

PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE A ZASADA SOLIDARNOŚCI I RÓWNOŚCI¹

– Aleksandra Głos –

Abstrakt. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne to dziedzina, w której ścierają się różne wizje opieki zdrowotnej. Większość europejskich systemów służby zdrowia to systemy publiczne zbudowane na fundamencie solidarności i równości. Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może kolidować z tymi wartościami, ograniczając zasadę powszechności ubezpieczenia na rzecz konkurencji między firmami ubezpieczeniowymi, zasadę solidarności na rzecz wolności efektywności kosztowej, a zasadę równości na rzecz wolności wyboru konsumenta. Celem artykułu jest analiza warunków zbudowania sprawnego i społecznie akceptowalnego modelu partnerstwa publiczno-prywatnego w służbie zdrowia, które pozwoliłoby na zażegnanie czy też złagodzenie owych kolidacji.

Słowa kluczowe: solidarność, równość, zasada wystarczalności, prywatne ubezpieczenia zdrowotne, R. ter Meulen, H. Frankfurt.

Zagadnienie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych to dziedzina, w której ścierają się różne wizje opieki zdrowotnej. Większość europejskich systemów służby zdrowia to systemy publiczne zbudowane na fundamencie solidarności i równości. Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może kolidować z tymi wartościami, ograniczając zasadę powszechności ubezpieczenia na rzecz konkurencji między firmami ubezpieczeniowymi, zasadę solidarności na rzecz efektywności kosztowej, a zasadę równości na rzecz wolności wyboru konsumenta. Na najogólniejszym poziomie jest to konflikt biegnący wzdłuż tradycyjnych podziałów: egalitaryzm – utylitaryzm, solidaryzm – liberalizm, *welfare state* – państwo minimalne, które w dziedzinie opieki zdrowotnej przybiera postać kontrowersji między ujęciem zdrowia jak dobra społecznego, a jego wizją jako jednego z wielu dóbr rynkowych. Wartości te na pierwszy rzut oka wydają się niekompatybilne, jednak opieka zdrowotna jako poligon nieustannego ścierania się faktycznego braku zasobów materialnych i ludzkich ze szczególnym społecznym etosem służby potrzebującym, jest zmuszona wypracowywać zasady łączenia kolidujących ze

¹ Artykuł powstał w ramach projektu badawczego „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” nr 2013/08/A/ HS1/00079 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

sobą wartości, jednym z przejawów którego jest wprzęgnięcie w publiczną opiekę zdrowotną mechanizmów wolnorynkowych. Warunkiem zbudowania sprawnego organizacyjnie i cieszącego się poparciem społecznym modelu służby zdrowia jest uprzednia analiza zagrożeń, jakie mechanizmy wolnorynkowe stwarzają dla klasycznych zasad publicznej opieki zdrowotnej, w szczególności zasad równości i solidarności oraz metod złagodzenia owych zagrożeń, które będzie przedmiotem niniejszego artykułu.

Artykuł będzie podzielony na pięć części: 1) w pierwszym rozdziale zostanie przedstawiona systematyka ubezpieczeń zdrowotnych; 2) w drugim zostanie zarysowane filozoficzne tło kolidujących ze sobą wartości i modeli opieki zdrowotnej; 3) trzeci zawiera analizę sposobów rozwiązania konfliktu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych z zasadą solidarności na przykładzie holenderskiego systemu opieki zdrowotnej; 4) w czwartym zostanie przedstawiona kolizja prywatnych ubezpieczeń z zasadą równości, poprzedzona krótką analizą filozoficznych interpretacji pojęcia równości 5) piąty rozdział zawiera argumentację na rzecz komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych z punktu widzenia teorii wystarczalności oraz analizę tej propozycji w kontekście problemów polskiej służby zdrowia.

1. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne – systematyka

Rozważania na temat prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych należy rozpocząć od ich systematyki. Konieczność jej przedstawienia jest spowodowana, po pierwsze, brakiem definicji prawnej i chaosem pojęciowym panującym w niejednorodnej dziedzinie ubezpieczeń prywatnych – różni autorzy posługują się tym pojęciem w odmienny sposób, odnosząc się raz do szerokiej dziedziny ubezpieczeń prywatnych, innym razem do węższej dziedziny ubezpieczeń dobrowolnych lub dodatkowych. Po drugie, jak słusznie zauważają F. Colombo i N. Tapay², różne typy ubezpieczeń prywatnych pełnią inne funkcje, które odmiennie wyznaczają ich miejsce w systemie publicznym, a tym samym stwarzają bądź intensyfikują odmiennie zagrożenia dla tradycyjnych wartości służby zdrowia.

Potocznie, pod pojęciem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (PUZ) rozumie się metodę finansowania opieki zdrowotnej, charakteryzowaną przez trzy cechy: dobrowolność decyzji o wykupieniu polisy ubezpieczeniowej, zarządzanie przez firmy prywatne działające dla zysku; zależność składki od indywidualnego ryzyka zdrowotnego³. OECD definiuje prywatne ubezpieczenia zdrowotne znaczą-

² Colombo, Tapay [2004].

³ Jurkiewicz-Świątek [2012].

nie szerzej⁴: jako system finansowany z prywatnych składek zdrowotnych, a więc płatności, które posiadacz polisy zgadza się, w formie umowy, uiszczać ubezpieczycielowi. Szeroka definicja OECD obejmuje takie formy ubezpieczeń, które nie spełniają wyżej wymienionych kryteriów, np. ubezpieczenie bazowe w Holandii, które wprawdzie jest oferowane przez firmy prywatne, jego wykupienie ma jednak przymusowy charakter, a wysokość składki ubezpieczenia jest uniezależniona do indywidualnego ryzyka zdrowotnego. Na podstawie funkcji, jaką ubezpieczenia prywatne pełnią w systemie publicznym, wyróżnia się kilka ich form. Są to, po pierwsze, ubezpieczenia bazowe, wprowadzone w systemie holenderskim, w którym ubezpieczenia oferowane przez podmiot prywatny jest jedyną formą dostępu do opieki zdrowotnej. Drugą formą prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego są ubezpieczenia substytucyjne, które funkcjonują 'zamiast' ubezpieczenia publicznego i są kierowane bądź do osób, które są wyłączone z systemu bazowego, bądź do tych, które dobrowolnie, pod pewnymi warunkami, wybierają prywatny system ubezpieczenia. Przykładem tej ostatniej regulacji jest system niemiecki, w którym przejście do reżymu prywatnego obwarowane jest cenzusem majątkowym i możliwe dla osób, których dochód roczny w 2016 przekroczył 56,250 euro⁵. Kolejnym typem ubezpieczenia prywatnego są ubezpieczenia komplementarne (uzupełniające). W ramach tego typu wyróżnia się dwa podtypy: pierwszym jest ubezpieczenie pokrywające ustawowe dopłaty do świadczeń finansowanych w ramach pakietu ustawowego lub leków np. we Francji i Słowenii, gdzie z ubezpieczenia komplementarnego, pokrywającego koszty współpłacenia korzysta ok. 90% populacji; drugim typem jest ubezpieczenie pokrywające koszty dodatkowych świadczeń, nieujętych koszyku ustawowym – w systemie holenderskim są to takie ponadstandardowe świadczenia jak np. świadczenia ortodontyczne, okulary korekcyjne, leczenie otyłości. Ostatni typ ubezpieczeń prywatnych to ubezpieczenia suplementarne, które zapewniają szybszy dostęp do świadczeń i szerszy dostęp do świadczeniodawców w stosunku do ubezpieczenia społecznego bądź realizację świadczeń w lepszych warunkach – np. w Irlandii osoby posiadające ubezpieczenie prywatne mogą korzystać z wydzielonych, prywatnych łóżek w szpitalach⁶).

Obok szerokiej definicji OECD można wyróżnić definicję węższą, ograniczoną do dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (DUZ)⁷, które obejmują jedy-

⁴ Por.: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

⁵ Dane na podstawie: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich>.

⁶ Borda [2011] s. 10.

⁷ Golinowska et al. [2012].

nie typ substytucyjny, komplementarny i suplementarny oraz kategorię dodatkowych ubezpieczeń prywatnych (opatrywanych tym samym akronimem: DUZ)⁸, w ramach których mieszczą się jedynie dwa ostatnie typy – komplementarny i suplementarny. Z kolei autorzy M. Matczak i P. Pawłowski⁹ określają terminem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zarówno ubezpieczenia chorobowe od wypadków oraz prywatne ubezpieczenia zdrowotne sensu stricto, do których zaliczają ubezpieczenia substytucyjne, komplementarne i suplementarne. W niniejszej pracy termin prywatne ubezpieczenia zdrowotne będzie używany w szerokim sensie nadawanym mu przez OECD, który obejmuje także radykalne rozwiązanie systemu holenderskiego. Wprowadzony w tym kraju system prywatnych ubezpieczeń pełniących funkcję bazową jest wprawdzie rozwiązaniem radykalnym, niemniej jest on wart analizy jako inspirujący przykład udanego połączenia wartości społecznych i mechanizmów rynkowych, którego poszczególne instytucje mogą być wykorzystywane w ramach systemów zdrowotnych, przypisujących prywatnym ubezpieczeniom węższe funkcje.

2. Refleksyjna równowaga w opiece zdrowotnej

Na przykładzie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych można prześledzić fundamentalne napięcia aksjologiczne w służbie zdrowia. Ilustrują je dwa modele opieki zdrowotnej: europejski model społeczny, którego główną cechą jest istnienie publicznej opieki zdrowotnej finansowanej bądź ze składek na ubezpieczenie społeczne (jak w systemach bismarckowskich, istniejących m.in. w Niemczech, Austrii, i Francji) bądź z budżetu państwa (jak w modelu Beveridge'a, istniejącym m.in. w Wielkiej Brytanii i krajach skandynawskich), skonfrontowany z amerykańskim modelem rezydualnym, finansowanym z ubezpieczeń prywatnych i zapewnianym przez prywatnych świadczeniodawców. W praktyce jednak oba modele oscylują w swoją stronę, o czym świadczą zarówno przeprowadzane w ostatnich dekadach reformy wielu europejskich systemów zdrowotnych (m.in. Holandii i Niemiec) wykorzystujące w coraz większym stopniu mechanizmy wolnorynkowe, jak i amerykańskie reformy Medicare i Medicaid, zbliżające ten prywatny, wolnorynkowy i zindywidualizowany system do europejskich systemów społecznych. Reformy te świadczą zarówno o praktycznych niedostatkach jednostronnych modeli opieki zdrowotnej, jak i konieczności nieustannego poszu-

⁸ Samoliński [2013].

⁹ Matczak, Pawłowski [2011] s. 99.

kiwania refleksyjnej (i praktycznej) równowagi¹⁰ między kolidującymi wartościami, jakie dokonuje się w tej dziedzinie.

Na rzecz tradycyjnych wartości europejskiej służby zdrowia przemawia szczególny status zdrowia oraz szczególny charakter stosunków społecznych w opiece zdrowotnej. Zdrowie jest dobrem o szczególnym, fundamentalnym statusie ('meta-statusie'), ponieważ jest warunkiem realizacji wszystkich innych istotnych dla człowieka wartości i godnego ludzkiego życia. W taki sposób o zdrowiu pisał zarówno Kartezjusz („zdrowie jest niewątpliwie naczelnym dobrem oraz podwaliną wszelkich innych dóbr tego życia”¹¹), jak i filozofowie współcześni. Przykładowo, jeden z najbardziej wpływowych teoretyków sprawiedliwej opieki zdrowotnej N. Daniels, uzasadnia szczególny status zdrowia, odwołując się do koncepcji równych szans J. Rawlsa i uznaje zdrowie za podstawę normalnego funkcjonowania, a tym samym warunek zaistnienia równości szans w innych, społecznych, politycznych czy ekonomicznych, dziedzinach życia¹². Podobną tezę stawia S. Venkatapuram, odwołując się do koncepcji ludzkich zdolności (*capabilities*) A. Sena i uznaje zdrowie za metazdolność, bez której nie byłoby możliwe osiągnięcie żadnej z innych zdolności człowieka¹³. Teza o szczególnym, fundamentalnym, charakterze zdrowia znajduje swój wyraz także we współczesnym prawodawstwie międzynarodowym, które uznaje prawo do zdrowia za jedno z praw człowieka¹⁴ oraz prawie krajowym, obligującym instytucje państwowe do zapewnienia swoim obywatelom dostępu do opieki zdrowotnej¹⁵. Rynek prywatnych ubezpieczeń, który traktuje zdrowie jako jedno z wielu dóbr rynkowych, może osłabiać zarówno ów szczególny status dobra, którego realizacja uznawana jest za obowiązek społeczny, jak i szczególny charakter relacji społecznych w tej dziedzinie. Relacje społeczne w opiece zdrowotnej mają szczególny charakter, ponieważ wymagają one od pacjentów zaufania, a niekiedy wręcz powierzenia swojego życia lekarzom i personelowi medycznemu, a ze strony tych ostatnich szczególnego lekarskiego i pielęgniarskiego etosu służby i poświęcenia. Niejednokrotnie zwraca się uwagę na konieczność ochrony tego etosu, poważnie już zagrożonego przez współczesne tendencje do komercjalizacji opieki zdrowotnej,

¹⁰ Daniels [1996].

¹¹ Kartezjusz [1981] s. 72.

¹² Daniels [2001].

¹³ Venkatapuram [2011].

¹⁴ Przykładowo: w preambule do Konstytucji WHO czytamy: „Korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw istoty ludzkiej, bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych i społecznych”.

¹⁵ Przykładowo, w Konstytucji RP art. 68 czytamy: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”.

usługowe podejście lekarzy i konsumpcyjne podejście pacjentów, które to zagrożenia 'urynkowienie' zdrowia mógłby dodatkowo wzmacniać.

Z drugiej strony, w związku z rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej, systemy zdrowotne są zmuszone do poszukiwania dodatkowych źródeł finansowania. Jednym z coraz częściej wprowadzanych mechanizmów pozyskiwania dodatkowych środków na ochronę zdrowia są prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Ich zwolennicy podkreślają finansowy potencjał konkurujących ze sobą firm ubezpieczeniowych, ich pozytywny wpływ na wolność wyboru, a tym samym stopień poinformowania osób ubezpieczonych, a także, pośrednio, poprzez selektywne kontraktowanie, na wzrost konkurencyjności świadczeniodawców i jakości, efektywności i technologicznej innowacyjności ich usług, traktując przy tym argumenty przeciwko jako pozorne, łatwe do rozwiązania, bądź wręcz 'mityczne'¹⁶. Argumentacja z konieczności finansowej, powodowanej przez bieżące czynniki podnoszące koszty w ochronie zdrowia, spośród których do najważniejszych należą starzenie się europejskich społeczeństw i wzrastające koszty nowych technologii medycznych, bądź przez czynniki stałe, a więc nieredukowalną ograniczoność zasobów w opiece zdrowotnej, byłaby mało przekonująca, gdyby nie była uzupełniona o 'argumentację z możliwości'. Argumentacja ta powołuje się na pozytywne doświadczenia wielu krajów, które zdecydowały się na wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, nie uchybiając przy tym tradycyjnym wartościom służby zdrowia, wśród których naczelną miejsce zajmuje Holandia. Sprawnie funkcjonujący i cieszący się ogromnym poparciem społecznym (od przeprowadzenia reformy w 2006 pierwsze miejsce w rankingu Health Care Consumer Index¹⁷) system holenderski, określony zgrabnie przez Ch. Sowadę jako *solidarity-state-market mix*, dowodzi możliwości osiągnięcia pożądanej refleksyjnej i praktycznej równowagi między tymi, na pozór sprzecznymi, wartościami w ochronie zdrowia.

3. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne i zasada solidarności - kazus Holandii

Kanoniczne rozumienie zasady solidarności w opiece zdrowotnej wyraża J. Kornai w słowach: „Pomagajcie cierpiącym, mającym problemy i społecznie upośledzonym”¹⁸, wyróżniając przy tym zasadę solidarności ryzyka oraz solidarności dochodu i wieku. Istotę solidarności w opiece zdrowotnej najpełniej wyraża zasada solidarności ryzyka, polegająca na uniezależnieniu wysokości składki na

¹⁶ Por. PIU [2013].

¹⁷ Björnberg [2015].

¹⁸ Kornai [2002].

ubezpieczenie zdrowotne od indywidualnego ryzyka zdrowotnego, a więc zawiązaniu wspólnoty, w ramach której ryzyko rozkłada się na wszystkich członków. Pozostałe dwie wersje tej zasady mają wymiar ekonomiczno-polityczny i ustanawiają wzorzec redystrybucji zasobów: solidarność dochodu uzależnia wysokość składki zdrowotnej od dochodów danej osoby przez co osoby zamożne wnoszą więcej do wspólnej puli niż osoby ubogie, natomiast zasada solidarności wieku wprowadza system ulg i zniżek dla seniorów, a więc osób o obniżonej produktywności i niższych dochodach, mimo ich niejednokrotnie zawyżonego korzystania z opieki zdrowotnej. Zasada solidarności ryzyka, choć ma oczywiste konsekwencje ekonomiczne (osoby o wyższym profilu ryzyka nie płacą wyższej składki ubezpieczeniowej, mimo że narażają ubezpieczyciela na większe koszty), dotyczy porządku społecznego i wyraża fundamentalną decyzję o zawiązaniu wspólnoty, w ramach której odpowiedzialność za zdrowie staje się wspólnym, społecznym obowiązkiem. Warto przypomnieć, że samo pojęcie solidarności wyrasta z instytucji *obligatio in solidum*, a więc radykalnej formy odpowiedzialności stosowanej w rzymskiej spółce partnerskiej, na mocy której każdy z dłużników był odpowiedzialny za całość długu, co oznaczało, że wierzyciel mógł zwrócić się o zwrot całości długu do każdego z dłużników, a ten zobowiązany był to uczynić (w sposób literacki, lecz nie mniej przez to trafny, ten rodzaj radykalnej współodpowiedzialności wyraża hasło trzech muszkietierów: „jeden za wszystkich wszyscy za jednego”). Podobnie rzecz ujmują Ch. Sowada, czyniąc, inspirowane tradycją niemiecką, rozróżnienie na solidaryzm przymusu (*Zwangssolidarität*), który polega na realizacji przez władze publiczne określonych zasad redystrybucji a dobrowolnym solidaryzmem związku (*Beziehungssolidarität*)¹⁹, rozumianym jako społeczny wysiłek współpracy i współodpowiedzialności, do którego odwołuje się zasada solidarności ryzyka.

Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może w różnorodny sposób zagrażać zasadzie solidarności. Po pierwsze, sposób obliczania składki przez firmy ubezpieczeniowe kłóci się z istotą zasady solidarności jako mechanizmu uwspólnienia ryzyka: działający *for-profit* ubezpieczyciele kalkulują składkę proporcjonalnie do indywidualnego ryzyka zdrowotnego ubezpieczonego. Może to powodować wśród ubezpieczycieli pokusę tzw. spijania śmietanki (*cream skimming*), a więc ubezpieczania jedynie osób o najniższym profilu ryzyka, osób młodych i zdrowych. Konsekwencją tego zjawiska jest sytuacja, w której osób chronicznie chorych, niepełnosprawnych i starszych, a więc osób o najwyższym profilu ryzyka, nie byłoby stać na wykupienie ubezpieczenia, mimo że potrzebują

¹⁹ Sowada [2013] s. 107.

go najbardziej. Po drugie, w ramach prywatnego systemu ubezpieczeń nie dokonuje się publiczna redystrybucja dochodów na rzecz osób najuboższych czy starszych, które z powodów ekonomicznych mogą być całkowicie wyłączone z uczestnictwa w prywatnym systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Ponadto rynek takich ubezpieczeń może osłabiać zasadę solidarności w szerokim sensie 'dobrowolnej' solidarności, której zewnętrznym wyrazem jest mechanizm uwspólniania ryzyka, natomiast warunkiem – społeczna wola zawiązania takiej wspólnoty ryzyka, a więc panująca w danej wspólnocie kultura zaufania, współpracy i współodpowiedzialności. Konkurencja panująca na rynku ubezpieczeń oraz komercjalizacja relacji pacjentów i pracowników służby zdrowia może prowadzić do zanikania tych miękkich, interpersonalnych wartości i obniżać poziom kapitału społecznego, który, choć mniej wymierny niż dochody płynące ze składek ubezpieczeniowych, usprawnia współpracę finansową między różnymi podmiotami, obniża koszty zawierania i wykonywania umów, redukuje zjawisko hazardu moralnego, przyczynia się do sprawnego funkcjonowania instytucji publicznych i jako taki jest społeczną sprężyną 'bogacenia się narodów'.

Podstawową cechą hybrydowego systemu opieki zdrowotnej w Holandii (*'solidarity market state mix'*), która stoi na straży zasady solidarności, jest jego kompozycja z trzech filarów ubezpieczenia: ubezpieczeń społecznych, regulowanych przez Dutch Healthcare Act (ZvW) gruntownie zreformowany w 2006 r. SHI, ubezpieczeń dodatkowych o charakterze komplementarnym oraz ubezpieczeń specjalnych wypadków medycznych regulowanych przez Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ). Taki podział umożliwia ochronę osób chronicznie chorych, niepełnosprawnych i starszych, których interesom system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych mógłby najbardziej zagrażać. Osoby takie są wyłączone z systemu ubezpieczenia bazowego i objęte reżymem ubezpieczeń nadzwyczajnych wypadków medycznych. System ten jest finansowany z trzech źródeł: składki ubezpieczeniowej zależnej od dochodu, do której uiszczania zobowiązani są wszyscy rezydenci i nierezydenci zatrudnieni w Holandii, dopłat z budżetu państwa i dopłat pacjentów, całkowicie uniezależniając tym samym wysokość składki od indywidualnego, w tym przypadku wysokiego, ryzyka zdrowotnego. Istotnym wkładem w funkcjonowanie zasady solidarności jest innowacyjny sposób organizacji opieki długoterminowej (wprowadzający m.in. instytucję budżetu osobistego²⁰, w więc określonej sumy pieniędzy wypłacanej choremu miesięcznie, kwartalnie lub rocznie, dzięki której może on sam wybrać świadczeniodawców z zakresu opieki pielęgniarskiej i osobistej, co sprawia, że między pacjentem

²⁰ The Health Foundation [2011].

a osobami sprawującymi nad nim opiekę mają szansę wytworzyć się stosunki oparte na wzajemnym zaufaniu i dobrowolnej współpracy), która z racji koniecznego zaangażowania różnych podmiotów – od rodziny chorego, przez organizacje dobroczynne, opiekę społeczną po państwową służbę zdrowia – może stać się poligonem współpracy między nimi, a tym samym wspierać kulturę solidarności, lub, używając terminologii Ch. Sowady, dobrowolny ‘solidaryzm związku’. Zasada solidarności jest także chroniona w systemie ubezpieczeń społecznych, które na mocy reformy Duth Healthcare Act z 2006 r. oferowane są przez prywatnych ubezpieczycieli. Firmy ubezpieczeniowe działają *for profit*, ich działalność jest jednak regulowana (np. poprzez zasadę *open enrolment*) i korygowana (np. przez mechanizmy wyrównania ryzyka) przez instytucje państwowe. Ochronie solidarności w systemie bazowym służy zasada *open enrolment*, na mocy której nie można nikomu odmówić ubezpieczenia (bez względu na wiek, zły stan zdrowia czy inne czynniki) oraz zasada *community rating*, na mocy której wysokość składki nominalnej jest uśredniona w stosunku do stanu zdrowia wszystkich osób ubezpieczonych u danego ubezpieczyciela (każdy członek danej wspólnoty płaci taką samą składkę niezależnie od typu wykupionej polisy, a niezależnie od własnego stanu zdrowia). Jako że takie ‘prospołeczne’ zasady mogą stanowić zagrożenie dla płynności finansowej prywatnych firm ubezpieczeniowych działających na wolnym rynku, wprowadzono system wyrównania ryzyka, którego głównym wykonawcą jest Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego (*Health Insurance Fund*), a głównym celem ochrona interesów firm ubezpieczeniowych. Fundusz akumuluje wkłady osób ubezpieczonych zależnie od wysokości ich przychodów, a następnie rozdziela je ubezpieczycielom stosownie do profilu ryzyka osób ubezpieczonych, zarówno *ex ante*, jak i *ex post* w przypadku ewentualnych strat poniesionych przez ubezpieczycieli. Celem tych regulacji i obostrzeń jest wspieranie konkurencyjności w zakresie proponowanych usług (*competition on merits*), zamiast zjawiska konkurowania o mniej ryzykownych klientów (*risk-selection*), co pozwala na pogodzenie zasady solidarności z wolnorynkową działalnością *for-profit*.

Sukces holenderskiego systemu, w którym udało się wyważyć interesy prywatnych firm ubezpieczeniowych z ochroną osób najbardziej potrzebujących oraz podziałem ryzyka wewnątrz wspólnoty był umożliwiony przez systematycznie opracowaną i skrupulatnie przeprowadzoną reformę instytucjonalną (jak zauważa H. Maarse²¹, system ten od czasów fundamentalnej reformy w 2006, której podstawą był zgłoszony już w latach 60. plan Dekkera nieustannie ulega drobnym poprawkom i udoskonaleniom). Automatyczne powtórzenie tej reformy jest

²¹ Maarse [2011].

niemożliwe nie tylko ze względu na wieloletni wysiłek opracowywania jej projektu, ale i specyficzne warunki społeczne, które umożliwiły jej powodzenie – systematycznie rozwijaną w Holandii już od czasów średniowiecznych gildii i cechów kulturę współpracy. Jak dowiodły badania R. Putnama²² nad włoską reformą instytucjonalną w latach 70. sukces takich reform zależy od panującego w danym społeczeństwie wzorca współpracy – przykładowo: większe powodzenie opisywanej przez Putnama reformy we Włoszech północnych niż we Włoszech południowych były spowodowane odmiennym (wysokim w kooperatywnych Włoszech północnych i niskim w niszczonej przez organizacje mafijne Włoszech południowych) stanem kapitału społecznego. Mimo unikatowości rozwiązania holenderskiego i ‘*path-dependence*’ każdego z systemów opieki zdrowotnych, niektóre z zastosowanych w tym kraju instytucji są stosowane na mniejszą skalę w innych krajach (np. zasada *open enrolment* stosowana jest przez Belgię, Słowenię i Irlandię, zasada *community rating* przez Irlandię, Słowenię i Australię²³). Przykład Holandii należy także uznać za wyzwanie dla takich krajów jak Polska, gdzie od początku transformacji ustrojowej instytucja prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie została uregulowana ustawowo, mimo operowania na rynku mechanizmów paraubezpieczeniowych – polis i abonamentów zdrowotnych, które jednak, funkcjonując obok systemu publicznego, nie przyczyniają się do wzrostu jego zasobów finansowych. Inercja prawna w tej dziedzinie jest w dużym stopniu powodowana brakiem konsensu społecznego²⁴ i dychotomicznym traktowaniem wymienionych grup wartości, które, jak pokazuje przykład holenderskiego *solidarity-state-market-mix*, można ze sobą uzgodnić.

4. Problemy z równością

Drugą, obok zasady solidarności, fundamentalną zasadą większości europejskich systemów opieki zdrowotnej jest zasada równości. Zasada równego dostępu do opieki zdrowotnej, podobnie jak samo prawo do zdrowia, jest przedmiotem licznych kontrowersji. Dotyczą one zarówno natury tego prawa (interpretowanego raz jako jedno z podstawowych praw człowieka, innym razem jako prawa trzeciej generacji tzw. *welfare rights*, nie tworzące roszczenia po stronie uprawnionych), zakresu równego dostępu do opieki zdrowotnej (przyznanie równego, nieograniczonego dostępu do opieki zdrowotnej, mimo że niejednokrotnie zakładane przez jej beneficjentów, jest założeniem utopijnym), a także sa-

²² Putnam [1994].

²³ PIU [2013] s. 22–29.

²⁴ Por. Jurkiewicz-Świątek [2012].

mego sposobu rozumienia równości. W zależności od wartości przypisywanej zasadzie równości, np. wartości samoistnej lub służebnej wobec innych wartości, inaczej przedstawia się postulowany zakres równego dostępu do opieki zdrowotnej.

Samoistną wartość równości przypisują klasyczni egalitaryści²⁵. Egalitaryzm taki występuje w wersji teleologicznej i deontologicznej – oba rodzaje klasycznego egalitaryzmu dzielają tę samą intuicję na temat samoistnej i niezależnej od jej skutków wartości równości, różnią się jednak w kwestii zakresów społecznych obowiązków w realizacji tego dobra. Różnica ta wynika z faktu, że przedmiotem oceny egalitarystów teleologicznych jest stopień realizacji wartości równości w świecie, a więc sam wynik procesu dystrybucji dóbr, natomiast przedmiotem oceny egalitarystów deontologicznych jest pewien sposób ich redystrybucji. Teleologiczni egalitaryści twierdzą, że każda niewybrana i niezawiniona nierówność istniejąca w świecie jest rzeczą moralnie naganną, do której naprawienia należy dążyć. Przedmiotem zainteresowania egalitarystów deontologicznych są jedynie nierówności będące wynikiem naszej niewypełnionej powinności, następstwem jakiejś niesprawiedliwości, błędu w procesie redystrybucji dóbr, a więc takie, których można było uniknąć. Dlatego egalitaryści teleologiczni będą dążyli do wyrównania każdej, nawet naturalnej nierówności (np. naturalnych różnic w stanie zdrowia), natomiast egalitaryści deontologiczni do unikania lub naprawiania możliwych do uniknięcia nierówności (np. nierównego dostępu do opieki zdrowotnej dzieci w państwach ubogich i bogatych). Obok egalitaryzmu samoistnego istnieje coraz bardziej dziś rozpowszechniony egalitaryzm instrumentalny, który wartość równości uzależnia od jej skutków w świecie. Egalitaryzm instrumentalny bierze pod uwagę konsekwencje działań urzeczywistniających zasadę równości i uważa je za słuszne o tyle, o ile pociągają za sobą pozytywne skutki społeczne np. większą spójność społeczną i solidarność, większy poziom zaufania między członkami danej społeczności. Egalitaryzm instrumentalny występuje w dwóch wersjach – mocnej i słabej. Egalitaryzm instrumentalny w wersji mocnej głosi, że konsekwencje nierówności są zawsze (lub prawie zawsze) złe – jest to jednak teza empirycznie wątpliwa²⁶. W przeciwieństwie do niej egalitaryzm instrumentalny w wersji słabej głosi, że do negatywnych konsekwencji prowadzą tylko niektóre nierówności np. bardzo duże nierówności ekonomiczne lub nierówności odnoszące się do najbardziej istotnych dóbr społecznych.

²⁵ Por. Galewicz [2015].

²⁶ Por. Załuski [2016].

Poszczególne typy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w odmienny sposób kolidują z intuicjami moralnymi dotyczącymi zasady równości, akcentując odmienne jej aspekty. System ubezpieczeń substytucyjnych oparty o kryterium majątkowe uchybia zasadzie równości pojętej jako wartość samoistna. Tworzy on bowiem nie tyle system dwóch koszyków świadczeń, ile system dwóch odrębnych światów, w ramach którego jedna grupa osób, dysponująca odpowiednio wysokim poziomem przychodów, funkcjonowałaby w uniwersum usług wysokiej jakości, świecie wyrafinowanym technologicznie i potencjalnie bezkolejkowym, podczas gdy grupa druga, ze względów ekonomicznych, byłaby przymusowo przypisana do świata usług o niższej jakości²⁷, co jest niedopuszczalne w świetle egalitaryzmu teleologicznego. Z punktu widzenia egalitaryzmu deontologicznego system 'dwóch światów' byłby możliwy do pogodzenia z zasadą równości, pod warunkiem, że kryterium przypisania do jednego z systemów miałoby charakter niemajątkowy, byłoby więc uzasadnione np. szczególnymi zasługami dla państwa żołnierzy i weteranów wojennych – takie merytarne kryteria nie przystają jednak do systemu ubezpieczeń społecznych, którego celem jest osiąganie korzyści finansowych. W świetle egalitaryzmu instrumentalnego system ubezpieczeń substytucyjnych byłby moralnie naganny, jeśli wprowadzane przez niego zróżnicowanie przynosiłby negatywne skutki społeczne. Przeciwno mocnej wersji egalitaryzmu instrumentalnego prognozującej wystąpienie negatywnych skutków społecznych wprowadzenia dwóch odrębnych systemów ubezpieczenia z dużym prawdopodobieństwem można przytoczyć przykład Niemiec, gdzie od 2010 r. liczba osób, które wybierają reżym prywatny utrzymuje się na stałym, niskim, nie przekraczającym 9% ubezpieczonych, poziomie, co zdaniem D. Green²⁸, jest spowodowane satysfakcjonującą jakością usług oferowanych w ramach ubezpieczenia publicznego. Przykład ten dowodzi, że wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze substytucyjnym nie musi prowadzić do rażących dysproporcji w jakości usług ani pociągać za sobą innych negatywnych skutków społecznych. Takie skutki mogłoby wywołać dopiero niewystarczająco dobre funkcjonowanie systemu publicznego, w przypadku którego istnienie paralelnego, dobrze funkcjonującego systemu usług medycznych, do którego miałyby dostęp tylko osoby zamożne, mogłoby dodatkowo pogłębiać niezadowolenie użytkowników systemu publicznego.

Typ ubezpieczeń suplementarnych, podobnie jak ubezpieczenia substytucyjne, tworzy system paralelny w stosunku do systemu ubezpieczeń publicznych.

²⁷ Por. Fourie [2016].

²⁸ Green, Irvine [2015].

Jednak inaczej niż w przypadku ubezpieczeń substytucyjnych, kiedy oba systemy są od siebie relatywnie niezależne, ubezpieczenia suplementarne mają tę wadę, że bazują na wypaczeniach systemu opieki zdrowotnej i mogą dodatkowo je pogłębiać, a więc mogą przynosić negatywne skutki społeczne. Przedmiotem ubezpieczeń suplementarnych jest bowiem uzyskanie szybszego (w przypadku istnienia listy oczekujących na świadczenia) bądź lepszego jakościowo dostępu do opieki zdrowotnej. System ten uchybia zasadzie równości, zarówno w sposób bezpośredni umożliwiając osobom zamożniejszym 'przeskakiwanie kolejek' i uzyskanie szybszego dostępu do świadczeń zdrowotnych, jak również w sposób pośredni pogarszając sytuację osób użytkowników systemu publicznego. Przyczyną tego pogorszenia jest niedobór kadr medycznych. Rozbudowa systemu prywatnych ubezpieczeń suplementarnych w sytuacji poważnego niedoboru kadr medycznych może powodować zarówno nadmierne obciążenie lekarzy obsługujących obie grupy pacjentów, jak i porzucanie przez nich sektora publicznego na rzecz prywatnego. Zwolennicy wprowadzenia ubezpieczeń suplementarnych kwestionują taki scenariusz, twierdząc, że niedobór lekarzy może być korygowany przez odpowiednią politykę edukacyjną i regulację limitów przyjęć na studia medyczne, jednak zwiększenie zasobów kadr medycznych w ten sposób jest zadaniem czasochłonnym, a obecne statystyki wskazują nie tylko na tendencję do podwójnego zatrudnienia, ale i wzrastającą emigrację lekarzy, powodowaną zarówno ofertami wyższego wynagrodzenia, jak i lepszych warunków pracy (np. krótszym wymiarem godzinowym bądź wyższą kulturą pracy), które to czynniki mogą powodować również przenoszenie się lekarzy do sektora prywatnego i dalszy drenaż kadr medycznych w systemie publicznym. Pogorszenie sytuacji użytkowników systemu publicznego dotyczy także jakościowego wymiaru ubezpieczeń suplementarnych. W ramach takiego systemu osoby korzystające wyłącznie z ubezpieczenia społecznego mają nie tylko dostęp do świadczeń gorszej jakości lub oferowanych w gorszych warunkach, ale jak argumentuje M. Neumann²⁹ mogą być traktowane przez medyków z mniejszą empatią. Taki skutek ubezpieczeń suplementarnych uderzałby w sens 'godziwej' opieki zdrowotnej, jaki nadaje mu R. ter Meulen³⁰, który wymaga respektowania godności pacjentów i niedopuszczania do ich dyskryminacji z jakichkolwiek, szczególnie majątkowych, względów.

Najmniej kontrowersji z punktu widzenia egalitaryzmu budzi system ubezpieczeń komplementarnych. Taki system ubezpieczeń nie tworzy osobnego, paralelnego systemu dostępu do świadczeń zdrowotnych, ale uzupełnia system

²⁹ Neumann et al. [2011].

³⁰ Meulen ter [2011].

publiczny o nowe świadczenia lub pokrywa zakres współpłacenia do świadczeń gwarantowanych częściowo. Pierwszy z tych typów ubezpieczenia komplementarnego tworzy system dwóch koszyków, które w podobny sposób kolidują z egalitarnymi intuicjami, jak system ubezpieczenia substytucyjnego. W tym przypadku jednak prywatny koszyk świadczeń zawiera świadczenia o charakterze ponadstandardowym, uzupełniającym, lub nawet luksusowym, jak np. usługi z zakresu medycyny estetycznej, toteż różnice między oboma koszykami mają mniejszą wagę moralną. W systemie ubezpieczeń komplementarnych polegających na współpłaceniu wszystkim przysługuje ten sam zakres świadczeń, niektórzy jednak mają do niego dostęp bardziej korzystny ekonomicznie, ponieważ zamiast dopłacać do świadczeń każdorazowo z własnej kieszeni wykupują ubezpieczenie zdrowotne pokrywające te koszty. W takim systemie największa jest grupa osób, których sytuacja uległaby pogorszeniu – byłyby to osoby, których dochody nieznacznie przekraczają próg zwolnień z obowiązkowych dopłat, ale nie stać ich na wykupienie ubezpieczenia komplementarnego³¹.

5. Komplementarne ubezpieczenia zdrowotne w świetle teorii wystarczalności

System prywatnych ubezpieczeń komplementarnych można jednak uznać nie tylko za rodzaj kompromisu z egalitaryzmem, ale za właściwą realizację moralnych intuicji co do należnego zakresu i sprawiedliwego sposobu organizacji opieki zdrowotnej. Na taką interpretację pozwala teoria wystarczalności, która, choć młodsza i słabiej rozbudowana niż klasyczne koncepcje egalitarne, jest coraz częściej przywoływana dla uzasadnienia systemu dwóch koszyków wprowadzanego przez większość państw europejskich. Co więcej, jak zauważają C. Fourie³², ta dwupoziomowa teoria jest nie tylko zewnętrznie zgodna z zasadami organizującymi system dwóch koszyków i może służyć jako jego ad hoc uzasadnienie, lecz wyraża te same przekonania na temat pojęcia sprawiedliwości i zakresu 'obowiązków solidarności'³³ w opiece zdrowotnej.

Koncepcja wystarczalności wyrosła z refleksji nad paradoksami egalitaryzmu. Jednym z najbardziej inspirujących jest, sformułowany przez D. Parfita, zarzut 'zrównywania w dół' (*levelling down objection*)³⁴, który głosi, że logiczną konsekwencją hołdowania zasadzie równości jest teza, że można zlikwidować niepożądane nierówności poprzez sprowadzenie osób lepiej sytuowanych do po-

³¹ Por. Borda [2011].

³² Fourie [2016].

³³ Buchanan [1987].

³⁴ Parfit [1997].

ziomu gorzej sytuowanych np. oślepienie osób, posiadających dobry wzrok, w społeczeństwie, w którym część osób jest ślepa³⁵. Zdaniem zwolenników koncepcji wystarczalności, ta paradoksalna konsekwencja objawia prawdziwą moralną motywację stojącą za dążeniem do sprawiedliwego podziału dóbr. Wbrew egalitarystom, nie ona jest potrzebą, aby wszyscy mieli 'po równo', ale pragnienie poprawy losu ludzi, którzy znajdują się poniżej pewnego poziomu godnego życia np. osób żyjących w skrajnym ubóstwie lub osób chronicznie chorych i cierpiących nieznośny fizyczny ból. Innymi słowy nie chodzi o realizację abstrakcyjnego ideału równości, ale poprawę rzeczywistej (*person-affecting*) sytuacji niektórych ludzi. Jednocześnie teoria wystarczalności pozwala uniknąć paradoksów innej, alternatywnej w stosunku do egalitaryzmu, koncepcji – priorytaryzmu, która, zamiast 'zrównywania', postuluje pomaganie ludziom znajdujących się w gorszym położeniu. Priorytaryzm spotyka się bowiem z zarzutem, że moralny obowiązek poprawy sytuacji osób w gorszym położeniu obowiązuje tylko do pewnego poziomu dobrobytu (np. przestaje mieć znaczenie w przypadku mieszkańców Beverly Hills, z których niektórzy mogą mieć mniej luksusowe posiadłości niż ich nieco lepiej usytuowani sąsiedzi)³⁶. Paradoksu 'pomagania w nieskończoność' pozwala uniknąć koncepcja wystarczalności H. Frankfurta³⁷ ustanawiająca pewien próg, powyżej którego nierówności w zakresie posiadanych dóbr przestają mieć moralne znaczenie. Frankfurt twierdzi, że powodem, dla którego pomagamy innym nie jest to, że znajdują się oni w gorszym położeniu, ale że to położenie nie jest wystarczająco dobre, tj. nie spełnia wymogów satysfakcjonującego życia. Koncepcja ta zakłada przestrzeganie zasad sprawiedliwości niekomparatywnej, a więc niewynikającej z procesu porównywania się z innymi (który zakłada negatywny obraz natury ludzkiej jako nadmiernie skłonnej do zazdrości czy wręcz zawiści, którym sprzyjanie, jak twierdzi Frankfurt, może mieć efekt alienujący), ale z istnienia elementarnych ludzkich potrzeb czy też 'podstawowych zdolności', których zaspokojenie jest niezbędne do prowadzenia godnego i w pełni ludzkiego życia. Koncepcja 'progu wystarczalności' rodzi wiele słusznych pytań, które wciąż wymagają szczegółowego opracowania. Pierwszym z nich jest pytanie o wysokość tego progu, a więc owo niekomparatywne minimum należnych człowiekowi zasobów – w najbardziej interesujący sposób próbują odpowiadać na to pytanie zwolennicy teorii zdolności (*capabilities*) rozbudowywanej w duchu teorii wystar-

³⁵ Egalitaryści zwykle odpierają ten zarzut, powołując się na pluralizm wartości, który wymaga uzgadniania wartości równości z innymi wartościami moralnymi.

³⁶ Por. Crisp [2003].

³⁷ Frankfurt [1987].

czalności, określając takie minima odrębnie dla każdej z podstawowych zdolności człowieka³⁸. Drugim istotnym pytaniem, jakie pojawia się na gruncie teorii wystarczalności, jest pytanie o zasady dystrybucji obowiązujące powyżej i poniżej progu wystarczalności – będą to bowiem zasady odmienne: poniżej tego poziomu użyteczne kryteria (np. liczba osób, które zyskają na danej dystrybucji dóbr) muszą być uzgadniane z troską o osoby znajdujące się w najgorszym położeniu i jakościową poprawę ich stanu (co oznacza przyjęcie ograniczonej wersji priorytaryzmu), powyżej tego poziomu, jako że kryterium wystarczającej jakości życia zostaje przekroczone, troska o osoby znajdujące się w najgorszym położeniu przestaje mieć znaczenie, a pierwszeństwo zyskują klasyczne kryteria użyteczne.

Podobne założenia są implicite przyjmowane przez zwolenników systemu dwóch koszyków zdrowotnych³⁹. Zwolennicy systemu dwóch koszyków postulują bowiem ustalenie pewnego standardu, 'godziwego minimum' opieki zdrowotnej należącej każdemu człowiekowi, którego zaspokojenie jest obowiązkiem władz publicznych oraz możliwość wprowadzenia dodatkowego, ponadstandardowego koszyka świadczeń, których gwarantowanie nie należy już do państwowych 'obowiązków solidarności'. Moralna dopuszczalność dodatkowego koszyka świadczeń jest uzależniona, po pierwsze, od przekroczenia przez zawartość koszyka świadczeń gwarantowanych pewnego 'poziomu wystarczalności', a więc oferowania zestawu słusznie należnych, 'godziwych', świadczeń – przykładowo nie mógłby być uznany za moralnie dopuszczalny koszyk świadczeń dodatkowych, w którym znalazłyby się świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej lub opieki położniczej. Po drugie, sposób funkcjonowania koszyka świadczeń dodatkowych nie może pogarszać sytuacji osób korzystających wyłącznie z koszyka świadczeń podstawowych, ponieważ mogłoby to skutkować ich degradacją poniżej progu wystarczalności. Taki wymóg systemowi holenderskiemu jeszcze przed reformą postawił R. ter Meulen⁴⁰, argumentując, że proponowany system dwóch koszyków będzie moralnie dopuszczalny, pod warunkiem, że koszyk świadczeń podstawowych zadośćuczyni zasadzie 'humanitarnej' solidarności, definiowanej jako troska o najbardziej potrzebujących. Zreformowany system holenderski spełnił ten wymóg – precyzuje on bowiem nie tylko 'godziwe minimum' opieki zdrowotnej odzwierciedlone w koszyku świadczeń podstawowych, który, choć oferowany przez prywatnych ubezpieczycieli, spełnia wymogi powszechnego, równego dostępu i solidarności pojętej jako wspólnota ryzyka (zasada konkurencji

³⁸ Por. Faden, Powers [2008].

³⁹ Krohmal [2007].

⁴⁰ Meulen ter [1995].

regulowanej), lecz urzeczywistnia także zasady humanitarnej solidarności, a więc pewnej priorytetowej, 'nadzwyczajnej' troski okazywanej najbardziej potrzebującym: osobom niepełnosprawnym i chronicznie chorym (chronionych przez system ubezpieczeń przypadków nadzwyczajnych AWBZ). Powyżej tego poziomu na pierwszy plan wysuwają się zasady indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie, wolności wyboru i wolnej konkurencji, których wyrazem jest możliwość wykupienia prywatnych komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych. Jak pokazała analiza z poprzedniego rozdziału, komplementarne ubezpieczenia zdrowotne w najmniejszym stopniu nie zagrażają zasadom rządzącym koszykiem świadczeń podstawowych. Taki skutek powodują ubezpieczenia suplementarne, których treścią jest oferowanie lepszego lub szybszego dostępu do świadczeń zdrowotnych, a ofiarami, w sytuacji niedoboru kadr medycznych, mogą stać się osoby znajdujące się na końcu kolejek do deficytowych świadczeń, a więc osoby najbardziej potrzebujące. Wydaje się jednak, że wbrew założeniom egalitarystów skutek taki nie jest wywołany przez samo uchybienie zasadzie równości pojętej jako samoistna wartość społeczna, ale przez niewłaściwy – negatywny – sposób powiązania obu koszyków świadczeń (ubezpieczenia suplementarne 'żerują' na niedoskonałościach systemu publicznego), który może pogarszać sytuację osób, znajdujących się w najgorszym położeniu, a więc potencjalnie poniżej progu godnego życia. W przeciwieństwie do ubezpieczeń suplementarnych, system dwóch koszyków wprowadzony przez system ubezpieczeń komplementarnych jest powiązany z systemem publicznym w sposób pozytywny (dodaje świadczenia nieujęte w koszyku świadczeń gwarantowanych lub pokrywa zakres dopłat do świadczeń gwarantowanych częściowo), a przez to nie wpływa w sposób negatywny na dostępność i jakość świadczeń w koszyku podstawowym.

Ubezpieczenia komplementarne okazują się zatem nie tylko teoretycznie uzasadnione, ale są też praktycznie postulowane – mogą one bowiem okazać się praktycznym remedium na dysfunkcje polskiego systemu opieki zdrowotnej i, jak argumentują Matczak i Pawłowski⁴¹, przyczyniać się do 'cywilizowania' publicznej służby zdrowia (a więc wywoływać swoisty efekt 'levelling up'). W Polsce, gdzie prywatne wydatki sięgają 30% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia⁴², z czego większość stanowią opłaty bezpośrednie (*out-of-pocket payments*), na rynku funkcjonują paraubezpieczeniowe abonamenty medyczne i polisy zdrowotne oferowane przez firmy ubezpieczeniowe, i wciąż nie są rzadkością również

⁴¹ Matczak, Pawłowski [2011].

⁴² Por. Golinowska et al. [2012].

płatności nieformalne⁴³, ubezpieczenia komplementarne pokrywające koszty współpłacenia (którego oczywistym warunkiem jest ustanowienie systemu takich dopłat) mogłyby znacznie ustabilizować i zmniejszyć wysokość prywatnych płatności. Co więcej, jak zauważa K. Łanda, ze środków prywatnych wykorzystanych w systemie ubezpieczeniowym można by kupić o wiele więcej świadczeń niż w przypadku wydatków z kieszeni pacjentów opłacanych na zasadzie *fee-for-service*. W przypadku ubezpieczeń komplementarnych najbardziej prawdopodobne są także optymistyczne scenariusze przedstawiane przez zwolenników prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, dotyczące poprawy stanu finansów opieki zdrowotnej⁴⁴, ponieważ w ich przypadku najściślejszy jest stopień powiązania systemu publicznej opieki zdrowotnej z działalnością firm prywatnych. Scenariusz taki potwierdzają doświadczenia krajów, które wprowadziły system ubezpieczeń komplementarnych polegających na współpłaceniu, m.in. Francji i Słowenii, w których ponad 90% ludności korzysta z ubezpieczenia komplementarnego pokrywającego koszty współpłacenia, dzięki czemu wydatki na ochronę zdrowia finansowane z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przewyższają 10%⁴⁵). Warto dodać, że ubezpieczenia podnoszą nie tylko stan finansów publicznych i konkurencyjność na rynku usług, ale mogą korzystnie wpływać na zachowania samych pacjentów. Wprowadzenie obowiązkowych dopłat może przyczynić się do racjonalizacji korzystania z opieki zdrowotnej (np. w systemie drobnych dopłat do odwiedzania lekarza rodzinnego, gdy naprawdę zachodzi taka potrzeba), a możliwość wyboru jednej z wielu konkurujących firm ubezpieczeniowych może zwiększyć świadomość i stopień poinformowania pacjentów w zakresie usług zdrowotnych, a dzięki temu podnieść ich odpowiedzialność za własne zdrowie.

Opieka zdrowotna jest jednym z najbardziej newralgicznych punktów styku obywateli z instytucjami publicznymi, dotyka ona bowiem najbardziej istotnych interesów człowieka – zdrowia i życia jego oraz jego najbliższych. Dobrze funkcjonujący system opieki zdrowotnej może być zatem nie tylko szkołą zaufania osobistego, lecz także zaufania do instytucji publicznych. Warunkiem takiej godnej zaufania opieki zdrowotnej jest zarówno jej sprawna i efektywna kosztowo organizacja, jak i respektowanie fundamentalnych wartości społecznych. Do tych ostatnich, obok obowiązku zapewnienia godziwego minimum świadczeń dla wszystkich obywateli i szczególnej troski o osoby najbardziej potrzebujące, należą również odpowiedzialność za własne zdrowie, wolność wyboru i społeczna kon-

⁴³ Por. Borda [2011].

⁴⁴ Ibidem.

⁴⁵ Dane na podstawie: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>

trola jakości. Realizację tych różnorodnych, niekiedy sprzecznych wartości można ze sobą uzgodnić, projektując wielopoziomowy system, w którym zasady konstrukcyjne poszczególnych reżymów ubezpieczenia dostosowane są do statusu ekonomiczno-społecznego jego użytkowników (mówiąc językiem teorii wystarczalności ich miejsca na skali dobrobytu). Jak pokazuje przykład Holandii, warunkiem funkcjonowania takiego wielopoziomowego systemu jest zarówno odpowiedni projekt reformy instytucjonalnej, jak i promocja społecznej kultury solidarności, która umożliwi skuteczne funkcjonowanie instytucji prawnych.

Bibliografia

- Björnberg [2015] – A. Björnberg, *EuroHealth Consumer Index 2015*, Health Consumer Powerhouse 2015.
- Borda [2011] – M. Borda, *Wybrane aspekty funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” (2) 2011, s. 96–105.
- Buchanan [1987] – A. Buchanan, *Justice and charity*, „Ethics” (97/3) 1987, s. 558–575.
- Colombo, Tapay [2004] – F. Colombo, N. Tapay, *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers 2004, OECD Publishing, Paryż 2015.
- Crisp [2003] – R. Crisp, *Equality, Priority, and Compassion*, „Ethics” (11/3) 2003, s. 745–763.
- Daniels [1996] – N. Daniels, *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, Cambridge University Press, Cambridge, NY 1996.
- Daniels [2001] – N. Daniels, „Justice, Health and Health Care,” *American Journal of Bioethics* (1/2) 2001, s. 2–16.
- Faden, Powers [2008] – R. Faden, M. Powers, *Social Justice*, Oxford University Press, Oxford 2008.
- Frankfurt [1987] – H. Frankfurt, *Equality as a Moral Ideal*, „Ethics” (98/1) 1987, s. 21–43.
- Fourie [2016] – C. Fourie, *Sufficiency of Capabilities, Social Equality, and Two-Tiered Health Care Systems*, [w:] *What is Enough? Sufficiency, Justice and Health*, C. Fourie, A. Rid, (red.), Oxford University Press, Oxford 2016, s. 185–204.
- Galewicz [2015] – W. Galewicz, *Spór o zasady alokacji zasobów zdrowotnych*, [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4: *Sprawiedliwość w medycynie*, cz. 2: *Dystrybucja zasobów w opiece zdrowotnej*, W. Galewicz (red.), Universitas, Kraków 2015.
- Golinowska et al. [2012] – S. Golinowska et al., *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska*, WHO/OECD 2012.
- Green, Irvine [2013] – D. Green, B. Irvine, *Healthcare Systems: Germany*, Civitas, Londyn 2013.
- Jurkiewicz-Świątek [2012] – I. Jurkiewicz-Świątek, *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Propozycje i debata wokół ich wprowadzenia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” (10/3) 2012, s. 156–170.
- Kornai [2002] – J. Kornai, *Solidarność w procesie transformacji*, tłum. M. Awdziej, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Warszawa 2002.

- Krohmal [2007] – B.J. Krohmal, *Tiers Without Tears: The Ethics of a Two-Tiered Health Care System*, [w:] *The Oxford Handbook of Bioethics*, B. Steinbock (red.), Oxford University Press, Oxford 2007, s. 175–189.
- Lach [2011] – D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Łanda [2011] – K. Łanda, *Koszty świadczeń gwarantowanych a ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne a koszty świadczeń*, Adamski et al. (red.), CEESTAHC, Kraków/Warszawa, s. 115–137.
- Matczak, Pawłowski [2011] – M. Matczak, P. Pawłowski, *Ramy prawne funkcjonowania koszyka świadczeń gwarantowanych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne a koszty świadczeń*, Adamski et al. (red.), CEESTAHC, Kraków/Warszawa, s. 89–115.
- Maarse [2011] – H. Maarse, *Dutch health care reform at the crossroads*, The Hastings Centre 2011, URL = <http://healthcarecostmonitor.thehastingscenter.org/hansmaarse/dutch-health-reform-atacrossroads/#ixzz2H1mo54qQ>.
- Meulen ter [2011] – R. ter Meulen, *How decent is a decent minimum of health care?*, „Journal of Medical Philosophy” (36/6) 2011, s. 612–623.
- Neumann et al. [2011] – M. Neuman et al., *The impact of financial incentives on physician empathy: A study from the perspective of patients with private and statutory health insurance*, „Patient Education and Counseling” (84/2) 2011, s. 208–216.
- OECD [2015] – *Fiscal Sustainability of Health Systems Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paryż 2015.
- Owoc [2009] – J. Owoc, *Ubezpieczenia zdrowotne – szanse i zagrożenia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” (2) 2009, s. 102–107.
- Parfit [1997] – D. Parfit, *Equality and Priority*, „Ratio” (10/3) 1997, s. 202–221.
- PIU [2011] – *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2011.
- PIU [2013] – *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2013.
- Putnam [1994] – R.D. Putnam, *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton 1994.
- Samoliński [2013] – B. Samoliński (red.), *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne*, Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktury, Warszawa 2013.
- Sowada [2013] – C. Sowada, *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013.
- Venkatapuram [2011] – S. Venkatapuram, *Health Justice*, Polity Press, Cambridge 2011.
- Załuski [2016] – W. Załuski, *O egalitaryzmie ekonomicznym*, „Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna” (5/1) 2016, s. 6–30.