

Tadeusz Szumlicz – „PODMIOTOWOŚĆ W ZARZĄDZANIU ZMIANĄ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA”

GlaxoSmithKline, Warszawa 2007

Ochrona zdrowia w społecznym odbiorze jest tematem zarówno ekonomicznym jak i politycznym, budzącym niezwykle silne emocje.

Każda wypowiedź w tej sprawie odbierana jest jako zajęcie stanowiska w sferze politycznej a autor wypowiedzi posądzany jest o stronniczość.

Próba zobiektywizowania oceny ochrony zdrowia i nadanie jej naukowego charakteru jest więc nad wyraz cennym przedsięwzięciem, służącym zdiagnozowaniu sytuacji ponad podziałami politycznymi. Z tego też powodu książka prof. dr. hab. Tadeusza Szumlicza zatytułowana „Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia” ma swoją ogromną wagę merytoryczną, jako głos w sporze społecznym i naukowym o ochronę zdrowia w Polsce.

Osią toczącego się sporu jest zarzut, że w skali narodowej brak jest systemu ochrony zdrowia, ponieważ istniejące rozwiązania formalne i instytucjonalne nie mają charakteru systemowego lecz doraźny, przypadkowy i koniunkturalny.

Tego zarzutu Autor nie podziela. Z pełnym optymizmem toczący się w książce wywód naukowy odnoszony jest do systemu ochrony zdrowia w Polsce z wiarą, że istnieje potrzeba i możliwość jego dalszego reformowania.

Recenzowane dzieło liczy 133 strony, zawiera 5 tablic i 11 rycin. Służące udokumentowaniu wyników analizy tablice i ryciny są w większości we własnym autorskim opracowaniu na podstawie wyników własnych badań.

Autor wykorzystał i zestawiał 71 pozycji literatury przedmiotu, w tym 15 pozycji obcojęzycznych głównie anglojęzycznych.

Treść pracy podzielono na cztery rozdziały poprzedzone wprowadzeniem do prezentowanej problematyki. Tematyka poszczególnych rozdziałów w oryginalnym brzmieniu jest następująca:

- (1) System ochrony zdrowia – ubezpieczeniowy czy zaopatrzeniowy
- (2) O finansowaniu systemu ochrony zdrowia

(3) Konstrukcja systemu społecznego zabezpieczenia zdrowotnego

(4) Podmiotowość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia.

W zakończeniu zestawiono wnioski naukowo-poznawcze i praktyczne. Na końcu książki zamieszczono bardzo użyteczny słownik wybranych pojęć.

Zawarty w tytule termin „podmiotowości” znajduje nowatorską i odkrywczą interpretację, bowiem odnoszony jest nie do podmiotowości obywatelskiej związanej z realizacją prawa do zabezpieczenia zdrowotnego, ani nie do podmiotowości pracowniczej służby zdrowia, lecz do podmiotowości decydenckiej i menadżerskiej. Autor poszukuje bowiem odpowiedzi na pytanie kto i jak dalece powinien mieć wpływ na kształt i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. W zakres tak pojętej podmiotowości wprowadzona zostaje przez Autora tzw. podmiotowość infrastrukturalna, rozumiana jako „... aktywny udział w zarządzaniu zmianą (systemu ochrony zdrowia) reprezentantów firm farmaceutycznych oraz reprezentantów zakładów ubezpieczeń ...” (s.15). Ta cenna konstatacja poparta jest apelem adresowanym do tej grupy podmiotów o wpływanie na zmianę „... poprzez propagowanie (społeczne uzasadnianie i wyjaśnianie) zastosowania rozwiązań rynkowych (konkurencyjnych) w nowym systemie ochrony zdrowia” (s.15).

Podstawowym problemem do rozwiązania, który formułuje Autor jest „określenie miejsca i zakresu zastosowania w systemie ochrony zdrowia zasad zaopatrzeniowych i ubezpieczeniowych” (s. 18). Tezą centralną wywodu jest stwierdzenie, że „problem reformowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego wiąże się przede wszystkim z odpowiedzią na pytanie o możliwości zastosowania zasady ubezpieczeniowej w polityce zdrowotnej ...” (s. 18). Autor słusznie wskazuje, że zakres ubezpieczeniowego charakteru reformy systemu ochrony zdrowia przesądzał będzie o sposobach finansowania systemu.

Cały wywód metodologiczny prowadzony jest z wielką precyzją słowa, co osiągnięto dzięki uporządkowaniu terminologii i usystematyzowaniu pojęć w pierwszym rozdziale książki. Wychodząc z założenia, że trudny wybór między zastosowaniem w systemie albo rozwiązań zaopatrzeniowych albo rozwiązań ubezpieczeniowych, wymaga rzetelnej diagnozy istniejącego systemu ochrony zdrowia Autor dokonuje w kolejnych rozdziałach prezentacji podstaw teoretycznych zabezpieczenia zdrowotnego i analizy sytuacyjnej systemu ochrony zdrowia.

Systemy ochrony zdrowia stanowią integralny element zabezpieczenia społecznego i przeważnie mają charakter publiczny lub publiczno-prywatny.

W systemie ochrony zdrowia, system, w którym ryzyko zdrowotne traktowane jest jako problem publiczny, za który odpowiedzialność ponosi państwo a jego rozwiązanie jest zadaniem państwa, nosi nazwę publicznego systemu ochrony zdrowia. Jeśli część odpowiedzialności za skutki ryzyka ponosi osoba, której ryzyko dotyczy a rozwiązanie problemu finansowego jest też kwestią indywidualnej przezorności system ochrony zdrowia określane jest mianem publiczno-prywatnego.

Jak podkreśla Autor w historii kształtowania się systemowych rozwiązań w publicznej ochronie zdrowia w Europie widoczne są dwa wzorce systemowe, a mianowicie wzorzec niemiecki zwany bismarckowskim oraz brytyjski wzorzec Beveridge'a.

Otto von Bismarck (1815-1898) przeprowadził w 1881 roku fundamentalne reformy społeczne w Cesarstwie Niemieckim, oparte na przymusie zabezpieczenia się przed ryzy-

kiem utraty zdolności do pracy wskutek choroby lub wypadku przez osoby o umiarkowanych dochodach. W systemie tym przystępowano do wspólnoty ryzyka odprowadzając składki ubezpieczeniowe do kas chorych, zorganizowanych według kryterium terytorialnego, zawodowego albo branżowego. Ubezpieczeniowy charakter tego wzorca wymagał zachowania przez kasy chorych równowagi pomiędzy wartością wypłacanych świadczeń a wartością pobieranych składek od ubezpieczonych.

Fakt, że istnieje gwarantowany prawnie obowiązek przystąpienia do grupy wspólnego ryzyka w postaci kas chorych według kryterium terytorialnego, zawodowego lub branżowego przy jednoczesnym zapewnieniu równowagi świadczeń i pobieranych składek pozwala zidentyfikować charakter niemieckiego modelu bismarckiego jako systemu ubezpieczenia socjalnego.

William H. Beveridge (1879-1963) przedstawił w 1942 roku rządowi brytyjskiemu specjalny raport w sprawie „gwarancji bezpieczeństwa socjalnego dla wszystkich obywateli”, finansowanych z budżetu państwa. Historycznie wywodzący się z Wielkiej Brytanii wzorzec ma charakter ogólnonarodowy.

Rozwiązania systemowe przyjęte w przeszłości nadal odgrywają zasadniczą rolę w ochronie ubezpieczeniowej obejmującej dwa podstawowe rodzaje ryzyka, a mianowicie ryzyko utraty dochodów i ryzyko zwiększonych wydatków wskutek choroby lub wypadku. Bezpośredni wpływ na wysokość przyjmowanego ryzyka ma definicja niezdolności do pracy.

Proces finansowania systemu ochrony zdrowia jak pisze Autor oparty jest na dwóch grupach zasad, a mianowicie na zasadach zaopatrzeniowych i/lub na zasadach ubezpieczenia. Proporcje, w jakich wymienione zasady znajdują zastosowanie pozwalają wyróżnić trzy modele organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia a mianowicie:

- model interwencji społecznej,
- model dystrybucji społecznej,
- model antycypacji społecznej.

W ujęciu tabelarycznym, jasno i przejrzysto prezentuje Autor wymienione modele według kryteriów oceny takich jak: czynnik sprawczy, zasada egalitaryzmu, cel, rola państwa, źródło finansowania.

Ze względu na sposób partycypacji finansowej w systemie ochrony zdrowia można mówić o różnym mechanizmie przepływu strumieni finansowych.

W szczególności ze względu na obowiązkową partycypację finansową w systemie można wyróżnić następujące mechanizmy przepływów strumieni finansowych:

- (1) model budżetowy scentralizowany – zapłata bezpośrednia ze środków budżetowych podatkowych dla instytucji dostarczającej świadczenia zdrowotne,
- (2) model budżetowy zdekoncentrowany – zapłata należności za świadczenie ma postać płatności od wyspecjalizowanej instytucji kontraktującej świadczenia z funduszu celowego państwowego,
- (3) model ubezpieczenia obowiązkowego z refundacją wydatków – zapłata należności za świadczenie ma postać płatności refundowanej konsumentowi z funduszu ubezpieczeniowego.

Ze względu na dobrowolną partycypację finansową w systemie ochrony zdrowia można wyróżnić:

- (1) model budżetowy dobrowolny,
- (2) model ubezpieczenia dobrowolnego z kontraktowaniem świadczeń,
- (3) model ubezpieczenia dobrowolnego z refundowaniem świadczeń,
- (4) model bezpośredniego zakupu świadczeń przez konsumenta.¹

W publicznych systemach ubezpieczeń zdrowotnych na świecie korzysta się coraz szerzej z dorobku ubezpieczeń prywatnych, zarówno z dorobku odnoszącego się do konstrukcji produktowych, jak i do kwestii zarządczych czy finansowych.

Przyjęty kierunek zmian w systemie społecznego zabezpieczenia zdrowotnego wskazuje na potrzebę powstania koszyka świadczeń gwarantowanych przez państwo² a finansowanych z powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia oraz na potrzebę włączenia w system prywatnie finansowanych ubezpieczeń dodatkowych, oferowanych przez zakłady ubezpieczeń i inne podmioty rynku ubezpieczeniowego. Wprawdzie ze względu na ideę solidaryzmu społecznego żaden z projektów zmian nie przewiduje substytucji, polegającej na możliwości rezygnacji z publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego pod warunkiem zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast przewiduje się nadanie prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym charakteru suplementarnego i komplementarnego.

Suplementarne (uzupełniające) ubezpieczenia zdrowotne obejmują ryzyka zdrowotne wyłączone w całości lub częściowo z publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego. W szczególności obejmują ryzyka związane z leczeniem szpitalnym, leczeniem ambulatoryjnym, opieką pielęgniarską, koszty transportu, opiekę stomatologiczną, okulary i sprzęt medyczny a także medycynę alternatywną. Wiązą się ze współpłaceniem za usługi, sprzęt medyczny, lekarstwa czy hospitalizację.

Komplementarne (wzbogacające) ubezpieczenia zdrowotne zwiększają zakres i jakość ochrony ponad standard zapewniany w ramach publicznego bazowego zabezpieczenia zdrowotnego. W szczególności zapewniają wyższy standard kwaterunku szpitalnego oraz szybką ścieżkę świadczeń. Umożliwiają swobodny wybór lekarza i wybór szpitala publicznego albo prywatnego, korzystanie z konsultacji wybranego specjalisty oraz uzyskanie dodatkowych świadczeń odszkodowawczych i świadczeń w naturze. Ponadto przewiduje się, że komplementarna ochrona ubezpieczeniowa uwzględniać będzie stosowane w procedurach ubezpieczeniowych rozwiązania takie jak *bonus – malus*, udział własny, franszyzę i inne.

Przy wzrastającym stopniu złożoności systemu zabezpieczenia zdrowotnego zarówno w jego części bazowej, jak i suplementarnej i komplementarnej kapitałne znaczenie mieć będzie dostęp do świadczeń przez ubezpieczonych oraz zmniejszenie kosztów funkcjonowania systemu ponoszonych przez ubezpieczycieli, operatorów publicznych, zakłady usług medycznych i innych użytkowników.

Autor podkreśla, że obserwowane tendencje kształtowania się niekorzystnej relacji pomiędzy wpływami i wydatkami na ochronę zdrowia w Polsce z jednej strony oraz rosnące oczekiwania pacjentów z drugiej strony powodują, że realnie istniejące roz-

1. T. Szumlicz, *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą*, DESKARTES, Warszawa 2007, s. 55 - 56

2. Koszyk gwarantowanych przez państwo świadczeń zdrowotnych w Polsce został zaproponowany w sierpniu 2009 roku i od razu stał się przedmiotem sporu politycznego.

wiązania w zakresie ochrony zdrowia tylko w niewystarczającym stopniu są zdolne do wypełniania zadań, do których zostały powołane.

W proponowanych zmianach systemu zabezpieczenia zdrowotnego szczególnie ważnym problemem do rozstrzygnięcia jest racjonalizacja udziału wydatków na leki w ogólnych kosztach funkcjonowania systemu, zarówno w jego części bazowej publicznej jak i filarze prywatnym: suplementarnym i komplementarnym. W szczególności chodzi o sposób refundacji leków, decydujący o proporcjach udziału leków innowacyjnych, oryginalnych i generycznych oferowanych przez przedsiębiorstwa farmaceutyczne w świadczeniach. Przedsiębiorstwa farmaceutyczne jako producenci i dostawcy leków, wyrobów medycznych i materiałów pomocniczych stają się uczestnikami gry rynkowej dotyczącej ubezpieczeń zdrowotnych i potencjalnym użytkownikiem proponowanego kompleksowego rozwiązania informatycznego.

Autor proponuje, aby udział firm farmaceutycznych w zmianie systemu ochrony zdrowia w Polsce reprezentował powstały w 2006 roku Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA.

Podmiotowość zakładów ubezpieczeń w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia w Polsce powinna być realizowana zdaniem Autora poprzez:

- kształtowanie społecznej świadomości ubezpieczeniowej,
- udział w społecznym doubezpieczeniu zdrowotnym,
- ofertę ubezpieczeń zdrowotnych.

Polem oddziaływać powinno być gospodarstwo domowe.

Analizując źródła potrzeb rynkowych nie można pominąć zainteresowania produktami ubezpieczeń zdrowotnych pracodawców, którzy coraz częściej występują w roli ubezpieczającego zakupując ubezpieczenia grupowe dla kadry managerskiej lub dla całej załogi albo też partycypują w ich zakupie. Ubezpieczenia grupowe są korzystne zarówno dla ubezpieczycieli, ubezpieczających (pracodawców) jak i ubezpieczonych (pracowników) dzięki zaletom takim jak: relatywnie niskie koszty transakcyjne, uproszczony proces selekcji ryzyka oraz ochrona udzielana wszystkim członkom wspólnoty ryzyka.

Wzrost zainteresowania pracodawców wiąże się z poszerzeniem oferty ubezpieczycieli o nowe produkty obejmujące różne konfiguracje ubezpieczeń medycznych. To determinuje zapotrzebowanie na obsługę procesu zarządzania *portfolio* takich polis i na ich kontrolę oraz rejestrację przepływów pieniężnych jak również prowadzenie spraw roszczeniowych.

Autor dokonał rzetelnej, wielopłaszczyznowej analizy i oceny realnie istniejących publicznych modeli ochrony zdrowia i towarzyszących im procesów komercjalizacji, związanych z malejącą rolą państwa i rosnącą rolą rynku, z tendencją do liberalizacji finansowania ochrony zdrowia wskutek nierównowagi pomiędzy wpływami i wydatkami, w sposób udany identyfikując zmiany demograficzne jako główną przesłankę niesprawności dotychczasowych rozwiązań oraz oceniając krytycznie efekty integracyjne w skali Unii Europejskiej.

Poznawcze znaczenie rozwiązywanego w książce problemu badawczego wynika ze znaczenia ochrony ubezpieczeniowej dla zarządzania ryzykiem zdrowotnym, w szczególności zaś ze znaczenia powszechnych publicznych ubezpieczeń zdrowotnych jako czynnika wyrównywania dysparytetów w dostępie do usług i świadczeń zdrowotnych

i jako czynnika integrującego przestrzeń europejską ponad granicami administracyjnymi i podziałami politycznymi. Znaczenie aplikacyjne książki polega na wykorzystaniu wyników krytycznej analizy i oceny prezentowanych wzorców i modeli organizacyjnych do poprawy funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce, dla poprawy jego efektywności m.in. w celu osiągnięcia odpowiedniego poziomu zdolności do integracji z obszarami położonymi w Unii Europejskiej.

Za szczególnie ważne uznają odniesienie się w niniejszym artykule do wątków najbardziej polemicznych w książce, a w szczególności traktowania rozwiązań stosowanych w polskiej ochronie zdrowia jako systemowych a polskiej ochrony zdrowia jako systemu. Książka wpisuje się tym samym we wcześniej wspomniany spór, którego podstawą jest zarzut, że w skali narodowej w Polsce brak jest systemu ochrony zdrowia, ponieważ istniejące rozwiązania formalne i instytucjonalne nie mają charakteru systemowego lecz doraźny, przypadkowy i koniunkturalny.

Autor oparł swoje rozważania na prawdziwej w odniesieniu do większości państw europejskich tezie, że zastosowane modele organizacyjne i wzorce ochrony zdrowia jako nośniki spełnianych funkcji, ról i zadań podmiotów takich jak świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy i instytucje otoczenia rynkowego w granicach administracyjnych danego kraju, tworzą pewien autonomiczny, względnie niezależny od uwarunkowań zewnętrznych układ wzajemnych powiązań, który można określić mianem „systemu ochrony zdrowia”.

Teoria systemów wywodzi się jak wiadomo z lat 40-tych XX wieku z nauk biologicznych, bowiem jej twórcy obserwując mechanizm funkcjonowania organizmu żywego uznali za jego najistotniejszy atrybut zdolność do samoorganizacji (L.von Bertalanffy, *General Systems Theory*, 1968, publikacja poprzedzona wydaniem przez R. Ashby pracy *Introduction to Cybernetics*, 1956). Rozwój teorii systemów objął także inne dziedziny nauk, w tym filozofię (Bunge, Bahm, Laszlo), nauki społeczne (Klir), matematykę (Mesarovic), ekonomię (J. Forrester) i inne (Maturana, Varela, Krippendorff). Według *Cambridge Dictionary of Philosophy* (Cambridge University Press, 1992) system poza zdolnością do samoorganizacji charakteryzują następujące cechy: kompleksowość struktur, heterogeniczność interaktywnych komponentów, wzajemne oddziaływanie, relacje, sprzężenia zwrotne, komplementarność procesów, funkcji, subsystemów, dynamika, subsydiarność, celowość.

Nowoczesne modele biocybernetyczne systemów wykorzystywane są w teorii zarządzania do sterowania zachowaniem systemów gospodarczych, co w odniesieniu do ochrony zdrowia zainicjowała w połowie lat 70-tych szwajcarska szkoła naukowa z St. Gallen.

W recenzowanej książce, niezwykle cennej poznawczo i praktycznie, nie udało się niestety potwierdzić, że organizacja ochrony zdrowia w Polsce odpowiada wszystkim kryteriom pozwalającym uznać ją za system, takim jak:

- zdolność do samoorganizacji i względna autonomia,
- harmonizacja przestrzennie wyodrębnionych zadań,
- długi i bardzo długi horyzont działalności (funkcjonowania),
- kompleksowość systemu i kompleksowość otoczenia systemu,
- bardzo duża liczba uczestników systemu,

- bardzo duża liczba relacji strukturalnych pomiędzy elementami, złożoność i dywersyfikacja tych struktur.

Można przywołać przykłady rozwiązań systemowych spełniających wymienione wyżej kryteria sięgając choćby do systemu mieszanego Holandii, podkreślając nie tylko obecność elementów wzorca bismarckowskiego i wzorca Beveridgea w tym systemie ale przede wszystkim obecność ubezpieczeń prywatnych, które stanowią równoprawny przedmiot wyboru dla niektórych grup ubezpieczonych.

Problemy finansowania jako najważniejszą barierę systemową można zidentyfikować poprzez analizę świadczeń w różnych ich formach tj. świadczeń zryczałtowanych, świadczeń odszkodowawczych a także świadczeń w naturze.

Porównując efektywność różnych systemów narodowych można dojść do wniosku, że świadczenia z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych nie pokrywają wszystkich ryzyk, które powinny obejmować. Jako skutek niewydolności finansowej systemów ochrony zdrowia pojawiają się następujące zjawiska:

- rośnie partycypacja ubezpieczonego w kosztach medycznych (np. w kosztach leczenia),
- rośnie liczba wyłączeń z ochrony ubezpieczeniowej niektórych procedur leczniczych (w tym takich, które dotąd były objęte ochroną),
- zwiększają się ograniczenia kosztów usług w skali roku,
- zwiększają się ograniczenia kosztów usług w całym okresie umowy,
- zwiększają się ograniczenia dotyczące liczby wykonywanych zabiegów.

Spośród różnorodnych przyczyn niesprawności systemu można wymienić rosnące oczekiwania pacjentów, niekorzystne zmiany struktury demograficznej, postęp medycyno-techniczny oraz oddziaływanie jednolitego rynku europejskiego.

Wychodząc od przeglądu stanowisk prezentowanych w nauce na temat efektywności warto jest dokonać takiej oceny w odniesieniu do systemów ochrony zdrowia w wybranych krajach wyprowadzając wnioski krytyczne aktualnie obowiązujących rozwiązań systemowych.

Należy się zgodzić, że innowacje produktowe ale także innowacje procesów menedżerskich w ubezpieczeniach zdrowotnych zmierzają do rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w trzech kierunkach:

- jako produktów zastępujących częściowo powszechne ubezpieczenia publiczne,
- jako produktów uzupełniających ubezpieczenia publiczne,
- jako produktów wzbogacających ofertę publiczną i poprawiających jej jakość.

Charakter substytucyjny prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych względem systemów publicznych widoczny jest w Niemczech i Holandii, a podstawowym kryterium dostępności jest poziom dochodu i charakter zatrudnienia.

Ryzyka zdrowotne wyłączone w całości lub częściowo z oferty publicznej są pokrywane przez ubezpieczenia prywatne o charakterze uzupełniającym bez ograniczeń w dostępności.

Podwyższenie standardu usług, dostęp do tzw. szybkiej ścieżki świadczeń, swobodny wybór lekarza, szpitala, operatora etc. są efektem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze wzbogacającym ofertę publiczną.

Postępująca liberalizacja jednolitego rynku europejskiego pozwala jak dotąd na zachowanie odrębności systemów krajowych, w tym na zachowanie specyficznych roz-

wiązań narodowych takich np. jak wydzielenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych w oddzielne zakłady ubezpieczeń do niedawna w Niemczech, kompensata solidarnościowa w ubezpieczeniach zdrowotnych w Holandii. Można domniemywać, że ewentualne zmiany regulacji unijnych zmierzać będą do upodabniania się systemów narodowych w długim horyzoncie czasowym w związku z wprowadzeniem na całym obszarze UE zasady jednolitej licencji a także w związku z zamiarem wprowadzenia jednolitej karty chipowej, uprawniającej do korzystania z usług na terenie UE dla obywateli krajów członkowskich UE.

W literaturze przedmiotu istnieje poważna luka, na wypełnienie której oczekuje Czytelnik odnosząca się do dwóch ważnych problemów, a mianowicie problemu kalkulowania składki i problemu działalności lokacyjnej (inwestycyjnej) operatorów rynkowych i publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, w tym ich aktywności na rynkach kapitałowych.

Problem pierwszy wymaga uwzględnienia horyzontu czasowego, bowiem ubezpieczenia zdrowotne mogą być traktowane zarówno jako ubezpieczenia krótkoterminowe lub też jako ubezpieczenia długoterminowe. Składka w krótkiej perspektywie czasowej powinna być traktowana jako tzw. *risk premium* tj. powinna być oparta na rozmiarach faktycznego ryzyka związanego z konkretnym ubezpieczonym.

W perspektywie długoterminowej składka powinna mieć charakter *level premium* tj. powinna mieć charakter wyrównawczy a jej poziom powinien odzwierciedlać uśrednione ryzyko zdarzenia ubezpieczeniowego w całym umownym długim okresie ubezpieczenia. Oznacza to konieczność tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, które umożliwią wyrównanie składki. Z tego samego powodu potrzebne jest rozróżnienie indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz grupowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Kolejny problem dotyczy działalności lokacyjnej, którą prowadzą ubezpieczyciele dla utrzymania realnej wartości zgromadzonych ze składek środków lub też dla uzyskania dodatkowego przychodu. Przedmiotem działalności lokacyjnej są rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, kapitały własne i inne czasowo wolne środki finansowe ubezpieczyciela. Znaczenie generowanych przez politykę lokacyjną przychodów wzrasta a wysokość przychodów z lokat często przewyższa przychody z operacyjnej działalności ubezpieczeniowej.

Tak więc polityka lokacyjna ubezpieczycieli prowadzących ubezpieczenia zdrowotne może mieć wpływ na efektywność systemów ochrony zdrowia a przede wszystkim może mieć wpływ na ich wydolność finansową.

Reasumując pragnę podkreślić, że recenzowana książka „Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia” autorstwa prof. dr. hab. Tadeusza Szumlicza stanowi godną najwyższego uznania, trafną diagnozę sytuacyjną ochrony zdrowia w Polsce, ocenę stopnia realizacji celów polityki zdrowotnej, ocenę zaopatrzenia medycznego, ocenę finansowania, ocenę zabezpieczenia świadczeń i zarządzania tymi świadczeniami. Propozycje rozwiązań modelowych dla Polski wyprowadza Autor z najważniejszego, w moim przekonaniu wniosku poznawczego o niskim stopniu integracji systemowej ochrony zdrowia w Polsce i pilnej potrzebie poprawy w tym względzie dla osiągnięcia efektów synergicznych. Uwzględniając wymóg trwałości rozwiązań syste-

mowych Autor prezentuje propozycje dla Polski, wskazując możliwości działań zarówno w krótkiej jak i długiej perspektywie czasowej.

W zaleceniach dla Polski Autorowi udało się uniknąć mentorskiego, moralizatorskiego tonu wypowiedzi, dzięki czemu pozostawił wolną przestrzeń Czytelnikowi dla wniosków aplikacyjnych dotyczących procesów naprawczych.

Procesy zachodzące obecnie w ochronie zdrowia wskutek wzrastającej gwałtownie liczby korzystających ze świadczeń w ramach tej ochrony i wskutek różnorodnych oddziaływań otoczenia tylko w ograniczonym stopniu poddają się standaryzacji i sterowaniu a zdolność dostosowawcza istniejących rozwiązań do otoczenia jest mała ze względu na błędy w organizacji i procesie decyzyjnym a także ze względu na zbyt daleko idącą regulację przepisami prawa państwowego.

Łatwo zauważyć, że niektóre rozwiązania ubezpieczeniowe w ochronie zdrowia wykazują wyższą efektywność ekonomiczną i organizacyjną niż inne. Celem jest identyfikacja tych rozwiązań i takie ich zestawienie, aby utworzyły system stabilny, wewnętrznie spójny i możliwie najefektywniej wypełniający swoje zadanie.

Recenzent: Prof. dr hab. IRENA JĘDRZEJCZYK jest wykładowcą w Katedrze Polityki Agrarnej i Marketingu SGGW.