

**Zbigniew Szawarski\***

*Instytut Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego*

## ***Sprawiedliwość i zdrowie***

*Przypowieść o dobrym Samarytaninie*

Oto powszechnie znana biblijna przypowieść o dobrym Samarytaninie, która stanowi, jak sądzę, moralny fundament powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych:

„Pewien człowiek schodził z Jerozolimy do Jerycha i wpadł w ręce zbójców. Ci nie tylko że go obdarli, ale jeszcze poranili, i zostawiwszy na pół umarłego, odeszli. Przypadkiem przechodził ową drogą pewien kapłan; i zobaczywszy go minął. Tak samo Lewita przyszedłszy na to miejsce i spostrzegłszy go, również go wyminął. Pewien zaś Samarytanin, będąc w podróży, przechodził również obok niego. Gdy go zobaczył wzruszył się głęboko: podszedł do niego i opatrzył mu rany, zalewając je oliwą i winem; potem wsadził je na swoje bydle, zawiózł do gospody i pielęgnował go. Następnego zaś dnia wyjął dwa denary, dał gospodarzowi i rzekł: »Miej o nim staranie, a jeśli co więcej wydasz, ja, gdy będę wracał, oddam ci«. Któryż z tych trzech okazał się według twego zdania, bliźnim tego, co wpadł w ręce zbójców? On odpowiedział: »Ten, który mu okazał miłosierdzie«. Jezus mu rzekł: »Idź, i ty czyni podobnie« (Łuk. 10.30–37).

Spróbujmy wyrazić tę przypowieść w języku współczesnej etyki. Oto ofiara wypadku – człowiek bezsilny, bezbronny, bezradny. Z pewnością cierpi bardzo wskutek odniesionych ran i zapewne też z powodu zniweczonych oczekiwań czy planów życiowych. Ale paradoksalnie owa bezsilność, bezradność, bezbronność, zagrożenie dla życia i zdrowia sprawiają, iż może on rościć sobie *prawo* do pomocy. Powiemy, że prawo do pomocy ma

---

\* Autor zajmuje się etyką i bioetyką i jest pracownikiem naukowym Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego.

ten, kto nigdy nie miał lub utracił te możliwości działania, które normalnie przysługują ludziom zdrowym i w pełni sprawnym, przy czym kryteria zdrowia i sprawności są zawsze społecznie zdeterminowane i na tyle szerokie, by objąć swym zakresem zarówno ofiary choroby, nieszczęśliwego wypadku, jak i degradacji społecznej. Człowiek umierający z głodu ma zatem oczywiste prawo do pomocy i wcale nie musi on tego prawa uzasadniać.

Zajmijmy się teraz osobą Samarytanina. Trudno jest ściśle określić, co było głównym motywem jego postępowania. Mówiąc językiem Biblii, powiemy, że kierował się on miłością bliźniego („Kochaj bliźniego swego jak siebie samego”). Ale równie dobrze można dowodzić, że ta sama idea wyrażona jest w znacznie bardziej ogólnej i powszechnie akceptowanej zasadzie równej miary: „Nie czyn drugiemu, co tobie nie miłe” albo w ogólniejszej wersji „Postępuj wobec innych zawsze tak, jakbyś chciał, aby postępowali wobec ciebie”. Zasada ta stanowi moralny fundament etyki solidarności i zarazem moralne uzasadnienie czegoś, co można by nazwać przezornością. Samarytanin, będąc człowiekiem z wyobraźnią, mógł bowiem pomyśleć, że pewnego dnia i jemu może przydarzyć się podobna sytuacja i wobec tego jest w jego interesie, aby inni zachowali się wobec niego dokładnie tak samo jak on postępuje w tej chwili w stosunku do ofiary napadu. Bez względu jednak na to, czym kieruje się Samarytanin w swoim postępowaniu, etyką miłości bliźniego, etyką solidarności czy po prostu oświeconym egoizmem, ważne jest, że w każdym wypadku uznaje on, iż powinien lub wręcz *obowiązek* pomóc człowiekowi w potrzebie.

Morał, jaki wynika z tej historii, jest oczywisty. Choroba, niesprawność, wszelkiego rodzaju upośledzenie, a także skrajna nędza sprawiają, że biorąc pod uwagę tradycje moralne naszej kultury, ludzie obarczeni tego rodzaju przypadłościami mają prawo oczekiwać pomocy od tych, którzy są zdolni do działania i którym wiedzie się lepiej.

I w tym punkcie dochodzimy do kwestii zasadniczej: jeśli istotnie mamy obowiązek pomocy w potrzebie tym, którzy tego potrzebują, jaka jest natura tego obowiązku? Czy jest to jedynie nadzwyczajny obowiązek miłosierdzia, o którym wspomina Pismo, czy też zwyczajny i bezwzględny obowiązek sprawiedliwości? Nie wnikając głębiej w istotę tego sporu, który ma oczywiste konsekwencje dla filozofii społecznej i politycznej, wypada mi w tym miejscu złożyć jedynie deklarację własnego stanowiska. Otóż sądzę, że elementarna sprawiedliwość wymaga, aby ci, którzy zostali pokrzywdzeni przez los, mieli prawo oczekiwać pomocy od tych, którym wiedzie się dobrze. I jest to całkowicie niezależne od jakiegokolwiek koniunktury politycznej. Sądzę też, że kategoria obowiązku jest logicznie wcześniejsza i o wiele ważniejsza moralnie niż kategoria praw. Głęboko upośledzone intelektualnie dziecko czy też całkowicie zniedołężniały starzec nie mają z reguły poczucia żadnych należnych im praw, a jednak właściwa im ułomność nakłada na nas obowiązek pomocy i nie jest to jedynie sprawa miłosierdzia, lecz przede wszystkim sprawiedliwości.

### *Czy państwo może być dobrym Samarytaninem?*

Od czasu biblijnego Samarytanina minęło prawie 2000 lat. A jednak niewiele zmieniło się w motywach naszego postępowania. Widząc wypadek drogowy, nie namaszczymy oczywiście ofiary winem i oliwą i nie szukamy najbliższej gospody, ale wzywamy pogo-

towie. I nie jest to sprawa jedynie miłosierdzia, ale zwyczajnej solidarności z pokrzywdzonym. Każde bowiem nowoczesne państwo dysponuje systemem zdrowia i opieki społecznej, którego główną funkcją jest udzielać pomocy tym, którzy jej potrzebują. Można by wręcz dowodzić, że to właśnie państwo przejęło na siebie obowiązek dobrego Samarytanina i nie szczędzi kosztów i wysiłku, aby jak najlepiej pomóc tym, których pokrzywdził los. Wszelka jednak pomoc wymaga odpowiednich nakładów finansowych. Głównym zatem zadaniem organizacyjnym państwa jest zorganizowanie systemu gromadzenia i następnie dystrybucji funduszy przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

Zasadniczą przesłanką etyczną działalności państwa jest, z jednej strony, zasada solidarności, z drugiej zaś nasz interes własny i związana z nim przezorność działania. Stosunkowo dawno zauważono, że ryzyko jest niezbywalnym elementem życia. Cokolwiek byśmy nie czynili, w żaden sposób nie unikniemy ryzyka choroby, starości, nieszczęśliwego wypadku, kradzieży mienia, utraty sprawności działania czy też utraty pracy. Jeśli istotnie taka jest natura życia, człowiek postąpi rozsądnie, jeśli przekona innych znajdujących się w podobnej sytuacji ludzi, aby ustanawiając system dobrowolnych i systematycznych składek stworzyć pewien fundusz ubezpieczeniowy, który będzie wypłacał stosowne świadczenia wszystkim jego udziałowcom tak czy inaczej dotkniętym różnymi wyraźnie określonymi przypadłościami życia.

Pozostawiając na oboczu kwestię początków i historii rozwoju systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Europie i innych krajach, zajmijmy się przede wszystkim tym, co stanowi najbardziej charakterystyczną cechę tego systemu. Wszelkie bowiem ubezpieczenia mogą być dobrowolne i niedobrowolne, mogą odnosić się do jednej tylko wyraźnie określonej grupy osób (np. kierowców lub podróżujących zagranicę) albo też mogą mieć charakter powszechny i obejmować wszystkich obywateli danego kraju. W większości krajów europejskich system ubezpieczeń zdrowotnych jest zarazem przymusowy i powszechny. Oznacza to, że wszyscy zdolni do pracy obywatele danego kraju muszą wpłacać odpowiedni procent swoich dochodów do wspólnej kasy, a w zamian za to państwo zapewnia im odpowiednią opiekę lekarską na wypadek choroby, starości czy permanentnej utraty zdrowia i sprawności. Jest więc w naszym interesie, aby każdy z nas płacił systematycznie swoje składki ubezpieczeniowe nawet wtedy, gdyby tak się szczęśliwie złożyło, iż nigdy nie musiałby korzystać ze świadczeń zdrowotnych systemu.

Jeżeli każdy z nas solidarnie wpłaca odpowiedni procent swoich dochodów do wspólnej kasy, to każdy z nas ma jednakowe prawo do korzystania z jej świadczeń. Byłoby również rzeczą sprawiedliwą, aby wszelkie świadczenia tego systemu były rozdzielane zgodnie z zasadą „każdemu według potrzeb”. Mogło by tak być, ale tylko wtedy, gdyby gromadzony przez obywateli danego kraju fundusz ubezpieczeniowy był zawsze większy niż suma kosztów poniesionych na zaspokojenie ich potrzeb zdrowotnych. Tak jednak nie jest i być nie może, bo na rynku usług i świadczeń zdrowotnych popyt zawsze będzie przewyższał podaż. Nasze potrzeby zdrowotne rosą po prostu znacznie szybciej aniżeli możliwości ich zaspokojenia i dlatego też żadne, najbogatsze nawet państwo świata nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb zdrowotnych swoich obywateli. Dzieje się tak z kilku względów: (1) jest nas coraz więcej; (2) żyjemy coraz dłużej; (3) skutek niewła-

ściwych warunków środowiskowych i stylu życia rośnie liczba rozpoznawanych i leczonych chorób; (4) postęp technologiczny w medycynie dostarcza coraz to nowych i coraz bardziej kosztownych metod i środków diagnostycznych oraz terapeutycznych.

W sytuacji tej państwo jako dobry Samarytanin musi więc wyraźnie określić granice i warunki swojej pomocy. Ale to wcale nie jest łatwe. Jeśli bowiem istotnie ze względów oczywistych nie stać nas na zaspokojenie wszelkich potrzeb zdrowotnych na przestrzeni całego życia człowieka i jeśli nadto wiemy, że potrzeby te nieustannie rosną i stają się najbardziej kosztowne pod koniec życia, to musimy wówczas założyć: (1) systemowy regularny wzrost funduszu ubezpieczeniowego, (2) uczynić wszystko, aby maksymalnie usprawnić organizacyjnie działanie istniejącego systemu i (3) jednocześnie zdecydować, jakiego rodzaju potrzeby będą zaspokajane ze wspólnego funduszu ubezpieczeniowego. Innymi słowy, musimy ustalić koszyk i hierarchię potrzeb i świadczeń istotnych, czyli podstawowe minimum zdrowotne.

I tu zaczynają się problemy. Jeśli bowiem przyjmiemy najprostszą definicję zdrowia, mówiąc, iż ten jest zdrowy, kto potrafi normalnie funkcjonować w społeczeństwie, to okaże się, że wcale nie jest jasne, na czym polega normalne funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie, i kto właściwie i w jaki sposób powinien definiować zakres zdolności człowieka niezbędnych mu do osiągania istotnych dlań celów życiowych. W grę wchodzi trzy możliwości. (1) Pojęcie zdrowia i choroby oraz zawartość koszyka świadczeń zdrowotnych są definiowane przez pacjenta. Rozwiązanie to jednak praktycznie unicestwia wszelką politykę zdrowotną albo też utopiłby zakład praktycznie permanentnie otwarty i niczym nieograniczony fundusz świadczeń. (2) Pojęcie zdrowia i choroby i odpowiednio koszyk świadczeń zdrowotnych definiowane są przez lekarzy. Lekarze jednak z reguły przyjmują biomedyczny model zdrowia jako braku choroby i definiują chorobę jako takie lub inne zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu. Zaletą tego podejścia jest możliwość przedstawienia w miarę spójnej klasyfikacji oraz sposobów leczenia chorób, pozostawia ono jednak na uboczu wiele problemów wynikających z funkcjonowania jednostki w patologicznych warunkach społecznych i nie uwzględnia też naturalnych procesów i potrzeb starości lub niepełnosprawności fizycznej i upośledzenia intelektualnego, które często nie są przedmiotem interwencji lekarskiej („Nie leczymy debilizmu” lub „Starość jest nieuleczalna”) (3) Stanowisko trzecie zakłada udział całego społeczeństwa w definiowaniu pojęcia zdrowia i choroby oraz w określeniu zasobów koszyka elementarnych świadczeń i usług zdrowotnych i jednocześnie ustala pewną hierarchię ważności potrzeb. Proponowany koszyk opieki zdrowotnej z reguły przyznaje duże znaczenie opiece nad ludźmi starymi, niepełnosprawnymi, upośledzonymi umysłowo; akcentuje też znaczenie nagłych wypadków, opieki intensywnej, chorób zagrażających życiu lub zdrowiu czy też poważnych chorób chronicznych, uzależniając jednak świadczenia od rodzaju i powagi choroby.

Ustalając zatem granice i warunki swojej pomocy państwo jako dobry Samarytanin powinno ustalić w dyskusji ze społeczeństwem pojęcie potrzeb zdrowotnych i zawartość koszyka podstawowych świadczeń i usług zdrowotnych świadczonych z powszechnego funduszu zdrowotnego, pozostawiając lekarzom dalsze określenie zasad podziału owych świadczeń i oczekując zarazem od pacjentów nie tylko świadomości swoich uprawnień,

lecz także obowiązków wyływających z faktu ograniczonych zasobów finansowych funduszu. I tak postępuje się w wielu krajach europejskich, takich jak np. Wielka Brytania, Holandia czy kraje skandynawskie. Wszystkie strony negocjujące zasady sprawiedliwego podziału funduszu zdrowotnego powinny mieć pełną świadomość, na jakie zasady się zgadzają i dlaczego. System winien mieć nadto prawnie zagwarantowaną możliwość re-negocjacji koszyka podstawowych usług.

Fakt, że społeczeństwo nie tylko solidarnie opłaca regularne składki, lecz również współdecyduje o zasadach ich dystrybucji, ma zasadnicze znaczenie moralne. Po pierwsze, wszyscy mają dokładnie takie same prawo do korzystania z tego samego koszyka usług podstawowych. Zagwarantowana jest więc zasada egalitaryzmu. Po drugie, wszyscy czują się solidarnie odpowiedzialni za ich sprawiedliwą dystrybucję i wobec tego nie będą mieli wyrozumiałości dla ich niegospodarnego wykorzystywania. I po trzecie, ponieważ reguły dystrybucji mają charakter publiczny, a koszty świadczeń jasno i wyraźnie zdefiniowane, każdy pacjent doskonale wie, jak dalece może liczyć na pomoc państwa i ile będzie go kosztowała każda niezawarta w podstawowym koszyku usług pomoc lub interwencja lekarska. W sytuacji tej, jeśli traktuje on poważnie zasadę solidarności, będzie czuł się moralnie odpowiedzialny za swoje zdrowie i prowadził taki styl życia, który pozwoli zminimalizować ewentualne koszty leczenia. Co więcej, świadomość, że koszyk podstawowych usług i świadczeń zdrowotnych nie obejmuje pewnego rodzaju świadczeń i usług będzie zachęcała go do rozważenia możliwości zakupu dodatkowej prywatnej polisy ubezpieczeń zdrowotnych. Jeśli więc koszyk podstawowych usług zdrowotnych nie obejmuje np. domu opieki dla ludzi starych, pacjent postąpi przeczornie wykupując odpowiednią polisę i systematycznie płacąc składki na taki prywatny fundusz zdrowotny, który zagwarantuje mu bezpłatny pobyt i leczenie leczenia w takim domu. Podobnie też, gdyby podstawowy fundusz zdrowotny nie obejmował transplantacji narządów, możliwe byłoby prywatne ubezpieczenie na wypadek tego rodzaju ewentualności. Tego rodzaju polityka możliwa jest tylko wtedy, gdy istnieją wyraźne i jasno określone reguły, określające, co się komu należy.

Jakie są moralne koszty społecznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych? Jeśli odwołując się do jego zasobów, nie można skutecznie zaspokoić wszystkich potrzeb zdrowotnych osób ubezpieczonych, albo dlatego, że podaż jest zbyt mała, albo popyt zbyt duży, to oznacza to. (1) konieczność wyraźnego zdefiniowania metody budowania koszyka podstawowych świadczeń, (2) konieczność wprowadzenia systemu racjonowania świadczeń, gdy potrzeby znacznie przewyższają możliwość ich zaspokojenia i (3) wyraźne określenie metod racjonowania. W pierwszym wypadku podstawowym problemem staje się kwestia włączenia lub wyłączenia z koszyka zrodzonych przez rozwój technologii medycznej tzw. usług i terapii wysokonakładowych (leków, metod leczenia, aparatury diagnostycznej i terapeutycznej, czy bardzo kosztownych środków podtrzymywania gasnącego życia). W drugim i trzecim głównym problemem staje się kwestia organizacji systemu dystrybucji usług na szczeblu podstawowym. Klasyczną metodą dystrybucji staje się wówczas lista osób oczekujących na zabieg, czyli mówiąc po prostu – kolejka. Jak powszechnie wiadomo ograniczoność dóbr oraz ich rozdział na zasadzie kolejki sprawia, iż uwzględniając naszą tradycję narodową i doświadczenie życiowe system taki staje się wyjątkowo podatny na korupcję. Cóż

bowiem złego, myśli przeciętny Polak, by używając wpływów lub po prostu płacąc łapówkę przeskoczyć kolejkę. Skoro wolno nam kłamać, by oszczędzić choremu cierpienia, tym bardziej wolno nam nagiąć lub nawet naruszyć prawo walcząc o jego zdrowie i życie.

Nie ulega więc dla mnie najmniejszej wątpliwości, że państwo może i powinno pełnić rolę dobrego Samarytanina. Wymaga to jednak doskonałej sprawności organizacyjnej oraz wysokiej dojrzałości moralnej społeczeństwa. Zasadniczy problem polskiej reformy systemu zdrowia polega, moim zdaniem, na tym, iż próbuje ona przeszczepić systemy wyrosłe i sprawnie funkcjonujące w tradycjach społecznych i politycznych innych krajów (nie mówiąc już nic o ich możliwościach ekonomicznych) na grunt społeczeństwa biednego i niedojrzałego do respektowania elementarnych reguł demokracji, w którym nadto istnieje głęboko zakorzenione przekonanie, że za pieniądze zawsze można wszystko kupić.

### *Zdrowie i zysk*

Społeczny system ubezpieczeń zdrowotnych nie jest jedynym możliwym systemem. Obok sektora publicznego istnieje również sektor prywatny i wiele osób sądzi, że jedynym skutecznym rozwiązaniem problemów trapiących polską służbę zdrowia jest jej pełna lub przynajmniej częściowa prywatyzacja. Istotą systemu kapitalistycznego jest bowiem wolny rynek. Skoro mogą istnieć – powiadają oni – prywatne praktyki, szpitale i kliniki, np. w Stanach Zjednoczonych, nie ma powodu, żeby również nie istniały w Polsce. Zasadniczą zaletą tego rodzaju systemu jest pełna jego przejrzystość – istnieje jasny oraz powszechnie dostępny cennik usług a klient ma pełne prawo wyboru standardu i zakresu usług, poczynając od kwestii hotelowych (prywatny pokój z TV, jacuzzi i widokiem na morze), a kończąc na standardzie operacji lub proponowanych leków. Oczywiście jest, że system ten dostępny jest jedynie dla tych, którzy mogą sobie nań pozwolić. Od czego jednak instytucja prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych? Wystarczy, że pacjent wykupi odpowiednią polisę ubezpieczeniową i systematycznie opłaca miesięczną składkę, aby uniknąć wyczekiwania w kolejce do szpitala lub zatłoczonego pokoju. Oferowany pakiet usług dostosowany jest do potrzeb i możliwości płatniczych pacjenta i z reguły obejmuje nie tylko zwrot kosztów leczenia, lecz także sowing rekompensatę za każdy dzień spędzony w szpitalu. Wydaje się, że nie ma żadnych przeszkód, aby system ten nie upowszechnił się także i w naszym kraju. Jest on całkowicie dobrowolny, całkiem sprawny, a w dodatku stanowiłby niezwykle pożądane uzupełnienie przeciążonego i niesprawnego systemu publicznego. Wszelkie bowiem świadczenia i usługi zawarte i niezawarte w publicznym koszyku usług byłyby bez trudu dostępne na rynku prywatnym, pod warunkiem oczywiście posiadania odpowiedniej polisy ubezpieczeniowej.

System ubezpieczeń prywatnych jest jednak wtedy funkcjonalny, gdy przynosi zysk. Nie ma w nim miejsca na żadne miłosierdzie, solidarność czy filantropie. Liczą się w nim jedynie twarde i bezwzględne prawa rynku. Rozważmy zatem możliwe konsekwencje moralne prywatyzacji świadczeń zdrowotnych.

1. Jeżeli głównym celem prywatnej praktyki lekarskiej, prywatnego szpitala lub kliniki jest uzyskanie maksymalnego zysku, to właściciel tej praktyki postąpi racjonalnie, jeśli

będzie się starał zaferować możliwie najlepszy produkt za możliwie najwyższą cenę. Oznacza to, że zainwestuje on w najlepszych specjalistów, zakupi najlepszy sprzęt diagnostyczny i zadba o kompetentny i uprzejmy personel pomocniczy. Jeśli uda mu się przyciągnąć odpowiednią liczbę klientów, których zasoby pozwalają na opłacenie kosztów diagnozy, leczenia czy wielotygodniowego pobytu w szpitalu, poniesione nakłady zwrócą się szybko i odpowiednio będą rosły zyski. Jak jednak rozpoznać wiarygodność finansową pacjenta? Gwarancją jest oczywiście dobra polisa ubezpieczeniowa, wysoki depozyt złożony w momencie przyjęcia do szpitala czy też ewentualna rekomendacja banku. Co jednak zrobić, kiedy w trakcie leczenia okazuje się, że posiadana polisa nie obejmuje pewnego rodzaju zabiegów (np. transplantacji lub praktycznie dożywniej hospitalizacji w zakładzie dla osób nieuleczalnie chorych)? Jak postąpić, kiedy okazuje się, że pacjent jest zupełnie sam bez jakiegokolwiek rodziny, która mogłaby zająć się jego opieką, kiedy już zupełnie zniedołężnieje? Co należy uczynić, kiedy nieoczekiwane bankructwo czy poważne kłopoty finansowe pozbawiają wypłacalnego dotychczas pacjenta możliwości regularnego płacenia składki ubezpieczeniowej? Fakt, że szpitale prywatne stawiają nieprzebyte bariery dla osób biednych i natychmiast przenoszą wszystkich niezdolnych do płacenia pacjentów do szpitali państwowych, przysparza tym ostatnim istotnych kłopotów i niekiedy uniemożliwia wręcz prowadzenie jakiegokolwiek polityki inwestycyjnej. Z drugiej jednak strony, można sensownie dowodzić, że podatki płacone przez sektor prywatny są tak znaczne, że w zupełności wystarczają, by pokryć koszt modernizacji i zwiększonego obciążenia lecznictwa publicznego.

2. Publiczny system ubezpieczeń zdrowotnych oparty jest na fundamentalnej przesłance moralnej, iż człowiek chory ma prawo do pomocy lekarskiej. System medycyny prywatnej przyjmuje, że leczenie i opieka zdrowotna jest pewnym towarem, którego wytwarzanie i dystrybucja podlega bezwzględny regułom gospodarki rynkowej. A jeśli tak, to ma to zasadnicze konsekwencje dla idei powołania moralnego lekarza. Staje się on bowiem człowiekiem całkowicie zależnym od zarządzających przedsiębiorstwem medycznym ludzi interesu albo też zmuszony jest przyjąć na siebie rolę współdziałowca i administratora w zarządzanym przez siebie szpitalu. Motyw zysku spycha wówczas na plan dalszy lub wręcz unicestwia ów szlachetny motyw powołania lekarskiego, jakim jest przede wszystkim leczenie i pomoc tym, którzy cierpią. Nie jest wówczas wykluczone, że lekarz zrezygnuje z możliwie najlepszej dla pacjenta opieki lekarskiej, aby wybrać to, co jest najkorzystniejsze i najbardziej dochodowe dla prywatnego szpitala lub kliniki. Naturalną konsekwencją tego, będzie oczywiście utrata zaufania pacjenta do lekarza. Pacjent przestanie być bowiem pewien, czy proponowany przez lekarza sposób leczenia jest istotnie w jego interesie, czy też ma jedynie przysparzać dodatkowych zarobków lekarzowi. Zaufanie do lekarza jest podstawą skutecznego procesu terapeutycznego i jest wartością zbyt cenną, by można ją było zaprzepaścić w procesie reform.

3. Jeśli istnieją równolegle obok siebie doskonale rozwinięty powszechny, publiczny system opieki zdrowotnej oraz uzupełniający go dobrowolny system ubezpieczeń prywatnych, to każdy ma jednakowe prawo do korzystania z podstawowego koszyka świadczeń i tylko ci, którzy mają dodatkową polisę ubezpieczeniową korzystają ze świadczeń pry-

watnych. Relacje między tymi dwoma sektorami są jednak dość skomplikowane i nie zawsze przejrzyste. Jak to wynika np. z doświadczeń angielskich, bardzo często jedyną zaletą systemu prywatnego jest przeskoczenie kolejki i lepsze warunki hotelowe, sam zabieg bowiem i leczenie mają miejsce w instytucjach sektora publicznego. Brak unormowania prawnej relacji pomiędzy sektorami i tendencja do ekspansji sektora prywatnego kosztem sektora społecznego rodzą jednak istotne zagrożenia moralne i sprawiają, że wadliwie zaprojektowany i funkcjonujący system ubezpieczeń zdrowotnych może stać się istotnym czynnikiem chorobotwórczym.

4. Od czasów słynnych badań stanu zdrowia urzędników brytyjskich (*Whitestet studies*) wiadomo, że nic tak nie sprzyja zdrowiu, jak wysoka pozycja społeczno-ekonomiczna. Im bardziej zamożny jest człowiek, im wyżej lokuje się na drabinie społecznej, tym jest zdrowszy i na odwrót. Okazuje się jednak na podstawie najnowszych badań, że istnieje inny, znacznie ważniejszy czynnik społeczny sprzyjający zdrowiu – jest to względny egalitaryzm społeczeństwa. Najwyższy poziom zdrowia i najwyższy wskaźnik długości życia stwierdza się nie w krajach najbogatszych, lecz w krajach o najmniejszym zróżnicowaniu dochodów, takich jak np. Japonia, Islandia czy Francja. Jeśli badania te są wiarygodne wynika z nich wniosek następujący: im mniej zróżnicowane ekonomicznie społeczeństwo, im bardziej powszechny oraz im bardziej pojemny system ubezpieczeń społecznych, tym zdrowsze jest społeczeństwo. Jeśli jednak notuje się w danym kraju gwałtownie rosnące rozwarstwienie społeczne, jeśli wprowadzony system ubezpieczeń zdrowotnych premiuje bogatych, silnych i społecznie uprzywilejowanych, należy oczekiwać, że wkrótce dojdzie do wzrostu wskaźników śmiertelności i gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia obywateli.

## Wnioski

Idealnym rozwiązaniem byłoby więc istnienie powszechnego i przymusowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, który byłby jednakowo dostępny dla wszystkich i pozwalał rozdzielać dobra i świadczenia medyczne na zasadzie „każdemu według potrzeb”. Ponieważ jednak potrzeby zdrowotne rosną znacznie szybciej aniżeli możliwości ich zaspokajania, konieczne jest szczegółowe i ścisłe zdefiniowanie podstawowego koszyka świadczeń medycznych oraz określenie zasad ich rozdziału. Byłoby rzeczą idealną, aby koszyk ten zawierał wszystko, co jest potrzebne człowiekowi do dobrego i zdrowego życia „od kołyski aż po grób”. Jeśli jednak z oczywistych względów ekonomicznych nie jest możliwe wypełnienie takiego koszyka obfitością dóbr, należy pogodzić się z istnieniem równoległego systemu ubezpieczeń i świadczeń prywatnych, zakładając jednak jako docelową strategię rozwoju rozbudowywanie i doskonalenie (a nie likwidowanie) powszechnie dostępnego i *bezpłatnego* koszyka usług. Im bardziej bowiem egalitarne społeczeństwo, im bardziej powszechny i równy dostęp do podstawowego koszyka bezpłatnych usług i świadczeń zdrowotnych, tym zdrowsi i szczęśliwsi są jego obywatele. Wszelkie nierówności, a zwłaszcza szybko rosnące nierówności ekonomiczne, mają bowiem charakter chorobotwórczy.



*Summary*

The best explanation of the principle of solidarity is the biblical parable of Good Samaritan. Is it possible to apply the idea of Good Samaritan to health care policy? I think it is but we have to be aware of its conditions and limitations. If we assume that all people have equal right to health care, then ideally health care resources should be distributed to each person according to his or her needs. But in health care, demand always exceeds what is on offer. Our health care needs grow faster than objective possibilities of their fulfilment. The reasons for that are evident: (1) we live longer; (2) there is a growing number of diagnosed and treated diseases; and (3) technological progress in medicine provides more and more expensive methods of diagnosis and treatment. Whatever concept shall we use, shall we talk about 'the normal opportunity range', 'core health services', 'health care minimum', 'health care services basket', what is at issue is the definition of health and health care needs. How to define a health care minimum is a difficult moral and political problem for all the interested parties, *i.e.* patients, doctors, and the society at large. One may hope however that a compromise may be reached, as it is evident *e.g.* in Nordic health care systems. Some critical comments are made on for-profit health care institutions. It is claimed that egalitarian system of distribution of health care resources promotes health of the society.

