncepcji ubezpieczenia zdrowotnego, mogą być odpowiednio „wzmacniane” w praktyce ochrony zdrowia. Do takich istotnych zagrożeń zaliczyć należy przede wszystkim możliwość generowania nadmiernych kosztów organizacyjno-logistycznych (tak jak, na przykład ma to miejsce w USA – do 30%, czy nawet w przypadku niemieckich kas chorych – od 10 do 18%, podczas gdy koszt funkcjonowania polskiego NFZ to ok. 1,8%). Inną istotną wadę stanowi możliwość wzmocnienia mechanizmów nierównego traktowania, czy niemal wykluczania z systemu określonych grup socjodemograficznych (choćby w wyniku negatywnej selekcji), czemu jednak w prosty sposób mogą zaradzić takie sprawdzone rozwiązania systemowe, jakimi są na przykład *risk sharing* czy *risk adjustment*.¹¹² Wymaga to jednak wcześniejszego przewidzenia owych negatywnych konsekwencji i włączenia tych/tego typu rozwiązań już na etapie projektowania, a następnie restrukturyzowania obecnego systemu ochrony zdrowia.

¹¹² Por. W. P. M. M. Van de Ven, K. Beck, C. Van de Voorde, J. Wasem, I. Zmora, *Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later*, „Health Policy”, 83 (2007); także R. Holly, K. Michelsen, *Risk Adjustment as a principle and tool of the social change In Health Care System: from „passive” to „active” adjustment*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom VIII/I, May 2011, s. 7-23.

Najpoważniejszym jednak negatywnym skutkiem niewłaściwego stosowania rekomendowanej koncepcji ubezpieczenia zdrowotnego może być dodatkowe utrwalanie obecnego, niekorzystnego statusu, jaki ma w polskim systemie ochrony zdrowia jego beneficjent jako pacjent a zarazem klient zakładu ubezpieczeń. W ostatecznym efekcie prowadzi to może do dalszego odpodmiotowienia pacjenta i nie tylko pomijania jego faktycznego interesu, ale – w praktyce terapeutycznej – do długotrwałego, mało efektywnego leczenia, zamiast szybkiego, skutecznego, taniego wyleczenia. Możliwe jest bowiem utrwalenie przez mechanizm ubezpieczenia obecnych zależności (i wzmocnienie konsekwencji tych zależności), jakie już istnieją i funkcjonują w obecnym publicznym semi-ubezpieceniowym systemie ochrony zdrowia. Jak łatwo dowieść, organizacja i zasady funkcjonowania tego systemu nadmiernie bonifikują świadczeniodawców za skomplikowane, wysoko-specjalistyczne, długotrwałe (najlepiej połączone z hospitalizacją) leczenie, a nie za jego jakość – za skuteczne, szybkie wyleczenie. Umocnienie roli ubezpieczyciela (tak prywatnego jak i publicznego) może sprawić, że o zakresie leczenia (częściowo) i zakresie udzielonych świadczeń (procedur, leków...), o czasie trwania hospitalizacji czy rehabilitacji, w jeszcze większym stopniu niż obecnie, przesądzać będzie wynik przetargu pomiędzy działającym „w imieniu” pacjenta płatnikiem (NFZ lub zakładem ubezpieczeń) oraz świadczeniodawcą. W efekcie, o dostępności do specjalistów, leczenia szpitalnego, o czasie i sposobie leczenia ostatecznie stanowią mogą kontrakty zawierane przez ubezpieczycieli ze świadczeniodawcami i liczby wynikających z nich oszczędnościowych procedur. Świadczeniodawcy lecząc, w jeszcze większym stopniu traktować będą pacjentów jak klientów zakładów ubezpieczeń, kiedy liczą się przede wszystkim te procedury, które dopuszcza kontrakt z płatnikiem i/lub których pokrycie gwarantuje polisa ubezpieczeniowa. Paradoksalnie, w wielu przypadkach chorobowych, świadczeniodawcy wiedząc, że zakres polisy na to pozwala i że płatnik na pewno zapłaci, mogą ponadto ulegać pokusie serwowania procedur zbędnych, mimo iż do uzyskania skutku wyleczenia wystarczyłyby te prostsze i tańsze. Dodatkowym negatywnym efektem może być też nadmierna częstotliwość/liczba badań

diagnostycznych, długość hospitalizacji, nadmierna preskrypcja i konsumpcja leków.¹¹³

Pośród kontrowersji, jakie niewątpliwie może wystrzyć próba wdrożenia proponowanego rozumienia ubezpieczenia zdrowotnego do praktyki ubezpieczeniowej, należy przede wszystkim wspomnieć o skutkach dla tejże praktyki, jakie owo wdrożenie mogłoby spowodować w efekcie jednoznacznego opowiedzenia się po stronie wymagań wynikających z teorii i doktryny ubezpieczeniowej, a przeciwko powszechnej praktyce konstruowania umów ubezpieczenia oraz zasadom uznawania i wyliczania roszczeń z tytułu owych umów. Prowadziłoby to do radykalnej zmiany dotychczasowych zasad formułowania i realizowania umów ubezpieczenia. Zasady te, ukształtowane zapewne przez dominujący obecnie rynkowy paradygmat przemysłu ubezpieczeniowego, sprawiają, że umowy ubezpieczeniowe pęcznieją od rozbudowanych formuł definiujących ryzyko oraz imponującego swymi rozmiarami sztafażu klauzul warunkujących prawa ubezpieczonego do roszczeń. Jest to o tyle uzasadnione, o ile zasadna jest praktyka realizowania umów ubezpieczenia jedynie w oparciu o interpretacje literalnych zapisów tych umów, a nie – jak wynika z teorii ubezpieczenia i jak każe doktryna – na podstawie interpretacji interesu ubezpieczeniowego.

Co więcej, cały fundament rzeczonyj tendencji do literalnego interpretowania umów, formułowanych głównie zgodnie z regułą swobody ich zawierania oraz świadczenia dokładnie tyle (jeżeli nie można mniej), ile wynika to z zapisów w polisie, opiera się chyba jedynie na łatwej do podważenia definicji „zdarzenia losowego”, zapisanej w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Stanowisko takie, powszechne w polskiej praktyce ubezpieczeniowej, kłóci się nie tylko z teorią i doktryną ubezpieczeniową, ale trudne jest też do pogodzenia z zapisami, zawartymi w artykule 821 znowelizowanego kodeksu cywilnego, wyraźnie przedkładającymi ochronę interesu (majątkowego)

¹¹³ Por. komentowane już na s. 94 wyniki badań tego zjawiska.

nad ochroną materialnych składowych (tegoż majątku). Rzeczona praktyka zakładów ubezpieczeń, być może do obronienia, np. w imię zachowania ciągłości dotychczasowej praktyki, wydaje się jednakże możliwa do utrzymania (a raczej tolerowania) jedynie w odniesieniu do ubezpieczeń majątkowych. Natomiast, w przypadku ubezpieczeń zdrowotnych, ze względu na ich specyfikę, pozostają jedynie dwie drogi: albo reorientacja praktyki ubezpieczeniowej na interes ubezpieczonego, albo dalsze rozbudowywanie umów ubezpieczenia o dodatkowe interpretacje przedmiotu ubezpieczenia i ich „wzbogacanie” o dalsze klauzule warunkujące prawa do roszczeń.¹¹⁴ Droga trzecia, to utworzenie odrębnego, w stosunku do ubezpieczeń majątkowych i na życie, działu III – ubezpieczeń zdrowotnych.

Jak już wspomniano, istnieją obawy, że ubezpieczenie zdrowotne, w proponowanym jego rozumieniu i interpretacji, może się okazać szczególnie skutecznym *driverem* hazardu moralnego – przede wszystkim jako źródło motywacji do zachowań zdrowotnie ryzykownych. Zasadność takiego domniemania wydaje się jednak bardzo trudna do jednoznacznego określenia, szczególnie w świetle badań nad osobowościowymi uwarunkowaniami i motywacjami zachowań pro i antyzdrowotnych.

Brak jest, niestety, jednoznacznych wyników badań, które jednoznacznie wskazywałyby, jakie typy osobowości, charakteru czy wręcz cechy socjodemograficzne (mężczyźni – kobiety, młodzi – dojrzały –

¹¹⁴ W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych mogłyby to być, na przykład, tzw. klauzule czasowe, słynne *triggery*. Postulowany zabieg ratujący/umożliwiający kontynuację dotychczasowych praktyk mógłby polegać na przykład na wprowadzeniu, poza powszechnie stosowanym *triggerem act committed*, także *loss committed*, *loss accurate*, *loss manifestation*, czy *claims made* – aczkolwiek nie byłoby to chyba zgodne z artykułem 822 § 2 kodeksu cywilnego (z roku 2004) rekomendującego jedynie *act committed*. Por. komentarze w: E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Branta, Bydgoszcz 2002, s. 399-402; także: L. Nowakowski, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, Poltext, Warszawa 2004.

starsi, wykształceni – niewykształceni, bogaci – biedni, itp.) predestynują ludzi do podejmowania ryzykownych zachowań zdrowotnych.

Z metodologicznego i technicznego punktu widzenia korelacje takie można dość łatwo wyliczyć i chociażby ustalić, na ile są zasadne, wygłaszane dość powszechnie, opinie na ten temat (że, na przykład, bardziej skłonni do ryzyka są mężczyźni niż kobiety, bardziej ludzie młodzi niż starsi, bardziej niewykształceni niż wykształceni, itp.). Użyteczność takich ustaleń dla planowania działań w ochronie zdrowia (akcji profilaktycznych, prewencyjnych, oświatowo-edukacyjnych itp.) czy dla praktyki ubezpieczeniowej byłaby jednak bardzo ograniczona, a opieranie się na nich mogłoby okazać się szalenie złudne i zawodne. Trzeba bowiem przy tym pamiętać o równoczesnych, wielorakich uwarunkowaniach stosunku do ryzyka i sytuacyjnych uwikłaniach każdorazowych decyzji o jego podejmowaniu lub unikaniu. Co więcej, owe sytuacyjne uwikłania, nakładając się na wspomniane cechy osobowościowo-charakterologiczne oraz socjodemograficzne, tworzą najrozmaitsze konfiguracje uwarunkowań, których wpływ na zachowania wobec ryzyka jest bardzo trudny do przewidzenia. Ponadto, badania nad gotowością do podejmowania ryzyka wskazują na przykład, że owa gotowość jest różna w zależności od sfery życia i rodzaju aktywności, której ryzyko dotyczy. T. Zaleskiewicz¹¹⁵, relacjonując ustalenia Z. Shapira¹¹⁶, A. Domurata i T. Tyszki¹¹⁷, E. U. Webera, A. Blais, N. Betz¹¹⁸ konstatuje, że gotowości do podejmo-

¹¹⁵ T. Zaleskiewicz, *Przedsiębiorczość i podejmowanie ryzyka* [w:] Ryszka T. (red.) *Psychologia ekonomiczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 324-330.

¹¹⁶ Z. Shapira, *Risk taking, A managerial perspective*, Russell Sage Foundation, New York 1994.

¹¹⁷ A. Domurat, T. Tyszka, *Risk attitudes in different domains* – referat na konferencji *Subjective Probability Utility, and Decision Making*, sierpień 2000, Amsterdam.

¹¹⁸ E. U. Weber, A. Blais, N. Betz, *A domain – specific risk – attitude scale: measuring risk perceptions and risk behaviors*, „Journal of Behavioral Decision Making”, 15 (2002), s. 263-290.

wania wysokiego ryzyka finansowego towarzyszyć może silne unikanie ryzyka zdrowotnego i/lub ryzyka w sferze relacji społecznych. Stąd wynikający z badań Domuurata i Tyszki¹¹⁹ wniosek, że stosunek do ryzyka zależy od dziedziny ludzkiej aktywności i że ryzyko jest postrzegane w czterech niezależnych wymiarach: finansowym, zdrowotnym, społecznym i antycypacyjnym. O różnym stosunku do ryzyka, w zależności od sfery życia, świadczą także ustalenia Shapira¹²⁰: biorący udział w tym badaniu przedsiębiorcy podejmowali wysokie ryzyko w imieniu swoich firm, a równocześnie unikali ryzyka, które bezpośrednio dotyczyło ich osobiście lub ich rodzin. Wiadomo przy tym, że na zachowanie człowieka w większości sytuacji bardziej znaczący wpływ mają „gorące” emocje niż „chłodne” racje. Albowiem komponenty behawioralne postaw, w tym „wdrukowane” jeszcze w procesie socjalizacji schematy zachowań i/lub „obowiązujące” w danym środowisku, do którego przynależymy, okazują się decydujące.¹²¹

Inne, liczne badania nad postrzeganiem ryzyka¹²² i gotowością do jego podejmowania czy wręcz prowokowania ryzyka, wskazują na tak wiele wzajemnie powiązanych ze sobą psychologicznych, społecz-

¹¹⁹ E. U. Weber, A. Blais, N. Betz, *A domain – specific risk – attitude scale: measuring risk perceptions and risk behaviors*, „Journal of Behavioral Decision Making”, 15 (2002), s. 263-290.

¹²⁰ Tamże.

¹²¹ R. Holly, *Założenia psychospołecznej koncepcji świadomości*, „Studia Socjologiczne”, 3/119/1988, s. 95-123; także: R. Holly, *Studies on the Consciousness of Contemporary Poles: A Model and Some Results*, Bulletin IPSA RCOE, 17-18-19 (1988), s. 36-51.

¹²² E. Peters, P. Slovic, *The role of affect and worldviews as orienting dispositions in the perception and acceptance of nuclear power*, „Journal of Applied Social Psychology”, 26 (16) 1996, s. 1427-1428; także P. Slovic, M. L. Finucane, E. Peters, D. G. MacGregor, *Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk and rationality*, „Risk Analysis”, 24 (2) 2004, s. 1-12.

nych i sytuacyjnych uwarunkowań w tym zakresie¹²³, że trudno przypisać określone konfiguracje tych uwarunkowań wyróżnianym strategiom zarządzania ryzykiem (identyfikowanymi i opisywanymi także jako postawy wobec ryzyka¹²⁴). Można zatem uznać, że prognozytyczna wartość wyników prowadzonych w tym zakresie badań jest bardzo ograniczona i w niewielkim jedynie stopniu może służyć praktyce zarządzania ryzykiem, w tym praktyce ubezpieczeniowej. Trzeba raczej przyjąć, że podejmowane decyzje w konfrontacji z ryzykiem i realizowane zgodnie z nimi strategie zarządzania ryzykiem są raczej sytuacyjną wypadkową rzeczonych różnorodnych uwarunkowań niż wynikiem określonych, stałych postaw.

Generalnie, jakkolwiek bezpośredni wpływ proponowanej tutaj koncepcji ubezpieczeń zdrowotnych na praktykę zawierania umów ubezpieczenia i ich rozliczania można uznać za ambiwalentny, to niewątpliwie wynikające z niej konsekwencje pośrednie mają/mogą mieć zasadnicze znaczenie dla każdego modelu i systemu ochrony zdrowia wykorzystującego formułę ubezpieczeń zdrowotnych. Szczególne konsekwencje dotyczą typologii tych ubezpieczeń i możliwości wykorzystywania poszczególnych ich rodzajów do neutralizacji ryzyka utraty zdrowia, jak też konstrukcji oferty produktowej oraz możliwości jakie stąd wynikają dla zarządzania zarówno całym systemem ochrony zdrowia, a także decyzji odnoszących się do zakresu i sposobu leczenia każdego indywidualnego pacjenta. Dlatego też tym właśnie kwestiom – typologii ubezpieczeń zdrowotnych i możliwym zastosowaniom poszczególnych rodzajów tych ubezpieczeń we współczesnym

¹²³ D. D. Baumann, J. H. Sims, Flood insurance: *Some determinants of adoption*, *Economic Geography*, 54 (3), 1978, s. 189-196; także: B. L. Hslpern-Felsher, S. G. Millstein, J. M. Ellen, N. E. Adler, J. M. Tschmann, M. Biehl, *The role of behavioral experience in judging risks*, „Health Psychology”, 20 (2) 2001, s. 120-126.

¹²⁴ Por. R. Holly, *Ubezpieczenie w strategii bezpieczeństwa i zarządzania ryzykami banku*, (rozdział XVIII), [w:] *Polityka bezpieczeństwa banku – zagadnienia podstawowe*, Wydanie II, Związek Banków Polskich, Warszawa 2003, s. 1-20.; także K. Jajuga (red.), *Zarządzanie ryzykiem*, PWN, Warszawa 2009, s. 15.

polskim etatystyczno-rynkowym systemie ochrony zdrowia oraz konsekwencjom (zaletom i ewentualnym wadom) jakie wynikają z rekomendowanej koncepcji dla konstrukcji oferty produktowej i możliwościom wykorzystywania stosownie konstruowanych produktów ubezpieczeń zdrowotnych – zostaną poświęcone dwa następne rozdziały tej książki.

TYPOLOGIA I KLASYFIKACJA UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

5.1. UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W SYSTEMIE UBEZPIECZEŃ

Ubezpieczenia społeczne i gospodarcze tworzą dwie wielkie rodziny, które różnią się między sobą przede wszystkim w kwestiach dotyczących możliwości, sposobów i charakteru neutralizowania poszczególnych ryzyk. Główne różnice¹²⁵ to:

- przymusowy vs. dobrowolny charakter,
- powszechny vs. ograniczony zasięg,
- związek vs. brak związku z zatrudnieniem,
- realizowany cel,

¹²⁵ Na podstawie: M. Capik, *Ubezpieczenia gospodarcze, Encyklopedia. Prawo nie tylko dla prawników*, Park, Bielsko-Biała 2000, s. 318.

- sposób kalkulowania składki,
- charakter podmiotów wykonujących świadczenie,
- czas trwania umowy ubezpieczenia.

Jeszcze wyraźniej różnice między tymi rodzinami ubezpieczeń uwidoczni kryterium podmiotowe, które – wedle T. Szumlicza – w przypadku ubezpieczeń społecznych, wskazuje gospodarstwo domowe, zaś w przypadku ubezpieczeń gospodarczych, przedsiębiorstwo.¹²⁶ Wydaje się jednak, że kryterium to pozwala na zakwalifikowanie, zarówno do ubezpieczeń społecznych jak i gospodarczych, znacznie szerszego zakresu podmiotów, niż tylko – odpowiednio – „gospodarstwo domowe” i „przedsiębiorstwo”. W interpretacji *sensu largo* ubezpieczenie społeczne może bowiem obejmować wszystkie ryzyka społeczne, zaś ubezpieczenie gospodarcze wszystkie ryzyka związane z gospodarowaniem. Na taką szerszą interpretację wskazuje konieczność stosowania przy klasyfikowaniu ubezpieczeń (które muszą być także rozumiane jako technologia neutralizowania zagrożeń), równocześnie kryterium przedmiotowego.

Ponadto, **ubezpieczenia społeczne** cechuje występowanie składki (a właściwie „składatku”¹²⁷), oznaczonego ryzyka, wspólnego funduszu,

¹²⁶ Takie rozróżnienie wynika z rozumienia ubezpieczenia społecznego jako „zastosowania ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykami gospodarstwa domowego”, zaś ubezpieczenia gospodarczego jako „zastosowania ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykami przedsiębiorstwa”. T. Szumlicz, *Ubezpieczenia społeczne. Teoria dla praktyki*, Branta, Bydgoszcz 2005, s. 11-12.

¹²⁷ *Składatek* to termin wprowadzony na określenie specyficznej hybrydy, na którą składa się niby nieobowiązkowa, acz „powszechna” danina celowa, egzekwowana w arbitralnie ustalonej wysokości (procentowo od dochodów) głównie od nieuprzywilejowanych grup społecznych w celu utworzenia funduszu dla finansowania świadczeń wszystkim beneficjentom danego systemu zabezpieczenia społecznego. Nie jest to zatem ani podatek, ani składka (w konsekwentnym rozumieniu tych terminów), a więc – „składatek”. Patrz: R. Holly, *Ubezpieczenie w ochronie zdrowia*, [w:] Holly R. (red.), *Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej – początek drogi*, KIU, Warszawa 2001, s. 30.

szkody i związanego z nią świadczenia. Ciężar szkody zostaje rozłożony na wszystkich uczestników funduszu, a fundusz pokrywa szkodę opłacającemu składki. Za główne zasady konstytuujące system ubezpieczeń społecznych uznaje się: przymusowość, solidaryzm, wzajemność i cel społeczny.¹²⁸ Natomiast najczęściej wskazywane w literaturze cechy charakterystyczne tych ubezpieczeń to:

- tworzenie wspólnot osób, które są narażone na podobne zdarzenia losowe (takie jak: choroba, śmierć, inwalidztwo) w celu wzajemnego pokrywania szkód, wynikających z owych zdarzeń losowych ze środków funduszu składkowego,
- związek z zatrudnieniem lub inną działalnością zawodową, której charakter decydował o przynależności do danej wspólnoty ryzyka,
- przymusowy charakter i tym samym powszechny zasięg,
- publiczny (względnie państwowy lub pod nadzorem państwa), niezarobkowy charakter instytucji zajmujących się gromadzeniem i rozdzielaniem środków finansowych, zagwarantowane ustawowo prawo do świadczeń, przysługujących w razie wystąpienia zdarzenia losowego objętego ubezpieczeniem, nabyte przez opłacanie składek,
- różnicowanie świadczeń według wysokości utraconych zarobków oraz wysokości i liczby opłaconych składek, korygowane odstępowaniem od równowartości składki i świadczenia w przypadku słabszych ekonomicznie grup pracowniczych lub ogółu ubezpieczonych ze względu na interes publiczny.¹²⁹

¹²⁸ G. Szpor, *System ubezpieczeń społecznych*, LexisNexis, Warszawa 2009, s. 264.

¹²⁹ Tamże.

Związek ubezpieczeń zdrowotnych z ubezpieczeniami społecznymi wynika nie tyle ze ścisłej korelacji ryzyka starości i ryzyka choroby oraz podobnego pokrewieństwa do innych ryzyk społecznych, co z komplementarności ról w realizacji wspólnych, społeczno-politycznych i polityczno-ekonomicznych celów obu tych systemów ubezpieczeniowych, takich jak:

- konserwowanie społeczno-politycznego porządku,
- redukcja ryzyka niepokojów społecznych,
- pozytywne stymulowanie zjawisk gospodarczych, np. poprzez programy socjalno-ochronne dla bezrobotnych i ich rodzin itp.

Ubezpieczenia zdrowotne można więc zaliczyć zarówno do systemu ubezpieczeń społecznych, jak i ubezpieczeń gospodarczych, stąd też ryzyko tej samej choroby i/lub jej następstw może być ubezpieczane w:

- dziale I – ubezpieczeń na życie – (również jako gospodarcze-dobrowolne w formie opcji/modułu uzupełniającego),
- dziale II – pozostałe ubezpieczenia majątkowe i osobowe – (jako dobrowolne, gospodarcze),
- systemie ubezpieczeń społecznych jako dobrowolne,
- systemie ubezpieczeń społecznych jako obowiązkowe (także poprzez „powszechność”),
- systemie ubezpieczeń społecznych jako nieobowiązkowe, aczkolwiek zarazem powszechne – obowiązkowe dla określonych grup społeczno-zawodowych.

Stosując zatem równocześnie kryteria podmiotowe i przedmiotowe oraz uwzględniając szczególnie charakter ryzyka utraty zdrowia i specyfikę instrumentarium ubezpieczeniowego służącego neutralizacji tego ryzyka, ubezpieczenia zdrowotne kwalifikujemy zarówno

jako społeczne i gospodarcze, a w ramach gospodarczych, jako przynależne zarówno do działu I jak i II. **Ubezpieczenia zdrowotne**, które bezsprzecznie stanowią podrodzinę ubezpieczeń społecznych, w ramach ubezpieczeń gospodarczych, z podobnych względów, **powinny tworzyć raczej odrębny dział III.**

Tak więc, paradoksalnie, **ubezpieczenia zdrowotne**, ponieważ nie mogą być traktowane wyłącznie jako osobowe, gospodarcze czy społeczne, muszą być równocześnie kwalifikowane **jako osobowe, gospodarcze i społeczne**, właśnie ze względu na:

- zakres, rodzaj i charakter ryzyka utraty zdrowia z przyczyn chorobowych i pozachorobowych,
- losowy charakter „zdarzeń ubezpieczeniowych”,
- różnorodne sposoby i formuły ich ubezpieczania,
- specyfikę underwritingu (w tym głównie procedury szacowania ryzyka),
- procedurę likwidacji szkód i zróżnicowanych, powiązanych ze sobą odszkodowań i świadczeń,
- przypisywaną tym ubezpieczeniom rolę w realizacji celów polityki społecznej i ekonomicznej,
- różnorodność źródeł i sposobów finansowania tych ubezpieczeń,
- nieoznaczoną długość trwania umów ubezpieczenia.¹³⁰

W rodzinie ubezpieczeń gospodarczych do ryzyka utraty zdrowia odnosi się piąta grupa ubezpieczeń działu I oraz grupy: pierwsza, druga i (częściowo) osiemnasta działu II.

¹³⁰ Por. R. Holly, *Ubezpieczenie w systemie ochrony zdrowia*, [w:] Holly R. (red.), *Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej – początek drogi*, KIU, Warszawa 2001, s. 38-41.

Tabela 4. Ubezpieczenia zdrowotne w oficjalnej „urzędowej” klasyfikacji ryzyk i rodzajów ubezpieczeń gospodarczych

DZIAŁ I – UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE	
GRUPA 1	Ubezpieczenia na życie
GRUPA 2	Ubezpieczenie posagowe, zaopatrzenia dzieci
GRUPA 3	Ubezpieczenie na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym
GRUPA 4	Ubezpieczenia rentowe
GRUPA 5	Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4
DZIAŁ II – POZOSTAŁE UBEZPIECZENIA OSOBOWE ORAZ UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE	
GRUPA 1	Ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej: <ol style="list-style-type: none"> 1) świadczenia jednorazowe; 2) świadczenia powtarzające się; 3) połączone świadczenia, o których mowa w pkt. 1 i 2; 4) przewóz osób.
GRUPA 2	Ubezpieczenia choroby: <ol style="list-style-type: none"> 1) świadczenia jednorazowe, 2) świadczenia powtarzające się, 3) świadczenia kombinowane.
GRUPA 3	Ubezpieczenia casco pojazdów lądowych, z wyjątkiem pojazdów szynowych, obejmujące szkody w: <ol style="list-style-type: none"> 1) pojazdach samochodowych; 2) pojazdach lądowych bez własnego napędu.

GRUPA 4	Ubezpieczenia casco pojazdów szynowych, obejmujące szkody w pojazdach szynowych.
GRUPA 5	Ubezpieczenia casco statków powietrznych, obejmujące szkody w statkach powietrznych.
GRUPA 6	Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej casco statków żeglugi morskiej i statków żeglugi śródlądowej, obejmujące szkody w: 1) statkach żeglugi morskiej; 2) statkach żeglugi śródlądowej
GRUPA 7	Ubezpieczenia przedmiotów w transporcie, obejmujące szkody na transportowanych przedmiotach, niezależnie od każdorazowo stosowanych środków transportu
GRUPA 8	Ubezpieczenia szkód spowodowanych żywiołami, obejmujące szkody rzeczowe nieujęte w grupach 3-7, spowodowane przez: 1) ogień; 2) eksplozję; 3) burzę; 4) inne żywioły; 5) energię jądrową; 6) obsunięcia ziemi lub tąpnięcia
GRUPA 9	Ubezpieczenia pozostałych szkód rzeczowych (jeżeli nie zostały ujęte w grupie 3, 4, 5, 6 lub 7), wywołanych przez grad lub mróz oraz inne przyczyny (jak np. kradzież), jeżeli przyczyny te nie są ujęte w grupie 8.
GRUPA 10	Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika

GRUPA 11	Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania statków powietrznych, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika
GRUPA 12	Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za żeglugę morską i śródlądową, wynikającej z posiadania i użytkowania statków żeglugi śródlądowej i statków morskich, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika
GRUPA 13	Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej) nieujętej w grupach 10-12
GRUPA 14	Ubezpieczenia kredytu, w tym: 1) ogólnej niewypłacalności; 2) kredytu eksportowego, spłaty rat, kredytu hipotecznego, kredytu rolniczego.
GRUPA 15	Gwarancja ubezpieczeniowa: 1) bezpośrednia; 2) pośrednia.
GRUPA 16	Ubezpieczenia różnych ryzyk finansowych, w tym: 1) ryzyka utraty zatrudnienia; 2) niewystarczającego dochodu; 3) złych warunków atmosferycznych; 4) utraty zysków; 5) stałych wydatków ogólnych; 6) nieprzewidzianych wydatków handlowych; 7) utraty wartości rynkowej; 8) utraty stałego źródła dochodu; 9) średnich strat handlowych poza w.w. 10) innych strat finansowych.
GRUPA 17	Ubezpieczenia ochrony prawnej
GRUPA 18	Ubezpieczenia świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania

Źródło: Podział ryzyka według działów, grup i rodzajów ubezpieczeń, załącznik do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r.

Zauważmy jednak, że zakłady ubezpieczeń na życie (działu I), traktują ubezpieczenia zdrowotne przede wszystkim jako wzbogacenie swojej oferty produktowej. Od końca lat dziewięćdziesiątych do roku 2009 koncentrowały one swoją uwagę i aktywność głównie na para-ubezpieczeniach inwestycyjnych (*nota bene* „odpowiedzialnych” za ok. 80 proc. dynamiki wzrostu całego rynku w tym okresie). W efekcie, kierowane przez nie na rynek produkty zdrowotne miały i mają nadal charakter para-ubezpieczeń zdrowotnych i najczęściej występują pod postacią tzw. opcji przy ubezpieczeniach *stricte* życiowych.¹³¹

W ubezpieczeniowej praktyce zarządzania ryzykiem (w tym przypadku – ryzykiem utraty zdrowia) jest powszechną zasadą dostosowywanie metody i procedur neutralizacji ryzyka do jego przedmiotu, zakresu, skali, charakteru, możliwych przyczyn i skutków/następstw. Tą drogą, zgodnie z regułą: jakie ryzyko, taki produkt i takie ubezpieczenie, powstają różnorodne produkty ubezpieczeniowe i poszczególne, odpowiadające tym produktom rodzaje ubezpieczeń (zdrowotnych). Stąd też przedmiot, zakres, charakter ryzyka, stymulujące/generujące jego realizację drivery oraz możliwe skutki mogą być traktowane jako dodatkowe kryteria wyróżniania poszczególnych ubezpieczeń zdrowotnych. W grupie ubezpieczeń chorobowych mają one najczęściej charakter ubezpieczeń od wszystkich zachorowań (*All Risks*) z wyłączeniem określonych chorób i/lub okoliczności, w jakich zachorowanie następuje, na ogół z limitowaną sumą ubezpieczenia i standardem leczenia – zależnie od składki. Rzadziej oferowane są ubezpieczenia od chorób poszczególnych, na podobnych warunkach. Natomiast w grupie ubezpieczeń pozachorobowych przeważnie wyodrębnia się różne rodzaje zdarzeń (określone typy wypadków: w podróży, w pracy, komunikacyjne, zatrucia itp. – konstruując wedle tego kryterium tzw. ubezpieczenia wypadkowe) oraz różne stany zdrowia, przyczyny i okoliczności, w których osoby niezdolne do samo-

¹³¹ R. Holly, *O polskim rynku usług medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych w okresie „preindustrialnym”* [w:] Szumlicz T. (red.), *Spoleczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2010, s. 86.

dzielnej egzystencji – z różnych powodów – wymagają wsparcia medycznego – tzw. ubezpieczenia opiekuńcze/pielęgniacyjne.

Na wynikające stąd klasy i podziały ubezpieczeń zdrowotnych nakłada się jeszcze inne, ważne dla praktyki ubezpieczeniowej kryterium, stanowiące zresztą podstawę konstruowania produktów ubezpieczeń zdrowotnych, jakie stanowi ich adresat. Stąd dodatkowe „przymiotnikowanie” ubezpieczeń zdrowotnych określanych/nazywanych jako: *indywidualne, grupowe, rodzinne, zawodowe, korporacyjne* (dla pracowników określonych przedsiębiorstw) itp.

Ryzyko utraty zdrowia nie poddaje się kryteriom klasyfikacyjnym, w wyniku których ryzyka dzieli się na takie kategorie, jak: systematyczne i specyficzne, spekulatywne i czyste, finansowe i niefinansowe, dynamiczne i statyczne, fundamentalne i partykularne, itp. Tak więc ze względu na specyfikę ryzyka utraty zdrowia – wielość i różnorodność przyczyn/źródeł tego ryzyka i – w konsekwencji – jeszcze większą różnorodność możliwych sposobów jego neutralizowania (a tym samym rodzajów form i postaci ubezpieczenia tego ryzyka), ubezpieczenie zdrowotne – poza tym, że jest to niewątpliwie ubezpieczenie osobowe¹³² – nie poddaje się tym kryteriom klasyfikacyjnym.

Generalnie, stosowane we współczesnej teorii i praktyce ubezpieczeniowej kryteria klasyfikacyjne nie pozwalają na jednoznaczne identyfikowanie/rozdzielanie i kwalifikowanie ubezpieczeń zdrowotnych (poszczególnych ich rodzajów) jako typowo społecznych, gospodarczych, czy nawet przynależnych do pierwszego lub drugiego działu ubezpieczeń. Tym bardziej bezzasadne wydaje się też szukanie im miejsca w ramach tych podziałów. Przyjmujemy zatem następujące **kryteria wyróżniania i podziału ubezpieczeń zdrowotnych:**

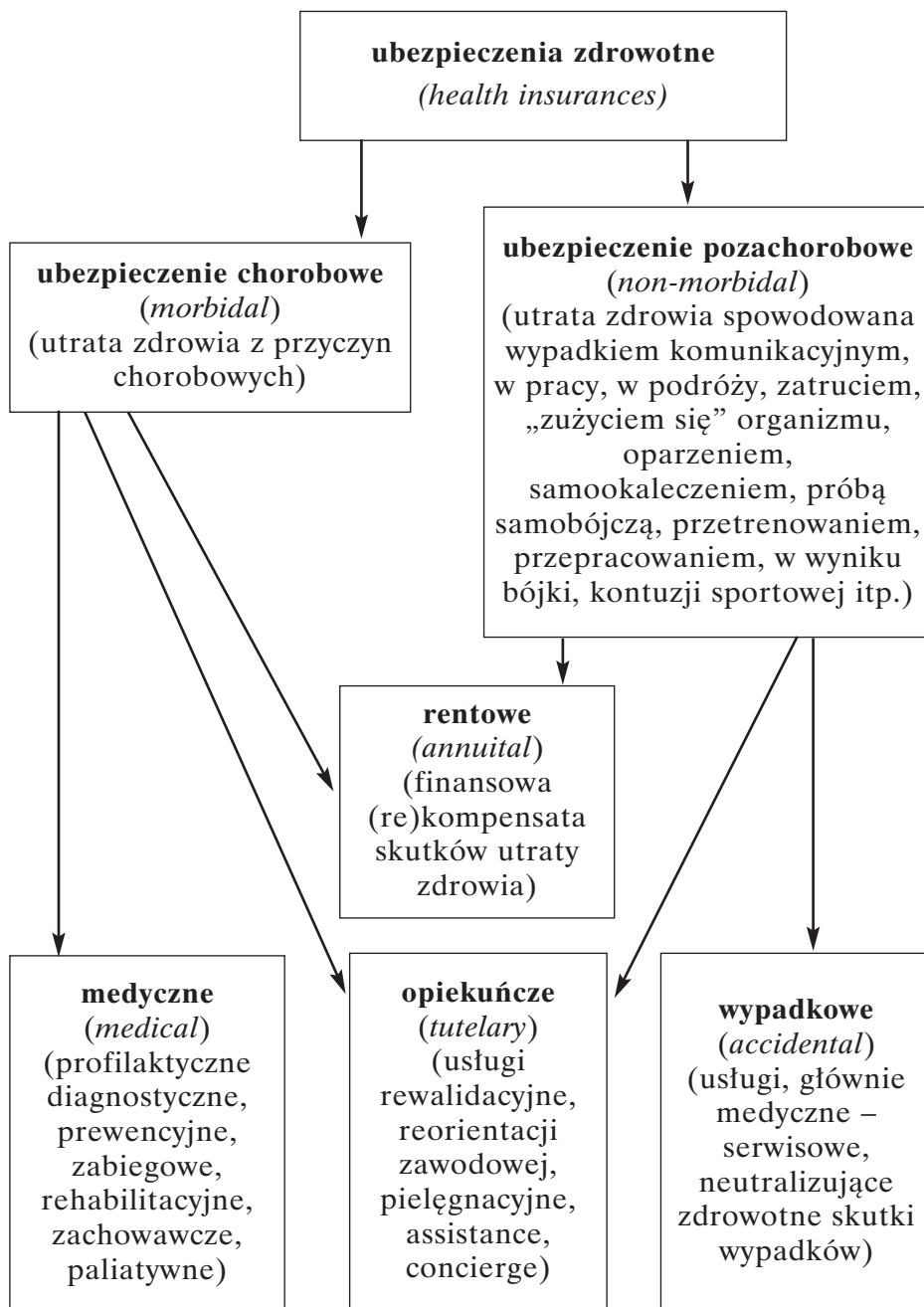
- przedmiot ubezpieczenia,

¹³² Aczkolwiek jeden z moich studentów „podważył” kiedyś ten pogląd argumentując, że zdrowie to skarb, a skarb to majątek, zatem – majątkowe.

- przyczyny realizowania się ryzyka (rodzaje zagrożeń, niebezpieczeństw – ang. *perils*),
- zakres ubezpieczanych ryzyk,
- rodzaj ubezpieczanych ryzyk,
- charakter ubezpieczanych ryzyk,
- sposób/metoda neutralizacji ryzyka,
- adresat oferty ubezpieczeniowej,
- źródło i sposób finansowania ubezpieczenia.

Kryteria te pozwalają zarówno na identyfikację ubezpieczeń zdrowotnych, jak też ich jednoznaczną parametryzację umożliwiającą przypisanie im określonych ról i miejsca w systemie ochrony zdrowia.

Schemat 7. Grupy rodzajowe ubezpieczeń zdrowotnych

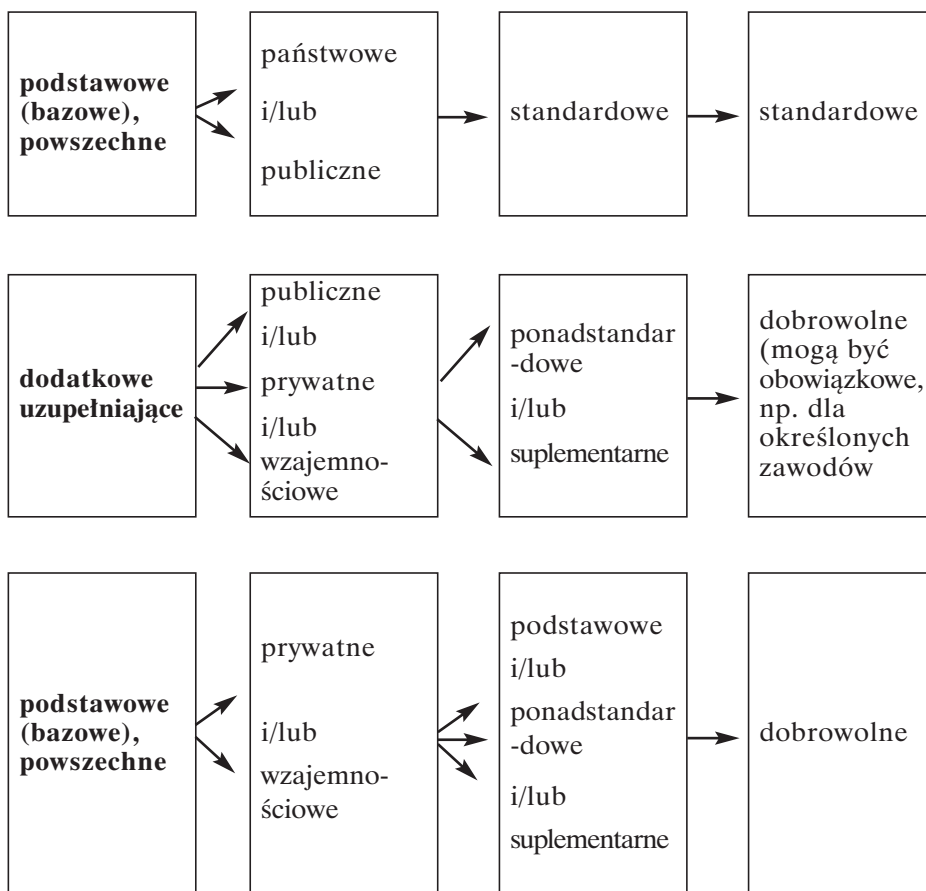


Źródło: opracowanie własne

5.2. UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE WE WSPÓŁCZESNYM POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Zgodnie z przyjętą tutaj i rekomendowaną na użytek zabezpieczenia zdrowotnego Polaków koncepcją ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia, w systemie tym winny występować dwa komplementarne – wzajemnie się wspierające i uzupełniające grupy ubezpieczeń: (1) podstawowe (bazowe) oraz (2) dotatkowe. W polskich realiach ubezpieczenia podstawowe winny mieć charakter ubezpieczeń publicznych, powszechnych i obowiązkowych, zaś ubezpieczenia dotatkowe winny być dobrowolne (aczkolwiek w odniesieniu do niektórych ryzyk zdrowotnych i/lub grup socjodemograficznych mogą być również obowiązkowe) – publiczne i/lub prywatne i/lub wzajemnościowe – równoległe do ubezpieczeń podstawowych, rozszerzone, tj. oferujące świadczenia (procedury medyczne) w zakresie szerszym (aczkolwiek zdefiniowanym), niż gwarantuje to ubezpieczenie podstawowe oraz ponadstandardowe, tj. umożliwiające korzystanie z usług ochrony zdrowia o standardzie wyższym niż gwarantowany przez ubezpieczenia podstawowe. Wyklucza natomiast możliwość działalności równoległych prywatnych ubezpieczeń konkurencyjnych wobec PUZ, albowiem już z założenia będą one bardziej niekomplementarne niż komplementarne. Zestawienie tych ubezpieczeń w dwóch kolejnych schematach nr 8 i nr 9 ukazuje dotatkowe zależności między nimi i relacje, dzięki którym są one wzajemnie komplementarne, a nie konkurencyjne. Unikamy dzięki temu niepożądanego w polskim modelu zabezpieczenia zdrowotnego konkurencji ubezpieczeń publicznych z prywatnymi i wzajemnościowymi.

Schemat 8. Rodzaje ubezpieczeń i ich charakter



Źródło: opracowanie własne

Szczególnie wiele kontrowersji w toczącej się obecnie w Polsce debacie publicznej wywołuje rola i miejsce w systemie ochrony zdrowia ubezpieczeń dodatkowych. Zakresy, w których świadczenia zdrowotne PUZ wymagają uzupełnienia można potraktować jako obszary aktywności dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych:¹³³

¹³³ Por. A. Sobczak, *Uwarunkowania rozwoju dobrowolnych/prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce na tle doświadczeń krajów Unii Europejskiej* [w:] Samoliński B., Górka A. (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne*, Scholar, Warszawa 2006, s. 74-75.

- obszar osób wyłączonych spoza systemu publicznego, głównie w modelu ubezpieczeniowym,
- obszar jaki wyznaczają opłaty i dopłaty, które należy wnieść w systemie powszechnym, ze względu na konsumpcje świadczeń gwarantowanych,
- obszar wynikający z niezadowalającego dostępu i jakości świadczeń zdrowotnych oferowanych przez system PUZ.

Na tej podstawie wyróżnić można trzy rodzaje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych:

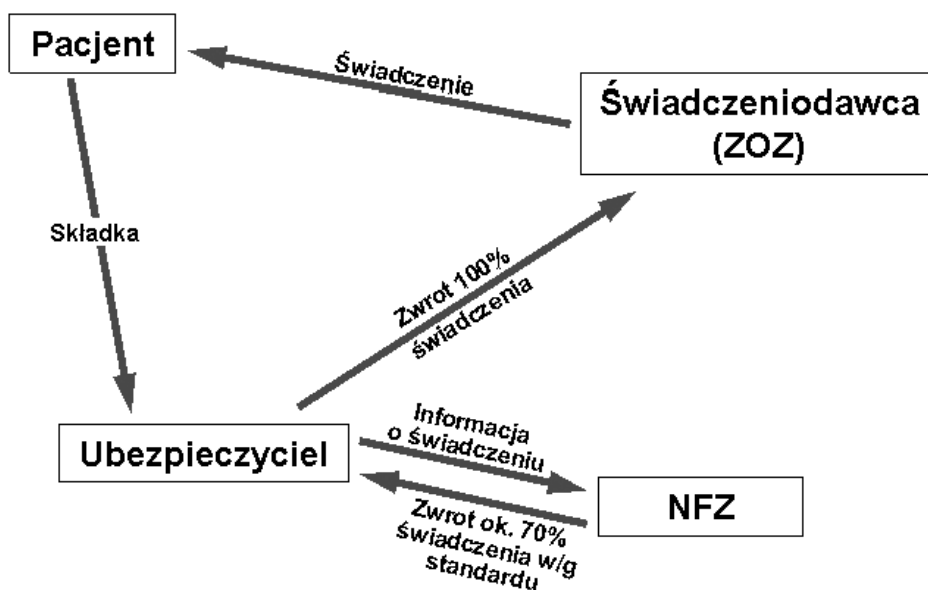
1. ubezpieczenia **zastępujące** ofertę powszechnego systemu ubezpieczeń (*alternatywne, równoległe, konkurencyjne, substytucyjne – „zamiast”*),
2. ubezpieczenia **uzupełniające** powszechny system ubezpieczeń – „obok” (*ponadpodstawowe, ponadstandardowe, suplementarne*),
3. ubezpieczenia **wykraczające poza zakres** powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – PUZ – „**ponadto**” (*ponadstandardowe, suplementarne*).

Wygasają natomiast kontrowersje związane z ubezpieczeniami równoległymi, zapewne w związku z wciąż (tzn. od kilku już lat) potwierdzonymi zapowiedziami rychłego ustawowego uregulowania statusu ubezpieczeń dodatkowych. Ten rodzaj ubezpieczeń, mimo iż wymuszający owe podwójne finansowanie dostępu do tych samych świadczeń, zadomowił się już na dobre w polskim systemie ochrony zdrowia i, jak się wydaje, do czasu wprowadzenia wspomnianych uregulowań ustawowych, pozostanie trwałym elementem struktury tegoż systemu.

Możliwość wprowadzenia dodatkowych – równoległych ubezpieczeń zdrowotnych przy istniejącym stanie prawnym już w 2004 r.

potwierdził Zespół wicepremiera J. Hausnera, który jednocześnie opracował schemat rozliczeń pomiędzy płatnikiem publicznym (NFZ), prywatnym zakładem ubezpieczeń, świadczeniodawcą oraz klientem – pacjentem (schemat Nr 9). Celem tej propozycji było właśnie wyeliminowanie „płacenia dwa razy za to samo”, tj. składki na PUZ i składki na ubezpieczenie prywatne o analogicznym zakresie.

Schemat 9. Finansowanie świadczeń i obieg pieniądza w modelu równoległych niekonkurencyjnych DUZ (proponowany schemat rozliczeń eliminujący konieczność płacenia dwa razy)



Źródło: opracowanie R Holly na podstawie propozycji Zespołu wicepremiera J. Hausnera, 2004; Patrz: Holly R., *Zmiana społeczna w ochronie zdrowia w Polsce – czyli: o reformie jakiej potrzebujemy*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, nr 5 (2), 2008, s. 63; także: Holly R. *Dodatkowe ubezpieczeni zdrowotne we współczesnej polskiej polityce zdrowotnej i reformowanym systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom VI, 2006, s. 29.

Z zasady, zgodnie z prezentowaną tutaj koncepcją, zdystansować się należy od tych określeń i definicji funkcjonujących w publicznej debacie nad przyszłością i kształtem systemu ochrony zdrowia, a nawet pojawiających się w projektach regulacji prawnych, które sens i/lub formalne znaczenie ubezpieczeń zdrowotnych wywodzą z innych źródeł, z samego faktu, że już „jakoś” funkcjonują, z tradycji lub wręcz zauroczenia ich brzmieniem (szczególnie angielskojęzycznym). Rezygnujemy też z poszukiwania desygnatów dla nazw, terminów, tylko dlatego, że takie nazwy/terminy istnieją. Z tego względu nie podejmujemy tutaj dyskusji z występującymi w literaturze przedmiotu próbami klasyfikacji ubezpieczeń zdrowotnych, opartymi na kryteriach niejasnych, niejednoznacznych lub wręcz na ich braku. Albowiem nawet fakt, że jakiś nowy byt pojawił się w odległym kraju i został tam jakoś nazwany, wcale nie powinien wymuszać konieczności szukania desygnatów obcojęzycznym nazwom tylko dlatego, że w „światowej literaturze” ktoś się nimi posługuje, albo że wynaleźliśmy dla nich atrakcyjnie brzmiące polskie określenia.

Problemu nazewnictwa nie można jednak pomijać ani bagatelizować. Albowiem szczególne konsekwencje wynikają zeń chociażby wtedy, gdy politycy i prawnicy – kodyfikatorzy określający brzmienie regulacji kształtujących system ochrony zdrowia i zasady jego funkcjonowania posługują się określeniami nie tylko do siebie nieprzystającymi, ale wręcz wewnątrznie sprzecznymi. Najlepszym przykładem są ubezpieczenia tzw. komplementarne (te „ponad”) i suplementarne („obok”) rekomendowane do wprowadzenia do polskiego systemu ochrony zdrowia głównie przez niektórych reprezentantów przemysłu ubezpieczeniowego i wspierających ich ekspertów. Pomijając nawet względy merytoryczne, zauważmy, że z samego sensu słowa „komplementarne” (wzajemnie się uzupełniające i wspierające) wynika, iż wszystkie rodzaje ubezpieczeń wchodzących w skład struktury systemu ochrony zdrowia muszą być właśnie komplementarne! Skoro zaś wyróżniamy i rozdzielamy ubezpieczenia komplementarne, suplementarne i jeszcze substytucyjne („zamiast”) to znaczy, że te suplementarne i substytucyjne nie są ubezpieczeniami komplementarnymi, zatem

nie można ich dopuścić do włączenia w struktury systemu, albowiem wtedy systemowi temu będą bardziej szkodzić niż pomagać. Wyodrębnianie i włączanie do systemu jakiegokolwiek specjalnego rodzaju ubezpieczeń, który byłby na tyle różny od pozostałych, że naruszałby doktrynalną zasadę wzajemnej komplementarności (lub przynajmniej kompatybilności) wszystkich elementów tworzących strukturę tego systemu, musi zatem powodować efekt „negatywnej synergii”. W tym sensie włączanie ubezpieczenia *komplementarnego* do systemu ochrony zdrowia musi okazać się dla tego systemu szkodliwe. Tak więc zasada nieposłuszeństwa w nauce, nieulegania bezkrytycznie autorytetom, rynkowym potentatom i ich lobbingsom czy powszechnym sądom, również w tym przypadku może okazać się zbawienna.

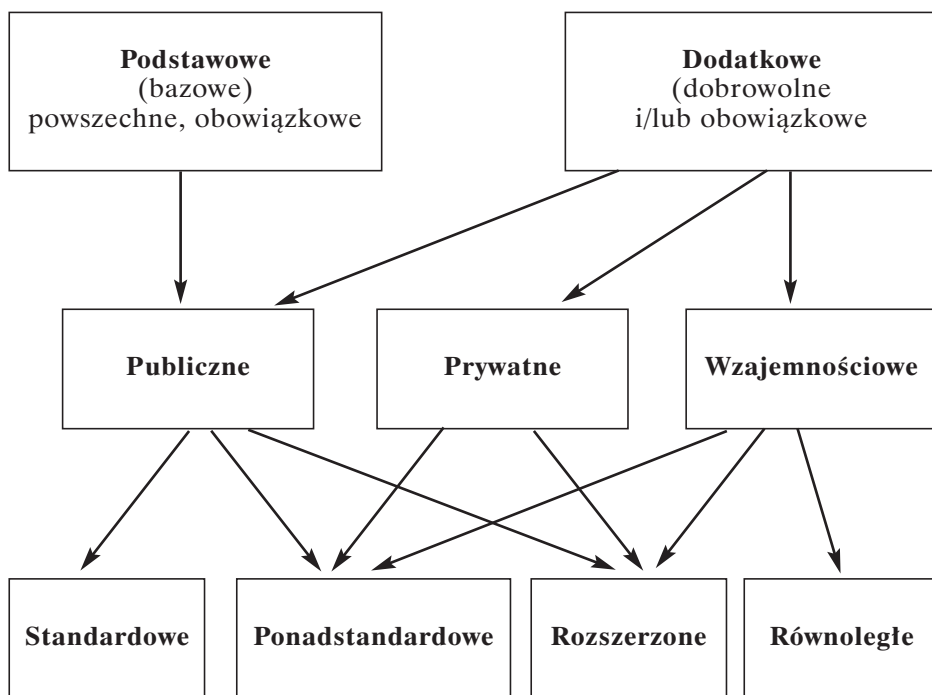
Pozostając też jak najdalej od ulegania powszechnej obecnie anglo-amerykanocentrycznej manierze, nie można jednak ignorować faktu dominacji angielskojęzycznego nazewnictwa w wielu dziedzinach wiedzy, dzięki czemu łatwiej bywa czasem o jednoznaczność, szczególnie w odniesieniu do bytów jeszcze dotychczas nie występujących i/lub nienazwanych w językach rodzimych. Stąd też dwujęzyczne nazewnictwo w prezentowanych w tym rozdziale tabelach i schematach.

5.3. UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W STRUKTURZE POSTULOWANEGO PUBLICZNO-PRYWATNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Zgodnie z zarysowaną w pierwszej części książki koncepcją etatystyczno-rynkowego modelu zabezpieczenia zdrowotnego zinstytucjonalizowanego w postaci publiczno- prywatnego systemu ochrony zdrowia o charakterze ubezpieczeniowym oraz biorąc pod uwagę wyróżnione i jednocześnie możliwe do wykorzystania w tym systemie

rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych, możemy podjąć próbę zdefiniowania roli, jaką w systemie ochrony zdrowia pełni każdy w tych rodzajów oraz określenia ich wzajemnych relacji.

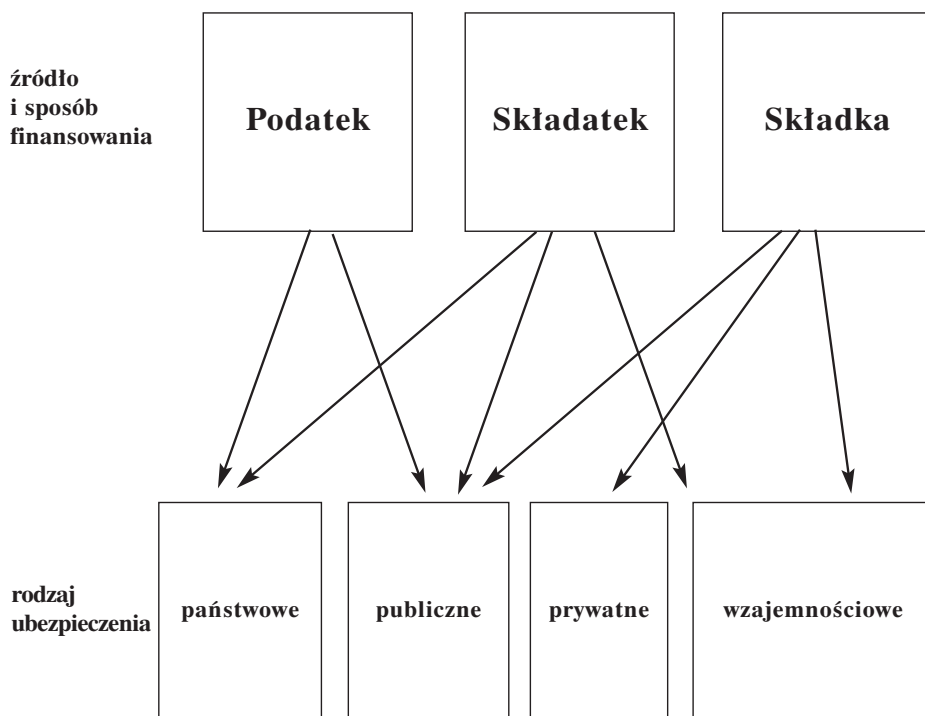
Schemat 10. Ubezpieczenia zdrowotne w koncepcji publiczno-prywatnego ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia w Polsce



Źródło: opracowanie własne

Rola i miejsce w systemie ochrony zdrowia oraz możliwości tych ubezpieczeń określają również źródła i sposoby ich finansowania.

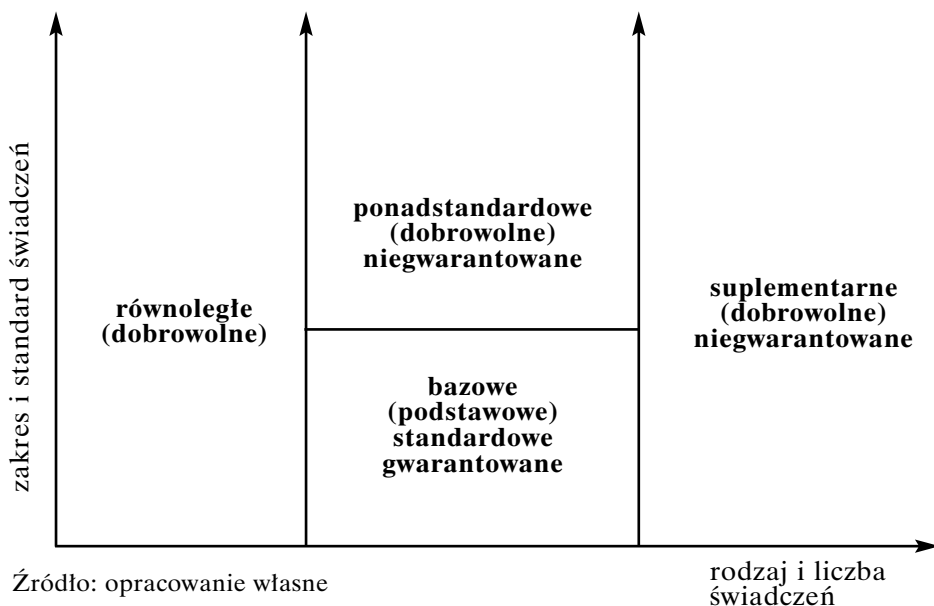
Schemat 11. Źródła i sposoby finansowania poszczególnych rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne

Uznając kryteria konstruowania koszyka świadczeń gwarantowanych za tożsame z kryteriami służącymi do wyodrębniania poszczególnych ubezpieczeń zdrowotnych do definiowania ich zakresu i określania ich charakteru, podejmiemy próbę wpisania tych ubezpieczeń w schemat pozytywno-restrykcyjnego koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych (por. Schemat 2 na s. 42) właściwego dla postulowanego publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia o charakterze ubezpieczeniowym.

Schemat 12. Świadczenia gwarantowane i niegwarantowane w koszyku pozytywno-restrykcyjnym właściwym dla ubezpieczeniowego publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia



Schemat 13. Rola i miejsce poszczególnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz zakresy możliwych do oferowania przez nie świadczeń (wynikające z konstrukcji pozytywno-restrykcyjnego koszyka świadczeń gwarantowanych)

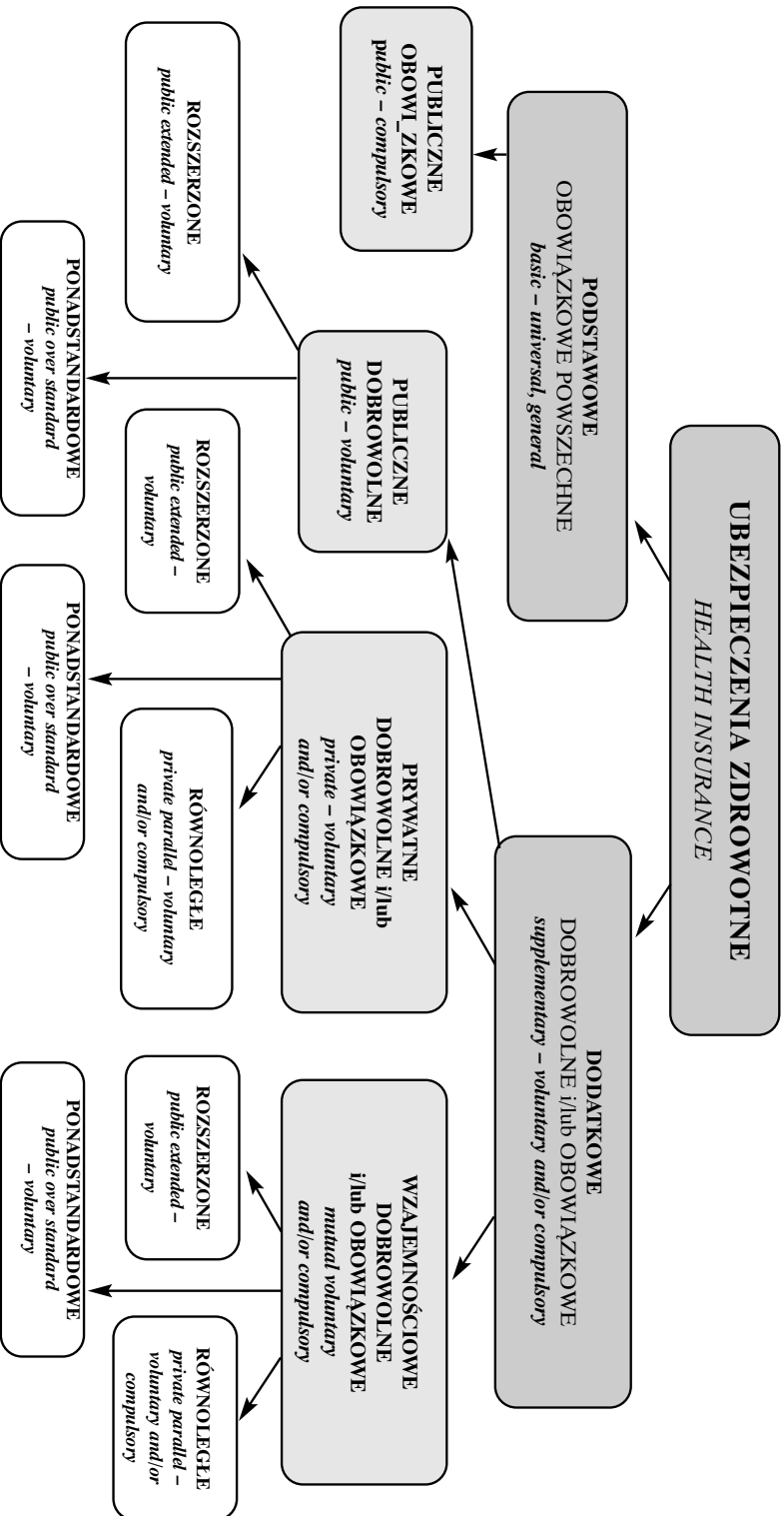
ubezpieczenia równoległe „zamiast”, „obok” bazowych	świadczenia ponadstandardowe (ubezpieczenia „ponad” standard – ponadstandardowe)	świadczenia uzupełniające bazowe (ubezpieczenia suplementarne)
	świadczenia podstawowe, bazowe, standardowe, ubezpieczenia (podstawowe, bazowe)	
ubezpieczenia kompatybilne	ubezpieczenia komplementarne	

Źródło: opracowanie własne

Niezależnie od przedstawionych kryteriów podziału ubezpieczeń zdrowotnych – ze względu na fundamentalne zasady ubezpieczenia: zasadą realności i zasadą interesu – należy również uwzględnić:

- rodzaj i charakter zdarzenia niepożądanego (morskie – związane z morzem, **chorobowe, wypadkowe – związane ze zdrowiem**, komunikacyjne, transportowe...);
- rodzaj i charakter zdarzenia jako przyczyny szkody/straty (ogniowe, **chorobowe**,...);
- rodzaj i charakter interesu, jaki ubezpieczenie ma chronić (społeczny, majątkowy, gospodarczy, osobowy...);
- okoliczności (turystyczne, „zimowe”, **szpitalne**...);
- rodzaj podmiotu;
- cel neutralizacji ryzyka.

Schemat 14. Zależności zachodzące pomiędzy poszczególnymi rodzajami ubezpieczeń zdrowotnych (ze względu na ich charakter) tworzących strukturę jednolitego publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia o charakterze ubezpieczeniowym



Źródło: R. Holly, *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom X, marzec 2012, s. 23.

Tabela 5. Klasyfikacja ubezpieczeń zdrowotnych w postulowanym publiczno-prywatnym ubezpieczeniowym systemie ochrony zdrowia w Polsce

RODZAJE UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH <i>TYPES OF HEALTH INSURANCES</i>		DODATKOWE	
RODZAJ <i>-type</i>	PODSTAWOWE		
CHARAKTER <i>character</i>	OBOWIĄZKOWE POWSZECHNE <i>basic – universal, general</i>	DOBROWOLNE i/lub OBOWIĄZKOWE <i>supplementary – voluntary and/or compulsory</i>	
RODZAJ <i>-type</i>	PUBLICZNE	PUBLICZNE	PRYWATNE
CHARAKTER <i>character</i>	OBOWIĄZKOWE <i>public compulsory</i>	DOBROWOLNE <i>public – voluntary</i>	DOBROWOLNE lub/i OBOWIĄZKOWE <i>private voluntary and/or compulsory</i>
RODZAJ <i>-type</i>	STANDARDOWE	PONADSTANDARDOWE	ROZSZERZONE
	<i>public – standard voluntary</i>	<i>public – over standard voluntary</i>	<i>public extended – voluntary</i>
		RÓWNOLEGLE	ROZSZERZONE
		<i>private parallel/ substitutional voluntary and/or compulsory</i>	<i>private extended – voluntary and/or compulsory</i>
		PONADSTANDARDOWE	ROZSZERZONE
		<i>private over standard – voluntary and/or compulsory</i>	<i>private extended – voluntary and/or compulsory</i>
		RÓWNOLEGLE	ROZSZERZONE
		<i>mutuel parallel/ substitutional voluntary and/or compulsory</i>	<i>mutuel extended – voluntary and/or compulsory</i>
		PONADSTANDARDOWE	ROZSZERZONE
		<i>mutuel over standard – voluntary and/or compulsory</i>	<i>mutuel extended – voluntary and/or compulsory</i>

Źródło: R. Holly, *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom X, marzec 2012, s. 22.

Ważnym uzupełnieniem przedstawionej typologii i wynikającej z niej klasyfikacji ubezpieczeń zdrowotnych w postulowanym publiczno-prywatnym systemie ochrony zdrowia o charakterze ubezpieczeniowym jest rozróżnienie wynikające z podziału ubezpieczeń na aktywne i reaktywne (pasywne). Zgodnie z kryterium tego podziału (s. 131), **aktywne ubezpieczenia zdrowotne** obejmują swoim zakresem świadczenia, które mają charakter działań wyprzedzających, nie dopuszczających do zrealizowania się ryzyka utraty zdrowia (choroby lub wypadku), natomiast **reaktywne (pasywne) ubezpieczenia zdrowotne** obejmują świadczenia o charakterze naprawczym, zachowawczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Przedstawiony w tabeli nr 5 podział okazuje się szczególnie istotny zarówno dla projektowania konstrukcji produktów ubezpieczeń zdrowotnych (dla ich właściwego zorientowania na założone cele), jak też dla analizy podaży i popytu tych produktów na rynku ochrony zdrowia oraz oceny ich jakości i efektywności.

Tabela 6. Aktywne i reaktywne ubezpieczenia zdrowotne oraz przynależne im rodzaje świadczeń zdrowotnych

Ubezpieczenia	Świadczenia zdrowotne	
aktywne (profilaktyczne, prewencyjne)	profilaktyczno- -prewencyjne	<ul style="list-style-type: none"> • profilaktyczne • diagnostyczne • prewencyjne • zabiegowe – zachowawcze
reaktywne (pasywne, restytucyjne)	naprawcze	<ul style="list-style-type: none"> • zabiegowe – naprawcze • rehabilitacyjne • rewalidacyjne • paliatywne • zachowawcze
	pielęgnacyjno- -opiekuńcze	<ul style="list-style-type: none"> • pielęgnacyjne • opiekuńcze • reorientacji zawodowej • paliatywne • assistance (med.) • concierge • hospicyjne
	wypadkowe	<ul style="list-style-type: none"> • ratownicze (med.) • opiekuńczo-pielęgnacyjne • psychologiczne • rehabilitacyjne • assistance (med.) • concierge • finansowe
	rentowe	<ul style="list-style-type: none"> • rentowe

Źródło: opracowanie własne

PRODUKTY UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

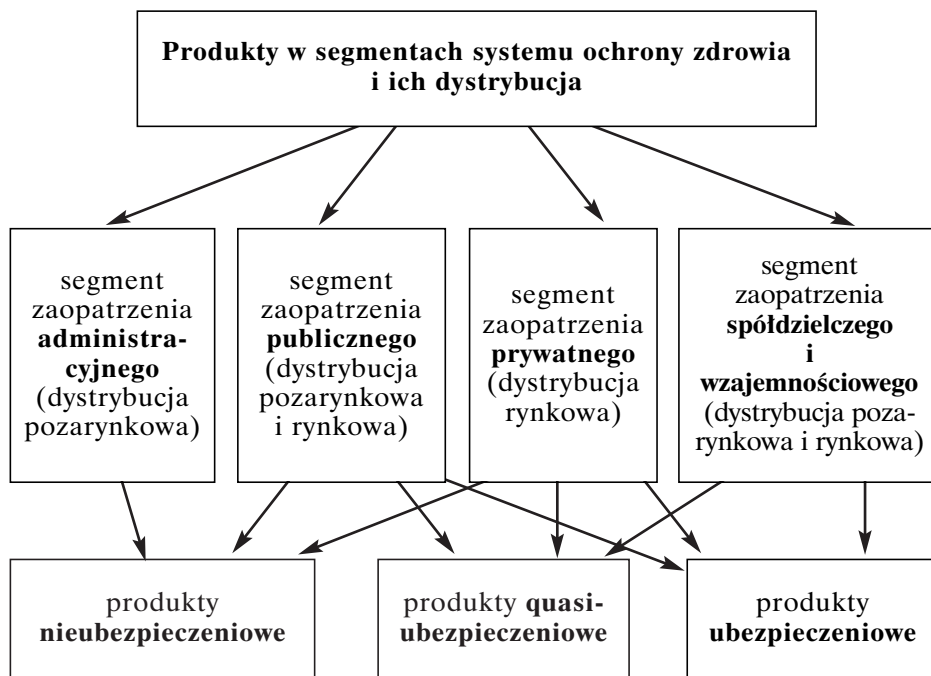
6.1. PRODUKT UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO – CZYM JEST I JAKI JEST

Świadczenie zdrowotne jako dobro i produkt może występować w różnych postaciach i charakterze, jako:

- produkt ubezpieczeniowy
 - produkt ubezpieczenia publicznego
 - produkt ubezpieczenia prywatnego
 - produkt ubezpieczenia spółdzielczego, wzajemnościowego
- produkt quasi-ubezpieczeniowy
 - produkt *quasi*-ubezpieczenia publicznego
 - produkt quasi-ubezpieczenia prywatnego (tzw. abonament)

- produkt nieubezpieczeniowy
 - świadczenia prywatne/komercyjne – *fee for service, out of pocket*
 - świadczenia publiczne/komercyjne – *fee for service, out of pocket*
 - świadczenia „państwowe”, finansowane z budżetu (np. ratownictwo medyczne, rehabilitacja niepełnosprawnych).

Schemat 15. Rodzaje produktów i sposoby ich dystrybucji w segmentach systemu ochrony zdrowia ¹³⁴



Źródło: opracowanie własne

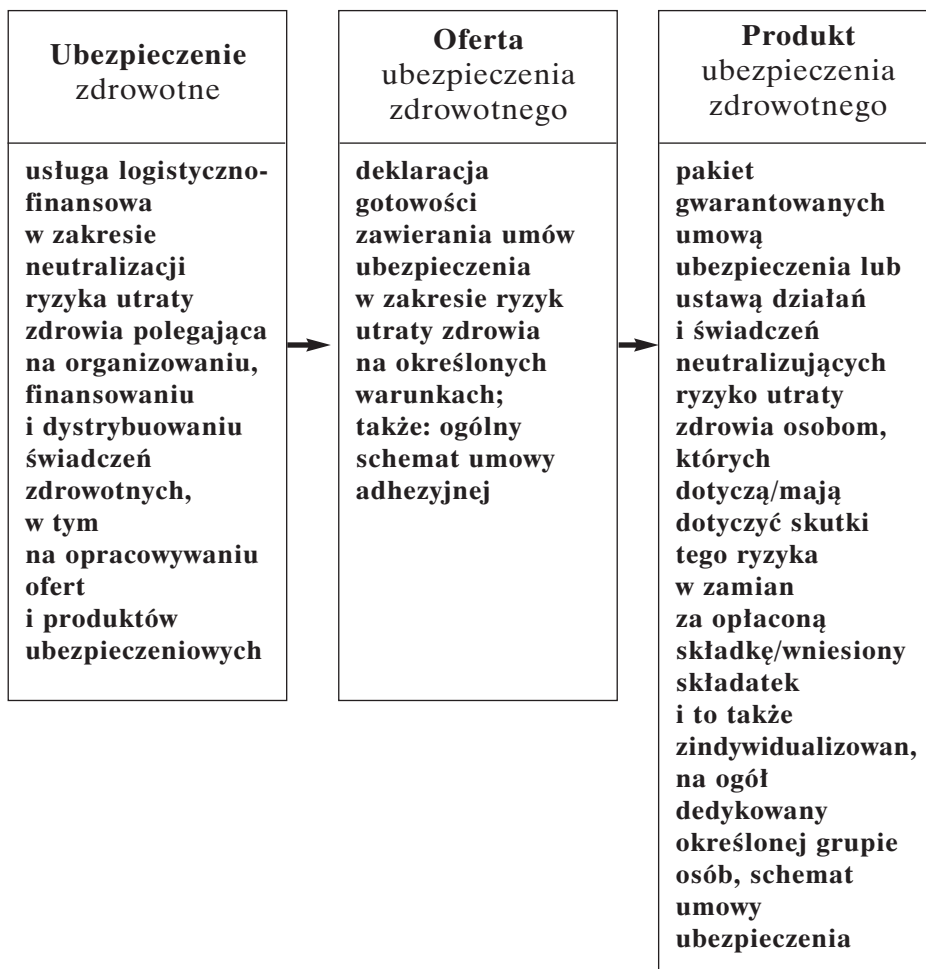
¹³⁴ W schemacie zaznaczono zarówno te rodzaje produktów oraz sposoby ich dystrybucji, które występują już we współczesnym polskim systemie ochrony zdrowia, jak i te, które wystąpić mogą.

Szczególne role ubezpieczenia zdrowotnego wynikają z faktu, iż występuje ono w dwojakim charakterze: (1) jako przedmiot obrotu (specyficzny towar rynkowy) oraz (2) jako dobro społeczne, do którego mamy prawo, bez względu na to, w jaki sposób jest ono dystrybuowane (a więc również wtedy, gdy nie uczestniczymy w transakcji kupna-sprzedaży). Produkt ubezpieczenia zdrowotnego musi być zatem postrzegany i rozpatrywany w obydwóch tych aspektach: łącznie oraz rozdzielnie, jako produkt komercyjnego (prywatnego) ubezpieczenia zdrowotnego i produkt publicznego ubezpieczenia zdrowotnego.

W etatystyczno-rynkowym modelu ochrony zdrowia i odpowiadającym temu modelowi, publiczno-prywatnym systemie ochrony zdrowia o charakterze ubezpieczeniowym, produkt ubezpieczenia zdrowotnego jest wytwarzany i dystrybuowany w obydwu sektorach tego systemu: w prywatnym sektorze ochrony zdrowia wyłącznie w oparciu o mechanizmy rynkowe, zaś w publicznym sektorze ochrony zdrowia (opieki zdrowotnej), również przy wykorzystaniu mechanizmów rynkowych.

W obydwu tych sektorach ubezpieczenie, jako forma organizacji, finansowania i dystrybucji dóbr służących ochronie zdrowia jest podstawą a zarazem zasadą przygotowania na użytek/pod adresem beneficjentów systemu oferty owych dóbr, które jednakże mogą być konsumowane dopiero w postaci określonych świadczeń (ich pakietów), stosownie konfigurowanych odpowiednio do potrzeb wynikających z realizacji określonych ryzyk utraty zdrowia, a więc w postaci *produktów ubezpieczeń zdrowotnych*. Zależności pomiędzy ubezpieczeniem, ofertą ubezpieczenia i produktem ubezpieczeniowym pokazuje schemat nr 16.

Schemat 16. Relacje pomiędzy ubezpieczeniem zdrowotnym, ofertą ubezpieczenia zdrowotnego i produktem ubezpieczenia zdrowotnego



Źródło: opracowanie własne

W sensie ekonomicznym produkty są efektem procesu wytwarzania dóbr służących zaspokajaniu potrzeb. Pojęcie „dobra” ma jednak znacznie szerszy zakres znaczeniowy, odnosi się bowiem do wszystkiego,

co może w sposób bezpośredni i/lub pośredni, komplementarny i/lub substytucyjny¹³⁵ służyć zaspokajaniu nie tylko jednej specyficznej, ale na ogół całej klasy potrzeb, na przykład potrzeb zdrowotnych. Natomiast *produkt* jest dobrem wytworzonym w celu zaspokajania ściśle zdefiniowanej potrzeby, a nawet w celu zaspokojenia jej w określonym stopniu i zakresie, u określonej osoby czy grupy osób. W celu zaspokajania określonych potrzeb zdrowotnych mogą być więc wytwarzane różne dobra, także w postaci rozmaitych świadczeń o charakterze usług finansowych, medycznych, logistycznych. Dobra te, łącznie z innymi rodzajami dóbr wytwarzanych i dystrybuowanych w celu ochrony zdrowia, określa się ogólnym mianem *świadczeń zdrowotnych*. Jeżeli uznajemy, że świadczenia zdrowotne mogą przyjmować formę świadczeń *rzeczowych* (np. protezy) i *nierzeczowych* (np. usług medycznych) oraz *rentowych* (finansowych), to ubezpieczenia zdrowotne, jako usługi logistyczno-finansowe, obejmujące organizację i dystrybucję rzeczonych świadczeń, także przynależą do klasy dóbr służących ochronie zdrowia, i jako takie, winni być uznane za jeden z rodzajów świadczeń zdrowotnych (właśnie o postaci specyficznej usługi ubezpieczeniowej).

Kształt, jaki przyjmuje produkt ubezpieczenia zdrowotnego, wynika przede wszystkim z celu, na użytek którego produkt ten jest wytwarzany. W obydwu sektorach: (1) publicznym i (2) prywatnym ubezpieczeniowego publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia, podstawowym dobrem są właśnie ubezpieczenia zdrowotne wytwarzane w celu ochrony zdrowia. Jednakże w każdym z sektorów owego systemu cele są tylko pozornie tożsame; wprawdzie obydwaj zajmują się neutralizowaniem ryzyka utraty zdrowia, jednak sektor publiczny leczy, aby wyleczyć, zaś komercyjny (przeważnie prywatny) leczy, aby generować zyski lub osiągać inne korzyści biznesowe. Stąd właśnie biorą się najważniejsze różnice *pomędzy produk-*

¹³⁵ *Dobro komplementarne* to takie, które zaspokaja daną potrzebę tylko (przede wszystkim) łącznie z innymi dobrami; *dobro substytucyjne* – to dobro zastępcze (np. sacharyna zamiast cukru).

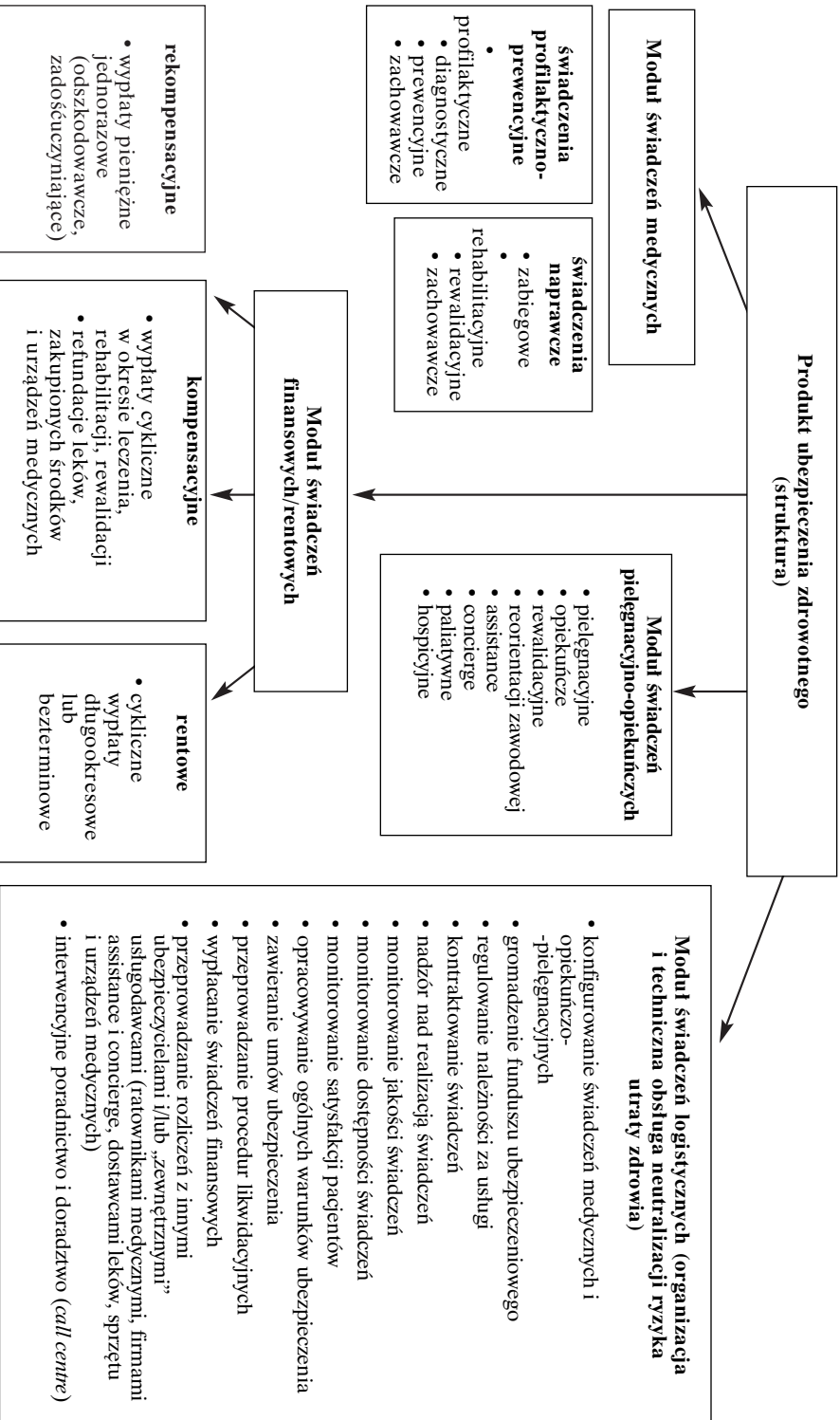
tami publicznego ubezpieczenia zdrowotnego i produktami komercyjnego (prywatnego) ubezpieczenia zdrowotnego.

*Produkt ubezpieczenia zdrowotnego to jednak nie tylko świadczenia skonfigurowane w moduły. Na produkt składają się również reguły ich dystrybucji oraz sformułowane w postaci *ogólnych warunków ubezpieczenia* (OWU) zasady przystąpienia do umowy, wzajemne zobowiązania ubezpieczyciela i ubezpieczającego/ubezpieczonego, a także zapisane w OWU procedury i standardy obsługi ubezpieczenia – od jego sprzedaży (zawarcia umowy) aż po likwidację szkody. To także zgodne z tymi zapisami faktyczne, realne zachowania, głównie sprzedawców (agentów ubezpieczeniowych) i likwidatorów szkód. Od tych zachowań zależy bowiem, czy warunki umowy będą właściwie przez ubezpieczonego zrozumiane i wykorzystane, a tym samym, czy ubezpieczenie spełni swój cel i czy zachowana zostanie zasada realności ubezpieczenia. W szczególności dotyczy to właśnie ubezpieczenia zdrowotnego, o którego realności przesądza, w największym chyba stopniu, likwidator szkód wspólnie ze świadczeniodawcą – lekarzem.*

6.2. KONSTRUKCJA PRODUKTU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Przedmiot i zakres ubezpieczenia zdeterminowany jest przez jego cel, założony, pożądany stan zdrowia, jako wynik leczenia, z którego też wynika najbardziej właściwy sposób jego realizacji – w tym przypadku sprowadzający się do doboru właściwych rodzajów świadczeń jakie mogą: (1) nie dopuścić do zrealizowania się ryzyka i/lub (2) przerwać bieg zdarzenia niepożądanego i tą drogą ograniczyć rozmiary powstającej szkody/straty i/lub (3) zrekompensować szkody/straty, które już powstały.

Schemat 17. Modularna struktura produktu ubezpieczenia zdrowotego



Źródło: opracowanie własne

Każdy *produkt ubezpieczenia* zdrowotnego składa się zatem z różnorodnych modułów dostosowywanych do wszelkich zagrożeń utraty zdrowia z przyczyn chorobowych (najczęściej klasyfikowanych wedle ICD¹³⁶), a także przyczyn pozachorobowych (takich jak: wypadek przy pracy, w podróży, w trakcie uprawiania sportu, w wyniku nadmiernej eksploatacji lub „zużycia się” organizmu, jego zatrucia itp.). Przypomnijmy też, że z kolei każde świadczenie, wchodzące w skład określonego modułu, składa się z bardziej podstawowych, elementarnych świadczeń, jakimi są procedury medyczne – określone konfiguracje różnych czynności lekarskich wraz z lekami i innymi środkami medycznymi – odpowiednie do zdiagnozowanej choroby i stanu klinicznego pacjenta.

Tak więc produktowi, jaki faktycznie „konstruowany” jest przez pacjenta, ostateczny kształt nadaje dopiero świadczeniodawca – lekarz, który w tym zakresie wchodzi w rolę likwidatora szkody (aczkolwiek jego „pole manewru”, w tym szczególnie zakres swobody wyboru procedur, z góry określają zapisane w polisie warunki umowy ubezpieczeniowej).

Przedstawiona tutaj wielostopniowa, modułarna konstrukcja produktu ubezpieczenia zdrowotnego pozwala zatem na jego nieograniczoną wręcz indywidualizację – na możliwie pełne i precyzyjne dostosowanie do faktycznych potrzeb zdrowotnych danego pacjenta, przy czym dostosowanie to następuje na etapie likwidacji szkody, a więc na najbardziej istotnym dla pacjenta etapie realizacji umowy ubezpieczenia. Spełniony zostaje tym samym najtrudniejszy warunek *masowej indywidualizacji* produktu, jakim jest jego pełna elastyczność, wynikająca nie tylko z samej budowy produktu, ale także z całego procesu jego wytwarzania i dostarczania.¹³⁷

¹³⁶ Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – opracowana przez WHO, jest międzynarodowym systemem diagnozy nozologicznej, w Polsce obowiązuje od 1996r.

Biorąc pod uwagę zamierzony cel (stan zdrowia, jaki ma być osiągnięty w wyniku leczenia danej choroby, niepełnosprawności i/lub leczenia powypadkowego określonego pacjenta) oraz odpowiadający temu celowi najbardziej właściwy sposób zapobiegania niepożądanemu zdarzeniu, ingerowania w jego przebieg, (re)kompensowania jego skutków, producent wytwarzający ofertę produktową konfiguruje poszczególne świadczenia (poczynając od katalogu procedur medycznych CPT¹³⁸, a kończąc na usługach logistycznych) w różnorakie, uhierarchizowane moduły. Czyni to kierując się celem, jakim jest możliwie pełne dostosowanie produktu do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych pacjenta, do jego faktycznego „interesu zdrowotnego”. Możliwości, jakie w tym zakresie stwarza modularna struktura konstrukcji produktu ubezpieczenia zdrowotnego, są – z punktu widzenia celu, jakim jest „interes zdrowotny” pacjenta – największą niewątpliwie zaletą prezentowanej tutaj koncepcji konstruowania ofert i produktów ubezpieczenia zdrowotnego. Okazuje się jednak, że koncepcja ta równie dobrze może służyć osiągnięciu zróżnicowanych celów partykularnych wszystkim pozostałym interesariuszom systemu ochrony zdrowia – podmiotom państwowego sektora ochrony zdrowia, jak też publicznego, prywatnego, czy spółdzielczego.

Również – z punktu widzenia polityki zdrowotnej – najważniejszą zaletą rekomendowanego tutaj sposobu konstruowania oferty i produktu ubezpieczenia zdrowotnego jest jego uniwersalność, wyrażająca się możliwością wykorzystania modułowej budowy produktu do za-

¹³⁷ Dobre porównanie stanowią klocki lego, które mogą być konfigurowane stosownie do potrzeb określonego klienta-pacjenta i – dzięki temu – dostarczające każdemu odpowiednio zindywidualizowaną wartość. Por.: D. Peppers, M. Rogers, *Interaktywny Menedżer*, Studio Emka, Warszawa 2002, s. 65-69; także: P. B. Seybold, R. T. Marshak, *Klienci. com. Jak stworzyć skuteczną strategię biznesową dla Internetu i nie tylko*, IFC PRESS, Kraków 2001, s. 98.

¹³⁸ *Current Procedural Terminology* – system klasyfikacji procedur i świadczeń opracowany i aktualizowany przez American Medical Association od 1966 roku, w Polsce wydawany pod nazwą CPT-PL od 2006.

rzządzania ochroną zdrowia – do efektywnej realizacji różnych celów przez wszystkie instytucje, przedsiębiorstwa i organizacje we wszystkich segmentach systemu.

6.3. UWAGI O ZARZĄDZANIU PRODUKTEM UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Problematyka zarządzania produktem ubezpieczenia zdrowotnego może (i chyba powinna) być przedmiotem odrębnego opracowania, chociażby ze względu na jej ogromnie złożony zakres i obszerną problematykę kontekstową (jak na przykład kwestie uwarunkowań efektywności tego zarządzania w różnych aspektach: politycznym, społecznym, kulturowym, ekonomicznym, legislacyjnym, demograficznym, epidemiologicznym, technologicznym...¹³⁹). Nawet skrótowe omówienie tych kwestii znacznie wykraczałoby poza ramy wyznaczone niniejszej książce¹⁴⁰. Stąd też w tym miejscu ograniczam się jedynie

¹³⁹ W Zakładzie Zarządzania Ochroną Zdrowia Katedry Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi jest aktualnie przygotowywana przez mgr E. Ski-bińską, pod kierunkiem prof. Ł. Sułkowskiego, dysertacja doktorska nt. „Zarządzanie produktem ubezpieczenia zdrowotnego”, w której autorka, właśnie ze względu na wspomnianą wielość odniesień, kontekstów i uwarunkowań przedmiotu badań, skoncentrowała się głównie na kwestii wykorzystania produktu ubezpieczenia zdrowotnego w planowaniu strategii marketingowej przedsiębiorstwa.

¹⁴⁰ Świadomie pomijam również problematykę metod i procedur zarządzania ryzykiem, w tym produktem służącym neutralizacji ryzyka, stosunkowo wszechstronnie omówioną już w literaturze przedmiotu, także w języku polskim. W szczególności dotyczy to zarządzania ryzykiem (ubezpieczeniowym) przedsiębiorstwa (organizacji w ogóle) i/lub zakładem ubezpieczeń. Por., np. o zarządzaniu ryzykiem w organizacjach: C. A. Williams, M. Smith, P. Young, *Risk Management and insurance*, McGraw-Hill, 1995, tłum. P. Wdowiński, *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, PWN, Warszawa 2002, s. 38-42; czy o standardowych procedurach zarządzania obejmujących: (1) identyfikację

do skomentowania kluczowego, w moim przekonaniu, zagadnienia, jakim jest możliwość orientacji produktów ubezpieczenia zdrowotnego na osiągnięcie różnego rodzaju celów realizowanych przez obydwie sektory polskiego systemu ochrony zdrowia: publiczny i prywatny oraz możliwość osiągnięcia tych celów poprzez manipulowanie strukturą produktu.¹⁴¹

Uznając, że produkt ubezpieczenia zdrowotnego może być traktowany jako instrument realizacji celów interesariuszy systemu ochrony zdrowia, oraz że cele poszczególnych interesariuszy są różne, stajemy wobec konieczności dostosowania produktu do tychże celów w taki sposób, aby – mimo manipulowania jego kształtem i charakterem – nie zatracił on swojej tożsamości i zdolności wypełniania podstawowej roli. Innymi słowy, orientacja produktu ubezpieczenia zdrowotnego na poszczególne partykularne cele różnych interesariuszy systemu nie może istotnie umniejszać jego zdolności do neutralizacji ryzyka utraty zdrowia. Jak już było dowodzone, największe możliwości w tym zakresie stwarza właśnie modularna budowa tego produktu, dzięki której bezpośrednim skutkiem jego zastosowania zawsze jest leczenie, aczkolwiek – z uwagi na równoczesną orientację na różnorakie cele partykularne – leczenie w różnym zakresie i stopniu oraz różnej jakości. Stąd też zarządzanie produktem ubezpieczenia zdrowotnego, poprzez manipulowanie jego modułami, winno zawsze uwzględniać stopień realizacji jego nadrzędnego, ogólnego celu, jakim

ryzyka; (2) ocenę i pomiar ryzyka; (3) transfer ryzyka i ubezpieczenie; (4) finansowanie ryzyka i ubezpieczenie; (5) kontrolę ryzyka ubezpieczeniowego. W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia. Ryzyko i rynek*. PWE, Warszawa 2002, s. 141; także: W. Ronka-Chmielowiec, *Zarządzanie ryzykiem w zakładzie ubezpieczeń*, [w:] Jajuga K. (red.), *Zarządzanie ryzykiem*, PWN, Warszawa 2009.

¹⁴¹ Prezentowany tutaj zamysł i zasady zarządzania produktem ubezpieczenia zdrowotnego wydają się na tyle bliskie koncepcji *Total Quality Management* (TQM) – całościowego (kompleksowego, zintegrowanego) zarządzania poprzez cele, że można je uznać za rozszerzenie, względnie interpretację, tej koncepcji na użytek ubezpieczeń zdrowotnych.

jest leczenie po to, by efektywnie wyleczyć (dzięki odpowiedniemu zakresowi leczenia, jego wysokiej jakości, dostępności oraz właściwej relacji między kosztem wytwarzania świadczeń i ich ceną).

Podporządkowanie konstrukcji produktu celowi, jakiemu produkt ten ma służyć, rozwiązuje zarazem kwestię *jakości produktu*. Jeżeli bowiem będziemy rozumieli jakość (*ex ante*) jako potencjalną zdolność produktu do realizacji założonego celu w określonym/różnym stopniu; względnie *jakość (ex post)* jako określony stopień realizacji założonego celu¹⁴², to właśnie konfigurowanie świadczeń i ich modułów tworzących strukturę produktu, odpowiednio do założonego i oczekiwanego stanu zdrowia, jaka w wyniku leczenia (zastosowania produktu), stanowi najbardziej właściwy sposób zarządzania jakością produktu ubezpieczenia zdrowotnego.¹⁴³ Pamiętajmy przy tym, że o jakości produktu ubezpieczenia zdrowotnego przesądza nie tylko właściwe skonfigurowanie świadczeń i modułów, ale także, a bywa że przede wszystkim (1) jakość samych świadczeń medycznych o charakterze profilaktycznym, diagnostycznym, prewencyjnym, zabiegowym, rehabilitacyjnym i pielęgnacyjno-zachowawczym, (2) jakość

¹⁴² Przyjmujemy, że – najogólniej – jakość to zgodność efektu (leczenia) z założonym celem (w tym przypadku zgodność z oczekiwanym w wyniku leczenia określonym stanem zdrowia i/lub z uzyskanym efektem w wyniku zastosowania określonego świadczenia/procedury, świadczenia finansowego itp.). Por. R. Holly, *Jakość w systemowym zarządzaniu ryzykiem utraty zdrowia*, referat wygłoszony na konferencji: *Jakość 2010: systemy zarządzania w ochronie zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia, 7 października 2010 r.

¹⁴³ Zarządzanie jakością przez cel (e) formalnie i metodologicznie wydaje się najprostsze. Rodzi jednak pokusę groźnej w skutkach manipulacji samym celem. Wystarczy bowiem tak zdefiniować cele ochrony zdrowia (leczenia), by uzyskiwane efekty uznać za wystarczające, albo nawet znacznie wykraczające ponad określony stan zdrowia uznany za właściwy/pożądany, z punktu widzenia zarządzającego systemem ochrony zdrowia i/lub lekarza-świadczoniodawcy. Im bardziej cele (traktowane właśnie jako określony, pożądany stan zdrowia populacji i/lub jednostek – poszczególnych beneficjentów systemu zdrowia) ograniczymy/zredukujemy, tym wyżej ocenimy efekt uzyskiwanej w wyniku tej samej ochrony (zastosowania tej samej procedury medycznej) – tym formalnie wyższa będzie jakość ochrony zdrowia (leczenia).

świadczeń rzeczowych i finansowych, (3) jakość świadczeń logistycznych, wyrażająca się sprawnością organizacji i dystrybucji tych świadczeń oraz (4) relacja kosztu wytwarzania i dystrybucji do ceny nabycia produktu.

Z tych właśnie względów zarządzanie produktem ubezpieczenia zdrowotnego poprzez manipulowanie jego modularną strukturą winno być zawsze zorientowane na nadrzędny cel tego produktu, jakim jest *leczenie by wyleczyć*. Lekceważenie lub wręcz ignorowanie tej zasady ogranicza też (lub wręcz wyklucza) możliwość realizacji poszczególnych celów partykularnych, włącznie z tym najważniejszym dla podmiotów prywatnego sektora ochrony zdrowia – *leczyć w celu generowania zysku*.

Uznając, że kluczem do efektywnego zarządzania produktem ubezpieczenia zdrowotnego jest dostosowywanie struktury jego wielostopniowej modularnej budowy do określonego oczekiwanego celu, jaki w ten sposób chcemy osiągnąć, należy zwrócić uwagę na dwojakiego rodzaju ograniczenia, jakie w tym zakresie wynikają (1) z odmienności celów ochrony zdrowia w wymiarze: społecznym, publicznym, klubowym, branżowym-zawodowym powodowanych odmiennością interesów¹⁴⁴ oraz (2) z różnego charakteru celów dwóch podstawowych segmentów/sectorów publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia, a tym samym różnic, jakie stąd wynikają w budowie *produktu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego i produktu komercyjnego (w tym głównie prywatnego) ubezpieczenia zdrowotnego*.

Produkty publicznego ubezpieczenia zdrowotnego to gwarantowane ustawą świadczenia (rzeczowe, nierzeczowe, finansowe) należne wszystkim zdefiniowanym w ustawie beneficjentom w przypadku zrealizowania się ryzyka utraty zdrowia. Ostateczny kształt tych produktów zależy więc od regulacji ustawowych: od zakresu świadczeń, jaki gwarantują, ich różnorodności, standardów określających ich

¹⁴⁴ Kwestię tę komentowałem już w rozdziale 4..., s. ...

jakość i warunki dostępności. Określone w ten sposób świadczenia tworzą tzw. gwarantowany koszyk – stanowią o jego zasobności, która z kolei przesądza o zakresie, jakości i warunkach ochrony zdrowia.

Produkty ubezpieczenia zdrowotnego wytwarzane przez publiczny sektor ochrony zdrowia, siłą rzeczy, zorientowane są na ochronę zdrowia wszystkich beneficjentów systemu tak samo (na tych samych zasadach), i nie mogą być indywidualizowane ze względu na specyficzne potrzeby poszczególnych beneficjentów (a nawet grup beneficjentów). Stąd też sektor ten ogłasza jedynie ogólną ofertę (zresztą „nie do odrzucenia”) zaopatrzenia swoich beneficjentów w te świadczenia, które znajdują się w jego koszyku. Oferta ta jest w pewnym stopniu indywidualizowana (i przyjmuje postać zbliżoną do produktu) za sprawą świadczeniodawcy – lekarza, który z owej ogólnej „koszykowej” oferty wybiera świadczenia służące najlepiej (ze względu na rozpoznaną jednostkę chorobową, stan kliniczny i cechy socjodemograficzne) interesom zdrowotnym danego pacjenta-beneficjenta publicznego sektora ochrony zdrowia. Tak więc cele i charakter publicznego ubezpieczenia zdrowotnego oraz źródła i forma jego finansowania istotnie ograniczają możliwości wykorzystania tego ubezpieczenia do konstruowania produktów zindywidualizowanych i/lub na użytek poszczególnych grup beneficjentów. Ograniczają tym samym możliwości zarządzania ochroną zdrowia przez produkt, w tym możliwości stymulowania jakości poszczególnych rodzajów świadczeń, na przykład przez dobór i konfigurowanie w produkcie odpowiednich świadczeń/procedur medycznych i leków.¹⁴⁵

Ograniczenie to dotyczy także możliwości sterowania podażą i popytem świadczeń (na przykład poprzez tworzenie określonych konfiguracji świadczeń w produktach dedykowanych różnym grupom/

¹⁴⁵ Gwoli sprawiedliwości, nie można jednak nie dostrzegać możliwości, jakie daje w tym zakresie koncepcja i metoda DRG (*Diagnosis Related Groups*); w Polsce od 2011 roku wdrażana w zmodyfikowanej formie i pod nazwą Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP).

kategoriom beneficjentów) i – tą drogą – wpływanie na dostępność świadczeń.

Rzeczne ograniczenia w żadnym jednak stopniu nie przeszkadzają w strukturuwaniu oferty produktowej ubezpieczenia publicznego ze względu na określone w aktualnej doktrynie zdrowotnej priorytety czy nawet ogólną orientację, na przykład na profilaktykę i prewencję, względnie na medycynę rozpoznawczo-zabiegową czy zachowawczą. Podobnie nic nie stoi na przeszkodzie wykorzystywaniu możliwości konfigurowania świadczeń w strukturze oferty i publicznego produktu ubezpieczeniowego stosownie do szczegółowo określonych celów jakim ma służyć, jak na przykład:

- utrzymaniu/przywróceniu zdolności do pracy,
- utrzymaniu/przywróceniu określonych funkcji organizmu
- utrzymaniu/przywróceniu zdolności wypełniania określonych ról w gospodarstwie domowym,
- utrzymaniu/przywróceniu zdolności wypełniania określonych ról w strukturze społecznej,
- utrzymaniu/przywróceniu komfortu życia,
- uzyskaniu pożądanego (wyższego) komfortu życia.

Komercyjny produkt ubezpieczenia zdrowotnego (produkt prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego) to opisana w umowie ubezpieczenia konfiguracja świadczeń (rzeczowych, nierzeczowych, finansowych) gwarantowanych przez zakład ubezpieczeń, w przypadku zrealizowania się w określonych okolicznościach zdefiniowanego ryzyka utraty zdrowia i/lub jego skutków osobie, której to ryzyko dotyczy (narusza jej „zdrowotne” interesy), w zamian za stosowną składkę.

Kierując się określeniem celu w tak sformułowanej definicji produktu ubezpieczenia prywatnego, dostrzegamy przede wszystkim pełną niemal zbieżność tego celu z celem produktu ubezpieczenia publicznego. Jest to jednak zbieżność fakultatywna, to znaczy występuje faktycznie tylko wtedy i o tyle, kiedy i o ile rzeczywiste interesy zdrowotne pacjenta-klienta prywatnego producenta pokrywają się z takimi partykularnymi interesami producenta, jakimi, w przypadku prywatnego zakładu ubezpieczeń, mogą być:

- pozyskanie możliwie najwyższego przypisu składki (przez masową sprzedaż polis i/lub sprzedaż możliwie drogich polis),
- uzyskanie możliwie najlepszego wyniku technicznego,
- zdobycie znaczącego udziału w rynku,
- podtrzymanie/umacnianie lojalności klienta,
- budowanie marki firmy,
- zdywersyfikowanie własnego portfela ubezpieczonych ryzyk,
- uzyskanie przewagi konkurencyjnej,
- powstrzymanie ofensywy produktów konkurencyjnych zagrażających dotychczasowej pozycji zakładu ubezpieczeń,
- dołączenie do dotychczasowej oferty produktu komplementarnego.

Mimo wielkiej różnorodności partykularnych szczegółowych celów, którym może się kierować w swojej biznesowej działalności prywatny wytwórca i/lub dystrybutor świadczeń zdrowotnych, wszystkie te cele zawsze są jedynie elementem określonej strategii, która ma doprowadzić producenta do zrealizowania nadrzędnego celu, jakim jest generowanie zysku. Niemniej jednak, to właśnie te

poszczególne cele, ze względu na które producent konfiguruje świadczenia zdrowotne i kieruje na rynek w postaci określonej oferty produktowej, ostatecznie przesądzają o stopniu zgodności powstających tą drogą produktów z faktycznymi interesami zdrowotnymi ich konsumentów – klientów prywatnych firm producentów owych produktów. Okazuje się przy tym, że wynik konfrontacji interesów prywatnego producenta produktów zdrowotnych i konsumenta tych produktów wcale nie musi być dla konsumenta niekorzystny. Nierzadko zdarza się nawet, że prywatny produkt ubezpieczeniowy, zorientowany na określony partykularny, biznesowy cel, wielokrotnie przewyższa (pod względem zakresu świadczeń, ich różnorodności, jakości, sposobu konfigurowania) analogiczny (np. dotyczący tego samego ryzyka chorobowego) produkt sektora publicznego, mimo iż ten drugi, zorientowany jest wyłącznie, przynajmniej z założenia, na efekt wyleczenia beneficjenta (pacjenta), zaś ten pierwszy na efekt w formie korzyści biznesowych/finansowych (producenta). Dzieje się tak właśnie ze względu na biznesowy charakter celów realizowanych za sprawą specjalnie zorientowanego na ich realizację odpowiednio skonfigurowanego produktu zdrowotnego. Bywa bowiem, że osiągnięcie zakładanego udziału w rynku, względnie obrona posiadanego już w nim udziału, czy uzyskanie przewagi na szczególnie konkurencyjnym rynku, wymaga poczynienia specjalnych inwestycji „w klienta” – w jego pozyskanie i/lub utrzymanie. Najprostszą drogą do tego celu jest przygotowanie specjalnej oferty produktowej, nie tylko taniej (czy nawet znacznie poniżej kosztów), ale przede wszystkim dokładnie odpowiadającej potrzebom i oczekiwaniom klienta. Najłatwiej zaś to osiągnąć właśnie poprzez odpowiednią liczbę, różnorodność, jakość i konfigurację świadczeń w strukturze budowy produktu. Bywa również, że producent – zakład ubezpieczeń, na przykład w celu poprawienia wyniku technicznego w dłuższej perspektywie czasowej, dołącza do dotychczasowej oferty dodatkowy produkt, którego sprzedaż, po niskiej i nierzadko wręcz symbolicznej cenie, przynosi dopiero pośrednie korzyści. Przykładem mogą być tutaj ubezpieczenia zdrowotne, dołączone w postaci tzw. opcji, do ubezpieczeń na życie (czyli „na

śmierć”), dzięki którym – w znacznym uproszczeniu – klient jest bardziej zdrowy, a więc dłużej żyje i dłużej płaci składki. Na pewno zaś – już bez uproszczenia – nie pójdzie do konkurencji, aby ubezpieczyć się „na zdrowie”.

Poszukiwania uniwersalnego klucza, czy wręcz algorytmu, do budowy optymalnego produktu ubezpieczeniowego, co najmniej od kilkuset już lat, prowadzone są we wszystkich chyba firmach ubezpieczeniowych. Również w Polsce, w ramach analiz produktowych rynku ubezpieczeniowego, od kilkunastu już lat śledzony jest rozwój rynkowej oferty produktowej ubezpieczeń zdrowotnych.¹⁴⁶

Najczęściej oferty produktowe, a także konkretne produkty ubezpieczeń zdrowotnych w ramach każdej z wyróżnionych grup rodzajowych charakteryzowane były ze względu na:

- zakres chorób i przyczyn pozachorobowych utraty zdrowia, jaki obejmuje ubezpieczenie;
- efektywność neutralizacji ryzyka, na które składają się:
 - skutek (efekt) neutralizacji ryzyka utraty zdrowia, w tym leczenia, zgodny z założonymi celami, takimi jak:
 - przywrócenie do pracy,

¹⁴⁶ Od roku 2001 analizy takie prowadzi Krajowy Instytut Ubezpieczeń, głównie na użytek zamawiających raporty na ten temat polskich i zagranicznych zakładów ubezpieczeń. Od roku 2004 do 2011 analizy w tym zakresie prowadziło także wspólne Obserwatorium Rynku Świadczeń Zdrowotnych Krajowego Instytutu Ubezpieczeń i Katedry Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – publikowane cyklicznie w czasopiśmiennictwie branżowym. Stały się też te analizy podstawą kilkudziesięciu prac magisterskich i podyplomowych oraz czterech rozpraw doktorskich – dwóch przygotowanych w Szkole Głównej Handlowej i dwóch w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Ponadto omówienia wyników tych analiz zawierają dwie monografie: R. Holly, *Rynek świadczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce – perspektywy i kierunki rozwoju*, KIU, Warszawa 2009; R. Holly, *Ubezpieczenia zdrowotne na polskim rynku ubezpieczeniowym*, KIU, Warszawa 2012.

- przywrócenie utraconych funkcji,
- przywrócenie zdolności pełnienia dotychczasowej roli w strukturze społecznej,
- przywrócenie utraconego komfortu życia,
- czas trwania procesu neutralizacji ryzyka (głównie terapii),
- koszt procesu neutralizacji ryzyka,
- komfort pacjenta w procesie neutralizacji ryzyka (głównie leczenia),
- różnorodność świadczeń,
- dostępność świadczeń,
- cena świadczenia.

W tych pięciu podstawowych wymiarach dokonywano zatem zarówno oceny jakości ofert, jak i produktów ubezpieczeń zdrowotnych. Ponadto, jakość produktu ubezpieczenia zdrowotnego, a tym samym określonego rodzaju ubezpieczenia zdrowotnego, szczególnie tego oferowanego w obrocie rynkowym, oceniana na podstawie wymienionych parametrów¹⁴⁷, pozwalała określić stopień, w jakim ów produkt/stosowne ubezpieczenie staje się mniej lub bardziej przyjazny klientowi/pacjentowi, a tym samym mniej lub bardziej dlań atrakcyjny, natomiast, z drugiej strony, pozwalało określić stopień, w jakim jest on opłacalny dla ubezpieczyciela.¹⁴⁸

¹⁴⁷ Przykładem wykazu takich parametrów jest sformułowana przez Kapitułę Certyfikatu Dobrej Polisy lista cech, którymi winien się charakteryzować produkt wartościowy z merytorycznego punktu widzenia, tj. zarówno spełniający kryteria ubezpieczeniowe, jak też atrakcyjny dla klienta-pacjenta oraz opłacalny dla ubezpieczyciela. Certyfikat Dobrej Polisy nadawany jest przez Kapitułę Sędziów Kompetentnych Krajowego Instytutu Ubezpieczeń od 2002 roku.

¹⁴⁸ Por. R. Holly, *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom X, marzec 2012, s. 20.

W świetle prowadzonych tutaj rozważań, a także z perspektywy doświadczeń wyniesionych ze wspomnianych, wykonywanych od kilkunastu lat, analiz rynkowych, wydaje się, że nadzieja na opracowanie rzeczonoego uniwersalnego klucza czy – tym bardziej – algorytmu do budowy „optymalnego produktu ubezpieczeniowego”¹⁴⁹ jest o tyle zasadna i realna, o ile odnosi się do konkretnego produktu „tu i teraz”, tzn. dotyczy „przepisu” na optymalną konstrukcję produktu dedykowanego określonemu klientowi i równocześnie zorientowanego na jednoznacznie określony cel realizowany w określonych warunkach, w danym czasie, z zastrzeżeniem jednak, że celem tym może być także zgodne zadośćuczynienie interesom ubezpieczyciela i jego klienta. Idea „optymalnego produktu” nie wyraża się więc w postaci jego określonego modelu, ale raczej jest zbiorem zasad i postulatów dotyczących sposobu jego konstruowania.

6.4. ZASADY ANALIZY PRODUKTOWEJ RYNKU UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Produkt, jako przedmiot obrotu, zajmuje unikalne miejsce i pełni unikalną rolę na każdym rynku. Produkt uzasadnia rację bytu rynku i definiuje rynek – jaki produkt, taki rynek. Stąd też zarządzanie produktem jest kluczem do rynkowego sukcesu każdego przedsiębiorstwa jako producenta. Szerzej – zarządzanie produktem to zarządzanie rynkiem. O użyteczności produktu do osiągnięcia celów biznesowych przesądzają z kolei elementy składające się na jego strukturę, stopień złożoności i możliwości jej konfigurowania.

¹⁴⁹ Produkt „optymalny” to taki, którego konstrukcja dostatecznie uwzględnia wszystkie zasady doktryny ubezpieczeniowej i jest przy tym atrakcyjny dla klienta oraz opłacalny dla zakładu ubezpieczeń.

Jednym z najbardziej złożonych, a przez to też wielofunkcyjnych produktów rynkowych, jest świadczenie zdrowotne na rynku ochrony zdrowia. Przesądza o tym liczba i złożoność modułów tworzących jego wielostopniową strukturę. Już sama obecność modułu finansowego w strukturze produktu ubezpieczenia zdrowotnego istotnie zwiększa efektywność zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Uzyskujemy dzięki niemu wyraźny efekt synergii: świadczenia medyczne otrzymują istotne wsparcie dzięki zaopatrzeniu pacjenta w środki finansowe w okresie choroby i/lub niepełnej sprawności; zaś obecność modułu logistycznego sprawia, że usługa ubezpieczeniowa nie ogranicza się jedynie do neutralizowania skutków realizacji ryzyka (utruty zdrowia), ale obejmuje także organizację świadczeń (profilaktycznych, diagnostycznych, prewencyjnych) istotnie ograniczających prawdopodobieństwo zrealizowania się tego ryzyka. Podobnie w odniesieniu do świadczeń składających się na moduł pielęgnacyjno-opiekuńczy.

Z tych samych względów ubezpieczenie zdrowotne służy nie tylko zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych klienta-pacjenta, ale także może być szczególnie dogodnym instrumentem realizacji różnorodnych celów biznesowych jego producentów – zakładów ubezpieczeń, firm abonamentowych oraz innych interesariuszy rynku ochrony zdrowia.

Jak już zostało zaznaczone w rozdziale 5.1., produkty ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonują w systemie ochrony zdrowia oraz na rynku ochrony zdrowia „na równych prawach” z produktami quasi-ubezpieczeniowymi i nieubezpieczeniowymi. We współczesnym polskim systemie ochrony zdrowia (w roku 2012 „wycenionym” łącznie na ok. 100 mld zł) mamy do czynienia przede wszystkim z quasi-ubezpieczeniową ofertą produktową, tzw. ubezpieczenia publicznego (ok. 65% udziału), następnie z nieubezpieczeniowymi świadczeniami finansowymi z budżetu bezpośrednio (lub pośrednio, na przykład przez PFRON – łącznie ok. 30% udziału), z quasiubezpieczeniową ofertą produktową prywatnych centrów medycznych, tzw. firm abonamentowych (ok. 2,5% udziału), z nieubezpieczeniowymi ofertami pry-

watnych placówek medycznych (ok. 1,5%) i wreszcie z produktami ubezpieczeń zdrowotnych oferowanymi przez prywatne zakłady ubezpieczeń (marginalnie przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych) – ok. 0,4% udziału. Trudny do oszacowania jest udział w systemie ochrony zdrowia organizacji pozarządowych, fundacji, stowarzyszeń charytatywnych i samopomocowych – od Caritasu po Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy J. Owsiaaka; prawdopodobnie łącznie jest to udział rzędu 0,3 – 0,5%. Procentowy udział poszczególnych interesariuszy w całym systemie ochrony zdrowia nie jest tożsamy z udziałem w samym tylko rynku ochrony zdrowia, w którego skład nie wchodzi zaopatrzenie w świadczenia dystrybuowane z pominięciem mechanizmów rynku i finansowane bezpośrednio z budżetu państwa. Wydaje się jednak, że analizując rynek ochrony zdrowia należy uwzględnić i rozpatrywać łącznie oferty wszystkich ich producentów i dystrybutorów. Oferty te bowiem istotnie wzajemnie się warunkują, stąd na zakres świadczeń, ich różnorodność, jakość, cenę tych świadczeń w ofertach producentów prywatnych i publicznych mają bezpośredni wpływ analogiczne parametry produktów dystrybuowanych w ramach państwowego zaopatrzenia bezpośredniego.

Dla organizacji i efektywnego zarządzania całym systemem ochrony zdrowia ta właśnie kwestia jest najważniejsza: możliwość precyzyjnego określenia roli, jaką w systemie ochrony zdrowia pełnią obecnie i mogą pełnić w przyszłości poszczególni interesariusze tego systemu (z punktu widzenia ich obecnego udziału i przyszłych możliwości) w realizacji celów ochrony zdrowia. Najbardziej dokładne rozeznanie w tym zakresie pozwala na porównanie ofert interesariuszy z celami systemu ochrony zdrowia (np. formułowanymi jako tzw. priorytety) oraz faktycznymi (definiowanymi medycznie) potrzebami beneficjentów systemu i zgłaszanymi przez nich oczekiwaniami.

Rekomendowana metoda analizy porównawczej polega na sporządzeniu, a następnie nałożeniu na siebie czterech różnych map obrazujących:

- potrzeby zdrowotne mieszkańców kraju, regionu, województwa, powiatu (zdefiniowane epidemiologicznie i medycznie oraz opisane w kategoriach ryzyka utraty zdrowia i świadczeń niezbędnych do ich neutralizacji);
- istniejącą infrastrukturę (i kadrę medyczną) ochrony zdrowia umożliwiającą dystrybucję poszczególnych rodzajów świadczeń na badanym obszarze (kraju, regionu, województwa, powiatu);
- całą aktualną ofertę produktową (podaż świadczeń) poszczególnych interesariuszy-producentów świadczeń na badanym obszarze;
- faktyczną konsumpcję produktów przez wyróżnione grupy socjodemograficzne beneficjentów systemu na badanym obszarze.

Dzięki zastosowaniu do opisu i diagnozy potrzeb zdrowotnych, infrastruktury, oferty produktowej i konsumpcji produktów tych samych kategorii pojęciowych powstałe w ten sposób mapy, obrazujące cztery podstawowe wymiary systemu ochrony zdrowia, stają się w pełni porównywalne. Uzyskujemy dzięki nim dokładne, niezbędne do projektowania, planowania strategii ochrony zdrowia oraz bieżącego zarządzania systemem ochrony zdrowia (uprawiania polityki zdrowotnej) rozeznanie:

- faktycznych potrzeb zdrowotnych, ich rodzajów, zakresu, ich geograficznej koncentracji/rozproszenia;
- istniejącej infrastruktury, jej koncentracji/rozproszenia, zdolności do realizacji określonych świadczeń na danym obszarze;
- aktualnej oferty produktowej, jej kompletności i komplementarności oraz koncentracji/rozproszenia na badanym

obszarze, a tym samym rozeznanie stopnia i sposobu pokrycia potrzeb zdrowotnych (odpowiednią/nieodpowiednią do tych potrzeb) podażą świadczeń zdrowotnych;

- faktycznej konsumpcji produktów, ich odpowiedniości do potrzeb i oczekiwań oraz ich jakości i dostępności.

Uzyskane w opisany sposób i w opisanym zakresie rozeznanie pozwala na dokładne zlokalizowanie i scharakteryzowanie „białych plam” na wszystkich czterech mapach ilustrujących: (1) popyt na produkty służące ochronie zdrowia, (2) podaż produktów, (3) zdolność infrastruktury do dystrybucji produktów, (4) konsumpcję produktów. Dopiero wyniki analizy porównawczej w tym zakresie umożliwiają efektywne zarządzanie systemem ochrony zdrowia, racjonalną jego organizację i realne stymulowanie sposobu jego funkcjonowania.

Jak już wspomniałem, warunkiem trafności opisu poszczególnych parametrów charakteryzujących wyróżnione cztery wymiary systemu ochrony zdrowia oraz porównywalności formułowanych na tej podstawie diagnoz jest pełne ujednoczenie wszystkich kategorii służących tym opisom i diagnozom. Są to kategorie teorii neutralizacji ryzyka ubezpieczeniowego, w interpretacji, w jakiej zostały przedstawione w trzecim rozdziale książki. Kategorie te służą także do konstrukcji, opisanego w rozdziale 5.2., modelu produktu ubezpieczenia zdrowotnego. Model ten obejmuje pełen zakres świadczeń zdrowotnych składających się na cztery główne moduły tworzące jego wewnętrzną strukturę: świadczeń medycznych, świadczeń pielęgniacyjno-opiekuńczych, świadczeń finansowych i świadczeń logistycznych. Dzięki temu jest on traktowany jako model odniesień przy opisie wszystkich produktów służących ochronie zdrowia – również quasiubezpieczeniowych (na przykład tzw. abonamenty medyczne) i nieubezpieczeniowych (*fee for service/out of pocket*). Pozwala także na ocenę porównawczą tych produktów pod względem zakresu składających się na nie świadczeń, różnorodności tych świadczeń, ich kompletności i komplementarności, a nawet

dostępności i ceny. Mogą więc być w analogiczny sposób analizowane produkty oferowane zarówno w sektorze prywatnym, państwowym, publicznym jak i spółdzielczym, a wyniki tych analiz ze sobą porównywane, na przykład w celu określenia trafności czy pełności/kompletności podaży produktowej w całym systemie ochrony zdrowia, ze względu na potrzeby zdrowotne beneficjentów systemu, czy ze względu na stopień komplementarności i konkurencyjności tych produktów, co w efekcie pozwala nie tylko na dokładne oznaczenie obszarów popytu niepokrytych podażą, ale nawet wskazanie o jakie konkretnie produkty winna być wzbogacona oferta określonych producentów świadczeń. W przypadku zaś braku odzewu ze strony owych producentów, zawsze pozostaje jeszcze możliwość wzbogacenia (wbudowania w strukturę) funkcjonujących już produktów o dodatkowe świadczenia odpowiadające niepokrytym potrzebom zdrowotnym.¹⁵⁰

¹⁵⁰ Przydatność opisanej metody dla „mapowania” podaży produktowej na polskim rynku ubezpieczeń zdrowotnych została zweryfikowana latem i jesienią 2012 roku w ramach kilkunastu opracowań (K. Chudzik, *Produkt ubezpieczenia zdrowotnego jako instrument zarządzania efektywnością realizacji celów przedsiębiorstw rynku ochrony zdrowia*, praca podyplomowa wykonana pod kierunkiem R. Holly, Uniwersytet Medyczny w Łodzi 2013; R. Holly, K. Chudzik, E. Skibińska, *Produkt ubezpieczenia zdrowotnego jako instrument zarządzania efektywnością realizacji celów przedsiębiorstw rynku ochrony zdrowia, Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, SAN, tom XIII, zeszyt 15, 2012, s. 289-302.) oraz w trakcie przygotowywania założeń metodologicznych na użytek prac nad projektem regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej w województwie łódzkim na lata 2014 -2020 (Holly R., Chruściel M., *Świadczenia zdrowotne w ramach produktowej oferty rynkowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie”*, [w:] Holly R. (red.) *Planowanie strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej w województwie łódzkim na lata 2014-2020. Konceptualizacja, metodologia badań, ocena dostępnych danych źródłowych*, KIU, przedruk, Warszawa-Łódź 2013.). W tym celu wyodrębnionych zostało 88 produktów (łącznie obejmujących 457 świadczeń), które spełniały kryteria definicji produktu ubezpieczenia zdrowotnego, oferowanych przez 16 zakładów ubezpieczeń działu II oraz 100 produktów (na które składało się łącznie 335 świadczeń) oferowanych przez 19 zakładów ubezpieczeń działu I, jako tzw. opcje zdrowotne do ubezpieczeń na życie. Analiza uwzględniała rodzaje i zakres świadczeń zdrowotnych w trzech modułach tworzących strukturę tych produktów: świadczeń medycznych, świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, świadczeń finansowych oraz dodatkowo – ze względu na specyfikę oferty polskich

zakładów ubezpieczeń – wyodrębniony został moduł świadczeń wypadkowych; pominięto natomiast moduł świadczeń logistycznych, głównie ze względu na niewielkie zróżnicowanie w tym zakresie prezentowane w ofertach i deklaratorywnie zapisywane w ogólnych warunkach ubezpieczenia (nie podjęto, niestety, badania, jak deklarowane świadczenia logistyczne są realizowane w praktyce). Na użytek komentowanego badania opracowany został schemat klasyfikacyjny modułów i świadczeń zdrowotnych w produktach oferowanych na polskim rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Na jego podstawie powstała tabela służąca do kwalifikowania i rejestrowania poszczególnych świadczeń w kolejno analizowanych 188 produktach oferowanych przez 16 zakładów ubezpieczeń działu II i 19 zakładów działu I. Wzór tabeli oraz uzyskane wyniki – w aneksie – Załącznik Nr 1., s. 175-186. W analogiczny sposób analizowane być mogą produkty o mniej złożonej strukturze wewnętrznej – produkty quasi-ubezpieczenia publicznego oraz abonamenty oferowane przez prywatne centra medyczne, które mogą być traktowane również jako produkty quasi-ubezpieceniowe (M. Arendarski, *Komercyjne towarzystwa ubezpieczeniowe i prywatne centra medyczne w Polsce – oferta świadczeń zdrowotnych i ich umiejscowienie w systemie ochrony zdrowia*, praca dyplomowa wykonana pod kierunkiem R. Holly, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2013).

UBEZPIECZENIE W SYSTEMACH ZABEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Tocząca się publiczna debata nad efektywnością systemów zabezpieczeń społecznych, w tym systemu ochrony zdrowia, przebiega równolegle w kilku, stosunkowo niezależnych od siebie nurtach: (1) metodologicznie zdyscyplinowanych badań naukowych, (2) analiz eksperckich zorientowanych na diagnozowanie określonych rozwiązań oraz (3) publicznego dyskursu, którego faktycznym celem jest przede wszystkim pozyskanie powszechnej akceptacji dla rekomendowanych przez poszczególnych interesariuszy systemu ochrony zdrowia koncepcji reform i zasad ich wdrażania. Niezależnie od racji i wagi argumentów prezentowanych w ramach dwóch pierwszych nurtów owej debaty, wydaje się, że o przyszłym kształcie systemu ochrony zdrowia przesądzać będzie przede wszystkim wynik debaty w nurcie trzecim – w powszechnym publicznym dyskursie, wprawdzie nieodżegnującym się od naukowych dowodów i eksperckich argumentacji, jednakże wykorzystującym je głównie do forsowania własnych racji, odwołującym się ponadto do tradycji, stereotypów, a nawet uprzedzeń. Jeżeli zatem

celem dyskursu naukowego jest nie tylko ustalanie obiektywnych racji, ale również bardziej efektywne, bezpośrednie wpływanie na bieg wydarzeń, na proces dokonującej się zmiany, analiza naukowa musi uwzględniać również tę formułę dyskursu, taka bowiem wydaje się najbardziej powszechnie zrozumiała i perswazyjna.

Stąd w pierwszej części niniejszego rozdziału (podrozdział 7.1.), poprzez rekapitulację prezentowanych już argumentów, podejmowane są wątki rozważań bezpośrednio nawiązujące do przebiegu i wyników rzeczzonej publiczno-politycznej debaty. Podstawa prezentowanych w tej części rozdziału tez i argumentów oraz wynikających z nich wniosków, są zarówno osobiste obserwacje autora, jako aktywnego uczestnika wielu przedsięwzięć reformatorskich polskiego systemu ochrony zdrowia w latach 1994-2007, jak też liczne publikacje prasowe (głównie reportaże – opisy przypadków), różnej rangi opracowania eksperckie i analizy, a także publicystyka w pismach branżowych – ubezpieczeniowych oraz z zakresu ochrony zdrowia.

Natomiast druga część rozdziału (podrozdział 7.2.) poświęcona jest poszukiwaniu we współczesnych koncepcjach wyjaśniających przyczyny i proponujących rozwiązania impasu, w jakim znajduje się obecnie doktryna tzw. opiekuńczego państwa dobrobytu (*welfare state*), argumentów na rzecz głównej tezy tej książki, zgodnie z którą wyraźna, stała poprawa efektywności każdego systemu ochrony zdrowia zależy od stopnia i sposobu, w jakim danemu systemowi zostanie nadany charakter ubezpieczeniowy.

7.1. UBEZPIECZENIE W PROJEKTOWANIU STRATEGII OCHRONY ZDROWIA I PLANOWANIU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jak już dowodziłem w pierwszych rozdziałach, ubezpieczenie może okazać się przydatne w każdym systemie ochrony zdrowia, bez względu na model zabezpieczenia, w ramach którego dany system funkcjonuje. Zakres i sposób jego wykorzystywania w poszczególnych systemach jest jednak bardzo zróżnicowany – dla niektórych systemów ubezpieczeniowe zasady stanowią fundament ich organizacji i funkcjonowania (np. we współczesnym systemie holenderskim), dla innych mają charakter jedynie wspomagający, w jeszcze innych traktowane są ornamentacyjnie (prawdopodobnie wyłącznie ze względu na pozytywne konotacje, jakie wiążą się z terminem „ubezpieczenie”) lub wręcz zgoła deklaratywnie, w których jest ono jedynie pustą nazwą, stosowaną chociażby ze względu na analogię do określeń funkcjonujących już w innych krajach.¹⁵¹

Dokonujące się zmiany polityczne, społeczne, kulturowo-cywilizacyjne, gospodarcze, środowiskowe, technologiczne, generują coraz to nowe zagrożenia, powodują konieczność ciągłego dostosowywania do tych zagrożeń wszystkich systemów zabezpieczeń służących sprawnemu funkcjonowaniu państwa, społeczeństwa, gospodarki. W konsekwencji, ustawicznie korygowane są zarówno cele tych zabezpieczeń, w tym głównie ich tzw. priorytety, jak też sposoby realizacji tych celów. Rządziej bywa restrukturyzowany sam system zabezpieczeń, stanowi on bowiem zinstytucjonalizowaną część organizacji państwa (co najwyżej reorganizacji podlega infrastruktura systemu).

¹⁵¹ Formalnie rzecz biorąc, trudno z tego powodu się zżymać (ubezpieczenie jest przecież jedynie instrumentem polityki zdrowotnej) nawet wtedy, gdy polityka wykorzystuje je nadmiernie często do celów niezgodnych lub wręcz sprzecznych z ideą ubezpieczenia; jako ideologicznie i politycznie neutralny instrument, może być bowiem stosowane nie tylko w zbożnych celach.

Wprowadzane przez polityków korekty celów i sposobów ich osiągnięcia, najczęściej w ramach ogłaszanych kolejnych narodowych lub regionalnych planów strategicznych, różnie są uzasadniane. Analiza tych uzasadnień wydaje się jednak małoistotna, dokonywane zmiany są bowiem najczęściej wynikiem przeprowadzanego publicznie, oficjalnie i zakulisowo przetargu politycznego.¹⁵² Ogłaszane na użytek publiczny uzasadnienia rzadko odwołują się do potrzeby zadośćuczynienia wartościom i zasadom, którym wprowadzana reforma ma, chociażby deklaratywnie, służyć. Nie odwołują się też do doktryny zdrowotnej, z powodu jej braku. Przywoływany jest natomiast argument praktycznej użyteczności proponowanej reformy – bo najskuteczniej rozwiązuje aktualny problem. Poza kryterium prawdy pragmatycznej eksperci rządowi stosują czasem kryterium prawdy koherentnej – system reformujemy w imię jego jeszcze większej doskonałości, spójności, formalnej poprawności („pięknej formy”). Najbardziej zaś przez nich „ulubione” są chyba kryteria prawdy konsensualnej – wprowadzana reforma jest właściwa, ponieważ jest słuszna, a jest oczywista i słuszna, bo takiej właśnie „pięknej słuszności” wszyscy przecież chcemy, bo taka jest dla nas dobra, albo przynajmniej dla większości z nas.

Jeżeli wyróżnimy dwa podstawowe rodzaje strategii:

- 1) aktywną – stymulacyjną, projektującą oddziaływanie na czynniki i okoliczności mające wpływ na kierunek i dynamikę zmiany;
- 2) reaktywną – adaptacyjną, zakładającą dostosowywanie systemu (jego struktur, zasad funkcjonowania) do okoliczności i wyników dokonującej się zmiany,

¹⁵² Niezależnie od tego, oficjalnie podawana argumentacja za proponowanymi i wprowadzanimi zmianami, wcale nie musi wskazywać na rzeczywiste motywacje i intencje autorów tych zmian.

to w ramach tej pierwszej, aktywnej – stymulacyjnej, wyodrębnić jeszcze możemy:

- strategię kreatywną, postulatyczną, narzucającą określoną wizję (regulatora) przyszłego stanu rzeczy, relacji, przebiegu procesów,
- strategię naprawczo – korygującą, stymulującą, reorientującą przebieg zmiany w kierunku pożądanym (np. poprzez naprawianie „złego” prawa);

natomiast w ramach strategii reaktywno – adaptacyjnej wyodrębniamy:

- strategię sankcjonującą ukształtowaną już praktykę społeczną, gospodarczą,
- strategię porządkującą, kodyfikującą i standaryzującą funkcjonujące już normy, obyczaje, procedury.

W każdym z ośmiu, podejmowanych w Polsce na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat, przedsięwzięć reformatorskich w zakresie ochrony zdrowia przenikają się, w różnym stopniu i w różny sposób, wszystkie chyba rodzaje strategii przeprowadzania planowanych zmian.¹⁵³ W efekcie, plany się rozmywają. Jest to ułomność typowa nie tylko dla polskich reform; w ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy, na przełomie lat 2011-2013, podobny los dzielą reformy zarówno bułgarskie, jak i amerykańskie.

Pośród rozlicznych przyczyn niepowodzeń podejmowanych w tym zakresie prób reformatorskich, jak najważniejsze uznać należy niewątpliwie zróżnicowanie, a nierzadko wręcz sprzeczność, interesów podmiotów działających w poszczególnych segmentach systemu ochrony zdrowia oraz grup jego beneficjentów (co zresztą w jeszcze większym stopniu zaznacza się obecnie w systemie emerytalnym).

¹⁵³ Szerzej: R. Holly, *Ubezpieczenia zdrowotne na polskim rynku ubezpieczeniowym*, (e-monografia), KIU, Warszawa 2012, s. 92-98.

Tak wielkie zróżnicowanie interesów niełatwo wpisuje się w wizje organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia oparte na koncepcjach różnorodnych czynników wpływających na zdrowie i postulujących uwzględnianie tych czynników w różnym stopniu, w różnym zakresie i w różny sposób w projektowanych działaniach na rzecz ochrony zdrowia. W szczególności odnosi się to do idei *zdrowia publicznego*¹⁵⁴ i wynikającej z niej postulatów, a w jeszcze większym stopniu do postulatów wyprowadzonych z idei tzw. *nowego zdrowia publicznego*.¹⁵⁵

Odmienność potrzeb oraz zakres i dynamika zmian tych potrzeb w obrębie poszczególnych grup społecznych oraz wynikające stąd sprzeczności interesów stanowią jedną z największych przeszkód realizacji najbardziej nawet zasadnych merytorycznie strategii zarządzania ochroną zdrowia. W praktyce życia publicznego owe rozbieżności i sprzeczności rozstrzygane są na ogół w ramach politycznych przetargów i sporów przy wykorzystaniu procedur parlamentarnych. W efekcie, najlepsze nawet koncepcje zabezpieczeń nierzadko przybierają postać kalek, niespójnych wewnątrznie i tym samym nieefektywnych programów, z góry skazanych na dalsze ustawiczne modyfikowanie, i to raczej wedle kryteriów słuszności politycznej czy zdolności zadośćuczyniania oczekiwaniom najsilniejszych interesariuszy niż merytorycznej poprawności. Co gorsza,

¹⁵⁴ Koncepcja zdrowia publicznego, sformułowana jeszcze w latach dwudziestych ubiegłego wieku przez C. E. A. Winslowa, funkcjonuje obecnie w rozumieniu nadanym jej w 1952 r. przez WHO jako „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa....” obejmuje szeroki zakres działań pozamedycznych mogących wpływać na zdrowie społeczeństwa. (J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne: ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 11.).

¹⁵⁵ W myśl powstałej w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku koncepcji nowego zdrowia publicznego, zdrowie stanowi podstawowy zasób jednostki, społeczności lokalnych i całego społeczeństwa, który może i winien być wspomagany poprzez inwestowanie w poprawę warunków życia. (J. B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2007, s. 13).

decydujący o ich kształcie przetarg polityczny najczęściej ignoruje również najbardziej nawet szczytne idee i wartości, na których koncepcje te – przynajmniej deklaratorywnie – opierają się, względnie, owe idee i wartości są wybiórczo, manipulacyjnie wykorzystywane do obrony własnych racji – interesów, przewag, przywilejów.

Naprawianie takich, z gruntu ułomnych systemów zabezpieczeń, przeprowadzane zazwyczaj pod hasłem niezbędnej reformy systemu, w imię poprawy jego wydolności, najczęściej sprowadza się, niestety, do kolejnej próby sił w ramach rzeczonych politycznych przetargów. W efekcie, rolnicy ustępują górnikom ale zyskują kosztem nauczycieli, których straty kompensowane są przywilejami „mundurowych”, za które zapłacą emeryci w zamian za obietnicę świadczeń itd.¹⁵⁶ Próbom takich reform rzadko i w niewielkim stopniu towarzyszy merytoryczny dyskurs publiczny, w ramach którego, w sposób możliwie bezstronny mogłyby być ukazane wszelkie racje i argumenty, zalety i wady nowych rozwiązań. Dyskurs, którego wynikiem byłby kompromis merytoryczny, a nie tylko polityczny.

¹⁵⁶ Populizm jest dobrym przykładem całej rodziny *driverów*, które trudno jednoznacznie zidentyfikować, a jeszcze trudniej kontrolować i właściwie wykorzystywać w praktyce społecznej. Ich specyficzną odmianą, w przypadku systemu ochrony zdrowia, może być bowiem zarówno modyfikacja zakresu świadczeń w „koszyku” powodująca zróżnicowanie dostępu do określonych świadczeń dla określonych grup społecznych, jak też modyfikacja sposobu refundacji leków... *Drivery* tego typu uruchamiają bowiem całe ciągi różnorodnych zdarzeń, których bezpośrednie i pośrednie skutki (najczęściej nie tylko nie planowane przez polityków społecznych/zdrowotnych, ale nawet przez nich nie przewidywane) wymuszają wprowadzanie kolejnych *driverów* korygujących te niepożądane skutki, nieoczekiwane pojawiające się również w innych systemach zabezpieczeń ryzyk społecznych – socjalnego, rentowego, emerytalnego. Znacznie poważniejszym *driverem* ryzyka społecznego jest populizm władz państwowych, regionu, powiatu, gminy. Jego efektem jest bowiem klientyzm ze wszystkimi dalszymi tego skutkami: nadmiernym obciążeniem budżetu państwa wydatkami na cele publiczne i/lub cele którymi zainteresowane są jedynie określone grupy socjo-demograficzne czy zawodowe, obniżeniem motywacji i aktywności zawodowej, „opłacalnością” szybszego przejścia na rentę/emeryturę, jak najdłuższego chorowania i korzystania z zasiłku chorobowego, „opłacalnością” bycia bezrobotnym itp.

Wydaje się jednak, że dyskurs taki, choćby najbardziej rzetelny, niewiele zmieni, jeżeli nie towarzyszy mu prowadzony równolegle proces negocjacyjny pomiędzy poszczególnymi interesariuszami. Debata publiczna winna zatem przebiegać wedle z góry zaplanowanego i na bieżąco kontrolowanego scenariusza negocjacji społecznych, niezależnie od mechanizmów wyborczych weryfikujących działania polityków. Wyborcy mogą zmieniać rządy i czynią to, aczkolwiek z coraz mniejszym przekonaniem (frekwencja wyborcza w systemach demokratycznych systematycznie spada), nie są bowiem w stanie jakkolwiek istotnie wpływać na poszczególne decyzje i działania podejmowane przez polityków, ponieważ jest to głównie sfera lobbingu a także bieżących oficjalnych i/lub zakulisowych przetargów oraz masowej perswazji (coraz skuteczniejszej, dzięki rozwijającym technologiom i technikom oddziaływania, np. neurolingwistycznym) gwarantującej społeczną akceptację owych decyzji i działań lub przynajmniej neutralizującej nadmierne niezadowolenie z ich powodu.¹⁵⁷

Jeszcze większym problemem jest motywowane różnymi interesami zróżnicowanie celów poszczególnych sektorów: publicznego, prywatnego, spółdzielczego, wzajemnościowego, obywatelskiego oraz nakładająca się na to zróżnicowanie daleko idąca odmienność partykularnych celów interesariuszy systemu. Inaczej postrzegane są cele i zadania ochrony zdrowia z perspektywy zdrowia publicznego,

¹⁵⁷ Prace, jakie w dziedzinie teorii negocjacji ukazały się w ostatnich latach coraz większy nacisk kładą nie tyle i nie tylko na sam psychiczny mechanizm ulegania perswazji, którym tak łatwo manipulować, ale w coraz większym stopniu na możliwość godzenia interesów uczestników dyskursu, na poszukiwanie „pozytywnego kompromisu”; Por. np.: R. Fisher, B. Urly, B. Patton, *Getting To Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*, Houghton Mifflin, Boston 1981 (polskie tłumaczenie: R. Fisher, B. Urly, B. Patton, *Dochodząc do tak. Negocjowanie bez poddawania się*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007.); K. Hogan, J. Speakman, *Ukryta perswazja. Psychologiczne taktyki wywierania wpływu*, Helion, Gliwice 2009; J. Lewicki, M. Saunders, B. Barry, J. W. Minton, *Zasady negocjacji. Kompendium wiedzy dla trenerów i menedżerów*, Rebis, Poznań 2005.

inaczej z perspektywy przemysłu farmaceutycznego, czy sieci prywatnych tzw. centrów medycznych (firm abonamentowych), inaczej przez diagnostów laboratoryjnych, a jeszcze inaczej przez obywatelskie fundacje czy stowarzyszenia pacjentów.

Na projektowanie wszelkich przedsięwzięć w ochronie zdrowia (podobnie zresztą jak w zakresie wszystkich innych zabezpieczeń, nie tylko społecznych) ogromny wpływ ma wreszcie sposób postrzegania, ocena hierarchii ważności i wynikający stąd stopień i sposób uwzględniania poszczególnych uwarunkowań możliwości realizacji planowanych celów: politycznych, ekonomicznych, społecznych, demograficznych, kulturowych, formalno-prawnych, organizacyjno-infrastrukturalnych, kadrowo-kompetencyjnych, technologicznych.

Poszczególne rodzaje uwarunkowań określają też tworzonym planom strategicznym różną perspektywę czasową: polityczne – kadencyjną, zgodną z kalendarzem wyborów władz – (na ogół 4–5-letnią); ekonomiczne – wyznaczaną przez możliwość realnie przewidywanych okresów gospodarczej koniunktury – obecnie na ogół nie dłuższą niż ok. 8-letnią¹⁵⁸; demograficzne – jedno- lub nawet dwupokoleniową, czyli około 40–45-letnią; epidemiologiczne – wynikającą z przewidywanego horyzontu czasowego niezbędnego do opracowania technologii skutecznego leczenia określonej choroby, przygotowania w tym celu właściwej infrastruktury i specjalistycznych kadr medycznych, na ogół, zależnie od rodzaju choroby – 10–15-letnią.

W rezultacie rzeczonej różnorodności interesów oraz ich wielorakich uwarunkowań i sytuacyjnych uwikłań, działania podejmowane przez poszczególnych interesariuszy na różnych szczeblach organizacji ochrony zdrowia są przeważnie niespójne i na tyle nie-

¹⁵⁸ Osiem lat to obecnie najdłuższa chyba perspektywa czasowa w jakiej formułowane są najbardziej odważne prognozy rozwoju gospodarczego przez takie agencje ratingowe jak S&P, czy Moody's.

skoordynowane, że ich efekty nie tylko się nie wspierają, ale niezadko wzajemnie się znoszą. Wynika to także z komentowanego już tutaj faktu, iż planom strategicznym owych działań, niezależnie od oceny ich formalnej poprawności, brak jest oparcia we właściwie skonstruowanej doktrynie zdrowotnej. Stąd arbitralność lub zgoła przypadkowość przyjmowanych założeń, na których plany te się opierają. Często towarzyszy też temu brak dostatecznej wiedzy o zasadach doboru właściwej strategii działania¹⁵⁹, stosownie do rodzaju i charakteru celu, ogólnych i szczegółowych uwarunkowań (w tym własnych możliwości), przewidywanych okoliczności oraz możliwych i koniecznych sposobów działania, ich dynamiki, interwałów czasowych na realizację poszczególnych zadań itp.

Przedstawione domniemanie przyczyn pogłębiającego się impasu w sposobie organizacji oraz zarządzania ochroną zdrowia, skutkującego chroniczną niewydolnością systemu mającego służyć tej ochronie, może również wskazywać powody, dla których ochrona zdrowia okazuje się tak dogodnym przedmiotem sporów wszystkich opcji politycznych na wszystkich szczeblach władzy, a także obszarem walki o głosy w wyborach i – w przypadku wyborczego sukcesu – synekurą dla zasłużonych.

Niezależnie jednak od stopnia trafności możliwych domniezań i stopnia metodologicznej poprawności prowadzonych w tym zakresie analiz, faktem jest, iż najbardziej istotne parametry oceny efektywności współczesnych systemów ochrony zdrowia w większości krajów wskazują na ich stały regres, pomimo powszechnie podejmowanych od wielu lat działań naprawczych. Wyprowadzany jest stąd wniosek, iż systemy te, w dotychczasowym ich kształcie i charakterze ostatecznie się już przeżyły, że zakres ochrony, stopień jej powszechności, ponoszone na nią wydatki, przekraczają możliwości

¹⁵⁹ Można spekulować na ile przesądza o tym brak wiedzy, dany obyczaj, kultura środowiskowa lub korporacyjna, nieświadome uleganie utrwalonym stereotypom zachowań, albo określone postawy wobec ryzyka.

współczesnego państwa; należy zatem szukać nowego modelu zabezpieczeń, znacznie uwalniającego państwo od ciężaru zobowiązań wobec swoich obywateli. Tak właśnie uzasadnianych jest wiele wprowadzanych rozwiązań mających na celu „ulżenie” systemowi ochrony zdrowia – poczynając od formalno-ustawowej redukcji ryzyka (np. przez redefinicję „zdrowia” i ograniczenie koszyka gwarantowanych świadczeń) aż po tzw. terytorializację polityk publicznych¹⁶⁰, w tym polityki ochrony zdrowia, co w praktyce często sprowadza się jedynie do większego bezpośredniego obciążania kosztami ochrony zdrowia społeczności lokalnych.

Podjęmowane równocześnie próby wprowadzenia do istniejących obecnie systemów ochrony zdrowia rozwiązań wyrównujących lub przynajmniej częściowo korygujących dysproporcje pomiędzy wysokością bazowej/dodatkowej składki i wielkością ryzyka wnoszonego do ubezpieczeniowej wspólnoty, ograniczających negatywną selekcję, uruchamiające dodatkowe źródła zasilania systemu w środki finansowe, czy stymulujące jakość oferowanych świadczeń, mają jednakże bardzo ograniczone możliwości poprawiania efektywności tych systemów, tym bardziej, że przeważnie wprowadzane są interwencyjnie i traktowane jako protezy w ramach koniecznych działań o charakterze naprawczym.¹⁶¹ Przede wszystkim jednak są to przeważnie działania typowo naprawcze, zorientowane na usprawnianie

¹⁶⁰ Pomijam tutaj inne, głębsze i bardziej merytoryczne racje uzasadniające terytorializację i regionalizację polityk publicznych.

¹⁶¹ Poza wymienionymi już – *Risk Adjustment*, *Risk Sharing* czy składatką hipoteczną, proponowane są wdrożenia rozwiązań opartych na takich mechanizmach, jak „community rating” czy „free enrolment”, jednakże sposób uśrednienia – „wyrównywania” składki, niezależnie od wieku, płci i stanu zdrowia, wprowadzany przez tego typu mechanizmy, trudny jest do jednolitego stosowania, szczególnie w przypadku różnych rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych. Natomiast rozwiązania oparte np. na koncepcjach utworzenia systemu Odpowiedzialnej Ochrony Zdrowia (*Accountable Care Organizations* – ACO) – organizacji podmiotów, głównie świadczeniodawców, ale także ubezpieczycieli, zorientowanych na jakość, koszt i efekt (wyleczenie), za z góry opłaconą składkę w zamian za utrzymanie pacjenta „w zdrowiu”, są w USA

samego systemu ochrony zdrowia, a nie na modyfikowanie modelu zabezpieczenia zdrowotnego, którego ów system jest jedynie określoną instytucjonalizacją. W tej sytuacji, uprawnianie polityki zdrowotnej, pozbawionej politykospołecznych imponderabiliów i oparcia w wyraźnie wyartykułowanej doktrynie polega, co najwyżej, na dobieraniu i dostosowywaniu rzeczonych instrumentów naprawczych do realizacji celów strategicznych planów ochrony zdrowia, powstających głównie w wyniku wspomnianych, politycznych przetargów.

Nie chodzi tutaj o deprecjonowanie roli polityki w zarządzaniu konfliktem społecznym, jaki generuje i ciągle ożywia dokonująca się zmiana, w wyniku której powstaje konieczność ustawicznego uzgadniania interesów poszczególnych grup interesariuszy systemu. Jednakże, skoro już jesteśmy skazani na ciągłe uczestnictwo w komentowanym tutaj przetargu politycznym i na ponoszenie skutków tego przetargu, winniśmy szukać możliwości zabezpieczania swoich interesów w sposób bardziej pewny i przewidywalny, niż umożliwiają to demokratyczne mechanizmy kontroli politycznych decyzji. Wydaje się, że wobec braku wyrażenie sformułowanej doktryny zdrowotnej i politykospołecznych imponderabiliów, najlepszym zabezpieczeniem interesów przed niewiarygodnością politycznych deklaracji i nieprzewidywalnością politycznych decyzji będzie jednoznaczne zdefiniowanie tych interesów ich w kategoriach ryzyka i obwarowanie stosownymi umowami gwarantującymi równie jednoznacznie zdefi-

dopiero na etapie debaty publicznej; podobnie jak dyskutowana w Polsce koncepcja Funduszu Inicjatyw Obywatelskich (aczkolwiek ramy prawne dla tego typu rozwiązań określają już przepisy ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. *o zasadach prowadzenia polityki i rozwoju* (Dz. U. z 2009 r. nr 84, poz. 712, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. nr 157, poz. 1240, z późn. zm.), czy instytucja kontraktów wojewódzkich, która, mimo mocnego oparcia w zapisach Narodowej Strategii Rozwoju Regionalnego, wciąż jest niedoceniana przez wojewódzkie samorządy (R. Matczak, *Kontrakt wojewódzki jako instrument polityki regionalnej w Polsce, niepublikowana praca doktorska*, Szkoła Główna Handlowa, KE-S, Warszawa 2013). Szansa na przejście z etapu samorządowej administracji terytorialnej do etapu w pełni upodmiotowionych władz terytorialnych (wojewódzkich), pozostaje nadal nie wykorzystana.

niowane świadczenia i dostęp do tych świadczeń. Możliwości takie dają właśnie reguły i metody ubezpieczeniowe, które – dzięki precyzyjnemu zapisaniu w kontrakcie/umowie zasad ochrony naszych interesów – stosunkowo najbardziej realnie gwarantują dostęp do określonych dóbr na warunkach pełnej równości.

Żaden system (jako organizacja) nie istnieje *in vitro*, jest bowiem uzależniony od otoczenia – przede wszystkim od innych organizacji/systemów. Im bardziej autonomiczny, tym na ogół słabszy, mniej efektywny, bo nie znajdujący wsparcia w otoczeniu ze strony innych współwystępujących systemów, hierarchicznie nadrzędnych, podrzędnych lub równorzędnych ze względu na wspólne/podobne misje, cele, zadania, które właśnie określają relacje między tymi systemami. Im bliższa wspólnota misji, celów i zadań systemów, tym większa możliwość ich wzajemnego wspierania się, zwiększania efektywności działania każdego z nich, ale też tym większe ryzyko niepowodzenia w przypadku braku współdziałania lub – co gorsza – negatywnego oddziaływania na siebie.

Wzajemne warunkowanie się powiązanych ze sobą systemów powoduje także zagrożenie tzw. **ryzykiem systemowym**. W ubezpieczeniowej teorii zarządzania ryzykiem, ryzyko systemowe (zwane również **transferowym**) występuje wtedy, gdy zawodzi jeden z elementów organizacji i jego defekt przenosi się na efektywność innych jej elementów, w największym jednak stopniu na te elementy, z którymi pozostaje on w najwięszym, najsilniejszym związku.

Ryzyko to, w „podręcznikowy” wręcz sposób, odnosi się do wszystkich ryzyk społecznych i odpowiadających im poszczególnych systemów zabezpieczeń, które w istocie stanowią jedną organizację powiązanych wzajemnie (pod) systemów.

Tak jak wiele różnorodnych ryzyk chorobowych i ryzyk pozachorobowych „składa się” na ryzyko utraty zdrowia, tak też poszczególne społeczne ryzyka mogą być postrzegane jako agregaty bardziej szczegółowych ryzyk rodzajowych: biedy, bezdomności, bezrobocia, starości,

niepełnosprawności, wykluczenia. Wszystkie te ryzyka tworzą aglomerat określany mianem ryzyka społecznego (braku bezpieczeństwa społecznego). Jeżeli zatem uznajemy, że ryzyka te składają się na jeden spójny system wzajemnie alimentujących się i warunkujących ryzyk i zagrożeń, zarządzanie którymkolwiek z ryzyk szczegółowych nie może ignorować jego wielorakich relacji z pozostałymi elementami zbioru, do którego wszystkie one należą.

Diagnoza stanu bezpieczeństwa społecznego winna wskazywać na te ryzyka szczegółowe (elementy ryzyka społecznego), które stanowią o równowadze owego stanu. Natomiast wszelkie próby stymulowania któregośkolwiek z ryzyk szczegółowych muszą uwzględniać wpływ, jaki ta ingerencja wywoła w strukturze całego zbioru i – w efekcie – wpłynie na ryzyko społeczne (stopień bezpieczeństwa społecznego).

Wynika stąd zadanie zidentyfikowania i precyzyjnego zdefiniowania wszystkich aktualnie istotnych ryzyk oraz przygotowania odpowiedniego repertuaru metod i instrumentów neutralizacji owych ryzyk. Na tej podstawie mógłby zostać utworzony wspólny, wewnętrznie zrównoważony koszyk gwarantowanych świadczeń w zakresie ogólnego zabezpieczenia społecznego, określający te wszystkie świadczenia, które okażą się niezbędne do kompleksowego zaopatrzenia beneficjentów systemu w owe dobra, przynajmniej na poziomie „minimalnego optimum”.

Ryzyko systemowe jest tym mniejsze im (niezależnie od innych uwarunkowań) mniejszy, mniej złożony jest dany system. System ten musi być jednak przy tym możliwie autonomiczny względem organizacji nadrzędnej, której jest elementem i/lub pozostaje z nią w określonych relacjach. Stąd skutecznym sposobem na zminimalizowanie tego ryzyka, w przypadku polskiego systemu ochrony zdrowia, może być – na przykład – jego terytorializacja i regionalizacja.

Nadmierna autonomia regionów może jednak istotnie osłabić cały ów „regionalny” system, właśnie z powodu braku naturalnego

wsparcia ze strony organizacji nadrzędnej. Ubezpieczeniowy model systemu ochrony zdrowia minimalizuje to ryzyko, właśnie dzięki „systemowym” gwarancjom przysługującym wszystkim członkom zbiorowości ryzyka, niezależnie od tego w jaki sposób i na jakich zasadach będą oni posegmentowani – według kryteriów przynależności regionalnej, branżowej czy kategorii socjodemograficznej. Pozwala zatem na daleko idącą regionalizację wszystkich polityk publicznych, w tym polityki zdrowotnej, co w konsekwencji daje możliwość lepszego uwzględniania specyfiki potrzeb lokalnych społeczności i szybszego reagowania na te potrzeby. Regionalna polityka zdrowotna może dzięki temu stać się dużo bardziej skuteczna i efektywna.

Zakładamy zatem, że **konsekwentne wprowadzenie paradygmatu ubezpieczeniowego, podporządkowanie organizacji sub-systemów jednolitym zasadom ubezpieczeniowym, stanowi szansę nie tylko na współdziałanie tych systemów, ale też na takie ich powiązanie, że – dzięki temu – w miejsce zagrożenia ryzykiem systemowym wystąpi efekt synergii.**

Projektując cały złożony model i system ogólnego zabezpieczenia społecznego, w tym model zabezpieczenia zdrowotnego, i odpowiadający mu system ochrony zdrowia **nie można wreszcie zignorować refleksji nad etapem, kierunkiem i dynamiką zmian cywilizacyjnych, jakim współcześnie podlegają europejskie (a także pozaeuropejskie) społeczeństwa.** Refleksji, która przede wszystkim winna dać odpowiedź na pytanie, „czy współczesną cywilizację europejską cechuje pełna wigoru młodość, ufny wiek dojrzały, czy może już bezsilna starość?” Jeżeli zgodzimy się z poglądem cytowanego N. Davisa¹⁶², że oto stoimy na progu schyłkowego okresu obecnego etapu rozwoju cywilizacyjnego Europy, niewątpliwie przyszłym doktrynom i strategiom zabezpieczenia zdrowotnego należy nadać charakter bardziej

¹⁶² N. Davis, *Europe: a history*, Oxford U. Press 1966; tłumaczenie E. Tabakowska (*Europa – rozprawa historyka z historią*, Znak, Kraków 2002, s. 126).

konserwatywno-zachowawczy niż liberalno-ekspansywny, a odpowiadające im modele systemów ochrony zdrowia winny być w większym stopniu adaptacyjne do zmieniających się potrzeb zdrowotnych, niż kreujące te potrzeby. W każdym razie wydaje się, że o zakresie, stopniu ich adaptacyjnego jak też kreatywnego charakteru winna przesądzać dużo szersza i głębsza refleksja, uwzględniająca nie tylko proste wskaźniki ekonomiczne, demograficzne czy epidemiologiczne. Niewątpliwie refleksja taka winna też towarzyszyć wszelkim próbom projektowania i konstruowania jednolitego, europejskiego, ponadnarodowego systemu zabezpieczenia społecznego właściwego dla współczesnego państwa dobrobytu.

7.2. KONTRAKTY UBEZPIECZENIOWE W SYSTEMIE POWSZECHNEGO ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

W prowadzonym w ciągu ostatniego ćwierćwiecza dyskursie naukowym i toczącej się równoległe debacie publicznej wskazywane są coraz to nowe fakty i pojawia się coraz więcej argumentów uzasadniających tezę, iż powszechne w XX wieku prawo do świadczeń społecznych dla wszystkich obywateli oraz rozliczne dodatkowe przywileje dla licznych grup socjodemograficznych w dostępie do tych dóbr, w wieku XXI nie będą już stanowiły fundamentu europejskiego państwa dobrobytu. Przesądzają o tym dokonujące się zmiany demograficzne, ekonomiczne i kulturowe, które przewartościowują dotychczasowe i generują nowe ryzyka społeczne, rodzą nowe potrzeby i oczekiwania, wymuszają powstawanie nowych technologii produkcji dóbr i ich dystrybucji.¹⁶³ Dotyczy to przede wszystkim

¹⁶³ J. P. Mackenbach, *The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox, In Part Special Issue: Challenges to changing health*

dóbr, którymi są świadczenia społeczne, powszechnie dystrybuowane dotychczas poprzez tworzone w tym celu systemy zabezpieczeń odnoszących się do tradycyjnego katalogu ryzyk społecznych.¹⁶⁴ Systemy te miały i mają nadal charakter opiekuńczy – w różnym stopniu, jednakże przynajmniej na tyle, na ile wytwarzanie i dystrybucja dóbr służących neutralizowaniu ryzyk społecznych stanowiła i stanowi nadal jedno z fundamentalnych zobowiązań państwa wobec obywateli. W wyniku dokonujących się przeobrażeń społeczno-gospodarczych zakres zobowiązań państwa ulega systematycznej redukcji. Istnieje zasadna obawa, że redukcja ta wkrótce osiągnie poziom, który może okazać się nie tylko nieadekwatny w stosunku do obiektywnych potrzeb i społecznych oczekiwań w tym zakresie, ale nawet może stać się zarzewiem niepokojów społecznych o trudnych do przewidzenia skutkach.¹⁶⁵

behaviors in developing countries, „Social Science & Medicine”, 75 (4) 2012, s. 761-769; P. H. Lindert, *Growing public: Is the welfare state mortal or exportable?*, University of California – Davis, 2005; K. Michelsen, H. Brand, „Health 2020” – *The New European Framework Strategy of WHO*, Gesundheitswesen, 74 (12) 2012, s. 771-777; M. Polic, D. Kos, N. Zeleznik, *Genesis of an approach: from public non-participation to its action in LILW site selection process in Slovenia*, Ljubljana 2006.

¹⁶⁴ A. Alesina, E. Glaeser, *Fighting Poverty in the US and Europe: A World of Difference*, Oxford University Press, 2004; H. P. Kitschelt, Z. Mansfeldova, M. Markowski, G. Toka, *Post-Communist Party Systems, Competition, Representation, and Inter-Party Cooperation*, Cambridge University Press, 1999; Y. Jorens, *The evolution of social policy in the European Union*, „Social Policy”, 2005, s. 29-33; H. Maarse, E. Bartholomée, *A Public-Private analysis of the New Dutch Health Insurance System*, „European Journal of Health Economics”, 8 (2007), s. 77-82.

¹⁶⁵ P. De Vos, H. Dewitte, P. Van der Stuyft, *Unhealthy European health Policy*, „International Journal of Health Services”, 34 (2) 2004, s. 255-269; OECD, *Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency*. Economic Department Working Papers 149, OCDE/GD (94) 101, Paris, 1994; K. A. Van der Wel, E. Dahl, K. Thielen, *Social inequalities in „sickness”: does welfare state regime type make a difference? A multilevel analysis of men and women in 26 European countries*, „International Journal of Health Services”, 42 (2) 2012, s. 235-255; Wł. Anioł, *Europa Socialna in statu nascendi*, [w:] Anioł Wł., Duszczyk M., Zawadzki P. W. (red.), *Europa Socjalna. Iluzja czy rzeczywistość?*, ASPRA-JR, Warszawa 2011, s. 15-41.

Pogłębiająca się równocześnie świadomość społeczeństwa ryzyka¹⁶⁶, stymulowana narastającymi zagrożeniami, może okazać się szczególnie wrażliwa na niedostatek czy wręcz brak zabezpieczeń podstawowych potrzeb społecznych. Wobec wycofywania się państw ze zobowiązań wobec obywateli – szczególnie ze zobowiązań opartych na niewydolnych systemach międzypokoleniowych umów społecznych i przy równoczesnym braku realnych, odpowiadających współczesnym potrzebom i warunkom rozwiązań w zakresie wytwarzania i dystrybucji dóbr służących tym potrzebom, mogą pojawiać się inicjatywy społeczne oferujące populistyczne, równie nierealne i destrukcyjne rozwiązania, którym w tych warunkach trudno już będzie przeciwstawić racjonalne, społecznie zasadne programy, nawet jeżeli programy takie powstaną. Brak oferty rozwiązań odpowiednich do aktualnych potrzeb i oczekiwań może sprawić, że wraz z początkiem wyczekiwanego okresu stabilizacji i rozwoju gospodarczego, paradoksalnie, rozpocznie się nowa era niepokoju, roszczeń, trudnych do kontrolowania i niemożliwych do przewidzenia inicjatyw i ruchów społecznych. Wizję tę potwierdzają doświadczenia ostatniego tylko pięćdziesięciolecia – od ruchu *sytuacjonistów*, po ruch *oburzonych*. Powstaje zatem potrzeba stworzenia nowego wzorca/modelu państwa dobrobytu, odwołującego się do nowych symboli odpowiadających współczesnym potrzebom, a zarazem wywodzącym się z systemu wartości i imponderabiliów współczesnych Europejczyków, modelu możliwego do wdrożenia w państwach UE różniących się etapem rozwoju gospodarczego, tradycjami, kulturowymi, orientacjami ideologicznymi i politycznymi.¹⁶⁷

Zakres i stopień niepewności społeczeństw zwiększa się i pogłębia również w związku z pojawianiem się i narastaniem zagrożeń

¹⁶⁶ U. Beck, A. Giddensem, S. Lashem, *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, 1994; U. Beck, E. Grande, *Das kosmopolitische Europa. Gesellschaft und Politik in der Zweiten Moderne*, 2004; U. Beck, *Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne*, 1986.

¹⁶⁷ J. Habermas, *Zur Verfassung Europas*, Berlin 2011.

nowych.¹⁶⁸ Narasta i pogłębia się tym bardziej, im mniej pewne okazują się dotychczasowe „stare” systemy zabezpieczeń.¹⁶⁹ Odpowiedzią na te niepokoje mogą być tylko nowe, bardziej „przystające” do współczesnych realiów społecznych, metody i instrumenty gwarantujące (lub przynajmniej umożliwiające) zaspokojenie tych rudymenarnych ludzkich potrzeb, które (słusznie czy niesłusznie) agregujemy i nazywamy potrzebą bezpieczeństwa społecznego, zaś system, który ma gwarantować zaspokajanie tej potrzeby – *zabezpieczeniem społecznym*.¹⁷⁰

Poszukiwania nowych interpretacji idei *welfae state* i odpowiadających im nowych rozwiązań systemowych owocują już projektami powszechnych społecznych kontraktów, zawieranych przez przedstawicieli izb gospodarczych, stowarzyszeń pracodawców, związków zawodowych oraz agend rządowych. Projekty te jednakże sprawdzają się na ogół do deklaratywnych ustaleń dotyczących wspólnych

¹⁶⁸ F. Adam, *Mapping social capital across Europe: findings, trends and methodological shortcomings of cross-national surveys*, „Social Science Information”, 47 (2) 2008, s. 159-186; J. P. Mackenbach, *The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox, In Part Special Issue: Challenges to changing health behaviours in developing countries*, „Social Science & Medicine”, 75 (4) 2012, s. 761-769.

¹⁶⁹ C. Bambra, G. Netuveli, T. A. Eikemo, *Welfare state regime life courses: the development of western European welfare state regimes and age-related patterns of educational inequalities in self-reported health*, „International Journal of Health Services”, 40 (3) 2010, s. 399-420; C. Bambra, *Work, worklessness and the political economy of health inequalities*, „Journal Of Epidemiology And Community Health”, 65 (9) 2011, s. 746-750, Date of Electronic Publication: 2011 Jan 30; W. P. M. M. Van de Ven, K. Beck, C. Van de Voorde, J. Wasem, I. Zmora, *Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later*, „Health Policy”, 83 (2007).

¹⁷⁰ T. A. Eikemo, C. Bambra, K. Joyce, E. Dahl, *Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries*. *Eur J Public Health*, 18 (6) 2008, s. 593-599; F. Unger, *Health is wealth: considerations to european healthcare*, Prilozi, 33 (1) 2012, s. 9-14; Wł. Anioł, *Unia Europejska jako wspólnota socjalna*, [w:] Wojtaszczyk K. A., Jakubowski W. (red.), *Europeistyka. Podręcznik akademicki*, tom 2, PWN, Warszawa 2012, s. 71-180.

wartości i celów, obszarów życia społeczno-gospodarczego, w ramach których cele te mają być realizowane oraz środków i sposobów ich realizacji.¹⁷¹ Nie są mi jednak znane próby wykorzystania reguł umowy ubezpieczenia do konstruowania takich kontraktów. Natomiast celem równoległe podejmowanych wysiłków zmierzających do opracowania wspólnego europejskiego jednolitego wzorca umowy ubezpieczenia jest przede wszystkim usprawnienie funkcjonowania europejskiego rynku ubezpieczeniowego.

Korzyści wynikające z opracowania i upowszechnienia wspólnego europejskiego, jednolitego wzorca umowy ubezpieczenia, dostrzeżone już przed laty, skłoniły grupę naukowców z kilkunastu krajów do podjęcia projektu „Restatement of European Insurance Contract Law”, którego celem jest stworzenie podstawowych zasad konstrukcji uniwersalnej umowy ubezpieczenia – Principles of European Insurance Contract Law (PEICL).¹⁷²

¹⁷¹ Dobrym tego przykładem jest słoweński *Gaudlines for the Social Contract 2012-2017*.

¹⁷² J. Basedow (et. all), *Principles of European Insurance Contract Law (PEICL) – General Part*, Sellier European Law Publishers, Munich 2009; J. Basedow, T. Fock (eds.), *Europäisches Versicherungsvertragsrecht*, vols. 1 & 2, Mohr Siebeck, Tübingen 2002; J. Basedow, *The European Insurance Market, Harmonisation of Insurance Contract Law, and Consumer Policy*, Connecticut Insurance Law Journal, 7 (2000); J. Basedow, *The case for a European insurance contract code*, Journal of Business Law, 2001; J. Basedow, *Why insurance contract law in Europe should be harmonised*, Nordisk Försäkringstidskrift, 2002; J. Basedow, J. S. Scherpe, *Das internationale Versicherungsvertragsrecht und „Rom I” in Stephan Lorenz*, Festschrift für Andreas Heldrich zum 70. Geburtstag, Beck, München 2005; M. Blaas, *Harmonisierung des europäischen Vertragsversicherungsrechts*, Zeitschrift für Europarecht, internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung, 2000; M. Blaas, A. K. Pontiller, P. Morandell, *Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers im europäischen Vergleich*, Versicherungsrundschau, 2001; Ch. Brömmelmeyer, *Principles of European Insurance Contract Law*, “European Review of Contract Law”, 7 (3) 2011, s. 445; M. Clarke, *Aggravation of risk during the insurance period*, Lloyd’s Maritime and Commercial Law Quarterly, 2004; M. Clarke, *First Working Session of Project Group “Restatement of European Insurance Contract Law” on 10 September 1999 in Innsbruck, Austria*, “British Insurance Law

Association Journal”, 102 (2000), s. 31; M. Clarke, H. Heiss, *Towards a European Insurance Contract Law? Recent Developments in Brussels*, Journal of Business Law, 2006; H. Cousy, *Komt er dan toch een Europese harmonisatie van het verzekeringscontractenrecht?*, Tijdschrift voor Belgisch Handelsrecht/Revue de Droit Commercial Belge 2007/8; B. Dufwa, *Principer för europeisk försäkringsavtalsrätt (PEICL)*, Särtryk ur Juridisk Tidskrift 2010, nr 2, s. 351; E. Erlenbach, *Auf dem Weg zum europäischen Versicherungs-vertragsrecht*, Versicherungswirtschaft, 2008; A. Fuchs (ed.), *European Contract Law – ERA Forum Special Issue 2008, ERA Forum scripta iuris europaei*, Springer, Heidelberg 2008; D. Fuchs, *Nowelizacja Kodeksu Cywilnego w zakresie wybranych przepisów ogólnych o umowie ubezpieczenia w świetle prac Project Group on a Restatement of European Insurance Contract law*, Rozprawy Ubezpieczeniowe, 7/8 (2007), s. 32; H. Heiss (ed.), *An Internal Insurance Market in an Enlarged European Union*, VVW, Karlsruhe 2002; H. Heiss, *Das Kollisionsrecht der Versicherungsverträge nach Rom I und II*, Versicherungsrecht 2006; H. Heiss, *Insurance Contracts in Rome I: Another recent failure of the European legislature* in Petar Sarcevic, Andrea Bonomi and Paul Volken, Yearbook of Private International Law, 10(2008); Sellier, Munich; H. Heiss, *Reform des internationalen Versicherungsvertragsrechts*, „Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft”, 2007; H. Heiss, *The Common Frame of Reference (CFR) of European Insurance Contract Law*, „European Journal of Commercial Contract Law“, 1(2009); H. Heiss, *Towards a European Insurance Contract Law: Restatement – Common Frame of Reference – Optional Instrument?*, Internationale Juristenvereinigung Osnabrück, 13 (2006); H. Heiss, M. Van Popering, *Richting Europees Verzekeringsovereenkomstenrecht: Restatement – Common Frame of Reference – Optioneel instrument?*, Nederlands tijdschrift voor handelsrecht, 2007; H. Heiss, *Der Vorentwurf einer “Gesamtrevision des BG über den Versicherungsvertrag (VVG)” im Lichte der europäischen Entwicklungen*, Haftung und Versicherung, 2007; H. Heiss, *Die Direktklage vor dem EuGH*, Versicherungsrecht, 2007; L. D. Loacker, *Europäisches Versicherungsvertragsrecht*, [w:] D. Looschelders, P. Pohlmann (eds.), *Versicherungsvertragsgesetz – Kommentar*, Heymanns, Cologne 2009; L. D. Loacker, *Insurance soft law? Die Idee eines europäischen Versicherungsvertragsrechts zwischen akademischer Pionierleistung, Gemeinsamem Referenzrahmen und optionalem Instrument*, Versicherungsrecht, 2009; O-J. Luik, *Do the Principles of European Insurance Contract Law Go Too Far in Protecting the Policyholder?*, “Juridica International”, 18(2011), s. 73-83; O-J. Luik, *Policyholder Obligations After an Insured Event: Are Baltic Insurance Laws Too Insurer-Friendly Compared to the Principles of European Insurance Contract Law?*, “Baltic Journal of Law & Politics”, 1(5) 2012, s. 137-164; O-J. Luik, *Significance of the Principles of European Insurance Contract Law for the pre-contractual information duty: Experience of the Baltic States*, Current Issues of Business and Law 2011, 6(2)2012, s. 192-215; O-J. Luik, T. Kontautas, *Does the insurance premium payment regulation as stipulated in the Principles of European Insurance Contract Law protect policyholders sufficiently enough?*,

“Current Issues of Business and Law”, 7(1)2012, s. 85-107; F. Marxer, *Restatement of European Insurance Contract Law – Erste Schritte zu einem vereinheitlichten Versicherungsvertragsrecht in Europa*, “Liechtensteinische Juristen-Zeitung”, 3(2001), s. 93; F. Marxer, *Verso l’unificazione del diritto nel contratto di assicurazione in Europa. Il Restatement of European Insurance Contract Law*, “Diritto ed Economia dell’Assicurazione”, 2(2002), s. 315; A. Müller, *Vers un droit européen du contrat d’assurance. Le “Project Group Restatement of European Insurance Contract Law”*, „European Review of Private Law“, 2007; A. Pontiller, *Restatement des europäischen Versicherungsvertragsrechts: Erster Workshop in Innsbruck*, „Versicherungsrundschau“ 9 (2000), s. 132; F. Reichert-Facilides, *Europäisches Versicherungsvertragsrecht?* [w:] Basedow J., Hopt K. J., Kötz H. (eds.), *Festschrift für Ulrich Drobnig zum siebzigsten Geburtstag*, 1998; F. Reichert-Facilides (eds.), *Aspekte des internationalen Versicherungsvertragsrechts im Europäischen Wirtschaftsraum*, Mohr Siebeck, Tübingen 1994; F. Reichert-Facilides, A. K. Schnyder (eds.), *Versicherungsrecht in Europa – Kernperspektiven am Ende des 20. Jahrhunderts*, Helbing und Lichtenhahn, Basel 2000; F. Reichert-Facilides, H. U. Jessurun d’Oliveira (eds.), *International Insurance Contract Law in the EC*, Kluwer, Deventer 1993; I. Rokas, *Future developments in the European Insurance structure of business*, [w:] Rokas I., *Poreia pros to syghrono asfalistiko dikaio*, Athens, Ant. N. Sakkoulas, 2007; I. Rokas, *Droit européen du contrat d’assurance*, „Revue Générale du Droit des Assurance“, 4 (2010); M. Wandt, *Entwicklungen des Versicherungsrechts: Vielfalt von Regelungszielen bei unterschiedlichen Regelungsebenen und – bereichen*, „Versicherungsrundschau“, 2006; M. Wandt, H. Ehlers, *Die geschlechtsabhängige Tarifierung von Versicherungsprämien im Lichte neuer Entwicklungen*, [w:] Tiberg H., *Essays on tort, insurance, law and society in honour of Bill, W. Dufwa*, Stockholm, 2 (2006); M. Wandt, H. Ehlers, *Insurance Supervision in Germany – Equitable Life and Mannheimer Leben: Can the Germans rest assured of their assurance?*, [w:] Ülgen H., *Festschrift für*, vol. I, Istanbul 2007; H. Wansink, *The Principles of European Insurance Contract Law (PEICL), een belangrijke stap voorwaarts op weg naar de integratie van de nationale verzekeringsmarkten in de Europese Unie*, „Aansprakelijkheid, Verzekering & Schade“, 2008; H. Wansink, *The Restatement of European Insurance Contract Law: doelstellingen en verhouding tot Nederlands verzekeringsrecht*, [w:] De Ly F. J. M., Haak K. F., van Boom W. H., *Eenvormig bedrijfsrecht: realiteit of utopie?*, Boom Juridische Uitgevers, The Hague 2006; P. Zobel, *Ein Muster für ein europäisches Versicherungsvertragsgesetz? Von der 2. Tagung der Projektgruppe Restatement of European Insurance Contract Law*, „Versicherungswirtschaft“, 14(2000), s. 1065.

Inicjatywa ta została wsparta rezolucją Parlamentu Europejskiego, za sprawą której prace nad PEICL nie tylko zostały włączone do projektu ogólnego europejskiego prawa umów, ale nadano im nawet charakter priorytetowy.¹⁷³

Model umowy ubezpieczenia o takim kształcie mógłby się również okazać przydatny jako formuła neutralizowania wszystkich ryzyk społecznych, pod warunkiem jednak obudowania go systemem klauzul (na przykład na wzór klauzul *Institute of London Underwriters*), odpowiednich do rodzaju i charakteru ryzyk, które w kontrakcie ubezpieczeniowym byłyby przez te klauzule opisywane. Stałej aktualizacji i weryfikacji podlegałyby zatem równocześnie: ryzyka i opisujące je klauzule. Uniknęlibyśmy dzięki temu zarówno wad rynkowego systemu *insurance industry*, który przy konstrukcji produktu nadmiernie preferuje interes producenta-ubezpieczyciela, jak też ułomności ubezpieczenia publicznego podporządkowanego grze interesów i przetargów politycznych w systemie etatystycznym, co najlepiej ilustruje przypadek Polski.¹⁷⁴

Rozważając zasadność i realność postulowanego zastąpienia (uzupełnienia?) dotychczasowych międzypokoleniowych umów społecznych powszechnymi kontraktami ubezpieczeniowymi, wydaje się, że rozpocząć należy od przewartościowania (re-ewaluacji) dotychczasowych ikon państwa dobrobytu. Za takie ikony-symbole uznaje się, szczególnie w kulturze i tradycji europejskiej, pakiet

¹⁷³ *Green Paper from the Commission on Policy options for Progress towards a European contract Law for consumers and businesses* (Point No. 25); Por. także: K. Michelsen, H. Brand, *Health 2020 – The New European Framework Strategy of WHO*, „Gesundheitswesen”, 74 (12) 2012, s. 771-777.

¹⁷⁴ R. Holly, K. Michelsen, *Risk Adjustment as a principle and tool of the social change In Health Care System: from „passive” to „active” adjustment*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom VIII/I, May 2011, s. 7-21; R. Holly, *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia (Health insurance in the Polish health care system)*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom X, marzec 2012, s. 7-26.

praw i przywilejów dotyczących powszechnego dostępu do dóbr służących zaspokajaniu całego katalogu podstawowych potrzeb społecznych, a tym samym neutralizowaniu odpowiadających tym potrzebom ryzyk społecznych. Zdolność do zaspokajania owych potrzeb (neutralizowania odpowiadających im ryzyk) poprzez specjalnie w tym celu konstruowane systemy zabezpieczeń (zaopatrzenia w dobra służące zaspokajaniu potrzeb) traktowana jest zatem jako warunek bezpieczeństwa społecznego, zrównoważonego rozwoju i spokoju społecznego. Dlatego jednym z głównych problemów ekip rządzących była (i jest nadal) efektywność tych systemów, a ich celem dążenie do zapewnienia owym systemom wydolności w zakresie wytwarzania i dystrybucji dóbr na poziomie odpowiednim do aktualnych potrzeb.

Doświadczenia wyniesione z przebiegu kolejnych kryzysów finansowo-gospodarczych uczą, że mechanizmy kapitalistycznej gospodarki rynkowej okazują się efektywne w wytwarzaniu dóbr i ich dystrybucji służącej zaspokajaniu zróżnicowanych, indywidualnych potrzeb konsumentów, natomiast są mało wydolne w odpowiedzi na powszechne potrzeby społeczne.¹⁷⁵ W tej sytuacji mechanizmy rynkowe muszą być poddawane ograniczonej choćby kontroli i wspomagane interwencją państwa. Wobec wielu dobrze znanych wad i niekorzystnych skutków państwowego interwencjonizmu poszukuje się rozwiązań wolnych od mankamentów obciążających tradycyjne systemy zabezpieczeń i powodujących ich chroniczną niewydolność, jak też wolnych od mankamentów „czystych” modeli wolnorynkowych i korygujących ich niedostatki protez, a także modeli hybrydowych najczęściej kumulujących, niestety, mankamenty rozwiązań etatystycznych i rynkowych.¹⁷⁶

¹⁷⁵ R. B. Reich, *Supercapitalism. The transformation of business, democracy, and everyday life*, Knopf, New York, 2007; R. B. Reich, The new meaning of corporate social responsibility, “California Management Review”, 40 (2) 1998.

¹⁷⁶ M. Moran, *Understanding the welfare state: the case of health care*, “British Journal of Politics and International Relations”, 2 (2) 2000, s. 135-160.

Włączając się do tych poszukiwań warto rozważyć możliwość zastosowania do budowy nowego systemu zabezpieczeń społecznych idei i metod ubezpieczenia, dobrze już zweryfikowanych przez wielowiekową praktykę, jednakże od lat kilkudziesięciu wykorzystywanych przez sektor publiczny nadmiernie instrumentalnie, przede wszystkim do zapewnienia wydolności finansowej systemu, zaś przez sektor prywatny wykorzystywany również instrumentalnie, w celu ochrony interesów producentów dóbr służących zaspokajaniu potrzeb. Można uznać, że w świetle dokonujących się przeobrażeń społecznych i gospodarczych oraz prognoz dotyczących kierunku, dynamiki i skutków tych przeobrażeń, **większą efektywność zabezpieczania potrzeb społecznych i oczekiwań zyskają te modele zabezpieczeń społecznych, które w większym stopniu będą oparte na skodyfikowanych kontraktach niż na tradycyjnych, międzypokoleniowych umowach społecznych. Ubezpieczeniowy model zabezpieczeń, w którym interesy publiczne i prywatne są właściwie zrównoważone, może przy tym okazać się najbardziej odpowiedni do projektowania i konstruowania kompleksowego systemu wzajemnie komplementarnych umów/kontraktów dotyczących neutralizacji najważniejszych ryzyk społecznych.**

Model zabezpieczeń oparty na kontrakcie wzorowanym na algorytmie umowy ubezpieczenia gwarantuje bowiem (powstałemu w efekcie zastosowania tego modelu jednolitemu systemowi zabezpieczeń obejmującemu wszystkie istotne ryzyka społeczne) pełną: apolityczność, uniwersalność, równowagę finansową, przejrzystość zasad mechanizmu partycypacji we wspólnocie ryzyk, a także rozwiniętą technologię neutralizacji ryzyka, równy dostęp do dóbr zaspokajających potrzeby społeczne, równe traktowanie wszystkim interesariuszom systemu. **Model taki mógłby zarazem stać się fundamentem nowego systemu zabezpieczeń o zdefiniowanych świadczeniach**, odpowiednich do współczesnych potrzeb i oczekiwań, **w miejsce dotychczasowych systemów o zdefiniowanej składce** (na

ogół „procentowo” – kapitacyjnej), niezrównoważonych, a przez to chronicznie niewydolnych i niepewnych.¹⁷⁷

Wydaje się zatem zasadne by wyniki prowadzonych w tym zakresie prac potraktować jako podstawę konstrukcji kontraktu, który winien zastąpić (uzupełniać?) międzypokoleniowe umowy społeczne. Weryfikacja tej tezy wymaga jednak odrębnych badań, o których przedmiocie i zakresie daje wyobrażenie lista zagadnień (i stosownych pytań badawczych), jakie prawdopodobnie należałoby uwzględnić, planując tego typu przedsięwzięcie badawcze (por. Aneks, Załącznik nr 2).

Uznając ryzyko utraty zdrowia i ryzyko starości za podstawowe zagrożenia poczucia bezpieczeństwa społecznego, weryfikację zasadności i realności postulowanego „zastąpienia” najlepiej przeprowadzić na przykładzie tych właśnie dwóch grup ryzyk.

Jak już argumentowałem w rozdziale trzecim, można uznać, że z poszczególnymi potrzebami wiąże się określone ryzyko ich deprivacji. Natomiast z rodzaju i charakteru ryzyka wynikają możliwe sposoby jego neutralizacji, stąd właśnie winien też wynikać repertuar produktów służących owej neutralizacji.¹⁷⁸ Upraszczając, możemy więc powiedzieć, że zgodnie z zasadą: „jakie ryzyko, takie ubezpieczenie”, zatem takie też winny być ubezpieczeniowe produkty służące neutralizacji tego ryzyka.

¹⁷⁷ U. E. Reinhardt, *A Social Contract for 21st Century Health Care, Three-Tier Health Care with Bounty Hunting* <http://people.rit.edu/wlrgsh/Reinhardt.final.pdf> (dostęp: 29.01.2013).

¹⁷⁸ C. Bethencourt, V. Galasso, *Political complements in the welfare state: Health care and social security*, „Journal of Public Economics”, 92(2008), s. 609-632; A. Paz-Fuchs, *The Social Contract Revisited: The Modern Welfare State. Overview and critical report*, The Foundation for Law, Justice and Society in affiliation with The Centre for Socio-Legal Studies, University of Oxford www.fljs.org (dostęp: 31.01.2013).

Pierwszym etapem projektowania systemu powszechnych, społecznych kontraktów ubezpieczeniowych winno być zatem dokładne rozpoznanie potrzeb oraz ich potencjalnych zagrożeń i – tą drogą – **utworzenie nowego** (w przyszłości ciągle aktualizowanego) **katalogu ryzyk społecznych**, ustawicznie reinterpretowanych ze względu na ich zakres przedmiotowy, stopień powszechności, potencjalne skutki społeczne i wynikające stąd koszty.

Dopiero **następnym etapem** może być **projektowanie i konstruowanie produktów** (w postaci kontraktów ubezpieczeniowych) **służących neutralizowaniu poszczególnych ryzyk**. Europejski, powszechny system społecznych kontraktów ubezpieczeniowych, w swoim docelowym kształcie, winien zatem oferować pełną gamę zróżnicowanych produktów neutralizujących ustawicznie monitorowane najważniejsze ryzyka, tworząc tym samym podstawę dla całego systemu spójnych, komplementarnych zabezpieczeń społecznych. Jeżeli założymy, że aktualnemu katalogowi ryzyk społecznych będą odpowiadały zabezpieczenia obejmujące ochronę zdrowia, edukację, opiekę długoterminową oraz systemy: emerytalny, rentowy i zatrudnienia, określimy tym samym, postulowanym tutaj kontraktem ubezpieczeniowym, przynajmniej ogólne ramy ich zakresu przedmiotowego, a więc tego, czego faktycznie winny te kontrakty dotyczyć – cele, którym owe kontrakty mają służyć. Biorąc ponadto pod uwagę kulturowe wartości, a zarazem ich wzorce i symbole, na których tradycyjnie opiera się idea europejskiego państwa dobrobytu, takie jak równość, solidaryzm społeczny, sprawiedliwość społeczna, czy wolność „do” i „od”, określimy tą drogą standardy i sposoby realizacji rzeczonych celów. Uaktualnienie i reinterpretacja tych symboli oraz równoczesne odniesienie ich do zweryfikowanego i zreintepretowanego katalogu współczesnych potrzeb i interesów społecznych stanowić będzie podstawę projektowania rzeczonego systemu społecznych kontraktów ubezpieczeniowych spełniającego warunki: (1) powszechności, (2) uniwersalności, (3) równości dostępu, (4) partycypacji w ryzyku wszystkich interesariuszy systemu, (5) transgraniczności, (6) ekonomicznej opłacalności, (7) równowagi finansowej i (8) finansowej dostępności wszystkim potencjalnym beneficjentom systemu.

Wydaje się, że weryfikacji zasadności i realności postulowanego tutaj projektu, warto poświęcić specjalnie zaplanowane w tym celu przedsięwzięcie badawcze. Przykładowy plan takiego przedsięwzięcia zawiera Załącznik nr 3 Aneksu (s....).

Jeszcze w pierwszych latach bieżącego wieku w literaturze politologicznej, ekonomicznej i socjologicznej dominował pogląd o nieuchronności postępującego procesu integracji Unii Europejskiej. Rozważano więc głównie kwestię tempa tej integracji. Obecnie, po dziesięciu latach, coraz poważniej traktowana jest teza o postępującym rozpadzie Unii i nieuchronnej degradacji systemów zabezpieczeń we wszystkich krajach UE. Stąd coraz więcej propozycji rozwiązań, które mogłyby temu zapobiec i pozwolić Europie przynajmniej utrzymać/zachować jej dotychczasową rolę we współczesnym świecie, a jej obywatelom godziwy poziom życia, w tym przede wszystkim odpowiedni standard zabezpieczenia społecznego. Służyć temu mają nowe koncepcje integracji społeczno-kulturowej, politycznej, gospodarczej, a nawet wojskowej (postulat wspólnej unijnej armii).¹⁷⁹ Większość propozycji tego typu ma jednak charakter zachowawczy lub, co najwyżej, naprawczy, albowiem jedynie w niewielkim stopniu kreują nową jakościowo strukturę organizacji, która ponadto niedostatecznie odpowiada obserwowanym już i prognozowanym skutkom dokonującej się zmiany. Wydaje się natomiast, że bardziej odpowiednie do powstających w efekcie nowych wyzwań mogą być jakościowo nowe rozwiązania organizacji zabezpieczenia społecznego, polegające na konsekwentnej integracji wszystkich europejskich krajowych systemów zabezpieczeń. Jednym z takich rozwiązań mogą być właśnie koncepcje i rekomendacje wynikające z ubezpieczeniowego paradygmatu organizacji zabezpieczenia społecznego. Pierwszym krokiem w tym kierunku mogłoby być zbadanie

¹⁷⁹ F. Hollande wkrótce po wybraniu go na prezydenta Francji w 2012 r. zaczął upowszechniać hasło „integracji solidarnej”, polegającej na dyscyplinowaniu tych krajów UE, które „odstają” od przyjętych standardów oraz na równoczesnym pogłębianiu solidarności finansowej.

możliwości utworzenia jednolitego europejskiego systemu ochrony zdrowia (JESUZ) w oparciu o (w znacznym stopniu już ujednoczony) europejski rynek ubezpieczeń gospodarczych.¹⁸⁰

Dobrym przykładem konceptualizacji takiego paneuropejskiego, jednolitego systemu ochrony zdrowia, wolnego od politycznych wpływów i bezpośrednich ingerencji zmieniających się ekip rządowych poszczególnych państw, utworzonego w oparciu o ujednoczoną, uniwersalną formułę kontraktu ubezpieczeniowego może być koncepcja Jednolitego Europejskiego Systemu Ubezpieczeń Zdrowotnych (JESUZ)¹⁸¹, której urzeczywistnienie mogłoby być pierwszym etapem budowania powszechnego europejskiego systemu zabezpieczenia społecznego.

Zgodnie z ideą rzezonego, paneuropejskiego systemu zabezpieczenia o zasięgu ponadnarodowym, wyposażonego we własną autonomiczną, niezależną od krajowych rządów sieć wewnętrznych, wzajemnie asekurujących się funduszy oraz zabezpieczeń, mechanizmów i instytucji gwarantujących realizację kontraktowych zobowiązań, celami, a zarazem kryteriami efektywności (sprawności) i skuteczności działania jednolitego europejskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych winno być:

¹⁸⁰ Idea ta zresztą znakomicie wpisuje się, jak pisze J. Monkiewicz, w logikę regulacyjno-instytucjonalną wspólnego rynku (J. Monkiewicz [red.], *Ubezpieczenia w Unii Europejskiej*, Poltext, Warszawa 2002, s. 17-18; por także: M. Monkiewicz, *Jednolity rynek ubezpieczeniowy UE w warunkach globalnego kryzysu finansowego 2007-2009 – pomoc publiczna a wspólnotowe reguły konkurencji*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w.*, Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 288, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 325-334.

¹⁸¹ R. Holly, *Jednolity europejski system ubezpieczeń zdrowotnych (JESUZ) – idea, misja, cele, organizacja*, referat wygłoszony na konferencji naukowej nt. „Ubezpieczenia wobec Strategii dla Wzrostu Inteligentnego, Zrównoważonego i Sprzyjającego Włączeniu Społecznemu – Europa 2020”, organizowanej przez SGGW i UW, Warszawa, 26 października 2011r.

- ułatwianie swobodnego przepływu osób, usług i kapitału na terenie UE;
- zapewnienie obywatelom wszystkich krajów UE dostępu do świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym kryteriom (społecznym, medycznym i ekonomicznym) właściwym dla współczesnego państwa dobrobytu;
- wspomaganie i przyspieszanie procesów konwergencji i harmonizacji w UE.¹⁸²

JESOZ nie musi być przy tym instytucjonalizacją paneuropejskiego zabezpieczenia zdrowotnego wszystkich obywateli państw UE. Wystarczy, jeżeli będzie skodyfikowanym konstruktem teoretycznym (przyjętym przez wszystkie kraje UE) określającym rodzaj, charakter i zakres ujednoliceń dotyczących:

(1) minimalnego zakresu przedmiotowego ryzyk utraty zdrowia, których skutki i przyczyny (chorobowe i pozachorobowe) są neutralizowane we wszystkich krajach UE w analogicznym standardzie,

(2) minimalnego i maksymalnej gwarancji leczenia w zakresie:

- obligatoryjnym:
 - przywrócenia zdolności do odbywania dalszej podróży,
 - przywrócenia zdolności do wykonywania pracy,
 - powstrzymanie rozwoju choroby i ograniczenia skutków choroby/wypadku,

¹⁸² Y. Jorens, *The open method of coordination as standard setting instrument*, "Social Policy", 2005, s. 29-34.

- fakultatywnym:
 - przywrócenia utraconych funkcji organizmu,
- przywrócenia utraconego komfortu życia;

(3) rodzaju, zakresu i charakteru świadczeń zdrowotnych:

- finansowych (jednorazowych, okresowych, bezterminowych),
- rzeczowych,
- diagnostycznych,
- profilaktycznych,
- serwisowych (naprawczych, rehabilitacyjnych, rewalidacyjnych, opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych),
- medycyny pracy.

Realizacji tych celów i zadań najlepiej może służyć właśnie idea i metoda ubezpieczenia, ponieważ ich konsekwentne, zgodne z doktryną ubezpieczeniową stosowanie gwarantuje:

- wypłacalność i równowagę finansową systemu,
- łatwość kontroli działania systemu,
- oparcie JESUZ na już istniejącej bogatej, sprawnej infrastrukturze ubezpieczeniowej,
- sprawdzoną, prostą konstrukcją produktu ubezpieczeniowego, pozwalającą na łatwe zarządzanie tym produktem, w tym na elastyczne dopasowywanie go do zmieniających się potrzeb zdrowotnych, uwarunkowań demograficznych, epidemiologicznych, technologii medycznych itp.,

- sprawność rozliczeń między płatnikami (funduszem „zdrowotnym”) a świadczeniodawcami, bez względu na ich lokalizację na terenie UE.

Ze względu na wymienione cele i zadania, ubezpieczenia zdrowotne w systemie JESUZ winny być:

- skomercjalizowane,
- publiczne i/lub prywatne i/lub wzajemnościowe,
- dobrowolne lub – w przypadku osób opuszczających granice swojego kraju – obowiązkowe,
- standardowe, z opcjami: rozszerzoną i ponadstandardową.

Snując tego typu paneuropejskie wizje, przede wszystkim musimy mieć jednak na uwadze wciąż nie rozwiązany problem właściwego dla współczesnej Polski modelu ochrony zdrowia, stosownej doktryny zdrowotnej i zgodnej z tym modelem i doktryną instytucjonalizacji zabezpieczenia zdrowotnego – odpowiedniego systemu ochrony zdrowia. Przeprowadzone w niniejszym rozdziale rozważania prowadzą do wniosku, iż poszukiwania takiego modelu, doktryny i systemu ochrony zdrowia drogą benchmarkingowych analiz porównawczych funkcjonujących współcześnie w innych krajach rozwiązań systemowych winny mieć na celu nie tyle wskazanie najlepszego na użytek Polski zagranicznego wzorca, ile wyspecyfikowanie tych cech i parametrów owych systemów, których uwzględnienie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce, pozwoli włączyć tę organizację w sieć przyszłych, aczkolwiek kształtujących się już obecnie międzynarodowych powiązań¹⁸³, chroniących ją przed ryzykiem systemowym i potencjalnie

¹⁸³ Służyć temu może, przywoływana już tutaj wcześniej metoda otwartej koordynacji Y. Jorensa (Y. Jorens, *The open method of coordination as standard setting instrument*, “Social Policy”, 2005, s. 29-34).

generujących efekt synergii. Innymi słowy, projektowanie i kształtowanie organizacji ochrony zdrowia w Polsce, uwzględniając specyficzne dla naszego kraju uwarunkowania ustrojowe, społeczno-kulturowe, ekonomiczne, epidemiologiczne, demograficzne czy infrastrukturalno-kompetencyjne, winno mieć również na celu uczynienie z niej elementu komplementarnego w stosunku do analogicznych organizacji ochrony zdrowia, kształtowanych w innych krajach Europy i na świecie w celu utworzenia jednolitego, spójnego systemu zdolnego podolać wyzwaniom wynikających z dokonujących się powszechnych, cywilizacyjnych przeobrażeń. Istotnym warunkiem urzeczywistnienia tego celu jest właśnie nadanie temu systemowi i składającym się nań poszczególnym krajowym i regionalnym (pod) systemom charakteru ubezpieczeniowego.

**NA ZAKOŃCZENIE:
O IDEI, TEORII, DOKTRYNIE
I METODZIE UBEZPIECZENIA
W ŚWIETLE PRAKTYKI
OCHRONY ZDROWIA**

Zgodnie z przyjętymi na wstępie przesłankami teoretycznymi, w kolejnych rozdziałach książki zgromadzone zostały argumenty, iż metoda ubezpieczenia jest/może być efektywnym narzędziem zarządzania zmianą przede wszystkim na dwóch etapach: (1) stymulowania jej inicjacji i przebiegu (kierunku, dynamiki, potencjalnych skutków) oraz (2) (re)kompensowania tych jej skutków, które – z subiektywnego punktu widzenia oceniającego je podmiotu (albo ze względu na kryteria tzw. obiektywne, aczkolwiek najczęściej jedynie konsensualne) – uznawane są za negatywne, niepożądane. Natomiast wykorzystywanie idei ubezpieczenia do organizacji społecznego wysiłku w celu obrony przed wspólnym zagrożeniem wymaga dodatkowo – jak wykazało badanie tej możliwości w odniesieniu do ryzyka utraty zdrowia i konstruowania optymalnego modelu systemu ochrony zdrowia zabezpieczającego przed tym ryzykiem – określonej interpretacji owej idei ze względu na interes(y) zbiorowości ryzyka, której tworzony system ma służyć. *Ubezpieczenie, jako idea organizacji wspól-*

noty ryzyka, musi opierać się na tych samych wartościach, które stanowią fundament owej wspólnoty. Zatem rozumienie idei ubezpieczenia i jej interpretacja ze względu na interes(y) zbiorowości, której ma służyć, sprowadza się do wartości:

- **solidaryzmu** (ze wszystkimi członkami wspólnoty ryzyka);
- **równości** (praw wszystkich członków wspólnoty ryzyka, szczególnie w dostępie do świadczeń oraz zobowiązań, na ogół proporcjonalnych do wnoszonego ryzyka);
- **wolności** (wyboru wspólnoty ryzyka, a przede wszystkim wyboru rodzaju, zakresu i sposobu wyboru ubezpieczenia; wyboru produktu ubezpieczeniowego najbardziej właściwego dla interesu, który ma chronić);
- **tolerancji** (różnorodności potrzeb, interesów, dążeń przejawiających się we wspólnocie ryzyka);
- **sprawiedliwości** (przy dystrybucji środków na świadczenia i inne koszty, na poszczególne rodzaje świadczeń, przy dokonywaniu szacunku szkód/strat i należnych rekompensat);
- **słuszności** (w przypadku decyzji o kolejności neutralizowania ryzyk i/lub zdarzeń; o preferowaniu określonych rodzajów i sposobów neutralizacji ryzyka; o preferowaniu określonych interesów, które ubezpieczenie ma chronić);
- **efektywności** (głównie ekonomicznej; przewagi korzyści z ubezpieczenia nad kosztami, jakie w związku z ubezpieczeniem muszą być poniesione).

Ponadto, za integralną część katalogu ubezpieczeniowych imponderabiliów należy uznać **dwie komplementarne zasady podmiotowości ubezpieczenia:**

- **zasadę interesu** (ubezpieczeniowego) pozwalającą określić komu faktycznie określony rodzaj ubezpieczenia może/powinien służyć;
- **zasadę realności** (ubezpieczenia) określającą stopień, w jakim dany rodzaj ubezpieczenia może/powinien realnie chronić rzeczywiste interesy ubezpieczonego w danych okolicznościach i na określonych warunkach.

Rzeczony wartości i zasady w praktyce ubezpieczeniowej nigdy nie występują w postaci „czystej” (jeżeli nawet takowa istnieje), ale zawsze w określonych interpretacjach, które – jak zostało wykazane w dwóch pierwszych rozdziałach – rzadko bywają jednoznacznie wyeksplikowane. Natomiast właśnie jednoznaczność, komplementarność i wzajemna spójność tych interpretacji przesądza o użyteczności ubezpieczenia – o jego jakości, podmiotowości, możliwości realizacji celu, któremu ma służyć. Stąd **postulat wyodrębnienia i rozwijania ubezpieczeniowej teorii neutralizacji ryzyka**, której przedmiotem refleksji i badania winny być zasady wyznaczania celów zarządzania zmianą oraz sposoby ich realizacji w ramach projektowanych strategicznych planów działań zabezpieczających przed ryzykiem, w tym przede wszystkim możliwości i warunki wykorzystania idei i metody ubezpieczenia w praktyce owego zarządzania. Wydaje się, że można równocześnie zakładać, iż ze względu na ogromne zróżnicowanie i specyfikę interesów wspólnot wyodrębnianych i tworzonych w celu neutralizacji poszczególnych ryzyk oraz odmienność okoliczności i warunków ich występowania, metodologia prowadzonych w postulowanym zakresie badań winna uwzględniać raczej podejście idiograficzne niż nomotetyczne. Postulowana teoria lub przynajmniej wyeksplikowana spójna interpretacja ubezpieczeniowych imponderabiliów może/powinna być podstawą doktryny neutralizacji określonego ryzyka (klasy ryzyk); w przypadku ryzyka utraty zdrowia – tzw. doktryny zdrowotnej. Wyartykułowane w doktrynie zasady neutralizacji ryzyka pozwalają na

wyznaczenie celów i opracowanie planów strategicznych działań służących realizacji tych celów w określonych przedziałach czasowych; w przypadku doktryny zdrowotnej umożliwiają zaprojektowanie właściwej strategii ochrony zdrowia i skutecznej polityki zdrowotnej, najlepiej służącej realizacji strategicznych celów. Konsekwencją przyjętej doktryny jest także określony kształt zinstytucjonalizowanego systemu służącego neutralizacji ryzyka; w przypadku ryzyka utraty zdrowia i doktryny zdrowotnej – systemu ochrony zdrowia, na który winny składać się takie podmioty – instytucje, przedsiębiorstwa i organizacje interesariuszy systemu, które w ramach określonej struktury systemu, podporządkowanej doktrynalnym celom i priorytetom, będą najbardziej efektywnie realizować wyznaczone im misje, cele i zadania. Podmioty systemu wypełniają wyznaczone im role przez wytwarzanie i dystrybucję takich produktów, które są/powinny być najbardziej właściwe dla realizacji owych misji, celów i zadań.

Przedstawiony schemat właściwego zastosowania idei i metody ubezpieczenia do neutralizowania określonych ryzyk, na ogół zasadniczo rozmija się z tzw. praktyką ubezpieczeniową. Najczęściej bowiem o kształcie doktryny przesądza nie tyle spójna interpretacja deklaratywnie uznawanych i przywoływanych wartości i zasad, ile wynik politycznego przetargu różnorodnych partykularnych interesów. Niespójna doktryna rodzi niespójny, mało efektywny system zabezpieczenia, wymagający ustawicznego korygowania i protezowania. Tę genetyczną wadę potęguje niedostateczna koordynacja działań współwystępujących w większości współczesnych systemów ich dwóch podstawowych segmentów: publicznego i prywatnego. W przypadku systemu ochrony zdrowia, sektor publiczny zorientowany na utrzymanie wszystkich swoich beneficjentów w określonym stanie zdrowia wytwarza i dystrybuuje produkty najlepiej służące temu właśnie celowi (stąd w jego ofercie łatwiej o właściwe proporcje świadczeń profilaktyczno-prewencyjnych, zabiegowo-naprawczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych), zaś sektor prywatny, zorientowany na generowanie zysku, z oczywistych względów, preferuje przede wszystkim określone produkty utworzone ze świadczeń naprawczych (głównie zabiegowych).

Najprostszym, najpewniejszym sposobem usunięcia wszelkich wewnętrznych sprzeczności w strukturze organizacyjnej każdego systemu neutralizacji ryzyka (systemu zabezpieczeń przed ryzykiem) jest – w moim przekonaniu – konsekwentne ujednoczenie i podporządkowanie organizacji systemu właśnie zasadom ubezpieczeniowym. Wdrażając owe zasady, pamiętać przy tym należy nie tylko o właściwej ich interpretacji, ale również o wszelkich ograniczeniach i ułomnościach ubezpieczenia. Jednakże, pomimo iż lista wad i słabych stron ubezpieczenia jest niemal tak samo długa i bogata jak lista jego zalet, na ogół wady (nawet te w największym stopniu zagrażające efektywności ubezpieczenia) potrafimy już coraz lepiej rekompensować. W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych najczęściej kontestowane ich niepożądane skutki, takie jak negatywna selekcja, nierówne partycypowanie w ryzyku w stosunku do uzyskiwanych korzyści, dysproporcja zobowiązań poszczególnych członków wspólnoty ryzyka w stosunku do uzyskiwanych przez nich świadczeń, mogą być z powodzeniem kompensowane przez specjalne mechanizmy wyrównywania ryzyka i/lub udziału w ryzyku, i/lub udziału w zobowiązaniach (na przykład Risk Adjustment, Risk Sharing, podatek „hipoteczny” itp.). Postępujący rozwój ubezpieczeniowej technologii niewątpliwie będzie nadal wzbogacał listę tego typu rozwiązań i mechanizmów kompensacyjnych.

Praktyka analizowanych w tej książce ubezpieczeń zdrowotnych pokazuje, że użyteczność idei i metody ubezpieczenia zależy nie tylko od właściwej, zgodnej z interesem podmiotu (zbiorowości ryzyka) interpretacji ubezpieczeniowych imponderabiliów oraz umiejętności wykorzystania ubezpieczeniowej technologii neutralizacji ryzyka, ale również od samego rozumienia sensu ubezpieczenia, od kierowanych pod jego adresem oczekiwań, od wyznaczonej mu roli.

Jak już kilkakrotnie wykazywałem, dominująca na współczesnym rynku ubezpieczeniowym praktyka wytwarzania przez przemysł ubezpieczeniowy (*insurance industry*) ubezpieczeń jako produktów stanowiących przedmiot obrotu na tym rynku, ukształtowała paradygmat,

zgodnie z którym ubezpieczenie jest rozumiane i traktowane przede wszystkim (albo wręcz wyłącznie) jako instrument służący finansowemu rekompensowaniu szkód/strat ponoszonych w wyniku realizacji określonego ryzyka. Podejście takie istotnie zawęża sens i rolę ubezpieczenia głównie do działań o charakterze reaktywnym, natomiast marginalizuje lub wręcz wyklucza działania aktywne, uprzedzające, niedopuszczające do zaistnienia antycypowanych zdarzeń niepożądanych i powstawania potencjalnych szkód/strat. Stąd właśnie – w moim przekonaniu – kłopoty z typologią i jednoznacznym klasyfikowaniem funkcjonujących na współczesnym rynku wielu ubezpieczeń-produktów w ramach systemów klasyfikacyjnych, stworzonych na użytek takiego właśnie rynku zdominowanego przez przemysł ubezpieczeniowy. Najlepszym tego przykładem są właśnie produkty ubezpieczeń zdrowotnych niepoddające się jednoznacznej klasyfikacji na podstawie powszechnie stosowanych „rynkowych” kryteriów kwalifikacyjnych (jak np. jednoznacznie zakwalifikować „ornamentacyjne”, oferowane w ramach ubezpieczeniowych pakietów zdrowotnych, komercyjne świadczenia medycyny pracy, badania okresowe, przesiewowe, szczepienia?).

Największy jednak problem powstaje przy próbach konfigurowania produktów ubezpieczeń komercyjnych z produktami sektora publicznego w taki sposób, by produkty te, wzajemnie się uzupełniając i wspierając, tworzyły jednolitą, spójną ofertę całego wielosektorowego systemu ochrony zdrowia. A na taki właśnie system, wciąż eufemistycznie określany mianem partnerstwa publiczno-prywatnego, jesteśmy w Polsce (i nie tylko w Polsce) „skazani”, nie tylko ze względu na europejską tradycję, czy niejednoznaczne reguły społecznej gospodarki rynkowej, ale przede wszystkim ze względu na zalety ubezpieczeń publicznych, kompensujące największe wady ubezpieczeń sektora prywatnego oraz niekwestionowane zalety sektora prywatnego kompensujące oczywiste wady sektora publicznego.

Pierwszym krokiem do przełamania wieloletniego impasu w tworzeniu rzeczzonego, jednolitego, publiczno-prywatnego systemu ochrony

zdrowia o charakterze ubezpieczeniowym i zastąpienia nim obecnego, hybrydowego etatystyczno-publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia o nieskoordynowanej ofercie produktowej i ustawicznie doraźnie naprawianego z braku jasnej, wyraźnej strategii rozwoju, winno być nadanie ubezpieczeniu takiego znaczenia, by mogło wypełniać wyznaczoną mu rolę w systemie – przede wszystkim – wspierać i koordynować realizację zarówno celów sektora publicznego, jak też prywatnego.

Z tych właśnie względów **definicja ubezpieczenia** winna je określać **jako instrument finansowo-logistyczny, który może (i powinien) obejmować działania nie tylko o charakterze reaktywnym, rekompensujące negatywne skutki zdarzeń niepożądanych, ale również aktywnym – wyprzedzającym**, tj. działania: (1) monitorujące symptomy wskazujące na możliwość zaistnienia zdarzeń niepożądanych, (2) niedopuszczające do realizowania się zdarzeń niepożądanych, (3) stymulujące przebieg zdarzeń – ich kierunek, dynamikę, potencjalne skutki.

Tak rozumiana usługa ubezpieczeniowa, zoperacjonalizowana w postaci oferty produktowej i produktu ubezpieczeniowego, może (i powinna) stanowić zapewnienie/gwarancję realnych działań: (1) monitorujących ryzyko zaistnienia zdarzeń niepożądanych, (2) profilaktycznych i prewencyjnych zabezpieczających przed zdarzeniami niepożądanymi, (3) interwencyjnych – stymulujących przebieg zdarzeń niepożądanych, (4) (re)kompensujących skutki zdarzeń niepożądanych.

Takie rozumienie ubezpieczenia określa też rodzaj, zakres i charakter działań gwarantowanych w ramach projektowanych i oferowanych usług ubezpieczeniowych w postaci różnorodnych świadczeń zabezpieczających przed określonymi kategoriami zdarzeń, których zaistnienie i ich potencjalne skutki mogą naruszyć dany interes podmiotu. Innymi słowy, redukujących prawdopodobieństwo zrealizowania się określonych ryzyk i/lub rekompensujących ich potencjalne negatywne skutki (majątkowe, osobowe, zdrowotne...). Upraszczając, możemy zatem powiedzieć, że świadczenia te (ich różne

konfiguracje) oferowane na określonych warunkach przez ich producentów (ubezpieczycieli) to właśnie produkty ubezpieczeniowe odpowiadające poszczególnym rodzajom ryzyk. Powstały, zgodnie z tym schematem rozumowania, produkt ubezpieczeniowy jest transparentny, realny, gwarantujący symetrię informacji, jednoznacznie wskazujący: (1) rodzaj(e) i charakter działań, jakie gwarantuje; (2) zakres tych działań, stosownie do okoliczności, w jakich będą podejmowane; (3) repertuar działań (asortyment świadczeń); (4) warunki, jakie muszą być spełnione przez ubezpieczającego i ubezpieczonego.

Jak już zostało wykazane w rozdziale szóstym, transparentności oferty i produktu ubezpieczeniowego, symetrii informacji i możliwości oceny realności zobowiązań ubezpieczyciela najlepiej służy wielostopniowa, modułarna struktura świadczeń, które składają się na budowę oferty i produktu. Konstruowane wedle tego uniwersalnego schematu produkty mogą obejmować świadczenia odpowiednie zarówno do potrzeb i celów sektora publicznego, jak też prywatnego; równie dobrze mogą także służyć zabezpieczeniom o charakterze klubowym, spółdzielczym czy wzajemnościowym. Nade wszystko jednak prowadzone, wedle tego schematu, analizy stopnia pokrycia popytu na określone rodzaje świadczeń dobrze ukazują obszary koncentracji podaży produktowej oraz obszary zaniedbane, czy wręcz przez producentów-ubezpieczycieli pomijane. Stanowią tym samym dogodny instrument dokładnego „mapowania” popytu i podaży świadczeń, jako podstawy konstruowania strategicznych planów działań w zakresie wszelkiego rodzaju zabezpieczeń. Modułarne produkty mogą być dzięki temu wykorzystywane do jednolitego, skoordynowanego zarządzania całymi systemami zabezpieczeń, przede wszystkim poprzez stymulowanie podaży określonych produktów konstruowanych stosownie do zdiagnozowanych potrzeb.

Ryzyko utraty zdrowia, ze względu na jego trzy równie ważne aspekty i wymiary: jednostkowy, społeczny i gospodarczy, okazuje się szczególnie dogodnym przedmiotem badania możliwości wyko-

rzystywania idei i metody ubezpieczenia do neutralizacji ryzyka w każdym zakresie i charakterze jego występowania. Ochrona zdrowia, jako wartości i powszechnego dobra, faktycznie nieodnawialnego w skali jednego pokolenia, wymaga bowiem ogromnie zróżnicowanych działań, których skuteczność i efektywność zależy od ich kompleksowości i komplementarności, zorientowanych nie tylko na rekompensowanie szkód/strat już powstałych, ale również niedopuszczających do utraty tej wartości i dobra w przyszłości. Tylko takie, prowadzone równolegle, kompleksowe, wzajemnie wspierające się działania gwarantują realną ochronę indywidualnych interesów jednostki, wspólnych interesów zbiorowości społecznej, efektywność ich gospodarowania; są bowiem warunkiem realizacji indywidualnych celów poszczególnych jednostek, rozwoju i sprawnego funkcjonowania każdej społeczności, a także bezpośrednio przekładają się na efektywność i konkurencyjność gospodarki.

Wyniki przeprowadzonych w poszczególnych rozdziałach książki rozważań nad użytecznością idei i metody ubezpieczenia do organizacji ochrony zdrowia, niezależnie od możliwości ich wykorzystania w tej właśnie dziedzinie, mogą być zatem potraktowane również jako argumenty na rzecz szerszej i bardziej spójnej interpretacji idei i metody ubezpieczenia, przemawiają także na rzecz koncepcji całościowego, zintegrowanego zarządzania zmianą.

ANEKS

SPIS TREŚCI

1. METODA PRODUKTOWEJ ANALIZY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA ORAZ RYNKU ŚWIADCZEŃ I UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH – PRZYKŁAD ZASTOSOWANIA	
1.1. Zakłady ubezpieczeń działu II	
1.1.1. Przykładowy wzór specyfikacji modułów i świadczeń zdrowotnych w produktach ubezpieczenia zdrowotnego oferowanych przez działające w Polsce zakłady ubezpieczeń (tabela 7)	
1.1.2. Wykaz analizowanych produktów ubezpieczeń zdrowotnych oferowanych przez zakłady ubezpieczeń działu II (tabela 8)	
1.1.3. Liczbowy i procentowy udział świadczeń zdrowotnych w wyróżnionych modułach oferty produktowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń działu II (wykres 1 i tabela 9)	
1.1.4. Podaż świadczeń w produktach oferowanych przez komercyjne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych działu II (wykres 2)	
1.1.5. Liczbowy i procentowy udział poszczególnych rodzajów świadczeń w ogólnej liczbie badanych produktów oferowanych przez zakłady ubezpieczeń zdrowotnych działu II (tabela 10)	

- 1.2. Zakłady ubezpieczeń działu II
 - 1.2.1. Wykaz analizowanych produktów (tzw. opcji zdrowotnych) oferowanych przez działające w Polsce zakłady ubezpieczeń „na życie” działu I (tabela 11)
 - 1.2.2. Liczbowy i procentowy udział świadczeń zdrowotnych w wyróżnionych modułach oferty produktowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie” działu I (wykres 3 i tabela 12)
 - 1.2.3. Podaż świadczeń w produktach oferowanych przez komercyjne zakłady ubezpieczeń „na życie” działu I (wykres 4)

- 1.3. Prywatne centra medyczne (firmy abonamentowe)
 - 1.3.1. Przykładowy wzór specyfikacji modułów i świadczeń medycznych oraz logistycznych oferowanych przez prywatne centra medyczne (firmy abonamentowe) (tabela 13)
 - 1.3.2. Liczbowy i procentowy udział poszczególnych świadczeń w ofercie prywatnych centrów medycznych (firm abonamentowych) (tabela 14)
 - 1.3.3. Rodzaje świadczeń w ofercie firm abonamentowych (wykres 5)
 - 1.3.4. Liczbowy i procentowy udział poszczególnych rodzajów świadczeń w ogólnej liczbie świadczeń składających się na rynkową ofertę firm abonamentowych (tabela 15)

1.3.5. Podaż poszczególnych rodzajów świadczeń o ofercie firm abonamentowych (wykres 6)

**2. WYKAZ ZAGADNIEŃ (I STOSOWNYCH PYTAŃ BADAWCZYCH)
DOTYCZĄCYCH ZASADNOŚCI I REALNOŚCI KONCEPCJI ZASTĄPIENIA
KONTRAKTAMI UBEZPIECZENIOWYMI DOTYCHCZASOWYCH
SPOŁECZNYCH UMÓW MIĘDZYPOKOLENIOWYCH**

**3. PRZYKŁADOWE ZAŁOŻENIA DO PLANU WERYFIKACJI ZASADNOŚCI
I REALNOŚCI KONCEPCJI ZASTĄPIENIA DOTYCHCZASOWYCH
SPOŁECZNYCH UMÓW MIĘDZYPOKOLENIOWYCH KONTRAKTAMI
UBEZPIECZENIOWYMI**

1. METODA PRODUKTOWEJ ANALIZY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA ORAZ RYNKU ŚWIADCZEŃ I UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH – PRZYKŁAD ZASTOSOWANIA

1.1. ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ DZIAŁU II I I

Przegląd ofert produktowych działających w Polsce zakładów ubezpieczeń działu II wykazał¹⁸⁴, że przyjętą w książce definicję ubezpieczenia zdrowotnego mogą spełniać produkty oferowane przez 16 zakładów (tabela 8). Zgodnie z tym kryterium, spośród ofert prezentowanych przez te zakłady na ich stronach internetowych, wyspecyfikowano 88 potencjalnych produktów obejmujących łącznie 457 różnych rodzajów świadczeń. Oferty zostały przeanalizowane ze względu na rodzaj ryzyka utraty zdrowia i zakres ochrony. Pominięte zostały takie parametry jak koszt i cena, bowiem prezentacje internetowe ich nie ujawniają. Analizę konstrukcji owych ofert anonsujących dostępne produkty przeprowadzono w oparciu o sporządzony w tym celu schemat specyfikacji świadczeń i ich modułów (tabela 7).

**1.1.1. PRZYKŁADOWY WZÓR SPECYFIKACJI MODUŁÓW
I ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRODUKTACH
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
OFEROWANYCH PRZEZ DZIAŁAJĄCE W POLSCE
ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ**

**1.1.2. WYKAZ ANALIZOWANYCH PRODUKTÓW UBEZPIECZEŃ
ZDROWOTNYCH OFEROWANYCH PRZEZ ZAKŁADY
UBEZPIECZEŃ DZIAŁU II**

Tabela 8. Wykaz analizowanych produktów ubezpieczeń zdrowotnych oferowanych przez zakłady ubezpieczeń działu II

Nazwa zakładu ubezpieczeń	Nazwa produktu/wariantu produktowego
Allianz	Moje zdrowie – wariant podstawowy, wariant rozszerzony
Aviva	Pakiet medyczny „Bądź zdrow” podstawowy, rozszerzony oraz platynowy
Axa	Vitalite (w trzech wariantach A, B, C)
Compensa	Multi Zdrowie, Zdrowie plus, Zdrowie Complex, Zasilek szpitalny, Świadczenie operacyjne A(nieszczęśliwy wypadek), Świadczenie operacyjne B (choroba)
Europa	Szlachetne Zdrowie warianty srebrny, złoty, platynowy
InterRisk	Medi – Care (pięć wariantów); Antidotum Plus; City Med.; Zdrowie opieka medyczna; Zdrowie pobyt w szpitalu; Zdrowie – operacje; Zdrowie poważna choroba; Zdrowie- pomoc medyczna; Zdrowie – nagła pomoc
Inter Polska	Vision w czterech wariantach: Basic, Silver, Gold, Diamond
Medica Polska	Medica w wariantach: Basic, Standard, Rozszerzony plus, Opieka szpitalna wariant I oraz II

Medicover	Ty i rodzinna opieka medyczna standard; podstawowa, podstawowa plus, premium, prestige; Senior opieka plus, Premium; Maluszek opieka podstawowa, opieka plus
Lux Med	Opieka medyczna dla dzieci (0-18 trzy warianty); Plan opieki medyczne (18-65 pięć wariantów); Plan opieki medycznej dla Seniorów (trzy warianty)
MetLifeAmplico	Pierwsza pomoc 2000+; Pakiet Twoje zdrowie; Szlachetne zdrowie; Hospitalizacja plus, Hospitalizacja, Konsultacje medyczne, Ubezpieczenie szpitalne
PZU	Opieka medyczna (pięć wariantów); Ubezpieczenie dziennego świadczenia szpitalnego; Ubezpieczenie od operacji; Ubezpieczenie przejęcia obowiązku opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji; Ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego; Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa; Ubezpieczenie na wypadek złamania kości; Ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby; Ubezpieczenie Asystent w czasie choroby
Signal Iduna	Pełnia Zdrowia start; Avimed w czterech wariantach; Pełnia zdrowia Polmed
Uniqą	Zdrowie & Harmonia
ING	Ubezpieczenia na wypadek choroby

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji zawartych na stronach internetowych. Stan na dzień 30 X 2012

**1.1.3. LICZBOWY I PROCENTOWY UDZIAŁ ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W WYRÓŻNIONYCH MODUŁACH
OFERTY PRODUKTOWEJ DZIAŁAJĄCYCH W POLSCE
ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ DZIAŁU II**

Wykres 1. Procentowy udział świadczeń zdrowotnych w wyróżnionych modułach oferty produktowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń działu II

Źródło: R. Holly, K. Chudzik, E. Skibińska, *Produkt ubezpieczenia zdrowotnego jako instrument zarządzania efektywnością realizacji celów przedsiębiorstw rynku ochrony zdrowia*, [w:] Antoszkiewicz J., Dębski M., (red.), *Problemy Zarządzania. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, tom XIII, zeszyt 15, SAN, Warszawa-Łódź 2012, s. 295.

Tabela 9. Liczbowy i procentowy udział świadczeń zdrowotnych w wyróżnionych modułach oferty produktowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń działu II

Charakter świadczenia	Liczba świadczeń	Procentowy udział we wszystkich świadczeniach
Świadczenia medyczne		
Profilaktyczno -prewencyjne	48	10.5%
Zachowawcze	58	12.7%
Diagnostyczne	60	13.1%
Naprawcze/ zabiegowe	45	9.8%
Rehabilitacyjny	17	3.7%
Pielęgnacyjny	36	7.9%
Paliatywny	0	0%
Świadczenia opiekuńczo – pielęgnacyjne		
Opiekuńcze	1	0.2%
Pielęgnacyjne	23	5%
Rewalidacyjne	0	0%
Reorientacji zawodowej	0	0%
Assistance	60	13.1%
Concierge	8	1.8%

Hospicyjne	0	0%
Paliatywne	0	0%
Świadczenia wypadkowe		
Pomoc med. – ratownicza	15	3.3%
Pomoc med. – zabiegowa	1	0.2%
Pomoc psychologa	5	1.1%
Świadczenia rehabilitacyjne	8	1.8%
Świadczenia rewalidacyjne	0	0%
Świadczenia pielęgniacyjne	2	0.4%
Finansowe wsparcie okresowe	2	0.4%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „za zdarzenie”	9	2%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „procentowe”	3	0.7%
Finansowe wsparcie jednorazowe – <i>ex delicto</i>	0	0%
Renta bezterminowa	3	0.7%

Assistance	10	2.2%
Concierge	7	1.5%
Świadczenia rentowe (finansowe)		
Finansowe wsparcie jednorazowe – „za zdarzenie”	24	5.3%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „procentowe”	2	0.4%
Finansowe wsparcie jednorazowe – <i>ex delicto</i>	1	0.2%
Finansowe wsparcie okresowe	5	1.1%
Finansowe wsparcie rentowe	4	0.9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie R. Holly, K. Chudzik, E. Skibińska, *Produkt ubezpieczenia zdrowotnego jako instrument zarządzania efektywnością realizacji celów przedsiębiorstw rynku ochrony zdrowia*, [w:] Antoszkiewicz J., Dębski M., (red.), *Problemy Zarządzania. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, tom XIII, zeszyt 15, SAN, Warszawa-Łódź 2012, s. 296-297.

**1.1.4. PODAŻ ŚWIADCZEŃ W PRODUKTACH OFEROWANYCH
PRZEZ KOMERCYJNE ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ
ZDROWOTNYCH DZIAŁU II**

Wykres 2. Podaż świadczeń w produktach oferowanych przez komercyjne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych działu II

Źródło: R. Holly, K. Chudzik, E. Skibińska, *Produkt ubezpieczenia zdrowotnego jako instrument zarządzania efektywnością realizacji celów przedsiębiorstw rynku ochrony zdrowia*, [w:] Antoszkiewicz J., Dębski M., (red.), *Problemy Zarządzania. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, tom XIII, zeszyt 15, SAN, Warszawa-Łódź 2012, s. 299.

1.1.5. LICZBOWY I PROCENTOWY UDZIAŁ POSZCZEGÓLNYCH RODZAJÓW ŚWIADCZEŃ W OGÓLNEJ LICZBIE BADANYCH PRODUKTÓW OFEROWANYCH PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH DZIAŁU II

Tabela 10. Liczbowy i procentowy udział poszczególnych rodzajów świadczeń w ogólnej liczbie badanych produktów oferowanych przez zakłady ubezpieczeń zdrowotnych działu II

Charakter świadczenia	Liczba produktów	Procentowy udział we wszystkich oferowanych produktach
Świadczenia medyczne		
Profilaktyczno - prewencyjne	48	54.5%
Zachowawcze	58	65.9%
Diagnostyczne	60	68.2%
Naprawcze/ zabiegowe	45	51.1%
Rehabilitacyjny	17	19.3%
Pielęgnacyjny	36	40.9%
Paliatywny	0	0%
Świadczenia opiekuńczo – pielęgnacyjne		
Opiekuńcze	1	1.1%
Pielęgnacyjne	23	26.1%
Rewalidacyjne	0	0%

Reorientacji zawodowej	0	0%
Assistance	60	68.2%
Concierge	8	9.1%
Hospicyjne	0	0%
Paliatywne	0	0%
Świadczenia wypadkowy		
Pomoc med. – ratownicza	15	17.0%
Pomoc med. – zabiegowa	1	1.1%
Pomoc psychologa	5	5.7%
Świadczenia rehabilitacyjne	8	9.1%
Świadczenia rewalidacyjne	0	0%
Świadczenia pielęgnacyjne	2	2.3%
Finansowe wsparcie okresowe	2	2.3%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „za zdarzenie”	9	10.2%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „procentowe”	3	3.4%

Finansowe wsparcie jednorazowe – <i>ex delicto</i>	0	0%
Renta bezterminowa	3	3.4%
Assistance	10	11.4%
Concierge	7	8%
Świadczenia rentowe (finansowe)		
Finansowe wsparcie jednorazowe – „za zdarzenie”	24	27.3%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „procentowe”	2	2.3%
Finansowe wsparcie jednorazowe – <i>ex delicto</i>	1	1.1%
Finansowe wsparcie okresowe	5	5.7%
Finansowe wsparcie rentowe	4	4.5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie R. Holly, K. Chudzik, E. Skibińska, *Produkt ubezpieczenia zdrowotnego jako instrument zarządzania efektywnością realizacji celów przedsiębiorstw rynku ochrony zdrowia*, [w:] Antoszkiewicz J., Dębski M., (red.), *Problemy Zarządzania. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, tom XIII, zeszyt 15, SAN, Warszawa-Łódź 2012, s. 297-298.

1.2. ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ DZIAŁU I

Przegląd ofert produktowych działających w Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie” – działu I wykazał,¹⁸⁵ że przyjętą w książce definicję ubezpieczenia zdrowotnego mogą spełniać produkty oferowane przez 19 zakładów ubezpieczeniowych tego działu w postaci tzw. opcji zdrowotnych (tabela 11). Zgodnie z tym kryterium, spośród ofert prezentowanych przez te zakłady na ich stronach internetowych, wyspecyfikowano 94 potencjalne produkty (jako „opcje”) obejmujące łącznie 435 różnych świadczeń: w module serwisowym-medycznym – 9 (2,7%), w opiekuńczo-pielęgnacyjnym – 27 (8,1%), w finansowo-rentowym – 132 (39,4%), w wypadkowym – 167 (49,8%) – por. wykres 2.

Oferty zostały przeanalizowane ze względu na rodzaj ryzyka utraty zdrowia i zakres ochrony. Pominięte zostały takie parametry, jak koszt i cena, bowiem prezentacje internetowe ich nie ujawniają. Analizę konstrukcji owych ofert anonsujących dostępne produkty przeprowadzono w oparciu o sporządzony w tym celu schemat specyfikacji świadczeń i ich modułów.

1.1.1. WYKAZ ANALIZOWANYCH PRODUKTÓW (TZW. OPCJI ZDROWOTNYCH) OFEROWANYCH PRZEZ DZIAŁAJĄCE W POLSCE ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ „NA ŻYCIE” DZIAŁU I

Tabela 11. Wykaz analizowanych produktów (tzw. opcji zdrowotnych) oferowanych przez działające w Polsce zakłady ubezpieczeń „na życie” działu I

Nazwa zakładu ubezpieczeń	Nazwa wariantu (opcji zdrowotnej)
Aegon TUnŻ S. A.	Bezpieczni Bliscy, Bezpieczni Bliscy I Ja, Pod opieką
Allianz Życie Polska S. A.	Indywidualne Terminowe Ubezpieczenia Na Życie, Indywidualne Terminowe Ubezpieczenia Na Dożycie Z Planem Edukacyjnym, Indywidualne Terminowe Ubezpieczenie Na Życie I Dożycie Z Planem Kapitałowym, Allianz Opiekun Standard, Allianz Opiekun Komfort
Amplico Life S. A.	Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie I Dożycie, Indywidualne Ubezpieczenie Na Dożycie Ze Składką Jednorazową, Indywidualne Terminowe Ubezpieczenie Na Życie, Indywidualne Ubezpieczenie Dożywotnie, Indywidualne Ubezpieczenie Na Dożycie, Ubezpieczeniowy Pakiet Ochrona Życia I Zdrowia, Indywidualne Terminowe Ubezpieczenie Na Życie – Twój Pakiet Ochronny, Indywidualne Ubezpieczenie Na Dożycie Dla Dziecka
Aviva TUnŻ S. A.	Ubezpieczenie Gwarantowanej Renty Kapitałowej, Ubezpieczenie Uniwersalne – Nowa Perspektywa

<p>Axa Życie TU S. A.</p>	<p>Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie Bezpieczna Dekada Prestiż, Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie Bezpieczna Dekada, Ubezpieczenie Na Życie Parasol, Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie Z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi Złoty Środek, Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie Plan Ochronny Axa</p>
<p>Benefia TUnŻ S. A. Vienna Insurance Group</p>	<p>Indywidualne Ubezpieczenie Na Wypadek Śmierci, Indywidualne Kapitałowe Ubezpieczenie Na Życie, Kapitałowe Ubezpieczenie Na Życie Z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Ze Składką Jednorazową, Uniwersalne Ubezpieczenie Na Życie Z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Kolory Życia+”, Indywidualne Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Ze Zwrotem Składki – Życie Z Plusem, Ubezpieczenie Zaopatrzenia Dzieci – Start Z Plusem</p>
<p>Cardif Polska S. A</p>	<p>Ubezpieczenie Terminowe Pocztylion Życie, Indywidualne Terminowe Ubezpieczenie Na Życie „Protektor”, Ubezpieczenie Z Funduszem Kapitałowym Pocztylion Życie, Ubezpieczenie Inwestycyjne Pocztylion Życie, Posagowe Pocztylion Życie</p>
<p>Concordia Capital S. A.</p>	<p>Ubezpieczenie Indywidualne Na Życie, Ubezpieczenie Indywidualne Na Życie I Dożycie Z Udziałem W Zysku, Ubezpieczenie Indywidualne Na Życie „Życie Ccasco”, Indywidualne Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków</p>
<p>Generali Życie TU S. A.</p>	<p>Ubezpieczenie Na Życie I Dożycie Lew Partner, Ubezpieczenie Na Życie Plan Zabezpieczenia Bieżących Potrzeb Rodziny, Program Wypadkowy Generali Evento, Ubezpieczenie Posagowe Lew Junior</p>

Ergo Hestia S. A.	Ogólne Warunki Ubezpieczenia Na Życie Altima, Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie I Dożycie Z Udziałem W Zysku Eventus Od Mamy I Taty, Indywidualne Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Aspira, Program Inwestycyjno-Rentowy Duo Invest, Ubezpieczeniowo-Oszczędnościowy Eventus Duo, Inwestycyjno-Rentowy Advanta Ubezpieczenie Inwestycyjne Z Jednorazową Składką Ubezpieczeniową, Inwestycyjno-Rentowy Advanta Ubezpieczenie Inwestycyjne Z Regularną Składką Ubezpieczeniową, Program Inwestycyjno-Rentowy Advanta Ubezpieczenie Rentoweg; Program Inwestycyjno-Rentowy Inventusi Ubezpieczenie Inwestycyjne Z Jednorazową Składką Ubezpieczeniową, Program Inwestycyjno-Rentowy Inventus Ubezpieczenie Inwestycyjne Z Regularną Składką Ubezpieczeniową
ING TUnŻ S. A.	Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Ochrona +, Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Ing Smart +, Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Ing Smart, Ubezpieczenie Na Życie „Sposób Na Przyszłość”
Macif Życie TUV	Acti GWARANT, Acti OCHRONA
Nordea Polska TUnŻ S. A.	„Nordea Multi Ochrona Solo”, Nordea Twoja Ochrona, „Nordea Wachlarz Bezpieczeństwa Plus”, „Nordea Wachlarz Bezpieczeństwa”, „Nordea Multi Ochrona Rodzina”, „Nordea Multi Ochrona Senator”, „Perfect Multi Ochrona”, Ochronne Ubezpieczenie Na Życie „Nordea Max”

<p>Polisa-Życie S. A.</p>	<p>„Bezpieczny Na Drodze”, „Polisa Dla Ciebie”, „Bezpieczni Razem”, Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Mono, Ubezpieczenie Stypendialne „Żak”, Ubezpieczenie Na Życie I Dożycie „Twoje Netto”, Ubezpieczenia Na Życie I Dożycie „Premium” 2009, Ubezpieczenie Kredytobiorców Lub Leasingobiorców, Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Mono Plus, Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Invest Polisa”</p>
<p>Pramerica Życie TUIR S. A</p>	<p>Ubezpieczenie Na Życie I Dożycie, Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Zapewniające Dochód Rodzinie, Terminowe Ubezpieczenie Na Życie – Wersja Biznes, Bezterminowe Ubezpieczenie Na Życie, Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Z Malejącą Sumą Ubezpieczenia, Na Życie Z Emeryturą, Terminow Ubezpieczenie Na Życie</p>
<p>PZU Życie S. A.</p>	<p>Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie I Dożycie Pzu Ochrona I Zysk, Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie I Dożycie, Terminowe Ubezpieczenie Ubezpieczenia Na Życie Pzu Twoja Ochrona, Zbiorowe Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, Ubezpieczenie Indywidualnie Kontynuowane Typ P Plus, Ubezpieczenie Indywidualnie Kontynuowanego Typ P, Typ P Plus, Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie Z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym</p>
<p>Signal Iduna Życie Polska TU S. A</p>	<p>Terminowe Ubezpieczenie Ubezpieczenia Na Życie, Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie I Dożycie Z Gwarantowanym Zwrotem Składek Oraz Ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, Terminowe Ubezpieczenie Ubezpieczenia Na Życie I Dożycie</p>

Uniq a TUnŻ S. A.	Terminowe Ubezpieczenie Na Życie Twoja Ochrona, Krótkoterminowe Ubezpieczenie Na Życie Ochrona komfort, Ubezpieczenie Na Życie Z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, Ubezpieczenie Na Życie I Dożycie Twoja Przyszłość
Warta S. A.	Ubezpieczenie Terminowe Na Życie Perłowa Ochrona, Indywidualne Ubezpieczenie Na Życie „Życiowy Plan”, Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe Na Życie Platynowa Ochrona

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczeniowych zawartych na stronach internetowych. Stan na dzień 30 X 2012

1.1.2. LICZBOWY I PROCENTOWY UDZIAŁ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W WYRÓŻNIONYCH MODUŁACH OFERTY PRODUKTOWEJ DZIAŁAJĄCYCH W POLSCE ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ „NA ŻYCIE” DZIAŁU I

Wykres 2. Procentowy udział świadczeń zdrowotnych w wyróżnionych modułach oferty produktowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie” działu I

Źródło: opracowanie własne na podstawie R. Holly, M. Chruściel, *Świadczenia zdrowotne w ramach produktowej oferty rynkowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie”*, [w:] Holly R. (red.), *Planowanie strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej w województwie łódzkim na lata 2014-2020. Konceptualizacja, metodologia badań, ocena dostępnych danych źródłowych*, KIU, przeddruk, Warszawa-Łódź 2013, s. 220.

Tabela 11. Liczbowy i procentowy udział świadczeń zdrowotnych w wyróżnionych modułach oferty produktowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie” działu I

Charakter świadczenia	Liczba świadczeń	Procentowy udział we wszystkich świadczeniach
Świadczenia medyczne		
Profilaktyczno-prewencyjne	4	1,2%
Zachowawcze	1	0,3%
Diagnostyczne	1	0,3%
Naprawcze/zabiegowe	0	0%
Rehabilitacyjny	1	0,3%
Pielęgnacyjny	2	0,6%
Paliatywny	0	0%
Świadczenia opiekuńczo – pielęgnacyjne		
Opiekuńcze	4	1,2%
Pielęgnacyjne	6	1,8%
Rewalidacyjne	0	0%
Reorientacji zawodowej	2	0,6%
Assistance	7	2,1%

Concierge	8	2,4%
Hospicyjne	0	0%
Paliatywne	0	0%

Świadczenia wypadkowe

Pomoc med. – ratownicza	2	0,6%
Pomoc med. – zabiegowa	2	0,6%
Pomoc psychologa	4	1,2%
Świadczenia rehabilitacyjne	7	2,1%
Świadczenia rewalidacyjne	1	0,3%
Świadczenia pielęgniacyjne	8	2,4%
Finansowe wsparcie okresowe	24	7,1%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „za zdarzenie”	51	15,2%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „procentowe”	50	14,9%
Finansowe wsparcie jednorazowe – <i>ex delicto</i>	0	0%
Renta bezterminowa	1	0,3%

Assistance	9	2,7%
Concierge	8	2,4%

Świadczenia rentowe (finansowe)

Finansowe wsparcie jednorazowe – „za zdarzenie”	100	30%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „procentowe”	20	5,9%
Finansowe wsparcie jednorazowe – <i>ex delicto</i>		0%
Finansowe wsparcie okresowe	8	2,3%
Finansowe wsparcie rentowe	4	1,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie R. Holly, M. Chruściel, *Świadczenia zdrowotne w ramach produktowej oferty rynkowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie”, [w:] Holly R. (red.), Planowanie strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej w województwie łódzkim na lata 2014-2020. Konceptualizacja, metodologia badań, ocena dostępnych danych źródłowych, KIU, przeddruk, Warszawa-Łódź 2013, s. 221-222.*

1.1.3. Podaż świadczeń w produktach oferowanych przez komercyjne zakłady ubezpieczeń „NA ŻYCIE” DZIAŁU I

Wykres 3. Podaż świadczeń w produktach oferowanych przez komercyjne zakłady ubezpieczeń „na życie” działu I

Źródło: opracowanie własne na podstawie R. Holly, M. Chruściel, *Świadczenia zdrowotne w ramach produktowej oferty rynkowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie”*, [w:] Holly R. (red.), *Planowanie strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej w województwie łódzkim na lata 2014-2020. Konceptualizacja, metodologia badań, ocena dostępnych danych źródłowych*, KIU, przeddruk, Warszawa-Łódź 2013, s. 223.

1.2. PRYWATNE CENTRA MEDYCZNE (FIRMY ABONAMENTOWE)

Analiza świadczeń oferowanych przez prywatne centra medyczne (tzw. firmy abonamentowe) objęła oferty siedmiu tego typu podmiotów (Enel-Med, Medicover, LuxMed, Medycyna Rodzinna, Signum, Polmed, CM Puławska) prezentowane na stronach internetowych tych firm.¹⁸⁶ Przegląd rzeczonych ofert wykazał, że – stosując analogiczne kryteria jak w odniesieniu do ofert zakładów ubezpieczeń – można wyspecyfikować 37 potencjalnych produktów obejmujących łącznie 217 świadczeń. Podobnie jak w przypadku zakładów ubezpieczeń, oferty produktowe zostały przeanalizowane jedynie ze względu na rodzaj ryzyka i zakres ochrony (pominięte zostały koszt i cena).

1.2.1. PRZYKŁADOWY WZÓR SPECYFIKACJI MODUŁÓW I ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH ORAZ LOGISTYCZNYCH OFEROWANYCH PRZEZ PRYWATNE CENTRA MEDYCZNE (FIRMY ABONAMENTOWE)

Tabela 13. Przykładowy wzór specyfikacji modułów i świadczeń zdrowotnych w produktach prywatnych centrów medycznych

Źródło: opracowanie własne.

1.2.2. LICZBOWY I PROCENTOWY UDZIAŁ POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ W OFERCIE PRYWATNYCH CENTRÓW MEDYCZNYCH (FIRM ABONAMENTOWYCH)

Tabela 14. Liczbowy i procentowy udział poszczególnych świadczeń w ofercie prywatnych centrów medycznych (firm abonamentowych)

Charakter świadczenia	Liczba świadczeń	Procentowy udział we wszystkich świadczeniach
Świadczenia medyczne		
Profilaktyczno-prewencyjne	26	11,98%
Zachowawcze	37	17,05%
Diagnostyczne	37	17,05%
Naprawcze/zabiegowe	30	13,82%
Rehabilitacyjny	12	5,53%
Pielęgnacyjny	0	0%
Paliatywny	0	0%
Świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne		
Opiekuńcze	0	0%
Pielęgnacyjne	0	0%
Rewalidacyjne	0	0%

Reorientacji zawodowej	0	0%
Assistance	37	17,05%
Concierge	0	0%
Hospicyjne	0	0%
Paliatywne	0	0%

Świadczenia wypadkowe

Pomoc med. – ratownicza	9	4,15%
Pomoc med. – zabiegowa	29	13,36%
Pomoc psychologa	0	0%
Świadczenia rehabilitacyjne	0	0%
Świadczenia rewalidacyjne	0	0%
Świadczenia pielęgnacyjne	0	0%
Finansowe wsparcie okresowe	0	0%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „za zdarzenie”	0	0%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „procentowe”	0	0%

Finansowe wsparcie jednorazowe – <i>ex delicto</i>	0	0%
Renta bezterminowa	0	0%
Assistance	0	0%
Concierge	0	0%

Źródło: M. Arendarski, *Oferta świadczeń zdrowotnych komercyjnych towarzystw ubezpieczeniowych i prywatnych centrów medycznych w Polsce – analiza porównawcza*, praca podyplomowa, studia podyplomowe „Ubezpieczeń zdrowotnych i zarządzania ochroną zdrowia”, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń.

1.2.3. RODZAJE ŚWIADCZEŃ W OFERCIE FIRM ABONAMENTOWYCH

Wykres 5. Rodzaje świadczeń w ofercie firm abonamentowych

Źródło: M. Arendarski, *Oferta świadczeń zdrowotnych komercyjnych towarzystw ubezpieczeniowych i prywatnych centrów medycznych w Polsce – analiza porównawcza*, praca podyplomowa, studia podyplomowe „Ubezpieczeń zdrowotnych i zarządzania ochroną zdrowia”, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń.

**1.2.4. LICZBOWY I PROCENTOWY UDZIAŁ POSZCZEGÓLNYCH
RODZAJÓW ŚWIADCZEŃ W OGÓLNEJ LICZBIE
ŚWIADCZEŃ SKŁADAJĄCYCH SIĘ NA RYNKOWA OFERTĘ
FIRM ABONAMENTOWYCH**

Tabela 6. Udział produktów o danym charakterze w ogólnej liczbie produktów oferowanych przez firmy abonamentowe.

Charakter świadczenia	Liczba świadczeń	Procentowy udział we wszystkich świadczeniach
Świadczenia medyczne		
Profilaktyczno -prewencyjne	26	70,27%
Zachowawcze	37	100%
Diagnostyczne	37	100%
Naprawcze/ zabiegowe	30	81,08%
Rehabilitacyjny	12	32,43%
Pielęgnacyjny	0	0%
Paliatywny	0	0%
Świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne		
Opiekuńcze	0	0%
Pielęgnacyjne	0	0%
Rewalidacyjne	0	0%

Reorientacji zawodowej	0	0%
Assistance	37	100%
Concierge	0	0%
Hospicyjne	0	0%
Paliatywne	0	0%

Świadczenia wypadkowe

Pomoc med. – ratownicza	9	24,32%
Pomoc med.	29	78,38%
Pomoc psychologa	0	0%
Świadczenia rehabilitacyjne	0	0%
Świadczenia rewalidacyjne	0	0%
Świadczenia pielęgnacyjne	0	0%
Finansowe wsparcie okresowe	0	0%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „za zdarzenie”	0	0%
Finansowe wsparcie jednorazowe – „procentowe”	0	0%

Finansowe wsparcie jednorazowe – <i>ex delicto</i>	0	0%
Renta bezterminowa	0	0%
Assistance	0	0%
Concierge	0	0%

Źródło: M. Arendarski, *Oferta świadczeń zdrowotnych komercyjnych towarzystw ubezpieczeniowych i prywatnych centrów medycznych w Polsce – analiza porównawcza*, praca podyplomowa, studia podyplomowe „Ubezpieczeń zdrowotnych i zarządzania ochroną zdrowia”, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń.

1.2.5. Podaż poszczególnych rodzajów świadczeń w ofercie firm abonamentowych

Wykres 6. Podaż poszczególnych rodzajów świadczeń w ofercie firm
abonamentowych

Źródło: M. Arendarski, *Oferta świadczeń zdrowotnych komercyjnych towarzystw ubezpieczeniowych i prywatnych centrów medycznych w Polsce – analiza porównawcza*, praca podyplomowa, studia podyplomowe „Ubezpieczeń zdrowotnych i zarządzania ochroną zdrowia”, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń.

2. WYKAZ ZAGADNIENÍ (I STOSOWNYCH PYTAŃ BADAWCZYCH) DOTYCZĄCYCH ZASADNOŚCI I REALNOŚCI KONCEPCJI ZASTĄPIENIA KONTRAKTAMI UBEZPIECZENIOWYMI DOTYCHCZASOWYCH SPOŁECZNYCH UMÓW MIĘDZYPOKOLENIOWYCH

- Na czym polega i w jaki sposób dokonuje się zmiana w zakresie rozumienia i sposobu traktowania takich wartości jak: równość, sprawiedliwość, słuszność społeczna, wolność „do” i „od”, solidaryzm, efektywność?
- Czy i w jaki sposób koreluje to ze zmianą w zakresie potrzeb, oczekiwań i aspiracji różnych grup socjodemograficznych w wybranych krajach UE?
- W jakim stopniu dotyczy to potrzeb, oczekiwań i aspiracji społecznych oraz sposobów ich zaspakajania (co do zakresu, różnorodności form, jakości, zasad dostępności, ceny)?
- Od czego i w jakim stopniu zależy poczucie bezpieczeństwa obywateli współczesnych państw UE?
- Czego oni oczekują od swoich rządów, instytucji państwowych, organizacji publicznych; pozarządowych i przedsiębiorstw?
- Co warunkuje integrację społeczeństwa obywatelskiego?
- Co stanowi o poczuciu bezpieczeństwa obywateli współczesnych państw UE:
 - własna rodzina (jaki jej wzorzec?),
 - gospodarstwo domowe (o jakiej strukturze?),

- pewność zatrudnienia (jakiego, w jakiej formie?),
- pewność pracy (czy ona jest, na czym ma polegać?),
- zdrowie (jak rozumiane, czemu służące?),
- pewność gwarancji ze strony państwa dotyczących:
 - zaopatrzenia w świadczenia społeczne (jakie?)
 - zatrudnienia (dostępu do rynku pracy?)
 - bezpieczeństwa fizycznego,
 - stabilnego rozwoju gospodarki kraju,
 - wolności obywatelskich (jakich?)
 - określonych praw (np. wolności „do” informacji i prawa wyboru, wolności „od” dyskryminacji, wykluczenia)
- Czym jest, na czym polega społeczne obywatelstwo we współczesnych państwach UE? Czemu i w jaki sposób służy? („demokracji”, trwałości państw, ich instytucji, trwałości systemów zabezpieczeń społecznych?) Jakie korzyści daje obywatelowi, a jakich wymaga ofiar?
- Czego powinny dotyczyć kontrakty społeczne? Co powinno być ich przedmiotem? „Stare” – „nowe” ryzyka/zagrożenia społeczne? Jakie? W jaki sposób definiowane?
- Kto (jakie instytucje, jak zorganizowane, wedle jakich zasad i procedur) mogą/winny określać:
 - przedmiot kontraktów,
 - zakres przedmiotowy/rodzajowy,
 - zróżnicowanie form,

- ogóle warunki umów (adhezyjnych?),
 - zasady zawierania i procedury,
 - koszty i ceny,
 - sposób administrowania (organizacji wspólnot ryzyka, prowadzenia funduszy ubezpieczeniowych, likwidowania i rozliczania szkód i należności),
 - gwarancje finansowe funkcjonowania.
- Kto winien określać:
 - kontrakty obowiązkowe i ich zakres
 - kontrakty dobrowolne
 - Jaki może/winien być systemowy model społecznych kontraktów ubezpieczeniowych?
 - Jak zapewnić **kompletność, komplementarność i spójność** systemowi społecznych kontraktów ubezpieczeniowych?
 - Jaka winna być formuła i status formalno-prawny społecznych kontraktów ubezpieczeniowych? Co w nich winno być wspólne, a co różne (ze względu na odmienność rodzajową ryzyk, ich charakter, miejsce w hierarchii wartości)?
 - Czy jest możliwy (a jeżeli tak, to jaki winien być) uniwersalny algorytm konstruowania społecznego kontraktu ubezpieczeniowego?
 - Jak zapewnić (zorganizować) przejście od współczesnych tzw. międzypokoleniowych umów społecznych do systemu społecznych kontraktów ubezpieczeniowych?
 - Czy i – jeżeli tak – w jakim stopniu możliwe jest wykorzystanie do projektowania i konstrukcji algorytmu spo-

łecznego kontraktu ubezpieczeniowego takich idei/koncepcji i metod, jak Risk Adjustment oraz Risk Sharing? ¹⁸⁷

- Czy ubezpieczeniowa oferta produktowa może stanowić instrument/narzędzie neutralizacji konfliktu interesów między „nowymi grupami” społecznymi?
- Jak **zmiany** w zakresie znaczenia **wartości**: równość społeczna, wolność (wyboru), solidaryzm społeczny, sprawiedliwość społeczna, słuszność społeczna, efektywność przełożyć na ofertę ubezpieczeniową:
 - jej zakres,
 - różnorodność,
 - jakość
 - dostępność
 - koszt
 - cenę
 - formę
 - charakter oferty
 - adresata oferty (segmentację klienta)

by była: (1) atrakcyjna dla beneficjenta/konsumenta i opłacalna dla producenta, (2) pełniła rolę instrumentu neutralizującego potencjalne konflikty społeczne

- **Czy terytorializacja (regionalizacja) polityki** zabezpieczenia społecznego pozwoli na zwiększenie efektywności systemu zabezpieczeń?

w tekście pod tym numerem jest inny przypis

- co winno/może być delegowane do regionu
- co winno/może pozostać w kompetencji rządu

po to by:

- lepiej diagnozować specyficzne potrzeby specyficznych grup („społeczności regionu”)
 - lepiej diagnozować zagrożenia
 - lepiej wykorzystywać potencjał poszczególnych grup socjodemograficznych
 - lepiej wykorzystywać możliwości tych grup
 - trafniej desygnować/adresować świadczenia (zwiększyć ich dostępność)
 - bardziej elastycznie reagować na symptomy zmiany
- Jakie inne (pozaubezpieczeniowe) kontrakty zawierane pomiędzy podmiotami państwa a jego obywatelami, beneficjentami systemu zabezpieczeń społecznych, mogłyby doprowadzić do zwiększenia efektywności tego systemu?

3. PRZYKŁADOWE ZAŁOŻENIA DO PLANU WERYFIKACJI ZASADNOŚCI I REALNOŚCI KONCEPCJI ZASTĄPIENIA DOTYCHCZASOWYCH SPOŁECZNYCH UMÓW MIĘDZYPOKOLENIOWYCH KONTRAKTAMI UBEZPIECZENIOWYMI

1. Ustalenie „nowego” katalogu ryzyk społecznych
 - 1.1. Identyfikacja i weryfikacja współczesnych potrzeb i interesów społecznych oraz zagrożeń zaspokojenia tych potrzeb i interesów, w celu zaktualizowania katalogu podstawowych ryzyk społecznych
 - 1.2. Uaktualnienie i reinterpretacja symboli współczesnego europejskiego państwa dobrobytu
 - 1.3. Ustalenie zakresu przedmiotowego niezbędnych zabezpieczeń społecznych konstytuujących i urzeczywistniających ideę współczesnego europejskiego państwa dobrobytu
 - 1.4. Określenie celów (i możliwych sposobów ich realizacji) współczesnego europejskiego państwa dobrobytu
2. Projektowanie i konstruowanie produktów (w postaci kontraktów ubezpieczeniowych) służących neutralizowaniu poszczególnych ryzyk
 - 2.1. Możliwość neutralizacji poszczególnych rodzajów wyspecyfikowanych ryzyk metodą ubezpieczeniową
 - (a) poprzez:
 - działania oświatowe, edukacyjne
 - działania profilaktyczne

- działania prewencyjne
- działania naprawcze
- działania (re) kompensacyjne
- zachowawcze

(b) w ramach:

- instytucji państwowych
- instytucji publicznych
- rozwiązań/mechanizmów rynkowych
- rozwiązań/mechanizmów partycypacji obywatelskiej (akcje, przedsięwzięcia charytatywne, dobroczynne fundacje celowe).

2.2 Określenie zasad konstrukcji powszechnych kontraktów ubezpieczeniowych służących spójnemu systemowi wzajemnie komplementarnych zabezpieczeń społecznych odpowiednich do/dla: poszczególnych rodzajów ryzyk i zagrożeń, poszczególnych grup interesariuszy – beneficjentów pod względem: zakresu świadczeń, różnorodności świadczeń, jakości świadczeń, dostępności świadczeń, kosztu świadczeń, ceny świadczeń charakteryzujących się: kompletnością, komplementarnością, kompatybilnością (spójnością).

2.3 Określenie celowości/zasadności oraz warunków i możliwości wykorzystania mechanizmów i instrumentów Risk Sharing i Risk Adjustment do konstrukcji jednolitego systemu społecznych kontraktów ubezpieczeniowych.

3. Zdefiniowanie zasad i założeń warunkujących wprowadzenie w państwach europejskich jednolitego systemu społecznych kontraktów ubezpieczeniowych. Propozycje rozwiązań systemowych w wymiarze: makro-mikro społecznym (publicznym – indywidualnym), ekonomicznym, politycznym, formalno-prawnym
- 3.1 Ustalenie czy i – jeżeli tak – w jakim zakresie i w jaki sposób jednolity, powszechny system społecznych kontraktów ubezpieczeniowych może służyć realizacji celów wynikających z idei współczesnego państwa dobrobytu.
- 3.2 Zasady organizacji i funkcjonowania jednolitego systemu kontraktów ubezpieczeniowych obejmującego: wszystkie (możliwie wiele) ryzyka i zabezpieczenia społeczne, wszystkie grupy interesariuszy beneficjentów w ramach społeczności:
- lokalnych,
 - regionalnych,
 - ponadnarodowych
 - jednolitego ze względu na: zakres zabezpieczeń, różnorodność zabezpieczeń, dostępność zabezpieczeń, jakość zabezpieczeń, cenę zabezpieczeń, możliwość wspólnego/wzajemnego finansowania i rozliczania kosztów
- 3.3. Opracowanie projektu oferty produktowej służącej neutralizacji współczesnych ryzyk społecznych – na przykładzie oferty produktowej w zakresie ochrony zdrowia

BIBLIOGRAFIA

Adam F., *Mapping social capital across Europe: findings, trends and methodological shortcomings of cross-national surveys*. *Social Science Information*, 47 (2) 2008.

Aleksandrowicz J., *W poszukiwaniu definicji zdrowia*, „*Studia Filozoficzne*”, 1972.

Alesina A., Glaeser E., *Fighting Poverty in the US and Europe: A World of Difference*, Oxford University Press, 2004.

Alińska A., *Instytucje mikrofinansowe w lokalnym rozwoju społeczno-gospodarczym*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008.

Allee J. G. (ed.), *Webster's dictionary*, Oottenheimer Publishers, Baltimore 1987.

Anioł Wł., *Europa Socjalna in statu nascendi*, [w:] Anioł Wł., Duszczyk M., Zawadzki P. W. (red.), *Europa Socjalna. Iluzja czy rzeczywistość?*, ASPRA-JR, Warszawa 2011.

Anioł Wł., *Unia Europejska jako wspólnota socjalna*, [w:] Wojtaszczyk K. A., Jakubowski W. (red.), *Europeistyka. Podręcznik akademicki*, tom 2, PWN, Warszawa 2012.

Anspaugh D. J., Hamrick M. H., Rosato F. D., *Wellness: Concepts and Applications*, MO: Mosby, St. Louis 1997.

Assistance Medyczne, serwis internetowy Inter Partner Assistance Polska S. A., http://ipa.com.pl/produkty_i_uslugi/zdrowie/ (dostęp: 23.11.2012 r.).

Ayer J. L., *Metaphysics and Common Sense, Essays on knowledge, man as a subject for science, chance, philosophy and politics, existentialism, metaphysics, and a reply to Austin on sense-data theory*, Macmillan, London 1967.

Ayer J. L., *Performatywy i konstatacje*, [w:] *Brytyjska filozofia analityczna*, Hempoliński M. (red.), Wiedza Powszechna, Warszawa 1974.

Ayer J. L., *Philosophy in the Twentieth Century*, Weidenfeld, London 1982.

Baker T., Simon J., *Embracing Risk*, Chicago University Press, Chicago 2002.

Bambra C., Netuveli G., Eikemo T. A., *Welfare state regime life courses: the development of western European welfare state regimes and age-related patterns of educational inequalities in self-reported health*, „International Journal of Health Services”, 40 (3) 2010.

Bambra C., *Work, worklessness and the political economy of health inequalities*, „Journal Of Epidemiology And Community Health”, 65 (9) 2011, Date of Electronic Publication: 2011 January 30.

Bańko M., *Inny słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 2000.

Basedow J., *The European Insurance Market, Harmonisation of Insurance Contract Law, and Consumer Policy*, „Connecticut Insurance Law Journal”, 7 (2000).

Basedow J., *The case for a European insurance contract code*, „Journal of Business Law”, 2001.

Basedow J., *Why insurance contract law in Europe should be harmonised*, Nordisk Försäkringstidskrift, 2002.

Basedow J., *Principles of European Insurance Contract Law (PEICL) – General Part*, Sellier European Law Publishers, Munich 2009.

Basedow J., Fock T. (eds.), *Europäisches Versicherungsvertragsrecht*, 1 & 2, Mohr Siebeck, Tübingen 2002.

Basedow J., Scherpe J. S., *Das internationale Versicherungsvertragsrecht und „Rom I“ in Stephan Lorenz, Festschrift für Andreas Helldrich zum 70. Geburtstag*, Beck, München 2005.

Beck U., *Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt am Main 1986.

Beck U., Giddensem A., Lashem S., *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, Frankfurt am Main 1994.

Beck U., Grande E., *Das kosmopolitische Europa. Gesellschaft und Politik in der Zweiten Moderne*, Frankfurt am Main 2004.

Beck U., *Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne (1986)*, *Spółeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Scholar, Warszawa 2004.

Berki S. E., *Hospital Economics*, Lexington Books 1974.

Bethencourt C., Galasso V., *Political complements in the welfare state: Health care and social security*, “Journal of Public Economics”, 92 (2008).

Białoszewska K., *MZ: w 2010 r. nie pojawią się dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne*, „Dziennik Gazeta Prawna”, (dostęp: 20-10-2010).

Bielicka M., *Abonamenty medyczne sprzedają się jak ciepłe bułki*, „Gazeta Wyborcza”, 05-09-2006.

Blaas M., *Harmonisierung des europäischen Vertragsversicherungsrechts, Zeitschrift für Europarecht, internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung*, 2000.

Blaas M., Pontiller A. K., Morandell P., *Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers im europäischen Vergleich*, Versicherungsrundschau, 2001.

Błoszczyńska M., *Rola ubezpieczeń prywatnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, praca doktorska, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne SGH, Warszawa 2005.

Bogdańska A., Jacoń A., Jarmusz E., *Pierwszy w Polsce ranking komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych. System ubezpieczeń uzupełniających*, „Menedżer Zdrowia”, (1)2006.

Bogutyn J., Monkiewicz J., *Ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń* tom II produkty, Poltext, Warszawa 2001.

Boni M. (red.), *Raport Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, www.polska2030.pl, lipiec 2009.

Borowski S., *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce – propozycja rozwiązań*, [w:] Szumlicz T. (red.), *Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, lipiec 2008 (wydanie specjalne).

Breyer F., Costa-Font J., Felder S., *Ageing, health, and health care*, Oxford Review of Economic Policy 2010.

Brodecki Z., Figarski J., Kamiński Z., Sołtys A., *Ubezpieczenia morskie*, Wydawnictwo Morskie, Gdańsk 1979.

Brown E. R., *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*, Berkeley University of California Press, 1979.

Brömmelmeyer Ch., *Principles of European Insurance Contract Law*, “European Review of Contract Law”, 3(2011).

Bulletin of the Commission on Insurance Technology of the American Risk and Insurance Assotiation, 1(1966).

Capik M., *Ubezpieczenia gospodarcze, Encyklopedia. Prawo nie tylko dla prawników*, Park, Bielsko-Biała 2000.

CASE, *Porządne kierunki zmian systemu ochrony zdrowia w Polsce*, praca zbiorowa, CeDeWu, Warszawa 2004.

CASE, *Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, część II, praca zbiorowa, Raport CASE-Doradcy we współpracy z Instytutem Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Warszawa 2005.

CASE, *Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, część I *Analiza*, praca zbiorowa, Raport CASE-Doradcy we współpracy z Instytutem Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Warszawa 2005.

CBOS: *Opinie o opiece zdrowotnej*, Komunikat z badań Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa kwiecień 2009.

CBOS (01.2005r.), *Opinie o opiece zdrowotnej w Polsce, Czechach, Słowacji i na Węgrzech*.

CBOS (12.2005 r.), *Niezadowolenie z opieki zdrowotnej*.

CBOS: *Opinie o opiece zdrowotnej*, komunikat z badań CBOS, 2009: <http://portalff.pl/images/stories/cbos-kwiecien.pdf>.

Centrum Systemów Informacji Ochrony Zdrowia (19-03-2007).

Chańska M., *Chorobowość szpitalna [w:] Sytuacja zdrowotna ludności Polski w 1996 roku*, Państwowy Zakład Higieny i Biuro Monitoringu Narodowego Programu Zdrowia, Warszawa 1998.

Chańska M., *Chorobowość szpitalna w różnych szpitalach według przyczyn, płci i miejsca zamieszkania*, „Zdrowie Publiczne”, 87 (1976).

Chańska M., *Czy zmiany w częstości hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia, urazów i zatruc oraz chorób nowotworowych w Polsce w latach 1979-1993 można uznać za zadowalającą?*, „Antidotum”, 11 (1995).

Chańska M., Goryński P., Wojtyniak B., Seroka W., *Ogólnopolskie badanie chorobowości szpitalnej ogólnej*, „Zdrowie Publiczne”, 106 (1995).

Chańska M., Goryński P., *Porównywanie stanu zdrowia małych populacji (mieszkańców gminy)*, „Zdrowie Publiczne”, 1 (2000).

Chańska M., Krzyżanowski M., Wojtyniak B., *Trendy chorobowości szpitalnej oraz przewidywana częstość hospitalizacji mieszkańców Polski w r. 1980*, „Zdrowie Publiczne”, tom 89, 12 (1978).

Chańska M., Rzącka D., Worowska-Rogowska J., *Najczęstsze choroby dzieci leczonych w szpitalach województwa warszawskiego w 1973 r.*, „Zdrowie Publiczne”, tom 88, 1 (1977).

Chańska M., Seroka W., *Zmiany częstości hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia, urazów i zatruc oraz chorób nowotworowych w Polsce w latach 1979-1993*, „Przegląd Epidemiologiczny”, tom 46, 4 (1995).

Chańska M., Wojtyniak B., Goryński P., *Stan zdrowia dzieci wiejskich i miejskich*, „Rocznik Naukowy”, tom VI, 1 (1999), suplement.

Chawla M., *Health Care Spending In the New EU Member States. Controlling Costs and Improving Quality*, The World Bank Working Paper, Washington 2007.

Chęłpa S., *Strategie badawcze kwalifikacji kierowniczych*, „Zarządzanie zasobami ludzkimi”, 1 (2004).

Chomątowska B., Chmielewski M., *Medyczny biznes rośnie w siłę*, „Rzeczpospolita”, (dostęp: 05.05.2010).

Chomątowska B., *Prywatne szpitale walczą o pacjentów*, „Rzeczpospolita”, (dostęp: 04.05.2010).

Chudzik K., *Produkt ubezpieczenia zdrowotnego jako instrument zarządzania efektywnością realizacji celów przedsiębiorstw rynku ochrony zdrowia*, praca podyplomowa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi 2013.

Churchill C., *What insurance for the poor?* [w:] Churchill C. (red.), *Protecting the poor. A microinsurance compendium*, International Labor Organisation, Geneva 2006.

Cichocka E., *Chaos informacyjny na temat reformy*, [w:] Chołuj B. (red.), *System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i krajach sąsiednich*, Scholar, Warszawa 2002.

Clarke M., *First Working Session of Project Group „Restatement of European Insurance Contract Law” on 10 September 1999 in Innsbruck, Austria*, „British Insurance Law Association Journal”, 102 (2000).

Clarke M., *Aggravation of risk during the insurance period*, Lloyd’s Maritime and Commercial Law Quarterly, 2004.

Clarke M., Heiss H., *Towards a European Insurance Contract Law? Recent Developments in Brussels*, „Journal of Business Law”, 2006.

Colins S. R., et al. *Gaps in Health Insurance: An All-American Problem*, Commonwealth Fund, New York, 16 (2006).

Concierge, serwis internetowy Inter Partner Assistance Polska S. A., http://ipa.com.pl/produkty_i_uslugi/concierge.html (dostęp: 23.11.2012 r.).

Cousy H., *Komt er dan toch een Europese harmonisatie van het verzekeringscontractenrecht?*, Tijdschrift voor Belgisch Handelsrecht/Revue de Droit Commercial Belge 2007/2008.

Cutler D. M., Zeckhauser R. J., *The anatomy of health insurance*, [w:] Culyer A. J., Newhouse J. P. eds., *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science B. V., 1 (2000).

Czapiński J., *Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2006.

Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2007 warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2007.

Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2009 warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009.

Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk C. W., *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, tom I, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000.

David E., *Wobec dylematu dodatkowego finansowania*, „Think Tank”, 3/10 (2011).

Dąbrowski K., *Zdrowie psychiczne*, Warszawa 1979.

DeLong E. R., Peterson E. D., DeLong D. M., Muhlbaier L. H., Hackett S., Mark D. B., *Comparing risk-adjustment methods for provider profiling*, *Stat. Med.*, tom 16, (23) 1997.

Dembiński P. H., *Finanse po zawale. Od euforii finansowej do gospodarczego ładu*, Studio EMKA, Warszawa 2011.

Dembiński P. H., *The Role of Large Enterprises in Democracy*, Palgrave, London 2010.

Dercz M., Izdebski H., *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Polskie Wydawnictwo Prawnicze Iuris Sp. z o. o., Poznań 2001.

Deutsch D., *Struktura rzeczywistości*, Prószyński i S-ka, Warszawa 2006.

Deutsch D., *The Begining of Infinity*, Allen Lane Science, New York 2011.

De Vos P., Dewitte H., Van der Stuyft P., *Unhealthy European health Policy*, *Int J Health Serv*, 34 (2) 2004.

Diagnoza i prognoza rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych, materiały dla uczestników Ogólnopolskiego Sejmiku, Dębe 2000.

Dictionary of Current English, Oxford University Press, 1974.

Disney H., Hill D., Hrobon P., Kruszewski A., Madarova H., Nye R., Stefunko M., *Poles Apart? Eastern European attitudes to health-care reform*, „Populus”, Stockholm 2005.

Domurat A., Tyszka T., *Risk attitudes in different domains* – referat na konferencji „Subjective Probability Utility, and Decision Making, sierpień 2000, Amsterdam.

Dudzik I., *Lepsze leczenie ... za dodatkowe pieniądze*, „Dziennik”, Warszawa 2007.

Dufwa B., *Principer för europeisk försäkringsavtalsrätt (PEICL)*, Särtryk ur Juridisk Tidskrift, 2 (2010).

Dunaj B., *Współczesny słownik języka polskiego*, Wilga, Warszawa 1996.

Dziubińska-Michalewicz M., *Prywatne ubezpieczenia w Wielkiej Brytanii*, Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz, Informacja nr 1038, marzec 2004.

Economic Crisis in Europe: Causes, *Consequences and Responses*, European Economy 2009, No 7, European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs.

Eikemo T. A., Bambra C., Joyce K., Dahl E., *Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries*, „European Journal Public Health”, 18 (6) 2008.

Enthoven A., Kronick R., *A consumer-choice health plan for the 1990s.*, „The New England Journal of Medicine”, 320 (1) 1989.

Erlenbach E., *Auf dem Weg zum europäischen Versicherungsvertragsrecht*, Versicherungswirtschaft, 2008.

Esping-Andersen G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge 1990.

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009 – raport Health Consumer Powerhouse i PIU, 2009: http://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/HCP%20A4_i_1.pdf

Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowotne w 2009 roku, wyniki badań GUS, materiał na konferencję prasową w dniu 23 grudnia 2010.

Eurostat epp. eurostat. ec. europa. eu/.

Eysenck M. W., *Happiness: Fact and myths*, Lawrence Erlbaum, Hove 1990.

Evans R. G., Barer M. L., Marmor T. R., *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine De Gruyter, New York 1994.

Fal D. M., *Recepta na zdrowie*, Służba Zdrowia, wrzesień 2011.

Falkowska M., *Cztery reformy w opinii społecznej: poinformowanie i ocena*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000.

Fisher E. S. et al., *The implications of regional variations In Medicare spending, Part 2: health outcomes and satisfaction with care*, „Annals of Internal Medicine”, 138 (2003).

Fisher R., Urly B., Patton B., *Getting To Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*, Houghton Mifflin, Boston 1981 (polskie tłumaczenie: R. Fisher, B. Urly, B. Patton, *Dochodząc do tak. Negocjowanie bez poddawania się*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007).

Frączkiewicz-Wronka A., *Reforma systemu ochrony zdrowia – szanse i zagrożenia* [w:] Holly R. (red.), *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Informatyczna, KIU, Warszawa 1999.

Fuchs A., *European Contract Law – ERA Forum Special Issue 2008*, ERA Forum scripta iuris europaei, Springer, Heidelberg 2008.

Fuchs D., *Nowelizacja Kodeksu Cywilnego w zakresie wybranych przepisów ogólnych o umowie ubezpieczenia w świetle prac Project Group on a Restatement of European Insurance Contract law*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, 7/8 (2007).

Furnham, A., Cheng, H., *Lay theories of happiness*, Journal of Happiness Studies, 1 (2000).

Gaudlines for the Social Contract 2012-2017.

General Average and Salvage. Lloyd's Nautical Year Book, Lloyd's of London Press Ltd., Essex, 1983.

Getzen T. E., *Ekonomia zdrowia*, PWN, Warszawa 2000.

Gębski B., *Wprowadzenie do metodologii badań społecznych. Problemy konstruowania modeli jakościowych badanych zjawisk*, TWP, Warszawa 2008.

Gierczyński J., *Dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce*, raport ekspercki, 2010.

Global Strategy for Health For All by The Year 2000.

Golinowska S., *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej. Studium ekonomiczne*, PWN, Warszawa 1994.

Golinowska S. (red.), *Zmiany i reformy w systemie zabezpieczenia społecznego – w kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*, IPISS oraz Instytut Polityki Społecznej UW, Warszawa 1999.

Golinowska S., Bednarski M., Morecka Z., Nieciński W., Rysz-Kowalczyk B., Supińska J., Żukowski T., *Dekada polskiej polityki społecznej*, IPISS, Warszawa 2000.

Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna po reformie*, CASE, 2002.

Golinowska S., *System pomocy społecznej. Główne problemy zmian i reform*, [w:] Leś W. (red.), *Pomoc społeczna. Od klientyzmu do partycypacji*, ASPRA-JR, Warszawa 2002/2003.

Golinowska S., *Decyzje potrzebne natychmiast. Dlaczego tak trudno naprawić polski system opieki zdrowotnej?*, „Rzeczpospolita”, 05.08.2004, nr 182.

Golinowska S., *Problemy i koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce a potrzebne zmiany i reformy* [w:] Lewiński A. (red.), *Kontrola państwowa*, Najwyższa Izba Kontroli, 2006.

de Gooijer W., *Trends in EU Health Care Systems*, „Springer Science+Business Media”, LLC, New York 2007.

Goryński P., Roszkowska H., *Urazy i zatrucia u dzieci i młodzieży w Polsce w latach 1980-1985 w świetle danych o hospitalizacji*, cz. I. *Hospitalizacja dzieci i młodzieży w Polsce z powodu urazów i zatruc według podstawowych cech demograficznych*, „Przegląd Epidemiologiczny”, tom XLIII, 4 (1989).

Goryński P., Roszkowska H., Wojtyniak B., Chańska M., Seroka W., Piekarski T., *Czasowe i terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji wybranych chorób w Polsce w powiązaniu z niektórymi czynnikami środowiska*, cz. I. *Czasowe trendy hospitalizacji z powodu wybranych chorób*, „Przegląd Epidemiologiczny”, tom XLVII, (4) 1993.

Grabowski J., Kozierkiewicz A., Gajek F., *Polski system jednorodnych grup pacjentów*, „Służba Zdrowia”, 80-81 (2001).

Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 1998.

Grzebieluch J., Kuriata E., Felińczak A., *Rola dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej i na świecie* [w:] Smoliński B. (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Scholar, Warszawa 2006.

Grzebieluch J., Kuriata E., Felińczak A., *Znaczenie i rola dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach UE i na świecie*, materiały konferencyjne, Międzynarodowa Konferencja „Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne”, Warszawa 2006.

Habermas J., *Teoria działania komunikacyjnego*, PWN, Warszawa 1999.

Habermas J., *Faktyczność i obowiązywanie: teoria dyskursu wobec zagadnień prawa i demokratycznego państwa prawnego*, PWN, Warszawa 2005.

Habermas J., *Strukturalne przeobrażenia sfery publicznej*, PWN, Warszawa 2007.

Habermas J., *Zur Verfassung Europas*, Suhrkamp Verlag, Berlin, 2011.

Handschke J. (red.), *Studia z ubezpieczeń gospodarczych i społecznych*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2008.

Handschke J., *Usługi ubezpieczeniowe w aspekcie ekonomicznych gwarancji realności ochrony ubezpieczeniowej*, [w:] *Finanse w gospodarce rynkowej – wybrane zagadnienia*, Wyższa Szkoła Finansów i Ubezpieczeń im. J. Chechlińskiego, Łódź 1999.

Handschke J., *Od ekonomicznych gwarancji realności ochrony ubezpieczeniowej do polityki ubezpieczeniowej*, [w:] Gacka M. (red.), *Gospodarka rynkowa w Polsce w drodze do Unii Europejskiej. Materiały konferencyjne*. Politechnika Radomska, Radom 2000.

Handschke J., Lisowski J., *Realność ochrony ubezpieczeniowej jako podstawowy czynnik wpływający na efektywność ubezpieczeń kredytu*, [w:] Bielawska A. (red.), *Uwarunkowania rozwoju mikro i małych przedsiębiorstw*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005.

Healthy choices: The changing role of the health insurer, PwC, 2006.

Hecht, J. M., *The happiness myth: Why what we think is right is wrong*, Harper, San Francisco 2007.

Heiss H., *An Internal Insurance Market in an Enlarged European Union*, VVW, Karlsruhe 2002.

Heiss H., *Das Kollisionsrecht der Versicherungsverträge nach Rom I und II*”, *Versicherungsrecht* 2006.

Heiss H., *Towards a European Insurance Contract Law: Restatement – Common Frame of Reference – Optional Instrument?*, Internationale Juristenvereinigung Osnabrück 13, 2006.

Heiss H., *Reform des internationalen Versicherungsvertragsrechts*, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 2007.

Heiss H., *Der Vorentwurf einer „Gesamtrevision des BG über den Versicherungsvertrag (VVG)“ im Lichte der europäischen Entwicklungen*, Haftung und Versicherung, 2007.

Heiss H., *Die Direktklage vor dem EuGH*, Versicherungsrecht, 2007.

Heiss H., *Insurance Contracts in Rome I: Another recent failure of the European legislature* in Petar Sarcevic, Andrea Bonomi, and Paul Volken, Yearbook of Private International Law, vol. X, Sellier, Munich 2008.

Heiss H., *The Common Frame of Reference (CFR) of European Insurance Contract Law*, European Journal of Commercial Contract Law 1, 2009.

Heiss H., Van Popering M., *Richting Europees Verzekeringsovereenkomstenrecht: Restatement – Common Frame of Reference – Optioneel instrument?*, Nederlands tijdschrift voor handelsrecht, 2007.

Hogan K., Speakman J., *Ukryta perswazja. Psychologiczne taktyki wywierania wpływu*, Helion, Gliwice 2009.

R. Holly, *Założenia psychospołecznej koncepcji świadomości*, „Studia Socjologiczne”, 3/119/1988.

R. Holly, *Studies on the Consciousness of Contemporary Poles: A Model and Some Results*, Bulletin IPSA RCOE, Vol. No 17-18-19, Autumn 1988.

Holly R., Wachowski J., *Health Insurance in Poland and other Central and Eastern European Countries [w:] On the Risk*, „Journal of the Academy of Life Underwriting”, 16 (2) 2000.

Holly R., *Ryzyka polskiego rynku ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe”, WSUiB – LAM, Warszawa, 18 (2000).

Holly R. (red.), *Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej – początek drogi*, KIU, Warszawa 2001.

Holly R., *Ubezpieczenia transportowe*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, tom II, Poltext, Warszawa 2001.

Holly R., *Strategie zarządzania ryzykiem – postawy wobec ryzyka, Zarządzanie ryzykiem*, Instytut Zarządzania Ryzykiem Wyższej Szkoły Ubezpieczeń i Bankowości w Warszawie, 3 (2002).

Holly R., Szumlicz T., Fulneczek R., Kocjan K., Więckowska B., Daszkowski P., Hanecka E., Jakubowska M., *Perspektywy rozwoju polskiego rynku ubezpieczeniowego jako obszaru strategicznej współpracy i rywalizacji wiodących podmiotów finansowych*, Część I, KIU, Warszawa 2002.

Holly R., Szumlicz T., Fulneczek R., Kocjan K., Więckowska B., Daszkowski P., Hanecka E., Jakubowska M., *Perspektywy rozwoju polskiego rynku ubezpieczeniowego jako obszaru strategicznej współpracy i rywalizacji wiodących podmiotów finansowych. Zestawienie Porównawcze*, Część II, KIU, Warszawa 2002.

Holly R., *Problemy rozwoju polskiego rynku ubezpieczeniowego w pierwszej dekadzie XXI, [w:] Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskiego. Wyzwanie i oczekiwania*, IGUiOR, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2003.

R. Holly, *Ubezpieczenie w strategii bezpieczeństwa i zarządzania ryzykami banku*, (rozdział XVIII), [w:] *Polityka bezpieczeństwa banku – zagadnienia podstawowe*, Wydanie II, Związek Banków Polskich, Warszawa 2003.

Holly R., *O dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych*, „Businessman Magazine”, 1 (154) 2004.

Holly R., *Racjonalna polityka zdrowotna a procedury i standardy medyczne w systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom I, 2004.

Holly R., *Ubezpieczenia w polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom II, 2004.

Holly R., *Model dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom II, 2004.

Holly R., Lewiński A., *Słowo wstępne – o potrzebie ubezpieczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom II, 2004.

R. Holly, A. Nowak (red.), *Reflection Over the Polish Insurance Market on Break-Through of the Centuries*, [w:] *Insurance in the Polish Segment of the European Market AD 2004*, Warsaw 2004.

Holly R., *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych*, [w:] Węgrzyn M., Wasilewski D. (red.), *Koncepcje zmian w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – doświadczenia i propozycje na przyszłość*, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 2004.

Holly R., *Poszukiwanie remedium dla chorego systemu ochrony zdrowia*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, 23 (2005).

Holly R., *Wspólny europejski rynek świadczeń i usług medycznych*, [w:] *Współpraca transgraniczna na rynku usług medycznych pomiędzy wybranymi krajami Unii Europejskiej*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005.

Holly R., *Ochrona ubezpieczeniowa gospodarstw domowych – błędzenie po manowcach rynku ubezpieczeniowego* [w:] Szumlicz T. (red.), *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, Oficyna wydawnicza SGH, Warszawa 2005.

Holly R., *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne we współczesnej polskiej polityce zdrowotnej i reformowanym systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, tom VI, 2006.

Holly R., *Komercyjne ubezpieczenia dodatkowe w reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce* [w:] Smoliński B. (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Scholar, Warszawa 2006.

Holly R., *Niebezpieczne ubezpieczenia*, „Menedżer Zdrowia”, 1 (2006).

Holly R., *Rola prywatnych ubezpieczeń dodatkowych w reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce*, skrypt dla Ministerstwa Zdrowia, KIU, Warszawa, 2006.

Holly R., *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, „Prawo Ubezpieczenia Reasekuracja”, 6/7 (2006).

Holly R., Lewiński A., *Polityka i doktryna zdrowotna oraz reformowanie ochrony zdrowia w Polsce – kierunek dryfu*, „Polityka Zdrowotna”, tom VI, 2006.

Holly R. (red.), *Rynek ubezpieczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce. Diagnoza stanu w połowie roku 2007 oraz możliwe kierunki rozwoju*, KIU, Warszawa 2007.

Holly R. (red.), *Rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, cz. I, II i III, KIU, Warszawa 2007.

Holly R., *Zmiana społeczna w ochronie zdrowia w Polsce – czyli o reformie jakiej potrzebujemy*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, 5 (2008).

Holly R., *Warunki konieczne wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych* [w:] Szumlicz T. (red.), *Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia*, Biblioteka Ubezpieczeniowa, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2008.

R. Holly, *Rynek świadczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce – perspektywy i kierunki rozwoju*, KIU, Warszawa 2009.

Holly R., *O polskim rynku usług medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych w okresie „preindustrialnym”* [w:] Szumlicz T. (red.), *Společne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2010.

Holly R., *O doktrynalnych założeniach produktu ubezpieczeniowego i algorytmu likwidacji szkody* [w:] Ludwichowska K. (red.), *Kompensacja szkód*, Poltext, Warszawa 2010.

Holly R., *Strachowanie w systemach zdrowochronienia stran Centralnoj i Wostocznoj Ewropy*, Finansowyje Usługi, Wseukrińskij Analiticzeskij Żurnał, 1-2 (2010).

Holly R., *Polityka Społeczna i Zdrowotna jako zarządzanie ryzykami i zmianą społeczną w ochronie zdrowia w Polsce – czyli: o reformie jakiej potrzebujemy*, Materiały dydaktyczne (na prawach skryptu) Studium podyplomowego Ubezpieczeń zdrowotnych i zarządzania ochroną zdrowia, Łódź 2010.

Holly R., *Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia*, Materiały dydaktyczne (na prawach skryptu), Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Społeczna Akademia Nauk i Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2010.

Holly R., *Analiza produktowa rynku*, Materiały dydaktyczne (na prawach skryptu) Studium podyplomowego Ubezpieczeń zdrowotnych i zarządzania ochroną zdrowia, Łódź 2010.

R. Holly, *Jakość w systemowym zarządzaniu ryzykiem utraty zdrowia*, referat wygłoszony na konferencji: *Jakość 2010: systemy zarządzania w ochronie zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia, 7 października 2010r.

Holly R., Michelsen K., *Risk Adjustment as a principle and tool of the social change In Health Care System: from „passive” to „active” adjustment*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom VIII/I, 2011.

Holly R., *III filar to proteza*, „Gazeta Ubezpieczeniowa”, 44 (655), 1 listopada 2011.

Holly R., Szczepaniak M., *Kształtowanie się rynkowej oferty prywatnych usług medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w latach 2005-2010*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom IX, 2011.

Holly R., *O zarządzaniu zmianą w ochronie zdrowia i o ubezpieczeniu zdrowotnym – w świetle doktryny zdrowego rozsądku*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom IX, 2011.

Holly R., *Risk Adjustment jako zasada i narzędzie zmiany społecznej w systemie ochrony zdrowia – od „pasywnej” do „aktywnej” korekty ryzyka*, (wspólnie z Kai Michelsenem), – polskojęzyczne omówienie artykułu z t. I/VIII – D. Cichońskiej, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom IX 2011.

Holly R., *O potrzebie teorii zabezpieczeń społecznych oraz o zarządzaniu strategicznym i zarządzaniu operacyjnym zmianą społeczną w ochronie zdrowia*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom IX, 2011.

Holly R., *Jednolity europejski system ubezpieczeń zdrowotnych (JESUZ)– idea, misja, cele, organizacja*, referat wygłoszony na konferencji naukowej nt. „Ubezpieczenia wobec Strategii dla Wzrostu Inteligentnego, Zrównoważonego i Sprzyjającego Włączeniu Społecznemu – Europa 2020”, organizowanej przez SGGW i UW, Warszawa, 26 października 2011r.

Holly R., *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”, tom X, 2012.

R. Holly, *Ubezpieczenia zdrowotne na polskim rynku ubezpieczeniowym*, KIU, Warszawa 2012.

R. Holly, K. Chudzik, E. Skibińska, *Produkt ubezpieczenia zdrowotnego jako instrument zarządzania efektywnością realizacji celów przedsiębiorstw rynku ochrony zdrowia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, SAN, tom XIII, zeszyt 15, 2012.

Holly R., Chruściel M., *Świadczenia zdrowotne w ramach produktowej oferty rynkowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie”*, [w:] Holly R. (red.) *Planowanie strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej w województwie łódzkim na lata 2014-2020. Konceptualizacja, metodologia badań, ocena dostępnych danych źródłowych*, KIU, przedruk, Warszawa-Łódź 2013.

Hołyst B. (red.), *Wielka Encyklopedia Prawa, Prawo i Praktyka Gospodarcza*, Warszawa 2005.

Hornby A. S., *Oxford Advanced Dictionary of Current English, New Edition*, Oxford University Press, Oxford 1978.

Iezzoni L. I., The risks of risk adjustment, „JAMA 278”, 19 (1997).

Iezzoni L. I., *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*, Health Administration Press, Chicago 2003.

International Actuarial Assotiation, *A Global Framework for Insurer Solvency Assessment, A Research Report by the Insurer Solvency Assessment Working Party of the Interenational Actuarial Assosation*, 2004, http://www.actuaries.org/LIBRARY/Papers/Global_Framework_Insurer_solvency_Assessment_public.pdf.)

Jacoń A., Zygier M., *Daleko od NFZ*, „Menedżer Zdrowia”, 1 (2007).

Jacoń A., Zygier M., Wiktorowicz K., Różalska M., *Komercyjne ubezpieczenia zdrowotne – aktualna oferta rynkowa* (czerwiec 2006), *Polityka Zdrowotna*, tom VI, 2006.

Jajuga K., *Koncepcja ryzyka i proces zarządzania ryzykiem*, [w:] Jajuga K. (red.), *Zarządzanie ryzykiem*, PWN, Warszawa 2009.

Jarmusz E., Kujoth R., *Złota karta zdrowia*, „Menedżer Zdrowia”, 8 (2006).

Jaroszek T., *Przyszłość polskiego rynku ubezpieczeń – trendy, kierunki rozwoju*, „Przegląd Finansowy”, 25 (139), 15.11.2010.

Jaworska-Żak A., Lech J., *Polska specyfika*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy”, lipiec/sierpień 2006.

Jędrasik-Jankowska I., *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, LexisNexis, Warszawa 2009.

Jorens Y., *The evolution of social policy in the European Union*, „Social Policy”, 2005.

Jorens Y., *The open method of coordination as standard setting instrument*, „Social Policy”, 2005.

Już dwa miliony pacjentów płacą dwa razy, „Gazeta Prawna”, źródło: PAP, (dostęp: 08.04.2010r.).

Kacprzak M., *Medycyna zapobiegawcza w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1957.

Kahneman, D., Krueger, A., Schkade, D., Schwarz, N., Stone, A., *A survey method for characterizing daily life experience: The Day Reconstruction Method (DRM)*, Science, 306 (2004).

Kalbarczyk P., *Zacząć od potrzeb*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy”, 7-8 (2009).

Kalina-Prasznic U. (red.), *Mała Encyklopedia Prawa*, C. H. Beck, Warszawa 2005.

Karski J. B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2007.

Kawiński M., *Instytucja mikroubezpieczeń*, [w:] Szumlicz T. (red.), *Spoleczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2010.

Kalbarczyk W. P., Łanda K., Władysiuk M., *Ubezpieczenie zdrowotne a koszty świadczeń*, CEESTAHC, Kraków-Warszawa 2011.

Kitschelt H. P., Mansfeldova Z., Markowski M., Toka G., *Post-Communist Party Systems, Competition, Representation, and Inter-Party Cooperation*, Cambridge University Press, 1999.

Knight F. H., *Risk, Uncertainty and Profit*, New York 1957 (pierwsze wydanie, Boston 1921).

Kodeks morski (Dz. U. z 2009, Nr 217, poz. 1689).

Komisja Ubezpieczeń Zdrowotnych i Wypadkowych Polskiej Izby Ubezpieczeń, *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Propozycja rozwiązań*, Fundacja Naukowa Instytut Badań Strukturalnych, Warszawa 2008.

Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, Bruksela, dnia 15.12.2008. KOM (2008) 836 wersja ostateczna str. 2.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. nr 78 poz. 483, (dostęp: 02.04.1997).

Korczak C., Leowski J., *Problemy higieny i ochrony zdrowia*, WSiP, Warszawa 1977.

Koronkiewicz A., Masłowski W., *System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – pakiet samokształceniowy*, Warszawa 2002.

Kowalewski E., *Ryzyko ubezpieczeniowe – podstawowe pojęcia i terminologie*, „Prawo Asekuracyjne”, 1996, nr 2.

Kowalewski E., *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego*, [w:] Wasiewicz A. (red.) *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, tom III, Branta, Bydgoszcz 1997.

Kowalewski E., *Ryzyko w działalności człowieka i możliwość jego ograniczenia* [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 1998.

Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Branta, Bydgoszcz 2002.

Kowalska-Koprowska I., *Reformowanie opieki zdrowotnej w świetle programów i ustaw i w opiniach decydentów*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 1 (2003).

Kozak J., Bacon E., Krzyżanowski M., Wojtyniak B., *Hospital Use in Poland and the United States. Vital Health Statistics, Comparative International Vital and Health Statistics Reports*, National Center for Health Statistics, 2 (5) 1988.

Krasucki P., *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia. Koszty i korzyści*, CeDeWu, Warszawa 2005.

Kremiec S., *Rozwój rynku assistance w Polsce*, praca podyplomowa, Podyplomowe Studium Ubezpieczeń SGH,, Warszawa 2010.

Kruczyński M. J., *Ubezpieczenie a zmiany w finansowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia* [w:] Holly R. (red.), *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Informatyczna, KIU, Warszawa 1999.

Kruszewska X., *Rozwój produktów ubezpieczeniowych w zakresie ochrony zdrowia w Europie i w Polsce*, „Polityka Zdrowotna”, tom II, 2004.

Krimsky S., Golding D. (red.), *Social theories of risk*, Praeger, New York 1992.

Krzyżanowski M., Chańska M., *Chorobowość szpitalna w Polsce w latach 1979-1983 cz. I*, „Zdrowie Publiczne”, 97 (1986).

Krzyżanowski M., Chańska M., *Przewidywane zmiany chorobowości szpitalnej w Polsce do roku 2000 cz. II*, „Zdrowie Publiczne”, 97 (1986).

T. B. Kulik, *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Fundacja Uniwersytetu w Stalowej Woli, Stalowa Wola 2000.

Kulik T. B., Latański M., „Zdrowie publiczne”, Czelej, Lublin 2002 (dodr. 2008).

Kurowska A., *Więcej polis na zdrowie*, „Rzeczpospolita” (dostęp: 25.03.2010).

Kurowska A., *Zdrowie w pakiecie od pracodawcy*, „Rzeczpospolita” (dostęp: 03.06.2010).

Leowski J., *Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie*, „Prawo i Medycyna”, 2 (1999).

Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowia publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2004.

Lewicki J., Saunders M., Barry B., Minton J. W., *Zasady negocjacji. Kompendium wiedzy dla trenerów i menedżerów*, Rebis, Poznań 2005.

Lindert P. H., *Growing public: Is the welfare state mortal or exportable?*, University of California – Davis, 2005.

Loacker L. D., *Europäisches Versicherungsvertragsrecht*, [in:] Looschelders D., Pohlmann P. (eds.), *Versicherungsvertragsgesetz – Kommentar*, Heymanns, Cologne 2009.

Loacker L. D., *Insurance soft law? Die Idee eines europäischen Versicherungsvertragsrechts zwischen akademischer Pionierleistung, Gemeinsamem Referenzrahmen und optionalem Instrument*, *Versicherungsrecht*, 2009.

Luik O-J., *Do the Principles of European Insurance Contract Law Go Too Far in Protecting the Policyholder?*, *Juridica International*, 18 (2011).

Luik O-J., *Significance of the Principles of European Insurance Contract Law for the pre-contractual information duty: Experience of the Baltic States*, *Current Issues of Business and Law*, 6 (2) 2011.

Luik O-J., *Policyholder Obligations After an Insured Event: Are Baltic Insurance Laws Too Insurer-Friendly Compared to the Principles of European Insurance Contract Law?*, „Baltic Journal of Law & Politics”, 5 (1) 2012.

Luik O-J., Kontautas T., *Does the insurance premium payment regulation as stipulated in the Principles of European Insurance Contract Law protect policyholders sufficiently enough?*, *Current Issues of Business and Law*, 7 (1) 2012.

Lupton D., *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*, UK Sage Publications, London 1995.

Lykken D. T., *Happiness: The nature and nurture of joy and contentment*, St. Martin's Griffin, New York 2000.

Łanda K., (red.), *Podstawowe cechy i zasady tworzenia koszyków świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach*, HTA Consulting, Kraków 2006.

Łopuski J., *O żegludze i prawie morskim*, Branta, Bydgoszcz 2011.

Maarse H., *The privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis*, „Journal of Health Politics, Policy and Law”, 31 (5) 2006.

Maarse H., Bartholomé E., *A Public-Private analysis of the New Dutch Health Insurance System*, „European Journal of Health Economics”, 8 (2007).

Mackenbach J. P., *The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox*, In Part Special Issue: *Challenges to changing health behaviours in developing countries*, „Social Science & Medicine”, 75 (4) 2012.

Malinowski A., *Biologiczno-antropologiczne aspekty promocji zdrowia i paleologii*, [w:] Jopkiewicz A. (red.) *Auksologia a promocja zdrowia*, tom 3, Kielce 2004.

Marczak M., Tlustochowicz W., Papierska A., *Joint application of ICF and ICD with reference to long-term health problems: possibilities of evaluation of a course of a disease and a risk of a relapse. Theoretical models and practical conclusions*, Konferencja Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2007.

Marczak M., *Monitoring rynku leków w Polsce*, „Polityka Zdrowotna”, tom IV, 2005.

Marczak M., *Pomiar poziomu zdrowia i niepełnosprawności jako założenie opracowywania systemów informacyjnych opieki zdrowotnej wykorzystujących ICF*, Konferencja Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2007.

Marczak M., *Zastosowania diagnostyki elementarnej i systemowej z wykorzystaniem IFC w modelowaniu zarządzania systemem ochrony zdrowia*, Konferencja Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2005.

Markiewicz Wł., *Jak spożytkować niemieckie doświadczenia w modernizacji Polski?*, [w:] Morawski W. (red.), *Powiązania zewnętrzne. Modernizacja Polski*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.

Marxer F., *Restatement of European Insurance Contract Law – Erste Schritte zu einem vereinheitlichten Versicherungsvertragsrecht in Europa*, *Liechtensteinische Juristen-Zeitung*, 3 (2001).

Marxer F., *Verso l'unificazione del diritto nel contratto di assicurazione in Europa. Il Restatement of European Insurance Contract Law*, *Diritto ed Economia dell'Assicurazione* (2002) No. 2.

Marczak M., Mączyński G., *Wbrew Konstytucji, „Menedżer Zdrowia”*, 8 (2011).

Matoo A., Rathindran R., *How Health Insurance Inhibits Trade in Health Care*, *Health Affairs*, 25 (2) 2006.

Matusiak M., *Dostępność świadczeń zdrowotnych a potrzeby zdrowotne Polaków (na przykładzie wybranych chorób nowotworowych)*, praca magisterska, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2011.

Mazur J., Chańska M., *Zagrożenie wypadkami w pierwszych latach życia: od epidemiologii do prewencji*, „*Pediatrics Polska*”, tom LXXIII, 2 (1998).

Mądry-Topór R., Pająk A., *Stan zdrowia ludności Polski na tle innych krajów europejskich i pozaeuropejskich*, [w:] Poździoch S., Ryś A. (red.), *Zdrowie Publiczne – wybrane zagadnienia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1996.

McMullan M., *HCFA's consumer information commitment – Consumer Information in a Changing Health Care System*, Health Care Financing Review, 18 (1) 1996.

Mechanic D., *The Handbook of Health, Health Care and the Health Professionn*, Free Press, New York 1983.

Merton R. K., *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, PWN, Warszawa 1982.

Mesa County, *Our Picture of Health, Grand Junction, CO*: Civic Forum 1995.

Michalski T., *Ryzyko w działalności człowieka*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń. Mechanizmy i funkcje*, tom I, Poltext, Warszawa 1999.

Michelsen K., Brand H., „*Health 2020*” – *The New European Framework Strategy of WHO*, Gesundheitswesen, 74 (12) 2012.

Mieczkowski D., *Pierwsze polisy lekowe: potencjał jest, czas na dobre prawo*, „Rynek Zdrowia” (dostęp: 10.11.2010).

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, WHO.

Ministerstwo Zdrowia, *Zielona Księga finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2004.

Ministerstwo Zdrowia, *Priorytety działań Ministra Zdrowia*, styczeń 2006.

Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, *Projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015*, styczeń 2006.

Misiński W., *Rola DRG w kształtowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych*, „Polityka Zdrowotna”, tom II, grudzień 2004.

Monkiewicz J., *Podstawy ubezpieczeń. Mechanizmy i funkcje*, tom I, Poltext, Warszawa 1999.

Monkiewicz J., *Ubezpieczenia w Unii Europejskiej*, Poltext, Warszawa 2002.

Monkiewicz J., *Podstawy ubezpieczeń. Produkty*, tom II, Poltext, Warszawa 2003.

Monkiewicz J., *Jednolity rynek finansowy Unii Europejskiej*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Jednolity rynek ubezpieczeniowy w Unii Europejskiej. Procesy rozwoju i integracji*, Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005.

Monkiewicz J., *Jednolity rynek ubezpieczeniowy UE w warunkach globalnego kryzysu finansowego 2007-2009 – pomoc publiczna a wspólnotowe reguły konkurencji*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w.*, Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 288, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011.

Moran M., *Understanding the welfare state: the case of health care*, „British Journal of Politics and International Relations”, 2 (2) 2000.

Mossialos E., Thomson S. (red.), *Voluntary health insurance in European Union: Report prepared for the Directorate General for Employment and social Affairs of the European Commission*, February 2002.

Mossialos E., Thomson S., *Voluntary health insurance in the European Union*, WHO, Brussels 2004.

Müller A., *Vers un droit européen du contrat d'assurance. Le „Project Group Restatement of European Insurance Contract Law”*, European Review of Private Law 2007.

Newman D. H., *Cień Hipokratesa*, Znak, Kraków 2010.

Nieodszkodowawcze ubezpieczenia chorobowe, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 3-4 (2006).

Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004.

Nosko J., *Zdrowia publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*, Szkoła Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2004.

Nowa Encyklopedia Powszechna PWN, t. 6, PWN, Warszawa 1997.

Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1985.

Nowakowski L., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, Poltext, Warszawa 2004.

Nowakowski M., *Perspektywy ubezpieczeń zdrowotnych*, „Magnes”, 2 (2008).

Ochrona Zdrowia i Opieka Społeczna, raport GUS, Warszawa 2007.

OECD, *Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency. Economic Department Working Papers 149*, OCDE/GD (94) 101, Paris 1994.

OECD, *Private Health Insurance in OECD Countries: Policy Brief*, September 2004,

OECD, *Health Data 2007*, Paris October 2007.

OECD, *Health Data*, July 2007.

OECD *Health Data 2009* (edycja listopadowa, pobrano w kwietniu 2009 na podstawie licencji Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu).

OECD *Health Data 2010 How Does Poland Compare*, June 2010 OECD, www.oecd.org/health/healthdata, (dostęp: 18.04.2011).

Oferta produktowa Instytutu Medycznego EMC, 29.05.2007.

Oferta produktowa Dolnośląskiego Centrum Chorób Serca MEDINET, www.medinet.pl, 29.05.2007.

Oferta produktowa firmy abonamentowej MEDICOVER, 29.05.2007.

Oferta produktowa firmy abonamentowej LUX MED, 29.05.2007.

Oferta produktowa firmy abonamentowej Centrum Medyczne LIM, 29.05.2007.

Oferta produktowa PZU ŻYCIE, 29.05.2007.

Oleszczuk J., *Wprowadzanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do systemu ochrony zdrowia w Polsce* [w:] Smoliński B. (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Scholar, Warszawa 2006.

O'Malley P., *Risk, Uncertainty and Government*, Glasshouse Press, London 2004.

Osak M., *Obecność państwa w ubezpieczeniach zdrowotnych* [w:] *Ubezpieczenia w Polskim Obszarze Rynku Europejskiego*, Branta, Warszawa-Bydgoszcz 2004.

Osak M., Więckowska B., *Oferta dodatkowych ubezpieczeń chorobowych w Polsce*, [w:] Szumlicz T. (red.), *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, Oficyna wydawnicza SGH, Warszawa 2005.

Osak M., *Konstrukcja produktu ubezpieczenia na przykładzie ubezpieczeń zdrowotnych*, [w:] Ronka-Chmielowiec W., Jajuga K. (red.), *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe w polski rynek*, tom II, Akademia Ekonomiczna, Wrocław 2005.

Osak M., Więckowska B., *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce. Kompleksowe ubezpieczenia kosztów leczenia jako przykład odszkodowawczych ubezpieczeń chorobowych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 5-6 (2006).

Osak M., Więckowska B., *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce (cz. 3). Produkt w ubezpieczeniach chorobowych – od pomysłu do prototypu*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 7-8 (2006).

Osak M., *Ryzyko zdrowotne jako podstawa wyodrębniania ubezpieczeń zdrowotnych*, [w:] Handschke J. (red.), *Studia z ubezpieczeń gospodarczych i społecznych*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 2008.

Osiecka J., *Spoleczne opinie o reformach służby zdrowia i edukacji*, Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, Informacja nr 709, Warszawa 1999.

Ossowski S., *O osobliwościach nauk społecznych*, PWN, Warszawa 1962.

Ostasz L., *Homo methodicus. Między filozofią, humanistyką i naukami ścisłymi*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 1999.

Ostrowska A., *Oczekiwania i realizacja wyrażanych potrzeb zdrowotnych pacjentów w świetle rozwiązań ustawowych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków 2002.

Owoc J., *Ubezpieczenia zdrowotne – szanse i zagrożenia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2 (2009).

Owsiak S., *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2008.

Paszkowska M., *Rola pracodawcy w finansowaniu rynku usług medycznych*, „eFinanse”, 4 (2006), (dostęp: 30.06.2010).

Paz-Fuchs A., *The Social Contract Revisited: The Modern Welfare State. Overview and critical report. The Foundation for Law, Justice and Society in affiliation with The Centre for Socio-Legal Studies*, University of Oxford www.fljs.org (dostęp: 31.01.2013).

Pączkowska M., *Dostępność do świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków – raport z badań*, CSIOZ, Warszawa 2007.

Pension Reform in Central and Eastern Europe, Sub-regional Expert's Meeting on Pension Reform in Central and Eastern Europe, książka konferencyjna IPISS, Warszawa, 6-7 października 2011r.

PENTOR (2005), *Wydatki na leczenie*.

Peppers D., Rogers M., *Interaktywny Menedżer*, Studio Emka, Warszawa 2002.

Perrow Ch., *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*, Basic Books, New York 1984.

Piątek K., *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce: rekomendacje*, „Think Tank”, 3/10 (2011).

Pickett K., Wilkinson R., *Duch równości. Tam gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej*, „Czarna Owca”, Warszawa 2011.

Piotrowski J., *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, KiW, Warszawa 1966.

Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r., GUS, Warszawa 2009.

Point 25 of Green Paper from the Commission on Policy options for Progress towards a European contract Law for consumers and businesses.

Poisal J. A. et al., *Health Spending Projections Trough 2016, Modest Changes Obscure Part D's Impact*, Health Affairs, 26 (2007).

Pol L. G., Thomas R. K., *The demography of health and health care*, New York 2002.

Polemika: *System ochrony zdrowia według ubezpieczycieli*, „Menedżer Zdrowia”, kwiecień-maj, 3 (2008).

Polic M., Kos D., Zeleznik N., *Genesis of an approach: from public non-participation to its ation in LILW site selection process in Slovenia*, Ljubljana 2006.

Polski Rynek Ubezpieczeniowy 2004-2008 – raport GUS, Warszawa 2011: http://www.stat.gov.pl/gus/5840_7510_PLK_HTML.htm.

Polski Rynek Ubezpieczeniowy 2004-2010, raport GUS, 2010:

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_pgwf_polski_rynek_ubezpieczeniowy_2004-2010.pdf.

Pontiller A., *Restatement des europäischen Versicherungsvertragsrechts: Erster Workshop in Innsbruck*, „Versicherungsrundschau”, 9 (2000).

Póździoch S., Ryś A., *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Kraków 1996.

Prognoza ludności Polski do roku 2030, raport GUS, Warszawa.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne, raport, RaportyUbezpieczeniowe.pl, 2010: <http://raportyubezpieczeniowe.pl/prywatne-ubezpieczenia-zdrowotne-raport/>

Przegląd Antropologiczny, PWN, 1995.

Razem na rzecz zdrowia. Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013, „Biała Księga”, KOM (2007) 630 wersja ostateczna, Bruksela 23. X. 2007.

Reich R. B., *Supercapitalism. The transformation of business, democracy, and everyday life*, Knopf, New York, 2007.

Reichert-Facilides F. (eds.), *Aspekte des internationalen Versicherungsvertragsrechts im Europäischen Wirtschaftsraum*, Mohr Siebeck, Tübingen 1994.

Reichert-Facilides F., Jessurun d’Oliveira H. U. (eds.), *International Insurance Contract Law in the EC*, Kluwer, Deventer 1993.

Reichert-Facilides F., *Europäisches Versicherungsvertragsrecht?* [in:] J. Basedow, K. J. Hopt, H. Kötz (eds.), *Festschrift für Ulrich Drobnig zum siebzigsten Geburtstag*, 1998.

Reichert-Facilides F., Schnyder A. K. (eds.), *Versicherungsrecht in Europa – Kernperspektiven am Ende des 20. Jahrhunderts*, Helbing und Lichtenhahn, Basel 2000.

Reinhardt U. E., *A Social Contract for 21st Century Health Care: Three-Tier Health Care with Bounty Hunting* <http://people.rit.edu/wlrgh/Reinhardt.final.pdf> (dostęp: 29.01.2013).

- Reisman D., *Health care and public policy*, Northampton 2007.
- Rejda G. E., *Principles of Risk Management and Insurance*, (fourth edition), Harper Collins Publishers Inc., New York 1992.
- Rejda G. E., *Principles of Risk Management and Insurance*, Addison Wesley Longman, Boston 2001.
- Renner C., Navarro V., *Why is our population of uninsured and under-insured persons growing? The consequences of the „deindustrialization” of America*, „Annual Review of Public Health”, vol. 10, May 1989.
- Rogowski S., Wolińska B., *Świadomość ubezpieczeniowa*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych”, 2 (23) 1999.
- Rokas I., *Future developments in the European Insurance structure of business*, [in:] Rokas I., *Poreia pros to syghrono asfaltistiko dikairo*, Athens, Ant. N. Sakkoulas, 2007.
- Rokas I., *Droit européen du contrat d'assurance*, *Revue Générale du Droit des Assurance*, 4 (2010).
- Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków*, PIU, Warszawa 2011.
- Ronka-Chmielowiec W., *Ryzyko w ubezpieczeniach – metody oceny*, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 1997.
- Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.
- Ronka-Chmielowiec W., Jajuga K. (red.), *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, tom II, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 2005.
- Rossmann G. B., Wilson B. L., *Numbers and words: combining qualitative methods in a single large-scale evaluation study*, *Evaluation Review*, 9 (5) 1985.

Roszkowska H., Chańska M., Seroka W., *Hospitalizacja w woj. mazowieckim w pierwszym roku po wprowadzeniu reformy opieki medycznej*, Przegląd Epidemiologiczny, 56 (2002).

Roszkowska H., Goryński P., Wojtyniak B., *Hospitalizacja z powodu złamań szyjki kości udowej w Polsce w latach 1979-1993*, Reumatologia, tom XXXV, 2 (1997).

Roszkowska H., Goryński P., Wojtyniak B., *Hospitalizacja z powodu złamań szyjki kości udowej w Polsce w latach 1979-1995 wg płci, wieku i miejsca zamieszkania*, „Postępy Osteoartrologii”, 10 (1998).

Roszkowska H., Goryński P., Seroka W., *Hospitalizacja osób starszych w Polsce w latach 1979-1996*, „Gerontologia”, tom I, 8 (2000).

Roszkowska H., Goryński P., *Urazy i zatrucia u dzieci i młodzieży w Polsce w latach 1980-1985 w świetle danych o hospitalizacji Cz. II. Terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji dzieci i młodzieży w Polsce z powodu urazów i zatruc*, „Przegląd Epidemiologiczny”, tom XLIII, 4 (1989).

Roszkowska H., Goryński P., *Hospitalizacja starszych mieszkańców miast i wsi w Polsce w latach 1979-1996*, „Gerontologia”, tom II, 9 (2001).

Roszkowska H., Wojtyniak B., Goryński P., *Terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji z powodu złamań szyjki kości udowej w latach 1979-1993*, „Reumatologia”, tom XXXV, 3 (1997).

Rowley L., *Money and happiness: A guide to living the good life*, John Wiley & Sons, New York 2005.

Ruszkowski J., *Determinanty nierównowagi polskiego systemu opieki zdrowotnej* [w:] Ryć K., Skrzypczak Z. (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Dylematy zarządzania*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006.

Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2010, Prognozy rozwoju na lata 2010-2012, PMR, 2010.

Sadowski J., *Najtańsza polisa zdrowotna dla rodziny za 150 zł, Raporty i analizy – Warto wiedzieć – Expander*, Niezależny Doradca Finansowy Expander, 2009.

Sainfort F., Booske B. C., *Role of information in consumer selection of health plans – Consumer Information in a Changing Health Care System*, Health Care Financing Review, Fall 1996.

Sangl J. A., Wolf L. E., *Role of consumer information in today's health care system*: Health Care Financing Review; Fall 1996.

Sawicki F., Wojtyniak B., Chańska M., *Chorobowość w Polsce w latach 1961-1972 wg płci i wieku*, „Zdrowie Publiczne”, 87 (7) 1976.

Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W., Van Ginneken E., *The Netherlands*, Health system review, Health Systems in Transition, 2010.

Seybold P. B., Marshak R. T., *Klienci.com. Jak stworzyć skuteczną strategię biznesową dla Internetu i nie tylko*, IFC PRESS, Kraków 2001.

Shapira Z., Risk taking, *A managerial perspective*, Russell Sage Foundation, New York 1994.

Schuster M. et al., *How good is the quality of health care in the United States*, „Milbank Quarterly”, 76 (4) 1998.

Sikora D., *Co druga polska rodzina płaci za leczenie z własnej kieszeni*, „Gazeta Prawna” (dostęp: 10.11.2009).

Słownik socjologii i nauk społecznych (tłum. z *The concise Oxford Dictionary of Sociology*), G. Marshall (red.), PWN, Warszawa 2004.

Słownik współczesnego języka polskiego, Wilga, Warszawa 1996.

Sobczak A., *Uwarunkowania rozwoju dobrowolnych/prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce na tle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, [w:] Smoliński B., Górską A., (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne*, Scholar, Warszawa 2006.

Sobczak A., Dudzik-Urbaniak E., Juszczak G., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne, możliwości rozwoju w Polsce*, „Menedżer Zdrowia”, marzec/kwiecień, 2 (2004).

Sontag S., *Illness as Metaphor*, Farrar, Straus and Giroux, New York 1978.

Sośnierz A., *Likwidacja KZCh – i co dalej?*, „Służba Zdrowia”, 51-54 (3046-3049), 5-16 lipca 2001.

Sowada B. J., *A call to be whole. The Fundamentals of Health Care Reform*, Praeger, USA 2003.

Sowada Ch., *Prywatne finansowanie świadczeń zdrowotnych i finansowanie prywatnych świadczeniodawców ze środków publicznych w Polsce w latach 1999-2003*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2 (2006).

Sowada C., *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia – Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 1 (2003).

Stachura R., *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, „Polityka Zdrowotna”, tom 2, 2004.

Stolarska P., *Dlaczego warto zapłacić za prywatne ubezpieczenia zdrowotne?*, www.ubezpieczenie.com.pl (dostęp: 18.04.2011).

Stupczewski G., *Zarządzanie ryzykiem – systematyka pojęć*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 5-6 (2004).

Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.

Suchecka J., *Wpływ ubezpieczeń zdrowotnych na wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia – modele ekonometryczne*, w: *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, R. Holly (red.), Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Informatyczna, KIU, Warszawa 1999.

Suchecka J., *Ekonometria ochrony zdrowia*, „Absolwent”, 30 (1998), Łódź.

Sułek A., *Stosunek do przemian systemowych i ocena ich wpływu na życie Polaków*, [w:] Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2007, Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2007.

Sułkowski Ł., *Rozwój metodologii w naukach o zarządzaniu*, [w:] Czakon W. (red.), *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

Surówka K., *Decentralizacja czy centralizacja zarządzania systemem opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 1 (2004).

Syczewska B., *Komunikacja z Perspektywami*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy”, październik 2009.

Sytuacja demograficzna Polski, raport GUS, Warszawa 2009: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_raport_RRL_2008-2009.pdf.

Szahaj A., *Jednostka czy wspólnota? Spór liberałów z komunistami a „sprawa polska”*, Aletheia, Warszawa 2000.

Szarfenberg R., *Krytyka i afirmacja polityki społecznej*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2008.

Szczepaniak M., *Kształtowanie się oferty produktowej na polskim rynku ochrony zdrowia*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny w Łodzi 2011.

Szpor G. (red.), *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, LexisNexis, Warszawa 2009.

Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku, raport GUS, Warszawa 2006.

Sztompka P., *Socjologia zmian społecznych*, Znak, Kraków 2005.

- Szulc J., Uberhauber E., *Leki z bożej apteki*, Warszawa 1991.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenia społeczne. Teoria dla praktyki*, Branta, Bydgoszcz-Kraków 2005.
- Szumlicz T., *Ryzyko choroby w systemie zabezpieczenia społecznego*, [w:] Holly R. (red.), *Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej – początek drogi*, KIU, Warszawa 2001.
- Szumlicz T., Więckowska B., *Uwarunkowania zastosowania rozwiązań ubezpieczeniowych w polityce zdrowotnej*, „Polityka Zdrowotna”, tom II, grudzień 2004.
- Szumlicz T. (red.), *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2005.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Branta, Bydgoszcz 2005.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne w koncepcji Kodeksu ubezpieczeń*, [w:] E. Kowalewski (red.), *O potrzebie polskiego Kodeksu ubezpieczeń*, Toruń 2009.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenie. W sprawie zastrzeżenia terminologicznego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 1 (2009).
- Szumlicz T., *Podejście ubezpieczeniowe do zmian systemu ochrony zdrowia*, w: *Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, lipiec 2008 (wydanie specjalne).
- Szumlicz T., *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia*, GlaxoSmithKline, Warszawa 2007.
- Szyborski J., Wojtyniak B., Chańska M., *Nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży w Polsce*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 1996.
- Terminologia procedur medycznych CPT-PL 2006*, American Medical Association, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2006, s. VIII.

Titmuss R. M., *Social Policy. An Introduction*, B. Abel-Smith, K. Titmuss (red.), George Allen&Unwin Ltd., London 1974.

TNS OBOP (24.05.2004 r.), *Wybieramy leczenie za darmo*.

TNS OBOP (24.08.2004), *Co zamiast obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego*.

Tymowska K., *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – prawdy i mity*, Tygodnik Powszechny, (dostęp: 12.04.2011).

Tymowska K., *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie, bariery dostępu i opinie społeczne*, [w:] *Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2006.

Ubezpieczenia samochodowe, serwis internetowy AXA Direct, <http://www.axadirect.pl/ubezpieczenie-samochodu/> (dostęp: 01.12.2010).

Unger F., *Health is wealth: considerations to european healthcare*, *Prioloji*, 33 (1) 2012.

Urbanowicz U., Sałaniecki A., *Świadczenie medyczne – czym jest?*, *Polityka Zdrowotna*, tom II, grudzień 2004.

Van de Ven W. P. M. M., Beck K., Van de Voorde C., Wasem J., Zmora I., *Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later*, „*Health Policy*”, 83 (2007).

Van de Ven W. P. M. M., *A comparison of the Risk Equalization systems and the policy context of 5 European countries*, IAAHS-Conference, 15 (2007).

Van der Wel K. A., Dahl E., Thielen K., *Social inequalities in „sickness”: does welfare state regime type make a difference? A multilevel analysis of men and women in 26 European countries*, „*International Journal of Health Services*”, 42 (2) 2012.

Vaughan E. J., Vaughan T. M., *Essentials of Insurance: A Risk and Management Perspective*, John Wiley & Sons, New York 1995.

Vaughan E. J., Vaughan T. M., *Fundamentals of Risk and Insurance*, John Wiley & Sons, New York 1999.

Vincent Ch., Neale G., Woloshynowych M., *Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review*, <http://www.bmj.com/content/322/7285/517>.

Wandt M., *Entwicklungen des Versicherungsrechts: Vielfalt von Regelungszielen bei unterschiedlichen Regelungsebenen und -bereichen*, Versicherungsrundschau, 2006.

Wandt M., H. Ehlers, *Die geschlechtsabhängige Tarifierung von Versicherungsprämien im Lichte neuer Entwicklungen*, [in:] H. Tiberg, *Essays on tort, insurance, law and society in honour of Bill*, W. Dufwa, Stockholm 2006.

Wandt M., H. Ehlers, *Insurance Supervision in Germany – Equitable Life and Mannheimer Leben: Can the Germans rest assured of their assurance?*, [in:] Ülgen H., *Festschrift für*, vol. I, Istanbul 2007.

Wansink H., *The Restatement of European Insurance Contract Law: doelstellingen en verhouding tot Nederlands verzekeringsrecht*, [in:] De Ly F. J. M., Haak K. F., van Boom W. H., *Eenvormig bedrijfsrecht: realiteit of utopie?*, Boom Juridische Uitgevers, The Hague 2006.

Wansink H., *The Principles of European Insurance Contract Law (PEICL), een belangrijke stap voorwaarts op weg naar de integratie van de nationale verzekeringsmarkten in de Europese Unie*, Aansprakelijkheid, Verzekering & Schade, 2008.

Wawszczak P., *Stosowanie klauzul abuzywnych jako praktyka naruszająca zbiorowe interesy konsumentów*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, 32 (2008).

Wdowiak L., *Wybrane zagadnienia ochrony zdrowia w Polsce*, Akademia Medyczna, Lublin 1986.

Weber E. U., Blais A., Betz N., *A domain – specific risk – attitude scale: measuring risk perceptions and risk behaviors*, „Journal of Behavioral Decision Making”, 15 (2002).

Webster's New World Third Collegiate Dictionary, 1988.

Webster Encyclopedic Dictionary, Lexicon Publications Inc., New York 1991.

Wesołowska E., *Jak się leczyć, to tylko w banku, czyli tanie pakiety medyczne dla posiadaczy kont*, „Gazeta Prawna” (dostęp: 16.11.2010).

Węgrzyn M., Wasilewski D. (red.), *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ, kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2006.

Więckowska B., *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, (cz. 1) *Nieodszkodowawcze ubezpieczenia chorobowe*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 3-4 (2006).

Więckowska B., *Partnerstwo publiczno-prywatne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – przykład Holandii*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 1/2009.

Wikipedia Wolna Encyklopedia, <http://pl.wikipedia.org/>, 31.05.2007.

Willet A. H., *The Economic Theory of Risk and Insurance*, 1901.

Williams C. A., Smith M. L., Young P. C., *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, PWN, Warszawa 2002.

Władysiuk M., Malinowska K., *Holandia – źródła finansowania opieki zdrowotnej, koszyk świadczeń i zarządzanie składką, Ubezpieczenie zdrowotne a koszyki świadczeń*, CEESTAHC, Kraków-Warszawa 2011.

Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001.

Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2003.

Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.

Wojtasiński Z., Stradowski J., *Ubezpiecz się od Religi*, Wprost, 22 (2006).

Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, PZWL, Warszawa 2009.

Wojtyniak B., Chańska M., *Częstość hospitalizacji osób zamieszkałych w miastach i na wsi w Polsce w latach 1961-1972*, *Zdrowie Publiczne*, 87 (7) 1976.

Wojtyniak B., Duk M., Seroka W., Goryński P., Chojecka E., *Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób układu krążenia w Polsce część III, Chorobowość szpitalna spowodowana chorobami układu krążenia w latach 1976-1988*, Warszawa 1991.

Wojtyniak B., Goryński P., Chańska M., Seroka W., *Ogólnopolskie badanie chorobowości szpitalnej ogólnej. System informatyczny z wykorzystaniem Internetu*, „*Zdrowie Publiczne*”, tom CX, 12 (2000).

Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.

Wojtyniak B., Kobryń K., Ratyński A., Strzemieczna E., *Długość okresu pobytu w szpitalach wg rozpoznania i niektórych cech demograficznych hospitalizowanych osób*, „*Zdrowie Publiczne*”, 88 (11) 1977.

Wojtyniak B., Krzyżanowski M., *Zastosowanie wybranych metod regresyjnych do prognozowania częstości hospitalizacji w Polsce*, „*Zdrowie Publiczne*”, 91 (1) 1980.

Wojtyniak B., Roszkowska H., Goryński P., Chańska M., Seroka W., Piekarski T., *Czasowe i terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji wybranych chorób w Polsce w powiązaniu z niektórymi czynnikami środowiska. Cz. II. Analiza zróżnicowania terytorialnego*, „*Przegląd Epidemiologiczny*”, tom XLVII, 4 (1993).

World Development Report – World Bank, 1993.

Woźniacki J., *Nowa dyscyplina – „nauki o polityce publicznej”*, „Nauka”, 1 (2012).

B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2007.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dn. 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/2003.

Wysocki J., *Niepubliczne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce*, [w:] Kopczyńska T. (red.), *Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskie: wyzwania i oczekiwania*, Branta, Warszawa 2003.

Zaleskiewicz T., *Przedsiębiorczość i podejmowanie ryzyka* [w:] Ryszka T. (red.) *Psychologia ekonomiczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.

Zieliński M., Wojtasiński Z., *Filar zdrowia*, „Wprost”, 6 (2007).

Zobel P., *Ein Muster für ein europäisches Versicherungsvertragsgesetz? Von der 2. Tagung der Projektgruppe „Restatement of European Insurance Contract Law”*, *Versicherungswirtschaft*, 14 (2000).

Zweifel P., Manning W., *Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care 2000*, [in:] Culyer A. J., Newhouse J. P. eds., *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science B. V., 1 (2000).

Zygier M., *Ryzyko utraty zdrowia i choroby u mężczyzn i kobiet w wieku 26-39 lat a oferty prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych*, XLIV Międzynarodowa Konferencja Studenckich Towarzystw Naukowych i Młodych Lekarzy, 30 marca – 1 kwietnia 2006 r.

Zygier M., *Obserwatorium rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych*, *Polityka Zdrowotna*, tom II, grudzień 2004.

Żyżyński J., *Systemowe podejście do problemu reformy systemu ochrony zdrowia*, w: *Ochrona zdrowia i gospodarka*, [w:] Ryć K., Skrzypczak Z., *Dylematy zarządzania*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dn. 30 sierpnia 1991 r., Dz. U. nr 91 poz. 408.

Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, Dz. U. nr 96, poz. 593.

Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z dn. 13 października 1998, Dz. U. nr 137 poz. 887.

Ustawa z dn. 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. 2003 nr 124 poz. 1151.

Ustawa o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych z dn. 27 sierpnia 2004 r., Dz. U. nr 210 poz. 2135.

Ustawa o zasadach prowadzenia polityki i rozwoju z dnia 6 grudnia 2006 r., Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712, z późn. zm.

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. nr 191 poz. 1410.

Ustawa o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009r., Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.

Ustawa o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych (niniejsza ustawa zmienia ustawę z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawę z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym) – projekt skierowany do „laski marszałkowskiej” przez Ministerstwo Zdrowia (PO), marzec 2008 r.

WYKAZ TABEL, RYSUNKÓW I SCHEMATÓW

TABELE

- Tabela 1. Schemat struktury systemu ochrony zdrowia
- Tabela 2. Rodzaje, zakres i charakter świadczeń
zdrowotnych.
- Tabela 3. Ryzyka i systemy zabezpieczeń (przykładowo
w składzie nie uwzględniającym określonego
kryterium ich ważności, zakresu i powszechności
występowania, wzajemnych relacji i sposobu
wzajemnego oddziaływania)
- Tabela 4. Ubezpieczenia zdrowotne w oficjalnej „urzędowej”
klasyfikacji ryzyk i rodzajów ubezpieczeń
gospodarczych
- Tabela 5. Klasyfikacja ubezpieczeń zdrowotnych
w postulowanym publiczno-prywatnym
ubezpieczeniowym systemie ochrony zdrowia
w Polsce
- Tabela 6. Aktywne i reaktywne ubezpieczenia zdrowotne
oraz przynależne im rodzaje świadczeń
zdrowotnych

- Tabela 7. Przykładowy wzór specyfikacji modułów i świadczeń zdrowotnych w produktach ubezpieczenia zdrowotnego oferowanych przez działające w Polsce zakłady ubezpieczeń
- Tabela 8. Wykaz analizowanych produktów ubezpieczeń zdrowotnych oferowanych przez zakłady ubezpieczeń działu II
- Tabela 9. Liczbowy i procentowy udział świadczeń zdrowotnych w wyróżnionych modułach oferty produktowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń działu II
- Tabela 10. Liczbowy i procentowy udział poszczególnych rodzajów świadczeń ogólnej liczbie badanych produktów oferowanych przez zakłady ubezpieczeń zdrowotnych działu II
- Tabela 11. Wykaz analizowanych produktów (tzw. opcji zdrowotnych) oferowanych przez działające w Polsce zakłady ubezpieczeń „na życie” działu I
- Tabela 12. Liczbowy i procentowy udział świadczeń zdrowotnych w wyróżnionych modułach oferty produktowej działających a Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie” działu I
- Tabela 13. Przykładowy wzór specyfikacji modułów i świadczeń medycznych oraz logistycznych oferowanych przez prywatne centra medyczne (firmy abonamentowe)
- Tabela 14. Liczbowy i procentowy udział poszczególnych świadczeń w ofercie prywatnych centrów medycznych (firm abonamentowych)

SCHEMATY

- Schemat 1. Schemat organizacji ochrony zdrowia
- Schemat 2. Model „pozytywno-restrykcyjnego” koszyka gwarantowanych procedur medycznych
- Schemat 3. Model „negatywnego” koszyka gwarantowanych procedur lub „pozytywnego dla wszystkich procedur EBM
- Schemat 4. Zdarzenie jako akt lub proces dokonującej się zmiany.
- Schemat 5. Mechanizm realizowania się ryzyka zmiany
- Schemat 6. Model „stopni stanu zdrowia “
- Schemat 7. Grupy rodzajowe ubezpieczeń zdrowotnych
- Schemat 8. Rodzaje ubezpieczeń i ich charakter
- Schemat 9. Finansowanie świadczeń i obieg pieniądza w modelu równoległych niekonkurencyjnych DUZ (proponowany schemat rozliczeń eliminujący konieczność płacenia dwa razy)
- Schemat 10. Ubezpieczenia zdrowotne w koncepcji publiczno-prywatnego ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia w Polsce....
- Schemat 11. Źródła i sposoby finansowania poszczególnych rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych
- Schemat 12. Świadczenia gwarantowane i niegwarantowane w koszyku pozytywno-restrykcyjnym właściwym dla ubezpieczeniowego publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia

- Schemat 13. Rola i miejsce poszczególnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz zakresy możliwych do oferowania przez nie świadczeń (wynikające z konstrukcji pozytywno-restrykcyjnego koszyka świadczeń gwarantowanych)
- Schemat 14. Zależności zachodzące pomiędzy poszczególnymi rodzajami ubezpieczeń zdrowotnych (ze względu na ich charakter)tworzących strukturę jednolitego publiczno-prywatnego systemu ochrony zdrowia o charakterze ubezpieczeniowym
- Schemat 15. Rodzaje produktów i sposoby ich dystrybucji w segmentach systemu ochrony zdrowia
- Schemat 16. Relacje pomiędzy ubezpieczeniem zdrowotnym, ofertą ubezpieczenia zdrowotnego i produktem ubezpieczenia zdrowotnego
- Schemat 17. Modułarna struktura produktu ubezpieczenia zdrowotnego

WYKRESY

- Wykres 1. Procentowy udział świadczeń zdrowotnych w wyróżnionych modułach oferty produktowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń działu II
- Wykres 2. Podaż świadczeń w produktach oferowanych przez komercyjne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych działu II
- Wykres 3. Procentowy udział świadczeń zdrowotnych w wyróżnionych modułach oferty produktowej działających w Polsce zakładów ubezpieczeń „na życie” działu I
- Wykres 4. Podaż świadczeń w produktach oferowanych przez komercyjne zakłady ubezpieczeń „na życie” działu I
- Wykres 5. Rodzaje świadczeń w ofercie firm abonamentowych
- Wykres 6. Podaż poszczególnych rodzajów świadczeń w ofercie firm abonamentowych

INSURANCE

***IN HEALTH CARE ORGANIZATION
IN POLAND***

CONTENTS

INTRODUCTION	
Chapter One	
Transformation management in health care	
1.2. About the need for a theory of social transformation management in health care	
1.3. General conceptual assumptions	
1.4. Methodological approach	
1.5. Organizing health insurance and healthcare system	
1.5.1. The model vs. the system of health care	
1.5.2. Legitimizing healthcare model and doctrine and efficiency effectiveness of healthcare system	
1.6. State-funded treatment package in the doctrine of healthcare system in Poland	

Chapter Two

INSURANCE IN THE ORGANIZATION OF HEALTH CARE IN POLAND

- 2.1. Assumptions regarding the insurance
model in health care
- 2.2. Conflict over the formula of insurance
legitimization in Polish healthcare system
- 2.3. Insurance as a paradigm
in healthcare organization

Chapter Three

INSURANCE AS A METHOD OF HEALTH LOSS RISK MANAGEMENT

- 3.1. Risk as the subject-matter of management
- 3.2. Mechanism of risk realization
- 3.3. Health and health loss as the subject-matter
of insurance

Chapter Four

HEALTH INSURANCE IN THE LIGHT OF INSURANCE THEORY AND DOCTRINE

- 4.1. Health care within interests of insurance
- 4.2. Health insurance as a tool of health
risk management
- 4.3. Controversies, advantages and disadvantages
of the recommended concept
of health insurance

Chapter Five

TYOLOGY AND CLASSIFICATION OF HEALTH INSURANCE

- 5.1. Health insurance within the system
of insurance
- 5.2. Health insurance in the contemporary
Polish healthcare system
- 5.3. Health insurance in the structure of postulated
public-private healthcare system

Chapter Six

PRODUCTS THAT SERVE HEALTHCARE SYSTEM

- 6.1. Health insurance product – what is it?
What is it like?
- 6.2. The structure of a health insurance product.
- 6.3. Health insurance product in healthcare
management
- 6.4. Health insurance products available
on the market

Chapter Seven

INSURANCE IN THE SYSTEM OF SOCIAL AND HEALTH PROTECTION

- 7.7. Insurance in the process of designing
health care politics and planning
health policy
- 7.8. Insurance contracts in the system
of common social protection

**FINALLY: ABOUT THE CONCEPT, THEORY, DOCTRINE
AND METHOD OF INSURANCE IN THE PRACTICE
OF HEALTH CARE ORGANIZATION**

REFERENCES

APPENDICES

Appendix 1. Method of product market analysis
– example use and findings

Appendix 2. List of issues (and applicable research
questions) regarding the equity
and plausibility of substituting and/or
supplementing the intergenerational
social agreements with insurance
contracts

Appendix 3. Example assumptions made regarding
verification plan of the plausibility
to substitute and/or supplement
the intergenerational social agreements
with insurance contracts.

INDEX OF TABLES, GRAPHS AND SCHEMATA

ITEMS

INDEX OF

SUMMARY

Problems reflected by the topic of the book (*Insurance in the healthcare organization*) refers to, most generally, the role of insurance in both systematic and system risk management, as well as to separate particular risks. It also directly refers to the matter of influencing the effectiveness of protective systems by insurance – and is exemplified by the healthcare system. The risk of health loss, due to its importance and specific character, as well as a variety of references and complexity of involvements turns out to be an excellent example and subject-matter for consideration regarding the usefulness of insurance concept and rules governing the structure of mutual, solidary social effort that aims to face up to the common existential risk. Therefore, a question arises about the influence of insurance (health protection) on the model of structuring and shape of the organization, rules that govern it and the effectiveness of realizing the objectives, tasks. When considering the issue, one cannot avoid references to its wider and deeper conditions connected predominantly with, still undervalued, role of insurance in Polish contemporary model of *social market economy*¹⁸⁸. It is particularly connected with

¹⁸⁸ Decried in the abiding Constitution (Art. 20) system of social market economy is still only a general political concept—a postulate. It has so far not been “given practical theory”, neither by its German authors, nor by specialists in politics or economists. It is therefore not able to be treated as clearly interpreted coherent doctrine defining the rules of structuring and functioning of socioeconomic state organization.

the possibility to reconcile – due to the application of concepts and insurance rules – defined interpretations of (pro) social values and political objectives (or, at least, politically-driven) rules and non-political market mechanisms. What results from this, is – in my opinion – the ambiguity of structuring social care, including health care together with its institutional face of healthcare system. That is where the problem arises to combine the protective role of the country with the implementation of market rules and mechanisms, a process so difficult in Poland. A problem that is not only Polish, though.

The above mentioned view accounts for the main idea of the leading thesis and considerations presented in the book, according to which, the key to overcome the discussed dead lock, is consistent application of ideas and methods of insurance – giving the Polish healthcare system a comprehensively insurance-based character.

Analyzing the role of insurance in social or economic process is therefore limited to the matter of stimulating the ongoing transformation, and as such, my considerations refer to the category of change management, influencing its onset and progress, its direction, dynamics and potential effects.

I assume that insurance, in its nature, is/may be a coherent concept of common social effort management of all members of the risk community, in order to confront the unwanted events (i. e., a change whose effect is regarded as unwanted). According to the concept that pertains to change management, throughout thousands of years of social solidarity tradition, there has emerged an extensive technology of neutralizing risk – identifying the risk, its causes that may lead to risk realization, assessing the possibility of realizing it and the potential costs that are necessary to compensate for losses. The results of any change are always uncertain and can be predicted with only a degree of probability. Realization of the wanted and/or unwanted (from a certain point of view, according to certain criteria, assigned objectives) events and their effects can only be discussed as those with a varied degree of possibility/probability. According

to one of the most common definitions of risk seen as the probable occurrence of a certain event/phenomenon/condition, one can claim that social change is the risk, and therefore it can be categorized as such (i. e., using the features and parameters of the risk).

I also claim that effective management of risk/danger, perceived as common and/or catastrophic, demands coordinated four-dimensional influence on the ongoing change:

- (1) **management of social activity** through organizing systems that protect against the risk/danger, e. g. by organizing mutual social effort within the concept of risk community.
- (2) **stimulating the progress of change**, which generates the danger risk (by influencing its onset, direction and dynamics),
- (3) **managing the subjects of the system** that generate and distribute goods serving as risk protection (and its effects),
- (4) **developing technology** to prevent the sources/causes of specific risks/dangers and compensating for their negative effects.

Each level presents various possibilities of using the rules and insurance methods however, the most extensive and major possibilities refer to levels two and four.

The above presented attitude allows for a wider interpretation of the rules and insurance method, which considers equal (equally important) both, the active (anticipating) as well as reactive (predominantly limited to „passive” compensation) actions.

Due to the economic meaning and character of overarching objective, which is the improvement of risk protection effectiveness, in the analyses carried out we make use of the conceptual category of „future-oriented economy”. Concepts discussed in the book are, therefore part of the, so called general economy, so much as the

insurance is treated as an instrument aimed to improve the budgeting effectiveness. The categories used for description and analysis are, due to the peculiarity of objectives, subject matter and methods used in the process of analysis that took into consideration the entire, complex context of political-social, cultural, psychosocial, political and technological conditions, in their new meanings and interpretations they gain, they may turn out to be particularly useful for creating a homogeneous theory of risk neutralization (developed on the basis of insurance theory, risk theory, risk management theory and the theory of change management), a process so much advocated in this book. Such theory, according to studies conducted on the effectiveness of healthcare system, should focus on the rules of value interpretation (according to which the objectives, as well as form of organizing and functioning of protective and insurance systems are arranged), in the light of the interests (insurance), identified in order to establish and create a risk community¹⁸⁹, and the rule of insurance plausibility. Only by means of the ability to identify the interests, can we say if, and to what extent, one needs insurance, which of his/her needs and to what extent can be secured. Therefore the assessment of insurance plausibility allows to state whether there is any risk involved, or if the insurance can in any way neutralize the risk, or what circumstances and conditions have to be fulfilled. With these criteria in practice, any insurance that verifies any of the rules negatively, becomes a phantom insurance.

As mentioned above, the keynote of the book is based on the assumption that the idea of insurance establishes an optimum formula, which should be the basis for structuring any social insurance, apart for health insurance, but also the organization and ways of functioning of institutional protective systems. It also follows a perception that insurance is an optimal method of social risk neu-

¹⁸⁵ Best presented by the solidarity-based attempt of Rudolf von Ihering based on the tradition of Roman Law.

tralization, structuring products that would neutralize the risks, techniques of financing, as well as ways of calculating any insolvencies and active debts.

In this book I, therefore aim to provide answers to the following questions: whether such a role is indeed adequate for the idea of insurance, does it already play the role to any extent, or at least is there any chance for it to play the role, should it, and if it does not, then why? What conditions have to be fulfilled for it to be possible? What benefits and costs may occur? And, finally, how to structure an optimal Polish healthcare system, and systems that would correspond with other social markets (answers to those questions being rational assumptions)? In other words, whether, and to what extent, Poland needs an insurance-based healthcare system? If yes, then what should it be shaped like, from the perspective of doctrine formally-legal, organizational, economic-financial and what shape is realistic due to the political, socio-cultural, economic, infrastructural, technological, staff and demographic conditions. Or, whether Polish healthcare system really needs insurance with all its forms, and – if yes – what forms should be present? Can analyses of the matter and their results concerning Polish healthcare system be generally applied to other systems, also outside Poland?

Unfortunately, we still lack a complex and „pragmatic” theory that would define and explain the ongoing transformation – transformation management theory that would allow to forecast and stimulate its progress – direction, dynamics and effects.

This „legitimization gap” not only prevents us from creating the most appropriate, at this stage, interpretation of basic social values when formulating politically – social objectives, but it also – which is extremely important for practice – „suspends” the articulation of principal rules, being the premise of current social policy. Due to this, it does not protect from hypostasis on the one hand, and on the other, from ideological escapism. We therefore lack a criterion for evaluation whether, and to what degree, specific cases of rule

violation, most commonly as a result of „major necessity”, were valid, and what benefits and costs emerged (will emerge) respectively. It seems especially crucial in cases where the range, borders and ways of violations become an effect of political trading. Even if we accept instances of principal rules violation, we cannot regard the acceptance a principal rule as such. Any decision to violate the rule must be a result of benefit-loss calculation. But the calculation cannot be done if we do not know the rules we violate well enough, or if – let us assume the worse-case scenario – we claim (or pretend) them not to be important enough to even endeavor the benefit-loss calculation. This, in turn, results in the acceptance becoming a dangerous rule.

Due to the lack of theoretical assumptions for creating an effective protection strategy, including health loss risk, searching for bases of the strategy, we are limited to the analysis of merits and drawbacks of the already existing model solutions in this respect. Some that have a long tradition and a well-established position, as well as those that are potentially possible. The latter undoubtedly involve the possibility of introducing a hybrid model of statism-market supply model, discussed in this book. I also assume that consistent subordinating the model to properly understood and interpreted insurance rules, will, if not substitute for the contested lack of theoretical bases, at least provide it with useful prosthesis that will guarantee an increase in its effectiveness.

Matters of insurance usefulness for the organization and functioning of healthcare system discussed in the book, cover only one of the aspects, but undoubtedly major one, of wider perspective of the role insurance plays in transformation process and management in a specifically Polish conditions of social market economy.

Therefore, the structure of the book is governed by two main concepts that correlate: one that deals with the guidelines for structuring an optimal for Poland model of health risk protection as well as organizing and functioning of healthcare system. The other one that discusses the possible ways to make use of concepts

and insurance methods for structuring the organization and establishing the rules governing an effective healthcare system.

According to the theoretical assumptions made in the introduction, further chapters gather arguments to prove that the method of insurance is/may be an effective tool in management of the transformation process on two levels:

- (1) stimulating its onset and progress (direction, dynamics and potential effects) and
- (2) compensating for the effects, which – taken subjectively by the one who judges them (or perceived by, the so called, objective criteria, however usually predominantly only consensual), are considered negative or unwanted.

Making use of the concept of insurance, in order to organize social effort to create protection against common danger, also requires – according to analysis carried out – defined interpretation of the new idea, focused on the interest (s) of risk community that the system is supposed to serve.

Insurance that serves as a concept of risk community organization must be based on the same values that are fundamental to the community itself. Therefore, understanding the idea and interpreting it via the group's interest (s) is limited to the following values:

- **solidarity** (with all members of the risk community);
- **equality** (equal access of all risk community members to benefits as well as duties, usually proportional to the risk involved)
- **freedom** (to choose the risk community and, above all, the type, range and method of insurance in order to best protect the interest)

- **tolerance** (of varied needs, interests and aims present in the risk group)
- **justice** (when distributing money for benefits and other costs, for specific types of benefits, when calculating damages/losses and awarded compensations)
- **equity** (when making a decision concerning the sequence of risk and/or event neutralization, the preferred types and methods of risk neutralization, preferred interests, which the insurance is to protect)
- **effectiveness** (predominantly economic: advantage of profits over costs that have to be covered)

Moreover, two complementary rules of subjectivity have to be regarded as an integral part included in the catalogue of insurance imponderables:

- **rule of interest** (insurance interest) that allows to establish who is a certain type of insurance supposed to serve;
- **rule of reality** (insurance reality) that establishes the degree to which a certain type of insurance can/should protect the real interests of the insured, given the circumstances and conditions.

The above mentioned values and rules in practice never occur in its „pure” form (if it exists), but always in defined interpretations. These – as it was proven in previous chapters are seldom explicit. And it is the lack of ambiguity, but also complementary character and mutual coherence that determine the usefulness of insurance – its quality, subjectivity, and ability to meet the objective it is supposed to serve. Hence the demand to distinguish and develop insurance risk neutralization theory. The rules of setting goals for transformation management should be the subject matter of consideration and research, together with the methods of realization

within the process of designing strategic action plans of risk protection. This should, above all, include the chances and conditions to use the ideas and methods in the practice of management.

It seems, though, that when taking into account the diversity and specific character of interests expressed by the risk groups, distinguished to neutralize particular risks under different circumstances and conditions they can occur, methodology should involve idiographic approach rather than nomothetic. The proposed theory or, at least mutual interpretation of insurance imponderables can/should be the basis for the doctrine of particular risk neutralization (a class of risks). In case of health loss risk – the so called health doctrine.

The rules of risk neutralization articulated in the doctrine allow to set objectives and establish strategic action plans in order to meet the objectives in a certain period of time. As regards health doctrine, they allow to design proper healthcare strategy and effective health policy, especially one that would meet the strategic objectives. In consequence, there is an established shape of institutional system to realize the risk, which in case of health loss risk and health doctrine means – healthcare system, which should comprise entities, such as –institutions, companies and organizations of the system beneficiaries. They will be, within the assigned structure of the system, subject to doctrinal objectives and priorities. They will most effectively meet the objectives, accomplish missions and tasks. Such entities play assigned roles by means of producing and distribution of products that are/should be best applicable to accomplish the missions, meet objectives and fulfill tasks.

Presented scheme of proper application of insurance concept and methods usually does not go along with insurance practice. Most commonly, it is not the coherent interpretation of declaratively recognized and called values and rules that establishes the shape of the doctrine, but the result of political trading and various particular interests. Incoherent doctrine gives rise to incoherent, ineffective

insurance system that constantly needs to be corrected and provided with prostheses. This genetic defect is potentiated by inefficient coordination of activity on the part of two fundamental segments: public and private. What regards the healthcare system is a situation in which public sector focuses on maintaining its beneficiaries in possibly best condition and, therefore, generates products that would best suit the purpose (that is also why it offers more accurately proportioned prophylactic-preventive, procedure-fixing and care services). On the other hand, private sector focuses on generating profit, thus offers predominantly services created from fixing benefits (most commonly these are treatment procedures).

The easiest and more secure way to remove all internal discrepancies present in the structure of any risk neutralization system (system of protection against the risk) is, in my opinion, consistent standardization and subordinating the organization and functioning of the system to insurance rules. When implementing the rules, one should remember about proper interpretation and any limitations or flaws of insurance. However, despite the fact that the list of flaws and weak points is just as long as the list of its merits, we can compensate for the flaws (even those that largely endanger the effectiveness of insurance). In case of health insurance, the most commonly contested unwanted effects, such as negative selection, uneven risk-profit participation, disproportionate commitment of some members of the community as compared to the benefits they obtain, can be compensated by special mechanisms of leveling the risk and/or profit share (e.g. Risk Adjustment, Risk Sharing, “mortgage” tax, etc.). The developing insurance technology will, undoubtedly, contribute to the enrichment of such solutions and compensation mechanisms.

The practice of health insurance products discussed in this book shows that the usability of insurance concepts and methods depends not only on proper interpretation of insurance imponderables that are in accordance with subjects’ interests (risk community’s), or

skilled use of insurance technologies to neutralize the risk. It also depends on the understanding of the sense of insurance as such, its roles and expectations placed on it.

As I have already frequently proved, the dominant practice of insurance industry is to regard insurance products predominantly (or even exclusively) as a tool of financial compensation for losses/damages, resulting from risk realization. Such attitude significantly narrows the sense and role of insurance used mainly for reactive actions, and does the contrary, marginalizes or even excludes active or preventive actions that would not allow unwanted events and damages/losses to occur. Hence-in my opinion-problems arise with typology and unambiguous classification of many insurance products available on the market within the systems dominated by insurance industry. Health insurance products are best examples of products that cannot be explicitly classified according to commonly used “market” criteria (e.g. classification of “ornamental” health packages, commercialized occupational health care, check-ups, screen tests and immunizations?).

The greatest problem, however, arises with attempts to configure commercialized insurance products with those from public sector, in order for them to complement and support one another, and create a homogeneous and coherent offer of the entire multi-sector healthcare system. And this is, in fact, the type of system, euphemistically called a public-private partnership, we are condemned to not only in Poland. This is a result of the European tradition or social rules typical for certain rules of market economy, but also the obvious advantages of public insurance that compensates for the biggest flaws of private sector, and on the other hand, and doubtless advantages of private sector that compensates for the obvious flaws of public sector.

The first step to break the long-time dead-lock of creating the above mentioned, homogeneous public-private health care insurance system would be substituting the existing one with a flexible

hybrid public-private health care system with uncoordinated product range. Due to the lack of a clear development strategy it should constantly be fixed and finally given such meaning that it could be playing the assigned role in the system – support and coordinate the attempt to meet objectives of both public and private sector.

Therefore, the insurance should be defined as a financial-logistic tool, which can (and should) take actions of not only reactive character that compensate the negative effects of unwanted events, but also of active-anticipating character, i.e. (1) monitor any symptoms that would indicate any chance for the events to occur, (2) not allow them to occur, (3) stimulate the progress of events – their direction, dynamics and potential effects.

Insurance service perceived this way, presented as insurance product offer, can (and should) account for assurance/guarantee of real actions: (1) monitor the risk of unwanted events to occur, (2) take prophylactic and preventive measures against unwanted events, (3) interventional – stimulate the progress of unwanted events, and finally (4) compensate for the effects of unwanted events.

This type of perception also defines the type, range and character of actions, guaranteed within the designed and offered insurance services, in the form of various benefits that protect against certain categories of events. Their occurrence may interfere with the subject's interests. In other words, the benefits can reduce the chance of risk occurrence and/or compensate their potential negative effects (financial, personal, health-related...).

To put it simple, one can claim that, these benefits (and their varieties) offered by their producers (insurance providers) within certain conditions are products in line with the types of risks. Insurance product that is formed in accordance with all the schemata is transparent, realistic, providing symmetry of information, clearly indicating: (1) type(s) and character of actions it guarantees; (2)

range of actions, proper for the circumstances in which are about to be undertaken; (3) action repertoire (range of services); (4) conditions that have to be fulfilled by the insured as well as the provider.

As shown in Chapter 6, the transparency of product offer, information symmetry and the ability to evaluate real duties of the insurance is best obtained due to multi-step, modular structure of benefits, which account for the offer and the product as such.

Products created according to a universal scheme may cover benefits applicable to the needs and objectives of both, the public and private sector. They may as well serve protective needs of clubs, co-operatives and mutual consideration. Above all, analyses conducted on the level of demand coverage for specific types of benefits, clearly indicate areas of product demand concentration and neglected areas, or even ignored by insurance providers. They therefore, account for a useful instrument of demand-supply “mapping”, and for fundamentals of structuring action plans in terms of any types of benefits. Modular products may be then used for homogeneous, coordinated management of the entire system, most importantly by means of stimulating supply of products aimed at diagnosed needs.

Health loss risk, due to its three equally important aspects and dimensions: unit, social and economic, turns out to be particularly convenient subject of researching the possibilities to use ideas and methods of insurance in order to neutralize the risk of any range and character of incidence. Health care, seen as care of values and common wealth, non-cumulative within a single generation, requires varied actions, whose effectiveness depends on their complexity and complementarity, and focusing not only on damage/loss compensation, but also not allowing for them to occur and lose the values and wealth in the future. Only such parallel, complex and mutually supportive actions guarantee realistic protection of individual and mutual social interests, as well as their management. They are, therefore a condition to meet the objectives of particular entities, their development and proper functioning of any community. They

are also directly influencing the efficiency and competitive force of any economy.

Research findings on the usability of insurance in healthcare management discussed in particular chapters of this book, regardless of their applicability in the industry, may well be regarded as arguments for a wider and more coherent interpretation of the concept and method of insurance. They also speak for the concept of total, integrated transformation management.

INDEKS RZECZOWY

A

abonament zdrowotny
(medyczny)
abonamentowa firma
awaria mała
awaria wspólna

B

bon zwrotny

C

Current Procedural Terminology
cierpienie (jako antonym
dobrostanu)

D

deprywacja potrzeby
Diagnosis Related Groups
(DRG)
dobro

- klubowe
- kulturowe
- prywatne
- publiczne
- społeczne

dobrostan
dodatek zdrowotny
doktryna ochrony zdrowia
dopłata
driver(y)

- istotny
- towarzyszący

E

efektywność (systemu ochrony zdrowia)

F

finansowanie

Fundusz Zdrowia

G

Gross National Happiness (National Happiness Index)

H

hazard moralny (zdrowotny)

Human Development Index

I

imponderabilia

- politykospołeczne

- ubezpieczeniowe

interes ubezpieczeniowy

J

jakość ochrony zdrowia

jakość produktu ubezpieczeń zdrowotnych

Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP)

K

kasa chorych

kontrakty społeczne

koszyk świadczeń zdrowotnych

- gwarantowanych

- negatywny

- pozytywny

- pozytywno-restrykcyjny

- restrykcyjny

L

luka strategiczna (*Strategic Planning Gap*)

M

model ubezpieczeniowy ochrony zdrowia

model etatystyczny ochrony zdrowia

model rynkowy ochrony zdrowia

model charytatywny ochrony zdrowia

model hybrydowy ochrony zdrowia

modele ochrony zdrowia

moduł(y) (świadczeń)

N

neutralizacja ryzyka

O

ochrona zdrowia
oferta produktowa
ogólne warunki ubezpieczenia
(OWU)

P

polityka ochrony zdrowia
(*politics*)
polityka społeczna
polityka zdrowotna (*policy*)
poszkodowany
potrzeba
procedura(y) medyczne
- wyłączone
- zabronione (zakazane)
produkt ubezpieczenia
zdrowotnego
- komercyjny
- prywatny
prowokowanie ryzyka
przemysł ubezpieczeniowy

R

reforma systemu ochrony
zdrowia
regionalizacja ochrony zdrowia
risk sharing
risk adjustment
rynek ubezpieczeniowy
rynek ubezpieczeń zdrowotnych

rynek ochrony zdrowia
rynek świadczeń (usług)
medycznych
ryzyko
ryzyko(a) zdrowotne (utrata
zdrowia)

- transferowe
- systemowe
- fantomowe

S

składatek
składka Ubezpieczeniowa
składka (opłata) kapitacyjna
system ochrony zdrowia
- kompatybilny
- komplementarny

Ś

świadczenie(a)
- bezterminowe
- jednorazowe
- okresowe
- pieniężne
- nierzeczowe
- rentowe
- rzeczowe
- zdrowotne

T

teoria

- naturalizacji ryzyka
- ryzyka
- ubezpieczeniowa
- zarządzania zmianą

U

ubezpieczenie(a)

- fantomowe
- społeczne
- zdrowotne
- aktywne
- dobrowolne
- ekstraordynaryjne (dodatkowe)
- grupowe
- indywidualne
- korporacyjne
- obowiązkowe
- ponadstandardowe
- powszechne (PUZ)
- prywatne
- publiczne
- reaktywne (pasywne)
- rodzinne
- rozszerzone
- równoległe
- substytucyjne
- suplementarne

- wzajemnościowe

- zawodowe

ubezpieczeniowa idea

ubezpieczeniowa metoda

ubezpieczeniowa teoria neutralizacji ryzyka

ubezpieczeniowa wspólnota ryzyka

ubezpieczeniowy paradygmat

udział własny

usługa medyczna

W

wspólnota ryzyka

wyrównawcza korekta ryzyka (Risk Adjustment)

Z

zabezpieczenie

- społecznych potrzeb

- zdrowotne

zagrożenie

zakład ubezpieczeń (zdrowotnych)

zaopatrzenie zdrowotne

- finansowe

- nierzeczowe

- rzeczowe

zarządzanie

- operacyjne (podmiotami systemu ochrony zdrowia)

- pasywne
- ryzykiem
- strategiczne (ochroną
zdrowia)
- systemowe
- zmianą
(w ochronie zdrowia)

zasada realności

ubezpieczenia

zdarzenie(a)

- losowe
- niepożądane
- obligatoryjne
- pożądane

zdrowie