

PRIORYTETYZACJA JAKO KONCEPCJA ZARZĄDZANIA ZMIANĄ W OCHRONIE ZDROWIA

Romuald Holly

STRESZCZENIE

Celem prowadzonych w artykule rozważań jest próba określenia roli, jaką priorytety zdrowotne pełnią lub przynajmniej mogą pełnić w zarządzaniu ochroną zdrowia. Stąd w kolejnych częściach opracowania podejmowane są kwestie dotyczące samego przedmiotu zarządzania – organizacji ochrony zdrowia, miejsca i znaczenia w tej organizacji najważniejszych instrumentów zarządczych – ubezpieczenia, finansowania, koszyka świadczeń gwarantowanych, regulacji formalno-prawnych oraz priorytetów zdrowotnych traktowanych jako emanacja strategii ochrony zdrowia i/lub doktryny zdrowotnej.

Priorytet zdrowotny jest przy tym rozumiany jako dyspozycja do określonego działania na rzecz jednoznacznie zdefiniowanego celu/zadania, traktowanego przedmiotowo lub funkcjonalnie, który w określonym czasie i/lub okolicznościach uznawany jest za pierwszoplanowy, najważniejszy lub przynajmniej preferowany „pośród innych równych”. Działanie na rzecz owego nadrzędnego celu/zadania sprawia, że – w konsekwencji – wszystko co służy lub może służyć jego realizacji również traktowane jest priorytetowo.

Poprzez wzajemne związki i komplementarność tych instrumentów pokazane są możliwości korzystania z priorytetów na obydwu wyróżnionych poziomach zarządzania ochroną zdrowia: *politics* – kształtowania organizacji i projektowania strategii ochrony zdrowia oraz *policy* – realizacji strategicznych celów i zadań. Wskazana jest także zależność trafności, skuteczności i efektywności priorytetów jako instrumentów zarządzania od ich genezy, źródeł, inspiracji i motywacji, jak i w ogóle pochodzenia, zasięgu i zakresu, obowiązywania, sposobu artykulacji, a także od sposobu i wyniku ich interpretacji wskutek transferu, głównie z wyższego na niższy poziom zarządzania.

Konkluzją rozważań jest konstatacja, że priorytetyzacja jest jednym ze sposobów inicjowania i stymulowania przebiegu procesów zmiany

PRORITIZATION AS A CONCEPT OF CHANGE IN HEALTHCARE MANAGEMENT

Romuald Holly

ABSTRACT

The aim of considerations presented in this article is an attempt to define the role of health priorities, or at least the role they can play in healthcare/protection management. Hence in the successive parts of the paper the issues concerning the very subject matter of management – healthcare organization, the position and significance of major management tools in this organization – health insurance, financing, the guaranteed benefit basket, formal and legal regulations, and health priorities, viewed as an emanation of healthcare/protection strategy and/or health doctrine.

Health priority is understood as an instruction to act in a specific way towards a clearly defined objective/task, treated as an object or a function, which during a specified period of time and/or in specific circumstances is considered as primary, most important, or at least preferred “among other equal ones”. Acting towards this overarching objective/task results in that – as a consequence – everything that serves or may serve to attain the objective is also treated as a priority.

Through the interactions and complementarities of these instruments the possibility to use priorities on both identified levels of healthcare/protection management is shown: *politics* – determining organization structure and developing healthcare/protection strategy, and *policy* – delivering strategic objectives and tasks. Moreover, the connections between the priorities’ relevance, effectiveness, and efficiency as management tools and their genesis, sources, inspiration and motivation, and generally between their origins, range and scope, validity, the way of articulation, as well as the interpretation methods and outcomes due to the transfer mainly from the upper to the lower level of management, have been shown.

The conclusion of the discussion is that prioritization is one of the methods to initiate and

w ochronie zdrowia stosowanym w ramach różnych stylów zarządzania zmianą oraz w różnym stopniu powiązanych z innymi metodami zarządzania; polega na: (1) stanowieniu celów, tj. ich wskazywaniu oraz artykułowaniu, (2) hierarchizowaniu celów pod względem ważności i pierwszeństwa realizacji, (3) określaniu sposobów realizacji celów, (4) hierarchizowaniu sposobów realizacji celów ze względu na ich skuteczność i efektywność.

Natomiast kryteria stanowienia celów i doboru metod to: (1) uwarunkowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego, które pozwalają zarazem identyfikować najważniejsze problemy określające (ograniczające) sprawność jego funkcjonowania: epidemiologiczne, formalno-prawne, ekonomiczne, ideologiczne, polityczne, społeczno-kulturowe, religijne, kadrowo-kompetencyjne, infrastrukturalne, socjo-demograficzne, organizacyjno-zarządcze; (2) zasady właściwej organizacji systemu: kompletność, spójność, komplementarność, kompatybilność.

Artykuł zawiera także zapowiedź publikacji opracowania na temat priorytetów zdrowotnych w praktyce zarządzania ochroną zdrowia w Polsce.

Słowa kluczowe: priorytety zdrowotne, instrumenty i narzędzia zarządzania ochroną zdrowia

1. Priorytety w zarządzaniu ochroną zdrowia

W debacie publicznej dotyczącej zasad organizacji oraz funkcjonowania i finansowania ochrony zdrowia termin „priorytet” niewątpliwie należy do najważniejszych i najczęściej pojawiających się kategorii pojęciowych. Liczne ogłaszane listy priorytetów zdrowotnych (aczkolwiek nie tylko zdrowotnych) prowokują do głębszej refleksji nad tą specyficzną praktyką wskazywania celów, zadań oraz kolejności i sposobów ich podejmowania. Praktyką na tyle powszechną, że można już chyba mówić o modzie na priorytety. Skąd zatem ta moda? Czym w ogóle są i skąd się biorą priorytety zdrowotne – kto, dlaczego, w jaki sposób, w jakim celu je ustanawia? Komu i czemu służą/mogą służyć – kiedy, w jakich warunkach? Jak winny być generowane i następnie wdrażane, by były użyteczne? W miarę jak uświadamiamy sobie te kwestie, coraz wyraźniej jawi się waga problemu priorytetów w ochronie zdrowia.

stimulate the change process flow in healthcare/protection used in various change management styles, and linked to a various extent to other management methods; it consists in (1) setting objectives, i.e. identifying and articulating them, (2) hierarchizing objectives considering their importance and priority of fulfilment, (3) defining the methods of attaining objectives, (4) hierarchizing the methods of attaining objectives on the basis of their effectiveness and efficiency.

Whereas the criteria for setting objectives and selection of the methods include: (1) determinants of the health protection system, which at the same time make it possible to identify the most crucial problems determining (limiting) the effectiveness of its operation: epidemiological, formal and legal, economic, ideological, political, social and cultural, religious, human resources and competence-based, infrastructural, social and demographical, organizational and managerial; (2) rules for proper organization of the system: completeness, coherence, complementarity, and compatibility.

The article also announces the publication of a study on health priorities in healthcare/protection management practice in Poland.

Keywords: health priorities, instruments and tools of healthcare management

1. Priorities in healthcare/protection management

Undoubtedly, the term “priority” is among the most important and most frequently used conceptual categories in the public debate on the rules of organization and functioning, and financing of healthcare/protection. Numerous list of priorities in health announced, (albeit not only in health), provide an opportunity to reflect more on this specific practice in determining objectives, tasks, their sequence and methods of delivery. This practice has become so common that we can probably speak that priorities are en vogue. Where does this trend come from? What are the priorities actually and what are their origins – who and why determines them, how are they determined, what is their purpose? Who and what is to benefit from these priorities – when, in what circumstances? How should they be generated and subsequently implemented to be

Wielość i różnorodność priorytetów, wręcz całych ich pakietów, ogłaszanych i zapisywanych w programach partii politycznych wszystkich chyba opcji, w programach rządu i jego agend, organizacji pozarządowych i samorządowych, także prezentowanych jako efekt debat na kongresach, konferencjach i sympozjach rozmaitych gremiów nie pozwala na jakiegokolwiek merytoryczne odniesienie się do wskazywanych przez nie celów i zadań, stopnia ich ważności i pilności oraz perspektyw czasowych i sposobów działania. Tym bardziej, że choćby ze względu na wspomnianą wielość i różnorodność, priorytety w znacznym stopniu wykluczają się wzajemnie, a przynajmniej istotnie się dewaluują, przez co traci sens ich stanowienie jako specyficznych kierunkowskazów strategii ochrony zdrowia i – przede wszystkim – określających cele i ich hierarchię w procesie zarządzania całym systemem ochrony zdrowia oraz w prowadzeniu bieżącej polityki zdrowotnej. Pokazują bowiem tak wiele różnych kierunków, że mogą bardziej dezorientować niż wskazywać owe „właściwe” cele, ich hierarchię ważności, stopień pilności i kolejność ich podejmowania. Tym bardziej, że uzasadnienia ich „właściwości” czy „słuszności” (jeżeli takowe uzasadnienia w ogóle im towarzyszą) odwołują się do tak różnych, najczęściej nieporównywalnych kryteriów ich stanowienia i/lub opierają się na tak odmiennych argumentach, że nie tylko ich zasadność, ale nawet jakiegokolwiek wspólne kryterium oceny ich metodologicznej choćby poprawności okazują się niemożliwe.

Pomimo tych ułomności, priorytety zarówno w debacie publicznej, jak i w dyskursie badaczy oraz ekspertów posługujących się językiem nauki okazują się najczęstszą i chyba najprostszą, stąd zapewne tak popularną formułą odpowiedzi na kultowe pytanie „co robić?” Jest to zatem fakt, którego znaczenia nie można umniejszać ani, tym bardziej ignorować. Należy raczej rozważyć, jaka jest faktyczna rola powszechnie ogłaszanych priorytetów w organizacji, funkcjonowaniu i finansowaniu ochrony zdrowia, generalnie – w zarządzaniu ochroną zdrowia.

Przede wszystkim należy więc rozważyć, czy zarządzanie ochroną zdrowia przez priorytety (za pomocą tak specyficznego narzędzia, jaki stanowią priorytety zdrowotne) znajdujące oparcie w określonej koncepcji zarządzania albo przynajmniej uzasadnienie w jakiejś głębszej

useful? As we grow increasingly aware of these issues, the gravity of the problem of priorities in healthcare/protection becomes more evident.

The preponderance and diversity of priorities, even whole packages of priorities announced and included in the programmes of political parties representing probably all options, in the programmes of the government and its agencies, of non-governmental organizations, and those of the local authorities, also presented as the results of debates of various bodies at congresses, conferences, and symposia, make it impossible to provide any substantive response to the objectives and tasks specified, the degree of their importance and urgency, time horizon, and modes of operation. All the more so since the priorities, if only for their above mentioned preponderance and diversity, are to a large degree mutually exclusive, or at least substantially devalue, thus making it pointless to set them as specific guidelines for healthcare/protection strategy, and, first of all, as priorities defining the objectives and their hierarchy in the process of managing the whole healthcare/protection system and the ongoing implementation of health policies. Particularly that they indicate so many various directions that they are more likely to confuse than indicate the “right” objectives, the hierarchy of importance, degree of urgency, and the order of addressing them. Even more so that the justifications for the “rightness” or “correctness” of the objectives (if accompanied by such justifications at all), refer to so different, most frequently incomparable criteria for their setting and/or are based on so different arguments that not only their relevance but even a single common criteria for methodological assessment of at least their correctness, proves impossible.

Despite these deficiencies, priorities, both in public debate as well as in the discourse of researchers and experts using the language of science, prove to be the most frequent and probably the simplest – and for this reason the most popular form of answer to the ritual question “What to do?” It is, therefore, a fact whose importance should not be underestimated, nor especially ignored. What should be considered is the actual role of the commonly announced priorities in the organization, functioning, and financing of healthcare/protection, generally – in healthcare/protection management.

refleksji teoretycznej, czy też jest to sposób zarządzania podejmowany bezrefleksyjnie i wynika jedynie z przekonania głosicieli priorytetów o sile i trafności ich własnej intuicji opartej na doświadczeniu, ideologicznej słuszności albo po prostu z przeświadczenia o ich prawie do decydowania, co należy robić najpierw.

Innymi słowy, czy możliwe są ustalenia teoretyczne pozwalające na ocenianie i rozróżnianie/klasyfikowanie oraz wskazywanie określonych priorytetów, choćby jako tych „dobrych” – użytecznych (w określonym zakresie, stopniu, okolicznościach, okresie czasu) dla sprawności/skuteczności i/lub efektywności ochrony zdrowia. Głównie tej właśnie kwestii – skuteczności i efektywności priorytetów jako instrumentu zarządzania ochroną zdrowia – dotyczyć będą prowadzone tutaj rozważania.

Kwestię tę podejmujemy przy założeniu, że za owym „priorytetowym” zarządzaniem ochroną zdrowia prawdopodobnie nie kryje się żaden wyraźny koncept, czy choćby ogólny zamysł, co i jak należy odpowiadać na wspomniane pytanie „co robić” – a tym bardziej, co robić przede wszystkim i w jaki sposób to robić. Stąd też rozważania na ten temat rozpoczynamy od próby określenia miejsca i roli priorytetów w organizacji ochrony zdrowia.

Refleksję nad tym jaka jest, jaka powinna być i jaka – w polskich realiach – może być rola priorytetów zdrowotnych jako instrumentu zarządzania ochroną zdrowia, rozpoczniemy jednak od konstatacji, że w świecie, w którym żyjemy o ważności priorytetów przesądza fakt, iż dotyczą one wszystkiego co robimy, albowiem podejmując w danej chwili określone działanie, czynimy tak dlatego, ponieważ to właśnie działanie uznajemy (aktualnie, w zakresie danej aktywności, w danej sytuacji, okolicznościach) za pierwszoplanowe, najważniejsze; innymi słowy – priorytetowe.

W każdej dziedzinie życia, a nawet w zakresie różnych rodzajów naszej aktywności możemy mieć różne (równoległe) priorytety. Dzięki takiej „priorytetyzacji” dążenie do wyznaczonych celów, porządek realizacji zadań, planowanie poszczególnych działań, zarządzanie czasem, stają się bardziej skuteczne i efektywne. Zarządzanie aktywnością w danej dziedzinie wymusza bowiem nie tylko bardziej świadome definiowanie celów oraz ich ewaluację, ale także refleksję nad ich uwarunkowaniami oraz

Firstly, the issue to be considered is whether healthcare/protection management by priorities (with the use of the specific tool that health priorities are) is based on a defined concept of management or at least justified by a deeper theoretical reflection, or it is carried out without any questioning – and results only from the conviction of the priority promoters of the power and correctness of their own intuition based on experience, ideological rightness, or simply, from their conviction that they have the right to decided what to do in the first place.

In other words, is it possible to establish theoretical basis for assessment and differentiation/classification, and indication of identified priorities, at least of those “good” ones – useful (within a defined scope, degree, circumstances, period of time) for the purpose of robust/effective and/or efficient healthcare/protection? The main focus of this paper will be on the issue of effectiveness and efficiency of priorities as a healthcare management tool.

The discussion of the issue is based on the assumption that behind healthcare/protection management by “priorities” there is no clear concept, nor even a general idea of what the answers to the mentioned questions “what to do” and “how to do it” might be - the more so, to the questions about what to do in the first place and how to do it. Hence at the beginning of the discussion we will attempt to define the place and role of priorities in healthcare/protection organization.

However, we will start reflecting on the role of healthcare/protection priorities as healthcare/protection management tool – as it is now, what it should be, and what it could be – in the Polish context, by making an observation that in the world we live in today, the importance of priorities is determined by the fact that they apply to everything we do, because when undertaking a specific action at a given moment, we do so because we consider this action (at this point, within the scope of the given action, in a given situation, and circumstances) to be a primary, most important one; in other words – a priority.

We can have various (parallel) priorities in each area of life, or even within different types of our activity. Owing to this “prioritization” moving towards the objectives set, the order in which the tasks are implemented, planning particular activities, time management, become more effective and more efficient. Managing activities

sposobami i metodami ich osiągnięcia. Dzięki temu staje się też możliwe bardziej jednoznaczne, trafne określanie celów i artykułowanie ich w postaci lapidarnych haseł.

Skuteczność takich haseł, jako instrumentów zarządzania, przede wszystkim zależy jednakże od dokładnej znajomości samego przedmiotu zarządzania i rozumienia sposobu jego funkcjonowania – w naszym przypadku – organizacji ochrony zdrowia.

Niezależnie od genezy, tj. źródeł, sposobu i procedury stanowienia, priorytety, jeżeli mają być sprawnym instrumentem zarządzania zmianą w ochronie zdrowia, muszą stanowić spójną konfigurację celów, wygenerowanych i uporządkowanych wedle określonego zamysłu ideologicznego i/lub politykospołecznego. Ochrona zdrowia jest bowiem organizacją o wewnętrznej strukturze składającej się z elementów, które – jak w przypadku każdej organizacji o ściśle określonym celu nadrzędnym – muszą być (1) *kompletne* (tzn. nie może w jej strukturze brakować żadnego elementu istotnego z punktu widzenia realizacji przez organizację jej celu nadrzędnego); (2) *spójne* (tzn. niesprzeczne rodzajowo pod względem zakresu ról, jakie w organizacji pełnią); (3) *komplementarne* (tzn. wzajemnie się uzupełniające i wspierające) lub przynajmniej *kompatybilne* (tzn. niewadzące sobie nawzajem).

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

Podjętą tego rodzaju analizę na poziomie imponderabiliów, w przypadku współczesnego, polskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego, zapowiadaną w 2015r. i wprowadzaną od 2016r. zmianę tego systemu w projektowanym przez obecne władze kształcie, należałoby oceniać przede wszystkim pod względem kompletności,

within a given area necessitates not only a more conscious setting of objectives and their evaluation, but it also stimulates reflection on the conditions, and the ways and methods to achieve them. As a result, it becomes possible to set more precise and accurate objectives, and articulate them in the form of concise slogans.

Effectiveness of such messages, being management tools, depends mainly on the thorough knowledge of the very subject matter of management and understanding how it functions – in our case – healthcare/protection organization.

Irrespective of their genesis, i.e. the sources, methodology and procedure for setting objectives, if they are supposed to be an efficient change management tool in healthcare/protection, they must form a coherent configuration of objectives, generated and ordered according to a defined ideological, and/or political and social concept. Health protection is an organization whose internal structure is composed of elements which – as is the case with each organization having a strictly defined superior objective – must be (1) *complete* (i.e. no key element relevant from the point of view of achieving the superior objective by the organization can be missing from its structure); (2) *coherent* (i.e. non-conflicting in terms of the scope of the roles they play in the organization); (3) *complementary* (i.e. complementing and supporting each other) or at least *compatible* (i.e. not interfering with each other).

The correctness criteria for healthcare/protection structure listed above concern all levels and aspects of its organization – from health security imponderables through construction of the healthcare/protection model, construction of the healthcare strategy, the health doctrine and the healthcare system (consisting of institutions, enterprises producing healthcare goods and system stakeholders) down to regional healthcare strategies, local health programmes, and detailed programmes and action plans developed by the individual institutions, enterprises and organizations of healthcare system stakeholders.

When undertaking an analysis of this type at the level of imponderables, in the case of the present Polish health protection system, the change in the system announced in 2015 and that has been being implemented since 2016 in the shape designed by present authorities, should be assessed according to the criteria of completeness, coherence,

spójności i komplementarności priorytetowych celów sformułowanych przynajmniej w trzech podstawowych dokumentach: strategii projektowanej zmiany opisanej w „*Narodowej Służbie Zdrowia*”, *Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020* oraz *Ustawie o zdrowiu publicznym*.¹

Zgodnie z wymienionymi tutaj zasadami konstrukcji sprawnej (tzn. skutecznej i efektywnej) organizacji, priorytetowe cele i zadania w ochronie zdrowia winny być stanowione na dwóch poziomach zarządzania:

- *politics*, tj. strategii ochrony zdrowia
- *policy*, tj. polityki zdrowotnej.

2. Organizacja ochrony zdrowia jako przedmiot zarządzania

Zakładamy, że sprawne zarządzanie czymkolwiek wymaga gruntownej znajomości przedmiotu zarządzania. Bez gruntownej wiedzy o tym, czym zarządzamy i bez zrozumienia tego, czego ono dotyczy, zarządzanie nie może być ani skuteczne (tj. w pełni realizujące określone cele) ani efektywne (tzn. osiągające cele możliwie najmniejszym nakładem sił i środków, w możliwie najkrótszym czasie). Brak takowej wiedzy sprawia, że jest ono na ogół chaotyczne – nieskoordynowane i akcyjnie interwencyjne. W efekcie podejmowane są częstokroć przedsięwzięcia, których zasadność jest co najmniej ułomna i co – wobec braku dostatecznego rozeznania ich uwarunkowań – sprawia, że na ogół wywołują one zdarzenia niepożądane, wymagające podejmowania kolejnych akcji interwencyjnych – ustawicznego „gaszenia pożarów”.

Analizując przydatność priorytetów zdrowotnych, ich zalety i wady jako instrumentów zarządzania ochroną zdrowia, winniśmy zatem przyrzeć się wnikliwie nie tylko samym priorytetom – czym są, jakie są, komu/czemu i w jaki sposób służą, ale również przedmiotowi zarządzania – organizacji ochrony zdrowia i sposobowi jej funkcjonowania.

Organizację ochrony zdrowia przedstawia schemat nr 1.

and complementariness of its priority objectives formulated in at least three basic documents: strategy of the designed change described in “*Narodowa Służba Zdrowia*” (“*National Health Service*”), *Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020* (*National Health Programme for the years 2016-2020*), and *Ustawa o zdrowiu publicznym* (*Public Health Act*).¹

In accordance with the listed rules for building a robust (i.e. effective and efficient) organization, priority objectives and tasks in healthcare should be established on two levels of management:

- *politics*, i.e. healthcare/protection strategy
- *policy*, i.e. health policy.

2. Healthcare/protection organization as the subject matter of management

We assume that efficient management of anything whatsoever requires thorough knowledge of the subject matter of management. Without in-depth knowledge of what we are managing, and without understanding what it concerns, the management itself can be neither effective (i.e. achieving the specified objectives in full) nor efficient (i.e. achieving the objectives with the minimum outlay of resources and funds possible, in the shortest possible time). Absence of such knowledge makes the management generally chaotic – uncoordinated and based on intervention actions. This frequently results in attempting undertakings whose rationale is at least doubtful, which – in view of insufficient recognition of their determinants – makes them as a rule cause undesirable events, requiring in turn subsequent intervention actions – continued “fire-fighting”.

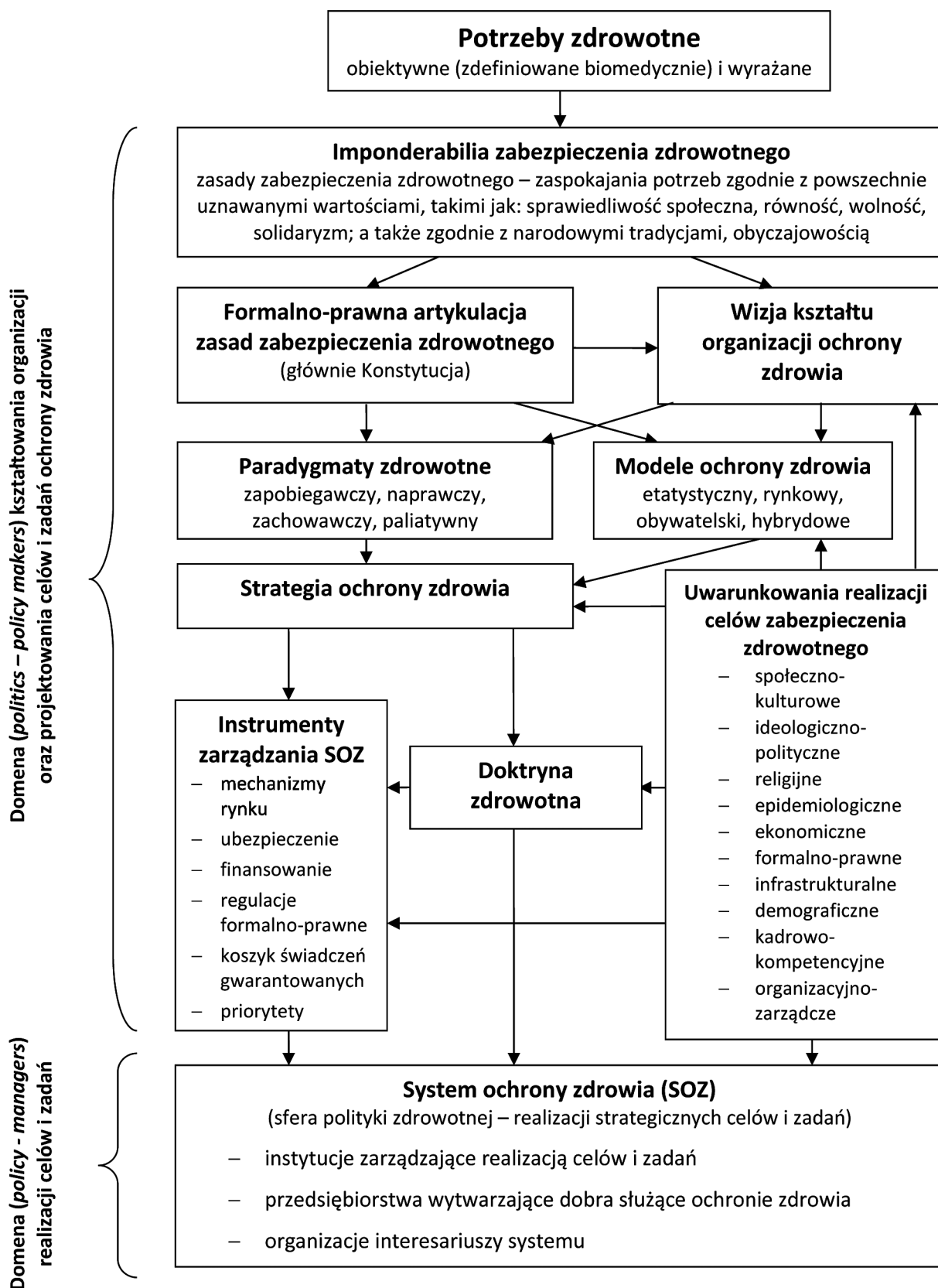
Hence when analyzing the usefulness of healthcare/protection priorities, their advantages and disadvantages as healthcare/protection management instruments, we should get a good look not only at the priorities themselves – what exactly they are, what are they like, who/what and in what way they serve, but also at the subject matter of management – healthcare/protection organization and its way of operation.

The healthcare/protection organization is presented in Schema No 1.

¹ Kwestię tę omawia następne opracowanie nt. praktyki stanowienia, transferu i wdrażania priorytetów zdrowotnych zgłoszone do druku w *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna*, tom XIX/IX.

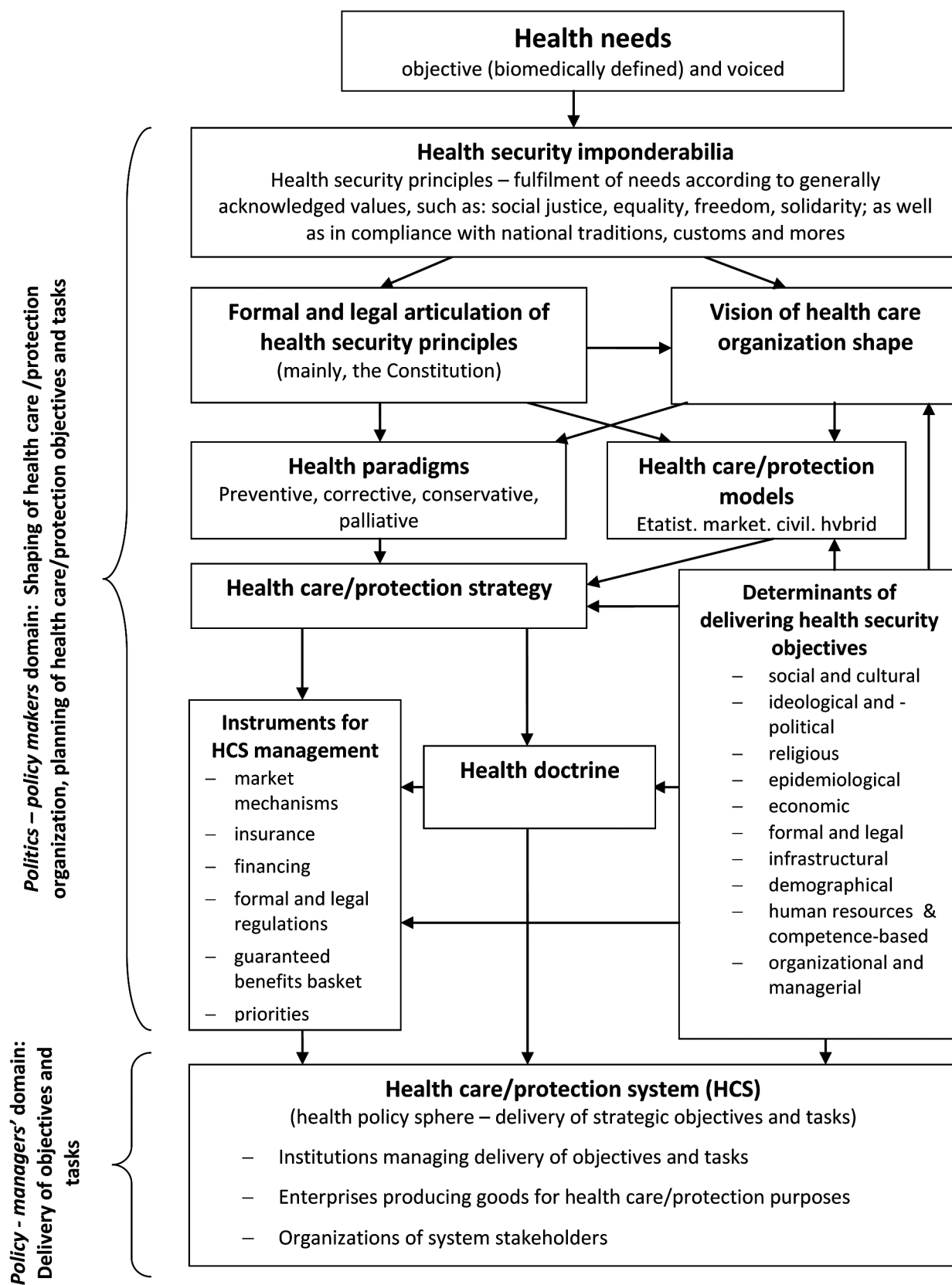
¹ This issue is discussed in the next study on the practice of establishment, transfer and implementation of health priorities, submitted to *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna*, Vol. XIX/IX.

Schemat 1. Schemat organizacji ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne, wzorowane na schemacie organizacji ochrony zdrowia w: Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa: KIU, s.42.

Schema 1. Structure of the healthcare/protection organization



Source: own study, modelled on the healthcare/protection organization schema in: Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Warsaw: KIU, p.42.

Jak wynika z przedstawionego schematu organizacji ochrony zdrowia, pierwszym warunkiem sprawnego działania tej organizacji jest trafne rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, zarówno tych zobiektywizowanych dzięki kryteriom biomedycznym, jak też tych wyrażanych, wynikających z kulturowych tradycji, przyzwyczajzeń, obyczajowości, ale też ze stereotypów, przesądów, czy nawet lokalnej, środowiskowej manieri, aktualnej mody, zasłyszanych opinii. Niestety, nie dysponujemy jakimkolwiek wiarygodnym, sprawdzonym algorytmem ustalania potrzeb zdrowotnych, nawet tych definiowanych biomedycznie, nie dysponujemy bowiem uniwersalnym wzorcem względnie standardem optymalnego, z biomedycznego punktu widzenia, stanu zdrowia ludzkiego organizmu – zależnie (i niezależnie) od rasy, płci, wieku, wykonywanej pracy, rodzaju aktywności środowiska, w którym żyje. Jeszcze trudniej jest ustalić optymalny sposób i standardy stylu życia człowieka, z których przede wszystkim wynikają wyrażane przezeń oczekiwania co do rodzaju, charakteru, ilości oraz sposobu konsumowania dóbr służących zaspokajaniu jego potrzeb zdrowotnych.

Trudności z definiowaniem potrzeb zdrowotnych bezpośrednio przekładają się na kłopoty z ustalaniem imponderabiliów zdrowotnych – ogólnych zasad zabezpieczenia zdrowotnego, tym bardziej, że zasady te opierają się również na całym katalogu powszechnie uznawanych wartości, na określonym, nierzadko specyficznym ich rozumieniu; wynikają także z konieczności uwzględniania narodowych (mimo to często niejednorodnych) tradycji kulturowych, obyczajowości, a nawet przekonań religijnych.

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

Imponderabilia oraz określona artykulacja i kodyfikacja najważniejszych zasad zabezpieczenia zdrowotnego stanowią przesłankę, a zarazem wyznaczają ramy projektowania możliwych wizji kształtu organizacji ochrony zdrowia; wizji, w których kształt organizacji i sposób funkcjonowania i finansowania ochrony zdrowia zależy ponadto od stopnia uwzględnienia i nadania okre-

By the presented healthcare/protection organization schema, the precondition for efficient operation of that organization is apt recognition of health needs – both those objectivised due to biomedical criteria and those voiced, following from cultural traditions, habits, customs and mores, but also from stereotypes, prejudices, or even the style of a given social milieu, current fashion, overheard opinions. Unfortunately, we do not have at our disposal any credible, proven algorithm for establishing health needs, not even the biomedically defined ones, since there is no universal model or standard of biomedically optimum health condition of the human body – depending on (or regardless of) race, sex, age, job performed, activity type of the milieu where the individual lives. The optimum way of life and living standards of an individual are even more difficult to define – and it is first of all them that imply the expectations voiced by that individual with regard to the type, character, quantity and manner of consuming the goods that satisfy that individual’s health needs.

The difficulties with defining health needs translate directly to problems with establishing the health imponderables – general health security principles; all the more that those principles are also based on a whole catalogue of commonly recognized values, and on their certain, often quite specific, understanding; they also follow from the necessity to take into account national (though often non-uniform) cultural traditions, customs and mores, and even religious beliefs.

Yet another difficulty, as well as an opportunity for the codified health security to “diverge” from the actual health needs which are to be served by that security, consists in making an apt choice of the most important principles and in their appropriate articulation and codification in the fundamental documents of the state, mainly in the Constitution.

The imponderables and specific articulation and codification of the most important health security principles both constitute a premise and set the framework for designing possible visions of the healthcare/protection organization shape; vision, where the shape of that organization, as well as the manner of its operation and the way of financing healthcare/protection, depend in addition on the degree of taking into account and assigning a certain hierarchy of importance to the multifarious determinants of health security

ślonej hierarchii ważności różnorodnym uwarunkowaniom celów zabezpieczenia zdrowotnego: społeczno-kulturowym, ekonomicznym, ideologiczno-politycznym, epidemiologicznym itp.

Określona wizja przyszłego kształtu organizacji sposobu funkcjonowania i finansowania ochrony zdrowia konkretyzuje się w postaci najbardziej odpowiadającego jej modelu ochrony zdrowia – etatystycznego, rynkowego, obywatelskiego lub hybrydowego (mieszanego).²

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

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

objectives: social and cultural, economic, ideological and political, epidemiological, etc.

A specific vision of the future shape of the organization, manner of operation and way of financing healthcare/protection is embodied by the healthcare/protection model which matches it best – etatist, market, civil or hybrid (mixed) one.²

Here we treat the model as a specified, concretized vision of healthcare/protection, where health security principles and the values underlying them are “prioritized” in line with the adopted paradigms, which proclaiming the necessity for the state to take over the entire (a certain part of) obligations towards the citizens with regard to providing them with healthcare/protection goods; the necessity to leave to the market (controlled to a varied extent) the task of providing citizens with those goods; the necessity of civil participation (in a varied scope, to a varied extent, on various principles) in manufacturing, financing and distribution of health goods; the need/necessity to make use of the idea, principles and methods of insurance in organizing financing and distribution of healthcare/protection goods within each of the models: etatist, market, civil or hybrid one.

Adopting of an arbitrary healthcare/protection model involves also determination of the importance hierarchy and ways of achieving the main objective (in this case, securing citizens’ health) as well as the relations among the elements of the healthcare/protection system defined in this way, and their character. As a result, the selected model of healthcare/protection organization is dominated by the precautionary (prophylactic and preventive), corrective (intervention and surgery-based), or conservative and/or palliative paradigm.

² Szerzej na temat modeli ochrony zdrowia: Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa: KIU, s. 34-42. Obecnie uznajemy, że przedstawiany tam podział modeli ochrony zdrowia na etatystyczne, rynkowe, partycypacji obywatelskiej i ubezpieczeniowe można zredukować do trzech pierwszych, bowiem każdy z nich może (ale nie musi) mieć charakter ubezpieczeniowy (zresztą w różnym stopniu); także każdy z nich rzadko występuje w postaci czystej – na ogół modele etatystyczne wspierane są przez mechanizmy rynkowe, w modelach rynkowych część świadczeń zdrowotnych (tzw. podstawowych) jest wytwarzana, finansowana i dystrybuowana przez państwo i/lub utworzone w tym celu instytucje publiczne, zaś model partycypacji obywatelskiej na ogół stanowi dopełnienie dwóch pierwszych.

² More on healthcare models in: Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Warsaw: KIU, p. 34-42. At present, we acknowledge that the division of healthcare models into etatist, market, civil participation and insurance-based presented there can be reduced to the first three ones, since each of them may (though need not) be of insurance-based character (to a various extent); in addition, each of them rarely occurs in its pure form – as a rule, etatist models are supported by market mechanisms, in market models, part of health benefits (so-called basic ones) are produced, financed and distributed by the state and/or public institutions established for that purpose, while the civil participation model is as a rule the complement of the first two.

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

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

Dokonuje się tym samym ostatni akt, spośród opisanych pięciu najważniejszych aktów domeny *politics* – kształtowania organizacji ochrony zdrowia oraz zgodnego z nią projektowania nadrzędnych, ogólnych celów i zadań systemu ochrony zdrowia.³

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

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

Kształt systemu ochrony zdrowia pokazuje Schemat nr 2.

Adopting of a specific healthcare model and the dominant health paradigm allows for further concretization of the vision of healthcare organization, its way of operation and financing. This is effected by clear, unambiguous articulation of objectives and tasks, their hierarchization and entering into schedules and delivery plans, as well showing the methods for their delivery and specifying the level and principles of financing. In this way, a justified healthcare/protection strategy is created, together with its simplified emanation – health doctrine.

This is how the final act among the five most important ones described in the politics domain is completed – namely, shaping of the healthcare/protection organization and design of the superior, general objectives and tasks of the healthcare/protection system compliant with that organization.³

Delivery of strategic objectives and tasks results from actions performed by institutions appointed for that purpose and directly managing the implementation of those objectives and tasks, by enterprises manufacturing healthcare/protection goods, and by organizations of healthcare/protection stakeholders and officials.

Those institutions, enterprises and organized stakeholders and officials, completed and structured in accordance with the adopted idea concerning the shape of healthcare/protection organization, the way of its operation and financing, as well as in compliance with the articulated healthcare/protection strategy and health doctrine, form the policy domain – the actually operating healthcare/protection system which implements strategic objectives and tasks.

The shape of the healthcare/protection system is shown in Schema No 2.

³ Formalnie, do domeny tej należałoby jeszcze dołączyć działania, których celem jest stymulowanie potrzeb zdrowotnych, na przykład kształtowanie ich wedle zaleceń medycznych, czy wskazań tzw. nowego zdrowia publicznego.

³ Formally, in this domain we should also include actions aimed at stimulating health needs, for example, their shaping according to medical recommendations, or indications of the so-called new public health.

Schemat 2. Schemat struktury systemu ochrony zdrowia

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

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

Schema 2. Structure of the healthcare/protection system

Healthcare/protection system (HCS)		
<p>System institutions responsible for:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Regulations specifying principles of system activity (formal and legal codifications of the principles), – direct management of the system, – supervising and controlling (of system entities activities in accordance with formal and legal regulations), – financing of the day-to-day activity of the system (gathering and distribution of funds), – financial security of the system (institutional guarantors), – relations with system beneficiaries (appeal institutions, patient representative, arbitration courts) 	<p>Enterprises producing, organizing production of, and distributing healthcare/protection goods</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>non-profit ones</i> – <i>pro-profit ones</i> <p>such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hospitals • outpatient clinics • pharmaceutical companies • companies manufacturing medical devices and equipment • insurance companies • laboratories • assistance companies • warehouses offering medicines and medical devices • pharmacies 	<p>Organizations of system stakeholders and officials</p> <ul style="list-style-type: none"> – benefit recipient organizations (patient associations) – health provider organizations (corporations of medical professionals: doctors, nurses and practitioners of other medical professions) – “health” insurers – pharmaceutical industry companies – producers of health benefits and healthcare/protection devices – charity organizations

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

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

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

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

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

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

Poziom drugi – *policy*, to domena *managers* (dyrektorów i oficerów zarządzających i wykonawczych).⁴

Zarządzanie ochroną zdrowia na obydwu wymienionych poziomach przebiega inaczej nie tylko ze względu na odmienną celów tego zarządzania: (1) projektowanie kształtu organizacji oraz jej celów i zadań; (2) wdrażanie i realizacja strategicznych celów i zadań. Jak bowiem

The concept of healthcare/protection organization presented briefly here assumes that its good performance (i.e., effectiveness and efficiency) depend first of all on the harmony of its internal structure, whose elements – as is the case with each organization having a strictly defined superior objective – must be: *complete, coherent and complementary*, or at least mutually *compatible*.

The correctness criteria for healthcare/protection structure listed above concern all levels and aspects of its organization – from health security imponderables through construction of the healthcare/protection model, construction of the healthcare/protection strategy, the health doctrine and the healthcare/protection system (consisting of institutions, enterprises producing healthcare/protection goods and system stakeholders) down to regional healthcare/protection strategies, local health programmes, and detailed programmes and action plans developed by the individual institutions, enterprises and organizations of healthcare/protection system stakeholders.

In addition, let us note that, in line with the concept of well-performing healthcare/protection organization presented here, the management of that organization is carried out on two levels:

- *politics* – shaping of the organization, its structure, operation and financing principles, and designing superior objectives and tasks of healthcare/protection (i.e., of so-called general healthcare/protection policy);
- *policy* – implementation and delivery actions (or so-called pragmatic health policy).

The first level – *politics* – is the domain of *policy makers* (ideologists, visioners, politicians-decision makers and social politics activists).

The second level – *policy*, – is the domain of *managers* (managing and executive directors and officers).⁴

Healthcare/protection management is carried out differently on the two abovementioned levels not only due to the different objectives of that management: (1) design of the organization's shape, its objectives and tasks; (2) implementation and delivery of strategic objectives and tasks.

⁴ Dokładniejsze rozróżnienie pomiędzy *health politics* i *healthcare policy* patrz: Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa: KIU, s. 26-28.

⁴ For a more precise distinction between health politics and healthcare policy, see: Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Warsaw: KIU, p. 26-28.

wynika z badań prowadzonych w ramach Centrum Badań Strategii Ochrony Zdrowia i Polityki Zdrowotnej KE-S SGH oraz Zakładu Zarządzania Ochroną Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, *policy makers* mają tendencję do priorytetowego traktowania *skuteczności* ochrony zdrowia, zaś *managers* kierują się przede wszystkim jej *efektywnością*. Częściowo tłumaczy to przyczynę istotnej rozbieżności w działaniach i oczekiwaniach obydwu tych grup zarządzających systemem ochrony zdrowia.

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

3. Priorytetowe instrumenty zarządzania ochroną zdrowia

Instrumentarium współczesnej polityki zdrowotnej jest ogromnie bogate oraz złożone i to zarówno tej ogólnej, dotyczącej kształtowania całej organizacji ochrony zdrowia, jak i tej „pragmatycznej” odpowiedzialnej za skuteczną i efektywną realizację strategicznych celów i zadań. Do instrumentów najbardziej uniwersalnych i przez to zapewne najbardziej powszechnych należą:

- **mechanizmy rynkowe** w systemie ochrony zdrowia służące głównie bezpośredniemu i/lub pośredniemu stymulowaniu podaży (wytwarzania i dystrybucji) dóbr zaspakajających potrzeby zdrowotne oraz popytu na te dobra;
- **ubezpieczenie**, zarówno jako zasada organizacji systemu ochrony zdrowia i zrównoważonego finansowania tego systemu, jak też jako sprawdzona metoda i technologia neutralizacji ryzyka utraty zdrowia;
- **finansowanie** funkcjonowania organizacji ochrony zdrowia, w tym szczególnie świadczeń znajdujących się aktualnie w koszyku świadczeń gwarantowanych;
- **koszyk świadczeń gwarantowanych (KŚG)**, jako zbiór tych wszystkich świadczeń zdrowotnych i składających się na nie niezbędnych

Indeed, according to the research conducted within the Health Care Strategy and Health Policy Studies Group of the Collegium of Socio-Economics at SGH Warsaw School of Economics, and Health Care Management Department of Medical University of Lodz, *policy makers* have the tendency to give priority treatment to the *effectiveness* of healthcare/protection, while *managers* are guided first of all by its *efficiency*.

This can be a partial explanation for the cause of the substantial divergence in the actions and expectations of the two groups that manage the healthcare/protection system.

However, the effectiveness and efficiency of the actions of both *policy makers* and *managers* are determined first of all by their managerial apparatus – the management instruments they have at their disposal, the number and quality of those instruments, but also by their own competences, including mainly knowledge of the subject matter of management and the skill in using management tools.

3. Priority healthcare/protection management instruments

The instruments of contemporary health politics are very rich and complex, and this applies to both the general politics for shaping the whole healthcare/protection organization and to the “pragmatic” policy, responsible for effective and efficient delivery of strategic objectives and tasks. The most universal and hence probably most common instruments include:

- **market mechanisms** in healthcare/protection system that mainly directly and/or indirectly stimulate the supply (manufacturing and distribution) of goods satisfying health needs and demand for them;
- **insurance**, as both the principle of healthcare/protection system organization and sustainable financing of that system, and a proven method and technology for neutralizing the risk of health loss;
- **financing** of the operation of healthcare/protection organization, including in particular benefits currently present in the guaranteed benefit basket;
- **guaranteed benefit basket (GBB)**, as the collection of all health benefits and the

procedur medycznych, które – ze względu na wymagany (przepisami prawa i regulacjami wykonawczymi) zakres ochrony zdrowia – nie mogą być pominięte w praktyce terapeutycznej publicznych podmiotów leczniczych;

- **priorytety zdrowotne** – wyraźne, jednoznaczne, imperatywne wskazania najważniejszych, uporządkowanych hierarchicznie, ze względu na ważność, pilność itp. kryteria pierwszeństwa, celów i zadań (a także sposobów i metod ich osiągnięcia) we wszystkich członach organizacji ochrony zdrowia i na wszystkich poziomach zarządzania ochroną zdrowia;
- **uregulowania formalno-prawne** dotyczące sposobu organizacji ochrony zdrowia (jej wewnętrznej struktury, składu i konfiguracji tworzących ją elementów oraz relacji między nimi), zasad funkcjonowania i finansowania tej organizacji, a także zasad i sposobów zarządzania wszystkimi podmiotami tworzącymi strukturę organizacyjną ochrony zdrowia.

Mechanizmy rynkowe są najbardziej uniwersalnym i wręcz wszechobecnym mechanizmem oddziałującym na funkcjonowanie całego systemu zabezpieczenia zdrowotnego, w tym bezpośrednio – na procesy wytwarzania i dystrybucji dóbr służących ochronie zdrowia zaś pośrednio – na popyt na te dobra, a – w konsekwencji – na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych. Rola tych mechanizmów w zarządzaniu zmianą w ochronie zdrowia zależy od przyjętego modelu ochrony zdrowia oraz charakteru rynku – od w pełni liberalnego, samoregulującego się, aż po w pełni kontrolowany, centralnie sterowany.

Ubezpieczenie, jako jeden z najważniejszych instrumentów zarządzania ochroną zdrowia, a zatem niewątpliwie instrument priorytetowy, zostało szczególnie dokładnie zbadane i szczegółowo opisane zarówno w naukowej literaturze przedmiotu, licznych opracowaniach eksperckich, jak też w bogatym czasopiśmiennictwie popularnonaukowym i branżowym. Badania i analizy dotyczące roli ubezpieczenia w ochronie zdrowia trwają nieprzerwanie nadal i szczególnie nasilają się w okresach różnorodnych akcji restrukturyzujących system ochrony zdrowia, które na ogół polegają właśnie na posze-

necessary medical procedures they consist of, that – due to the required (by provisions of law and executive regulations) scope of healthcare/protection – cannot be omitted in the therapeutic practice of public healthcare/protection entities;

- **health priorities** – express, unambiguous, imperative indications of the most important, hierarchically ordered by importance, urgency etc., priority criteria, objectives and tasks (as well as the methods of achieving them) in all components of the healthcare/protection organization and on all levels of healthcare/protection management;
- **formal and legal regulations** concerning the way of organizing healthcare/protection (its internal structure, composition and configuration of its components as well as the relations among them), principles of operation and financing of that organization, as well as principles and ways of managing all entities forming the organizational structure of healthcare/protection.

Market mechanisms are the most universal and almost omnipresent mechanism affecting the functioning of the whole health protection system, including direct influence - on processes of manufacturing and distribution of the goods used for health protection, and indirect influence – on the demand for these goods, and, as a result – on the quality and availability of healthcare/protection benefits. The role of these mechanisms in change management in healthcare/protection depends on the adopted healthcare/protection model and the nature of the market – ranging from the fully liberal, self-regulating market to its fully controlled, centrally planned version.

Insurance as one of the most important healthcare/protection management instruments, and hence undoubtedly a priority instrument, has been examined with special diligence and described in detail in scientific literature of the subject, in numerous expert studies, and in a rich selection of popular scientific journals and trade journals. Studies and analyses of the role of insurance in healthcare/protection still continue without interruption, and intensify specially in the periods of multifarious actions restructuring the healthcare/protection system, which as a rule

rzaniu bądź ograniczaniu roli ubezpieczenia i/lub zasad jego funkcjonowania.⁵

Finansowanie, podobnie jak ubezpieczenie, stanowi uniwersalny, priorytetowy instrument zarządzania ochroną zdrowia. Jakkolwiek można sobie wyobrazić organizację ochrony zdrowia bez ubezpieczenia, to funkcjonowanie tej organizacji bez finansowania nie jest po prostu możliwe. Zresztą, samo ubezpieczenie w ochronie zdrowia opiera się właśnie na mechanizmie finansowania ryzyka utraty zdrowia. O znaczeniu tego instrumentu dla sprawnego funkcjonowania ochrony zdrowia świadczy nie tylko bogactwo literatury przedmiotu, ale wręcz wyodrębnianie się oddzielnej dyscypliny – ekonomiki zdrowia. Trudno byłoby nawet rekomendować najbardziej reprezentatywne publikacje z tego zakresu, wskaźmy więc spośród nich jedynie najnowsze, kompleksowe opracowanie tej problematyki pod redakcją S. Golinowskiej.⁶

Równie ważnym jak finansowanie i podobnie ściśle jak ubezpieczenie powiązaniem z finansowaniem instrumentem zarządzania ochroną zdrowia jest **koszyk świadczeń gwarantowanych**, bez którego trudno sobie wyobrazić funkcjonowanie jakiegokolwiek organizacji ochrony zdrowia. Można wręcz postawić tezę, iż właśnie od koszyka świadczeń gwarantowanych w największym stopniu zależy sprawność organizacji ochrony zdrowia – zarówno jej skuteczność, jak też efektywność; że to właśnie od rodzaju, charakteru i poprawności konstrukcji koszyka oraz od umiejętności posługiwania się tym narzędziem zależy sprawność całej organizacji ochrony zdrowia. Innymi słowy: jaki koszyk świadczeń gwarantowanych i jaka umiejętność posługiwania się tym narzędziem, taka ochrona zdrowia.⁷

consist in just extending or limiting the role of insurance and/or the principles of its operation.⁵

Financing, similarly to insurance, is a universal, priority instrument for healthcare/protection management. Though one can imagine healthcare/protection organization without insurance, yet operation of that organization without financing is simply impossible. Anyway, insurance in healthcare/protection itself is based just on the mechanism of financing the health risk. The importance of that instrument for efficient operation of healthcare/protection is evidenced not only by the wealth of the literature on that subject, but even by emergence of a separate discipline – health economics. Recommending the most representative publication in this area would be a difficult task, so we will only indicate the most recent, comprehensive study of that problem area, edited by St. Golinowska.⁶

A healthcare/protection management instrument equally important as financing, and connected with financing almost as strictly as insurance, is the **guaranteed benefit basket**. Without that basket, operation of any healthcare/protection organization can hardly be imagined. We can even put forward the hypothesis that it is just the guaranteed benefit basket that predetermines to the greatest degree a good performance of the healthcare/protection organization – both its effectiveness and its efficiency; that it is just the type, character and aptness of the basket structure and the skill in using this tool that determine a good performance of the entire healthcare/protection organization. In other words: healthcare/protection is as good as the guaranteed benefit basket and as the skill in using that tool.⁷

⁵ Por. Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa: KIU.

⁶ Golinowska S.(red.). 2015. Od ekonomii do ekonomiki zdrowia. Warszawa: PWN. Jeszcze bardziej aktualne: Szumlicz T. 2015. "Zasady finansowania zabezpieczenia zdrowotnego jako priorytet systemowy". *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna*: XVII/VII, s. 7-18.

⁷ Geneza prezentowanej tutaj skrótowo koncepcji koszyka świadczeń gwarantowanych ma swoje źródło w tezach ekspertyzy zleconej Krajowemu Instytutowi Ubezpieczeń w roku 2006 przez ówczesnego Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religę, także wcześniej w ekspertyzie dla Ministerstwa Zdrowia „Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne – koncepcja rozwoju systemu”,

⁵ See Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Warsaw: KIU.

⁶ Golinowska S. (ed.). 2015. Od ekonomii do ekonomiki zdrowia. Warsaw: PWN. Even more up-to-date: Szumlicz T. 2015. "Zasady finansowania zabezpieczenia zdrowotnego jako priorytet systemowy". *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna*: XVII/VII, p. 7-18.

⁷ The genesis of the guaranteed benefit basket conception presented briefly here originates from the theses of the expert opinion commissioned in 2006 to the Polish National Insurance Institute by the Health Minister of that time, Prof. Zbigniew Religa, as well as from the earlier expert opinion for the Ministry of Health: "Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne – koncepcja rozwoju systemu", Warsaw, 8 November 2006. An extended form of

Koszyk świadczeń gwarantowanych jest też pochodną priorytetyzacji w ochronie zdrowia, jak też źródłem i przesłanką stanowienia priorytetów zdrowotnych. O jego roli w organizacji ochrony zdrowia przesądza bowiem sposób postrzegania tego narzędzia, zrozumienie możliwości jakie ono stwarza, poświęcenie jego poprawnej budowie należytej uwagi, a także odpowiednich sił i środków na jego utworzenie i jego oprzyrządowanie – w efekcie – nadanie mu stosownej rangi w organizacji i uczynienie zeń systemowego priorytetu zarządzania w organizacji ochrony zdrowia.

Jak zostało wspomniane, poprawnie skonstruowany koszyk może być też przesłanką stanowienia priorytetów zdrowotnych, chociażby ustalania, wedle kryteriów, jakimi są priorytety systemowe wyższej rangi, hierarchii ważności i pierwszeństwa w stosowaniu w praktyce terapeutycznej określonych świadczeń zdrowotnych lub wręcz jednoznacznie wskazanych procedur medycznych i/lub diagnostycznych, które składają się na te (preferowane) świadczenia.

Podstawowa trudność, jaka się z tym wiąże, wynika ze złożoności konstrukcji tego narzędzia, nadmiernie upraszczanym rozumieniem owej konstrukcji i pokusy wdrażania do praktyki ochrony zdrowia pośpiesznie, pochopnie skonstruowanego tworu, którego liczne ułomności sprawiają, że ostatecznie powoduje on więcej szkód niż korzyści.

Literalnie rozumiane określenie „koszyk świadczeń gwarantowanych” oznacza zbiór świadczeń zdrowotnych, które – na określonych zasadach, w określonych okolicznościach i warunkach – są gwarantowane wszystkim do tego uprawnionym (np. wszystkim obywatelom kraju; tym, którzy opłacili stosowny podatek i/lub składkę; którzy wykonują określony zawód, osiągnęli określony wiek itp.). Rzecz w tym jednak, że świadczenie zdrowotne – abstrahując od licznych jego definicji, mało jednakże przydatnych na użytek niniejszego objaśnienia – jest niczym innym (a na pewno jest przede wszystkim), jak konfiguracją procedur medycznych i diagnostycznych. Procedura medyczna z kolei (podobnie jak diagnostyczna), stanowi konfi-

The guaranteed benefit basket is also a derivative of prioritization in healthcare/protection, as well as a source of, and a premise for, establishing healthcare/protection priorities. This is because its role in healthcare/protection organization is determined by the way of perceiving that tool, understanding of the possibilities stemming from it, devoting adequate attention to its correct construction as well as allotting adequate resources and means to its establishment and instrumentation, and – as result – giving it an appropriate rank in the organization and making it a system-level management priority in the healthcare/protection organization.

As mentioned before, a correctly constructed basket can also be a premise for establishing healthcare/protection priorities – say, for establishing - according to the criteria represented by higher rank system-level priorities - the importance and priority hierarchy in making use of specific health benefits, or even uniquely indicated medical and/or diagnostic procedures comprising those (preferred) benefits, in therapeutic practice.

The basic difficulty involved in the above follows from the structural complexity of this tool, the excessively simplified understanding of that structure, and the temptation to implement in the healthcare/protection practice a speedily and hastily constructed creation, which, due to its numerous deficiencies, ultimately makes more harm than good.

Literally understood, the term “guaranteed benefit basket” denotes the collection of health benefits which – on specific principles, in specific circumstances and conditions – are guaranteed to all entitled (e.g., all citizens of the country; all those who have paid an appropriate tax and/or contribution; who perform a specific profession, have reached a specific age, etc.). However, the crux of the matter is that a health benefit – abstracting away from its numerous definitions, which are of little use for this explanation – is nothing else than (and surely first of all) a configuration of medical and diagnostic procedures. In turn, a medical procedure (similarly as a diagnostic one) represents a configuration

Warszawa, 8 listopada 2006 r. Koncepcja ta, w rozbudowanej postaci została przedstawiona w książce: Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa: KIU. (Rozdział 1.5. „Koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w doktrynie zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia w Polsce”, s. 54-66).

this concept was presented in the book Holly R. 2013. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Warsaw: KIU. (Section 1.5. “Koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w doktrynie zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia w Polsce”, p. 54-66).

gurację czynności lekarskich wraz z właściwymi środkami farmakologicznymi, odpowiednią dla zdiagnozowanej jednostki chorobowej dotyczącej określonej części ciała (w/g ICD 9,10) oraz aktualnego stanu klinicznego pacjenta.⁸

O doborze procedury, o jej kształcie, w tym kolejności wymaganych w jej ramach czynności lekarskich, ilości i kolejności dawkowania leków, częstości włączania (w jej trakcie) dodatkowych procedur diagnostycznych, musi więc przesądzać lekarz („musi”, ponieważ wciąż nie dysponujemy ani odpowiednim algorytmem terapeutycznym ani oprogramowaniem, które mogłoby zastąpić kompetencje lekarza – jego wiedzę, doświadczenie, umiejętności – ogólnie, jego medyczny „kunszt”).

Cyklicznie aktualizowane i publikowane wykazy wymieniają około 9 tysięcy procedur⁹. Jeżeli dołączymy do tego jeszcze procedury diagnostyczne, liczba możliwych ich konfiguracji przekroczy 100 tys. Sto tysięcy świadczeń! Samo ich wpisanie do koszyka, nie mówiąc nawet o ich uporządkowaniu wedle różnych kryteriów, nie tylko nie ma sensu, ale jest też praktycznie niemożliwe i – gdyby nawet okazało się wykonalne – na pewno będzie bezużyteczne.

⁸ Wywodząc rozumienie procedury z *Current Procedural Terminology*, procedurę medyczną możemy określić jako „sekwencję czynności lekarskich (w zakresie profilaktyki, diagnostyki, prewencji, leczenia zabiegowego, rehabilitacyjnego, zachowawczego, pielęgnacyjno-opiekuńczego i paliatywnego) skonfigurowane 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” [w:] Holly R. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce, KIU, Warszawa 2013, s. 60-61.

⁹ *Current Procedural Terminology (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 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. 2006. American Medical Association. Warszawa: Naczelna Izba Lekarska, s. VIII.

of medical actions together with the appropriate pharmacological means which is suitable for the diagnosed disease entity affecting a specific part of the body (acc. to ICD 9,10) and the current clinical condition of the patient.⁸

Hence selection of the procedure and its shape, including the order of medical actions required in its course, the quantity and application order of medicines, often inclusion (in its course) of additional diagnostic procedures, must be decided by a physician (“must”, because we still do not have either an appropriate therapeutic algorithm or software that could replace physician’s competences – his/her expertise, experience and skills – in general, medical “art”).

Cyclically updated and published lists detail about 9 thousand procedures⁹. If we add to that number diagnostic procedures as well, the count of their possible configurations will exceed 100 thousand. One hundred thousand benefits! Their entry in the basket alone, not to speak of their ordering according to various criteria, would not only be senseless, but is also practically impossible, and – even case of turning out feasible – would surely be useless.

⁸ Deriving the understanding of procedure from *Current Procedural Terminology*, a medical procedure can be defined as a “sequence of medical actions (within prophylactics, diagnostics, prevention, surgical therapy, rehabilitating, conservative, caretaking and palliative therapies configured suitably for the recognized (acc. to ICD-9CM and ICD-10) disease and body part affected by the disease as well as the current clinical condition of the patient) performed with the use of the appropriate medicines, materials, products and devices, and with possible support of financial benefits” [in:] Holly R. Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce, KIU, Warsaw 2013, pp. 60-61.

⁹ *Current Procedural Terminology (CPT)* is the list, continuously updated in line with progress in medical technologies, of about 8 thousand procedures meeting the EBM (*Evidence Based Medicine*) criteria which is cyclically (annually) published in the US. “The procedures placed in CPT must have effectiveness and safety proven in scientific publications, be performed by many professionals, possess recommendations of scientific societies and constitute a separate, identifiable benefit... the CPT codes and definitions are a starting point for assigning each procedure its relative value (which gives rise to the *Resource Based Relative Value Scale*), which is then a basis for procedure valuation”, after: Terminologia procedur medycznych CPT-PL 2006. 2006. American Medical Association. Warsaw: Naczelna Izba Lekarska, p. VIII.

Konstrukcję koszyka należy zatem opierać albo na odpowiednio precyzyjnie a zarazem szeroko rozumianych procedurach medycznych i diagnostycznych, albo na jednostkach chorobowych, na które „odpowiedzią” winny być odpowiednie konfiguracje procedur składające się na określone świadczenia.

W przypadku układania koszyka ze zbioru wszystkich procedur spełniających warunki *Evidence Based Medicine* (EBM), selekcjonowanych wedle określonych z góry kryteriów (epidemiologicznych, ekonomicznych, infrastrukturalnych, kadrowo-kompetencyjnych, społeczno-kulturowych, socjodemograficznych, polityczno-ideologicznych), konstruktorzy koszyka mają przed sobą długie, żmudne, ale metodologicznie i metodycznie dość proste zadanie utworzenia narzędzia, dzięki któremu ryzyko utraty zdrowia z przyczyn chorobowych lub pozachorobowych danej populacji będzie neutralizowane – w określonym zakresie, w określonym standardzie, na określonych zasadach. Powstaje dzięki temu sprawne narzędzie zarządzania systemem ochrony zdrowia, głównie poprzez sterowanie podażą (a pośrednio również popytem) wszelkich dóbr służących ochronie zdrowia – właśnie poprzez priorytetyzację podaży tych dóbr. Gwarantuje to zarówno zaopatrzenie populacji w świadczenia (w określonym zakresie, rodzaju i standardzie) oraz – co równie ważne – gwarantuje równowagę finansową całemu systemowi ochrony zdrowia. Taka konstrukcja koszyka może być istotnie udoskonalana poprzez dalszą systematyczną selekcję procedur wedle kryteriów *Health Technology Assessment* (HTA), dzięki czemu znacząco poprawia się zarówno skuteczność systemu, jak i jego efektywność. Jednakże, jak wynika chociażby z doświadczeń szwajcarskich, potrzeba na to co najmniej kilkunastu lat, licznego zespołu kompetentnych analityków oraz znacznych nakładów, sił i środków. Inwestycja ta jednak niezwłocznie procentuje. Budowany w tym kształcie koszyk świadczeń gwarantowanych staje się bowiem najlepszym weryfikatorem trafności praktycznie wszystkich nadrzędnych priorytetów zdrowotnych – umożliwia bowiem precyzyjne prognozowanie skutków ich wdrażania, związanych z tym kosztów, prawdopodobnych efektów ubocznych. Jedynie umożliwia, ponieważ posługiwanie się koszykiem świadczeń gwarantowanych w tym celu wymaga od *policy makers* stanowiących owe nadrzędne priorytety

Hence construction of the basket should be based either on defined appropriately precisely, but at the same time broadly understood, medical and diagnostic procedures, or on disease entities, with “responses” to them being suitable configurations of procedures comprising specific benefits.

In case of arranging that basket out of the collection of all procedures meeting the conditions of *Evidence Based Medicine* (EBM), selected according to predefined criteria (epidemiological, economic, infrastructural, HR- and competence-based, social and cultural, social and demographic, political and ideological ones), the basket builders face long, tedious, but methodologically and methodically rather simple task of creating a tool, thanks to which the risk of health loss for disease-based or non-disease-based reasons in a given population will be neutralized – to a specified extent, in a specified standard, on specified principles. Such an approach results in creating a well-performing tool for healthcare/protection system management, mainly by controlling supply (and indirectly also demand) for all healthcare/protection goods – just through prioritizing the supply of those goods. This guarantees provision of the population with benefits (to a specified extent, in a specified standard, on specified principles), and – which is equally important – also guarantees financial sustainability to the whole healthcare/protection system. Such a construction of the basket can be significantly improved by further systematic selection of procedures according to the *Health Technology Assessment* (HTA) criteria, thanks to which both effectiveness and efficiency of the systems are significantly improved. Yet, as implied even by Swiss experiences, this requires at least a dozen or so years, a numerous team of competent analysts, and considerable outlays, resources and means. However, such an investment gives immediate returns. This is because the guaranteed benefit basket constructed in this shape becomes the best verifier of the aptness of practically all superior healthcare/protection priorities – since it allows for precise forecasting of the effects of their implementation, the cost involved, and probable side effects. Only allows for, as using the guaranteed benefit basket to this end requires from the policy makers who establish those superior system-level priorities considerable imagination, expertise and self-criticism, and from the analysts and experts “handling” the basket – the appropriate compe-

systemowe niemało wyobraźni, wiedzy i samokrytycyzmu, zaś od analityków i ekspertów „obsługujących” koszyk odpowiednich kompetencji, charakteru i postaw dalekich od urzędniczego serwilizmu. Bez względu jednak na wszelkie możliwe zastrzeżenia, obiektywnie, aczkolwiek w wielu przypadkach być może tylko potencjalnie, koszyk w tym kształcie wydaje się najbardziej właściwym narzędziem weryfikacji i ewentualnego korygowania nadrzędnych priorytetów systemowych.

Jednakże największym atutem koszyka świadczeń gwarantowanych, legitymującym jego pierwszeństwo pośród wszystkich innych instrumentów zarządzania ochroną zdrowia, jest realna możliwość sterowania za jego sprawą dwoma najważniejszymi priorytetami w każdym systemie ochrony zdrowia – jakością świadczeń (a tym samym jakością leczenia) oraz dostępnością świadczeń. Priorytety te bowiem mają charakter rodzajowy, to znaczy, niczym *pending diseases* (jak na przykład pylica rodzajowo „przynależna” górnikom), stanowią główne cele każdej organizacji ochrony zdrowia.

Natomiast w sytuacji, gdy utworzenie koszyka staje się priorytetem całego systemu, na przykład ze względu na pilność planów jego restrukturyzacji, metodą z wyboru negatywnego staje się więc układanie koszyka z konfiguracji procedur medycznych i diagnostycznych odpowiadających przede wszystkim tym jednostkom chorobowym, które – z różnych względów – traktowane są priorytetowo (np. najwięksi „zabójcy”, choroby powodujące największe szkody społeczne i/lub gospodarcze, niosące ryzyko epidemii itp.). Na powstający w ten sposób koszyk składają się więc wybrane, skonfigurowane już procedury, które – już w postaci świadczeń – muszą być nadal konfigurowane w całe, mniej lub bardziej złożone łańcuchy, zgodnie z najlepszymi zasadami zarządzania chorobą (czyli tym fragmentem procesu neutralizowania ryzyka utraty zdrowia z przyczyn chorobowych, który obejmuje etap interwencji w ów proces, od momentu diagnozy do uzyskania założonego efektu terapeutycznego).¹⁰

¹⁰ Ów moduł zarządzania chorobą (od diagnozy do uzyskania założonego efektu terapeutycznego), pod nazwą opieki koordynowanej, aktualnie traktowany jest w Polsce jako jeden z priorytetowych kierunków działań na rzecz poprawy skuteczności i efektywności leczenia. Ogłaszane jako priorytet hasło: **Koordinowana Opieka Zdrowotna** nie oznacza więc

tences, character and attitudes far from the clerical servilism. However, regardless of all possible reservations, objectively, though in many cases perhaps only potentially, the basket of this shape seems to be the most appropriate tool for verification and possible correction of superior system-level priorities.

Yet the greatest advantage of the guaranteed benefit basket, justifying its priority position among all other healthcare/protection management instruments, is the real possibility of controlling through its use the two important priorities in each healthcare/protection system – benefit quality (and hence therapy quality) and benefit availability. This is because those priorities are of generic nature, which means that, like pending diseases (e.g., pneumoconiosis generically “assigned” to miners), they represent the main objectives of each healthcare/protection organization.

However, in the situation when establishment of the basket becomes the priority of the whole system, for example, due to the urgency of plans for its restructuring, the method of negative choice becomes composing the basket from a configuration of medical and diagnostic procedures corresponding first of all to the disease entities that – for various reasons – are treated as priority ones (e.g., the greatest “killers”, diseases causing the greatest social and/or economic damage, involving epidemiological risk, etc.). In consequence, the basket created in this way consists of selected, already configured procedures, which – though already having form of benefits – must be still configured into entire more or less complex chains, according to the best principles of disease management (i.e., the fragment of the process of neutralizing the risk of health loss for disease-related reasons that covers the stage of intervention in that process, from the time of diagnosis until obtaining the assumed therapeutic effect).¹⁰

¹⁰ This disease management module (from diagnosis to obtaining the assumed therapeutic effect), under the name of coordinated care, is currently treated in Poland as one of the priority direction of actions towards improving the effectiveness and efficiency of therapy. Hence the slogan: **Coordinated Health-Care** announced as a priority does not convey some novel therapeutic conception, but only a call for honoring good (effective and efficient) practices of managing the risk of health loss for disease-related or not disease-related reasons; in this case, in a holistic (covering the whole course of therapy – from diagnosis up to the assumed therapeutic effect) and coor-

Powstający w ten sposób koszyk jest, niestety, instrumentem zarządzania nie tylko dużo mniej sprawnym i przez to mniej użytecznym, ale również obciążonym ryzykiem podwójnie nietrafnej priorytetyzacji – zarówno tej wyznaczającej pierwszeństwo określonych jednostek chorobowych i określonych „przypisanych” do nich świadczeń, jak też niewłaściwej priorytetyzacji procedur medycznych i diagnostycznych w ramach owych świadczeń. Z tych względów tak skonstruowany koszyk jest też mało użytecznym narzędziem weryfikacji trafności priorytetowych celów i zadań określanych w strategii ochrony zdrowia.

Jak już zostało wspomniane, **priorytety**, jako katalogi najważniejszych celów i zadań, a także określonych działań służących ich realizacji, występują we wszystkich członach struktury ochrony zdrowia, na wszystkich poziomach zarządzania ochroną zdrowia i dotyczą wszystkich podmiotów systemu ochrony zdrowia. Dotyczą również samych instrumentów zarządczych i stosowanych metod i technologii realizacji celów i zadań (mówimy nawet, że obecnie priorytetem jest na przykład finansowanie albo zreformowanie ubezpieczeń zdrowotnych). Są to zatem priorytety rodzajowe. Jednakże priorytety jako katalogi celów i zadań występują również autonomicznie, niejako samoistnie w różnych konfiguracjach i w odniesieniu do całej organizacji ochrony zdrowia w ogóle i/lub w odniesieniu do kilku wybranych lub wręcz poszczególnych segmentów tej struktury a nawet jej „podstruktur”. Występujące w tej postaci, wyodrębnione i na ogół traktowane jako nadrzędne katalogi celów i zadań należy określić jako **priorytety rodzajowe**.

Unfortunately, the basket created in this way is a management instrument of not only much lower efficiency, and hence lower usefulness, but is also burdened with the risk of doubly wrong prioritization – both that determining the priorities of specific disease entities and specific benefits “assigned” to them, and the wrong prioritization of medical and diagnostic procedures within those benefits. For these reasons, the basket created in this way is also a tool of low usefulness in verifying aptness of the priority objectives and tasks specified in the healthcare/protection strategy.

As already mentioned, **priorities**, as catalogues of the most important objectives and tasks, as well as of specific actions towards their delivery, occur in all segments of the healthcare/protection structure, on all levels of healthcare/protection management, and apply to all entities in the healthcare/protection system. They also apply to the management instruments themselves and the methods and technologies used for delivery of the objectives and tasks (we even say that at present the priority is e.g. financing or reforming health insurance). Consequently, they are generic priorities. However, priorities as catalogues of objectives and tasks occur also autonomously, in a way spontaneously, in various configurations and with respect to the entire healthcare/protection organization and/or with regard to a few select, or even individual segments of that structure, or even its „substructure”. Priorities occurring in this form, isolated and generally treated as superior catalogues of objectives and tasks, should be termed **generic priorities**.

jakiejś nowatorskiej koncepcji terapeutycznej, a jedynie wezwanie do honorowania dobrych (skutecznych i efektywnych) praktyk zarządzania ryzykiem utraty zdrowia z przyczyn chorobowych i/lub pozachorobowych; w tym przypadku w sposób całościowy (obejmujący cały przebieg terapii – od diagnozy po założony efekt leczenia) oraz skoordynowany (wiążący poszczególne świadczenia i procedury w łańcuchach komplementarnych, tj. uzupełniających się i wzajemnie wspierających działań terapeutycznych).

minated way (binding the individual benefits and procedures into a chain of complementary, i.e. complementing and supporting each other, therapeutic actions).

4. Priorytet zdrowotny jako instrument zarządzania – czym jest, jaki jest i skąd się bierze?

W celu ustalenia zawartości etymologicznej jakiegokolwiek terminu, bierzemy pod uwagę – poza sposobem jego funkcjonowania w języku potocznym, a także publicznym w różnych konfiguracjach frazeologicznych – przede wszystkim jego zakres znaczeniowy w literaturze przedmiotu. Ze względu na fakt, iż literatura dotycząca priorytetów, szczególnie w znaczeniu w jakim występują one zarówno w dyskursie publicznym, jak i w języku konferencji naukowych jest ogromnie uboga, odwołajmy się do przykładowych definicji słownikowych i/lub encyklopedycznych.

Wedle *Słownika wyrazów obcych priorytet* to: (1) pierwszeństwo; (2) pierwszoplanowa rzecz, sprawa, najważniejsze zadanie itp.; łac. *prioritas ~atis* to „pierwszeństwo”, od *prior* – „pierwszy”.¹¹

Podobnie priorytet określa *Słownik języka polskiego*, jako (1) „pierwszeństwo przysługujące lub przyznane czemuś”; (2) „sprawa szczególnie ważna, która musi być załatwiona w pierwszej kolejności”¹², a także jako „sprawa pilnej wagi, wybór najistotniejszej w danej chwili opcji i przystąpienie do jej realizacji”.¹³ Niemalże analogiczne określenie znajdziemy w *Webster's Encyclopedic Dictionary: the quality or state of coming first in time; something that comes first or among the first in importance; the right or privilege of precedence over others*.¹⁴

Podobnie jak słowniki i encyklopedie priorytet definiuje *Wikisłownik*: (1) pierwszeństwo przysługujące czemuś; (2) coś, co ma pierwszeństwo przed czymś innym; (3) sprawa/kwestia bardzo ważna.¹⁵ W tym znaczeniu termin ten występuje również w języku niemieckim, francuskim, hiszpańskim (w którym rozumiany jest również jako przywilej, prawo), czy choćby nowogreckim i arabskim.

4. Health priority as a management instrument – what is it, what is it like and where does it come from?

In order to determine the etymological contents of any term, we take into account – besides the manner in which it functions in colloquial, as well as public language, in various phraseological configurations – first of all the scope of its meaning in the subject literature. Due to the fact that literature concerning priorities, in particular in the meaning they appear both in public discourse and in the language of scientific conferences, is extremely sparse, let us refer to example dictionary and/or encyclopaedic definitions.

According to the *Polish Foreign words dictionary (Słownik wyrazów obcych)*, **priority** means: (1) precedence; (2) a foreground thing, matter, the most important task, etc.; Lat. *prioritas ~atis* means “precedence”, from *prior* – “first”.¹¹

Priority is defined similarly by the *Dictionary of Polish Language (Słownik języka polskiego)*, as (1) “precedence that something is entitled to or that is granted to something”; (2) “a particularly important matter which has to be settled first”¹², and also as “an urgent matter, selection of the option of the greatest importance at a given time and commencement of its implementation”.¹³ An almost analogous definition can be found in *Webster's Encyclopaedic Dictionary: the quality or state of coming first in time; something that comes first or among the first in importance; the right or privilege of precedence over others*.¹⁴

The Polish *Wiktionary (Wikisłownik)* defines priority similarly to dictionaries and encyclopaedias: (1) precedence something is entitled to; (2) something that has precedence over something else; (3) a very important matter/issue.¹⁵ The term also appears in this meaning in German, French, Spanish (where it is also understood as privilege, right), and even in modern Greek and Arabian.

¹¹ Słownik wyrazów obcych, Wydanie nowe. 1997. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 898.

¹² Słownik języka polskiego PWN, <http://sjp.pl/priorytet>

¹³ Słownik języka polskiego PWN, <http://sjp.pl/priorytet>, [~gość # 2015-01-21]

¹⁴ Webster's Encyclopedic Dictionary. 1991. New York: Lexicon Publications, Inc., s. 796.

¹⁵ <https://pl.wiktionary.org/wiki/priorytet> (uaktualnione 6.01.2017).

¹¹ Słownik wyrazów obcych, New Edition. 1997. Warsaw: PWN (Polish Scientific Publishers), p. 898.

¹² Słownik języka polskiego PWN, <http://sjp.pl/priorytet>

¹³ Słownik języka polskiego PWN, <http://sjp.pl/priorytet>, [~guest # 2015-01-21]

¹⁴ Webster's Encyclopedic Dictionary. 1991. New York: Lexicon Publications, Inc., p. 796.

¹⁵ <https://pl.wiktionary.org/wiki/priorytet> (updated on 6.01.2017).

Odwołując się do cytowanych definicji i określeń, jak i do znaczeń, w jakich termin ten występuje w związkach frazeologicznych w debacie publicznej dotyczącej problematyki ochrony zdrowia, a także w języku polityków, decydentów – tzw. *health policy makers* i ekspertów ochrony zdrowia, przyjmijmy, że **priorytet jest dyspozycją określonych działań na rzecz jednoznacznie zdefiniowanego celu/zadania, traktowanego w określonym czasie i/lub określonych okolicznościach jako pierwszoplanowe, najważniejsze lub przynajmniej preferowane „pośród innych, równych”, w dziedzinie i rodzaju aktywności, której dotyczy.** Na ogół równolegle wskazywany jest też przy tym, jako najważniejszy lub preferowany z wyboru, określony sposób/metoda działania.

W tej postaci priorytety mogą być i najczęściej są wskazaniem ważności i pierwszeństwa w traktowaniu zarówno zasad ochrony zdrowia, wartości na których zasady te się opierają, paradygmatów i modeli ochrony zdrowia jak też celów i zadań zapisanych w strategii i doktrynie zdrowotnej. Priorytety mogą też dotyczyć, i na ogół dotyczą, ważności i pierwszeństwa stosowania określonych instrumentów zarządzania ochroną zdrowia i – w ich ramach – określonych sposobów i metod działania.

Priorytety zdrowotne mają zatem charakter pomocniczy – wspomagają zarówno kształtowanie wizji ochrony zdrowia, wybór właściwego modelu i paradygmatu, jak też strategię ochrony zdrowia i doktrynę zdrowotną lapidarnie pointując najważniejsze cele i zadania, szczegółowo opisane w strategii oraz wyartykułowane w doktrynie. Zgodnie z tym porządkiem rozumowania, priorytety nie biorą się „same z siebie”, ale stanowią specyficzną emanację imponderabilii oraz strategii i zarazem – dzięki swojej zabarwionej emocjonalnie hasłowości – motywowaniu i mobilizowaniu aktywności społecznej do ich realizacji.

Niestety, jest to jedynie postulatywny kształt i modelowa rola priorytetów w organizacji ochrony zdrowia. albowiem w praktyce na ogół bardzo trudno jest doszukać się wyraźnego źródła, genezy, motywacji stanowienia poszczególnych priorytetów, również tych odnoszących się do organizacji, ochrony zdrowia w ogóle lub do poszczególnych modułów tworzących strukturę tej organizacji, a także do uwarunkowań (również traktowanych priorytetowo) skutecznego jej funkcjonowania: ideologiczno-politycznych,

Referring to the quoted definitions and denominations, as well as to the meanings in which this term appears in phrasemes in public debates concerning the issues of healthcare/protection, and also in the language of politicians and decision makers – the so-called *health policy makers* and healthcare/protection experts, let us assume that **priority is an order for specific actions towards an unambiguously defined objective/task, treated in a certain period of time and/or certain circumstances as the foreground, most important or at least preferred “among other, equal ones”, in the domain and type of activity it concerns.** It is also sometimes the case that simultaneously a specific manner/method of operation is indicated as the most important one or preferred by choice.

In this form, priorities can be, and most often are, indicators of importance and precedence in treating both healthcare/protection principles, values those principles are based on, healthcare/protection paradigms and models - and objectives and tasks prescribed in the health strategy and doctrine. Priorities may also concern, and usually do concern, the importance and precedence of employing certain healthcare/protection management instruments and – within them – certain manners and methods of operation.

Health priorities are therefore of supplementary character – they support shaping of the healthcare/protection vision, selection of the right model and paradigm, as well as the healthcare/protection strategy and health doctrine, briefly highlighting the most important objectives and tasks, described in detail in the strategy and articulated in the doctrine. According to this order of reasoning, priorities do not appear “on their own”, but are a specific emanation of imponderables and strategies and, at the same time – thanks to their emotionally coloured, slogan-like form – help motivate and mobilise social activity for their implementation.

Unfortunately, this is only the stipulative shape and model role of priorities in healthcare/protection organization, since, in practice, it is generally very difficult to find a clear origin, genesis, motivation for the establishment of individual priorities, also those related to organization, healthcare/protection in general or to individual modules constituting the structure of that organization, as well as to the determinants (also treated as priority ones) of its effective operation: ideological and political, economic, social and cultural,

ekonomicznych, społeczno-kulturowych, epidemiologicznych, infrastrukturalnych, kadrowych, kompetencyjno-zarządczych itp. Zarówno w odniesieniu do zdrowotnych priorytetów systemowych, jak też tych stanowionych prawdopodobnie w partykularnym interesie określonych środowisk, grup zawodowych, formalnie priorytety występują jako proste, zrozumiałe wskazania tego, co w danym segmencie ochrony zdrowia lub w danej dziedzinie aktywności:

- najbardziej istotne, ważne,
- najbardziej aktualnie potrzebne,
- najbardziej aktualnie pilne,
- najbardziej w danych okolicznościach pierwszoplanowe,
- najbardziej korzystne,
- powoduje największe zagrożenia, szkody, braki, zaniedbania,
- przysparza największych korzyści,
- jest „w sposób oczywisty” najważniejsze.

Typologia i użyteczna w praktyce klasyfikacja priorytetów mogłaby być pochodną źródeł i kryteriów ich stanowienia, jednakże zarówno jedno jak i drugie pozostają jedynie w sferze mniej lub bardziej zasadnych domniemań. Co najwyżej można zakładać co jest/może być źródłem ich inspiracji, motywacji czy w ogóle pochodzenia, albowiem w różnym stopniu wyrażają one:

- dominujący system wartości (w określonym ich rozumieniu/interpretacji),
- dominującą określoną zasadę w systemie wartości,
- tradycję kulturową, obyczajowość,
- interesy znaczących grup społecznych,
- określoną ideologię,
- religię,
- cele i/lub postulaty polityczne,
- naukowe ustalenia badawcze (np. epidemiologiczne, demograficzne),
- przesłanki ekonomiczne,
- przesłanki racjonalne (prakseologiczne),
- przesłanki technologiczne (medyczne, farmakologiczne),
- interesy społeczności lokalnych,
- interesy zarządzających (np. aparatu administracyjnego),
- partykularne interesy poszczególnych interesariuszy SOZ,

epidemiological, infrastructural, personnel-related, competence-related and managerial, etc. Both health-related system priorities and those probably established in particular interests of specific professional environments and groups formally appear as simple and comprehensible indications of what, in the given healthcare/protection segment or the given domain of activity, is:

- the most essential, important,
- currently most needed,
- currently most urgent,
- most in the foreground in the circumstances in question,
- most advantageous,
- causes the greatest risks, damage, shortages, negligence,
- brings the greatest benefits,
- is “clearly” the most important.

A practically useful typology and classification of priorities could be derived from their origins and criteria for their establishment - however, both of them remain only in the sphere of more or less justified presumptions. At best, we can only assume what is/may be the source of inspiration for them, their motivation or origins in general, because they express, to a different extent:

- dominant system of values (in their specific understanding/interpretation),
- dominant specific principle in the system of values,
- cultural tradition, customs and mores
- interests of significant social groups,
- specific ideology,
- religion,
- political objectives and/or stipulations,
- scientific research determinations (e.g. epidemiological, demographic),
- economic considerations,
- rational (praxeological) considerations,
- technological (medical, pharmacological) considerations,
- interests of local communities,
- interests of managers (e.g. administrative system),
- particular interests of individual HCS stakeholders,

- rekomendacje instytucji nadrzędnych (WHO, UE, MOP, ...),
- interesy branżowe,
- itp.

Na ogół priorytety, nawet te systemowe, nie są bowiem w żaden sposób uzasadniane, nawet poprzez powołanie się chociażby na ich pochodzenie. Najczęściej przyjmują po prostu postać **dogmatu**, **aksjomatu** lub **paradygmatu**. Analiza etymologiczna i formalno-logiczna kilkuset wybranych losowo priorytetów prowadzi do wniosku, że:

priorytet jako **dogmat** to:

- 1) „prawda”/teza, pogląd uznawany za pewny, niepodlegający krytyce, np. ze względu na jej źródło – np. objawienie, autorytet papieża,
- 2) twierdzenie uznawane za prawdziwe bez względu na jego zgodność z doświadczeniem,
- 3) teza przyjmowana w danej szkole (np. filozoficznej) obowiązująca w rozumowaniu, dowodzeniu prawd,
- 4) teza doktrynalna wynikająca z nadrzędnych założeń teoretycznych lub ideologicznych, religijnych,
- 5) teza kategoryczna w przeciwieństwie do *kwestii*;

priorytet jako **aksjomat** to:

- 1) sąd logiczny, traktowany jako nie możliwe do dowiedzenia lub nie wymagające dowodu **założenie** w rozumowaniu dedukcyjnym,
- 2) pierwotne, naczelne twierdzenie, z którego wynikają wszystkie tezy (jako twierdzenia pochodne),
- 3) postulat(ywne) założenie,
- 4) pewnik ze względu na źródło (głównie **autorytet** np. naukowy) ogłoszony przez tych „co wiedzą”/tego „który wie”/rozumie (guru);

priorytet jako **paradygmat** to:

ogólne założenia i modelowe procedury, które zapewniają poznanie „prawdy”, osiągnięcie pożądanego celu – np. paradygmat profilaktyczno-prewencyjny (zapobiegawczy) vs. paradygmat interwencyjno-zabiegowy (naprawczy) określające wspólny cel, ale odmienne zasady, organizację i sposób funkcjonowania ochrony zdrowia.

- recommendations of superior institutions (WHO, UE, MOP, ...),
- industry interests,
- etc.

This is because priorities in general, even the system ones, are not justified in any way, even by referring at least to their origins. Most often they simply assume the form of a **dogma**, **axiom** or **paradigm**. Etymological, formal and logical analysis of a few hundred of randomly selected priorities leads to the conclusion that:

priority, as a **dogma**, is:

- 1) “truth”/thesis, opinion viewed as certain, not subject to criticism on account of, e.g., its origin – e.g. revelation, papal authority,
- 2) theorem considered true regardless of its consistency with experience,
- 3) thesis adopted in the school in question (e.g. school of philosophy), binding in reasoning, proving of truths,
- 4) doctrinal thesis stemming from theoretical or ideological, religious assumptions,
- 5) categorical thesis, as opposed to an issue;

priority, as an **axiom**, is:

- 1) logical judgment, treated in deductive reasoning as an **assumption** that is not provable or does not require any proof,
- 2) original, main theorem, which implies all the theses (as derived theorems),
- 3) stipulative assumption,
- 4) certainty on account of its origin (primarily **authority**, e.g. scientific one) announced by those “that know”/ the one “who knows”/ understands (guru);

priority, as a **paradigm**, is:

general assumptions and model procedures that ensure the discovery of “truth”, achievement of the desired objective – e.g., the prophylactic and preventive (precautionary) paradigm vs. the intervention and surgical (corrective) paradigm, specifying a common objective, but different principles, organization and manner of healthcare/protection operation.

Rozróżnienia priorytetów ze względu na różne kryteria, takie jak źródło ich pochodzenia czy sposób artykulacji rodzą pokusę dalszej ich typologizacji i klasyfikacji, co – jak się wydaje – może być istotne dla lepszego zrozumienia ich sensu i rozeznania możliwości ich stosowania w praktyce zarządzania ochroną zdrowia.

Ze względu na źródło i zarazem kryterium stanowienia (odwoływania się do określonych uwarunkowań i – ogólnie – racji) możemy więc wyróżniać priorytety epidemiologiczne, polityczne, ideologiczne, religijne, ekonomiczne, kulturowo-obyczajowe, prakseologiczno-racjonalne, społeczno-demograficzne itp.

Natomiast ze względu na formę artykulacji priorytety mogą przyjmować postać hasła, tezy, sugestywnego wniosku, rekomendacji, postulatu, bezpośredniego lub pośredniego zalecenia lub wręcz polecenia, nakazu/rozkazu, formalnego zarządzenia.

Funkcje, role, jakie priorytety mają pełnić prowadzą zaś do ich rozróżniania jako typowo zarządcze, kierunkujące, stymulujące, mobilizujące aktywność, określające/wskazujące cele, zadania i sposoby ich realizacji, instruujące „jak”, itp.

Jako kryteria klasyfikacyjne priorytetów możemy także przyjąć: stopień ich ogólności, czas ich obowiązywania, zakres obowiązywania, stopień pilności oraz podobne cechy i parametry formalne.

Podobnym formalnym kryterium jest zasięg obowiązywania priorytetów zdrowotnych: globalny, kontynentalny, krajowy, regionalny, lokalny, profesjonalny (dotyczący określonych zawodów – interesariuszy systemu), sektorowy (państwowe, publiczne, prywatne, obywatelskie), branżowy.

Możemy wreszcie wyodrębnić priorytety ze względu na charakter ich obowiązywania: uniwersalne (powszechnie obowiązujące), fakultatywne (obowiązujące w określonych sytuacjach, warunkach, w danym okresie/przedziale czasowym), bezwzględnie obowiązujące – kategoryczne, itp.

Distinguishing priorities based on various criteria, such as their origin or manner of articulation, raises the temptation to typologize and classify them further, which – seemingly – may be important for better understanding of their meaning and getting better insight into the possibility of using them in healthcare/protection management practice.

Based on their origin and, at the same time, establishment criterion (referring to specific determinants and – in general – rationale), we can identify epidemiological, political, ideological, religious, economic, cultural and social, praxeological and rational, social and demographic, etc. priorities.

However, due to their articulation form, priorities may take the form of a slogan, thesis, suggestive conclusion, recommendation, stipulation, direct or indirect advice, or even order, command/mandate, or a formal ordinance.

In turn, functions and roles that priorities are intended to fulfil lead to distinguishing them as typically managerial, directing, stimulating, mobilising activity, determining/indicating objectives, tasks and methods for implementing them, instructing “how to”, etc.

We can also adopt the following classification criteria for priorities: degree of generality, validity time, scope of application, degree of urgency and similar features and formal parameters.

A similar formal criterion is the scope of application for healthcare/protection priorities: global, continental, national, regional, local, professional (concerning particular jobs – stakeholders of the system), sector-related (government, public, private, civic) and industrial.

Finally, we can single out priorities by the character of their application: universal (universally applicable), elective (applicable in specific situations, conditions, during a specific period/time interval) and mandatory – categorical, etc.

Komentarz

W świetle przeprowadzonych rozważań zarządzanie przez priorytety wydaje się zamysłem sensownym, szczególnie gdy realizacja celów wymaga poparcia społecznego, gdy priorytety (w tym przypadku zdrowotne) są/mają być wbudowane w cały kompleksowy program zmian politycznych, społecznych, gospodarczych.

Można przyjąć tezę, że priorytety w dyskursie publicznym stanowią najbardziej komunikatywną formułę ogłaszania celów i zadań, a zarazem pozyskiwania i mobilizowania zwolenników na ich rzecz. Przekonanie to zdają się podzielać zarówno eksperci jak i środowiska akademickie, które ustanawiają i „licytują” własne priorytety. Praktyka ta prowadzi do swoistej „priorytetyzacji” ochrony zdrowia, a w konsekwencji do zarządzania poprzez wskazywanie celów, zadań i sposobów ich realizacji drogą artykułowania prostych, lapidarnych haseł.

Stosowanie nowych systemowych priorytetów, np. w postaci postulatów wprowadzania jakiegokolwiek „pożądanego zmiany” może też okazać się najbardziej właściwą reakcją i sposobem adoptowania organizacji (jej systemów) do realnie dokonującej się zmiany społecznej w wymiarze kulturowym, gospodarczym, ideologiczno-politycznym. W tym przypadku najwięcej zależy od zdolności *policy makers* do trafnej oceny i prognozy zachodzących procesów. Ogłaszane nowe priorytety mogą być w takiej sytuacji najszybszą reakcją na różnorakie zawłaszczenia dokonywane przez nieoczekiwane rosnące w siłę grupy interesów, ale także reakcją na zbyt jaskrawo ignorowane gwarancje bezpieczeństwa socjalnego, gwarancje ochrony przed skutkami utraty zdrowia, starości, niepełnosprawności, braku pracy, wdrukowywane przez całe dekady w świadomość społeczną jako te zasady państwa dobrobytu, które są „oczywiście należne”.

Powszechna tendencja do zarządzania ochroną zdrowia poprzez „priorytetyzację” niewątpliwie jest wzmacniana przez opisywany przez socjologów coraz wyraźniejszy bunt znaczącej części społeczeństwa przeciwko tradycyjnym wartościom liberalnej demokracji o zabarwieniu lewicowym, co właśnie stanowi zachętę do poszukiwania nowych celów definiowanych i formułowanych w nowym języku odwołującym się nie tyle do racjonalnych argumentów, ile do silnie zabarwionych emocjami symbolicznych wizji lepszej przyszłości, aczkolwiek

Commentary

In light of these considerations, management by priorities seems to be a reasonable idea, especially when implementation of the objectives requires public support, when priorities (health-related in this case) are/are to be built into an entire comprehensive programme of political, social and economic changes.

We can assume the hypothesis that in public discourse priorities constitute the most communicative formula for announcing objectives and tasks and, at the same time, for winning and mobilising their supporters. This belief seems to be shared both by experts and academic communities, who establish and “auction” their own priorities. This practice leads to a certain “prioritization” of healthcare/protection, and, in consequence, to management via indication of objectives, tasks and methods for implementing them by articulating simple and concise slogans.

Employing new system priorities, for example in the form of stipulations for implementing any “desired change”, may turn out to be the most appropriate reaction and method of adapting the organization (its systems) to the actual social change in progress in the cultural, economic and ideological and political dimensions. In such a case, the decisive factor for success is the ability of policy makers to aptly assess and predict the ongoing processes. Announcing new priorities may be, in such a situation, the fastest reaction to various misappropriations carried out by groups of interests unexpectedly growing in power - but also a reaction to the fact that guarantees of social security, guarantees of protection against the effects of health loss, old age, disability and unemployment, imprinted over entire decades in the social awareness as those principles of a welfare state that are “clearly due”, are ignored too glaringly.

The common tendency to manage healthcare/protection via “prioritization” is undoubtedly being reinforced by the increasingly clear revolt, described by sociologists, of a significant part of society against the traditional values of liberal democracy with a leftist ting. This encourages search for new objectives, defined and formulated in a new language, appealing not to rational arguments, but to symbolic visions of a better future coloured strongly with emotions, which are based rather on ambiguous principles of the so-called “people’s” and/or “pragmatic” demo-

wizji opartych raczej na niejednoznacznych regułach tzw. demokracji „ludowej” i/lub „pragmatycznej”. Prawdopodobnie dzięki owemu emocjonalnemu zabarwieniu i hasłowemu nawiązaniu (wprost lub przez język narracji) do rewolucyjnego heroizmu przemian, priorytety mogą okazać się nie tylko najskuteczniejszą formą komunikowania strategicznych celów i zadań, ale również instrumentem służącym mobilizacji społecznej, gwarantującej aktywne oparcie postulowanym zmianom, przynajmniej ze strony tych grup społecznych, w przekonaniu których ogłaszane priorytety mogą stanowić remedium na ich lęki, niepokoje, zagrożone interesy.

Z tych właśnie względów priorytety, wbrew pozorom, są instrumentem niełatwym, niesłychanie złożonym, którego stosowanie rodzi szereg zagrożeń – od całkowitej neutralizacji podejmowanych działań, aż po odwrotny w stosunku do zamierzonego efekt bumerangowy.

Posługiwanie się priorytetami wymaga więc nie tylko zdolności głębokiego rozumienia zasadności, artykułowania i prezentowania nowych zasad i celów wprowadzanych przy pomocy tego narzędzia zmian w ochronie zdrowia, ale również pełnego rozeznania partykularnych interesów i zdolności rozumienia sensu i charakteru owych zmian przez menadżerów wszystkich szczebli zarządczego aparatu urzędniczego, którzy zresztą, dokonując kolejnych wdrożeń i uszczegółowień i interpretacji priorytetów, prawdopodobnie uczynią wszystko co możliwe, by wprowadzane zmiany nie naruszały ich własnych interesów.

W przypadku ochrony zdrowia priorytetyzacja jest zatem jedynie konceptem sposobu zarządzania opartym na założeniu, iż skuteczność i efektywność zarządzania wymaga hierarchizacji celów i zadań wedle kryteriów ich trafności, ważności i pierwszeństwa realizacji. Główną zaletą tego konceptu jest możliwość krótkiego, lapidarnego artykułowania wskazywanych celów i zadań oraz ogłaszania ich najczęściej w postaci haseł, rekomendacji, zaleceń czy wręcz wezwań i poleceń, dzięki czemu, poza prostotą i jednoznacznością wskazań celów i zadań, mogą one mieć szczególną moc mobilizującą aktywność społeczną na rzecz ich realizacji. Natomiast największa ich słabość wynika głównie z braku dostatecznych uzasadnień przyjętej hierarchizacji – niedostatecznej zasadności stosowanych kryteriów trafności, ważności i pierwszeństwa realizacji. Stąd priorytety zdrowotne

cracy. It is likely that, due to this emotional tinge and slogan-like references (directly or through the language of narration) to the revolutionary heroism of changes, priorities may turn out to not only be the most effective form of communicating strategic objectives and tasks, but also an instrument for social mobilisation, guaranteeing active support for the stipulated changes, at least from social groups, in whose opinion the announced priorities may be a remedy for their fears, anxieties and endangered interests.

Exactly due to these reasons, priorities, against all appearances, are not an easy instrument, but rather an incredibly complex one, whose use leads to many risks – from complete neutralization of the undertaken actions, up to a boomerang effect opposite to the intended one.

Thus, employing priorities requires not only the capability of in-depth understanding of the justification for, articulation and presentation of new principles and objectives of changes in healthcare/protection implemented using this tool, but also the full recognition of particular interests, and the ability to understand the meaning and character of these changes, from managers of all levels of the clerical managerial system, who, in any case, will likely do everything in their power when elaborating and interpreting priorities to ensure that the introduced changes do not harm their interests.

In the case of healthcare/protection, prioritization is thus only a concept for a management method based on the assumption that the effectiveness and efficiency of management requires hierarchization of objectives and tasks according to the criteria of their aptness, importance and precedence of implementation. The primary advantage of this concept is the ability to shortly and concisely articulate the indicated objectives and tasks and announce them most commonly in the form of slogans, recommendations, advice or even calls and orders, thanks to which, aside of the simplicity and unambiguity of indicated objectives and tasks, they may have a particular power of mobilising social activity for their implementation. On the other hand, their greatest weakness stems primarily from the lack of sufficient justification for the adopted hierarchization – insufficient validity of the employed criteria of aptness, importance and precedence of implementation. Therefore, health-related priorities are often dogmas, axioms or paradigms. This is involves the greatest risk for healthcare/protection

mają często charakter dogmatów, aksjomatów lub paradygmatów. Wiąże się z tym największe zagrożenie dla całej organizacji ochrony zdrowia ze strony priorytetów. Nietrafnie wskazane, niewłaściwie hierarchizowane ze względu na stopień ważności i pierwszeństwa mogą zdeorganizować cały system ochrony zdrowia, spowodować ogromne straty, nieodwracalne szkody. Najlepszym tego przykładem mogą być nietrafne priorytety w zakresie finansowania ochrony zdrowia, na przykład nieumiejętne faworyzowanie „państwowego” zaopatrzenia w dobra służące ochronie zdrowia kosztem zaopatrzenia rynkowego. Podejmowane w związku z tym działania interwencyjne polegające, na przykład, na nakazowym obniżaniu cen na leki w intencji wyrównywania dostępu do dóbr zdrowotnych, mogą sprawić, że broniący się przed deficytem producenci leków ograniczą ich produkcję. W efekcie powstanie mniej leków, a tym samym ich dostępność zamiast wzrosnąć – zmaleje.

Podobny, odwrotny w stosunku do oczekiwanego efekt może wywołać niekonsekwentnie upowszechniana, w celu poprawienia jakości leczenia i równego dostępu do świadczeń tzw. skoordynowana opieka zdrowotna. W rzeczywistości dostęp do tej formy opieki może się okazać jeszcze bardziej ograniczony, chociażby z braku odpowiedniej liczby specjalistów, braku właściwej aparatury medycznej czy leków, albo z konieczności wyłączenia z łańcucha skoordynowanych świadczeń choćby tylko niektórych istotnych procedur. W efekcie może to więc „zaowocować” dalszym obniżeniem jakości leczenia i jeszcze większym ograniczeniem dostępu do świadczeń dla tych, których skoordynowana opieka nie obejmuje.

Wymienione ułomności priorytetów, zarówno rodzajowych, systemowych czy partykularnych, przesądzają o konieczności ich odrębnego interpretowania w przypadku transferu na każdy niższy poziom zarządzania ochroną zdrowia. Niestety, najczęściej prowadzi to do jeszcze większego zubożenia i osłabienia priorytetów, jako sprawnego instrumentu zarządzania ochroną zdrowia. Stąd też ryzyko wywołania przez nie skutków odwrotnych do zamierzonych, czyli wspomnianego efektu bumerangowego.

organization posed by priorities. Erroneous indication, improper hierarchization according to the level of importance and precedence may disorganise the entire healthcare/protection system, cause massive losses and irreparable damage. The best example would be erroneous priorities with respect of healthcare/protection financing, for example unskilled favouritism of “national” supply of goods used in healthcare/protection at the cost of market supply. Intervention measures undertaken with respect to the above, consisting, for example, of a prescriptive reduction of medication prices with the intention of equalising access to health-related goods, may make medication manufacturers, defending themselves against a deficit, limit their production. As a result, fewer medications are produced, and their availability decreases instead of increasing.

The flaws of priorities listed above, both typical, system-related or particular, underline the necessity of their separate interpretation in case of transferring them to any of the lower healthcare/protection management levels. Unfortunately, this most commonly leads to an even greater decline and weakening of priorities as an efficient healthcare/protection management instrument. Hence the risk of priorities having effects opposite to the intended one, which is the above-mentioned boomerang effect.

Konkluzje

Odnotowane przez nas silne i słabe strony priorytetyzacji sprawiają, że może być ona nie tyle narzędziem projektowania strategii ochrony zdrowia ile/i przede wszystkim sposobem i metodą komunikowania tejże strategii jej adresatom. Wobec braku innej koncepcji teoretycznej, w postaci oryginalnego, ogólnego i zarazem wewnętrznie spójnego zamysłu, wedle którego można by było generować trafne priorytety zdrowotne, których wdrożenie gwarantowałyby (przynajmniej w określonym stopniu) skuteczność i/lub efektywność działań służących ochronie zdrowia, należy przyjąć, że pierwszym źródłem stanowienia priorytetów winny być imponderabilia zdrowotne, wartości i zasady zabezpieczenia zdrowotnego) oraz ich artikulacja w Konstytucji RP. Następnie dopiero mogą odzwierciedlać założenia nowej wizji organizacji ochrony zdrowia, w tym paradygmaty zdrowotne i przyjęty model tej organizacji. Dzięki temu, tak kształtowane paradygmaty stanowić będą zbiór uhierarchizowanych celów i zadań w pełni spójnych z tworzoną równolegle strategią ochrony zdrowia i doktryną zdrowotną. Staną się tym samym pełnowartościowym instrumentem realizacji tej strategii.

Generalnie, przeprowadzone rozważania pro wadzą do konstatacji, że **priorytetyzacja jest jednym ze sposobów inicjowania i stymulowania przebiegu procesów zamiany w ochronie zdrowia stosowanym w ramach różnych stylów zarządzania zmianą oraz w różnym stopniu powiązanych z innymi metodami zarządzania; polega na:**

- 1) **stanowieniu celów**, tj. ich wskazywaniu oraz artykułowaniu,
- 2) **hierarchizowaniu celów pod względem ważności i pierwszeństwa realizacji**,
- 3) **określaniu sposobów realizacji celów**,
- 4) **hierarchizowaniu sposobów realizacji celów ze względu na ich skuteczność i efektywność.**

Uznając przy tym, że warunkiem skutecznej i efektywnej priorytetyzacji w systemie zabezpieczenia zdrowotnego jest przede wszystkim trafność wskazywania celów oraz właściwa ich hierarchizacja pod względem ważności i pierwszeństwa realizacji na wszystkich poziomach zarządzania systemem, konieczne jest określenie kryteriów ustalania owych celów i ich hie-

Conclusions

The strong and weak sides of prioritization we noted here mean that prioritization may not be a tool for designing the healthcare/protection strategy, but rather/and, first and foremost, the manner and method for communicating this strategy to its addressees. In view of the lack of another separate theoretical concept, in the form of an original, general and, at the same time, internally consistent idea, which would allow for generating accurate health-related priorities, whose implementation would guarantee (at least to a certain degree) effectiveness and/or efficiency of healthcare/protection actions, it should be assumed that the first source for establishing priorities should be health-related imponderables, values and healthcare/protection principles, and their articulation in the Constitution of the Republic of Poland. Only then can they reflect the assumptions of the new vision of the healthcare/protection organization, including the health-related paradigms and the adopted model of this organization. Thanks to this, paradigms shaped like that will constitute a set or hierarchized objectives and tasks, fully consistent with the healthcare/protection strategy and health doctrine being formed in parallel. They will thus become a fully-fledged instrument for implementing this strategy.

Generally, the above considerations lead to the conclusion that **prioritization is a method of stimulating the change process flow in healthcare/protection used in various change management styles, and linked to various extent to other management methods; it consists in:**

1. **setting objectives**, i.e. identifying and articulating them,
2. **hierarchizing objectives considering their importance and priority of fulfilment**,
3. **defining the methods of attaining objectives**,
4. **hierarchizing the methods of attaining objectives on the basis of their effectiveness and efficiency.**

Assuming that it is mainly the correct identification of objectives and their proper hierarchization considering their importance and priority of fulfilment on all levels of system management that determine effective and efficient prioritization in health protection system, it is necessary to define criteria for identifying those objectives and their hierarchization, as well as well

rarchizacji, jak też doboru właściwych dla tych celów sposobów ich realizacji. **Takimi ogólnymi kryteriami stanowienia priorytetów (zarówno celów, jak i sposobów ich realizacji) są niewątpliwie te uwarunkowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego, które pozwalają zarazem identyfikować najważniejsze problemy określające (ograniczające) sprawność jego funkcjonowania: epidemiologiczne, formalno-prawne, ekonomiczne, ideologiczne, polityczne, społeczno-kulturowe, religijne, kadrowo-kompetencyjne, infrastrukturalne, socjo-demograficzne, organizacyjno-zarządcze.**

Ponadto, jako kryteria stanowienia priorytetów należy też traktować zasady właściwej organizacji systemu:

- **kompletność** – stanowione cele powinny pokrywać wszystkie problemy warunkujące sprawność systemu, a nie tylko niektóre z nich;
- **spójność** – cele i sposoby ich realizacji winny być w jednoznacznie określony sposób uporządkowane, tj. relacje między nimi nie mogą wykluczać ani nawet ograniczać możliwości realizacji choćby tylko niektórych spośród nich;
- **komplementarność** – cele i sposoby ich realizacji winny się wzajemnie uzupełniać i wspierać;
- **kompatybilność** – cele i sposoby ich realizacji nie spełniające warunku komplementarności powinny być przynajmniej „przy-
stające do siebie”, tj. na tyle zgodne, by sobie wzajemnie nie wadzić.

Z wymienionych zasad wynika konieczność hierarchizacji priorytetów: dla tych stanowionych na niższych poziomach zarządzania, pierwszym szczególnym odniesieniem (kryterium specyficznym) winny być priorytety z wyższych poziomów zarządzania. Tym samym, jednym z głównych problemów priorytetyzacji (świadczącym zarazem o ułomności tej metody zarządzania, staje się nierozwiązana dotąd w politologii kwestia kryteriów/źródeł stanowienia „pierwszego priorytetu”/„priorytetu matki”. Z braku możliwości odwołania się w tej sprawie do Pierwszego Kreatora, Hegemona czy Najwyższego Autorytetu, jak zapewne zapro-

as for selection of methods of their fulfilment. **Such general criteria for setting priorities (both objectives and the methods of attaining them) undoubtedly include these determinants of the health protection system that make it possible to identify the most crucial problems determining (limiting) the effectiveness of its operation: epidemiological, formal and legal, economic, ideological, political, social and cultural, religious, human resources and competence-based, infrastructural, social and demographical, organizational and managerial.**

Moreover, rules for proper organization of the system should be viewed as criteria for setting priorities:

- **completeness** – the set objectives should cover all problems that determine the efficiency of the system, and just some of them;
- **coherence** – objectives and methods of attaining them should be ordered in a clearly defined way, i.e. the relationships between them cannot exclude nor even limit the possibility to attain even some of the objectives;
- **complementarity** – objectives and methods of attaining them should be mutually complementary with each other and mutually supportive;
- **compatibility** – objectives and methods of attaining them that do not fulfil the complementarity criteria should at least be “in tune with each other”, i.e. in accord with each other to the extent so as not to conflict with each other.

The above mentioned rules necessitate the need for priorities hierarchization: priorities set at the higher levels of management should be the first particular point of reference (specific criterion) for the priorities set at the lower levels of management. Thus, one of the major problems of prioritization, (being the evidence of deficiency of this management method at the same time), consists in the issue of criteria/sources of setting the “first priority”/“mother priority” that has not been resolved in political science yet. As regarding this issue it is not possible to refer to the First Creator, Hegemon, or the Highest

ponowałby Carl Schmitt¹⁶, dla decydentów politycznych kreujących nowe wizje organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia najprawdopodobniej pierwotnym źródłem interpretacji wartości, z których wynikają zasady zabezpieczenia zdrowotnego, są najczęściej przesłanki ideologiczne, częściowo też religijne, społeczno-kulturowe, ekonomiczne, polityczne oraz epidemiologiczne i prakseologiczne. Ponadto, jak łatwo dowieść, wizje te opierają się na paradygmatach (np. o prymacie medycyny naprawczej), a po części na aksjomatach albo nawet dogmatach. Stanowione stosownie do kreowanej w ten sposób wizji organizacji ochrony zdrowia cele i zadania, zarówno te „pierwsze” – główne, jak też wszystkie wynikające z nich bardziej szczegółowe na niższych szczeblach zarządzania systemem, w dużej mierze przesądzają o doborze najbardziej dla nich właściwych środków ich realizacji. Uznając za najbardziej „właściwe” te, które są najbardziej skuteczne i efektywne dla realizacji celów, nieuchronnie staniemy przed problemem zasadności wyboru i stosowania określonych środków – sposobów, metod, narzędzi. Jeżeli bowiem za kryterium zasadności doboru przyjmujemy sam cel, któremu środki mają służyć, będziemy musieli rozstrzygać jak ważny jest ów cel oraz w jakim stopniu i w jaki sposób usprawiedliwia nasz wybór takich właśnie, a nie innych środków. W efekcie rychło dojdziemy do odwiecznego pytania, o to które cele uświęcają jakie środki. Czy zatem cel, jakim jest zdrowie populacji może być uznany za najwyższe dobro i stanowić – niczym republika dla Machiavella¹⁷ – dostateczne usprawiedliwienie dla wyboru i stosowania dowolnych środków służących jego urzeczywistnianiu?

Zatem kwestia legitymizacji priorytetów – zarówno w postaci celów, jak też sposobów ich realizacji – stanowi w największym stopniu o kruchości fundamentów całej koncepcji zarządzania ochroną zdrowia poprzez priorytetyzację. Wydaje się, że to właśnie należy mieć na uwadze przy ewentualnym, dalszym rozwijaniu tej koncepcji oraz – w jeszcze większym

Authority, as Carl Schmitt¹⁶ would probably suggest, most frequently it is the ideological considerations, partially also religious, social and cultural, economic, political, epidemiological, and praxeological considerations, that are most likely the original source of interpretation of the values from which the rules for health protection result, from which the policy makers creating new visions of organisation and functioning of health protection derive. Moreover, as it can be easily proved, these visions are based on paradigms (i.e. primacy of restorative medicine), and partially on axioms or even dogmas. The objectives and tasks set in accordance with the vision of the health protection organisation created in this way, both the “first” – major ones, as well as resulting from them more detailed objectives and tasks at the lower level of management, to a large extent determine the selection of the most appropriate methods of attaining the objectives and tasks completion. Assuming as the most “proper” those that are most effective and efficient for attaining objectives, we inevitably face the issue of the rationale for choice and use of specific measures – means, methods, and tools. If we assume the objective itself as the appropriateness of choice criterion, with the measures serving to deliver the objective, we will have to decide how important the objective is, and to what extent and in what way it justifies our choice of these specific measures. As a result we will quickly arrive at the eternal question – which objectives justify which means. Therefore, can the objective – population health – be considered to be the highest good and be – as the republic for Machiavelli¹⁷ – a sufficient justification for choice and use of any measures of attaining it?

Hence, the issue of priorities legitimization - both in the form of objectives, as well as the means to deliver them – constitutes the major determinant of the frailty of the foundations of the concept of health protection management by prioritization. It seems that further considerations should be given to this issue when possibly deve-

¹⁶ Schmitt C. 2007. *The Concept of the Political*, Expanded Edition. Chicago IL: The University of Chicago Press. Także: *The Crisis of Parliamentary Democracy* (Studies in Contemporary German Social Thought). 2011. MIT Press.

¹⁷ Machiavelli N. 2014. *Rozważania nad pierwszym dziesięcioksięgiem historii Rzymu Liwiusza*. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego.

¹⁶ Schmitt C. 2007. *The Concept of the Political*, Expanded Edition. Chicago IL: The University of Chicago Press. See also: *The Crisis of Parliamentary Democracy* (Studies in Contemporary German Social Thought). 2011. MIT Press.

¹⁷ N. Machiavelli, *Rozważania nad pierwszym dziesięcioksięgiem historii Rzymu Liwiusza*, The University of Warsaw Publishing House, Warsaw 2014.

stopniu – w każdym przypadku praktycznej jej stosowania.

Na koniec skonstatujmy jednak, że koncepcja teoretyczna, nawet tak jeszcze ogólna i ułomna jak opisana tutaj koncepcja priorytetyzacji jest wszystkim praktykom niezbędna – zarówno decydom politycznym tworzącym strategię dla systemu ochrony zdrowia, jak też szeregowym oficerom tego systemu, chociażby po to, by ich prowokowała do refleksji nad tym, co robią i w jaki sposób mogą to robić lepiej.

BIBLIOGRAFIA

Golinowska S. (red.). 2015. *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*. Warszawa: PWN.

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

Holly R. 2015. „O priorytetyzacji jako remedium na niewydolność polskiego systemu ochrony zdrowia”. **Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna**: XVII/VII.

Holly R. 8 listopada 2006. *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne – koncepcja rozwoju systemu, (ekspertyza dla Ministerstwa Zdrowia)*. Warszawa: KIU.

Machiavelli N. 2014. *Rozważania nad pierwszym dziesięcioleciem historii Rzymu Liwiusza*. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego.

Schmitt C. 2007. *The Concept of the Political, Expanded Edition*. Chicago IL: The University of Chicago Press

Schmitt C. 2011. *The Crisis of Parliamentary Democracy (Studies in Contemporary German Social Thought)*. MIT Press.

Słownik wyrazów obcych. Wydanie nowe. 1997. Warszawa: PWN, s. 898.

Słownik języka polskiego PWN, <http://sjp.pl/priorytet>

Słownik języka polskiego PWN, <http://sjp.pl/priorytet>, [~gość # 2015-01-21]

Szumlicz T. 2015. „Zasady finansowania zabezpieczenia zdrowotnego jako priorytet systemowy”. **Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna**: XVII/VII, s. 7-18.

loping the concept, and – to an even larger degree – in each case of its practical implementation.

However, let us make the final statement that a theoretical concept, even if still general and imperfect as is the concept of prioritization presented in this article, is indispensable for all practitioners – both policy makers developing strategy for health protection system, as well as the ordinary system officers, at least to provoke them to reflect on what they do and how they can do it better.

LITERATURE

Golinowska S. (ed.). 2015. *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*. Warsaw: PWN (Polish Scientific Publishers).

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

Holly R. 2015. O priorytetyzacji jako remedium na niewydolność polskiego systemu ochrony zdrowia. **Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna**: XVII/VII.

Holly R. 8 November 2006. *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne – koncepcja rozwoju systemu, (Expert report for the Ministry of Health)*. Warsaw: KIU.

Machiavelli N. 2014. *Rozważania nad pierwszym dziesięcioleciem historii Rzymu Liwiusza*. Warsaw: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, (The University of Warsaw Publishing House).

Schmitt C. 2007. *The Concept of the Political, Expanded Edition*. Chicago IL: The University of Chicago Press.

Schmitt C. 2011. *The Crisis of Parliamentary Democracy (Studies in Contemporary German Social Thought)*. MIT Press.

Słownik wyrazów obcych. New Edition. 1997. Warsaw: PWN (Polish Scientific Publishers), p. 898.

Słownik języka polskiego PWN, <http://sjp.pl/priorytet>

Słownik języka polskiego PWN, <http://sjp.pl/priorytet>, [~guest # 2015-01-21]

Szumlicz T. 2015. „Zasady finansowania zabezpieczenia zdrowotnego jako priorytet systemowy”. **Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna**: XVII/VII, p. 7-18.

Terminologia procedur medycznych CPT-PL 2006. 2006. American Medical Association. Warszawa: Naczelna Izba Lekarska, s. VIII.

Webster's Encyclopedic Dictionary. 1991. New York: Lexicon Publications, Inc., s. 796.

<https://pl.wiktionary.org/wiki/priorytet> (uaktualnione 6.01.2017).

Terminologia procedur medycznych CPT-PL 2006. 2006. American Medical Association. Warsaw: Naczelna Izba Lekarska, p. VIII.

Webster's Encyclopedic Dictionary. 1991. New York: Lexicon Publications, Inc., p. 796.

<https://pl.wiktionary.org/wiki/priorytet> (updated on 6.01.2017).