



## Dlaczego zdrowie jest ważnym czynnikiem dla gospodarki?<sup>1</sup>

*Why is mental health a factor important for economy?*

FRIEDHELM HENGSBACH SJ

Z Philosophisch-Theologische Hochschule Sankt Georgen, Frankfurt/Main

### STRESZCZENIE

**Cel.** Autor<sup>2</sup>, polemizując z opinią liberalnych ekonomistów, argumentuje dlaczego dobro, jakim jest zdrowie nie jest dobrem takim samym, jak wiele innych.

**Poglądy.** Następnie przedstawia pogląd, że ryzyko utraty zdrowia, jest ryzykiem o wymiarze społecznym i dlatego domaga się ono solidarnej ochrony. Wynika z tego, że rynek i konkurencja odgrywają dla podaży dobra, jakim jest zdrowie rolę drugorzędą.

**Wnioski.** Urynkowanie nie może jako regulator zastąpić zasady solidarności, ta bowiem – z uwagi na szczególną naturę dobra, jakim jest zdrowie – sprawdziła się najlepiej (red)<sup>3</sup>.

### SUMMARY

**Objectives.** In a polemic with liberal economists the author argues why health as a good is not the same as many other goods.

**Review.** In his opinion loss of health is a large-scale social risk and for this reason it should be solidarily protected. This implies that market and competitiveness are of secondary importance for the supply of health conceived as a good.

**Conclusions.** Free market economy as a regulatory mechanism cannot replace the solidarity principle, since the latter proved to be the best, due to the particular nature of the good in the form of health (eds.).

---

**Słowa kluczowe:** zdrowie / gospodarka rynkowa

**Key words:** health / market economy

---

W gospodarce rynkowej zdrowie rządzi się takimi samymi prawami jak każdy towar. Zdrowie jest kupowane wtedy, kiedy jest ono dla „pacjenta” wartością wyższą niż cena, którą za nie płaci. Ideolodzy widzą w tym poniżenie człowieka. Zdrowie nie jest, ich zdaniem, towarem, takim jak doniczki, pomarańcze, czy złom aluminiowy. W kontekście praw natury nie dostrzegamy jednak takiego zróżnicowania. Kiedy człowiek wyskoczy z okna, osiąga przyspieszenie 9,81 m/sek., dokładnie takie samo, jak spadająca doniczka – a tego zrównania ewangeliczna nauka społeczna nie piętnuje jako poniżenia (Wolfram Engels, 1986).

Powyższy tekst jest parafrazą wypowiedzi liberalnego eksperta do spraw finansów i gospodarki Wolframa Engelsa z roku 1986, który podczas tygodnia gospodarczego opowiedział się przeciwko pogładowi, jego zdaniem niedopuszczalnemu, jakoby praca miała być traktowana

jako coś szczególnego, a nie tylko jako towar. Nam zaś chodzi o zdrowie.

Radykalni ekonomiści rynku rozciągnęli tymczasem swoje zastrzeżenia kwestionujące szczególnie charakter pracy również na dobro, jakim jest zdrowie. Mimo tego, strażacy rozciągają płachtę ratunkową dla ludzi, a nie dla doniczki. Nie tylko oni są najwyraźniej przekonani, że między artykułami spożywczymi czy przemysłowymi a dobrem, jakim jest zdrowie, istnieje różnica jakościowa, nawet jeśli społeczeństwo przyzwyczało się do mówienia o rynku usług w służbie zdrowia i o czynnikach kształtujących jego popyt i podaż. Chciałbym poniżej wyjaśnić, dlaczego dobro, jakim jest zdrowie nie jest dobrem takim samym, jak wiele innych. Następnie chcę udowodnić, że ryzyko utraty zdrowia, jest ryzykiem o wymiarze społecznym i dlatego domaga się ono solidarnej ochrony. Wynika z tego, że rynek i konkurencja odgrywają dla podaży dobra, jakim jest zdrowie rolę drugorzędą.

---

<sup>1</sup> Tłumaczenie wystąpienia, wygłoszonego podczas XVII Polsko-Niemieckiego Sympozjum „Psychiatria a więź społeczna – deregulacja przeszkadza integracji” w Ravensburgu 28.IX–1X.2006 roku.

Redakcja dziękuje Panu Drowi Andrzejowi Cechnickiemu, Redaktorowi czasopisma *Dialog* i współprzewodniczącemu Zarządu P-NTZP za udostępnienie tego tekstu, który ukaże się też w innych publikacjach, kierowanych do innych czytelników.

<sup>2</sup> Ur. 1937, dr ekonomii, emerytowany profesor chrześcijańskiej etyki społecznej w *Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen*, kierownik *Oswald von Nell-Breuning-Institut für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik*. Zajmuje się głównie: teorią demo-

kratycznej gospodarki rynkowej, przyszłością pracy i społecznych systemów ubezpieczeniowych oraz etyką gospodarki i pracy.

<sup>3</sup> Wykład zawiera pewne odniesienia do sytuacji politycznej i gospodarczej Niemiec. Jednak zawarte w nim refleksje mają walor uniwersalny, a jego uważna lektura i staranne przemyślenie mogą być bardzo pożyteczne także w kontekście chaosu, jaki obecnie opłacał system opieki zdrowotnej w naszym kraju. Warto dodać, że przedstawione przez autora argumenty i wnioski w sposób wielokrotnie bardziej dotkliwy dotyczą zdrowia psychicznego. Może mógłby się stać punktem wyjścia do publicznej dyskusji na łamach PPiN? Zapraszamy (*przyp. red.*).

## ZDROWIE – DOBRO NIE TAKIE, JAK WIELE INNYCH

W chwili obecnej wszystkie instytucje publiczne są pod olbrzymim naciskiem dostosowania się do reguł funkcjonowania sektora gospodarczego. Dyktat „konkurencji lokalnej”, „obniżania dodatkowych kosztów pracy”, „utrzymania stabilnej taryfy składek” konfrontuje służbę zdrowia z tak zwanym *imperializmem ekonomicznym*. Szpitale i praktyki lekarskie powinny ze sobą konkurować, decyzje terapeutyczne mają podlegać kalkulacjom ekonomicznym. Sztuka medyczna zamienia się w ekonomię zdrowia, publiczna służba zdrowia w rynek usług medycznych, cierpiący chory raczej w klienta.

### „Dojrzały pacjent”

Mówi się, że nowoczesny pacjent to człowiek myślący wyłącznie racjonalnie, taki przysłowiowy *homo oeconomicus*, dążący do zaspokojenia pakietu potrzeb, których skala zależy od osobistych upodobań, charakteru i wieku. Po zaspokojeniu potrzeb materialnych, na czoło wysuwa się żywotna potrzeba poprawy zdrowia i zachowania go. Kultura typu *wellness* pokazuje dobitnie, jakie nastąpiły przesunięcia w zaspokajaniu potrzeb członków społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych. Sądzi się, że człowiek działający ekonomicznie w kalkulowuje potrzebę bycia zdrowym w całość swoich potrzeb, porównując trzeźwo koszty dobra, jakim jest zdrowie, z korzyściami, które przynosi ono dla jakości życia. Każda jednostka decyduje autonomicznie o tym, jaki udział w jego dochodzie mają wydatki na żywność, artykuły przemysłowe i usługi zdrowotne.

Zatem absurdalne jest uzurpowanie sobie przez społeczeństwo prawa do reglamentowania usług zdrowotnych dla jednostki. Nikomu nie przyjdzie do głowy, by reglamentować samochody, lodówki, lub czynsze. Chociaż dobro, jakim jest zdrowie podlega niepewnym prognozom, nie oznacza to jednak, że rozsądnie myślący człowiek nie kalkuluje ryzyka zdrowotnego i nie sporządza bilansu korzyści i kosztów. Jednostka ocenia ryzyko dla zdrowia podobnie jak ocenia ryzyko, że ulegnie wypadkowi samochodowemu, albo ryzyko pożaru swojego domu.

Takiemu rozumowaniu można przeciwstawić pogląd, że współczesny człowiek, mający pewną wiedzę medyczną, obchodzi się ze swoim zdrowiem skrajnie nieracjonalnie. Nie ocenia go tak, jak człowiek dobrze poinformowany i rozsądnie kalkulujący. Już sam powszechny pogląd, że: „zdrowie jest najwyższym dobrem” jest maksymą wysoce irracjonalną. Bowiem w świecie rządzącym się zmianami i fluktuacją nie ma dóbr najwyższych. Także definicja zdrowia według światowej Organizacji Zdrowia jest sprzeczna sama w sobie i irracjonalna. Nie jest ono w ziemskich warunkach ani istotnym dla działania punktem odniesienia, ani rozsądnym celem, do którego należy dążyć. Każdy człowiek, będąc zdrowym, nie docenia wartości swojego zdrowia, a przecenia je, gdy trapi go najmniejszy ból. Tę emocjonalną ocenę ilustruje najlepiej anegdota opowiedziana wśród lekarzy. Kiedy lekarz wyleczył pacjenta z groźnego dla życia ukąszenia owada, ten zapytał go, ile jest mu winien. Lekarz odpowiedział: „Zadowolę się jedną dziesiątą tego, co pan był gotów mi zapłacić, kiedy pana życie wisiało na włosku.” Stan choroby można przeżywać

jako bolesne cierpienie, brutalne załamanie i zagrożenie egzystencji, skutkiem czego dotychczasowy tryb życia ulega gruntownej zmianie.

### Zdrowie – dobro nie wyłącznie prywatne

Pacjenci zwracający się do lekarzy o poradę, cierpią najczęściej na nieokreślone, subiektywnie złe samopoczucie. Małe dzieci skarżą się zwykle na ból brzucha. Lekarz stawia diagnozę. Jednocześnie kasy chorych, jako podmioty tej gry, decydują o finansowaniu przewidzianej terapii. Tego rodzaju schemat ukazuje różne opcje postrzegania choroby i zdrowia.

Istnieje też specyficzny dla danej warstwy społecznej rozkład chorób i ich charakterystyczny przebieg. Mamy w tym względzie do czynienia również z regionalną i narodową specyfiką, przejawiającą się szczególnie częstym występowaniem pewnych chorób w danym regionie. Kolektywne zachowania w pracy i w czasie wypoczynku, styl życia i konsumpcji znajduje swoje odzwierciedlenie w spektrum chorób zawodowych i społecznych. Zatem można powiedzieć, że zdrowie nie jest wyłącznie własnością prywatną, ma zawsze charakter dobra publicznego. Cechy dobra prywatnego i publicznego są tu zbieżne.

Oczywiste jest tworzenie prywatnego rynku usług zdrowotnych. W krajach rozwiniętych gospodarczo otwierają się szanse znacznego wzrostu w dziedzinie wszelkich usług. Społeczeństwa te znajdują się w punkcie zwrotnym, porównywalnym z sytuacją państw rolniczych sprzed 150 lat. Zanim przekroczyły one próg uprzemysłowienia, 80% ludzi było zatrudnionych w rolnictwie. Dzisiaj liczba ta wynosi 2–4%. Porównując tę sytuację z dzisiejszymi społeczeństwami uprzemysłowionymi, należy się spodziewać, że za kilkadziesiąt lat być może tylko 10% czynnych zawodowo ludzi będzie pracować w przemyśle, w bankach, usługach ubezpieczeniowych i transportowych. Pozostali, a ci stanowią większość, znajdą zatrudnienie w sektorze usług, takich jak: kształcenie, zdrowie i kultura.

### „Inność” dobra, którym jest zdrowie

Co stanowi ową „inność” dobra, jakim jest zdrowie? Sądzę, że jest to przede wszystkim ta okoliczność, że jest ono czymś bardzo osobistym. Zdrowia – podobnie jak pracy – nie można oddzielić od podmiotu. Zdrowie jest podstawowym składnikiem, decydującym o indywidualnej jakości życia. Zdrowie nie jest wyłącznie stwierdzeniem braku dolegliwości, lecz jest pojmowane zwykle jako konieczny warunek samodzielnego życia, udanego partnerstwa życiowego, samorealizacji i harmonii z otaczającym nas światem przyrody.

Dobro, jakim jest zdrowie, należy do kategorii dobra budowanego na zaufaniu. Pomiędzy tymi, którzy to dobro oferują a tymi, którzy je chcą zyskać, zachodzi nierównowaga kompetencji i stopnia wiedzy. Lekarze często decydują się na przepisanie pacjentowi kompleksowej terapii, trwającej nieraz dłuższy czas. Pacjent niejednokrotnie nie jest w stanie w pierwszej chwili ocenić jej jakości, bowiem jej istotne dla samopoczucia rezultaty stają się widoczne dopiero z upływem czasu. Dlatego „klienci” muszą zdać się na „oferentów” i im zaufać. Taka sytuacja stwarza istotne powody, aby oferta dobra, którym jest zdrowie, była sterowana przez państwo. Nie oznacza to, że podaż i popyt muszą być w tym zakresie szczegółowo uregulowane przez państwo.

Oczekiwanie, że wszystkim obywatelom kraju zostanie zapewniona przyzwoita podaż dobra, jakim jest zdrowie, jest podstawowym prawem człowieka. I to prawo nie może być stosowane w zależności od zamożności i zaradności jednostek. Ta konstatacja pozwala dostrzec granice, do których może sięgać wolnorynkowa gra sił. Rynek może reagować na informacje o zamożności rzeczywistej i spodziewanej. W demokratycznym społeczeństwie nie powinna mieć miejsca sytuacja, że zamożność własna lub rodziców decydują o stanie uzębienia lub zdrowia. Dlatego państwo lub społeczeństwo mają prawo do części dochodów i majątku jednostek oraz do opodatkowania podmiotów gospodarczych według ich zysków w tym celu, aby zapewnić finansowanie usług na rzecz zdrowia, które są konieczne, aczkolwiek nie będzie to zaspokojenie wszystkich potrzeb w tym zakresie.

### WZAJEMNE RELACJE POMIĘDZY SPOŁECZNYM RYZYKIEM A SOLIDARNĄ POSTAWĄ

Wyjaśniliśmy powyżej, dlaczego dobro, jakim jest zdrowie, cechuje „inność”, chciałbym wykazać, że ryzyko utraty zdrowia nie jest sprawą indywidualną, ale dotyczy całego społeczeństwa. Jeżeli tak jest, to uniknięcie tego ryzyka wymaga przeciwdziałań solidarnych.

Ulrich Beck sformułował bardzo celną charakterystykę współczesnego, wysoko rozwiniętego społeczeństwa, określając je jako „społeczeństwo ryzyka”. Pod tym pojęciem rozumie on ryzyko, wynikające z zagrożeń dla środowiska naturalnego oraz indywidualną postać społecznego ryzyka, która ma miejsce wtedy, gdy jednostki tracą więzi z rodziną, swoją klasą społeczną i pracą. Beck opisuje też ryzyko polityki nieskrępowanej żadnymi ograniczeniami, zachodzące wtedy, gdy działania o ogólnospołecznych skutkach jest podejmowane nie tylko przez państwo, ale również przez takie niepaństwowe struktury cywilnoprawne jak np. związki, partie lub inne struktury.

#### **Ryzyko ogólnospołeczne**

Pod pojęciem ryzyko rozumiemy „zdarzenia, które mogą, ale nie muszą zająć w przyszłości”, a które miałyby negatywny wpływ na sytuację jednostki lub całych grup społecznych. Takim zdarzeniem usiłuje się zwykle przeciwdziałać, a czynić to można w sposób planowy tylko w dwojaki sposób: stosując prewencję lub podejmując działania dla zminimalizowania spodziewanych skutków. Zatem, albo uda się całkowicie zapobiec występowaniu pewnych zdarzeń, albo przynajmniej ograniczyć spodziewane szkody, jeżeli zdarzeniu nie można zapobiec. Przy tym rozróżniamy dwa podstawowe typy zagrożeń: ryzyko, wynikające z zachowań jednostek i przez nie zawinione, oraz ryzyko, które rodzą określone stosunki społeczne. Beck zwraca uwagę głównie na ten drugi typ ryzyka, które rodzą stosunki społeczne w nowoczesnym społeczeństwie, wskazując na cztery jego postacie:

*Ryzyko, wynikające z sposobu funkcjonowania społeczeństwa.* Nowoczesne społeczeństwo charakteryzuje się współistnieniem stosunkowo autonomicznych podsystemów, działających według własnych reguł. Te podsystemy funkcjonują zdaniem Niklasa Luhmanna „nie szukając odniesień

poza sobą” i „bez odniesień do moralności”. Uwzględnienie płaszczyzny moralnej zakłóciłoby ich funkcjonowanie rodząc poczucie zagrożenia. Jak zatem w takiej sytuacji zapobiec rozpadowi, atomizacji społeczeństwa? Odwołanie się do szerszej wspólnej płaszczyzny, jaką jest religia lub moralność nie wchodzi w rachubę. Niemożliwe jest też odwołanie się do pojęcia „dobrego życia”, jak je rozumie dana grupa społeczna. Ryzyka rozłamu w społeczeństwie można uniknąć jedynie poprzez dialog poszczególnych grup społecznych, pozwalający ustalić wiążące reguły współżycia. Taki dialog jest jednak możliwy, jeżeli wszystkie grupy będą respektować postulat wzajemnego szacunku i równego traktowania wszystkich.

*Ryzyko, wynikające z pracy najemnej.* Wyzwolenie chłopów z poddaństwa było niezwykle radykalnym krokiem ku poszerzeniu przestrzeni wolności. Umożliwiło ono swobodny wybór miejsca zamieszkania, wyboru partnera oraz pracy. Negatywną stroną tego zjawiska było oderwanie chłopów od środków produkcji, które zapewniały im byt, i stworzenie zależności ich egzystencji od umowy o pracę, zmuszając ich do jej szukania i akceptowania pracy najemnej. Ta nowa sytuacja życiowa rodziła kolejne ryzyka: bezrobocie i brak zabezpieczenia na starość i w przypadku choroby, a te szerzyły się w efekcie trudnych warunków pracy. Pod egidą państwa powstały zatem kolektywne systemy zabezpieczeń, uwarunkowane jednak od wykonywania pracy najemnej.

*Ryzyko wynikające z płci.* Kobiety stawały przed dodatkowym ryzykiem, wynikającym z bardziej ograniczonego wyboru zawodu, pracy, wysokości zarobków i długości trwania pracy najemnej, co skutkowało gorszym zabezpieczeniem na starość. Winą za tę sytuację nie można obarczać kobiet w sposób, którego przykładem jest tytuł prasowy jednego z niemieckich tygodników „Więcej ambicji kobiety! – Dlaczego kobietom w Niemczech tak trudno zrobić karierę.” Ryzyka, z którymi są w nowoczesnych społeczeństwach konfrontowane kobiety, wynikają z ciągle jeszcze pokutujących patriarchalnych struktur i seksistycznego pojmowania roli kobiet, według którego rolą mężczyzny jest praca zarobkowa, zaś kobiety – działanie w sferze prywatnej, rodzinnej. Nawet debata partyjna toczona ostatnio na temat, jak pogodzić życie rodzinne i pracę zawodową, oraz utyskiwania na nikły przyrost naturalny, wskazuje, że rozwiązaniem tych problemów obarcza się głównie kobiety.

*Ryzyko związane ze środowiskiem naturalnym.* Obserwujemy w niemieckim społeczeństwie sprzeczne postawy. Z jednej strony starannie rozdzielamy poszczególne typy odpadów dla ich skuteczniejszej utylizacji i oburzamy się, że politycy czynią za mało na rzecz czystości środowiska naturalnego, z drugiej zaś strony nie jesteśmy skłonni zaakceptować wyższych cen za produkty ekologiczne, za samochody przyjazne środowisku lub rozwój kolei. Te sprzeczności można rozwiązać tylko akceptując prawdę, że dobro, którym jest nieskażone środowisko naturalne jest dobrem wspólnym, publicznym, jego ochrona musi być zatem finansowana z opodatkowania wszystkich podmiotów. Ten typ ryzyka jest ryzykiem ogólnospołecznym,

#### **Ryzyko utraty zdrowia**

Choroba lub wymóg trwałej pielęgnacji chorego należy do tego typu ryzyka, które powstaje w znacznej części z winy stosunków społecznych, często przez nie wprost

generowane. Zatem nie mamy tu do czynienia z lekkomyślnym zachowaniem jednostki. Kampanie reklamowe, inicjowane ostatnio przez kasy chorych, zdają się być prowadzone z zamiarem zminimalizowania znaczenia, jakie utrata zdrowia przez jednostki ma w wymiarze społecznym. Najważniejszy cel tej kampanii zmierza do wyeliminowania ze struktur społecznych solidarnych zabezpieczeń tych ludzi, którzy prowadzą szczególnie ryzykowny styl życia. Ten cel uda się osiągnąć, jeżeli będzie można przedstawić dowody na to, że pewne typy ryzyka – w całości lub częściowo – wynikają nie z istniejących struktur społecznych, ale z niewłaściwych zachowań poszczególnych ludzi. Wiele tygodników przekonuje ciągle, że właściwe odżywianie pozwala zachować zdrowie. Rzuca się nawet slogan: „Odżywiaj się zdrowo, aby leczenie nie popadło w kryzys finansowy”. Taka rada może przemawiać do poszczególnych czytelników, ale jest „bezzadna” wobec faktu, że dwie trzecie społeczeństwa odżywia się w sposób rodzący zagrożenie dla zdrowia. Poza tym, to hasło pozostaje pustym frazesem, jeżeli 55 milionów obywateli odżywia się wedle swego uznania.

Zagrożenie zdrowia ma w znacznej części przyczyny społeczne. Pracownicy przemysłu chemicznego i np. spawacze są narażeni na innego typu ryzyko niż pielęgniarki, lekarze lub urzędnicy. Najczęściej występujące schorzenia, jak choroby serca i układu krążenia, narządów ruchu lub układu oddechowego, cukrzyca lub rak występują zawsze w określonych okolicznościach. Publiczna debata na temat różnych stylów życia, pracy lub żywienia, chorób zawodowych, czy też dolegliwości, charakterystycznych dla danej grupy społecznej, uwarunkowanych wysokością dochodów, jak również koncepcja *public health* wyraźnie wskazują na słuszność hipotezy, że tzw. „choroby społeczne” mają swoje uwarunkowania lub wręcz przyczyny ogólnospołeczne. Dodatkowym potwierdzeniem tej hipotezy są zachowania tych grup społecznych, które coraz częściej zawierają dodatkowe ubezpieczenia. Świadczy to bowiem, że ludzie liczą się w zależności od poziomu dochodów z konkretnym ryzykiem, wynikającym ze sposobu ich życia.

### **Sterowalność solidarnością społeczną**

Jeżeli hipoteza o ogólnospołecznych przyczynach zachorowań jest prawdziwa, trzeba się zastanowić nad systemem zabezpieczeń, opartych na solidarności społecznej.

Solidarność w tym względzie musi oznaczać skuteczniejsze praktykowanie solidarności indywidualnej, znajdującej swój wyraz w sympatii, zainteresowaniu losem innych, miłosierdziu i współczuciu wobec cierpiących i dotkniętych utratą zdrowia, których sytuacja musi być dla nas wyzwaniem. Fakt, że pewne zjawiska mają uwarunkowania społeczne, powoduje, że przeciwstawić się im trzeba solidarnie, organizując sprawnie wspólne działanie.

Solidarność jest pewną formą regulacji życia społecznego, podobnie jak miłość kształtuje stosunki partnerskie, pieniądź stosunki gospodarcze, a władza stosunki polityczne. W odróżnieniu od regulacji rynkowych taka solidarność charakteryzuje się tym, że pewną grupę ludzi łączy wspólna zasada działania lub bytowania, którą może być język, kultura, historia, płeć lub przynależność do danej klasy. Pomimo owej wspólnej „bazy” poszczególni ludzie danej grupy mogą być w różnym stopniu narażeni na zagrożenia dla zdrowia i życia. Jednakże te różnice wydają im się mniej

ważne niż to, co ich łączy. Dlatego zawiera się formalnoprawne umowy, regulujące niesymetryczną wzajemność, która polega na tym, że każdy wnosi finansowy wkład według swoich możliwości i zamożności, natomiast każdy korzysta z tych zasobów wedle potrzeb, które wymusza jego sytuacja życiowa. Jeżeli chodzi o wkład finansowy, to obowiązki z tego tytułu reguluje zasada sprawiedliwości (zróznicowanie następuje według możliwości podmiotu), zaś w kwestii potrzeb roszczenia reguluje rozeznanie ich rzeczywistej zasadności.

Jeżeli zestawimy zasadę solidarności z zasadą praw rynku, stanie się oczywiste, w czym oba sposoby regulacji się różnią, a w czym są podobne. Obie rozwiązują pewien konflikt interesów. Rynek czyni to w sposób anonimowy, natomiast zasada solidarności czyni to w sposób transparentny, często na konkretnych polach działania. Rynek nikogo nie wyklucza z gry, dopóki jej uczestnicy dysponują wystarczającą siłą nabywczą względnie mają wystarczające moce wytwórcze. Natomiast regulacje solidarnościowe oddziałują w ramach określonych, łatwo dostrzegalnych granic. Tylko ci członkowie danej grupy, którzy na zasadzie pewnej wspólnoty uznają się za równych sobie, akceptują zasadę solidarności. Oczywiście pojmowanie, na czym polega ta wspólnota, nie jest oparte na obiektywnych faktach, lecz wynika z postawy społecznej. Tylko wówczas może zrodzić się poczucie solidarności, gdy ludzie czują się ze sobą związani. Zasada wzajemności obowiązuje również w gospodarce rynkowej. Występuje ona jednak w postaci rygorystycznej w konkretnym przedziale czasowym, tymczasem w ramach solidarności zasada wzajemności wyraża się pewnym oczekiwaniem, sięgającym w trudną do określenia przyszłość. To oczekiwanie ma charakter subiektywny, zabarwiony często obawą, że bieda czy choroba, która dotknęła mojego sąsiada, może spotkać i mnie. Ten punkt widzenia uzasadnia niesymetryczność solidarnej wzajemności, polegającej na tym, że wkład uzależniam od swoich możliwości, zaś roszczenia wynikają z konkretnej potrzeby i nie są związane z możliwością ich zaspokojenia ze środków własnych.

### **Erozja solidarności**

Dotychczas praktykowana zasada solidarności w dziedzinie ochrony zdrowia zdaje się załamywać. Trzy są tego powody.

1. Erozji uległy *społeczne podstawy* tej zasady. Solidarne zabezpieczanie na wypadek choroby lub niesprawności bazowało dotąd na nieprzerwanym ciągu pełnoetatowej pracy. Dziś obok tego typu zatrudnienia występuje wiele innych form wykonywania pracy: praca na część etatu, na umowę-zlecenie, praca pozornie na własny rachunek, praca dorywcza, itp. Drugą podstawą, która się zachwiała, był dotychczasowy podział ról według płci: zadaniem mężczyzny była praca zarobkowa, natomiast kobiety wykonywały prace domowe, służebne. Zasadne jest dzisiaj ich oczekiwanie, że mają prawo do własnego życia, własnych dochodów, własnego zabezpieczenia na starość. Trzecią podstawą, które uległa zmianie, jest fakt, że rodziny posiadały w większości dzieci, zaś obecnie takie oczekiwanie jest nieuzasadnione. Coraz więcej par tej samej lub różnej płci żyje we dwoje, bez dzieci.
2. *Zorientowana rynkowo krytyka państwa socjalnego* stawiała sobie za cel krytykę prawa pracy, układów zbioro-

wych z pracobiorcami, solidarnościowych zabezpieczeń i, przede wszystkim, systemu ochrony zdrowia. Zarzucano tym rozwiązaniom, że wspierają mentalność roszczeniową przy zerowym wkładzie własnym. Aby temu zapobiec domagano się opłaty za wizyty lekarskie oraz dopłaty do lekarstw nawet w wypadku ludzi o niewielkich dochodach. Od początku XXI wieku elity finansowe usiłują przy żywym wsparciu kół gospodarczych wyjaśnić społeczeństwu, że solidarnościowy system ubezpieczeń i emerytur wymaga pilnej reformy. Grupa inicjatywna pod nazwą „Nowa społeczna gospodarka rynkowa” (*Neue soziale Marktwirtschaft*) usiłowała zdobyć poparcie dla nowej polityki społecznej i nowej regulacji rynku pracy. Pewna grupa obywateli deprecjonowała dotychczasowe solidarnościowe zasady ubezpieczeń społecznych i emerytalnych zachwalając prywatne, mające pokrycie w realnym kapitale ubezpieczenia. Wspólna akcja stacji TV, wydawnictw i agencji reklamowych pod hasłem „Niemcy zakasują rękawy” usiłowały przezwyciężyć depresyjny nastrój, panujący w społeczeństwie i spowodować bardziej kreatywne postawy. Agencje reklamowe wszczęły akcję „Oto Niemcy” z zamiarem wykreowania bardziej optymistycznego obrazu kraju, pozwalającego na pozytywną samoocenę. Niemcy miały być postrzegane jako znak jakości i gotowości do zmian. Grupa „Konwent na rzecz Niemiec” zmierzała do radykalnej reformy federalnej struktury Niemiec i porządku demokratycznego. W działalność tej grupy zaangażowali się też prominentni katolicy. Zwrócili się do społeczeństwa z orędziem, które spotkało się z ostrą krytyką. Zarzucano im, że państwo socjalne już stoi na skraju bankructwa i ugina się pod ciężarem biurokracji, że zniechęca beneficjentów do samodzielności, tłumi solidarną odpowiedzialność, skuteczną dotychczas na zasadach cywilno-prawnych i zniechęca do posiadania dzieci.

3. *Polityczne deformacje solidarności*, spowodowane przez Agendę 2010 i „Ustawy Hartza” były niekonsekwentną reakcją na naciski kół gospodarczych, naukowych ekspertów i bogatszych warstw społeczeństwa. Koalicja socjalistów z zielonymi systematycznie osłabiała dotychczasowe zasady przez obniżanie poziomu świadczeń, do których nabyli prawo w trakcie długoletniej pracy zarobkowej. Oznaczało to zerwanie solidarności bogatych z biednymi. Ta deformacja solidarności polegała na indywidualizowaniu ogólnospołecznego ryzyka i na tym, że solidarne zabezpieczenia, będące odpowiednią reakcją na zagrożenia zdrowia, powodowane przez całe społeczeństwo, miały zastąpić ubezpieczenia prywatne. Dla bogatych nie było to problemem, ale te warstwy ludności, które nie stać było na odkładanie czegokolwiek z własnych dochodów czy to na konto czy w formie opłaty prywatnego ubezpieczenia, znalazły się w kłopotach. Tym sposobem podstawowe prawa człowieka do pracy, egzystencjalnego minimum i dostępu do świadczeń zdrowotnych sprowadzono na płaszczyznę gry rynkowej.

### **Szerzej rozumiana solidarność**

Jeżeli podstawy solidarnego ubezpieczenia się przed ryzykiem natury społecznej, ubezpieczenia opartego na trwałym stosunku pracy, nie będą solidnym, budzącym zaufanie fundamentem, musimy się liczyć z poważnymi trudnościami

w zakresie usług lekarskich i ich finansowania oraz wzrastającym poczuciem niesprawiedliwości. Politycy zarówno z prawej, jak i lewej strony postanowili – stając wobec tego wyzwania – w dalszym ciągu ograniczać zasadę solidarności na korzyść rynkowych rozwiązań, apelując o większe zainteresowanie prywatnymi ubezpieczeniami, opłacanymi z własnych środków. Taka reakcja jest jednak niepoważna.

Jedyną poważną alternatywą do urynkowania oraz połowicznych reform dotychczasowego modelu solidarności społecznej, obejmującej pracowników etatowych, jest poszerzenie zakresu solidarności w oparciu o obowiązującą konstytucję. Taką „demokratyczną solidarność” cechowałaby powszechność. Taką solidarnością objęci byłiby wszyscy, których chroni konstytucja, niezależnie od tego, czy są urzędnikami, robotnikami, biskupami, posłami, sędziami, żołnierzami, rolnikami, czy prowadzą działalność gospodarczą na własny rachunek. Oczywiście wszyscy byłiby też zobowiązani do płacenia składek. Zatem uchylono by regulacje zwalniające z obowiązku ubezpieczenia oraz ustalono jednolity system naliczania składek. Prywatne ubezpieczenia są kiepskim rozwiązaniem. Nie jest do pogodzenia z zasadą demokratycznej solidarności fakt, że bogaci mogą się wyłączyć z obowiązku solidarnych świadczeń. Taki solidarny system byłby podobny do stromeego korytarza, który od dołu jest szczelnie zabetonowany, zaś u góry nakryty lekkim tylko dachem, który można łatwo uchylić. Oznacza to, że wszyscy najbiedniejsi byłiby objęci szczególnie skutkami solidarności społecznej, zaś najbogatsi mieliby szansę wyjść z tego korytarza i ubezpieczyć się dodatkowo.

W ramach koalicji nie ma jeszcze zgody co do tego, czy regulacje zabezpieczające mają zawierać w jednym pakiecie ubezpieczenie od ryzyka utraty zdrowia i dochodu jednocześnie, czy też należy te dwie sprawy rozdzielić. Propozycje socjalistycznej SPD przewidują solidarność zdrowych i chorych oraz bogatych i biednych zagwarantowaną jednym ubezpieczeniem. Natomiast CDU/CSU faworyzuje projekt solidarności zdrowych z chorymi w ramach systemu ubezpieczeń, zaś solidarność bogatych z biednymi ma znaleźć swój wyraz w rozwiązaniach podatkowych. Ten projekt nie uwzględnia jednak faktu, że pewne choroby występują w ścisłym związku z pewnym poziomem dochodów oraz, że obecny system podatku dochodowego jest poważnie zdeformowany. Odchodzi się w nim od zasady progresywnego opodatkowania na korzyść najlepiej zarabiających. Gros ciężarów podatkowych ponoszą podatnicy o raczej niskich zarobkach.

### **DRUGOPLANOWA ROLA MECHANIZMÓW RYNKOWYCH W SŁUŻBIE ZDROWIA**

Solidarny system, ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech sytuuje się na tle innych krajów wysoko, co nie oznacza, że nie ma powodu do krytykowania poszczególnych rozwiązań. Jego zasadnicze wady są następujące:

- służba zdrowia głównie zajmuje się leczeniem a przywiązuje małą wagę do profilaktyki;
- w porównaniu do innych krajów zatrzymuje się pacjenta zbyt długo w szpitalu;
- zbyt obszerna jest diagnostyka oraz

- brak koordynacji między leczeniem ambulatoryjnym i szpitalnym;
- zbyt lekceważą się psychoterapię.

Jednak slogan „Więcej rynku w służbie zdrowia”, który jest coraz częściej forsowany również w kontekście pożądanego wzrostu konkurencji pomiędzy poszczególnymi placówkami służby zdrowia, może odgrywać co najwyżej drugoplanową rolę.

### **Rynkowe rozwiązania**

Wprowadzenie elementów rynku do służby zdrowia ma na celu zmuszenie jego uczestników do bardziej precyzyjnego określenia poszczególnych elementów terapii i celów leczenia i precyzyjnego rozdziału kosztów pomiędzy wszystkich, zobowiązanych do ich uiszczenia. Standaryzowane diagnozy i terapie powinny przyspieszać postęp leczenia, przy czym oczywiście nie wolno tracić wrażliwości na specyfikę indywidualnych przypadków. Nieruchawa administracja musi zostać zastąpiona strukturami, wykazującymi większą przedsiębiorczość. Administratorzy muszą zostać zastąpieni prawdziwymi managerami.

Gospodarność jest niewątpliwie pożądana, rozsądne rozwiązania powinny znaleźć zastosowanie zarówno w szpitalach, jak i prywatnych praktykach. Typowe zabiegi lecznicze można z pewnością usprawnić. Nie każdy przypadek jest tak bardzo szczególny, że nie można by stosować standardów.

Nie można jednak dopuścić do sytuacji, w której diagnostyka będzie przebiegać wyłącznie w oparciu o zasady opłacalności według ustalonych standardów. To spowodowałoby bowiem stopien wrażliwości całego personelu medycznego na przypadki szczególne. Trzeba przy tym pamiętać o tym, że mamy do czynienia z diagnozą główną i diagnozami cząstkowymi, a to rozróżnienie jest w niektórych przypadkach trudne. Specyfika świadczeń na rzecz chorego nie osiągnie dobrej jakości, gdy personel pracuje pod presją czasu i będzie opłacany marnie, co obecnie zdarza się w szpitalach i prywatnych praktykach oraz w administracji kas chorych. Taka praktyka powoduje dewaluację świadczeń, które powinny być – zgodnie z oczekiwaniami – na coraz wyższym poziomie. Gdyby się okazało, że wprowadzenie elementów rynku do służby zdrowia w ramach tak zwanych reform powoduje zjawisko wewnętrznej emigracji lub ucieczkę personelu, należałoby raz jeszcze dokonać, również według zasad rynkowych, rzetelnej analizy kosztów i zysków, które zbyt rynkowo ingerują w służbę zdrowia. Miara jakości usług świadczonych na rzecz pacjenta nie da się porównać z miarą stosowaną w przemyśle. Nie można w służbie zdrowia kierować się produktywnością i usiłować wszystko „zważyć, zmierzyć i policzyć”, bowiem tu ważne jest ludzkie podejście i komunikatywność personelu. Tę jakość trudno narzucić z zewnątrz. Można ją wypracować tylko przy udziale samego personelu.

### **Rynek i konkurencja**

Ta magiczna formuła „Więcej rynku w służbie zdrowia” ma spowodować, że szpitale i lekarze oraz kasy chorych zaczną między sobą konkurować, zabiegając o pacjentów. Od wszystkich placówek służby zdrowia oczekuje się specjalizacji i zindywidualizowania profilu oraz poszerzenia oferty, atrakcyjnej przede wszystkim dla bogatych klientów. Państwo powinno się stopniowo wycofywać z tego obszaru,

zaś placówki powinny pozyskiwać sponsorów i nowe patronaty. Konkurencja między lekarzami powinna sprzyjać rozwojowi transparentności i umożliwiać wgląd w proces leczenia. Również kasy chorych powinny poczuć presję konkurencji i zrzucić z siebie odium skostniałych struktur, które pozbawiają praw pacjentów, nie wykorzystując w pełni swoich możliwości działania.

Słusznie zgłasza się tę wątpliwość, czy więcej rynku w służbie zdrowia nie spowoduje, że kompetencje personelu przestaną być należycie cenione. Leczenie zorientowane wyłącznie na wynik finansowy może popaść w konflikt z etosem lekarzy, którzy powinni być rzecznikami pacjentów, a jednocześnie decydować o zakresie diagnostyki i sposobie leczenia. Dostosowanie świadczeń służby zdrowia do życzeń pacjentów może spowodować również spychanie rodzących się w ten sposób kosztów na personel lub inne podmioty względnie na społeczeństwo. Konkurencja może mieć również i ten niepożądany skutek, że spowoduje walkę o pacjentów przynoszących większe korzyści placówce. Apele o wzrost konkurencji w służbie zdrowia nie uwzględniają tej okoliczności, że ani szpitale, ani lekarze, ani kasy chorych nie są ujednoliconymi oferentami konkretnego towaru, zaś pacjenci nie są dowolnie wymienialnymi podmiotami, niosącymi z sobą jednakowe ryzyko. Podjęto wprawdzie próbę stworzenia schematu równego rozkładu ryzyka, uwzględniając przy tym wiek, płeć, rodzinę i poziom dochodów. Okazało się jednak, że ten schemat musiał zostać uzupełniony o specyfikę chorób, a nie jest to ostatnia poprawka, bowiem tego typu wysiłki racjonalizacyjne są procesem stałym. Stwarza to wrażenie, że samoczynne działanie rynku ma tu jedynie ograniczone zastosowanie, jeżeli ludność ma mieć zadowalający dostęp do dobra, którym jest zapewnienie zdrowia, odpowiedniej jakości życia i działań prewencyjnych. Sprzeczność, zachodząca pomiędzy tym, co jest korzystne dla konkretnego szpitala czy lekarza, a wymaganiami rynku nie zniknie wskutek oddziaływania praw rynkowych. Pytanie, w jakim stopniu prawa rynkowe mogą znaleźć zastosowanie w służbie zdrowia, pozostaje na razie bez precyzyjnej odpowiedzi.

### **Rynek mimo wszystko polityczny**

Zaklinanie rynkowego sposobu zarządzania i hołdowanie zasadzie konkurencyjności mimo wszystko nie prowadzi do konstatacji, że służba zdrowia jest rynkiem jak każdy inny. Nawet, jeżeli wdać się tu w grę rynkową, służba zdrowia pozostanie rynkiem w wysokim stopniu upolitycznionym. Oznacza to, że wszystkie reakcje i działania indywidualne i zbiorowe będą postrzegane w kontekście politycznym. Ten zaś jest dla służby zdrowia kontekstem politycznym.

W jak wielkim stopniu ten pozornie wolny rynek jest sterowany politycznie, widać wyraźnie na przykładzie zmiany akcentów i ośrodków władzy. Przez dłuższy czas twierdzono, że zbyt wielka władza oferenta doprowadzi do implozji w służbie zdrowia. Za oferenta uważa się szpitale i praktykujących lekarzy, przemysł farmaceutyczny i tzw. kompleks fabryk, wytwarzających sprzęt medyczny. Doszło do zmiany układu sił. Zamiast dominacji kompetencji medycznej na znaczeniu zyskało myślenie czysto ekonomiczne. Liczy się atrakcyjność danego landu (województwa), który potrafi wygospodarować nadwyżki i przoduje w eksporcie usług. Liczą się globalizacja i przemiany demograficzne oraz ekonomiczne

ne myślenie. Te instrumenty nacisku wprowadzają obecnie do służby zdrowia ustawodawca i kasy chorych. Decydują oni o podaży, spychając na margines takie czynniki jak medyczna wiedza, umiejętności pielęgniarskie i terapeutyczne. Nie liczy się przy tym fakt, że służba zdrowia lepiej wie, jak zwalczać skutecznie choroby cywilizacyjne. To nie przemawia do biurokratów. Liczy się tylko redukcja kosztów, oszczędności, optymalizacja, racjonalizacja i reglamentacja. Obecnie służbie zdrowia kryteria, niczym tkanka rakowa, zaatakowały wszystkie decyzyjne organy samorządowe.

Aby jakaś partnerska struktura mogła się ostać na upolitycznionym rynku, obaj partnerzy muszą mieć równie wiele do powiedzenia. Zatem dla pracowników medycznych wyzwaniem chwili jest zbudowanie w oparciu o kompetencje i umiejętności przeciwwagi do czysto ekonomicznego myślenia po stronie kas chorych i biurokracji. Ta przeciwwaga powstaje w szpitalach i prywatnych praktykach. Trzeba przy tym pamiętać, że personel służby zdrowia jest podatny na wyzysk. Lekarka stażystka przeprasza za brak solidarności, że nie dołącza się do protestu, żądającego zbiorowej regulacji czasu pracy, mówiąc: „Przecież nie mogę po prostu odejść od pacjenta, nie mogę też nie dokończyć sporządzania dokumentacji, zwalając to na kolegę.”! Kolektywne porozumienia w służbie zdrowia zdają się kolidować z silnie

nacechowanym moralnie wyobrażeniem o tym zawodzie. Stąd ciągle ktoś jest przepracowany. Stąd niezadowolenie i malejąca motywacja. Liczni pojedynczy lekarze ostro krytykują związki lekarzy aprobowane przez kasy chorych, powodowani tym naiwnym przesądem, że pojedynczy lekarz może coś zdziałać przeciwko tej potędze.

Kasy chorych stale zachwalają element konkurencyjności wśród lekarzy. Chciałyby pertraktować z pojedynczymi lekarzami, pielęgniarkami czy terapeutami. To zrozumiałe, że ten kartel może sobie na to pozwolić, ale personel powinien tej potędze przeciwstawić równie silnie zorganizowane i skuteczne przedstawicielstwo, reprezentantów własnych interesów. Tylko wówczas będą się z nimi liczyły kasy chorych i tylko wtedy mogą się opierać czysto ekonomicznym naciskom. Te ostatnie wykorzystuje się zresztą często do nacisków politycznych i szantażu, aby uniknąć zawierania umów zbiorowych w służbie zdrowia.

Hasło „więcej rynku w służbie zdrowia” nie może jako regulator zastąpić zasady solidarności, ta bowiem – z uwagi na szczególną naturę dobra, jakim jest zdrowie – sprawdziła się najlepiej. Mechanizmy rynkowe muszą odgrywać wyłącznie drugoplanową rolę.

*Thum. Andrzej Cechnicki*

*Adres: Philosophisch-Theologische Hochschule Sankt Georgen, Frankfurt/Main,  
Offenbacher Landstr. 224, 60599 Frankfurt, nbi@st-georgen.uni-frankfurt.de*