

**Jarosław RESZCZYŃSKI**

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu, Polska

## U ŹRÓDEŁ WSPÓŁCZESNYCH MODELI OCHRONY ZDROWIA

### Streszczenie

Publikacja omawia istniejące współcześnie systemy ochrony zdrowia i ich źródła. Składa się z dwóch głównych części. W pierwszej analizowane jest pojęcie „zdrowie”, będące przedmiotem ochrony, z punktu widzenia medycznego, a także jego rozumienie prawne, zależne od kształtu regulacji normatywnych gwarantujących tę ochronę. W tym zakresie ewolucja historyczna i zmiany w sposobie pojmowania zadań państwa doprowadziły do oddzielenia od siebie ochrony zdrowia publicznego i zdrowia indywidualnego. Kluczowe dla funkcjonowania systemów ochrony zdrowia indywidualnego jest ich finansowanie. Artykuł szczegółowo charakteryzuje istniejące w tym zakresie modele, ich uwarunkowania i konsekwencje. W drugiej części publikacja przedstawia polskie doświadczenia w zakresie organizacji i finansowania opieki zdrowotnej w sferze indywidualnej na przestrzeni ostatnich 100 lat. Cechuje je ewolucja od zdecentralizowanego modelu ubezpieczeniowego, przez jego centralizację, do modelu budżetowego, a następnie powrót do scentralizowanego modelu ubezpieczeniowego. Obecna praktyka stara się respektować podstawowe wartości leżące u podstaw dawnych rozwiązań, boryka się jednak ustawicznie z problemem deficytu środków. W ich poszukiwaniu i dążeniach do optymalizacji systemu odchodzi się od rozwiązań czysto modelowych w kierunku pragmatycznych. Prowadzi to do powstawania systemów mieszanych, do konwergencji przeciwstawnych początkowo modeli wyjściowych, a jednocześnie rodzi niepewność co do przyszłego kształtu prawnego systemu ochrony zdrowia.

**Słowa kluczowe:** zdrowie, ochrona zdrowia, modele finansowania ochrony zdrowia, zabezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, polskie systemy ochrony zdrowia.

### AT THE SOURCES OF MODERN HEALTH PROTECTION MODELS

### Summary

The publication discusses the current health care systems and their sources. It consists of two main parts. The first analyzes the concept of "health" that is the subject of protection, from the medical point of view, and its legal understanding, depending on the shape of the normative regulations guaranteeing this protection. In this respect, historical evolution and changes in the way of understanding the tasks of the state have led to the separation of public health and individual health protection. Funding is essential for the functioning of individual health care systems. The article describes in detail the models existing in this field, their conditions and consequences. In the second part, the publication presents Polish experiences in the field of organization and financing of healthcare in the individual sphere over the last 100 years. They are characterized by an evolution from a decentralized insurance model, through its centralization, to a budget model, and then a return to a centralized insurance model. The current practice tries to respect the basic values underlying the old solutions, but it is constantly struggling with the problem of the deficit of funds. In their search and efforts to optimize the system, purely model solutions are being moved to the pragmatic ones. This leads to the emergence of mixed systems, to the convergence of initially opposing models, and at the same time creates uncertainty as to the future shape of the legal healthcare system.

**Key words:** health, health care, health care financing models, social security, health insurance, Polish health care systems.

## Wprowadzenie

Artykuł ma charakter przeglądu, a poświęcony jest analizie związków pomiędzy wartościami i podstawowymi pojęciami wyznaczającymi treść oraz zakres ochrony zdrowia (publicznego i indywidualnego), doktrynami, które są wokół nich zbudowane, a także modelami ustalającymi zasady finansowania ochrony zdrowia (indywidualnego). Rezultatem przyjętych założeń modelowych jest w znacznym zakresie struktura, organizacja i metody działania instytucji funkcjonujących w tej sferze życia społecznego. Na tle tych szeroko ujętych zagadnień praca ukazuje zarys kształtowania się systemów ochrony zdrowia indywidualnego w Polsce w ciągu ostatnich 100 lat.

Elementy, o których mowa, stanowią jednocześnie część ogólnej kultury politycznej oraz kultury prawnej i znajdują swoje odbicie w zjawiskach oraz procesach cechujących się długim trwaniem w skali historycznej. Wpływają one na budowę systemów ochrony zdrowia, ich działanie i podejmowane reformy, często niezależnie od stopnia świadomości osób, które je tworzą i w nich pracują. Ich „podskórne” oddziaływanie na tworzoną przez instytucje rzeczywistość społeczną jest jednak silne, tym mocniejsze, że dotyczy ona ostatecznie każdego członka społeczeństwa. Wszyscy mierzą się z różnymi rodzajami ryzyka dla własnego zdrowia, ale ochrony i pomocy szukają dla niego w świecie zewnętrznym. Jego kształt w tym zakresie jest tworzony przez państwo oraz jego regulacje prawne i nie jest wyłącznie pragmatyczny, ale zakotwiczony w aksjologii i doktrynie.

## Pojęcie „zdrowie” – między medycyną i prawem

„Zdrowie” to brak chorób i niepełnosprawności, ale jednocześnie coś więcej: stan w pełni dobrego fizycznego, umysłowego i społecznego samopoczucia człowieka (dobrostan człowieka, stan jego „zupełnej pomyślności”). Jest to sformułowanie przyjęte we wstępie do uchwalonej w 1946 roku założycielskiej konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia<sup>1</sup>. Kompleksowość ta nie jest jednak niczym nowym. Już w starożytności stan zdrowia ujmowano holistycznie w kategoriach harmonii ciała (i duszy), sprawnego funkcjonowania jego części oraz wpływów zewnętrznych we wzajemnych powiązaniach<sup>2</sup>. W bio-psycho-społecznej koncepcji zdrowia człowieka składa się na nie ogół okoliczności oraz warunków jego życia. Zdrowie wyraża się w pozytywnej ocenie tej całości, co równoznaczne jest właśnie z poczuciem dobrostanu. W praktyce dochodzi do konfrontacji subiektywnego poczucia zdrowia jednostki z zewnętrznymi, normatywnymi i zobiektywizowanymi standardami. Ocena własnego stanu wynika w dużej mierze z osobistych mierników, różniących się w przypadku każdego człowieka. Rzadko dochodzi do poczucia pełnego zaspokojenia i braku oczekiwań jego wyższego poziomu. W ocenie „z zewnątrz” uśrednia się faktyczne potrzeby i bierze pod uwagę dostępne sposoby ich zaspokojenia. Ocena spełnienia standardów biofizycznych jest w tym kompleksie zjawisk stosunkowo najłatwiejsza. Trudniejsze jest zbadanie dobrostanu psychicznego, na który składa się dobrostan emocjonalny i dobrostan osobowościowy. Są one wypadkową pozytywnych i negatywnych uczuć, poczucia zadowolenia z życia i jego poszczególnych aspektów, a ponadto są powiązane ze zdrowiem psychicznym

<sup>1</sup> „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Zob. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (dostęp: 12.04.2021), Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz.U. z 1948 r., Nr 61, poz. 477).

<sup>2</sup> Zob. „O zdrowiu i jego definicjach”, E. Korzeniowska, 1988, *Zdrowie Publiczne*, 99(9), s. 465-469 (na s. 466 podział na definicje biologiczne, funkcjonalne i biologiczno-funkcjonalne); „Optymizm a zdrowie”, K. Potempa, 2013, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(2), s. 131 (zdrowie jako „dynamiczny proces ukierunkowany na przywracanie stale zakłóconej równowagi organizmu”).

(umysłowym i emocjonalnym). Podobne problemy nasuwa ocena dobrostanu społecznego, równie trudnego do ujęcia w kategoriach normatywnych. Czy istotne jest to, co się uważa, czy to, co powinno się uważać w danej sytuacji? Chodzi tu o podsumowanie doświadczeń zebranych w trakcie życia w danej wspólnoty, o akceptację zasad jej funkcjonowania, o stopień integracji i identyfikacji, o możliwość samorealizacji. Do dobrostanu społecznego konieczne są jasne reguły życia, zapewniające poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji. W tym kontekście na stan zdrowia negatywnie wpływać może np. brak pewności uzyskania przysługujących świadczeń indywidualnej opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości i we właściwym terminie. W tym całościowym ujęciu dyskusyjne jest ujmowanie zdrowia oraz choroby w kategoriach „przeciwstawnych krańców jednowymiarowej ciągłości”<sup>3</sup>.

Przyjęte w tym kształcie pojęcie „zdrowie” każe szeroko rozumieć zakres zadań instytucji, których obowiązkiem jest jego ochrona<sup>4</sup>. Uświadamia przy tym także rozmiary oczekiwań i aspekty, których może dotyczyć niezadowolenie z braku dobrostanu oraz źródła negatywnych ocen zobowiązanych do tego instytucji. Pojęcie „ochrona zdrowia” staje się bowiem wyznacznikiem realnego funkcjonowania społeczeństwa, odrywając się w praktyce od punktu wyjścia, czyli subiektywnie określonego dobrostanu. Ujęcie go w kategoriach prawnych jest nieuchronną konsekwencją faktu zaliczenia go do podstawowych wartości społecznych, istotnych dla społeczeństw i władz państwowych. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, przyjęty przez ONZ w 1966, stanowi, że państwa, które go podpisały, uznają za podstawowe prawo człowieka „prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”<sup>5</sup>. W Pakcie podjęto się starań dla osiągnięcia pełnego wykonania tego prawa, głównie w skali zbiorowej. W szczególności zobowiązano się do zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz do zapewnienia zdrowego rozwoju dziecka, poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach, zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania, i w końcu (według kolejności art. 12) do stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby.

Również na gruncie obowiązującej w Polsce konstytucji prawo do ochrony zdrowia zostało uznane za prawo człowieka. Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP z 1997 r.: „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”<sup>6</sup>. Władze publiczne są obowiązane w tym zakresie do zapewnienia „szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku” (art. 68 ust. 3), a także do „zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska” (art. 68 ust. 4). Ustawa zasadnicza ogranicza jednak obowiązki władz publicznych (państwowych, rządowych, samorządowych) w odniesieniu do świadczeń indywidualnej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ograniczenie ma w pierwszym rzędzie charakter podmiotowy. Do

<sup>3</sup> Por. „Zdrowie jako wartość uniwersalna”, T. Maszczak, 2005, *Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu*, 54, s. 74.

<sup>4</sup> Z tego powodu prawnicy uważają je za zbyt szerokie, zob. *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, P. Lenio, 2018, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 21.

<sup>5</sup> Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19 grudnia 1966 roku (Dz.U. z 1977 r., Nr 38, poz. 169), art. 12 (katalog praw).

<sup>6</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 dnia kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483). Zob. „The right to social security in the Constitution of the Republic of Poland”, K. Ślebzak, *Labour and Social Security Journal*, LX(12), s. 9 (prawo do ochrony zdrowia wśród innych zabezpieczeń społecznych we wcześniejszych konstytucjach i w innych państwach). Warto zwrócić uwagę na rozróżnienie między prawami społecznymi i socjalnymi dokonane przez M. Mędrałę (*Społeczny charakter świadczeń w polskim prawie pracy*, 2019, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 25-26). Prawa socjalne mają węższy zakres od społecznych i odnoszą się do potrzeb, których człowiek sam nie jest w stanie zaspokoić. Do takich należy niewątpliwie prawo do ochrony zdrowia.

świadczeń uprawnieni są tylko obywatele. Co do przedmiotowego ograniczenia świadczeń Konstytucja bezpośrednio się nie wypowiada i pozostawia sprawę regulacjom ustawowym. Jedynym nałożonym w tej mierze na ustawodawców obowiązkiem jest zapewnienie wszystkim obywatelom, w swobodnie ustalonym w przyszłości zakresie i na pozostawionych ich woli warunkach, równego dostępu do świadczeń niezależnie od ich sytuacji materialnej (art. 68 ust. 2: „warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”).

Jurydyzacja pojęcia „ochrona zdrowia” umożliwi więc w sferze publicznej zawężenie rozumienia „zdrowia” do jego normatywnej wykładni. Punktem wyjścia dla niej nie jest ocena stanów bio-psycho-społecznych, ale formalne obowiązki nałożone przez przepisy ustawowe na konkretne instytucje i odpowiadające im uprawnienia osób fizycznych<sup>7</sup>.

Dla określenia na poziomie przepisów, jakie uprawnienia człowieka są chronione przez prawo, najbardziej pożyteczna jest zawsze definicja legalna (podana przez samego ustawodawcę). W polskim systemie prawnym nie wprowadzono jednak żadnego przepisu wskazującego, jak należy rozumieć to, co ma być przedmiotem ochrony, czyli czym jest „zdrowie” w świetle prawa do jego ochrony. Zapewne zrobiono to z rozmysłem, aby prawodawcy mieli większą swobodę regulacji „warunków i zakresu świadczeń”. Potwierdza to w wyroku z 2004 roku Trybunał Konstytucyjny, stwierdzając, że:

Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie (...), otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej – dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie)<sup>8</sup>.

Trybunał, badając zgodność z Konstytucją ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, dokonał w tym samym wyroku interpretacji treści pojęcia „zdrowie” w kontekście jego prawnej ochrony. Orzekł on, że „treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest (...) jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niedefiniowalny [..]) stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności”<sup>9</sup>. W związku z tym, że zgodnie z art. 38 Konstytucji Rzeczpospolita Polska ma zapewnić „każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”, przyjmuje się jednak, że organy państwowe mają obowiązek prowadzenia działań zmniejszających i usuwających wszelkie zagrożenia życia (Banaszak, 2009, s. 213). Trybunał Konstytucyjny stwierdził zresztą, że wprawdzie Konstytucja nie daje podstaw do konstruowania materialnej definicji pojęcia „ochrona zdrowia” i nie jest możliwe określenie tą drogą zakresu gwarantowanych przez prawo świadczeń, ale:

<sup>7</sup> Zob. *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, P. Lenio, 2018, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 26-29.

<sup>8</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. z 2004 r., Nr 5 poz. 37; pkt. 4.2 uzasadnienia).

<sup>9</sup> *Ibidem*. Trybunał Konstytucyjny przyjmuje więc dla prawa i ochrony zdrowia, inaczej niż nauki medyczne i Światowa Organizacja Zdrowia, rozumienie pojęcia „zdrowie” zawężone do chorób i niepełnosprawności.

z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, iż system ten – jako całość – musi być efektywny<sup>10</sup>.

W tej sytuacji nauka prawa skonstatowała, że w polskim porządku prawnym rozumienie „zdrowia” w kontekście jego ochrony przez państwo oraz jego instytucje jest odmienne od przyjętego w naukach medycznych i większości społecznych. Jest to rozumienie proceduralne i negatywne. Po pierwsze, zależy od tego, co przepisy ustaw będą uznawać za tzw. świadczenia gwarantowane<sup>11</sup>, a po drugie, przez „zdrowie” rozumie się w istocie taki stan człowieka, w którym nie musi on korzystać z katalogu świadczeń gwarantowanych (Lenio, 2018, s. 25)<sup>12</sup>. W ostatniej instancji to ekonomia decyduje o tym, jak państwo realizuje konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia. Im bardziej jest bogate i opiekuńcze, tym szerszy jest zakres treściowy tak skonstruowanego pojęcia.

### Zdrowie publiczne i jego ochrona

Niezależnie od tego, czy analizujemy zdrowie w kategoriach bio-psycho-społecznych, czy prawnych, zawsze mamy z nim do czynienia w wymiarze indywidualnym i w perspektywie społecznej (zbiorowości). Wydaje się dziś oczywiste, zwłaszcza po doświadczeniach w walce z pandemią, która wybuchła w 2020 roku, że w razie zagrożeń epidemicznych działania ochronne są zadaniem publicznym, a obowiązkiem państwa wobec społeczeństwa jest ich podjęcie oraz finansowanie. Poglądy te mają długą tradycję. Nieco inaczej jest w odniesieniu do ochrony zdrowia pojedynczych obywateli. Wyobrażenia o tym, co należy do spraw publicznych i jakie funkcje powinny być wykonywane przez państwo oraz jego władze rozwijały się stopniowo, a kwestie powszechnych niebezpieczeństw wysuwały się w perspektywie władzy oraz w doktrynie na plan pierwszy.

Kłęski żywiołowe, katastrofy naturalne, a wśród nich zarazy, stale towarzyszyły ludzkości w jej dziejach. Mówią o nich źródła dotyczące historii starożytnego Egiptu (epizootia przedstawiona w papirusie z Kahun ok. 2000 p.n.e. z jakimś odbiciem w „plagach egipskich, piątej i dziesiątej”), Grecji („zaraza ateńska” 430-426 p.n.e.) czy Cesarstwa Rzymskiego („dżuma Justyniana 541-549 n.e.). Obok wojen były one największym zagrożeniem i źródłem negatywnych zjawisk społecznych, gospodarczych oraz politycznych. Przynosiły wielkie straty demograficzne – w czasie pandemii wymierało 30-50% populacji, głównie miejskiej, najbardziej aktywnej społecznie – dezorganizowały życie gospodarcze i społeczne, państw pozbawiały wojsk oraz wpływów podatkowych i powodowały, że stawały się łatwym łupem wrogów mniej dotkniętych zarazą<sup>13</sup>. Stanowiły, rzecz jasna, ogromne zagrożenie dla bezpieczeństwa zbiorowego i wywoływały reakcje władz poszczególnych struktur społecznych (państw, miast, związków wyznaniowych). Poziom wiedzy nie pozwalał jednak na

<sup>10</sup> Cyt. w przyp. 8 wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., pkt. 4.2 uzasadnienia.

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135) wymienia w art. 15 ust. 2 prawie 20 zakresów świadczeń gwarantowanych, w tym podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej, długoterminowej i paliatywnej, rehabilitacji leczniczej, a także świadczeń wysokospecjalistycznych.

<sup>12</sup> W świetle ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1220), art. 33 ust. 1 „zdrowie” jako dział administracji obejmuje zakres do tego adekwatny, choć nieco szerszy niż „ochrona zdrowia i zasady organizacji opieki zdrowotnej”.

<sup>13</sup> Uważa się, że wspomniane zarazy były głównymi przyczynami upadku Aten, załamania udanej początkowo próby odtworzenia imperium rzymskiego przez Justyniana i spowodowały ostateczny schyłek ustroju niewolniczego na skutek depopulacji. Znacznie lepiej zbadane są skutki „czarnej śmierci” w latach 1347-1353, której w życiu społecznym były jeszcze odczuwalne XVI wieku, a 17 dalszych fal szerzyło się w Europie aż do 1667 r. Zob. *Epidemics and Pandemics. Their Impacts on Human History*, J.N. Hays, 2005, Santa Barbara-Denver-Oxford: ABC-Clío, s. 7-8, 27-30, 41-44, 46.

identyfikację źródeł zagrożeń oraz racjonalne przeciwdziałanie. Zaraza była gniewem bogów lub Boga, należało skupić się zatem na religijnych środkach ekspiacyjnych, ofiarach i obrzędach. Wydaje się, że w tej fatalistycznej perspektywie nie widziano jasno związku między kontaktami międzyludzkimi a rozprzestrzenianiem się choroby<sup>14</sup>.

Świadomość tego związku wytworzyła się w wyniku obserwacji i doświadczeń kolejnych fal epidemii przetaczających się przez Europę od schyłku średniowiecza. Skłaniało to władze struktur organizacyjnych społeczeństw – państw oraz samorządów korporacyjnych – do działań zapobiegających i powstrzymujących szerzenie się „morowego powietrza”. Tworzono kordony odcinające dostęp do zakażonych obszarów, wprowadzano kwarantanny, blokady, obowiązek informowania władz o zachorowaniach, izolację chorych, świadectwa zdrowia – swoiste paszporty sanitarne<sup>15</sup>. Zawieszano także działalność instytucji publicznych, przede wszystkim kolegialnych, w tym sądów, oraz handlu (zwłaszcza targów i jarmarków w miastach), a także rzemiosła, szkolnictwa, działalności usługowej (jak karczmy), a nawet – nie tylko w społecznościach protestanckich – kościołów. W ramach prewencji zdrowotnej wprowadzano regulacje sanitarne, np. nakaz noszenia rękawiczek, „godziny policyjne”, odkażano zaopatrzenie (wodą, octem, ogniem, dymami, wapnem), a lazarety i cmentarze zmarłych w wyniku zarazy sytuowano poza obszarem zamieszkanym<sup>16</sup>. Były to jednak działania o charakterze administracyjnym i nie obejmowały organizacji leczenia, które przy ówczesnym poziomie wiedzy oraz praktyki i tak miało niewielkie znaczenie. Nie wydzielano też specjalnych środków na ich finansowanie. Koszty zwalczania epidemii pokrywane były ze skarbu państwa właściwie tylko wtedy, gdy dotyczyły zadań wojska i wojskowych, a pozostałe ponosili w większości bądź sami zainteresowani, bądź samorząd korporacji terytorialnych i zawodowych (głównie miasta, cechy i gildie). Znaczny był także wkład instytucji prowadzących działalność charytatywną – kościołów, zakonów, gmin wyznaniowych. To one prowadziły lazarety, hospicja, szpitale.

Rozszerzanie udziału państwa w działaniach tego typu i ich finansowaniu następowało w miarę przejmowania przez nie nowych funkcji w XVIII wieku. Zalecała je też XVIII-wieczna doktryna absolutyzmu oświeconego. Nowe zadania państwa kształtowały się w parze z rozwojem wiedzy, możliwości technicznych i umiejętności organizacyjnych. Rządy państwa, odpowiadając

<sup>14</sup> Podejmowano jednak próby leczenia objawowego, później za Hipokratesem i Galenem zalecano dietę, kąpiele i odpoczynek. Zob. *Encyclopedia of Plague and Pestilence. From Ancient Times to the Present*, G.Ch. Kohn (ed.), 2008, New York: Facts On File, s. 129 (państwo Franków w VI w.); *Epidemics and Pandemics. Their Impacts on Human History*, J.N. Hays, 2005, Santa Barbara-Denver-Oxford: ABC-CLIO, s. 26. W czasie „czarnej śmierci” podejrzewano „patologie humoralne” (wadliwe mieszanie się „płynów ciała”) albo wpływy „miazmatów” (fetory, brudy, smrody, zanieczyszczone i szkodliwe powietrze), co prowadziło w kierunku zabiegów higieniczno-sanitarnych.

<sup>15</sup> Interesujące są wydarzenia w trakcie podróży z Niderlandów, gdzie panowała zaraza, do chroniących się przed nią państw włoskich, przemierzającego w 1624 roku Europę incognito późniejszego króla Władysława IV. Był on z towarzyszącym orszakiem kilkakrotnie zatrzymywany, musiano omijać punkty kontrolne, szukać protekcji „inspektorów zdrowia” (*praesides sanitatis*), załatwiać świadectwa zdrowia albo wręczać łapówki strażom. Zob. *Podróż królowicza Władysława Wazy do krajów Europy zachodniej w latach 1624-1625 w świetle ówczesnych relacji*, A. Przyboś (oprac.), 1977, Kraków: Wydawnictwo Literackie, s. 234-235, 246-248.

<sup>16</sup> Skuteczne działania instytucji publicznych pojawiły się na szerszą skalę dopiero w czasach nowożytnych. „Czarna śmierć” w XIV wieku jeszcze ich nie znała. Zob. *Życie codzienne w podróżach po Europie w XVI i XVII wieku*, A. Mączak, 1980, Warszawa: PIW, s. 114-115, 131. Świadectwa zdrowia były powszechnie stosowane w państwach włoskich i podróżowanie bez nich było w praktyce niemożliwe. Zob. też *Społeczeństwo polskie od X do XX wieku*, I. Ichnatowicz, A. Mączak, B. Zientara, 1979, Warszawa: Książka i Wiedza, s. 584-585; *Społeczeństwo feudalne*, M. Bloch, 1981, tłum. E. Bąkowska, Warszawa: PIW, s. 154; „Dżuma w polskim piśmiennictwie w XVIII wieku”, M. Jaszczuk, 1994, *Medycyna Nowożytna*, 1/2, s. 36, 38-39, 54-55; „Dżuma – epidemia duszy i ciała? Sposoby zwalczania dżumy w nowożytnym Gdańsku”, L. Górska (Lewandowska), 2010, *Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu*, 3, s. 289-290, 298-300. W odniesieniu do południa Małopolski zob. pracę *Historia Nowego Sącza od wstąpienia dynastii Wazów do pierwszego rozbioru Polski* (t. I), J. Sygański, 1901, Lwów, reprint SARR, Nowy Sącz 2020, s. 23-24, 82, 85-91, 175, 190.

za jego bezpieczeństwo, odpowiadały też za bezpieczeństwo mieszkańców. Pojęcie to obejmować zaczęło z czasem także ich zbiorowe bezpieczeństwo zdrowotne. Uznano je za dobro publiczne<sup>17</sup>. W konsekwencji prowadziło to do tworzenia państwowych instytucji epidemiologicznych oraz sanitarnych, następnie ogólnodostępnych placówek leczniczych, w końcu – dopiero w XX wieku i nie wszędzie – publicznej służby zdrowia. W dominującej w XIX wieku doktrynie liberalnej obowiązki państwa wobec zdrowia obywateli rozumiano jednak nadal w kontekście ochrony zbiorowości (zdrowia publicznego). Troskę o zdrowie indywidualne pozostawiano samym zainteresowanym.

Koniec XIX wieku przyniósł w tym zakresie pewną zmianę. W myśli politycznej zaznaczył się wpływ solidaryzmu społecznego, a wsparta nowymi przesłankami doktrynalnymi reakcja konserwatywnych władz na żądania ruchów związkowych i socjalistycznych prowadziła do rozszerzenia opieki socjalnej<sup>18</sup>. Z czasem pojawiły się załączki koncepcji państwa opiekuńczego. Dalsza ewolucja doprowadziła do jego form znanych z dziejów państw XX-wiecznych, w pewnym zakresie (państwa socjalistyczne) będących karykaturą swych humanitarnych i demokratycznych inspiracji.

W XX wieku, niezależnie od kierunku ewolucji modeli ustrojowych, zakładano jednak w każdym nich w odniesieniu do funkcji socjalnych jakąś formę aktywności organizacyjnej aparatu państwa. W sferze opieki zdrowotnej konsekwencją było najczęściej użycie środków publicznych do jej finansowania. Zakresy zaangażowania państwa i finansów publicznych mogły przyjmować jednak różne wartości wewnątrz szerokiego kontinuum – od wyłączności budżetu oraz instytucji państwa po dominację inicjatyw prywatnych działających w ramach regulacji publicznoprawnych i pozostawieniu budżetowi jedynie zdrowia w funkcji bezpieczeństwa zbiorowego. Między tymi biegunami pojawiały się różne formy i zakresy publicznego zarządzania, finansowania, koordynowania oraz udzielania gwarancji w sferze ochrony zdrowia. Są one skorelowane z warunkami społecznymi i gospodarczymi, którymi różnią się poszczególne państwa, cechującymi się dużą różnorodnością i zmiennością.

We wszystkich jednak pozostaje utrwalona historyczna dwoistość opieki zdrowotnej w sferze zbiorowej i sferze indywidualnej. Ochrona zdrowia w wymiarze powszechnym (całego społeczeństwa) uchodzi dziś za standardowy obowiązek państwa w ramach zapewnienia bezpieczeństwa wewnętrznego<sup>19</sup>. Wiąże się on z pojęciem „zdrowie publiczne”<sup>20</sup>. Ochrona zdrowia wspólnoty wyraża się m.in. w identyfikowaniu zbiorowych zagrożeń, zapobieganiu im, zwalczaniu, leczeniu i doprowadzaniu do optymalnego stanu. Zdrowie publiczne jest przedmiotem troski państwa zwłaszcza w sytuacji katastrof oraz epidemii, klęsk żywiołowych i humanitarnych

<sup>17</sup> W interesie monarchii absolutnej leżało także zwiększenie liczby mieszkańców i ich produktywności. Poza tym państwo wkraczało w te dziedziny życia społecznego, których dotychczasowej struktury stanowe nie potrafiły zaspokoić. Zob. *Geschichte des Sozialrechts in Deutschland. Ein Grundriss*, M. Stolleis, 2003, Stuttgart: Lucius, s. 11, 16, 22.

<sup>18</sup> Zdrowie traktowane jako wspólne dobro społeczne zasługiwało, niezależnie nawet od względów bezpieczeństwa, na wsparcie państwa, także w wymiarze finansowym.

<sup>19</sup> W odniesieniu do Polski za przykład służyć mogą sformułowania Strategii Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 listopada 2014 roku (<https://www.bbn.gov.pl/ftp/SBN%20RP.pdf>, jej zatwierdzenie przez prezydenta RP nie miało formy ogłoszonego aktu urzędowego, podobnie jak zatwierdzenie wcześniejszej Strategii w 2007 roku), s. 11, 24-25, 35-36, 38, 51 oraz obowiązującej Strategii Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 maja 2020 roku (postanowienie Prezydenta opublikowane w M.P. z 2020 r., poz. 413, zał.), s. 9 (gdzie jest już uwzględniona wśród zagrożeń pandemia koronawirusa), 11, 15, 31.

<sup>20</sup> Por. standardy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ([https://www.who.int/health-topics/common-goods-for-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/common-goods-for-health#tab=tab_2)) i Essential Public Health Services w USA (<https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>, dostęp: 26.04.2021), a także „Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji/świadczeń zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce”, I. Kowalska, A. Mokrzycka, 2012, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 10(1), s. 32-34.

oraz innych nadzwyczajnych sytuacji zdrowotnych, w tym skutków działań wojennych<sup>21</sup>. Walka z nimi finansowana jest ze środków budżetowych. Ten szczególny rodzaj ochrony zdrowia posiada własne regulacje prawne<sup>22</sup>. Leżące u ich podstaw relacje pojęciowe pomiędzy podstawowymi kategoriami zagrożeń otrzymały nawet jako punkt wyjścia definicje ustawowe<sup>23</sup>. Unormowania te dotyczą zdrowia pojedynczych osób w takim zakresie, w jakim są one podmiotami należącymi do określonych kategorii zbiorowości i podlegają zdarzeniom określonym z perspektywy zbiorowego bezpieczeństwa wewnętrznego. Nie obejmują natomiast ich uprawnień i obowiązków należących do sfery prywatnej oraz indywidualnej. Nie są one bezpośrednimi adresatami tych norm.

### **Ochrona zdrowia indywidualnego w kontekście zabezpieczeń społecznych**

Kwestia regulacji sfery ochrony zdrowia indywidualnego zawsze była bardziej złożona, ponieważ wiąże się z konsekwencjami choroby dla sytuacji życiowej osoby nią dotkniętej. W kompleksowym ujęciu przedmiotem regulacji, a nawet zaangażowania państwa w bezpośrednie działania, było więc nie tylko leczenie chorych i ułatwienie im powrotu do zdrowia, lecz również ochrona przed społecznymi skutkami choroby i zapewnienie odpowiedniego poziomu egzystencji. Łącznie z chorobą brano zatem pod uwagę sprawę zasiłków w okresie spowodowanej nią niezdolności do zarobkowania. Zagadnieniem pokrewnym, także związanym pojęciowo z ochroną zdrowia w jej szerokim ujęciu, były skutki trwałej niezdolności do zarobkowania, wynikającej ze złego stanu zdrowia powstałego z powodu zaawansowanego wieku. Jeszcze silniejszy związek istniał w przypadku negatywnych dla zatrudnienia skutków zdrowotnych nieszczęśliwych wypadków, głównie przy pracy. Tworzył się cały konglomerat zagadnień socjalnych, powiązanych przyczynowo ze zdrowiem i rozpatrywanych łącznie, choć wychodzących poza zakres wąsko pojmowanej jego ochrony. Ranga tych zagadnień i ich ciężar ilościowy kierowały w ich stronę główną uwagę prawodawców kształtujących w tej sferze założenia ustrojów społeczno-gospodarczych. W konsekwencji leżące u źródeł i łatwiejsze początkowo do odrębnego rozwiązania kwestie ochrony samego zdrowia schodziły poniekąd na plan dalszy. O zjawisku tym świadczy choćby dołączenie do obszaru regulacji także kwestii zasiłków z powodu utraty lub braku pracy, najczęściej niezwiązanych ze stanem zdrowia (bezrobocie). Podstawą całościowej platformy regulacji stała się troska państwa o kwestie bytowe obywateli, rozpatrywane pod kątem zabezpieczenia egzystencji materialnej osób mogących znaleźć się w niedostatku z powodów związanych z zatrudnieniem. Koncentrowano się na zabezpieczeniu społecznym, świadczeniach emerytalnych, rentowych, chorobowych, wypadkowych, zaś w dalszej kolejności również na zasiłkach dla

<sup>21</sup> Zob. *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, J. Kaczmarek, W. Łepkowski, B. Zdrodowski (red.), 2008, Warszawa: AON, s. 14, 177; <https://docplayer.pl/1120197-Akademia-obrony-narodowej-wydzial-strategiczo-obronny-sownik-terminow-z-zakresu-bezpieczenstwa-narodowego.html> (dostęp: 23.04.2021).

<sup>22</sup> W odrodzonej Rzeczypospolitej już 13.11.1918 roku utworzono Ministerstwo Zdrowia Publicznego, a trzy pierwsze ustawy w tym zakresie Sejm przyjął w lipcu 1919 roku. Były to: zasadnicza ustawa sanitarna, ustawa o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie oraz ustawa w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych występujących nagminnie. W 1920 roku Sejm przyjął ustawę o utworzeniu urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami grożącymi Państwu klęską powszechną oraz powołano Naczelną Radę Sanitarną jako organ koordynujący prace administracji państwowej. Zob. „Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w dwudziestolecie międzywojennym (1918-1939)”, J. Sadowska, 1997, *Przegląd Epidemiologiczny*, 51(3), s. 322.

<sup>23</sup> Zob. ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1897) art. 3. „Klęską żywiołową są katastrofy naturalne i awarie techniczne, których skutki zagrażają życiu lub zdrowiu dużej liczby osób, mieniu w wielkich rozmiarach albo środowisku na znacznych obszarach, a pomoc i ochrona mogą być skutecznie podjęte tylko przy zastosowaniu nadzwyczajnych środków, we współdziałaniu różnych organów i instytucji oraz specjalistycznych służb i formacji działających pod jednolitym kierownictwem”. Do katastrof naturalnych zalicza się „zdarzenia związane z działaniem sił natury”, a wśród nich „masowe występowanie szkodników, chorób roślin lub zwierząt albo chorób zakaźnych ludzi albo też działanie innego żywiołu”.



bezrobotnych. Rzecz jasna, w większości przypadków przesłanką lub okolicznością przesądającą świadczenia był stan zdrowia. Jednak tylko w ograniczonym zakresie istotne były dla systemu zabezpieczeń chwilowe choroby i ich leczenie, szczególnie w perspektywie całościowo ujętych kosztów jego funkcjonowania. W czasach, gdy powstawały zasadnicze modele finansowania i organizacji ochrony zdrowia, stanowisko to miało swoje uzasadnienie, gdyż poziom wiedzy medycznej, charakter terapii oraz zakres i jakość świadczeń, a więc i koszty, były nieporównywalne z późniejszymi oraz obecnymi. Początkowo regulacje były więc całościowe i obejmowały większość zabezpieczeń społecznych i świadczeń. Mniejsze znaczenie miało natomiast, czy zawarte były w jednej czy kilku ustawach. Powolne i ewolucyjne kształtowanie się systemów, stałe uzupełnianie ich i korygowanie, powodowały jednak, że w praktyce najczęściej pojawiała się większa liczba aktów prawnych.

Przyjęcie ze względów doktrynalnych lub politycznych, że sprawy zdrowia mają wymiar publiczny i nie należy ich pozostawiać zapobiegliwości poszczególnych członków społeczeństwa, skutkowało tym, że zadania w zakresie ochrony zdrowia przesunęły się do sfery organizatorskiej funkcji państwa także w zakresie zdrowia indywidualnego. Dalszym założeniem wynikającym w państwie demokratycznym z tych przesłanek była powszechność przewidywanej opieki zdrowotnej i postulat kompletności jej zakresu. W fazie konkretyzacji projektów założenia musiały być konfrontowane z wielkością zasobów pozostających w dyspozycji organizatora. Ich zawsze niedostateczna ilość zmuszała do określenia podmiotowych i przedmiotowych priorytetów, a później do redukcji zakresu świadczeń. Wbrew założeniom doktryny (powszechność, kompletność), jakaś część zapotrzebowania społecznego nie mogła być więc w praktyce objęta świadczeniami publicznymi. To, czego nie gwarantowało państwo, musiało zatem być realizowane w sferze prywatnej. Na niepubliczną opiekę zdrowotną państwo nie oddziaływało już bezpośrednio, ale zastrzegало sobie, zwłaszcza w modelach XX-wiecznych, możliwość ingerencji pośredniej poprzez dyspozycje prawne lub indykatywne, wsparte instrumentami ekonomicznymi. Taki był realistyczny punkt wyjścia budowy systemów ochrony zdrowia: tworzone je na miarę możliwości. Powodowało to jednak niemożność pełnego zaspokojenia oczekiwań społecznych, rozbudzonych oraz rosnących przez sam fakt zaspokajania ich części. Okoliczność ta budziła nieuchronnie niezadowolenie i krytykę, które są zawsze, jak się zdaje, zjawiskiem towarzyszącym funkcjonowaniu publicznej służby zdrowia.

Źródłem finansowania nowych systemów w dłuższej perspektywie, na którą nastawiali się ich twórcy, mogły być jedynie środki pozostające wcześniej w dyspozycji społeczeństwa. Należało je więc pozyskać i tutaj na pierwszy plan wysuwała się redystrybucyjna funkcja polityki państwa<sup>24</sup>. Metoda, by za pośrednictwem budżetu przenosić do systemu zasoby pochodzące wprost z podatków, wydawała się naturalna i odpowiadająca tradycyjnym formom działalności państwa. W takim przypadku władza zapewniała sobie swobodę decyzji i pełną kontrolę w zakresie alokacji dóbr i usług. Mogła kierować nią na własnych zasadach za pośrednictwem podległych sobie instytucji. Państwo przyjmowało jednak wtedy bezpośrednią odpowiedzialność organizacyjną oraz finansową za działanie systemu i stawało się adresatem roszczeń społecznych, co mogło być niewygodne politycznie. Poza tym nagłe zwiększenie podatków mogło wywołać spadek zaufania dla sił politycznych wprowadzających zmiany. Miało to istotne znaczenie dla ich perspektyw wyborczych w państwach o ustrojach parlamentarnych, dominujących w okresie przemian systemów ochrony zdrowia.

<sup>24</sup> Por. „Funkcjonowanie współczesnych modeli ochrony zdrowia”, P. Białynicki-Birula, 2007, *Zeszyty Naukowe UEK*, 759, s. 10 (finansowanie ochrony zdrowia to podstawowy wyznacznik jej organizacji, przesądzający o rzeczywistym kształcie sektora zdrowia i możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli).

Alternatywnym, a przy tym mniej ryzykownym politycznie rozwiązaniem było stworzenie oddzielnych funduszy publicznych, które samodzielnie i na własną odpowiedzialność ponosiłyby koszty ochrony zdrowia. Jako instytucje publiczne i tak musiałyby pozostawać pod nadzorem państwowym, ale po ich oddzieleniu od budżetu państwo nie musiałoby ich finansować, a władze nie byłyby odpowiedzialne za niedoskonałości ich działania, zwłaszcza w interesującej polityków krótkoterminowej perspektywie. Tak jak ma to miejsce w zdecentralizowanych systemach publicznych, sterować można by nimi poprzez regulacje prawne, jednak nie przez bezpośrednie decyzje władzy i bez podobnego włączania czynników politycznych. Dodatkową ulgą dla państwa miałyby być pozostawienie materialnego substratu opieki zdrowotnej poza majątkiem państwowym. Przy rozwiązaniu budżetowym wykonujące w tej sferze zadania jednostki budżetowe powinny być raczej wyposażone we własność państwową, a to pociągało za sobą dodatkowe koszty jej utrzymania i inwestycji.

Kluczem do systemowego oddzielenia opieki zdrowotnej od budżetu jest zagwarantowanie stałego źródła przychodów niezależnego od państwa. Wobec założonej powszechności systemu musiałyby one przyjąć, tak samo jak w przypadku podatku, postać daniny publicznej, jednak jej odbiorcą nie mogłoby być samo państwo. Zwrócono się w tym celu do prywatnoprawnej konstrukcji umów ubezpieczeniowych, w których ludzie porozumiewali się w celu rozłożenia między siebie ryzyka negatywnych skutków majątkowych lub też osobistych zagrażających im zdarzeń. Najczęściej chodziło o zdarzenia przypadkowe lub mające charakter działania siły wyższej. Założeniem umów było umowne świadczenie o charakterze odszkodowawczym, dokonywane ze środków wszystkich ubezpieczonych na rzecz poszkodowanych. Ubezpieczenia tego typu mają swoje korzenie w starożytności (w prawie greckim i rzymskim) i związane były aż do późnego średniowiecza przede wszystkim z działalnością handlową oraz żeglugą morską<sup>25</sup>. Od jego schyłku znane są ubezpieczenia majątkowe od pożarów i innych klęsk naturalnych. Rozwijały się one w systemie ubezpieczeń wzajemnych szczególnie silnie na obszarze państw niemieckich. Kasy zbierały składki od ubezpieczonych od ognia, powodzi, gradobicia, pomoru itp. i rozdzielały między poszkodowanych w razie dojdęcia do zdarzenia. Wprowadzano tam nawet, zwłaszcza w wymiarze lokalnym (miasta, wioski, później także w szerszej skali), obowiązek takich ubezpieczeń, początkowo głównie w zakresie ryzyka pożaru. Stopniowo rozwijać się też zaczęły ubezpieczenia osobowe, których przedmiotem były ryzyka związane ze zdrowiem, zdolnością do pracy i życiem człowieka. W wyniku rozwoju podstaw matematycznych (rachunek prawdopodobieństwa i analiza danych statystycznych) pojawiły się w XVIII wieku, najpierw w Wielkiej Brytanii, instytucje zawodowo (komercyjnie) trudniące się ubezpieczeniami, z którymi zawierano umowy stypizowane co do formy, lecz różniące się ryzykiem i stawkami. W sferze ubezpieczeń wzajemnych ubezpieczenia osobowe rozwijały się od początku rewolucji przemysłowej i industrializacji wśród zawodów wysokiego ryzyka (w górnictwie, hutnictwie oraz przemysłach przetwórczych) w specjalnie tworzonych kasach. Działając w szerszej skali od początków XIX wieku, silnie zakorzeniły się wśród robotników, zwłaszcza na obszarach państwa pruskiego (na Górnym i Dolnym Śląsku i w Westfalii) jako

<sup>25</sup> Zob. *Słownik encyklopedyczny prawa rzymskiego*, W. Litewski, 1998, Kraków: Universitas, s. 158; *Prawo rzymskie. U podstaw prawa prywatnego*, W. Dajczak, T. Giaro, F. Longchamps de Bérier, 2009, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze PWN, s. 517-518.

tw. ubezpieczenia brackie<sup>26</sup>. Nie miały one charakteru komercyjnego, a kasy zarządzane były przez ich członków. Właśnie doświadczenia niemieckie miały stać się inspiracją dla koncepcji ubezpieczeń zdrowotnych o nowym charakterze i powszechnym zakresie, funkcjonujących pod egidą państwa.

Mimo niechęci części robotników do dobrowolnych wpłat obniżających poziom życia oraz zmiennej polityki rządu pruskiego, oscylującej po 1854 roku między interwencjonizmem i liberalizmem w sprawie przynależności do kas, znajdowały poparcie koncepcje obowiązkowego ubezpieczenia na poziomie zakładów (Stolleis, 2003, s. 46-47, 52)<sup>27</sup>. Długoletnie działanie systemu kas oraz ich ogólnie pozytywna ocena przygotowały w Niemczech grunt pod upublicznienie prywatnoprawnej konstrukcji ubezpieczenia. Zostały one przeprowadzone w latach 1883-1889<sup>28</sup>, kiedy z inicjatywy kanclerza Rzeszy Otto von Bismarcka przyjęto kilka ustaw dotyczących ubezpieczenia społecznego<sup>29</sup>. Pierwszą była ustawa o ubezpieczeniu robotników na wypadek choroby (1883), a kolejnymi ustawa o ubezpieczeniu od następstw nieszczęśliwych wypadków (1884) i na wypadek starości oraz niezdolności do pracy (1889)<sup>30</sup>. Ubezpieczenie zdrowotne było powszechne tylko dla jednej warstwy społecznej – nisko uposażonych pracowników najemnych – i dla niej było obowiązkowe. Dotyczyło grupy o rocznych zarobkach do 2 tys. marek, co stanowiło niewiele ponad dwukrotność płacy robotnika niewykwalifikowanego. W przypadku choroby zapewniało ono leczenie i pokrycie kosztów lekarstw przez okres 13 tygodni albo leczenie szpitalne, zasiłek chorobowy w wysokości połowy przeciętnego wynagrodzenia robotnika pracującego na dniówki na obszarze danej kasy, czasowy zasiłek opiekuńczy i świadczenie na wypadek śmierci. Składki pokrywali w 2/3 zatrudnieni, a w 1/3 pracodawcy. System objął dotychczas istniejące dobrowolne kasy, zachowując ich podmiotowość<sup>31</sup>.

Stopniowo rozszerzano podmiotowy zakres ustawy; urzędnicy publiczni zostali jednak objęci powszechnymi ubezpieczeniami dopiero w 1911 roku<sup>32</sup>. W miarę wzrostu liczby ubezpieczonych, liczby kas oraz ich zwiększających się zasobów, system funkcjonował coraz sprawniej.

<sup>26</sup> Bractwa (Knappschaften) łączyły pracowników i przedsiębiorców. Ich tradycje sięgały średniowiecza (XIII wieku w górnictwie kruszcowym, składki na wspólne kasy – Büchsenkassen – są potwierdzone źródłowo od XV wieku), a zorganizowana współpraca między nimi istniała od czasu powołania przez Fryderyka II w 1769 roku na Śląsku Głównego Urzędu Bractw (Hauptknappschaftsinstitut). Uważa się, że pierwszy nowożytny szpital bracki powstał z jego inicjatywy w Wałbrzychu w 1832 roku. Zapoczątkował on tworzenie całego systemu szpitalnictwa ubezpieczeniowego, a później branżowej ochrony zdrowia w szerszym znaczeniu. Potwierdzenie systemu znalazło się w pruskiej ustawie o bractwach (1854). Zob. *50 Jahre Ingenieur-Arbeit in Oberschlesien. Eine Gedenkschrift zur Feier des 50 jährigen Bestehens des Oberschlesischen Bezirksvereins deutscher Ingenieure*, C. Matschoss, 1907, Berlin, reprint Springer 2013, s. 253; a także *Geschichte der Knappschaft-Bahn-See*. Pobrane z: [https://www.kbs.de/DE/UeberUns/Geschichte/geschichte\\_node.html](https://www.kbs.de/DE/UeberUns/Geschichte/geschichte_node.html) (dostęp: 23.04.2021).

<sup>27</sup> Widoczne są one w ustawach dotyczących sfery socjalnej z końca lat 60. i lat 70. XIX wieku, m.in. o kasach pomocowych.

<sup>28</sup> Wcześniej, w 1869 roku, podobną regulację na poziomie gmin („gemeindliche Krankenpflegeversicherung”) przyjęto w Bawarii. Zob. *2005-2018. Deutschlands verlorene 13 Jahre. Teil 7. Gesundheitswesen*, M. Ghanem, 2019, Hamburg: Tredition, s. 41 (2.9.2).

<sup>29</sup> Koncepcja kompleksowego uregulowania spraw związanych z ryzykiem choroby lub wypadku zatrudnionych pracowników fizycznych, a także ryzykiem niedostatku spowodowanego wiekiem i niezdolnością do pracy została zaaprobowana przez cesarza Wilhelma I już w 1881 roku. Pierwszą miała być przyjęta ustawa o leczeniu i rentach w przypadku nieszczęśliwych wypadków przy pracy, ale trudności w uzgodnieniu jej treści z pracodawcami i parlamentarzystami spowodowały zmianę kolejności. Zob. *Geschichte des Sozialrechts in Deutschland. Ein Grundriss*, M. Stolleis, Stuttgart: Lucius, s. 77.

<sup>30</sup> Emerytura przysługiwała po przekroczeniu 70 roku życia, a renta inwalidzka po 30 latach płacenia składek.

<sup>31</sup> Zob. tekst ustawy [https://de.wikisource.org/wiki/Gesetz,\\_betreffend\\_die\\_Krankenversicherung\\_der\\_Arbeiter#%C2%A7\\_1](https://de.wikisource.org/wiki/Gesetz,_betreffend_die_Krankenversicherung_der_Arbeiter#%C2%A7_1) (§1-§9, §65).

<sup>32</sup> Możliwa była także dobrowolna akcesja do systemu, m.in. przez „samozatrudnionych”. O ile w 1876 roku jedynie co 4. robotnik był ubezpieczony, to w 1913 roku ok. 63% wszystkich zatrudnionych było obowiązkowo ubezpieczonych. Zob. *Geschichte des Sozialrechts in Deutschland. Ein Grundriss*, M. Stolleis, Stuttgart: Lucius, s. 78-79.

Nie bez znaczenia dla kształtu reformy Bismarcka są jej podłoże i okoliczności powstania. Kanclerz był konserwatystą, wyznawcą idei silnego państwa, a także przeciwnikiem ruchu związkowego i socjaldemokracji, które w ostatnim ćwierćwieczu XIX wieku uzyskały duże znaczenie i silne poparcie społeczne. Reforma, jak sam zresztą wspominał, miała nie tylko rozwiązać narastające problemy socjalne (w tym zakresie uważał, że może tego dokonać jedynie państwo), ale być także instrumentem służącym związaniu warstwy robotniczej z państwem i uzależnieniu jej od świadczeń publicznych w celu zyskania jej lojalności politycznej i trwałego poparcia<sup>33</sup>. Sposób wprowadzenia w życie ustawodawstwa socjalnego był politycznie formą zwrócenia się bezpośrednio do najslabiej zarabiających mieszkańców cesarstwa w celu przekonania ich, że to władza rządowa, a nie partie i parlament, jest najlepszym wyrazicielem ogólnego dobra społeczeństwa.

Wprowadzając odgórnie reformę, upubliczniając system i podporządkowując go państwu, Bismarck zagwarantował jednak jednocześnie kasom daleko idący samorząd wewnętrzny. Zakładał, że system ubezpieczeń będzie rozwijał się stopniowy, uznał bowiem, że początkowo nie będzie on w stanie objąć efektywnie więcej niż 12 mln najniżej uposażonych zatrudnionych<sup>34</sup>.

### Modele finansowania ochrony zdrowia indywidualnego

Wskazane powyżej dwie możliwości finansowania publicznej ochrony zdrowia, budżetowe i ubezpieczeniowe, znalazły swój wyraz w modelach przyjętych w praktyce poszczególnych państw. Nauka przeważnie rozróżnia jednak cztery modele finansowania ochrony zdrowia: ubezpieczeniowy, budżetowy, socjalistyczny i rynkowy (rezydualny)<sup>35</sup>. Ten ostatni nie ma oczywiście charakteru finansowania publicznego.

<sup>33</sup> „Moim zamiarem było pozyskanie klas pracujących albo – powinienem powiedzieć – przekupienie ich, tak aby uznały państwo za instytucję społeczną (socjalną), która istnieje ze względu na nie i pragnie się troszczyć o ich dobro”. *Gesammelte Werke (Friedrichsruher Ausgabe 1924-1935)*, III, 9 (*Schriften 1890-1898*), O. von Bismarck, 1930, Berlin: 2. Ausgabe, O. Stollberg Verlag, s. 195-196 (przekł. własny).

<sup>34</sup> Zob. *Der Wohlfahrtsstaat: Ende einer Illusion*, G. Habermann, 2017, München: 2. Ausgabe. FinanzBuch Verlag, s. 181 („tradycje biurokratycznego oświeconego absolutyzmu w nowym wydaniu dziewiętnastowiecznym”), por. *Geschichte des Sozialrechts in Deutschland. Ein Grundriss*, M. Stolleis, Stuttgart: Lucius, s. 64-74. Liczba mieszkańców II Rzeszy przekroczyła w 1883 roku 46 mln, zob. Statista. Einwohnerzahl des Deutschen Kaiserreiches in den Jahren 1871 bis 1912, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1091817/umfrage/einwohnerzahl-des-deutschen-kaiserreiches/> (dostęp: 23.04.2021); a także, *Bevölkerung in Deutschland – eine Einführung*, P. Gans, F.-J. Kemper, [http://archiv.nationalatlas.de/wp-content/art\\_pdf/Band4\\_12-25\\_archiv.pdf](http://archiv.nationalatlas.de/wp-content/art_pdf/Band4_12-25_archiv.pdf) (dostęp: 23.04.2021), s. 13.

<sup>35</sup> „Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach”, A. Depta, 2011, w: J. Suchecka (red.), *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 23 i n. (system budżetowy jest określany jako system narodowej służby zdrowia, a socjalistyczny jako scentralizowany); „Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce”, P. Łuniewska, 2014, *Współczesna Gospodarka*, 5(1), s. 69; „Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie”, R. Lewandowski, 2015, w: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 61 (wprowadzające inne kryteria i terminologię wyróżnia jeszcze model moralny i biurokratyczny); „System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu”, M. Paszkowska, 2017, *Problemy Zarządzania*, 15, nr 3 (69), cz. 1, s. 27; Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia, P. Lenio, 2018, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 119-140. Czasem pomija się model socjalistyczny, zob. „Wielowymiarowe porównania systemów zdrowotnych w krajach OECD w kontekście realizowanych modeli ochrony zdrowia”, P. Białynicki-Birula, 2010, *Prace Naukowe UE we Wrocławiu, Finanse Publiczne*, 112, s. 63. C. Włodarczyk i S. Poździej (Systemy zdrowotne. Zarys problematyki, 2001, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 80) wyróżniają dodatkowo system mieszany. Ł. Jurek („Reforma systemu orzecznictwa o niesamodzielności w Niemczech”, 2020, *Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka*, 3(146), s. 81) widzi w swej analizie dwa główne systemy. P. Zieliński („Techniki realizacji zabezpieczenia społecznego”, 2008, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia* 42(24), s. 332 i n.) tylko pośrednio wskazuje modele źródeł finansowania przy omawianiu technik ubezpieczeniowych, zaopatrzeniowych oraz opieki społecznej; podobnie I. Jędrasik-Jankowska (*Pojęcia i konstrukcje ubezpieczenia społecznego*, 2016, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 22-23).

Model ubezpieczeniowy – przedstawiony w towarzyszących jego narodzinom w Niemczech uwarunkowaniach historycznych – był pierwszym i okazał się uniwersalnym wzorcem dla wielu przyjmowanych później modeli publicznej ochrony zdrowia w innych państwach. U jego podstaw leży założenie, że choroba jest swoistym ryzykiem społecznym. W przypadku powszechnych obowiązkowych ubezpieczeń, ryzyko rozkłada się na wszystkie podmioty nimi objęte. Powszechność powoduje, że zgodnie z zasadą solidaryzmu społecznego z systemu nie są eliminowane jednostki o ponadprzeciętnym ryzyku (w powodu wieku, chorób bądź niepełnosprawności).

W modelu ubezpieczeniowym w celu zapewnienia opieki zdrowotnej tworzy się instytucje ubezpieczeniowe, które obejmują grupy osób zamieszkujących na określonym obszarze albo wykonujących ten sam zawód (terytorialne lub branżowe kasy chorych). Zasadniczym obowiązkiem instytucji ubezpieczeniowych jest zawieranie umów ze świadczeniodawcami o usługi opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonych w tych instytucjach. Ubezpieczony w zamian za opłacanie składki ma prawo leczenia się i wyboru pomiędzy świadczeniodawcami posiadającymi umowy z instytucjami ubezpieczeniowymi<sup>36</sup>.

Cechą modelu jest odpłatność w formie składki zdrowotnej. W tym systemie stanowi ona daninę publiczną, która obciąża w pewnym zakresie koszty pracy. Zgodnie z początkowymi niemieckimi założeniami, bywa niekiedy nadal opłacana w części przez pracodawców. W ramach tendencji do zmniejszania tych kosztów zwiększeniu ulegał jednak udział obciążający samych pracowników. Wpływy ze składek pozostają poza systemem budżetowym i nie mogą być przeznaczane na wydatki niezwiązane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Powinny równoważyć się z wydatkami. Istnieją dwie metody finansowania świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego ze składek: repartycyjna (środki pochodzą z bieżącej składki) i kapitałowa (środki są kumulowane w instytucjach ubezpieczeniowych); mogą oczywiście występować formy mieszane (inwestowanie nadwyżek)<sup>37</sup>. Wobec strukturalnego oddzielenia od administracji publicznej zasoby instytucji ubezpieczeniowych są mniej zależne od polityki państwa i autonomiczne wobec jego priorytetów wydatkowych.

W modelu ubezpieczeniowym organy władzy publicznej tworzą jedynie ramy prawne dla funkcjonowania instytucji ubezpieczeniowych oraz nadzorują ich działania pod względem zgodności z prawem. Przy formalnej niezależności od administracji wpływ na decyzje instytucji ubezpieczeniowych mogą mieć natomiast reprezentanci świadczeniodawców (lekarzy, szpitali, farmaceutów) i w pewnym zakresie władze lokalne. Samorząd ubezpieczonych nie jest dziś natomiast standardem, zwłaszcza w systemach scentralizowanych<sup>38</sup>. Trzeba tu zaznaczyć, że centralizacja nie tylko odbiera systemowi ubezpieczeń społecznych właściwą mu od początku samorządność, ale upodobnia go do modelu budżetowego<sup>39</sup>. Formalnie funkcje redystrybucyjne pozostają wprawdzie poza domeną władz administracyjnych, jednak przymus powszechnej i obowiązkowej składki, możliwej do odróżnienia od podatku tylko po fachowej analizie prawnej,

<sup>36</sup> Zob. „System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu”, M. Paszkowska, 2017, *Problemy Zarządzania*, 15, nr 3(69), cz. 1, s. 28-29; *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, P. Lenio, 2018, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 120-123.

<sup>37</sup> Zob. „Prawo do zabezpieczenia społecznego”, P. Kuczma, 2014, w: M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, Wrocław: E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 603.

<sup>38</sup> Jest on jednak stale wskazywany jako cecha charakterystyczna systemu, por. „Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach”, A. Depta, 2011, w: J. Suchecka (red.), *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 25 („zarządzanie funduszami przez niezależne od administracji państwowej zarządy, kontrolowane także przez reprezentantów ubezpieczonych”).

<sup>39</sup> C. Włodarczyk i S. Poździej (Systemy zdrowotne. Zarys problematyki, 2001, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 80) w sferze ubezpieczeń społecznych odróżniają system zdecentralizowany (w RFN i Kanadzie) oraz scentralizowany (we Francji).

a także podobny sposób zarządzania systemem, na który nie mają wpływu ubezpieczeni, sprawiają, że dla jego uczestników oba te modele niewiele się różnią. Można zatem mówić o procesach konwergencji<sup>40</sup>.

Model budżetowy w finansowaniu ochrony zdrowia wprowadzony został w istniejącej obecnie postaci dopiero ponad 60 lat po reformach niemieckich. Podobnie jak pierwsze wdrożenie systemu ubezpieczeń społecznych związało się na stałe z postacią jego inicjatora – O. von Bismarcka, tak wprowadzenie w ochronie zdrowia modelu budżetowego łączone jest z nazwiskiem W. Beveridge’a, brytyjskiego liberalnego ekonomisty i polityka. Był on koordynatorem zespołu stworzonego z inicjatywy labourzystowskich członków koalicyjnego w czasie wojny rządu W. Churchilla, przygotowującego w latach 1941-1942 raport rządowy o ubezpieczeniach społecznych i świadczeniach pokrewnych (Social Insurance and Allied Services) i autorem jego końcowej wersji<sup>41</sup>. Jego ideą było zapewnienie pewnego kwantum świadczeń zdrowotnych ze strony państwa bez wiązania ich ze składką ubezpieczeniową. Sposób pozyskania dodatkowych wpływów do budżetu na nowe świadczenia był w tym projekcie sprawą wtórną, techniczną. Podstawową było przyznanie każdemu obywatelowi prawa do określonego zakresu bezpłatnych świadczeń pochodzących z zaopatrzenia społecznego, za pośrednictwem administracji rządowej i instytucji publicznej służby zdrowia, niezależnie od wielkości opłacanych przez niego podatków.

Koncepcja Beveridge’a została przyjęta do realizacji w 1946 roku przez sprawujący po wojnie władzę w Wielkiej Brytanii rząd Labour Party i jest uważana za początek angielskiej wersji państwa opiekuńczego, mającego za cel bezpieczeństwo socjalne społeczeństwa (*welfare state*)<sup>42</sup>. W tym wypadku motywy jego wprowadzenia miały przede wszystkim charakter uzasadnianych doktrynalnie reform politycznych. Celem było objęcie opieką obywateli o niższym statusie majątkowym i społecznym, wspomoczenie ich w podstawowych kwestiach bytowych i umożliwienie przez to zmniejszenia dysproporcji i awansu społecznego. Partia o charakterze socjaldemokratycznym realizowała w ten sposób punkty od dawna głoszonego programu, ale wychodząc z innych przesłanek i w inny niż Bismarck sposób.

Wkomponowana w konstrukcję państwa opiekuńczego powszechna, bezpłatna, kierowana przez władzę i składająca się przeważnie z państwowych placówek „narodowa” służba zdrowia<sup>43</sup> pozostaje w sprzeczności z ideami tradycyjnego konserwatyzmu, tak samo jak liberalizmu gospodarczego. Jest możliwa do realizacji w gospodarce rynkowej tylko w sytuacji wprowadzenia silnych mechanizmów interwencjonizmu państwowego. Słusznie więc wskazuje się na jej pokrewieństwo z ideami szkoły keynesowskiej<sup>44</sup>. Założeniem modelu budżetowego jest nie tylko powszechność i równość dostępu, ale także jednolitość zarządzania przez jeden wspólny

<sup>40</sup> Stwierdzenie P. Łuniewskiej („Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce”, 2014, *Współczesna Gospodarka*, 5(1), s. 70), że „ubezpieczeniowy system ochrony zdrowia, jakim nazywany jest system polski, powinien zapewniać obywatelom nieograniczoną opiekę medyczną w zamian za dobrowolne składki, a nie jak ma to miejsce w Polsce, gdzie składki te są powszechne i obowiązkowe, a osoba ubezpieczona nie ma żadnego wpływu na to, co dostanie w zamian”, wynika chyba z niezrozumienia istoty ubezpieczeń społecznych i różnic między sferą prywatną i publiczną.

<sup>41</sup> Zob. dokument zawierający jego syntetyczną wersję, przyjętą w listopadzie 1942 roku jako wytyczne do zrealizowania w procesie odbudowy państwa po zakończeniu wojny: <http://filestore.nationalarchives.gov.uk/pdfs/small/cab-66-31-wp-42-547-27.pdf> (dostęp: 15.05.2021).

<sup>42</sup> Oczywiście błędne jest stwierdzenie P. Sidorowicza, że państwa socjalistyczne „do swojej doktryny przejęły rozwiniętą w krajach zachodnich koncepcję państwa socjalnego” i że opierano się w nich na „planie Beveridge’a”. Zob. „Ubezpieczenia społeczne w Polsce Ludowej (1944-1989)”, P. Sidorowicz, 2016, w: D. Litwin-Lewandowska, K. Bałkowski (red.), „*Polska Ludowa*” 1944-1989 – *wybrane problemy historii politycznej i społecznej*, Lublin: Wydawnictw Naukowe Tygiel, s. 77.

<sup>43</sup> Zob. „System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu”, M. Paszkowska, 2017, *Problemy Zarządzania*, 15, nr 3(69), cz. 1, s. 30; *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, P. Lenio, 2018, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 127-130.

<sup>44</sup> Zob. „Funkcjonowanie współczesnych modeli ochrony zdrowia”, P. Białyński-Birula, 2007, *Zeszyty Naukowe UEK*, 759, s. 7-8.

system<sup>45</sup>. Państwo nie tylko tworzy więc „infrastrukturę” prawa, regulując strukturę i sposób funkcjonowania systemu, ale też nim zarządza. Model ten nie wyklucza jednak funkcjonowania w ochronie zdrowia sektora prywatnego opartego o dobrowolne ubezpieczenia. Założenia modelu co do jego relacji z otoczeniem nie były w wersji brytyjskiej dogmatyczne, lecz pragmatyczne. Rozwiązania organizacyjne i finansowe biorą pod uwagę kształt ustrojowy państwa i struktury finansów publicznych (np. istnienie budżetów samorządowych czy pozabudżetowych funduszy w dyspozycji rządu i podatków lokalnych oraz specyficznych danin publicznych na służbę zdrowia lub programy rządowe, jak National Insurance w Wielkiej Brytanii, system starszy od modelu i pochodzący jeszcze z 1911 roku).

Rygorystycznie dogmatyczne są z kolei założenia modelu socjalistycznego, specyficznej odmiany modelu budżetowego. Nawiązują one do zasad solidaryzmu, sprawiedliwości społecznej oraz równości i doktrynalnie wywodzą się z tych samych źródeł, co przejęte i zrealizowane przez Bismarcka cele ruchu socjaldemokratycznego oraz związkowego. Są tymi samymi, których przetworzone refleksy widoczne są w koncepcjach Beveridge’a. Model socjalistyczny został jednak wprowadzony w życie przez radykalnych lewicowych ekstremistów (bolszewików) w szczególnych okolicznościach historycznych. W związku z tym tak solidaryzm, równość, jak też sprawiedliwość miały swoje „klasowe” uwarunkowania i ograniczenia. Po pełnym przejęciu państwa i jego instytucji (w Rosji w latach 1917-1921, w Europie Środkowo-Wschodniej po 1945 roku) komuniści nie mieli żadnych ograniczeń (ani hamulców) w budowie nowego ładu politycznego, społecznego i gospodarczego. Rzeczywistość formowana była wedle teoretycznych modeli, które ze swej strony odzwierciedlały pryncypia ideologii. Kwestia gwarantowanej przez państwo i finansowanej z budżetu<sup>46</sup>, przysługującej każdemu jako prawo obywatelskie, powszechnej i bezpłatnej ochrony zdrowia, nie tylko podstawowej, ale także specjalistycznej, była w niej jednym z ważniejszych elementów budowy „nowego społeczeństwa socjalistycznego”. Założenia te nie wydawały się początkowo utopią nawet w niezamożnym i zniszczonym wojną państwie, posiadającym jednak dużą rewolucyjną dynamikę rozwojową. Ich realizacja była ułatwiona przez fakt przejęcia całej gospodarki, likwidacji rynku i wprowadzenie systemu nakazowo-rozdzielczego. Teoretycznie można więc było przeznaczyć na ochronę zdrowia środki dowolnej wielkości, ustalając tylko odpowiednio wskaźniki budżetu. Państwo po nacjonalizacji majątku narodowego zyskało poza tym nowe źródła dochodów i potencjalnie można było dokonywać redystrybucji całości zasobów kierując się tylko wolą polityczną rządzących<sup>47</sup>. Finansowanie budżetowe miało być w założeniach modelu socjalistycznego wyłączone, a jednocześnie pełne oraz wystarczające, a zatem – całkowicie zabezpieczone po odpowiednim zaplanowaniu<sup>48</sup>. Teoretycznie nie powinna w nim występować konieczność poszukiwania dodatkowych środków

<sup>45</sup> Ibidem, s. 8.

<sup>46</sup> „Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce”, P. Łuniewska, 2014, *Współczesna gospodarka*, 5(1), s. 69-70; „System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu”, M. Paszkowska, 2017, *Problemy Zarządzania*, 15, nr 3(69), cz. 1, s. 30, 36; *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, P. Lenio, 2018, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 136-137.

<sup>47</sup> Na marginesie zwraca uwagę fakt, że w poborze należności budżetowych przyjęto metodę zbliżoną do składek w systemie ubezpieczeniowym, obciążając nimi jednak nie poszczególnych obywateli, ale fundusze plac przedsiębiorstw i instytucji państwowych. Był to zabieg prostszy technicznie i odpowiadał systemowej zasadzie równości, z drugiej strony powodował, że zniknęły aspekty solidaryzmu. Solidaryzm realizuje się bowiem zawsze w wymiarze bezpośrednim (interpersonalnym).

<sup>48</sup> W praktyce kluczowa jest oczywiście jakość planowania i zgodność założeń z rzeczywistymi potrzebami. Zob. co do zasad zarządzania i planowania w ochronie zdrowia silnie zrytualizowaną ideologicznie publikację N.A. Siemaszki o zasadniczych podstawach radzieckiej ochrony zdrowia (*Очерки по теории организации советского здравоохранения*, Н.А. Семашко, 1947, Москва: Издательство Академии Медицинских Наук СССР, s. 10-15, <http://istmat.info/files/uploads/56077/semashko.pdf>, dostęp: 21.04.2021).

na ochronę zdrowia, przed którą stawali politycy demokratycznych państw o gospodarce rynkowej<sup>49</sup>. Rozbudowany model socjalistyczny nie wykluczał jednak pozabudżetowych źródeł funkcjonowania ochrony zdrowia. Dopuszczano wykorzystanie na świadczenia zdrowotne innych zasobów oraz środków socjalnych, znajdujących się dyspozycji podmiotów gospodarki socjalistycznej lub instytucji publicznych oraz organizacji społecznych (lecznice i sanatoria rządowe, związkowe, zakładowe, partyjne).

Socjalistyczny model ochrony zdrowia obejmował nie tylko jego finansowanie, ale też organizację<sup>50</sup>. Skonstruowany został w sposób silnie scentralizowany, jego struktury były wertykalne i hierarchiczne. Odpowiadał temu sposób zarządzania „służbą zdrowia”. Całością kierowało ministerstwo ochrony zdrowia. Podlegały mu wszystkie ośrodki zdrowia, szpitale i inne placówki zdrowotne<sup>51</sup>. Pracownicy systemu byli zatrudnieni i opłacani przez państwo. Swoistą specyfiką systemu, wiążącą się zarówno z leżącą u jego podstaw doktryną, jak i poglądami twórców, był znaczny nacisk na prowadzenie określonej przez władze polityki zdrowotnej oraz na profilaktykę i higienę zdrowotną. Model socjalistyczny zacieśniał przeciwstawienie ochrony zdrowia w wymiarze publicznym i indywidualnym, pozwalając traktować je łącznie.

Znaczny udział, również koncepcyjny, w tworzeniu tego modelu mieli sami lekarze, reprezentujący charakterystyczny dla tamtej epoki idealistyczny etos zawodu i będący w znacznej większości nie tylko społecznikami, ale również przeciwnikami carskiej monarchii<sup>52</sup>. Podobnie jak w przypadku poprzednich modeli, model socjalistyczny też nazywany jest często nazwiskiem osoby uważanej za jego twórcę. Jest nią Nikołaj A. Siemaszko (1874-1949) – lekarz, działacz bolszewicki od początku istnienia partii, współpracownik Lenina (przy tym siostrzeniec J. Plechanowa), w latach 1918-1930 radziecki komisarz ludowy ochrony zdrowia, po raz pierwszy w historii nie tylko publicznego.

Model socjalistyczny po upadku ustroju społeczno-gospodarczego, którego był częścią, nie miał szans na samodzielne trwanie. Jak wskazują doświadczenia końca XX i początku XXI wieku w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (dawny ZSRR i państwa poddane jego dominacji), był on zastępowany wariantami modelu ubezpieczeń społecznych lub budżetowego,

<sup>49</sup> Korzystano z nich jednak, wprowadzając m.in. częściową odpłatność za leki spoza gwarantowanego zakresu podstawowego. W mechanizmie tym dostrzegano też funkcje wychowawcze wobec społeczeństwa.

<sup>50</sup> Przyjmuje się, że, podobnie jak państwo bolszewickie, również socjalistyczny system ochrony zdrowia był „tworzony od zera”. W rzeczywistości bazował on na szeroko rozwiniętym przed rewolucją i finansowanym przez samorząd (ziemstwa) systemie lecznictwa. W 1910 roku istniało w Rosji prawie 3 000 punktów lecznictwa podstawowego i ok. 1 700 szpitali z 22 000 łóżek. Poza tym istniały w systemie ubezpieczeniowym kasy chorych w większych zakładach pracy, uregulowane ustawą w 1912 roku. Jeszcze przed I wojną światową zaczęto przygotowywać przepisy dotyczących centralnie zarządzanej „cesarskiej służbie zdrowia” o szerokiej dostępności. Pod koniec 1916 roku car Mikołaj II powołał do życia pierwszy urząd o charakterze ministerstwa zdrowia. Rewolucja bolszewicka przejęła nie tylko przygotowane projekty i materiały (np. obliczenia wymaganej liczby lekarzy, wielkość finansowania, normy świadczeń opieki zdrowotnej), ale również urzędników, którzy się tym zajmowali. N. Freiberg, sekretarz carskiej komisji ds. zmian ustawodawstwa medycznego i sanitarnego, został po rewolucji członkiem ścisłego kierownictwa radzieckiego ludowego komisariatu zdrowia. Zob. *К столетию Великого Октября. Система здравоохранения Н.А. Семашко, перевернувшая мир*, П.А. Воробьев, 2017, Вестник МГНОТ (Wiestnik Moskowskiego Naucznoego Obszczestwa Terapeutow), 1.11.2017, <http://www.mgnot.ru/index.php?mod1=art&gde=ID&f=18101&m=1> (dostęp: 22.04.2021).

<sup>51</sup> Modelowy układ był konsekwencją wielostopniowej struktury podziału terytorialnego państwa: punkt felczersko-położniczy, podstawowy terytorialny ośrodek zdrowia (poliklinika), szpital rejonowy (powiatowy), szpital obwodowy (wojewódzki), instytuty specjalistyczne. Zob. „Пирамида Семашко”, А. Механик, 2015, *Скелсис. Научно-просветительный журнал*, 6 ([http://scepisis.net/library/id\\_3655.html](http://scepisis.net/library/id_3655.html), dostęp: 22.04.2021). Podobna struktura w innych systemach (w tym polskim) wydaje się wynikać raczej z racjonalnej optymalizacji niż z przejmowania wzorców, jak to miało miejsce w początkach PRL.

<sup>52</sup> Postawy lekarzy znajdują „modelowe” odbicie w literaturze epoki (np. u Czechowa i Bułhakowa, którzy sami byli lekarzami). Były również charakterystyczne na ziemiach polskich (doktor Judym Żeromskiego).



albo rozwiązaniami łączącymi oba modele. Nierzadko trwają jednak, siłą tradycji albo bezwładności, jego dawne rozwiązania strukturalne i organizacyjne.

Ostatni z modeli finansowania ochrony zdrowia, model rynkowy, nie jest apriorycznie opracowaną konstrukcją. U jego początków nie widać szczególnych inspiracji doktrynalnych, analizy politycznych i społecznych uwarunkowań ani decyzji organów władzy zmuszonych do brania ich pod uwagę wraz z uwzględnieniem możliwości gospodarki i zasad skutecznego działania. Nie było też potrzeby wprowadzania go w życie regulacjami prawnymi. Jest on wynikiem naturalnego kształtowania się w określonym historycznie środowisku, zwłaszcza północno-amerykańskim<sup>53</sup>. Syntetyczne ujęcie modelu rynkowego pozwala na stwierdzenie, że obca jest mu idea solidaryzmu społecznego i koncepcja ochrony zdrowia jako obowiązku państwa wobec obywateli, za którą idzie powszechność i równość w dostępie do niej. Ma on charakter wolnorynkowy z minimalną ingerencją państwa, zachowującego funkcje ogólnego gwaranta legalności działania podmiotów prywatnych na rynku. Nie ma więc mowy o organizowaniu społecznego podziału ryzyka i zarządzaniu nim w skali zbiorowości<sup>54</sup>. Sektor ochrony zdrowia w modelu rynkowym jest po prostu segmentem rynku, na którym potrzebujący pomocy zdrowotnej jest klientem i gdzie działają prawa popytu oraz podaży. W praktyce działają wobec niego zasady indywidualnej odpowiedzialności, zapobiegliwości oraz wolnego wyboru. Dostępność usług zdrowotnych i lekarstw jest z kolei funkcją gotowości do zakupu i zapłaty za nie, zależy zatem w głównej mierze od zamożności pacjenta i hierarchii jego potrzeb.

W modelu rynkowym usługi zdrowotne oferowane są w różnych formach obrotu prywatnoprawnego. Najlepsze warunki rozwoju znalazły w nim zapoczątkowane w Wielkiej Brytanii w XVIII wieku dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wysokość składki zależy w nich przede wszystkim od wielkości ryzyka dotyczącego ubezpieczonego, w zwłaszcza od jego wieku i stanu zdrowia, rosnąc w miarę zwiększania się prawdopodobieństwa udzielenia mu świadczeń i poniesienia kosztów przez ubezpieczyciela. Zdarza się niekiedy, że składki pokrywane są przez pracodawców osób ubezpieczonych, np. w korporacjach pragnących w ten sposób związać ze sobą swoich pracowników, lecz co do zasady wybór formy i warunków ubezpieczenia jest pozostawiony decyzji ubezpieczającego oraz ubezpieczonego. Podmioty ubezpieczające i świadczące usługi zdrowotne są konkurującymi ze sobą przedsiębiorcami, a prowadzona przez nie działalność gospodarcza jest oceniana według kryteriów ekonomicznych, z zyskiem jako podstawą. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia wobec „nieobecności” państwa jest kontrolowane nie tylko przez „niewidzialną rękę rynku”, ale również przez jego otoczenie: uczestników dysponujących znacznym potencjałem ekonomicznym (towarzystwa ubezpieczeniowe oraz dostawcy dóbr i usług zdrowotnych), a także przez grupy nacisku, którymi są na rynku amerykańskim potężne korporacje zawodowe lekarzy i farmaceutów.

Nawet jednak w tak radykalnym wolnorynkowym systemie ochrony zdrowia jak amerykański pojawiły się zmiany w kierunku zwiększenia roli państwa. Umożliwiła je „legalizacja” od lat 30. XX wieku różnych postaci interwencjonizmu państwa federalnego, a także uznanie przez niektóre wpływowe ośrodki polityczne (demokratów) korzyści płynących z podjęcia pewnego zakresu funkcji opiekuńczych przez państwo. W programach wprowadzanych w życie od 1965

<sup>53</sup> „System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu”, M. Paszkowska, 2017, *Problemy Zarządzania*, 15, nr 3(69), cz. 1, s. 28; *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, P. Lenio, 2018, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 137-139. C. Włodarczyk i S. Poździejch (*Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, 2001, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 80) określają, że system modelu „wolnej inicjatywy” jest rozproszony. Nie oznacza to, że nie może stać się pod wpływem ingerencji regulacyjnej państwa jednorodnym bazowym składnikiem modelu mieszanego.

<sup>54</sup> Także jednak w tym modelu w odniesieniu do zbiorowości państwo przyjmuje obowiązki w zakresie zdrowia publicznego. Zob. „Funkcjonowanie współczesnych modeli”, P. Białynicki-Birula, 2007, *Zeszyty Naukowe UEK*, 759, s. 9.

wystąpiło ono jako organizator życia społecznego w celu niesienia pomocy zdrowotnej osobom starszym (powyżej 65 lat), niepełnosprawnym, chorym, matkom i dzieciom<sup>55</sup>. Inne programy koncentrowały uwagę na ubogich, zasadniczo niemających ubezpieczenia ze źródeł prywatnych<sup>56</sup>.

W warstwie aksjologicznej w działaniach tych chodzi także o ochronę wartości, które w społeczeństwie amerykańskim zawsze były respektowane, a dyktowana przez nie aktywność była podejmowana w niepublicznych formach filantropii i instytucji charytatywnych. Uzupełnienia modelu rynkowego w regulacjach federalnych o publicznym charakterze są specyficzne, a intencją prawodawców jest minimalizacja zakłócenia jego funkcjonowania. Podmioty państwowe działają w ramach tego systemu wedle ogólnych zasad rynkowych. Jednak samo ich dopuszczenie i funkcjonowanie wymagało wprowadzenia regulacji na rynku ubezpieczeniowym oraz usług zdrowotnych, zmian prawa podatkowego oraz umożliwienia dotacji, a także zainicjowania niosących z sobą wydatki programów rządowych. Środki publiczne dla tych form łączących elementy ubezpieczenia i pomocy budżetowej pochodzą z dodatkowych podatków (z udziałem pracodawców), częściowo składek, i za pośrednictwem budżetu trafiają do świadczeniodawców, podobnie jak środki od prywatnych ubezpieczycieli. Innym mechanizmem jest opłacanie składek z zebranych środków publicznych. Interwencja państwa, której adresatem w pierwszym rzędzie są osoby pozostające wcześniej poza rynkową ochroną zdrowia, ma jednak wpływ na liczbę ubezpieczeń i świadczeń, a więc także na ich ceny<sup>57</sup>. W związku z dużą liczbą osób objętych programami wpływ ten jest znaczący, choć z drugiej strony liczba beneficjentów, pomimo że – podobnie jak wydatki – stale rośnie, nie podlega znaczącym fluktuacjom.

<sup>55</sup> Mają one postać programów pomocowych. Zob. „Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce”, P. Łuniewska, 2014, *Współczesna Gospodarka*, 5(1), s. 69, a także „Funkcjonowanie współczesnych modeli”, P. Białynicki-Birula, 2007, *Zeszyty Naukowe UEK*, 759, s. 17. Chodzi przede wszystkim o istniejący od 1965 roku Medicare, pokrywający w różnych wariantach i różnymi metodami (czasem z ograniczeniami) koszty leczenia szpitalnego, usług medycznych i leków dla starszych i niektórych kategorii niepełnosprawnych. Program ten obejmował w 2018 roku prawie 60 z 327 mln mieszkańców USA. Zob. The 2019 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/Downloads/TR2019.pdf>, s. 6 (dostęp: 22.05.202).

<sup>56</sup> Program pomocy społecznej Medicaid także funkcjonuje od 1965 roku i dotyczy osób o niskich dochodach, koncentrując się na osobach starszych, dzieciach, kobietach w ciąży i osobach wychowujących dzieci. Jego celem jest doprowadzenie do uzyskania przez nie ubezpieczenia zdrowotnego. Finansowanie odbywa się poprzez budżet federalny i budżety stanowe. Medicaid objął w 2018 roku ok. 64 mln osób (ok. 20% mieszkańców i prawie 50% noworodków), przy czym zakresy podmiotowe Medicare i Medicaid w pewnej części pokrywają się (9 mln osób). Program tzw. Obamacare (Patient Protection and Affordable Care Act z 2010 roku) rozszerzył krąg uprawnionych do pomocy, wprowadził obowiązek ubezpieczycieli zawarcia umowy z określonymi kategoriami osób i zwiększył udział finansowania przez władze federalne, wprowadził też jednak dodatkowy podatek dla nieubezpieczonych prywatnie. W obecnym kształcie modelu poza systemem ochrony zdrowia żyje w USA w dalszym ciągu ok. 30 mln osób. Zob. *U.S. Health Care Coverage and Spending*, Congressional Research Service, In Focus, January 26, 2021, <https://fas.org/sgp/crs/misc/IF10830.pdf> (dostęp: 22.05.2021).

<sup>57</sup> Pośrednio ma też wpływ na jakość świadczeń. Istotne są różnice między poszczególnymi stanami. Zob. „Medicaid Managed Care’s Effects on Costs, Access, and Quality. An Update”, D. Franco Montoya, P. Kaur Chehal, E.K. Adams, *Annual Review of Public Health*, 41, s. 537-549, <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-040119-094345> (dostęp: 16.05.2021).

## Przemiany polskiego systemu ochrony zdrowia i sposobów jego finansowania

Warto zanalizować, jak przedstawia się rozwój polskiego systemu ochrony zdrowia na tle przedstawionych wcześniej modelowych rozwiązań jej finansowania.

Już u samego zarania niepodległości RP, w niezwykle złożonej sytuacji społecznej, politycznej i gospodarczej, władze podjęły się regulacji prawnej ochrony zdrowia<sup>58</sup>. Prace nad nią prowadzone były zresztą wcześniej, w latach 1917-1918, w Tymczasowej Radzie Stanu (w Komisji Departamentu Pracy do spraw Kas Chorych) i w samorządzie łódzkim oraz warszawskim<sup>59</sup>. W znacznej mierze wzorowano się na obowiązującej od 1911 roku zmodyfikowanej niemieckiej regulacji ubezpieczeniowej, dostosowując jej zasady do polskich warunków. W styczniu 1919 roku, jeszcze przed zwołaniem Sejmu Ustawodawczego, dekretem naczelnika państwa mającym rangę ustawy, wprowadzono przepisy o ubezpieczeniu zdrowotnym obejmującym wszystkich utrzymujących się z pracy najemnej (art. 4), w tym także „urzędników i pracowników gminnych i państwowych”<sup>60</sup>. Powołano do życia kasy chorych, co najmniej jedną w każdym powiecie i w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców (art. 1, art. 2). Kasy miały osobowość prawną (art. 3). Udzielały one swoim członkom i ich rodzinom bezpłatnej pomocy lekarskiej, zasiłków na koszty pogrzebów oraz zasiłków pieniężnych (art. 44). Pomoc lekarska przysługiwała członkom kas (płatnikom) przez okres choroby trwającej do 26 tygodni (art. 45, a jeśli nie pobierano zasiłku chorobowego, nawet do 39 tygodni – art. 46), zaś pozostającym na utrzymaniu „ślubnym i nieślubnym” członkom ich rodzin przez 13 tygodni (art. 67). Pomoc ta obejmowała także „dostarczanie lekarstw, środków opatrunkowych, okularów i innych pomniejszych środków leczniczych służących do przywrócenia zdrowia i zdolności zarobkowania, oraz środków pomocniczych przeciwko zniekształceniu i kalectwu, służących do przywrócenia zdrowia i zdolności zarobkowania” (art. 45 lit. a). Statuty kas ustalały maksymalną wysokość wydatków na środki pomocnicze i lecznicze. Dla członków rodzin bezpłatna była tylko sama pomoc lekarska i lekarstwa (art. 67 lit. a). Za zgodą chorego można było zamiast udzielania pomocy lekarskiej umieścić go w szpitalu, ponosząc koszty leczenia i utrzymania „według najniższej taryfy” (art. 57). W niektórych sytuacjach (np. przy chorobie zakaźnej) kasa była do tego zobowiązana na zlecenie lekarza lub mogła umieścić pacjenta bez jego zgody (art. 58). Członkowie kasy mieli prawo „wolnego wyboru lekarza spośród tych, z którymi kasa zawarła umowę” (art. 81). Dla zapewnienia kasom „korzystniejszych warunków” działania ich zarządy miały uprawnienie do zawierania umów ze szpitalami, lecznicami prywatnymi i gminnymi, z właścicielami aptek,

<sup>58</sup> Na ziemiach II Rzeczypospolitej obowiązywało w tym zakresie sześć różnych systemów prawnych odziedziczonych po zaborcach. W praktyce jednak żaden inny model finansowania poza ubezpieczeniowym w różnych wariantach narodowych nie był wówczas na świecie stosowany. Por. „Dyskusja ubezpieczeniowa na łamach „Gospodarki Narodowej” w latach 1931-1939”, A. Jarosz, 2001, *Gospodarka Narodowa*, 11-12(123-124), s. 1-2; „Zakład Ubezpieczeń Społecznych – 80 lat ciągłości ubezpieczeń społecznych”, Z. Derdziuk, 2014, w: K.W. Frieske, E. Przychodaj (red.), *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Społecznych – Zakład Ubezpieczeń Społecznych, s. 19.

<sup>59</sup> Zob. „Stan badań nad historią prawa ubezpieczeń społecznych w okresie II Rzeczypospolitej (1918-1939)”, M.J. Mazurkiewicz, 2015, *Studia Iuridica Toruniensia*, XVII, s. 151-152.

<sup>60</sup> Dekret z dnia 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.P.P.P. z 1919 r., Nr 9, poz. 122). Art. 4 przepisów przejściowych pozbawiał mocy na obszarze zaboru rosyjskiego ustawę z 1912 roku o ubezpieczeniu robotników na wypadek choroby (obowiązywała tylko w przedsiębiorstwach zatrudniających powyżej 20 robotników), tymczasowo zachowywał natomiast obowiązujące regulacje w pozostałych zaborach (niemiecką w zakresie ubezpieczenia od chorób istniejącą od 1883, a zwłaszcza ordynację ubezpieczeniową Rzeszy niemieckiej z 27 lipca 1911 roku i austriacką wprowadzoną w latach 1887 i 1888). Dekret naczelnika państwa (J. Piłsudskiego) był kontrasygnowany przez premiera (J. Moraczewskiego) i członków ówczesnego rządu o orientacji socjalistycznej. Zob. też „Zakład Ubezpieczeń Społecznych – 80 lat ciągłości ubezpieczeń społecznych”, Z. Derdziuk, 2014, w: K.W. Frieske, E. Przychodaj (red.), *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Społecznych – Zakład Ubezpieczeń Społecznych, s. 19.

składów materiałów aptecznych oraz środków leczniczych itp. (art. 84). Kasy mogły też zakładać i prowadzić własne ambulatoria, apteki, szpitale, sanatoria, domy dla ozdrowieńców, zakłady leczenia fizykalnego, instytuty diagnostyczne itp. (art. 85). Jeśli kasa spełniała przez dłuższy czas kryteria świadczące o jej dobrym stanie finansowym (gwarantującym bezpieczeństwo świadczeń dla członków), mogła wprowadzić ponadnormatywne świadczenia nadzwyczajne. Jeśli stan finansowy był bardzo dobry, była zobowiązana to uczynić (art. 68, art. 171). Świadczenia nadzwyczajne mogły obejmować m.in. przedłużenie czasu pomocy chorym, wydawanie im bezpłatnego pożywienia i większych środków leczniczych lub pomocniczych, podwyższanie zasiłku domowego przy leczeniu szpitalnym czy ustanowienie opieki nad ozdrowieńcami (art. 68).

Przynależność do kasy obejmującej określony obszar była obowiązkowa i wynikała zasadniczo z miejsca zatrudnienia (art. 7). Zgłoszenie zatrudnionego było obowiązkiem pracodawcy (art. 29). Wyjątki od obowiązkowego ubezpieczenia dotyczyły mogły zatrudnionych w instytucjach publicznych lub określonych przedsiębiorstwach, w których pracodawcy sami gwarantowali pracownikom świadczenia zdrowotne w wysokości nie niższej niż w okręgu danej kasy. Rozstrzygały o nich zarządy kas na wniosek pracodawcy poparty przez większość zatrudnionych (art. 10, art. 11). Możliwe były też ubezpieczenia dobrowolne (art. 14).

Działalność kas chorych była finansowana zgodnie z modelem ubezpieczeń ze składek członków (art. 87). Nadwyżki należało lokować na depozytach bankowych. Składki wraz z innymi dochodami, które przepisy dopuszczały, musiały pokryć koszty funkcjonowania kasy. O wymiarze składek i zasiłków decydowała przynależność ubezpieczonego do jednej z 12 grup ustalonych w zależności od wysokości zarobków (art. 37). Wysokość składek, wyjściowo przyjęta na 5% zarobków, zależna była ostatecznie od wielkości wydatków kasy. Opłacali je w 60% pracodawcy, a w 40% zatrudnieni (art. 87-90). Dekret przewidywał, że wyjątkowo część składki opłacała zamiast pracodawcy gmina miejsca zamieszkania (art. 92 – za „niestale zatrudnionych”), zaś skarb państwa (budżet) zwracał kasom koszty leczenia (i zasiłku) ich członków „tracących zarobek wskutek braku pracy” oraz członków ich rodzin (art. 96).

Kasy chorych miały charakter samorządowy. W skład ich zarządów wchodził wybrani w demokratyczny sposób przedstawiciele obowiązkowo ubezpieczonych oraz pracodawców (art. 122 i następne). Kasy mogły tworzyć związki okręgowe i związek ogólnopolski oraz zawierać porozumienia dla realizacji swych celów (art. 173). Państwo zastrzegło sobie wytyczanie kierunków polityki zdrowotnej oraz nadzór nad instytucjami ubezpieczeniowymi poprzez urzędy ubezpieczeń społecznych. W ich skład także włączono przedstawicieli pracowników i pracodawców (art. 183). Urzędy zatwierdzały statuty poszczególnych kas (art. 181). Przyjęto, że budowa jednolitego systemu ubezpieczeń na wypadek choroby powinna zostać ukończona w Polsce w ciągu 3 lat (art. 6), a w ciągu 2 lat istniejące wcześniej kasy powinny dostosować swoje statuty do regulacji dekretu lub rozwiązać się (art. 5 przepisów przejściowych).

Wobec zmieniającej się sytuacji społecznej i politycznej zrezygnowano z przedstawienia dekretu Sejmowi Ustawodawczemu, który w krótkim czasie podjął własne prace legislacyjne, przyjmując dekret za ich podstawę. W maju 1920 roku Sejm Ustawodawczy uchwalił ustawę o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby<sup>61</sup>. Ubezpieczenie obejmowało wszystkich „zatrudnionych na podstawie stosunku roboczego lub służbowego” (art. 3)<sup>62</sup>. Ustawa doskonaliła i rozszerzała model przyjęty w dekreście z poprzedniego roku. Większa drobiazgowość regulacji zmniejszała autonomię poszczególnych kas na rzecz jednolitości systemu nadzorowanego

<sup>61</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. z 1920 r., Nr 44, poz. 272).

<sup>62</sup> Szacuje się, że mimo obligatoryjności ubezpieczeń obejmowały one z uwagi na strukturę społeczną i strukturę zatrudnienia (dominacja rolnictwa, drobnego rzemiosła i handlu rodzinnego) mniej niż 20% społeczeństwa.

przez państwo<sup>63</sup>. Proces tworzenia sieci kas chorych był długotrwały i trudny, zwłaszcza na ziemiach wschodnich dawnego zaboru rosyjskiego<sup>64</sup>.

Prace nad doskonaleniem ubezpieczeń zdrowotnych podjęto w 1927 roku, zintensyfikowano je w 1929 i sfinalizowano w roku 1933 w procesie tworzenia całościowego systemu ubezpieczeń społecznych<sup>65</sup>. W uchwalonej wtedy ustawie o ubezpieczeniu społecznym stały się one tylko jednym z przedmiotów regulacji prawnej<sup>66</sup>. Znacznie powiększono w stosunku do nich obszar szczegółowych regulacji ustawowych, zwłaszcza co do charakteru i zakresu świadczeń, struktury i organizacji systemu oraz zasad jego funkcjonowania i gospodarki finansowej. W miejsce kas chorych powołano „ubezpieczalnie społeczne” (art. 17 i art. 296), które miały przejąć ich majątek na obszarze swojej właściwości terytorialnej (art. 233). Okręgi ubezpieczalni społecznych obejmujących jeden lub kilka powiatów i ich siedziby określać miał Minister Opieki Społecznej, kierując się liczbą obowiązkowo ubezpieczonych (art. 22: nie mogła być niższa niż 10 tys.). Okręg jednej ubezpieczalni obejmował średnio 4-5 powiatów. Większe niż wcześniej okręgi miały gwarantować uzyskanie przez ubezpieczalnie odpowiedniej rezerwy środków finansowych, większego potencjału ekonomicznego i stabilizacji, a poza tym uproszczenie struktur, którymi zamierzano kierować<sup>67</sup>. Wprowadzane przez sanację zmiany również w zakresie ubezpieczeń społecznych wzmocniały organy państwa kosztem demokratycznie wybieranego samorządu<sup>68</sup>. Działalność ubezpieczalni była odtąd uzupełniana i koordynowana przez „zakłady ubezpieczeń społecznych” (art. 243 i nast.). Było ich cztery: Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków, Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników i Zakład

<sup>63</sup> Rozszerzono m.in. zakres podmiotowy obowiązkowego ubezpieczenia, zniesiono zakładowe i branżowe świadczenia zdrowotne zwalniające od obowiązku ubezpieczenia (dopuszczono tylko osobną kolejową kasę chorych), zwiększono liczbę grup zarobkowych do 14, wprowadzono szerszy zakres statutowych obowiązków kas, uszczegółowiono zasady poboru składek, przyjęto obowiązek składkowy od każdego otrzymanego wynagrodzenia niezależnie od liczby pracodawców ubezpieczonego, uregulowano dokładniej zasady działania organów kas i ich gospodarki finansowej. Związki kas (okręgowe i ogólnopolski) stały się obowiązkowe. Wskazując źródła dochodów kas chorych, wykluczono możliwość prowadzenia odpłatnej działalności zdrowotnej czy aktywności gospodarczej na cele statutowe. Oprócz składek dochody pochodzić mogły z kar, darowizn i zapisów, zapomóg instytucji publicznych (czyli subwencji) oraz odsetek od kapitałów, które kasy obowiązane były lokować (art. 86 i art. 87).

<sup>64</sup> Zob. w odniesieniu do robotników leśnych *Wyręby drzewostanu i Kasy Chorych na Kresach Wschodnich*, I. Szac, 1931, Równe 1931, s. 1 (<https://academica.edu.pl/reading/readSingle?page=11&uid=9618105>, dostęp: 23.04.2021). Zwraca uwagę prowadząca do negatywnych skutków zróżnicowana interpretacja stanów faktycznych i przepisów przez poszczególne niezależne od siebie kasy chorych (m.in. s. 11). Zob. też „Pamiętnik”, S. Giebocki, 1939, w: *Pamiętniki lekarzy*, Warszawa: Wyd. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, s. 274; „Dyskusja ubezpieczeniowa na łamach „Gospodarki Narodowej” w latach 1931-1939”, A. Jarosz, 2001, *Gospodarka Narodowa*, 11-12(123-124), s. 6-7.

<sup>65</sup> „Ubezpieczenie emerytalne robotników w Polsce w latach 1918-1939”, A. Jarosz-Nojszewska, 2012, w: J. Chumiński, M. Zawadka (red.), *Z dziejów przemysłu przed 1945 rokiem*, VII Wrocławskie Spotkania z Historią Gospodarczą, Wrocław: Wydawnictwo Gajt, s. 273-274.

<sup>66</sup> Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U z 1933 r., Nr 51, poz. 396), tzw. „ustawa scaleniowa”, w mocy od 1.01.1934 roku, scalała w jednym akcie regulacje istniejących rodzajów ubezpieczeń społecznych i objęła sobą wszystkie dawne zabory poza obszarem Górnego Śląska, na którym zobowiązania międzynarodowe utrzymały wcześniejsze ustawodawstwo socjalne. Ustawa ta obowiązywała formalnie do końca 1998 roku (art. 171 pkt. 1 ustawy z o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 roku). Od 1.01.1999 roku ubezpieczenia zdrowotne podlegały regulacjom ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 r., Nr 28, poz. 153).

<sup>67</sup> Zmniejszenia liczby kas chorych i pokrewnych struktur z prawie 300 do 61 dokonano już w 1931 roku na podstawie Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 1930 r., Nr 81, poz. 635), art. 72 i Rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 28 września 1931 r. w sprawie reorganizacji kas chorych (Dz.U. z 1931 r., Nr 94, poz. 724; por. zał. 1 i 2: 75% kas uległo wtedy likwidacji). Zob. „Kształtowanie się Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako podmiotu ubezpieczeń społecznych w Polsce”, P. Makarzec, 2017, *Roczniki Ekonomii i Zarządzania*, 9(45), nr 2, s. 10; Scalanie i tworzenie polskiego systemu ubezpieczeń społecznych, [https://www.zus.pl/o-zus/o-nas/85-lat-zus/tworzenie-polskiego-systemu-ubezpieczen-spoecznych#\\_ftn1](https://www.zus.pl/o-zus/o-nas/85-lat-zus/tworzenie-polskiego-systemu-ubezpieczen-spoecznych#_ftn1) (dostęp: 23.03.20210).

<sup>68</sup> W kasach chorych w ośrodkach robotniczych silne były wpływy opozycyjnej PPS.

Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. Ubezpieczalnie tworzyły fundusze rezerwowe oraz specjalne fundusze celowe, podobnie jak Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby (art. 17, art. 237-239). Wszystkie te instytucje były podmiotami prawa publicznego.

Rozszerzono i sprecyzowano krąg osób obowiązkowo ubezpieczonych. Przyjęto, że wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosić będzie 5% zarobku osoby ubezpieczonej (art. 220 ust. 1 pkt. 1; składka pracowników umysłowych wynosiła 4,6%)<sup>69</sup>. Według nowych przepisów składka „przypadała w połowie na pracownika” (art. 220 ust. 2). Przyjęto maksymalną wysokość wynagrodzenia, od którego pobierano składki; od wyższych niż to maksimum wynagrodzeń nie była już ona wymagana (art. 13). Zasady udzielania pomocy leczniczej przez ubezpieczalnie powtarzały konstrukcje poprzednich regulacji dotyczących kas chorych<sup>70</sup>. Zauważalna okazała się ogólna tendencja ograniczania swobody umów czy zakładania własnych placówek zdrowotnych poprzez wprowadzenie do procesów decyzyjnych odpowiedniego centralnego zakładu albo ministerstwa opieki społecznej (art. 122 i nast.). Wprowadzono ponadto w ustawie zasadę częściowej odpłatności („dopłaty”) „za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze”, które ustalać miał w rozporządzeniu minister opieki społecznej (art. 96 ust. 1).

Rozszerzono stosowanie metody kapitałowej. Do dochodów („wpływów”) ubezpieczalni dołączono obok składek i dopłat (oraz przysługujących już kasom chorych odsetek od kapitałów) także dochody „z urzędzeń i majątku” (art. 234 pkt 6). Dopuszczono więc m.in. wpływy z najmu nieruchomości. Ubezpieczalnie nie mogły jednak prowadzić działalności gospodarczej, zwłaszcza w sferze statutowej. Założona konieczność przepływów finansowych między wszystkimi podmiotami systemu komplikowała gospodarkę finansową.

Była to jedna z przyczyn, dla których w 1934 roku dokonano w rozporządzeniu prezydenta modyfikacji struktury systemu ubezpieczeń przyjętej w poprzednim roku<sup>71</sup>. W miejsce czterech zakładów ubezpieczeń społecznych utworzono istniejący do dzisiaj Zakład Ubezpieczeń Społecznych z siedzibą w Warszawie, mogący jednak tworzyć „lokalne oddziały” (art. 17, art. 55). Zakład ten zarządzał pięcioma funduszami odpowiadającymi zakresowo wcześniejszym zakładom (dodano Fundusz Ubezpieczeń na Wypadek Braku Pracy Pracowników Umysłowych). Fundusze były osobami prawa publicznego i miały własność „majątku i wpływów związanych z poszczególnymi rodzajami ubezpieczeń” (art. 17 a). Jednym z nich był Ogólny Fundusz Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa. Fundusze były w zasadzie instytucjami samofinansującymi

<sup>69</sup> Pracowników umysłowych obciążały też składki przewidziane w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz.U. z 1927 r., Nr 106, poz. 911), które obowiązywało do 1954 roku. Zasadniczo dotyczyły ubezpieczeń na wypadek bezrobocia i niezdolności do wykonywania zawodu, śmierci oraz na starość. Mowa w niej była jednak także o pomocy leczniczej w okresie bezrobocia oraz po zakończeniu okresu ubezpieczenia na zasadach ogólnych, o ile choroba trwała nadal (art. 15, 20, 25 i 41). Składka na świadczenia na wypadek braku pracy (obejmowały też zasiłek chorobowy) zależała od „grupy zarobkowej” i wynosiła 2% od jej dolnego progu (progi zmieniały się skokowo o wartości od 30 do 80 zł; art. 14 i 102). Koszty wydłużonego leczenia pokrywane były ze składek emerytalnych, które wynosiły 8% (art. 103). Składki ubezpieczenia emerytalnego i od bezrobocia pracowników umysłowych zarabiających mniej niż próg najniższej grupy pokrywał w całości pracodawca, zarabiających powyżej najwyższego progu – tylko w 40%. W pozostałych grupach udział pracodawcy w składce wynosił 60% i 50% przy wyższych zarobkach (art. 104). Składka zdrowotna i wypadkowa opłacane były na zasadach ustaw ogólnych. Cały system ubezpieczeń społecznych był zespołem dobrze skorelowanych między sobą podsystemów, łącznie z ubezpieczeniami zdrowotnymi.

<sup>70</sup> Interesujące jest spostrzeżenie S. Giebockiego („Pamiętnik”, 1939, w: *Pamiętniki lekarzy*, Warszawa: Wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, s. 274-275), że „fundusze Kas Chorych były przeważnie wyczerpywane... [w następujący sposób:], tak więc 17% szło na aptekę, 17% na lekarzy i akuszerki, 40% na zasiłki chorobowe, 8% na administrację, 4% na transport chorych, 15% na szpitale i sanatoria”. Pamiętnikarz zapisuje, że „urzędnicy państwowi dopłacali 25% ceny zapisywanego lekarstwa”.

<sup>71</sup> Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 24 października 1934 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. z 1934 r., Nr 95, poz. 855).

się, bez możliwości przenoszenia środków między nimi. Pozycja ZUS wobec ubezpieczalni uległa dodatkowemu wzmocnieniu także przez samą konstrukcję prawną Funduszu i scentralizowane zarządzanie<sup>72</sup>. We wspomnianym rozporządzeniu prezydenta zrobiono następny krok do „etatyżacji” ubezpieczeń zdrowotnych, wprowadzając obowiązek instytucji ubezpieczeniowych i związków samorządu terytorialnego do wzajemnego korzystania dla swoich potrzeb, na zasadach i w zakresie ustalonym przez organy rządowe, z prowadzonych przez nie zakładów i urzędów sanitarnych leczniczych i zapobiegawczych, jak również z aptek, składnic aptecznych (szczebel pośredni między hurtowniami leków i aptekami<sup>73</sup>) i punktów rozdawania leków. Podobny obowiązek spoczywał na instytucjach ubezpieczeń społecznych w odniesieniu do zakładów i urzędów prowadzonych przez instytucje państwowe (rządowe, art. 126 ust. 2).

Przed samą wojną wydano ustawę o publicznej służbie zdrowia<sup>74</sup>. Zgodnie z utrwalonym podziałem, do szerokiego i zróżnicowanego zakresu jej zadań należeć miało „wykonywanie pieczy nad zdrowiem ludności”. W szczególności wchodziło doń zwalczanie chorób i profilaktyka, opieka nad matką i dzieckiem, nadzór nad zakładami leczniczymi i uzdrowiskami, nad „higieną bytowania”, zaopatrzeniem w wodę i usuwaniem nieczystości, prowadzenie nadzoru sanitarnego nad artykułami żywnościowymi oraz wyrobem i obrotem środkami leczniczymi (art. 1). Zadania te realizować miał w systemie budżetowym minister opieki społecznej przy pomocy – przede wszystkim – administracji ogólnej i samorządowej. Są to kompetencje rozdzielone współcześnie między różne instytucje administracji rządowej. Podstawą systemu publicznej służby zdrowia stawały się działające już wcześniej samorządowe ośrodki zdrowia<sup>75</sup>. Ich zadania widziano w szczególności w sprawowaniu opieki higienicznej i lekarskiej nad matką i dzieckiem (do wieku szkolnego włącznie), zwalczaniu chorób społecznych i zakaźnych, pieczy nad higieną środowiska („otoczenia”), pomocy leczniczej w nagłych przypadkach, a także służenia nią ubogim. Zadaniem publicznej służby zdrowia miała być więc także ochrona zdrowia indywidualnego w ważnych społecznie zakresach, niezależnie od systemu ubezpieczeniowego. Ośrodki zdrowia mogły zawierać umowy o świadczenie usług leczniczych z ubezpieczalnią społeczną (art. 6 ust. 1). Założono, że docelowo wszystkie jednostki samorządowe będą „zakładać, utrzymywać i prowadzić” ośrodki zdrowia oraz zatrudniać odpowiednią liczbę lekarzy i „niezbędnego personelu fachowego” (art. 7 ust. 1, art. 5 ust. 1). Można przypuszczać, że w dalszej perspektywie ówczesne władze zmierzały do stworzenia całościowego systemu publicznej służby zdrowia w mieszanym modelu ubezpieczeniowo-budżetowym<sup>76</sup>. Koncepcja ta wykazuje pewne podobieństwa do aktualnie funkcjonującego systemu.

Zmiany wprowadzane w kolejnych regulacjach prawnych w dwudziestoleciu międzywojennym mieściły się jednak w zasadzie w ramach koncepcji przyjętych w 1919 roku. Od początku traktowano regulacje opieki zdrowotnej w modelu ubezpieczeniowym jako część szerszego zagadnienia ubezpieczeń społecznych w kontekście zabezpieczeń i ochrony pracy oraz pracownika. Wzorem u progu II Rzeczypospolitej mogły być tylko warianty modelu

<sup>72</sup> Dodatkowo dochodziły instrumenty ekonomiczne, m.in. zwiększenie obowiązkowych wpłat do ZUS-u wpływów ze składek zdrowotnych z 2-3% do 20% ich rocznej wartości (art. 239, służyły redystrybucji na subwencje, a ostateczną wielkość ustalał Minister Opieki Społecznej) oraz obowiązek przekazywania Zakładowi całości wpływów ze składek na niezdrowotne ubezpieczenia społeczne (art. 235).

<sup>73</sup> Zob. „Zaopatrzenie farmaceutyczny w systemie lecznictwa ubezpieczeniowego w II Rzeczypospolitej”, K. Hanisz, 1996, *Medycyna Nowożytna*, 3(1-2), s. 155.

<sup>74</sup> Ustawa o publicznej służbie zdrowia z 15 czerwca 1939 r. (Dz.U. z 1939 r., Nr 54, poz. 342).

<sup>75</sup> Zob. „Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944-1950”, P. Grata, 2017, *Polska 1944/45-1989, Studia i Materiały*, XV, s. 7.

<sup>76</sup> Należy przypomnieć, że inicjatorem silnego zaangażowania administracji publicznej w działania na rzecz ochrony zdrowia, w szczególności zdrowia publicznego (w tym higieny i profilaktyki), był ówczesny premier F.S. Składkowski, z zawodu lekarz.

ubezpieczeniowego. Inne wówczas nie istniały. Regulacje znane z dobrze funkcjonującej praktyki niemieckiej i austriackiej można było dostosowywać do polskiej praktyki i na swój sposób doskonalić<sup>77</sup>. Na plan pierwszy wysuwało się ubezpieczenie zdrowotne razem z chorobowym oraz wypadkowe. Później włączono do całościowej regulacji pozostałe elementy ubezpieczeń społecznych (emerytury i renty – „na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej”). Postępująca centralizacja sektora ubezpieczeń zdrowotnych i zwiększanie nadzoru państwa była wypadkową rzeczywistych potrzeb usprawnienia działalności, zabezpieczenia przed nieprawidłowościami oraz politycznych dążeń sprawujących władzę<sup>78</sup>. Nie odchodzono jednak radykalnie od koncepcji jego funkcjonowania. Dotyczy to zwłaszcza zasad finansowania (dopłaty budżetowe pojawiły się w szerszym zakresie tylko w przypadku świadczeń emerytalnych). Przyjęte rozwiązania strukturalno-organizacyjne też miały charakter centralistyczny i ułatwiający nadzór państwa. Zachowano jednak pewien zakres swobody samorządu instytucji ubezpieczeniowych. Przepisy przedwojenne na tyle dobrze realizowały cele silnie scentralizowanego i sterowanego przez państwo systemu ochrony zdrowia, że również po zmianie ustroju społeczno-gospodarczego w PRL, odejściu od samorządności i zmianie sposobu finansowania na budżetowy, jego elementy, spełniające nowe funkcje, mogły być zachowane bez konieczności tworzenia nowych.

Deklaracje sił politycznych przejmujących władzę w Polsce po II wojnie światowej nie rysowały z początku scenariusza radykalnej zmiany modelu i zatajały rzeczywiste zamiary. Manifest PKWN z 22 lipca 1944 roku podkreślał konieczność poprawy bytu oraz potrzebę „nowoczesnych” regulacji w zakresie ochrony pracy i pracowników. W odniesieniu do ubezpieczeń mówił, że „natychmiast rozpocznie się odbudowa i rozbudowa instytucji Ubezpieczeń Społecznych na wypadek choroby, inwalidztwa, bezrobocia oraz ubezpieczenia na starość” i że instytucje te „oparte będą na zasadach demokratycznego samorządu”<sup>79</sup>. Nowe władze rychło podjęły pierwsze kroki legislacyjne. Miały one głównie cele polityczno-propagandowe. Dekrety PKWN zniosły pobierane przez ubezpieczalnie od 1933 roku dopłaty „za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze”<sup>80</sup>, dostosowały wymiar świadczeń oraz składek do faktycznych zarobków (likwidując ograniczenia), ustalając je także dla osób o bardzo niskim wynagrodzeniu, a nawet pracujących bez wynagrodzenia<sup>81</sup>. Wydany we wrześniu 1945 roku dekret, który przerzucał opłatę całości składki na pracodawców, był już jednak zapowiedzią odejścia od koncepcji solidarności społecznej, a w perspektywie upaństwowienia („uspołecznienia”)

<sup>77</sup> Por. „Stan badań nad historią prawa ubezpieczeń społecznych w okresie II Rzeczypospolitej (1918-1939)”, M.J. Mazurkiewicz, 2015, *Studia Iuridica Toruniensia*, XVII, s. 149, 152.

<sup>78</sup> Sanacyjne wyobrażenia o silnym państwie narzucały mechanizmy jednolitego zarządzania sprawami publicznymi i publicznym majątkiem. W tym wypadku władza brała pod uwagę silną pozycję ekonomiczną kas chorych (a potem ubezpieczalni) i ich wpływ na gospodarkę. Sektor ubezpieczeń społecznych wykazywał dużą dynamikę rozwoju. Wartość majątku funduszy zarządzanych przez ZUS stale wzrastała i wyniosła przed wojną ok. 1,5 mld zł. Zob. „Kształtowanie się Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako podmiotu ubezpieczeń społecznych w Polsce”, P. Makarzec, 2017, *Roczniki Ekonomii i Zarządzania*, 9(45), nr 2, s. 17. W tym samym czasie budżet Polski (1938 rok) zamknął się po stronie dochodów i wydatków kwotami nieco niższymi od 2,5 mld zł. Zob. Budżet II Rzeczypospolitej w latach 1924-1939, <https://dzieje.pl/infografiki/budzet-ii-rzeczypospolitej-w-latach-1924-1939> (dostęp: 02.04.2021).

<sup>79</sup> Zob. [https://pl.wikisource.org/wiki/Manifest\\_Polskiego\\_Komitetu\\_Wyzwolenia\\_Narodowego](https://pl.wikisource.org/wiki/Manifest_Polskiego_Komitetu_Wyzwolenia_Narodowego) (dostęp: 06.04.2021). W okresie okupacji kierowany przez ZUS system ubezpieczeniowy działał pod niemieckim zarządem wyłącznie na terenie Generalnego Gubernatorstwa. Borykał się z bardzo trudnymi warunkami finansowymi (utrata części majątku i wpływów ze składek). Zob. „Kształtowanie się Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako podmiotu ubezpieczeń społecznych w Polsce”, P. Makarzec, 2017, *Roczniki Ekonomii i Zarządzania*, 9(45), nr 2.

<sup>80</sup> Art. 1 wydanego dzień po dekrete o reformie rolnej Dekretu PKWN z 7 września 1944 r. o zniesieniu dopłat pobieranych przez ubezpieczalnie społeczne od ubezpieczonych (Dz.U. z 1944 r., Nr 4, poz. 19).

<sup>81</sup> Dekret PKWN z dnia 23 października 1944 r. o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. z 1944 r., Nr 4, poz. 44).



gospodarki również odejścia od systemu ubezpieczeń opartych o składki<sup>82</sup>. Wydane w następnych latach dekrety rozszerzały uprawnienia ubezpieczonych i podporządkowywały w jeszcze większym stopniu działalność ubezpieczalni przepisom wydawanym przez administrację rządową. Z drugiej strony zwiększone koszty ochrony zdrowia spowodowały mało zachęcającą propagandowo likwidację uprawnienia do zasiłku, jeśli choroba trwała mniej niż 3 dni. Po formalnej likwidacji autonomii Górnego Śląska zniesiono także obowiązujące tam odrębne, pruskie jeszcze, regulacje ubezpieczeniowe, co zakończyło w 1946 roku ostatecznie proces „scalania”<sup>83</sup>. Dalsze zmiany ubezpieczeń społecznych w latach 1947-1950 prowadziły z jednej strony do zwiększenia socjalnych uprawnień ubezpieczonych do świadczeń<sup>84</sup>, z drugiej – do centralizacji zarządzania funduszami.

W 1949 roku zniesiono ograniczenie okresu świadczenia pomocy leczniczej (poprzednio 26 tygodni i 13 dla członków rodzin), przyznając prawo do niej nawet po ustaniu stosunku pracy (przez 26 tygodni). Zniesiono odrębność finansową ubezpieczeń na wypadek choroby oraz macierzyństwa, od wypadków i chorób zawodowych oraz ubezpieczenia emerytalnego robotników i pracowników umysłowych, wprowadzono wspólny fundusz zarządzany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i ustanowiono składkę łączną. Miała ona zapewnić zbilansowanie wydatków na świadczenia oraz kosztów administracyjnych i innych wydatków z nimi związanych. Przyjęto, że jej wysokość będzie zróżnicowana w zależności od działu gospodarki. Konkretną wielkość obciążenia ustalać miała Rada Ministrów w porozumieniu z władzami związków zawodowych. Poza systemem pozostało jeszcze ubezpieczenie rodzinne oraz od bezrobocia i utraty pracy dla robotników i pracowników umysłowych (w nowym ustroju społeczno-gospodarczym straciły one znaczenie), a także ubezpieczenie pensyjne górników, ale i w ich przypadkach składki ustalała Rada Ministrów<sup>85</sup>. Kierunek dalszych zmian został już ujęty normatywnie: Rada Ministrów uzyskała uprawnienie do określania w rozporządzeniach zasad organizacji ubezpieczeń o charakterze powszechnym oraz likwidacji instytucji działających w tym zakresie, łączenia ich i tworzenia nowych<sup>86</sup>. Ułatwiło to rządzącym przejście do nowego modelu.

<sup>82</sup> Dekret PKWN z dnia 29 września 1945 r. o uiszczaniu przez pracodawców całości składek na ubezpieczenia społeczne i na Fundusz Pracy (Dz.U z 1945 r., Nr 43, poz. 240). Obejmował również pracodawców państwowych i komunalnych w stosunku do kategorii pracowników umysłowych. Odnosił się w szczególności do „pracodawców rolnych”, którzy musieli dodatkowo opłacać całość kosztów pomocy lekarskiej i lekarstw (poprzednio 90%; art. 1 zmieniał art. 212 ust. 1 pkt 1 ustawy z 1933 roku). Dekret podpisany przez W. Gomułkę (w zastępstwie B. Bieruta) i J. Stańczyka (socjalistę, wcześniej ministra pracy i opieki społecznej w rządach Sikorskiego i Mikołajczyka na uchodźstwie) wszedł w dodatku w życie z mocą wsteczną.

<sup>83</sup> Dekret PKWN z dnia 8 stycznia 1946 r. o zmianie i uzupełnieniu ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U z 1946 r., Nr 4, poz. 28); Dekret z dnia 13 grudnia 1946 r. o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. z 1947 r., Nr 2, poz. 4).

<sup>84</sup> Doktrynalnie uwarunkowane apogeum osiągnięto w 1950 roku rozszerzając ubezpieczenie rodzinne na pracowników rolnych z sektora państwowego i spółdzielczego (Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 18 kwietnia 1950 r. w sprawie zastosowania ubezpieczenia rodzinnego do pracowników rolnych, Dz.U. z 1950 r., Nr 19, poz. 159). Nie objęto nim jednak osób prowadzących własne gospodarstwa rolne. Wobec faktu, że w tym samym czasie „z pracy w rolnictwie indywidualnym utrzymywało się aż 43,6% ludności kraju, oznaczało to, że blisko połowa mieszkańców nadal nie miała równego dostępu do ochrony zdrowia” („Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944-1950”, P. Grata, 2017, *Polska 1944/45-1989. Studia i Materiały*, XV, s. 21). Odgrywały tu rolę znaczne koszty, ale decyzja była równocześnie wyrazem ideologicznej niechęci do prywatnych właścicieli ziemi i instrumentem nacisku na tworzenie spółdzielni produkcyjnych. Dopiero w 1972 roku powszechny i bezpłatny system ochrony zdrowia objął tę grupę społeczeństwa.

<sup>85</sup> Były one mocno ugruntowane historycznie, wywodziły się z tradycji ubezpieczeń brackich pod zaborem niemieckim i utrzymano je jako dodatkowe zabezpieczenie o charakterze emerytalnym na wypadek trwałej niezdolności do pracy z powodu wieku lub stanu zdrowia ze względu na specyfikę zatrudnienia (później także w ramach ujednoczonego systemu). Zob. „Świadczenia emerytalno-rentowe związane z pracą w górnictwie w okresie międzywojennym w Polsce”, A. Przybyłka, 2016, *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 293, s. 143, 148, 151; „Ubezpieczenia brackie i ich funkcjonowanie na Górnym Śląsku w okresie międzywojennym”, B. Danowska-Prokop, 2019, *Optimum, Economic Studies*, 2(96), s. 84-87, 94.

<sup>86</sup> Ustawa z dnia 1 marca 1949 r. o zmianie niektórych przepisów o ubezpieczeniach społecznych (Dz.U. z 1949 r., Nr 18, poz. 109), art. 1, art. 2 i art. 9.

W odniesieniu do ochrony zdrowia indywidualnego władze komunistyczne w istocie rzeczy już w 1945 roku sformułowały prymat państwowej służby zdrowia. W 1947 roku zaczęło znajdować w praktyce wyraz dążenie do wydzielenia lecznictwa z modelu ubezpieczeń społecznych. Wiązać to się musiało z przejściem placówek lecznictwa przez administrację państwa i jednolitym zarządzaniem nimi przez jej struktury. Wyznaczono do tego, jak w ZSRR, ministerstwo zdrowia, powołane zresztą już w 1945 roku, odbierając dawne kompetencje ministerstwu pracy i opieki społecznej. Podstawy systemowe stworzone zostały pod koniec 1948 roku w ustawie o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia<sup>87</sup>. W ocenie sprawujących władzę otwierała ona nowy etap „budowy socjalistycznej służby zdrowia” (Grata, 2017, s. 11, 13). Faktycznie uzyskiwali oni pełnię instrumentów prowadzenia polityki zdrowotnej w zintegrowanym systemie i kontrolę nad jego finansowaniem, przy zachowaniu jeszcze formalnego podziału na „zakłady społeczne służby zdrowia” utrzymywane przez państwo i jego jednostki, samorządy terytorialne i instytucje ubezpieczeniowe (art. 1)<sup>88</sup>. Przesądzone zostały losy lecznictwa ubezpieczeniowego. Do 1950 roku państwo podporządkowało sobie także placówki samorządowe i należące do osób prawnych (np. fundacji) oraz instytucji charytatywnych. W 1950 roku zlikwidowano także tradycyjny samorząd lekarski, wprowadzając „w zamian” zunifikowany związek zawodowy.

Ukoronowaniem zmian były dwie ustawy uchwalone 20 lipca 1950 roku. W pierwszej, o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych<sup>89</sup>, definitywnie pozbawiono Zakład własności w zakresie finansowania i prowadzenia ochrony zdrowia, pozostawiając mu pozostałe „rodzaje ubezpieczeń społecznych” (art. 1 ust. 1). Druga ustawa, o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego<sup>90</sup>, określała zasady funkcjonowania nowego systemu ochrony zdrowia. Powoływała ona Zakład o nazwie podobnej do ZUS w celu „organizowania i wykonywania opieki nad zdrowiem pracowników i ich rodzin”. Działać on miał pod kierownictwem i zwierzchnim nadzorem ministra zdrowia (art. 1 ust. 1). Zakres jego działania obejmował opiekę w sferze zapobiegania chorobom, ich leczenia oraz przywracania zdolności do pracy, w tym udzielenia wszystkich świadczeń, które przewidywała obowiązująca wciąż dawna ustawa o ubezpieczeniu społecznym (art. 2 ust. 1). Zniesiono ubezpieczalnie społeczne, a dla wykonywania swoich zadań Zakład prowadzić miał „zakłady i urzędy lecznicze oraz korzystać z zakładów leczniczych z innych zakładów społecznych służby zdrowia” (art. 4), czyli w praktyce te, które dotąd istniały, tylko w innej podległości. Oddziały wojewódzkie i obwodowe Zakładu pozostawały pod bezpośrednim nadzorem organów administracji państwowej odpowiedniego szczebla (art. 7). Dochody i wydatki nowej instytucji w całości wchodziły do budżetu państwa (art. 9). Ustawa czyniła z Zakładu Lecznictwa Pracowniczego, który miał osobowość prawną, prawnego sukcesora ZUS w sferze ochrony zdrowia indywidualnego i przekazywała mu majątek przeznaczony dla celów lecznictwa ubezpieczeniowego należący wcześniej do tego do Zakładu (art. 11).

<sup>87</sup> Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. z 1948 r., Nr 55, poz. 434).

<sup>88</sup> Proces upaństwowienia placówek medycznych przyspieszył. Zakończył się on w początkach lat 50. Co do szpitalnictwa zob. „Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944-1950”, P. Grata, 2017, *Polska 1944/45-1989. Studia i Materiały*, XV, s. 15-16. Dążenie do podporządkowania państwu placówek leczniczych prowadziło również do drastycznego ograniczenia praktyk indywidualnych lekarzy. Ibidem, s. 9, 11-13.

<sup>89</sup> Ustawa z 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 1950 r., Nr 36, poz. 333).

<sup>90</sup> Ustawa z 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego (Dz.U. z 1950 r., Nr 36, poz. 334). Zob. *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, P. Lenio, 2018, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 93 i n.

Wraz z uchwaleniem ustaw z lipca 1950 roku proces stopniowego wchłaniania systemu ubezpieczeniowego w ochronie zdrowia przez państwo socjalistyczne uległ zakończeniu i można uznać, że zaprowadzono wówczas w Polsce model Siemaszki. Władze zdecydowały się jednak po roku na jeszcze jeden krok, zamykający symbolicznie cały ciąg zdarzeń zapoczątkowany w 1944 roku. Dokonano go w ustawie o włączeniu lecznictwa pracowniczego do państwowej służby zdrowia, znosząc Zakład Lecznictwa Pracowniczego i przekazując jego zadania ministerstwu zdrowia (art. 1 ust. 1; art. 2 ust. 1)<sup>91</sup>. Zwiększono więc jeszcze stopień centralizacji systemu, a organom władzy dano uprawnienie do kompleksowego zarządzania systemem. W terenie sprawami lecznictwa kierować i zarządzać miały organy administracji zespolonej (prezydium rad narodowych, art. 1 ust. 2). Majątek Zakładu, a w szczególności wszystkie jego zakłady i urządzenia lecznicze, przeszedł teraz na własność państwa (art. 2 ust. 2).

Władze państwowe, wyłączając ochronę zdrowia z systemu ubezpieczeniowego, przejęły bezpośrednią odpowiedzialność za całość jego organizacji oraz funkcjonowania, a także za infrastrukturę, produkcję sprzętu, aparatury medycznej i leków oraz kształcenie i zatrudnienie personelu medycznego.

Lata 50. XX wieku były okresem wzmocnienia i konsolidowania systemu, do którego później wprowadzano korekty<sup>92</sup>, mające, zwłaszcza w końcowym okresie PRL, zmniejszać jego dysfunkcje. Próbowano także – wprowadzając oszczędności i ograniczenia przedmiotowe – przeciwdziałać skutkom chronicznego deficytu środków budżetowych. Finansowanie służby zdrowia nie było jednak priorytetem dla planujących budżet wobec innych uzasadnianych politycznie potrzeb, a skutki decyzji politycznych z pierwszych lat PRL były w tym zakresie ciężarem trudnym do podźwignięcia przez gospodarkę w wieloletnim stanie kryzysu.

Po zmianie ustroju społeczno-gospodarczego w latach 1989-1991 świadomość niezdolności państwa do utrzymania systemu ochrony zdrowia w ramach budżetu skłoniła w 1997 roku polityków obozu postsolidarnościowego (AWS), po uzyskaniu większości parlamentarnej i stworzeniu rządu, do podjęcia reformy. Powrót do modelu ubezpieczeniowego nie miał w praktyce alternatywy. Naturalne było więc czerpanie inspiracji z dorobku II Rzeczypospolitej, choć treści prawne odrywano od politycznych aspektów zmian dokonywanych w latach 30. XX wieku. Jak pokazał czas, rozdzielenie ochrony zdrowia od reszty ubezpieczenia społecznego zostało na trwałe wpisane w polski system prawny. Ani nie włączono ubezpieczenia zdrowotnego do całości systemu ubezpieczeń społecznych, ani nawet nie połączono z ubezpieczeniem chorobowym<sup>93</sup>.

Wprowadzając w 1997 roku w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ubezpieczeniowe kasy chorych, wyłączono w zasadniczej części ochronę zdrowia z budżetu państwa<sup>94</sup>. Powołane kasy chorych były publicznymi instytucjami ubezpieczeniowymi. Utworzono 16 kas regionalnych (na szczeblu wojewódzkim) i jedną kasę branżową dla służb mundurowych.

<sup>91</sup> Ustawa z 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia (Dz.U. z 1951 r., Nr 67, poz. 466).

<sup>92</sup> Zob. „Przemiany polskiej służby zdrowia w latach 1950-1960. Zagadnienie ochrony zdrowia matki i dziecka (najważniejsze problemy)”, U. Kozłowska, M. Bulsa, 2015, *Hygeia Public Health*, 50(1), s. 245. Taką zmianą było np. połączenie ministerstwa zdrowia z ministerstwem opieki społecznej oraz stworzenie dla nich wspólnych struktur administracji terenowej w 1960 roku. Co do losów ZUS zob. „Geneza, rozwój i stan ubezpieczenia społecznego w Polsce”, I. Jędrasik-Jankowska, 2014, w: K.W. Frieske, E. Przychodaj (red.), *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Społecznych – Zakład Ubezpieczeń Społecznych, s. 53-54.

<sup>93</sup> Zob. *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, P. Lenio, 2018, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 95. Por. uwagi M. Wocha („Instytucjonalne przenikanie się kompetencji dotyczących publicznych ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych w Polsce na przykładzie świadczeń rehabilitacji leczniczej, społecznej oraz zawodowej”, 2018, *Przegląd Prawa Publicznego*, 11, s. 24 i n., który zwraca uwagę na szkodliwe konsekwencje braku koordynacji rozdzielonych systemów.

<sup>94</sup> Zob. przypis 67. Ustawa obowiązywała od 1999 roku.

Kasy chorych zarządzały zgromadzonymi przede wszystkim ze składek środkami w systemie repartycyjnym. W 2003 roku, w nowej parlamentarnej konfiguracji politycznej, pod wpływem krytyki funkcjonowania dosyć zdecentralizowanego systemu, przeprowadzono jego modyfikację, wprowadzając w miejsce 17 kas jeden centralny fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia z oddziałami wojewódzkimi. Był on państwową jednostką organizacyjną wyposażoną w osobowość prawną (art. 36, art. 38)<sup>95</sup>. Nowa ustawa miała zapewnić równy dostęp do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od miejsca zamieszkania. W konsekwencji stworzono centralny wykaz ubezpieczonych (art. 20 ust. 3). Rok później (2004) przyjęto ostatnią już ustawę reformującą system ochrony zdrowia w Polsce: o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>96</sup>. Obowiązuje ona do dnia dzisiejszego.

Nie zrezygnowano jednak w całości z budżetowej metody finansowania wydatków na ochronę zdrowia. Finansowanie budżetowe pozostało nie tylko w sferze zdrowia publicznego, znowu wyraźnie oddzielonej instytucjonalnie, ale też w niektórych sferach ochrony zdrowia indywidualnego. Funkcjonujący w polskiej ochronie zdrowia system ma więc w sumie charakter mieszany. Jego fundamentem jest model ubezpieczeniowy realizowany za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>97</sup>. Jest on powszechny i obowiązkowy, chociaż dla pewnych podmiotów ubezpieczenie w nim może być dobrowolne (podobnie jak prywatne). Dochodzi do tego istotny udział środków budżetowych m.in. w zakresie zdrowia publicznego, specjalistycznych procedur medycznych, programów zdrowotnych czy opłacania składki ubezpieczenia zdrowotnego za osoby nieosiągające dochodu. Poza tym system jest otwarty na istnienie prywatnych ubezpieczeń komercyjnych.

W ostatnim dziesięcioleciu w wypowiedziach polityków odnoszących się krytycznie do stanu polskiej ochrony zdrowia i proponujących jej reformy pojawiały się sprzeczne tendencje w poszukiwaniu środków zaradczych. Z jednej strony mówiono o zwiększeniu elementów rynkowych (komercjalizacja, dodatkowe ubezpieczenia), z drugiej zaś o większym uzależnieniu systemu ubezpieczeniowego od administracji rządowej, przejmowaniu przez nią jego funkcji, a nawet o likwidacji ubezpieczeń, czyli ponownym upaństwowieniu ochrony zdrowia (projekt stworzenia Narodowej Służby Zdrowia, likwidacji NFZ i przekazania jego zadań ministrowi zdrowia, stworzenie sieci szpitali, obecne plany „Polskiego Ładu” dotyczące utworzenia Funduszu Modernizacji Szpitali, Funduszu Medycznego i Agencji Rozwoju Szpitali)<sup>98</sup>. Rozwój polskiej ochrony zdrowia wydaje się odbywać po spirali wedle zasad dialektyki heglowskiej, choć „nowe-stare” propozycje wynikają w największej mierze z nieznamości doświadczeń płynących z ich realizowania w przeszłości oraz ze skąpej liczby możliwych do przyjęcia rozwiązań ekonomicznych i prawnych.

<sup>95</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r., Nr 45, poz. 391). Zob. „System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu”, M. Paszkowska, 2017, *Problemy Zarządzania*, 15, nr 3(69), cz. 1, s. 32; *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, P. Lenio, 2018, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 105 i. n.

<sup>96</sup> Zob. przyp. 12. Konieczność zmian wynikła z zakwestionowania kluczowych przepisów ustawy z 2003 roku przez Trybunał Konstytucyjny. Kolejna wersja uwzględniła sugestie Trybunału, zachowała przy tym poprzednią koncepcję systemu, jego instytucje i zasady ich funkcjonowania. Podstawą prawną działania podmiotów wykonujących działalność leczniczą w ramach polskiego systemu jest od 2011 roku ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., Nr 12, poz. 624).

<sup>97</sup> Zob. np. „Miejsce i rola ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia w Polsce”, A. Piechota, 2014, *Studia Ekonomiczne*, 198(2), s. 206 i. n.

<sup>98</sup> Zob. krytyczne uwagi M. Paszkowskiej o projekcie wprowadzenia modelu budżetowego ministra K. Radziwiłła („System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu”, M. Paszkowska, 2017, *Problemy Zarządzania*, 15, nr 3(69), cz. 1, s. 26-27, 36 i. n.).

## Podsumowanie

Przedstawione wcześniej modele nie występują obecnie w praktyce poszczególnych państw w czystej postaci. Jest to konsekwencją uzupełniania systemowych instytucji rozwiązaniami o skuteczności sprawdzonej w modelach „konkurencyjnych”<sup>99</sup>. Ewolucja prowadzi do kształtowania się systemów „hybrydowych” o dominujących cechach jednego z modeli i do dostrzegalnych zjawisk konwergencji w praktyce realizacji teoretycznych założeń. Można też uznać to za „zjawiskowe odmiany” głównych modeli<sup>100</sup>. Nawet jeżeli „próby porządkowania systemu świadczeń są czynnością wtórną wobec jego tworzenia, warto jednak analizować kierunki działań ustawodawcy”<sup>101</sup> i rozumieć jego motywy. Wobec powtarzalności zjawisk i wąskiego zbioru instrumentów działania władz publicznych pozwala to – pomimo zmieniających się okoliczności – prognozować z dużym prawdopodobieństwem skutki reform.

Wydaje się, że przyjmowanie w praktyce pozamodelowych rozszerzeń systemu wiedzy generalnie w kierunku zbliżenia prawno-ekonomicznego określenia „zdrowia” do jego rozumienia bio-psycho-społecznego i w gruncie rzeczy potocznego. Niezależnie od przyjętego wyjściowo modelu, zjawisko to, wobec ograniczoności środków zasilających finansowo systemy publiczne, jest najlepiej dostrzegalne w sytuacji „legalizacji” elementów rynkowych w modelach nierynkowych<sup>102</sup>. Rozszerzanie elementów rynkowych spotyka się jednak z oporem wszędzie tam, gdzie za niezbywalne wartości systemu ochrony zdrowia uważa się jego publiczność, powszechność i równość dostępu, a także ochronę słabszych<sup>103</sup>. Poszukiwanie innych dróg optymalizacji też jest w gruncie rzeczy spowodowane intencją urzeczywistnienia podstawowych wartości systemowych. Pomimo braku stabilności prawa, zmiennych regulacji i rozwiązań, zależności systemów od okoliczności czasu i miejsca, założenia aksjologiczne i doktrynalne leżące u podstaw modeli ochrony zdrowia wciąż należą do obowiązującego paradygmatu kulturowego i politycznego. Twórcy obecnych reform są od niego zależni tak samo jak ich poprzednicy, jednak lepsza znajomość doświadczeń tych poprzedników mogłaby sprawić, że ich własne decyzje będą miały większą skuteczność, a przynajmniej nie będą powtarzać starych błędów.

<sup>99</sup> Zob. „Wielowymiarowe porównania systemów zdrowotnych w krajach OECD w kontekście realizowanych modeli ochrony zdrowia”, P. Białynicki-Birula, 2010, w: *Prace Naukowe UE we Wrocławiu, Finanse Publiczne*, 112, s. 66. Zob. też analizę racjonalności różnych wariantów modelu ubezpieczeniowego i budżetowego pióra J. Niżnik (*W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, 2004, Bydgoszcz-Kraków: Oficyna Wydawnicza Branta, s. 64).

<sup>100</sup> Por. interesujące uwagi T. Szumlicza („Publiczne fundusze socjalne – istota oraz organizacja i funkcjonowanie w Polsce”, 2014, *Studia z Polityki Publicznej*, 1, s. 89 i n.) o istocie „prawdziwych składek” w zestawieniu z podatkami i systemach „paraubezpieczeniowych”.

<sup>101</sup> „Geneza, rozwój i stan ubezpieczenia społecznego w Polsce”, I. Jędrasik-Jankowska, 2014, W: K.W. Frieske, E. Przychodaj (red.), *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Społecznych – Zakład Ubezpieczeń Społecznych, s. 7.

<sup>102</sup> Mogą one mieć zresztą nie tylko funkcje uzupełniające, ale także zastępcze (substytutywne) albo różnicujące (dające uprzywilejowany standard, co jest szczególnie dyskusyjne wobec postulatu równości). Por. „Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen”, S. Gress, S. Leiber, M. Manougian, 2009, *„Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Instituts Mitteilungen” (WSI Mitteilungen)*, 7, s. 369-370 i tab. 1 ([https://www.wsi.de/data/wsimit\\_2009\\_07\\_gress.pdf](https://www.wsi.de/data/wsimit_2009_07_gress.pdf), dostęp: 04.05.2021).

<sup>103</sup> Co do aksjologii systemów zob. „Aksjologiczne podstawy ubezpieczeń społecznych”, W. Sanetra, 2014, w: K.W. Frieske, E. Przychodaj (red.), *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Społecznych – Zakład Ubezpieczeń Społecznych, s. 29, 34, 37-38. Chodzi m.in. o solidarność, sprawiedliwość, godność osoby ludzkiej, wolność (z obowiązkiem ubezpieczeń pozostaje raczej w sprzeczności), demokrację (wyraża się np. w samorządzie obu stron ubezpieczeń), równość (w tym obu płci), a także pluralizm, niedyskryminację, tolerancję, praworządność, prawa człowieka.

## Bibliografia

### Akty prawne i inne źródła:

- Dekret PKWN z 7 września 1944 r. o zniesieniu dopłat pobieranych przez ubezpieczalnie społeczne od ubezpieczonych (Dz.U. z 1944 r., Nr 4, poz. 19).
- Dekret PKWN z dnia 23 października 1944 r. o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. z 1944 r., Nr 4, poz. 44).
- Dekret PKWN z dnia 29 września 1945 r. o uiszczaniu przez pracodawców całości składek na ubezpieczenia społeczne i na Fundusz Pracy (Dz.U. z 1945 r., Nr 43, poz. 240).
- Dekret PKWN z dnia 8 stycznia 1946 r. o zmianie i uzupełnieniu ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. z 1946 r., Nr 4, poz. 28).
- Dekret z dnia 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.P.P.P. z 1919 r. nr 9 poz. 122).
- Dekret z dnia 13 grudnia 1946 r. o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. z 1947 r., Nr 2, poz. 4).
- Essential Public Health Services (USA). Pobrane z: <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>.
- Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, Deutsches Reichsgesetzblatt Band 1883, Nr 9. Pobrane z: [https://de.wikisource.org/wiki/Gesetz,\\_betreffend\\_die\\_Krankenversicherung\\_der\\_Arbeiter#%C2%A7\\_1](https://de.wikisource.org/wiki/Gesetz,_betreffend_die_Krankenversicherung_der_Arbeiter#%C2%A7_1).
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 dnia kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483).
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz.U. z 1948 r., Nr 61, poz. 477); Constitution of the World Health Organization, New York, 22.07.1946. Pobrane z: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- Manifest Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego z 22.07.1944. Pobrane z: [https://pl.wikisource.org/wiki/Manifest\\_Polskiego\\_Komitetu\\_Wyzwolenia\\_Narodowego](https://pl.wikisource.org/wiki/Manifest_Polskiego_Komitetu_Wyzwolenia_Narodowego).
- Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19 grudnia 1966 roku (Dz.U. z 1977 r., Nr 38, poz. 169).
- Raport W. Beveridge'a. Pobrane z: <http://filestore.nationalarchives.gov.uk/pdfs/small/cab-66-31-wp-42-547-27.pdf>.
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 28 września 1931 r. w sprawie reorganizacji kas chorych (Dz.U. z 1931 r., Nr 94, poz. 724).
- Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 1930 r., Nr 81, poz. 635).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 18 kwietnia 1950 r. w sprawie zastosowania ubezpieczenia rodzinnego do pracowników rolnych (Dz.U. z 1950 r., Nr 19, poz. 159).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 24 października 1934 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. z 1934 r., Nr 95, poz. 855).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz.U. z 1927 r., Nr 106, poz. 911).
- Standardy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Pobrane z: [https://www.who.int/health-topics/common-goods-for-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/common-goods-for-health#tab=tab_2).
- Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 listopada 2014 roku (<https://www.bbn.gov.pl/ftp/SBN%20RP.pdf>).
- Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 maja 2020 roku (M.P. z 2020 r., poz. 413).
- Ustawa o publicznej służbie zdrowia z 15 czerwca 1939 r. (Dz.U. z 1939 r., Nr 54, poz. 342).

- Ustawa z 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia (Dz.U. z 1951 r., Nr 67, poz. 466).
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., Nr 12, poz. 624).
- Ustawa z 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego (Dz.U. z 1950 r., Nr 36, poz. 334).
- Ustawa z 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 1950 r., Nr 36, poz. 333).
- Ustawa z dnia 1 marca 1949 r. o zmianie niektórych przepisów o ubezpieczeniach społecznych (Dz.U. z 1949 r., Nr 18, poz. 109).
- Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1897).
- Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. z 1920 r., Nr 44, poz. 272).
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r., Nr 45, poz. 391).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135).
- Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. z 1933 r., Nr 51, poz. 396).
- Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. z 1948 r., Nr 55, poz. 434).
- Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1220).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 r., Nr 28, poz. 153).
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. z 2004 r., Nr 5, poz. 37).

#### Literatura:

- Banaszak, B. (2009). *Konstytucja RP. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck.
- Białynicki-Birula, P. (2007). Funkcjonowanie współczesnych modeli ochrony zdrowia. *Zeszyty Naukowe UEK*, 759.
- Białynicki-Birula, P. (2010). Wielowymiarowe porównania systemów zdrowotnych w krajach OECD w kontekście realizowanych modeli ochrony zdrowia. *Prace Naukowe UE we Wrocławiu, Finanse Publiczne*, 112.
- Bismarck von, O. (1930). *Gesammelte Werke (Friedrichsruher Ausgabe 1924-1935), III, 9 (Schriften 1890-1898)*. Berlin: 2. Ausgabe., O. Stollberg Verlag.
- Bloch, M. (1981). *Społeczeństwo feudalne*. Tłum. E. Bąkowska. Warszawa: PIW.
- Dajczak, W., Giaro, T., Longchamps de Bérier, F. (2009). *Prawo rzymskie. U podstaw prawa prywatnego*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze PWN.
- Danowska-Prokop, B. (2019). Ubezpieczenia brackie i ich funkcjonowanie na Górnym Śląsku w okresie międzywojennym. *Optimum, Economic Studies*, 2(96).
- Depta, A. (2011). Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach. W: J. Suchecka (red.), *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Derdziuk, Z. (2014). Zakład Ubezpieczeń Społecznych – 80 lat ciągłości ubezpieczeń społecznych. W: K.W. Frieske, E. Przychodaj (red.), *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Społecznych – Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
- Franco Montoya, D., Kaur Chehal, P., Adams, E.K. (2020). Medicaid Managed Care's Effects on Costs, Access, and Quality. An Update. *Annual Review of Public Health*, 41.
- Gans, P., Kemper, F.-J., *Bevölkerung in Deutschland – eine Einführung*. Pobrane z: [http://archiv.nationalatlas.de/wp-content/art\\_pdf/Band4\\_12-25\\_archiv.pdf](http://archiv.nationalatlas.de/wp-content/art_pdf/Band4_12-25_archiv.pdf).
- Ghanem, M. (2019). 2005-2018. *Deutschlands verlorene 13 Jahre. Teil 7. Gesundheitswesen*. Hamburg: Tredition.

- Giebocki, S. (1939). Pamiętnik. W: *Pamiętniki lekarzy*. Warszawa: Wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
- Górska, (Lewandowska) L. (2010). Dżuma – epidemia duszy i ciała? Sposoby zwalczania dżumy w nowożytnym Gdańsku. *Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu*, 3.
- Grata, P. (2017). Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944-1950. *Polska 1944/45-1989. Studia i Materiały*, XV.
- Gress, S., Leiber, S., Manouguian, M. (2009). Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. *Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Instituts Mitteilungen*” (*WSI Mitteilungen*), 7.
- Habermann, G. (2017). *Der Wohlfahrtsstaat: Ende einer Illusion*, 2. Munchen: Ausgabe. FinanzBuch Verlag.
- Hanisz, K. (1996). Zaopatrzenie farmaceutyczny w systemie lecznictwa ubezpieczeniowego w II Rzeczypospolitej. *Medycyna Nowożytna*, 3(1-2).
- Hays, J.N. (2005). *Epidemics and Pandemics. Their Impacts on Human History*. Santa Barbara-Denver-Oxford: ABC-Clio.
- Ihnatowicz, I., Mączak, A., Zientara, B. (1979). *Społeczeństwo polskie od X do XX wieku*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Jarosz, A. (2001). Dyskusja ubezpieczeniowa na łamach „Gospodarki Narodowej” w latach 1931-1939. *Gospodarka Narodowa*, 11-12(123-124).
- Jarosz-Nojszewska, A. (2012). *Ubezpieczenie emerytalne robotników w Polsce w latach 1918-1939*. W: J. Chumiński, M. Zawadka (red.), *Z dziejów przemysłu przed 1945 rokiem*, VII Wrocławskie Spotkania z Historią Gospodarczą. Wrocław: Wydawnictwo Gajt.
- Jaszczuk, M. (1994). Dżuma w polskim piśmiennictwie w XVIII wieku. *Medycyna Nowożytna*, 1/2.
- Jędrasik-Jankowska, I. (2014). Geneza, rozwój i stan ubezpieczenia społecznego w Polsce. W: K.W. Frieske, E. Przychodaj (red.), *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Społecznych – Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
- Jędrasik-Jankowska, I. (2016). *Pojęcia i konstrukcje ubezpieczenia społecznego*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Jurek, Ł. (2020). Reforma systemu orzecznictwa o niesamodzielności w Niemczech. *Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka*, 3(146).
- Kaczmarek, J., Łepkowski, W., Zdrodowski, B. (red.). (2008). *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*. Warszawa: AON.
- Kohn, G.Ch. (ed.). (2008). *Encyclopedia of Plague and Pestilence. From Ancient Times to the Present*. New York: Facts On File.
- Korzeniowska, E. (1988). O zdrowiu i jego definicjach. *Zdrowie Publiczne*, 99(9).
- Kowalska, I., Mokrzycka, A. (2012). Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji/świadczeń zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 10(1).
- Kozłowska, U., Bulsa, M. (2015). Przemiany polskiej służby zdrowia w latach 1950-1960. Zagadnienie ochrony zdrowia matki i dziecka (najważniejsze problemy). *Hygeia Public Health*, 50(1).
- Kuczma, P. (2014). Prawo do zabezpieczenia społecznego. W: M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*. Wrocław: E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Lenio, P. (2018). *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Lewandowski, R. (2015). *Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie*. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Litewski, W. (1998). *Słownik encyklopedyczny prawa rzymskiego*. Kraków: Universitas.
- Łuniewska, P. (2014). Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Współczesna Gospodarka*, 5(1).



- Makarzec, P. (2017). Kształtowanie się Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako podmiotu ubezpieczeń społecznych w Polsce. *Roczniki Ekonomii i Zarządzania*, 9(45), nr 2.
- Maszczyk, T. (2005). Zdrowie jako wartość uniwersalna. *Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu*, 54.
- Matschoss, C. (1907). *50 Jahre Ingenieur–Arbeit in Oberschlesien. Eine Gedenkschrift zur Feier des 50 jährigen Bestehens des Oberschlesischen Bezirksvereins deutscher Ingenieure*. Berlin 1907, reprint Springer 2013.
- Mazurkiewicz, M.J. (2015). Stan badań nad historią prawa ubezpieczeń społecznych w okresie II Rzeczypospolitej (1918-1939). *Studia Iuridica Toruniensia*, XVII.
- Mączak, A. (1980). *Życie codzienne w podróżach po Europie w XVI i XVII wieku*. Warszawa: PIW.
- Mędrala, M. (2019). *Społeczny charakter świadczeń w polskim prawie pracy*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Механик, А. [Miechanik, A.]. (2015). Пирамида Семашко. *Скелсис. Научно-просветительный журнал*, 6. Pobrane z: [http://scepisis.net/library/id\\_3655.html](http://scepisis.net/library/id_3655.html).
- Niżnik, J. (2004). *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce*. Bydgoszcz-Kraków: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Paszkowska, M. (2017). System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu. *Problemy Zarządzania*, 15, nr 3(69), cz. 1.
- Piechota, A. (2014). Miejsce i rola ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia w Polsce. *Studia Ekonomiczne*, 198(2).
- Potempa, K. (2013). Optymizm a zdrowie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(2).
- Przyboś, A. (oprac.). (1977). *Podróż królewicza Władysława Wazy do krajów Europy zachodniej w latach 1624-1625 w świetle ówczesnych relacji*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Przybyłka, A. (2016). Świadczenia emerytalno-rentowe związane z pracą w górnictwie w okresie międzywojennym w Polsce. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 293.
- Sadowska, J. (1997). Zwalczenie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w dwudziestoleciu międzywojennym (1918-1939). *Przegląd Epidemiologiczny*, 51(3).
- Sanetra, W. (2014). Aksjologiczne podstawy ubezpieczeń społecznych. W: K.W. Frieske, E. Przychodaj (red.), *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Społecznych – Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
- Sidorowicz, P. (2016). Ubezpieczenia społeczne w Polsce Ludowej (1944-1989). W: D. Litwin-Lewandowska, K. Bałękowski (red.), „Polska Ludowa” 1944-1989 – wybrane problemy historii politycznej i społecznej. Lublin: Wydawnictw Naukowe Tygiel.
- Семашко, Н.А. [Siemaszko, N.A.]. (1947). *Очерки по теории организации советского здравоохранения*. Москва: Издательство Академии Медицинских Наук СССР.
- Stolleis, M. (2003). *Geschichte des Sozialrechts in Deutschland. Ein Grundriss*. Stuttgart: Lucius.
- Sygański, J. (1901). *Historia Nowego Sącza od wstąpienia dynastii Wazów do pierwszego rozbioru Polski* (t. I). Lwów, reprint SARR, Nowy Sącz 2020.
- Szac, I. (1931). *Wyřeby drzewostanu i Kasy Chorych na Kresach Wschodnich*. Równe.
- Szumlicz, T. (2014). Publiczne fundusze socjalne – istota oraz organizacja i funkcjonowanie w Polsce. *Studia z Polityki Publicznej*, 1.
- ŚlebzaK, K. (2019). The right to social security in the Constitution of the Republic of Poland. *Labour and Social Security Journal*, LX(12).
- Włodarczyk, C., Poździejch, S. (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Woch, M. (2018). Instytucjonalne przenikanie się kompetencji dotyczących publicznych ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych w Polsce na przykładzie świadczeń rehabilitacji leczniczej, społecznej oraz zawodowej. *Przegląd Prawa Publicznego*, 11.

- Воробьев, П.А. (Worobiow, P.A.). (2017). *К столетию Великого Октября. Система здравоохранения Н.А.Семашко, перевернувшая мир*. Вестник МГНот (Wiestnik Moskowskogo Naucznoego Obszczestwa Terapeutow), 01.11.2017. Pobrane z: <http://www.mgnot.ru/index.php?mod1=art&gde=ID&f=18101&m=1>.
- Zieliński, P. (2008). Techniki realizacji zabezpieczenia społecznego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia*, 42(24).

**Źródła internetowe:**

- Budżet II Rzeczypospolitej w latach 1924-1939. Pobrane z: <https://dzieje.pl/infografiki/budzet-ii-rzeczypospolitej-w-latach-1924-1939>.
- Congressional Research Service. *U.S. Health Care Coverage and Spending*. In Focus, January 26, 2021. Pobrane z: <https://fas.org/sgp/crs/misc/IF10830.pdf>.
- Geschichte der Knappschaft-Bahn-See. Pobrane z: [https://www.kbs.de/DE/UeberUns/Geschichte/geschichte\\_node.html](https://www.kbs.de/DE/UeberUns/Geschichte/geschichte_node.html).
- Scalanie i tworzenie polskiego systemu ubezpieczeń społecznych. Pobrane z: [https://www.zus.pl/o-zus/o-nas/85-lat-zus/tworzenie-polskiego-systemu-ubezpieczen-spolecznych#\\_ftn1](https://www.zus.pl/o-zus/o-nas/85-lat-zus/tworzenie-polskiego-systemu-ubezpieczen-spolecznych#_ftn1).
- Statista. Einwohnerzahl des Deutschen Kaiserreiches in den Jahren 1871 bis 1912. Pobrane z: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1091817/umfrage/einwohnerzahl-des-deutschen-kaiserreiches/>.
- The 2019 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds. Pobrane z: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/Downloads/TR2019.pdf>.