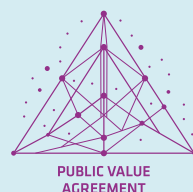




Ponad kadencjami, ponad podziałami

**Wartość publiczna jako strategia
reformy systemu zdrowia**

Pod redakcją Roberta Młodacha





Ponad kadencjami, ponad podziałami

**Wartość publiczna jako strategia
reformy systemu zdrowia**

PVA

Ponad kadencjami, ponad podziałami

Wartość publiczna jako strategia reformy systemu zdrowia

Pod redakcją Roberta Mołdacha

Autorzy:

Łukasz Bruski, Szymon Brzóska, Katarzyna Jajuga, Emilia Kowalczyk,
Gabriela Moczeniat, Robert Mołdach, Agnieszka Potaczek

Recenzja naukowa:

dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. Szkoły Głównej Handlowej
w Warszawie

Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej,
Warszawa, 2026

Publikacja stanowi rozwinięcie debaty pod tym samym tytułem
Porozumienia dla Wartości Publicznej, która miała miejsce 3 września
2025 roku w trakcie Forum Ekonomicznego w Karpaczu.

PONAD KADENCJAMI, PONAD PODZIAŁAMI – WARTOŚĆ PUBLICZNA JAKO STRATEGIA REFORMY SYSTEMU ZDROWIA

Pod redakcją Roberta Mołdacha

Autorzy: Łukasz Bruski, Szymon Brzóska, Katarzyna Jajuga, Emilia Kowalczyk, Gabriela Moczeniat, Robert Mołdach, Agnieszka Potaczek

Recenzja naukowa: dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie

Redakcja językowa: Klaudia Bień

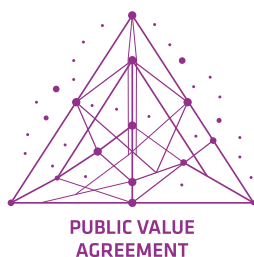
Projekt, skład i łamanie tekstu: CleverMinds.pl

Fotografie: Narodowe Archiwum Cyfrowe

Wydanie I

PVA imprint Fundacji Porozumienie dla Wartości Publicznej

© Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej, Warszawa 2026



Wszystkie prawa zastrzeżone z wyjątkiem praw udzielonych na mocy licencji Creative Commons wskazanej poniżej.

ISBN 978-83-979615-0-0

DOI 10.66081/SBSI5926

Licencja: Niniejsza publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowa (CC BY-NC-SA 4.0). Pełny tekst licencji dostępny jest pod adresem: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pl>

Sugerowane cytowanie (APA): Mołdach, R. (red.) (2026). Ponad kadencjami, ponad podziałami. Wartość publiczna jako strategia reformy systemu zdrowia. Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. <https://doi.org/10.66081/SBSI5926>

Spis treści

Wprowadzenie.....	11
--------------------------	-----------

ROBERT MOŁDACH

Bibliografia.....	15
-------------------	----

Rozdział 1

Troska – ochrona przed krzywdą (care/harm)	17
---	-----------

ROBERT MOŁDACH

Wprowadzenie	17
Wartość publiczna jako rama uzgadniania granic troski przed krzywdą	19
Modele realizacji intuicji troski przed krzywdą: solidarność zbiorowa i podejścia hybrydowe.....	21
Empiryczne wyzwania ekspansji troski w polskim systemie zdrowotnym	25
Etyczne i społeczne implikacje: granice bezwarunkowej troski przed krzywdą.....	26
Kierunki możliwych reform: w stronę zrównoważonej troski przed krzywdą	28
Podsumowanie.....	30
Bibliografia.....	30

Rozdział 2

Równość – przeciwdziałanie dyskryminacji (equality/inequality)	33
---	-----------

SZYMON BRZÓSKO

Dlaczego równość wymaga redefinicji?.....	33
Luki w praktyce: dane z organizacji systemu opieki nefrologicznej jako soczewka systemu	35
Moralne intuicje jako katalizator dialogu.....	36
Przykłady działań: od sloganu do mierzalnej <i>equity</i>	37
Refleksja o zaufaniu jako infrastrukturze zdrowia	38
Bibliografia.....	39

Rozdział 3

Proporcjonalność – przeciwdziałanie oszustwu (proportionality/cheating)	41
--	-----------

GABRIELA MOCZENIAT I KATARZYNA JAJUGA

Diagnoza: nierówności terytorialne i dostępność.....	42
Zróźnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń zdrowotnych	42
Luka finansowa w Narodowym Funduszu Zdrowia.....	43
Poszukiwanie źródeł finansowania	45

Rozwiązania przejściowe: refinansowanie świadczeń	46
KPO jako test proporcjonalności wsparcia publicznego	47
Zasady i narzędzia proporcjonalności	49
Podsumowanie	50
Bibliografia	51

Rozdział 4

Lojalność – przeciwdziałanie zdradzie (loyalty/betrayal)53

AGNIESZKA POTACZEK

Wprowadzenie	53
Zdarzenia niepożądane – skala problemu i sytuacja prawna	54
Raportowanie działań niepożądanych – dlaczego to robimy	56
Polska na tle krajów europejskich	57
Czy korzyść jednej zbiorowości jest zawsze stratą dla innej?	58
Podsumowanie	60
Bibliografia	61

Rozdział 5

Autorytet – sprzeciw wobec buntu (authority/subversion)63

EMILIA KOWALCZYK

Wstęp	63
Czym jest autorytet?	64
Autorytet jako siła jednocząca ponad podziałami politycznymi	65
Wpływ mediów społecznościowych na postrzeganie autorytetów	68
Erozja zaufania do ekspertów	70
Konsekwencje degradacji autorytetu i możliwe rozwiązania	71
Bibliografia	73

Rozdział 6

Czystość – odraza wobec tego, co degraduje (sanctity/degradation)75

ŁUKASZ BRUSKI

Odraza wobec degradowania wartości publicznej w procesach informatyzacji – koncepcja Marka Moore’a w świetle zawyżania cen	75
Wartość publiczna jako fundament służby cyfrowej	75
Odraza jako reakcja moralna – nie tylko emocja	77
Odraza i wartość publiczna w modelu strategicznego trójkąta	78

Wartość czystości – odraza wobec tego, co degraduje, jako aktywny komponent strategii cyfryzacji	79
Korzyści wynikające z włączenia wartości czystości	80
Zmiana <i>status quo</i>	81
Podsumowanie	82
Bibliografia	82

Rozdział 7

Horyzont cnót dla trwałego konsensusu w reformie systemu zdrowia.....85

ROBERT MOŁDACH

Siła cnoty	85
Cnota przebaczenia	87
Cnota współczucia	89
Cnota wdzięczności	90
Cnota zaufania	91
Cnota optymizmu	92
Cnota pokory	94
Końcowa konkluzja o znaczeniu cnót w pracy nad polityką publiczną	95
Bibliografia	97

Recenzja99

MONIKA RAULINAJTYS-GRZYBEK

Autorzy102



Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Kobierzynie, 1932 r.

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



Wprowadzenie

Autor: Robert Mołdach

Reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce jest tematem, który powraca niczym echo w debacie publicznej. Nasila się w chwilach kryzysu, rozbrzmiewając mocnym głosem w mediach. Potem znika w tle, gdy w agendzie pojawiają się inne sprawy publiczne – budżet, polityka zagraniczna, bezpieczeństwo czy edukacja. Jednak echo to nigdy nie milknie całkowicie. Zdrowie jest bowiem wartością fundamentalną. Wiąże się ono nierozdzielnie z poczuciem bezpieczeństwa każdego człowieka, rodziny i wspólnoty. Wszyscy doświadczają sytuacji, w której opieka zdrowotna staje się konkretną przestrzenią troski, miejscem nadziei i obaw. To właśnie dlatego reforma zdrowia jest tak trudna – ponieważ dotyczy tego, co najbardziej wrażliwe społecznie i moralnie.

Od co najmniej dwóch dekad obserwujemy, że kolejne próby naprawy systemu nie przynoszą trwałych i kolektywnie cenionych rezultatów. Prace nad projektami ustaw są inicjowane z entuzjazmem, ale już powstałe w ich trakcie strategie i plany realizacji zderzają się z falą krytyki. W końcu są odkładane lub zniekształcane w politycznym sporze w sposób nie do poznania. Dlaczego tak się dzieje? Odpowiedź wymaga spojrzenia szerzej niż tylko na techniczną wartość rozwiązań. Nie chodzi wyłącznie o sposób i zakres finansowania, zasady taryfikacji świadczeń czy liczbę łóżek. Przyczyna tkwi głębiej – leży w środowisku społecznym i otoczeniu politycznym. Te dwa elementy determinują możliwość przeprowadzania reform. Polska znalazła się w kryzysie społecznego zaufania, a w ochronie zdrowia jak w soczewce obserwujemy erozję zdolności do współpracy w tworzeniu wartości publicznej.

Mark Moore (1995), definiując pojęcie wartości publicznej i opisując sformalizowane ramy jej rozwoju, wskazuje, że kolektywnie cenione pod kątem tworzonego dobra i sprawiedliwości społecznej rezultaty wymagają poparcia przez obligatariuszy ponoszących koszt zmian. Ten koszt ma nie tylko walor finansowy, ale także obejmuje zmianę przyzwyczajeń, akceptację nowych ram organizacyjnych współżycia społecznego, a co najmniej zrozumienia cudzego spojrzenia i uznania stojących za nim argumentów i zbioru wartości. W spolaryzowanych społeczeństwach, gdzie spójność społeczna

uległa degradacji, gdzie własna perspektywa góruje nad perspektywą wspólnoty, a wymiana opinii prowadzi najczęściej do sporu, osiągnięcie opisanego przez Moore'a konsensusu jest możliwe tylko pod warunkiem pełnego rozumienia stojących za tym zjawisk i ich źródeł.

W tym samym czasie, gdy Moore tworzył podstawy zarządzania publicznego opartego na wartości publicznej, Robert Putnam (1995) opisał osłabienie więzi wspólnotowych w USA będące podstawowym wyzwaniem dla takiego podejścia. Wskazał na erozję kapitału społecznego – sieci powiązań, zaufania i norm wzajemności. Choć jego diagnoza dotyczyła pierwotnie Ameryki, to zdaniem autora nie ulega wątpliwości, że Polska podąża podobną ścieżką. Kapitał społeczny, który wspierał transformację ustrojową, słabnie. Ustępuje nieufności, podejrzliwości i fragmentacji interesów. W ochronie zdrowia widać brak solidarności. Grupy zawodowe walczą o wynagrodzenia. Szpitale konkurują o personel i kontrakty. Pacjenci szukają pomocy na własną rękę, tracąc zaufanie do instytucji publicznych – ich działań i rekomendacji.

Diagnoza Putnama pozwala dostrzec zjawisko, jednak nie wyjaśnia wszystkiego. Głębokie konflikty wymagają przyjęcia innej perspektywy. Teorię intuicji moralnych pozwalających zrozumieć, dlaczego coś nazywamy dobrem, a coś innego złem, sformułował Jonathan Haidt w *Prawym umyśle* (2024). Pokazał, że decyzje ludzi opierają się na ich moralnych intuicjach, gdzie każdy może mieć ich inną czułość. Wskazał tym samym, że indywidualne wybory opierają się nie tylko na racjonalnych ocenach czy interesach ekonomicznych, lecz także na fundamentach moralnych, których Haidt wyróżnił sześć. Są to: troska/krzywda, równość/dyskryminacja, proporcjonalność/oszustwo, lojalność/zdrada, autorytet/bunt oraz czystość/odraza. Te fundamenty różnicują społeczeństwa, społeczności i poszczególnych ludzi. Dzielą też wspólnotę polityczną, a różne grupy społeczne nadają wyższy priorytet innym wartościom. Fundament intuicji moralnych ewoluował na przestrzeni dwóch dekad w miarę pogłębiania badań, obejmowania nimi nowych populacji i twórczej polemiki w środowisku naukowym. Niniejsza praca wykorzystuje najnowszą na moment publikacji wersję intuicji moralnych zaproponowaną przez Atari i in. (2023).

W Polsce spory wokół ochrony zdrowia są zakorzenione w tych intuicjach. Obowiązek szczepień budzi kontrowersje. Dostęp do terapii dzieli opinię publiczną. Lokalizacja szpitali wywołuje konflikty. Dla jednych zdrowie publiczne jest priorytetem, dla innych to naruszenie wolności jednostki. Jedni chwalą racjonalne koncentrowanie zasobów, drudzy widzą w tym dyskryminację swoich regionów. Dyskusje, które mogłyby prowadzić do kompromisu, kończą się blokadą pogłębiającą już istniejące podziały.

By szukać trwałych rozwiązań, potrzebujemy narzędzi, które przekroczą logikę polaryzacji, tworząc wspólny fundament stanowiący punkt odniesienia. Koncepcja cnót organizacyjnych Kima S. Camerona (2003) w ramach *Positive Organizational Scholarship* (POS) jest w ocenie autora właśnie takim narzędziem. Cameron bada, jak organizacje wybijają się ponad przeciętność, stając się najlepszymi z najlepszych. Dowodzi, że stan nadzwyczajnej efektywności, innowacyjności i odporności osiągają dzięki spójnemu na wskroś organizacji podzieleniu określonych cnót. Przykładając to podejście do ochrony zdrowia, kluczowe według autora są następujące cnoty: przebaczenie, współczucie, wdzięczność, zaufanie, optymizm i pokora. Wartości te nie są abstrakcyjne, ale stanowią praktyczne narzędzia budowania wspólnoty. Pomagają przezwyciężać kryzysy, zapobiegają konfliktom i łagodzą ich skutki, gdy te stają nieuniknione. Przyczyniają się do kompensowania strat.

Skąd taki wybór? W ochronie zdrowia przebaczenie przerywa spiralę oskarżeń i pozwala uczyć się na błędach. Współczucie nadaje reformom ludzki wymiar oraz przeciwdziała dehumanizacji. Pozwala także dostrzec istotę problemu. Wdzięczność wzmacnia relacje i buduje kulturę doceniania, zapobiegając rozgoryczeniu i wypaleniu zawodowemu. Zaufanie daje stabilność, chroni przed polityczną zmiennością. Optymizm otwiera przestrzeń dla wizji lepszej przyszłości. Pokora pozwala na dialog, jednak wymaga uznania ograniczeń. Cnoty te tworzą wspólny horyzont moralny bez względu na poglądy i przekonania. Pozbawione owego horyzontu reformy w ochronie zdrowia nie będą trwałe i znaczące.

W niniejszej pracy zbiorowej autorzy łączą różne spojrzenia, obrazując je przykładami, w jakich wartość publiczna jest z powodzeniem tworzona w ochronie zdrowia, a także takimi, w których ten proces zawodzi. Spojrzenie Putnama pokazuje skalę erozji kapitału społecznego i warunki, w jakich kształtowane są reformy. Metodyka Haidta wyjaśnia moralne podziały będące źródłem zróżnicowania ocen proponowanych rozwiązań. Podejście Camerona oferuje narzędzia rozwiązywania sporów w postaci cnót, których wybór został przedstawiony powyżej. Moore daje wzór, jak te spojrzenia wspólnie przełożyć na praktykę kreowania wartości publicznej. To kluczowe, gdyż zarządzanie publiczne wymaga wartości uznanej kolektywnie przez obywateli. Nie wystarczy legalność i efektywność działań. Potrzebna jest wartość publiczna jako kolektywnie cenione dobro. Wartość publiczna stanowi tym samym kompas dla reform, stając się źródłem dialogu i ponadpartyjnego konsensusu.

Powyższa rama, łącząca Putnama, Haidta, Camerona i Moore'a, pokazuje, że reforma ochrony zdrowia w Polsce musi uwzględniać kontekst społeczny i moralny. Nie wystarczy wprowadzenie ulepszonych procesów, zmiana taryf czy zwiększenie nakładów. Potrzebne jest uzgodnienie horyzontu wartości. Tylko takie podejście pozwoli budować

trwałe rozwiązania, bez których reformy, jak pokazuje historia zmian systemowych minionego ćwierć wieku, będą podatne na kadencyjne wybory, narażone na konflikty interesów i kryzysy zaufania.

Niniejsza praca zbiorowa jest wynikiem dyskusji uczestników sesji przeprowadzonej w angażującym audytorium do rozmowy formacie *Fishbowl* w trakcie Forum Ekonomicznego we wrześniu 2025 r. Sesja zgromadziła ekspertów, praktyków i obserwatorów. Pokazała, że dialog jest możliwy mimo różnic, które się ujawniły. Wnioski stały się inspiracją do stworzenia tej publikacji, której celem jest diagnoza brakującego kompromisu i propozycja wyjścia z wieloletniego impasu.

Pierwszych sześć rozdziałów zostało poświęconych roli poszczególnych intuicji moralnych w kreowaniu konsensusu. Każdy analizuje wybrane zjawisko występujące w systemie zdrowia przez pryzmat jednej z intuicji moralnej Haidta. W zakończeniu autor proponuje metodę osiągania konsensusu opartą na cnotach. Integruje ona perspektywy moralne i nadaje reformom wymiar humanistyczny i ponadpartyjny. Buduje środowisko pozwalające uzgodnić wartość publiczną, która nie będzie polityczną manipulacją służącą zdobyciu kolejnych kilku procent poparcia wyborczego, ale stanie się fundamentem wspólnego dobra.

Autorzy nie tworzą w niniejszej pracy zbiorowej programu reform ani mapy drogowej. Chcą natomiast pokazać mechanizm dialogu, w którym uzgodnienie reform wymaga horyzontu moralnego. Musi wynikać ze zrozumienia zróżnicowanej wrażliwości społecznej w wymiarze intuicji moralnych i obejmować przebaczenie, współczucie, wdzięczność, zaufanie, optymizm i pokorę. Zrozumienie tego pozwoli zbudować system odporny na politykę, który jednocześnie będzie zdolny do adaptacji i zakorzeni się w społecznym zaufaniu.

Autor niniejszego wprowadzenia zdaje sobie sprawę ze skali wyzwania, jakie autorzy podejmują w tej analizie, jednak wierzy, że zarządzanie wartością publiczną jest jedyną drogą, która może zapewnić satysfakcję z reform i ich trwałość.

Bibliografia

Atari, M., Haidt, J., Graham, J., Koleva, S., Stevens, S. T., Dehghani, M. (2023). Morality beyond the WEIRD: How the nomological network of morality varies across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 125(5), 1157–1188. <https://doi.org/10.1037/pspp0000470>

Cameron, K. S. (2003). Organizational Virtuousness and Performance. W: K. S. Cameron, J. E. Dutton i R. E. Quinn (red.), *Positive Organizational Scholarship* (s. 48–65). Berrett-Koehler.

Haidt, J. (2024). *Prawy umysł. Dlaczego dobrych ludzi dzieli religia i polityka*. Zys i S-ka Wydawnictwo.

Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.

Putnam, R. D. (1995). Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy*, 6(1), 65–78. <https://dx.doi.org/10.1353/jod.1995.0002>



Pacjentka Gminnej Izby Porodowej w Dobrzanach, 1950 r.

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



ROZDZIAŁ 1

Troska – ochrona przed krzywdą (care/harm)

Autor: Robert Mołdach

DOI: 10.66081/RLXR4182

Wprowadzenie

Troska o bliźniego (*care*) oraz ochrona przed krzywdą (*harm*) to fundament moralny, który Jonathan Haidt (por. Haidt i Joseph, 2004; Haidt, 2024) opisuje jako pierwotny instynkt ludzkiej psychiki – mechanizm adaptacyjny, ukształtowany w toku ewolucji, by chronić potomstwo i członków grupy przed zagrożeniami, które mogłyby zagrozić przetrwaniu wspólnoty. W pierwotnych społeczeństwach ta intuicja manifestowała się w codziennych aktach empatii i wzajemnej pomocy, gwarantując nie tylko fizyczne przeżycie, ale i rozwój społeczny, gdzie słabsi byli wspierani przez silniejszych, co pozwoliło stworzyć tkankę więzi, bez których grupa nie mogłaby się rozwijać. W tradycyjnych wspólnotach przed industrializacją i masową urbanizacją troska przed krzywdą nie była delegowana abstrakcyjnemu państwu, lecz realizowana lokalnie i bezpośrednio – w ramach rodziny wielopokoleniowej, wioski czy klanu, które zapewniały bezpieczeństwo w wielu wymiarach: obronnym, społecznym, żywieniowym czy zdrowotnym (tradycyjna wiedza lecznicza, wzajemna pomoc w chorobie). Te struktury opierały się na silnym kapitale społecznym – sieciach zaufania i norm wzajemności, gdzie perspektywa zbiorowa („my”) dominowała nad indywidualną („ja”).

Skupiając się na kwestiach zdrowia, można zauważyć, że w dzisiejszych społeczeństwach ta pierwotna troska ewoluowała w oczekiwanie wobec państwa, by pełniło rolę zbiorowego opiekuna, zapewniającego bezpieczeństwo zdrowotne jako podstawowe dobro publiczne. Ta zmiana nie jest jedynie naturalnym postępem cywilizacyjnym, lecz głębokim przesunięciem społecznym i kulturowym, którego podłożem – jak pokazuje Robert Putnam (2000) w analizie erozji kapitału społecznego – jest osłabienie tradycyjnych więzi wspólnotowych na skutek urbanizacji, mobilności społecznej, konsumpcjonizmu i atomizacji społeczeństwa. Jednostka coraz częściej stoi sama wobec

wyzwań życia, oczekując wsparcia ze strony instytucji państwa. Rodzina wielopokoleniowa, kiedyś naturalny bufor troski, ustąpiła miejsca rodzinom rozczłonkowanym lub jednoosobowym gospodarstwom, a opieka nad starszymi czy chorymi stała się obciążeniem przerastającym możliwości wielu rodzin.

W efekcie państwo zaczęło być postrzegane jako substytut tradycyjnych struktur wspólnotowych, przejmując odpowiedzialność za zapewnienie bezpieczeństwa w obszarach wcześniej należących do wspólnoty – od opieki społecznej po ochronę zdrowia. Proces ten nie ograniczał się do reagowania na oczekiwania społeczne. Jak wskazuje Michel Foucault (2004) w swoich wykładach wygłoszonych w latach 1977–1978, państwo sekularyzowało chrześcijańską władzę pastoralną („pastorat”) – model władzy polegający na indywidualizującej i totalizującej opiece nad „stadem” w celu prowadzenia każdej jednostki i całej populacji ku zbawieniu. W wersji świeckiej opieka ta została przekierowana na cele doczesne (zdrowie, dobrobyt, bezpieczeństwo), umożliwiając jednocześnie pogłębienie mechanizmów zależności obywateli od instytucji państwowych.

Konstytucje i konwencje międzynarodowe, od art. 68 Konstytucji RP po art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ, utrwalają taką rolę państwa, czyniąc opiekę zdrowotną imperatywem moralnym i prawnym. Ekspansja intuicji troski przed krzywdą w politykach publicznych rodzi jednak pytania o jej granice, szczególnie w kontekście ograniczonych zasobów i ryzyk modyfikowalnych behawioralnie.



**Szpital w Krakowie –
personel przy pracy,
1943 r.**

fot. Narodowe Archiwum
Cyfrowe

Pytanie o granice opiekuńczości państwa staje się w tej sytuacji centralne: gdzie kończy się zbiorowa solidarność, a zaczyna indywidualna odpowiedzialność? Nie ulega wątpliwości, że państwo powinno gwarantować dostęp do niezbędnej opieki medycznej każdemu obywatelowi, niezależnie od przyczyny potrzeb zdrowotnych – np. ratować życie i zdrowie osób poszkodowanych w wypadkach drogowych spowodowanych prowadzeniem pod wpływem alkoholu czy leczyć konsekwencje zdrowotne wynikające z długotrwałego ignorowania zaleceń profilaktycznych (np. regularnych badań przesiewowych).

Kluczowa pozostaje jednak kwestia finansowania tych świadczeń i związanej z nią zasady sprawiedliwości: czy jest uczciwe, aby koszty świadomie podejmowanych ryzyk indywidualnych były w pełni przenoszone na całą zbiorowość – w tym na osoby, które unikają takich zachowań? Niektórzy autorzy w ramach egalitaryzmu wrażliwego na odpowiedzialność twierdzą, że jednostka powinna częściowo ponosić koszty swoich nierozważnych zachowań w zakresie zdrowia, gdyż pełne solidarnościowe pokrycie może być postrzegane jako niesprawiedliwe (Cappelen i Norheim, 2005).

Z drugiej strony, inni badacze wskazują na poważne problemy etyczne związane z uwzględnianiem osobistej odpowiedzialności za dobrowolne ryzyka zdrowotne: trudność w rzetelnej ocenie stopnia dobrowolności zachowań (wpływ czynników psychologicznych i społecznych), ryzyko paternalistycznego ograniczenia wolności indywidualnej oraz niebezpieczeństwo stopniowego wprowadzania szerokiego ograniczania dostępu do opieki (Veatch, 1980).

Refleksja nad tymi kwestiami wskazuje na potrzebę równowagi między solidarnością zbiorową a zasadą wzajemności w finansowaniu opieki zdrowotnej – tylko wówczas system zachowa zaufanie społeczne i moralną legitymizację.

Wartość publiczna jako rama uzgadniania granic troski przed krzywdą

Koncepcja wartości publicznej, rozwinięta przez Marka H. Moore’a w pracy *Creating Public Value: Strategic Management in Government* (1995), stanowi przydatne ramy analityczne do zrozumienia, jak intuicja troski przed krzywdą jest negocjowana i uzgadniana w zarządzaniu publicznym. Moore proponuje podejście, w którym zarządzanie publiczne nie ogranicza się do efektywnego wykonywania zadań administracyjnych czy realizacji politycznych dyrektyw, ale koncentruje się na aktywnym tworzeniu wartości publicznej – czyli takich rezultatów polityki publicznej, które są uznawane za pożądane przez społeczeństwo i legitymizowane przez zbiorowy konsensus. Wartość

publiczna nie jest dana z góry ani narzucona przez elity. Jest uzgadniana w dynamicznym procesie negocjacji między interesariuszami w ramach tzw. łańcucha tworzenia wartości publicznej.

Łańcuch ten obejmuje trzy wzajemnie powiązane elementy:

- Identyfikację istotnych potrzeb społecznych – w kontekście intuicji troski przed krzywdą jest to rozpoznanie ochrony zdrowia jako podstawowego dobra publicznego, obejmującego zapobieganie cierpieniu, ratowanie życia i zapewnienie dostępu do opieki w sytuacjach zagrożenia.
- Dialog i negocjacje między beneficjentami a obligatariuszami – beneficjenci to osoby bezpośrednio czerpiące korzyści z polityki opiekuńczej (pacjenci, grupy narażone na ryzyko zdrowotne, społeczeństwo jako całość w sensie odporności na kryzysy epidemiczne czy demograficzne), natomiast obligatariusze to ci, którzy ponoszą koszty (podatnicy, składkowicze, instytucje publiczne obciążone organizacyjnie). Dialog ten pozwala na wyważenie empatii wobec potrzebujących oraz realistycznej oceny zasobów i proporcjonalności obciążeń.
- Budowanie konsensusu opartego na duchu wspólnoty (*public spirit*) – czyli zbiorowej woli skierowanej na dobro wspólne, która działa jako mechanizm równoważący skrajności: nadmierną ekspansję opiekuńczości (prowadzącą do nieproporcjonalnych kosztów) oraz egoistyczne wycofywanie się z solidarności.

W kontekście polityki zdrowotnej łańcuch wartości publicznej Moore'a pozwala wyjaśnić, jak intuicja troski przed krzywdą jest przekładana na konkretne decyzje publiczne. Beneficjenci – np. pacjenci w stanach nagłych, osoby z chorobami przewlekłymi czy grupy wrażliwe – czerpią korzyści z uniwersalnego dostępu do świadczeń, co redukuje indywidualne cierpienie i wzmacnia zbiorową odporność społeczeństwa (np. poprzez kontrolę epidemii lub minimalizację skutków starzenia się populacji). Taka polityka generuje wartość publiczną nie tylko w wymiarze humanitarnym, ale także ekonomicznym i społecznym: zmniejsza absencję chorobową, wspomaga produktywność gospodarki i buduje zaufanie społeczne.

Obligatariusze, ponoszący koszty finansowe (podatki, składki) i organizacyjne (ograniczona dostępność świadczeń w warunkach deficytu zasobów), akceptują te obciążenia w imię solidarności, widząc w opiekuńczości inwestycję we wspólnotową stabilność. Jednak napięcia powstają, gdy koszty dotyczą ryzyk modyfikowalnych behawioralnie – np. konsekwencji świadomych wyborów zwiększających prawdopodobieństwo

potrzeby uzyskania opieki medycznej (wypadki pod wpływem alkoholu, zaniedbanie profilaktyki). W takich przypadkach obligatariusze mogą postrzegać pełne pokrycie kosztów jako nieproporcjonalne, co osłabia ich gotowość do dalszego wsparcia systemu i podważa ducha wspólnoty.

Proces uzgadniania wartości publicznej w modelu Moore’a pełni tu rolę kluczowego mechanizmu równoważenia. Poprzez instytucjonalny dialog – np. konsultacje społeczne realizowane na wczesnym etapie identyfikacji problemów i tworzenia rozwiązań, komitety ekspertów czy negocjacje taryfowe – możliwe jest wypracowanie konsensusu, w którym troska przed krzywdą pozostaje nadrzędna (zapewniając ochronę życia i zdrowia), ale jest uzupełniana mechanizmami promującymi prewencję i proporcjonalność (np. zachęty behawioralne czy częściowy regres kosztów w wybranych przypadkach). Brak takiego dialogu prowadzi do polaryzacji: beneficjenci obawiają się ograniczeń dostępu, a obligatariusze – nadmiernych obciążeń, co w konsekwencji eroduje zaufanie społeczne i legitymizację polityki publicznej.

Podsumowując, koncepcja Moore’a podkreśla, że wartość publiczna w dziedzinie ochrony zdrowia nie jest statyczna, lecz dynamicznie uzgadniana w łańcuchu wartości. Intuicja troski przed krzywdą stanowi jej rdzeń, ale jej skuteczna realizacja wymaga ciągłego negocjowania granic, aby system był nie tylko empatyczny, lecz także zrównoważony i legitymizowany społecznie.

Modele realizacji intuicji troski przed krzywdą: solidarność zbiorowa i podejścia hybrydowe

Społeczeństwa różnią się znacząco w sposobie instytucjonalnego urzeczywistniania intuicji troski przed krzywdą w politykach zdrowotnych. Różnice te odzwierciedlają nie tylko uwarunkowania historyczne, kulturowe i ekonomiczne, ale także różne odpowiedzi na napięcia wynikające z ekspansji tej intuicji w warunkach ograniczonych zasobów oraz ryzyk modyfikowalnych behawioralnie. Można wyróżnić kilka podstawowych modeli: solidarnościowy (dominujący w większości krajów europejskich), indywidualistyczny (historycznie związany z systemami o liberalnym charakterze gospodarczym) oraz hybrydowy (łączy elementy solidarności z mechanizmami odpowiedzialności indywidualnej, coraz częściej spotykany w praktyce współczesnej).

Model solidarnościowy opiera się na założeniu, że zdrowie jest dobrem publicznym, a ryzyko zdrowotne rozkłada się na całą zbiorowość poprzez powszechne, obowiązkowe finansowanie z podatków lub składek ubezpieczeniowych. Przykładem klasycznym jest brytyjski *National Health Service* (NHS), gdzie dostęp do świadczeń zdrowotnych

jest uniwersalny i bezpłatny w miejscu korzystania ze świadczenia zdrowotnego, finansowany głównie z budżetu państwa opartego na podatkach ogólnych. Podobny charakter ma polski system oparty na Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ), gdzie składki zdrowotne mają poza pewnymi wyjątkami charakter powszechnego podatku od dochodu, są obowiązkowe dla zatrudnionych, zleceniobiorców czy samozatrudnionych, a zakres świadczeń gwarantowanych określa koszyk świadczeń, uzupełniany dotacjami budżetowymi w razie deficytu. W tych modelach intuicja troski przed krzywdą jest realizowana w sposób najbardziej bezpośredni i kompleksowy: państwo pełni rolę zbiorowego opiekuna, minimalizując indywidualny lęk przed wysokimi kosztami leczenia czy wykluczeniem z opieki z powodów ekonomicznych, bez względu na kontestujące konsensus ekspertów zdrowia publicznego postawy zdrowotne i zachowania ryzykowne.

Zalety tego modelu są szczególnie widoczne w kontekście filaru troski/opieki przed krzywdą: wzmacnia on poczucie bezpieczeństwa zbiorowego, redukuje stygmatyzację związaną z chorobą lub ubóstwem, wspiera prewencję systemową (np. poprzez ogólnodostępne programy szczepień, badań przesiewowych czy edukacji zdrowotnej) i buduje solidarność społeczną jako spoiwo wspólnoty. Jednocześnie jednak pełna solidarność niesie ryzyko osłabienia indywidualnej motywacji do prewencji behawioralnej – zjawisko znane w literaturze jako zagrożenie moralne, gdzie świadomość pokrycia kosztów przez zbiorowość może zmniejszać ostrożność w podejmowaniu ryzyk modyfikowalnych, takich jak zaniedbanie profilaktyki czy świadome zachowania zwiększające prawdopodobieństwo urazu lub choroby.

W kontraście do modeli solidarnościowych stoją podejścia bardziej indywidualistyczne, w których opieka zdrowotna jest traktowana przede wszystkim jako odpowiedzialność osobista, a system opiera się na prywatnych ubezpieczeniach rynkowych z różnicowaniem składek według poziomu ryzyka. Model ten, dominujący w Stanach Zjednoczonych przed wprowadzeniem *Affordable Care Act* (ACA, 2010), podkreśla proporcjonalność: korzyści z systemu odpowiadają wkładowi indywidualnemu i świadomym wyborom. Po reformie ACA wprowadzono elementy solidarności (zakaz dyskryminacji ze względu na wcześniej istniejące schorzenia, subsydia dla grup o niskich dochodach), ale zachowano – dodajmy, że po intensywnej dyskusji – mechanizmy promujące odpowiedzialność, np. dopłaty do składek za palenie tytoniu czy zachęty do uczestnictwa w programach promocji zdrowego stylu życia. Tego typu podejście wzmacnia motywację do zdrowych wyborów życiowych, ale niesie istotne i dobrze opisane ryzyko wykluczenia grup mniej zamożnych lub bardziej narażonych na ryzyko zdrowotne z przyczyn niezależnych od ich woli.



**Klinika Położnicza
i Chorób Kobięcych
Uniwersytetu
Jagiellońskiego
w Krakowie, 1936 r.**

fot. Narodowe Archiwum
Cyfrowe

Dziś uznanie uzyskują modele hybrydowe, które poszukują równowagi między bezwarunkową troską a proporcjonalnością obciążeń. Przykładem jest system singapurski, gdzie obowiązkowe indywidualne konta oszczędnościowe *MediSave* pozwalają na gromadzenie osobistych środków na opiekę zdrowotną, uzupełniane subsydiami państwowymi dla osób o niskich dochodach oraz funduszem bezpieczeństwa *MediFund* dla najuboższych, a także obowiązkowym ubezpieczeniem od wysokich kosztów (*MediShield Life*). Pacjenci partycypują w kosztach leczenia (współpłacenie i franszyzy), co minimalizuje nadużycia systemu przy jednoczesnym zachowaniu ochrony przed finansową katastrofą zdrowotną. Taki system promuje odpowiedzialność indywidualną (oszczędzasz na zdrowie sam), ale chroni przed bankructwem medycznym, jednocześnie zachęcając do prewencji poprzez programy w rodzaju *Healthy 365*, nagradzające zdrowe nawyki punktami wymienialnymi na korzyści finansowe lub zniżki.

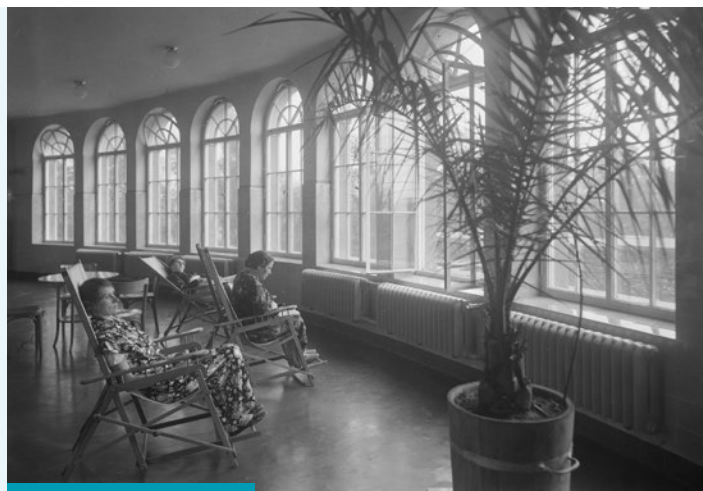
Podobnie w Niemczech ustawowe ubezpieczenie zdrowotne łączy solidarność składek (proporcjonalnych do dochodów, z wyrównaniem dla niskich zarobków) z instytucjonalnym dialogiem trójstronnym w *Gemeinsamer Bundesausschuss* (G-BA), gdzie przedstawiciele lekarzy, szpitali, ubezpieczycieli i pacjentów negocjują zakres świadczeń gwarantowanych. Komitet ten uwzględnia zarówno potrzeby opiekuńcze, jak i efektywność ekonomiczną oraz prewencję (np. poprzez ocenę technologii medycznych i nadawanie priorytetu programom profilaktycznym). Taki reprezentatywny model dialogu pozwala na elastyczne uzgadnianie granic troski, równoważąc empatię z racjonalnością zasobów, co wzmacnia legitymizację systemu.

Szczególnie interesującym przykładem hybrydowego podejścia do ryzyk modyfikowalnych behawioralnie jest regulacja ratownictwa górskiego w krajach alpejskich i karpaccich, takich jak Słowacja, Czechy, Austria czy Szwajcaria. We wszystkich tych

krajach interwencja ratująca życie jest zawsze przeprowadzana natychmiast i bezwarunkowo – ratownicy nie sprawdzają ubezpieczenia przed pomocą. Podstawowa opieka medyczna po wypadku jest zwykle bezpłatna dla obywateli UE posiadających Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Jednak koszty specjalistycznej ewakuacji, np. helikopterem, które mogą sięgać tysięcy euro, ponosi poszkodowany, jeśli nie ma dodatkowego ubezpieczenia turystycznego obejmującego aktywności górskie lub członkostwa w lokalnej organizacji ratowniczej (np. *Österreichischer Alpenverein* w Austrii czy *Rega* w Szwajcarii). Mechanizm ten zachęca do zakupu polisy lub członkostwa przed wyjściem w góry oraz mobilizuje do większej ostrożności (np. odpowiedniego przygotowania sprzętu i trasy), przy jednoczesnym zachowaniu bezwarunkowej pomocy w sytuacji zagrożenia życia.

Porównanie tych modeli ujawnia fundamentalne napięcie w realizacji intuicji troski przed krzywdą: modele solidarnościowe skutecznie minimalizują indywidualne cierpienie i budują spójność społeczną jako wyraz zbiorowej empatii; modele hybrydowe lepiej równoważą troskę z prewencją behawioralną i proporcjonalnością obciążeń, unikając nadmiernego zagrożenia moralnego; modele indywidualistyczne wzmacniają osobistą odpowiedzialność, ale w ich przypadku pojawia się ryzyko nierówności dostępu i osłabienie solidarności zbiorowej.

W polskim kontekście dominuje model solidarnościowy, co dobrze odpowiada pierwotnej intuicji troski/opieki przed krzywdą, zapewniając uniwersalną ochronę przed krzywdą zdrowotną. Jednocześnie podejście solidarnościowe wystawia system na wyzwania związane z kosztami ryzyk modyfikowalnych, co w ocenie autora wymaga uzgodnienia granic opiekuńczości państwa w ramach dialogu o wartości publicznej.



**Klinika Położnicza
i Chorób Kobieczych
Uniwersytetu
Jagiellońskiego
w Krakowie, 1936 r.**

fot. Narodowe Archiwum
Cyfrowe

Empiryczne wyzwania ekspansji troski w polskim systemie zdrowotnym

Polski system ochrony zdrowia, oparty na modelu solidarnościowym z uniwersalnym dostępem gwarantowanym konstytucyjnie (art. 68 Konstytucji RP), skutecznie realizuje intuicję troski przed krzywdą, zapewniając opiekę medyczną niezależnie od przyczyny potrzeby zdrowotnej i statusu ekonomicznego obywatela. Jednocześnie ekspansja tej intuicji w warunkach ograniczonych zasobów budżetowych i demograficznych wystawia system na konkretne wyzwania empiryczne, szczególnie w zakresie ryzyk modyfikowalnych behawioralnie, gdzie koszty leczenia, ratownictwa oraz skutki społeczne (takie jak zgony czy trwała niepełnosprawność) obciążają zbiorowość w sposób nieproporcjonalny do indywidualnych wyborów.

Jednym z najbardziej wyrazistych przykładów są wypadki drogowe spowodowane prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych. Według danych Komendy Głównej Policji za 2024 r. (KGP, 2025) w Polsce doszło do ponad 21 tys. wypadków drogowych, z czego kierujący pod wpływem alkoholu uczestniczyli w 1944 zdarzeniach (ok. 9% ogółu). Te wypadki, choć stanowią mniejszość, charakteryzują się znacząco wyższą śmiertelnością i ciężkimi urazami – spowodowały śmierć 258 osób, a 2176 osób odniosło obrażenia. Leczenie zarówno ofiar, jak i sprawców jest finansowane z publicznych środków Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, bez systematycznego mechanizmu regresu kosztów wobec sprawców (choć możliwość regresu cywilnego istnieje w indywidualnych przypadkach).

Koszty społeczne tych zdarzeń wykraczają daleko poza bezpośrednie wydatki medyczne. Według raportu Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (KRBRD, 2023) koszt jednostkowy ofiary śmiertelnej w wypadkach drogowych wynosi około 2,6 mln zł (wliczają się w to utrata produktywności, koszty pogrzebu i wsparcie dla rodzin), a ciężko rannej (z trwałą niepełnosprawnością) – około 4,2 mln zł (kwota ta obejmuje długoterminową rehabilitację, rentę i utratę dochodów). Całkowite koszty społeczne wypadków i kolizji drogowych w Polsce szacowane są na ponad 52 mld zł rocznie, z czego znaczna część przypada na zdarzenia związane z ryzykami modyfikowalnymi (KRBRD, 2023).

Kolejnym aspektem jest struktura wydatków na ochronę zdrowia, w szczególności niski poziom inwestycji w prewencję. Według danych OECD (2025) Polska przeznaczająca na profilaktykę i promocję zdrowia zaledwie około 1,7% całkowitych wydatków na zdrowie, podczas gdy średnia dla krajów OECD wynosi 3,4%. To ograniczenie zasobów

na działania prewencyjne (np. kampanie antyalkoholowe, edukację bezpieczeństwa drogowego czy programy promocji aktywności fizycznej i badań przesiewowych) pogłębia obciążenia spowodowane leczeniem skutków ryzyk modyfikowalnych.

Niskie wydatki na prewencję można jednak analizować z perspektywy woli oddziaływania państwa na ryzyka behawioralne. Rola prewencji w kontekście intuicji troski przed krzywdą nie jest oczywista, gdyż filar ten skupia się przede wszystkim na reaktywnej ochronie przed skutkami już zaistniałej krzywdy (ratowanie życia, leczenie cierpienia). Prewencja jednak stanowi proaktywne rozszerzenie tej intuicji – unikanie krzywdy, zanim nastąpi, co jest zgodne z ewolucyjnym mechanizmem adaptacyjnym chroniącym grupę przed zagrożeniami. W modelu solidarnościowym pełna opiekuńczość reaktywna („żyj, jak chcesz, i tak cię będziemy leczyć”) może nieintencjonalnie tłumić inwestycje w prewencję systemową i indywidualną, podnosząc długoterminowe koszty leczenia oraz skutki społeczne (zgony, trwała niepełnosprawność, utrata produktywności). Brak motywacji do prewencji behawioralnej zwiększa obciążenia zbiorowe, co w konsekwencji osłabia zrównoważenie systemu, mimo że intuicja troski pozostaje nadrzędna.

Te empiryczne przykłady ilustrują praktyczne napięcie towarzyszące ekspansji intuicji troski przed krzywdą w modelu solidarnościowym: uniwersalna ochrona minimalizuje indywidualne cierpienie i zapewnia natychmiastową pomoc ratującą życie, co jest zgodne z pierwotnym instynktem troski. Jednocześnie brak mechanizmów proporcjonalności w pokryciu kosztów ryzyk modyfikowalnych behawioralnie może prowadzić do nieoptymalnej alokacji ograniczonych zasobów, osłabiając długoterminowe zrównoważenie systemu i wystawiając go na krytykę dotyczącą efektywności.

W ramach koncepcji wartości publicznej takie dylematy wymagają ciągłego uzgadniania poprzez dialog interesariuszy, aby troska pozostała nadrzędna, ale była uzupełniona elementami promującymi prewencję behawioralną i odpowiedzialność indywidualną, bez naruszania podstawowej ochrony przed krzywdą.

Etyczne i społeczne implikacje: granice bezwarunkowej troski przed krzywdą

Ekspansja intuicji troski przed krzywdą w systemach ochrony zdrowia rodzi głębokie implikacje etyczne i społeczne, kreśląc granice bezwarunkowej empatii. Z jednej strony pełna opiekuńczość zapewnia ochronę przed cierpieniem niezależnie od przyczyny, co jest bezpośrednim urzeczywistnieniem pierwotnego mechanizmu troski – reakcji na krzywdę członków grupy. Z drugiej strony budzi pytania o proporcjonalność, gdy koszty ryzyk modyfikowalnych behawioralnie obciążają zbiorowość.

Porównanie opieki zdrowotnej w systemie penitencjarnym z opieką w społeczeństwie otwartym szczególnie wyraziście ilustruje te granice. W Polsce osadzeni w zakładach karnych otrzymują pełną opiekę zdrowotną finansowaną z budżetu państwa, mimo że ich sytuacja wynika z wcześniejszych zachowań przestępczych (np. przemoc, narkotyki prowadzące do urazów lub chorób). Opieka ta jest uzasadniona humanitarnie (ludzkie zachowanie wobec osoby pozbawionej wolności) oraz funkcjonalnie – jako element resocjalizacji i prewencji zagrożeń zbiorowych w zamkniętym środowisku (np. epidemii). Popełnienie przestępstwa prowadzi do utraty wolności, ale nie do utraty prawa do opieki – społeczeństwo akceptuje te koszty jako część umowy społecznej.

W społeczeństwie otwartym sytuacja jest zasadniczo inna: ryzyko zdrowotne (np. ciężki wypadek po prowadzeniu pod wpływem alkoholu) jest dobrowolne, modyfikowalne i pozostaje bezpośrednim skutkiem świadomego wyboru jednostki w warunkach pełnej wolności. Pełne przeniesienie kosztów takiego ryzyka na zbiorowość budzi większe zastrzeżenia etyczne niż w kontekście penitencjarnym, gdzie opieka służy szerszemu dobru publicznemu i nie jest postrzegana jako „nagroda”.

Jeszcze bardziej bezpośrednim przykładem bezwarunkowej troski w praktyce klinicznej jest sytuacja w szpitalnym oddziale ratunkowym, gdzie zespół medyczny ratuje życie mordercy lub sprawcy ciężkiego przestępstwa przywiezionego w stanie krytycznym (np. po strzelaninie). Ratownicy i lekarze nie kierują się winą moralną pacjenta – intuicja troski przed krzywdą nakazuje natychmiastową, pełną interwencję ratującą życie, nawet jeśli oznacza to czasowe opóźnienie pomocy dla innych pacjentów czekających w oddziale. Decyzja o ratowaniu jest bezwarunkowa i natychmiastowa, zgodna z etyką lekarską i pierwotnym mechanizmem troski. Dyskusja o kosztach leczenia, rehabilitacji czy proporcjonalności obciążeń zbiorowych pojawia się dopiero później – w wymiarze systemowym, nie klinicznym. Choć bardziej precyzyjnie należałoby napisać, że takiej dyskusji brakuje.

Te przykłady podkreślają siłę intuicji troski przed krzywdą: w sytuacjach nagłych ochrona życia jest absolutna, bez oceny moralnej czy behawioralnej pacjenta. Jednocześnie w dłuższej perspektywie rodzą się pytania o granice solidarności finansowej – czy pełne pokrycie kosztów przez zbiorowość w przypadkach dobrowolnego ryzyka lub ciężkiej winy moralnej jest zrównoważone społecznie.

Implikacje społeczne tych granic są znaczące. Pełna solidarność buduje zaufanie i spójność grupy, redukując lęk przed krzywdą zdrowotną. Jednocześnie brak mechanizmów proporcjonalności w finansowaniu może prowadzić do frustracji wśród obligatariuszy systemu – osób przestrzegających norm prewencyjnych i regularnie ponoszących składki – osłabiając ducha wspólnoty i motywację do solidarności (Putnam, 2000).

W dłuższej perspektywie przyczynia się do polaryzacji społecznej, gdzie część opinii publicznej podkreśla uniwersalną empatię jako wartość nadrzędną, inna – potrzebę odpowiedzialności indywidualnej jako warunku zrównoważonej troski.

Uzgodnienie tych granic wymaga dialogu w ramach wartości publicznej, aby troska przed krzywdą pozostała fundamentem systemu, ale była zrównoważona proporcjonalnością i prewencją, zachowując legitymizację społeczną.

Kierunki możliwych reform: w stronę zrównoważonej troski przed krzywdą

Łagodzenie napięć związanych z ekspansją intuicji troski przed krzywdą wymaga poszukiwania mechanizmów, które zachowują uniwersalną ochronę przed cierpieniem, jednocześnie uwzględniając ograniczoność zasobów i rolę prewencji behawioralnej. Koncepcja wartości publicznej Moore'a (1995) dostarcza ram do takich rozwiązań – poprzez dialog interesariuszy i uzgadnianie konsensusu możliwe jest wypracowanie równowagi między empatią a proporcjonalnością obciążeń.

Proponowane przez autora kierunki mają charakter hipotez opartych na obserwacjach międzynarodowych modeli hybrydowych. Nie stanowią gotowej recepty politycznej, lecz ilustrację potencjalnych ścieżek, które mogłyby być przedmiotem dalszego dialogu w ramach łańcucha wartości publicznej.

1. Częściowy regres kosztów w wybranych ryzykach modyfikowalnych

Jednym z kierunków jest wprowadzenie mechanizmu regresu kosztów leczenia w przypadkach ryzyk behawioralnych o wysokim stopniu dobrowolności, np. jazda pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych (DUI – *driving under the influence*). Regres mógłby obejmować część kosztów, stosowany retroaktywnie po ustaleniu odpowiedzialności, bez wpływu na natychmiastową opiekę ostrą (ratowanie życia i stabilizację stanu). Przykłady z niektórych krajów europejskich pokazują, że regres w ramach polis odpowiedzialności cywilnej wspiera prewencję behawioralną. W polskim kontekście ochrony zdrowia taki mechanizm mógłby być rozważany jako sposób równoważenia obciążeń zbiorowych przy jednoczesnym zachowaniu uniwersalnego dostępu do opieki nagłej. W modelu Moore'a wymagałby szerokiego dialogu, aby zapewnić legitymizację i uniknąć ryzyka stygmatyzacji.



**Klinika Położnicza
i Chorób Kobięcych
Uniwersytetu
Jagiellońskiego
w Krakowie, 1936 r.**

fot. Narodowe Archiwum
Cyfrowe

2. Zachęty prewencyjne poprzez zróżnicowanie składek lub bonifikaty

Innym kierunkiem jest system zachęt do udziału w programach profilaktycznych, np. bonifikaty składkowe dla osób regularnie uczestniczących w badaniach przesiewowych lub programach promocji zdrowia, z symetrycznym podwyższeniem dla nieuczestniczących. Modele hybrydowe w krajach azjatyckich pokazują, że takie mechanizmy mogą zwiększać udział w prewencji. W Polsce, gdzie udział w badaniach przesiewowych jest ograniczony, pilotaże edukacyjne wykazały pozytywne efekty w adherencji. Podejście to promuje proaktywną troskę, równoważąc obciążenia zbiorowe bez charakteru kary.

3. Wzmocnienie edukacji i struktur dialogu

Trzecim kierunkiem jest rozwój kampanii edukacyjnych oraz instytucji dialogu, opartych na transparentności danych (np. raporty NFZ o kosztach ryzyk modyfikowalnych) i forach z udziałem pacjentów, lekarzy oraz przedstawicieli obligatariuszy. Przykłady międzynarodowe pokazują, że programy edukacyjne mogą zmniejszać występowanie ryzyk behawioralnych. W Polsce integracja z platformami cyfrowymi mogłaby wspierać większy udział w badaniach przesiewowych. Takie inicjatywy budują zaufanie poprzez widoczne korzyści zbiorowe i pokorę w uznaniu złożoności zachowań zdrowotnych.

Te kierunki, uzgadniane w ramach wartości publicznej Moore’a, pozwalają na zachowanie rdzenia intuicji troski przed krzywdą – uniwersalnej ochrony przed cierpieniem – przy jednoczesnym uzupełnieniu jej o prewencję i proporcjonalność. Osoby przestrzegające prewencji zyskałyby stabilność systemu, osoby podejmujące ryzyka modyfikowalne – motywację do zmian, a duch wspólnoty – wzmocnienie poprzez poczucie równowagi obciążeń i konsensusu społecznego.

Podsumowanie

Granice opiekuńczości państwa w ochronie zdrowia nie są abstrakcją, lecz praktycznym wyzwaniem dla konsensusu. W Polsce, gdzie troska przed krzywdą jest fundamentem solidarności, ignorowanie indywidualnej odpowiedzialności eroduje zaufanie i kapitał społeczny. Jak pokazuje analiza, mechanizmy proporcjonalności i zachęt, inspirowane międzynarodowymi modelami hybrydowymi, pozwalają zachować imperatyw Haidta bez nadużyć. Wprowadzanie granic opiekuńczości to nie egoizm, lecz poszukiwanie punktu równowagi. Reforma wymaga cnót Camerona – współczucia dla słabych, ale zaufania do proporcjonalności interwencji – by wartość publiczna Moore’a stała się trwałym drogowskazem, odpornym na polaryzację, ku wspólnemu dobru.

Bibliografia

Affordable Care Act (2010). Affordable Care Act, Pub. L. No. 111-148, 124 Stat. 119 (2010). <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/3590>

Cappelen, A. W., Norheim, O. F. (2005). Responsibility in health care: A liberal egalitarian approach. *Journal of Medical Ethics*, 31(8), 476–480. <https://doi.org/10.1136/jme.2004.010421>

Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population: Cours au Collège de France, 1977–1978*. Gallimard/Le Seuil.

Haidt, J. (2024). *Prawy umysł. Dlaczego dobrych ludzi dzieli religia i polityka*. Zys i S-ka Wydawnictwo.

Haidt, J., Joseph, C. (2004). Intuitive ethics: How innately prepared intuitions generate culturally variable virtues. *Daedalus*, 133(4), 55–66. <https://doi.org/10.1162/0011526042365555>

Komenda Główna Policji (2025). *Wypadki drogowe w Polsce w 2024 roku*. Komenda Główna Policji. Biuro Ruchu Drogowego. <https://statystyka.policja.pl/download/20/447022/Wypadkidrogowe2024.pdf>

Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (2023). *Wycena kosztów wypadków i kolizji drogowych na sieci dróg w Polsce na koniec roku 2022, z wyodrębnieniem średnich kosztów społeczno-ekonomicznych wypadków na transeuropejskiej sieci transportowej w 2022 r.* Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, grudzień 2023. <https://www.krbrd.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Koszty-wypadkow-drogowych-w-Polsce-w-2022-r.pdf>

Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2025). *Health at a Glance 2025: Poland. Country note*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025-country-notes_2f94481e/poland_3e11c239/c3917772-en.pdf

Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.

Veatch, R. M. (1980). Voluntary risks to health: The ethical issues. *JAMA*, 243(1), 50–55. <https://doi.org/10.1001/jama.1980.03300270038027>

Sposób cytowania tego rozdziału:

Mołdach, R. (2026). Troska – ochrona przed krzywdą (care/harm). W: R. Mołdach (red.), *Ponad kadencjami, ponad podziałami. Wartość publiczna jako strategia reformy systemu zdrowia* (s. 17–31). Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. <https://doi.org/10.66081/RLXR4182>

Szkoła młodszych pielęgniarek okręgu warszawskiego, 1949/1950 r.

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



ROZDZIAŁ 2

Równość – przeciwdziałanie dyskryminacji (equality/inequality)

Autor: Szymon Brzóska

DOI: 10.66081/QTRC2625

W obliczu rosnącej polaryzacji społecznej i politycznej pytanie o równość w dostępie do opieki zdrowotnej nabiera szczególnej ostrości. Czy równość jest możliwa? Pełna równość, rozumiana jako identyczny rezultat dla każdego pacjenta niezależnie od okoliczności, pozostaje oczywiście utopią. Jednak sprawiedliwość kliniczno-operacyjna (*equity*) – mechanizm minimalizujący przewidywalność losu zdrowotnego pacjenta na podstawie kodu pocztowego, wykształcenia czy kompetencji cyfrowych – jest nie tylko osiągalna, ale i niezbędna. W kontekście transformacji systemu zdrowia, inspirowanym koncepcją wartości publicznej Marka Moore’a (1995), równość staje się filarem, który wymaga nie tylko deklaracji, ale przede wszystkim mierzalnych i wymiernych działań. Jak pokazał Robert Putnam (2000) w swojej diagnozie erozji kapitału społecznego, polaryzacja osłabia mosty współpracy, pozostawiając system w stanie fragmentarycznym, gdzie reformy są nietrwałe i płytkie. W tej ramie zaufanie – jako kluczowa cnota organizacyjna w ujęciu Kima Camerona (2003) – pełni rolę katalizatora sprawczości, łącząc intuicje moralne Jonathana Haidta (2024) z praktycznym budowaniem konsensusu ponad podziałami.

Dlaczego równość wymaga redefinicji?

W polskim systemie ochrony zdrowia równość jest zapisana w Konstytucji (art. 68), gwarantując każdemu prawo do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, w praktyce już tak „gładko” to nie wygląda. Rzeczywistość odsłania głębokie luki, a wręcz pułapki stanowiące różne trudności do pokonania: różnice w dostępności opieki między wsią a miastem, wpływ poziomu wykształcenia na poruszanie się w systemie czy siła sieci kontaktów determinująca tempo kwalifikacji do zaawansowanych terapii. Polityka spójności, choć obecna, niestety aktualnie zawodzi w wielu dziedzinach ochrony zdrowia na poziomie operacyjnym. Konkurencja o kadry medyczne, środki na inwestycje

i finansowanie procedur pogłębia te dysproporcje, tworząc środowisko, w którym – jak ostrzega Putnam (2000) – kapitał pomostowy (*bridging social capital*) eroduje. Zamiast sieci współpracy ponad granicami geograficznymi i instytucjonalnymi dominują zamknięte kręgi (*bonding capital*), co prowadzi do dezintegracji społecznej i braku zaufania.

Aby umożliwić lepsze zrozumienie tych kwestii warto wyjaśnić, że Putnam (2000) wyróżnia trzy wymiary kapitału społecznego, które w ochronie zdrowia mają bardzo praktyczne konsekwencje:

1. Kapitał wiążący (*bonding*) – silne więzi w obrębie jednej grupy (zespół kliniki, środowisko jednej specjalizacji, grono liderów w jednym szpitalu) dające poczucie bezpieczeństwa, wzmacniające wzajemną lojalność i umożliwiające szybkie działanie w obrębie zespołu. Takie praktyki mogą tworzyć zamknięte, hermetyczne centra, w których wiedza krąży wewnątrz, a wypracowane standardy nie wychodzą na zewnątrz. Efekt uboczny to duża zmienność praktyk między ośrodkami i defensywna postawa wobec „obcych” rozwiązań.

2. Kapitał pomostowy (*bridging*) – relacje i zaufanie przekraczające granice grup/ośrodków, to np. współpraca szpitala powiatowego z ośrodkiem klinicznym (ścieżki postępowania oparte na terminach i kryteriach klinicznych), włączenie organizacji pacjentów do projektowania programów edukacji przeddializacyjnej, partnerstwo przy opracowaniu wspólnych wskaźników jakości. To dzięki „mostom” dobre praktyki mogą się przedostać „na zewnątrz”, możliwa jest replikacja protokołów, wspólne rejestry, rotacje personelu, telekonsylia i udostępnianie danych. Bez kapitału pomostowego powstają „wyspy doskonałości”, które nie zmieniają morza przeciętności.



**Państwowe
Liceum Felczerskie
w Szczecinie, 1950 r.**

fot. Narodowe Archiwum
Cyfrowe

3. Kapitał łączący/pionowy (*linking*) – zaufanie i sprawne relacje w osi pionowej między jednostkami ochrony zdrowia a instytucjami regulacyjnymi, ministerstwem, Płanikiem. Przekłada się na przewidywalność reguł (np. jasne kryteria rozliczeń i jakości), szybkie ścieżki wprowadzania innowacji (np. pilotaże, zgody na telemedycynę), stabilne finansowanie modeli koordynowanych. Gdy kapitał pionowy jest silny, ośrodki wiedzą, że gra toczy się według czytelnych zasad – łatwiej inwestują w standardy, bo widzą sens i ciągłość. Gdy jest słaby, rośnie uznaniowość, a zaufanie eroduje.

W ujęciu Moore’a (1995) trwała reforma opiera się na trzech elementach: jasno zdefiniowanej wartości publicznej (tu: zmniejszenie mierzalnych różnic zdrowotnych), legitymizacji społeczno-politycznej ponad podziałami oraz zdolności operacyjnej, która działa także na peryferiach. Bez odbudowy kapitału pomostowego nowe technologie medyczne – zamiast wyrównywać szanse – będą jedynie pogłębiać istniejące nierówności. Jak zagwarantować równość w dostępie do nowoczesnych rozwiązań, gdy ich absorpcja koncentruje się w ośrodkach z silnym zapleczem, a peryferie pozostają w tyle? Tutaj zaufanie jako cnota Camerona (2003) staje się niezbędnym spoiwem – bez niego intuicje moralne Haidta (2024), takie jak równość, pozostają w sferze abstrakcji, uniemożliwiając realną sprawczość.

Luki w praktyce: dane z organizacji systemu opieki nefrologicznej jako soczewka systemu

Nefrologia, obszar zawodowy autora tego rozdziału, to doskonały przykład, jak te wyzwania wyglądają w praktyce – jak w soczewce pokazuje problemy całego systemu zdrowia. Weźmy chociażby dostęp naczyniowy do dializ: w jednych ośrodkach aż 70% pacjentów zaczyna dializy z przetoką tętniczo-żylną, a w innych ten odsetek jest o wiele niższy. To nie tylko statystyka jakości, ale znak, że brakuje spójnej, zaplanowanej ścieżki postępowania, która pomogłaby pacjentom wejść w terapię bez chaosu i planu, co znacznie pogarsza rokowanie w tej śmiertelnej, bez leczenia nerkozastępczego, chorobie (szybkowa niewydolność nerek). A co z transplantacjami nerek? W placówkach dializoterapii bez całodobowego wsparcia (ambulatoryjne stacje dializ) szanse na przeszczep poza standardowymi godzinami pracy spadają dramatycznie, co szczególnie uderza w mieszkańców peryferii. Kod pocztowy nadal decyduje o tym, jak szybko dostaniesz edukację przeddializacyjną, czy wybierzesz terapię domową, czy w ogóle trafisz na listę oczekujących na przeszczepienie. Do tego dochodzą kompetencje cyfrowe i sieć wsparcia – jeśli masz rodzinę, która pomoże poruszać się w systemie ochrony zdrowia, lub umiesz sprawnie korzystać z aplikacji, to proces przyspiesza. Bez tego deklaracje o równości brzmią jak pusta obietnica, a rzeczywistość zamienia się w loterię.

Mamy jednak i jasne punkty – „wyspy doskonałości”: np. ośrodki nefrologiczne, gdzie większość startów przewlekłej dializoterapii zaczyna się planowo, z mniejszą liczbą cewników dializacyjnych, gdzie dostęp do dializ jest sprawnie i szybko konwertowany na bezpieczny i trwały dostęp tętniczo-żylny, gdzie ma miejsce szybsza kwalifikacja do transplantacji nerki. Te sukcesy opierają się na pozornie prostych narzędziach, jak protokoły postępowania, listy kontrolne, dobrze zorganizowana sieć konsultacji specjalistycznych, w której koordynatorzy kliniczni (najczęściej lekarze lub pielęgniarki) spinają wszystko w efektywnie działającą całość. Niezbędnym elementem jednak są zdefiniowane, akceptowane i egzekwowane ścieżki postępowania klinicznego, będące elementami nawet lokalnie zdefiniowanego systemu jakości, z kolektywnie akceptowanymi, rozważnie zdefiniowanymi celami klinicznymi. Problem w tym, że te perły pozostają izolowane. Brak kapitału pomostowego – wspomnianych mostów współpracy między różnymi placówkami – sprawia, że dobre praktyki nie rozprzestrzeniają się dalej. Zamiast entuzjazmu i kopiowania, słyszymy sceptycyzm: „Oni mają inne warunki, u nas to nie przejdzie”. To klasyczny koszt braku tych mostów – ogromny potencjał wartości publicznej zostaje uwięziony lokalnie, a my wszyscy, jako społeczeństwo, płacimy za to cenę w postaci utrwalonych nierówności i straconych szans na lepsze zdrowie.

Dlaczego nie wdrażamy na peryferiach modeli takich jak np. australijskie *Multi-Purpose Services* (MPS)¹, wprowadzone w 1993 r.? Te zintegrowane placówki łączą funkcje zdrowotne i opiekuńcze, minimalizując luki w regionach o niskiej gęstości zasobów. Brak adaptacji takich przykładów pokazuje tak kosztowną lukę w zdolności operacyjnej – elementu kluczowego w triadzie Moore’a (1995).

Moralne intuicje jako katalizator dialogu

Spory o równość często utykają w martwym punkcie, bo aktywują różne intuicje moralne, jak opisał Jonathan Haidt (2024). Są to: sprawiedliwość/krzywda („pacjent nie powinien tracić lat życia w dysfunkcyjnej ścieżce działań klinicznych”), lojalność/zdrada (obrona własnego segmentu lub obszaru działania) czy autorytet/bunt (kto definiuje standard). Zamiast ignorować te osie, użyjmy ich do identyfikowania wspólnych mianowników – np. wcześniejsza kwalifikacja do transplantacji łączy sprawiedliwość, efektywność i poszanowanie godności. Zaufanie jako cnota organizacyjna w modelu Camerona (2003) wzmacnia te intuicje, czyniąc je narzędziem sprawczości: bez zaufania intuicja równości/dyskryminacji staje się źródłem konfliktu, a nie mostem do wspólnych rozwiązań.

¹ <https://www.health.gov.au/our-work/multi-purpose-services-mps-program>

Aby przejść od polaryzacji do konsensusu, potrzebujemy cnót operacyjnych inspirowanych modelem zarządzania Camerona (2003), takich jak: przebaczenie (nie reanimujemy dawnych sporów), współczucie (dane zakotwiczone w doświadczeniu pacjenta), wdzięczność (uznanie lokalnych praktyk), zaufanie (jawność wskaźników), optymizm (różnice są redukowalne) i pokora (nikt nie ma monopolu na prawdę). Te cnoty stają się mikroinfrastrukturą dialogu, umożliwiającą przekład intuicji moralnych na działania operacyjne. Szczególnie zaufanie – powiązane z intuicjami lojalności i sprawiedliwości u Haidta (2024) – jest niezbędne do budowania sprawczości, bo bez niego nawet najlepsze pomysły pozostają w sferze jedynie deklaracji.

Przykłady działań: od sloganu do mierzalnej *equity*

Nierówności są wpisane w życie, ale można je minimalizować, skupiając się na *equity* – sprawiedliwości operacyjnej – zamiast na niejednoznacznym pojęciu równości – *equality*. Zamiast ograniczać się do sztywnych minimów, warto rozważyć przykłady działań, które integrują wskaźniki z praktyką, budując zaufanie i zdolność operacyjną. Na przykład mapowanie luk na poziomie powiatów (skojarzenie z mapami potrzeb zdrowotnych jest jak najbardziej trafne) – gdzie porównuje się lokalne wskaźniki (jak odsetek planowych startów dializ) z medianą krajową – może ujawnić dysproporcje i zainicjować dialog między ośrodkami. Ten dialog trzeba jednak prowadzić w jasnym celu, jakim jest dążenie do poprawy wskaźników wymiennie mających wpływ na los pacjenta. Innym przykładem jest reguła „przeniesienia interwencji w lewo”, czyli wprowadzenie obowiązkowej edukacji przeddializacyjnej już na wczesnym etapie spadku GFR, co nie tylko wyrównuje szanse, ale też buduje zaufanie pacjenta do systemu poprzez przewidywalność.

A gdyby wyobrazić sobie standaryzację procesu tworzenia adekwatnego dostępu naczyniowego do dializ, opisaną przez Płatnika w procedurze hemodializy – opartą na jasnych protokołach, listach kontrolnych i oczekiwanych terminach realizacji kluczowych czynności? W taki właśnie sposób proste narzędzia, wspierane przez system płatnika publicznego, mogą naprawdę zmniejszyć różnice między centrami a peryferiami, zachęcając placówki do współpracy i dzielenia się doświadczeniami. Kolejny przykład to automatyczny mechanizm, który z poziomu Indywidualnego Konta Pacjenta (IKP) uruchamia konsultację i kwalifikację do transplantacji nerki, gdy GFR spadnie poniżej $15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ – w ten sposób sprawiedliwość operacyjna staje się codzienną praktyką, a kod pocztowy przestaje decydować o tym, jak szybko ktoś dostanie szansę na „nowe życie”. Pilotaż modelu inspirowanego australijskimi wielofunkcyjnymi usługami (MPS) w regionach oddalonych od centrów – czyli zintegrowanych placówek adresujących zróżnicowane potrzeby opieki nefrologicznej (szczególnie późnych stadiów

przewlekłej choroby nerek) ze wsparciem domowym – mógłby sprawdzić, jak przenieść te rozwiązania do polskiego systemu, rozprzestrzeniając „wyspy doskonałości” poprzez prosty mechanizm: wyodrębnić dobre praktyki z wiodących ośrodków, usystematyzuj/dostosuj je i powtórz. Wreszcie, transparentne ujawnianie danych – tablica wskaźników jakości, dobranych tak, aby odzwierciedlać sprawiedliwość operacyjną, z okresowo, regularnie, otwartymi danymi (np. udziałem terapii domowych dostosowanym do potrzeb lokalnej społeczności czy średnim czasem oczekiwania na aktywację na krajowej liście oczekujących na transplantację albo odsetek populacji pacjentów z przetoką tętniczo-żylną w ośrodku dializ) buduje zaufanie przez przejrzystość, pozwalając na bieżące zmiany i dostosowanie i adaptację działań mających na celu poprawę, którą czują wszyscy – od pacjentów po lekarzy.

Te przykłady wzmacniają legitymizację i zdolność operacyjną, chroniąc reformy ponad kadencjami, a zaufanie staje się tu kluczem do ich sprawczości.

Refleksja o zaufaniu jako infrastrukturze zdrowia

Zaufanie nie jest jedynie miękkim dodatkiem – to fundament niezbędny do sprawczości w kontekście intuicji moralnych Haidta (2024). Analizy OECD (2023; 2024) wskazują, że wzrost zaufania do instytucji o jedno odchylenie standardowe wiąże się z około 0,7 roku dodatkowego zdrowo przeżytego życia (HALE – *Healthy Life Expectancy*) w skali populacji. Bez inwestycji w zaufanie (transparentne dane, klarownie zdefiniowane, przewidywalne reguły i ścieżki diagnostyczne/terapeutyczne, dialog ponad polaryzacją) sprawiedliwość operacyjna w ochronie zdrowia – *equity* – pozostaje sloganem. „Wyspy doskonałości” bez mostów dyfuzji dobrych praktyk pozostaną samotne, a system zapłaci kosztem utrwalonych różnic.

Czy równość jest możliwa? Absolutna – nie. Ale sprawiedliwość operacyjna, osłabiająca deterministyczną rolę miejsca i zasobów, jest naszym zadaniem. To mierzalna wartość publiczna, która przekracza podziały i kadencje, zakorzeniona w zaufaniu jako cesze moralnej niezbędnej do realnej zmiany.

Bibliografia

Cameron, K. S. (2003). Organizational Virtuousness and Performance. W: K. S. Cameron, J. E. Dutton i R. E. Quinn (red.), *Positive Organizational Scholarship* (s. 48–65). Berrett-Koehler.

Haidt, J. (2024). *Prawy umysł. Dlaczego dobrych ludzi dzieli religia i polityka*. Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development (2024). *OECD Survey on Drivers of Trust in Public Institutions – 2024 Results: Building Trust in a Complex Policy Environment*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9a20554b-en>

Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.

Sposób cytowania tego rozdziału:

Brzóska, Sz. (2026). Równość – przeciwdziałanie dyskryminacji (equality/inequality). W: R. Mołdach (red.), *Ponad kadencjami, ponad podziałami. Wartość publiczna jako strategia reformy systemu zdrowia* (s. 33–39). Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. <https://doi.org/10.66081/QTRC2625>



**Szkoła młodszych pielęgniarek okręgu warszawskiego,
między 1949 a 1950 r.**

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



ROZDZIAŁ 3

Proporcjonalność – przeciwdziałanie oszustwu (proportionality/cheating)

Autorzy: Gabriela Moczeniat i Katarzyna Jajuga

DOI: 10.66081/YESF2678

Proporcjonalność to jedna z kluczowych zasad, które powinny leżeć u podstaw każdego sprawiedliwego i efektywnego systemu społecznego. Haidt (2024), badając intuicje moralne, analizuje proporcjonalność pod kątem stosunku grup społecznych do wymierzania kary adekwatnej do wagi przewinienia oraz przyznawania nagród finansowych odzwierciedlających wkład, wysiłek i rezultaty jednostki. Jak w soczewce skupia się w takim spojrzeniu dużo szerszy aspekt proporcjonalności, który autorzy przeanalizują w perspektywie ochrony zdrowia i inwestycji publicznych. Istota proporcjonalności polega w tym ujęciu na takim rozdzielaniu zasobów, aby odpowiadały one zarówno skali potrzeb społecznych, jak i możliwościom poszczególnych instytucji czy jednostek. W teorii oznacza to konieczność kierowania większych zasobów tam, gdzie potrzeby zdrowotne są największe, przy jednoczesnym ograniczeniu ich tam, gdzie zapotrzebowanie jest mniejsze. Operacyjnie proporcjonalność to nie tylko matematyczne równanie, ale także kwestia etyki, zaufania społecznego i stabilności całego systemu.

W ochronie zdrowia zasada ta powinna przejawiać się w równym i sprawiedliwym dostępie do świadczeń, leczenia i profilaktyki. Priorytety finansowania powinny odpowiadać rzeczywistym wyzwaniom zdrowotnym społeczeństwa. System, który kieruje się proporcjonalnością, zapewnia pacjentom możliwość otrzymania pomocy medycznej wtedy, gdy jest ona faktycznie potrzebna, bez względu np. na miejsce zamieszkania czy okres leczenia. Powinien również dbać o to, by nakłady finansowe były rozdzielane w sposób odpowiadający dynamice demograficznej, strukturze zachorowań oraz prognozom epidemiologicznym.

Diagnoza: nierówności terytorialne i dostępność

W kontekście polskiego systemu ochrony zdrowia rodzi się jednak pytanie: czy rzeczywiście można mówić o zachowaniu tej reguły? Z jednej strony Konstytucja RP gwarantuje obywatelom prawo do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Z drugiej strony codzienna praktyka pokazuje, że dostępność usług medycznych bywa bardzo nierówna. Pacjenci w różnych regionach kraju spotykają się z odmiennymi realiami: czas oczekiwania na wizytę u specjalisty może wynosić kilka tygodni w jednym województwie, a ponad rok w innym. Podobnie jest z dostępem do nowoczesnych terapii, w teorii refundowanych, a w praktyce często limitowanych przez wysokość kontraktu placówki z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zasada proporcjonalności powinna także odnosić się do finansowania. W idealnym modelu budżet na ochronę zdrowia odpowiadałby wprost skali potrzeb, czyli starzeniu się społeczeństwa, rosnącej liczbie chorób przewlekłych, nowych wyzwań epidemiologicznych, jak również konieczności inwestowania w nowoczesne technologie medyczne. W Polsce jednak od lat toczy się dyskusja o chronicznym niedofinansowaniu systemu, które skutkuje nie tylko kolejkami, ale także obciążeniem samych świadczeniodawców, czyli szpitali i przychodni, zmuszonych do pracy ponad kontrakty.

Dlatego proporcjonalność w ochronie zdrowia można traktować jako swoisty wymiar sprawiedliwości społecznej. Jej przestrzeganie decyduje o tym, czy pacjent traktowany jest podmiotowo, czy system stawia bariery, które w praktyce pozbawiają go należnych praw. Dyskusja nad tym zagadnieniem dotyczy więc realnego życia milionów ludzi i jakości funkcjonowania całego społeczeństwa.

Zróżnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń zdrowotnych

Pierwszym powodem, dla którego można mieć wątpliwości co do zachowania zasady proporcjonalności w ochronie zdrowia, są zróżnicowane długości kolejek do specjalistów. Problem ten nie dotyczy wyłącznie wizyt ambulatoryjnych, ale także dostępu do procedur szpitalnych czy badań diagnostycznych. W praktyce oznacza to, że czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w dużej mierze zależy od miejsca zamieszkania pacjenta (NIK, 2025), a nie od jego rzeczywistych potrzeb medycznych.

Z danych publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że w województwie mazowieckim czas oczekiwania na wizytę u endokrynologa wynosi średnio 3–4 miesiące, podczas gdy w województwie lubelskim ten sam pacjent musiałby czekać

nawet ponad 12 miesięcy. Podobna sytuacja dotyczy kardiologii, w niektórych regionach konsultację można uzyskać w ciągu 8–10 tygodni, w innych pacjent jest zmuszony oczekiwać blisko rok.

Jeszcze większe dysproporcje widać w dostępie do procedur szpitalnych. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego w jednym województwie wykonywana jest po około 8 miesiącach od kwalifikacji, a w innym po 3 latach. Pacjenci onkologiczni mimo teoretycznych gwarancji szybkiej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej często czekają tygodniami na badania obrazowe, takie jak rezonans magnetyczny czy tomografia komputerowa. W części placówek w dużych ośrodkach miejskich badanie można wykonać w ciągu kilku dni, podczas gdy w szpitalu powiatowym najbliższy termin wyznaczony jest dopiero za kilka miesięcy.

Takie różnice prowadzą do migracji pacjentów. Chorzy z mniejszych miejscowości często szukają pomocy w innych województwach, gdzie limity świadczeń nie zostały jeszcze osiągnięte lub gdzie działają ośrodki referencyjne, oferujące nowoczesne terapie. Przykładowo pacjenci z Podkarpacia czy Podlasia coraz częściej rejestrują się na zabiegi i konsultacje w Warszawie czy Krakowie, co wiąże się z dodatkowymi kosztami i znacznymi obciążeniami logistycznymi.

Nierówności regionalne w dostępie do świadczeń można również zobrazować na przykładzie rehabilitacji. W niektórych województwach pacjent po udarze ma szansę rozpocząć rehabilitację neurologiczną już po 2–3 tygodniach od wypisu ze szpitala. W innych regionach czas oczekiwania wynosi nawet ponad pół roku, co w praktyce pozbawia terapię sensu, ponieważ okno terapeutyczne ulega zamknięciu. Zróżnicowania te pokazują, że polski system ochrony zdrowia nie realizuje konsekwentnie zasady proporcjonalności. Pacjenci o podobnych potrzebach zdrowotnych otrzymują pomoc w diametralnie różnym czasie i na bardzo odmiennych zasadach, zależnie od miejsca zamieszkania. To z kolei przekłada się na nierówność szans na powrót do zdrowia i stanowi realne zagrożenie dla spójności całego systemu.

Luka finansowa w Narodowym Funduszu Zdrowia

Drugim istotnym aspektem zasady proporcjonalności w ochronie zdrowia jest poziom nakładów finansowych w stosunku do faktycznej skali potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W idealnym modelu budżet systemu powinien odpowiadać na rosnące wyzwania demograficzne i epidemiologiczne, w tym starzenie się populacji, wzrost liczby chorób przewlekłych (cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory). Operacyjnie Polska od lat zmagą się z problemem niedofinansowania systemu.

Z powodu ograniczonych środków na terapię limitowane procedury zabiegowe muszą być odkładane na kolejne lata, kiedy pojawi się nowa pula środków z Narodowego Funduszu Zdrowia. Oznacza to, że pacjenci często czekają nie tylko kilka, ale nawet kilkanaście czy kilkadziesiąt miesięcy, zanim znajdą się w harmonogramie zabiegów. Przykładowo w województwie pomorskim o ile pierwszy wolny termin na wymianę stawu biodrowego dla przypadku stabilnego w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie to 17.05.2026 r., o tyle w szpitalu Copernicus w Gdańsku to dopiero 16.10.2033 r.¹ (stan: 15.01.2026 r.). Tak długi czas oczekiwania na tego typu zabieg drastycznie obniża jakość życia pacjenta i zwiększa ryzyko stałej niepełnosprawności.

Problem ten nie ogranicza się wyłącznie do planowych operacji. Wiele nowoczesnych terapii, zwłaszcza w onkologii, nie jest w pełni dostępnych z powodu niedofinansowania systemu. Pacjenci, którzy zgodnie z założeniami „pakietu onkologicznego” oczekują w placówkach na sprawne rozpoczęcie terapii, często spotykają się z trudnościami w otrzymaniu szybciej pomocy. Problemy te wynikają ze znacznych opóźnień w płatnościach z NFZ za nadwykonania nielimitowanych świadczeń onkologicznych. Placówki medyczne stawiane są w trudnej sytuacji finansowej, ponieważ koszty leczenia ponoszą na bieżąco, a ich zwrot widzą z ponad półrocznym opóźnieniem. W efekcie ciężar spoczywa na podmiotach medycznych, ponieważ nie widząc środków, zmuszone są leczyć na kredyt lub wstrzymywać świadczenia z powodu braku środków na leki, wyroby medyczne czy pensje dla personelu medycznego. Dodatkowo na podmioty lecznicze nakładane są odsetki z tytułu nieterminowych płatności kontrahentom. Dług więc rośnie, a państwo w żaden sposób nie uczestniczy w spłacie tego rodzaju kosztów. Szpitale borykają się z narastającym zadłużeniem: według danych Ministerstwa Zdrowia² łączny dług publicznych szpitali (SPZOZ) w Polsce wynosi prawie 26 mld zł na koniec II kwartału 2025 r., w tym 3,65 mld zł to zobowiązania niewypłacone na czas.

Raulinajtys-Grzybek i in. (2025) w raporcie *10 nowych źródeł finansowania NFZ 2025–2027* wskazują, że luka finansowa w budżecie NFZ przekroczy 111 mld zł w latach 2025–2027. To ogromna kwota, która obrazuje skalę niedopasowania pomiędzy potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa a realnymi nakładami na system. Konsekwencją tych nieproporcjonalnych regulacji będzie coraz większa luka finansowa w Narodowym Funduszu Zdrowia, co skutkować będzie pogarszającą się dostępnością i jakością usług medycznych świadczonych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

¹ <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl>

² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz>

Poszukiwanie źródeł finansowania

Podstawowym krokiem w stronę rzeczywistej zmiany jest uświadomienie sobie, że źródłem wielu problemów polskiego systemu ochrony zdrowia pozostaje jego chroniczne i strukturalne niedofinansowanie. Nie jest to jedynie kwestia zbyt małej sumy pieniędzy w systemie, lecz również niewłaściwej proporcji pomiędzy potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa a skalą dostępnych środków publicznych. Brak adekwatnego finansowania prowadzi do trwałej nierównowagi między popytem a podażą świadczeń, rosnącej wraz ze starzeniem się społeczeństwa, postępem technologicznym i wzrostem kosztów nowoczesnych terapii. W takich warunkach każdy niedobór środków staje się katalizatorem dysproporcji zarówno między regionami, jak i między grupami pacjentów. Ograniczone finansowanie powoduje, że zasada proporcjonalności, rozumiana jako równowaga między potrzebami a zasobami, nie może być zrealizowana w praktyce. Instytucje ochrony zdrowia zmuszone są do reagowania doraźnego: przesuwania personelu, redukcji zakresu świadczeń czy tymczasowego wstrzymywania przyjęć, co tworzy efekt domina w całym systemie. Brak rezerw płynnościowych prowadzi w konsekwencji do zjawisk kryzysowych: narastania zobowiązań wobec dostawców, ograniczania inwestycji czy opóźnień w wypłatach dla personelu. Wydatki na zdrowie mimo stopniowego wzrostu w ostatnich latach wciąż pozostają znacznie poniżej średniej państw Unii Europejskiej. Podczas gdy Niemcy przeznaczają na ochronę zdrowia 12,3% PKB, Austria 11,8%, Francja 11,5%, Polska utrzymuje się na poziomie 8,1%, co w praktyce oznacza mniejsze możliwości inwestycyjne, ograniczone zasoby kadrowe i dłuższe kolejki do świadczeń (OECD, 2025).

Aby realnie poprawić dostępność usług i jakość opieki medycznej, konieczne jest poszukiwanie nowych, trwałych i sprawiedliwych źródeł finansowania. Raulinajtis-Grzybek i in. (2025) w sposób kompleksowy podeszli do tego zagadnienia, przedstawiając szereg propozycji mających na celu zwiększenie budżetu Funduszu w perspektywie kilkuletniej.

Wśród rekomendacji znalazły się m.in. stopniowe podnoszenie składki zdrowotnej, większy udział pracodawców w finansowaniu systemu, a także finansowanie składek na dzieci z budżetu państwa. W dłuższej perspektywie rozważane jest również wyrównanie i podniesienie wieku emerytalnego, co mogłoby zwiększyć wpływy do systemu o kilkanaście miliardów złotych rocznie.

Choć propozycje te budzą kontrowersje społeczne, raport wskazuje jednoznacznie, że bez zwiększenia nakładów finansowych system nie utrzyma proporcjonalności i stabilności. Tak znacząca luka finansowa stanowi realne zagrożenie dla stabilności

i ciągłości świadczeń zdrowotnych. Dlatego dyskusja o nowych źródłach finansowania powinna być traktowana jako konieczność warunkująca zdolność państwa do realizacji praw obywateli.

Długofalowe reformy systemu ochrony zdrowia wymagają czasu do podjęcia stabilnych decyzji politycznych. Proces ten z natury jest rozciągnięty w latach, ponieważ obejmuje zmiany legislacyjne i przekształcenia organizacyjne. Jednak pacjenci, którzy na co dzień zmagają się z ograniczonym dostępem do świadczeń, potrzebują realnej pomocy tu i teraz. Dla wielu z nich każdy miesiąc oczekiwania oznacza pogorszenie stanu zdrowia i spadek jakości życia.

Rozwiązania przejściowe: refinansowanie świadczeń

Jednym z rozwiązań, które z powodzeniem funkcjonuje w systemach ochrony zdrowia niektórych państw europejskich, m.in. w Hiszpanii, Portugalii czy Francji, jest model refinansowania świadczeń zdrowotnych. Polega on na tym, że w sytuacji, gdy publiczny system nie jest w stanie zapewnić danego świadczenia w rozsądnym terminie lub w określonym zakresie, pacjent może wykonać je komercyjnie na własny koszt. Następnie może ubiegać się o zwrot części lub całości poniesionych wydatków od państwa.

Model refinansowania świadczeń przynosi też korzyści systemowe, ponieważ skraca czas oczekiwania na świadczenia. Pacjenci, którzy zdecydują się na wykonanie świadczenia komercyjnie, „odciążają” kolejkę w systemie publicznym, dzięki czemu inni mogą szybciej uzyskać pomoc. Rozwiązanie to zmniejsza presję finansową świadczeniodawców. Szpitale i przychodnie nie muszą realizować ponadlimitowych świadczeń bez gwarancji zapłaty, ponieważ część kosztów pokrywa bezpośrednio państwo w ramach zwrotu dla pacjenta. Dodatkowo pacjenci nie muszą też przemieszczać się między województwami w poszukiwaniu wolnych terminów, co zmniejsza ich stres, wydatki i ryzyko nierównego traktowania.

Wdrożenie takiego mechanizmu wymagałoby jasnych regulacji, precyzyjnego określenia zasad zwrotu, maksymalnych stawek i systemu kontroli jakości świadczeń. Doświadczenia krajów, które stosują refinansowanie, wskazują jednak, że może ono stanowić skuteczne narzędzie poprawy proporcjonalności i sprawiedliwości w dostępie do opieki zdrowotnej, zwłaszcza w okresach przejściowych przed pełnym wdrożeniem reform strukturalnych.

Refinansowanie świadczeń jest praktycznym wyrazem zasady proporcjonalności, umożliwia bowiem elastyczne reagowanie na nierówny dostęp do usług zdrowotnych oraz bardziej sprawiedliwy podział zasobów. Osoby mieszkające w regionach o ograniczonej

dostępności świadczeń zyskują możliwość uzyskania pomocy w rozsądnym terminie, przy jednoczesnym zachowaniu kontroli kosztów przez państwo. Z perspektywy wartości publicznej to rozwiązanie wzmacnia zaufanie obywateli do instytucji publicznych i pokazuje, że państwo kompensuje niedoskonałości systemu tam, gdzie jego standardowe mechanizmy zawodzą. Refinansowanie można więc traktować jako instrument proporcjonalnej interwencji, korygujący nierówności, ale nienaruszający integralności systemu publicznego.

KPO jako test proporcjonalności wsparcia publicznego

Zasada proporcjonalności stanowi również ramę oceny programów inwestycyjnych; KPO jest jednym z pól jej praktycznego zastosowania, gdzie liczy się nie tylko skala nakładów, lecz przede wszystkim ich przełożenie na dostępność, jakość i wyniki leczenia.

Koncepcja Marka H. Moore'a (1995) daje praktyczny model zarządzania publicznego. Trójkąt strategiczny to rama oceny, czy interwencja jest zasadna i wykonalna oraz czy stosunek efektów do kosztów i ryzyka jest uzasadniony. Projekty finansowane z KPO realizowane przez Ministerstwo Zdrowia pokazują, jak brak konsekwentnego zastosowania tej ramy może osłabić realizację i efekty społeczne. Krajowy Plan Odbudowy uruchomił bezprecedensową skalę inwestycji kapitałowych w infrastrukturę zdrowotną, a jego skuteczność w logice wartości publicznej zależy od przekucia środków w trwałe rezultaty: skrócenie kolejek, większą dostępność diagnostyki i terapii, zmniejszenie nierówności oraz poprawę wyników klinicznych. Kontrole NIK (2024) wskazały jednak przypadki niewykorzystania aparatury lub jej wykorzystywania w ograniczonym zakresie, co sugeruje brak powiązania inwestycji z gotowością operacyjną placówek i kontraktowaniem świadczeń.

Najistotniejszym ryzykiem dla trwałości reform w sektorze ochrony zdrowia jest krótkowzroczność decyzyjna, która sprowadza się do orientacji na formalne wykonanie budżetu i absorpcję środków, a nie na realne, trwałe efekty dla pacjentów i pracowników. W praktyce zbyt często deklaruje się, że „środki zostały wydane lub zakupiono tyle i tyle aparatury medycznej”, zamiast pytać: co ta inwestycja realnie zmieniła w jakości opieki, warunkach pracy personelu i stabilności systemu? Stąd potrzeba mierników wynikowych (KPI) oraz ich kalibracji do skali ośrodka i potrzeb regionu. W praktyce jednak tzw. KPI nie zawsze są rzeczywistymi miernikami wyników, częściej odzwierciedlają poziom działań (*output*) niż rezultatów (*outcome*) czy długofalowego wpływu (*impact*). W logice interwencji publicznej, niezależnie od zastosowanej metody (teoria zmiany, PDIA – *Problem Driven Iterative Adaptation* – czy ramy logiczne KE), kluczowe jest rozróżnienie między tymi poziomami oraz świadome projektowanie ścieżki przejścia od działań do trwałego

efektu społecznego. Brak takiej logiki skutkuje nadmiernym skupieniem na wykonaniu (np. liczbie zakupionych urządzeń lub zrealizowanych badań) przy marginalizacji efektu transformacyjnego, jakim powinna być poprawa dostępności, jakości i wyników leczenia.

Dysproporcja między formą a treścią stoi w sprzeczności z podejściem Moore'a (1995), według którego instytucje publiczne ocenia się przez pryzmat wytwarzanej wartości publicznej, czyli trwałych korzyści dla obywateli, budowania zaufania i efektywności instytucjonalnej. W ochronie zdrowia krótkowzroczność prowadzi do paradoksu „kapitału w bezruchu”: infrastruktura jest formalnie uzupełniona, lecz nie zwiększa dostępności, nie skraca kolejek i nie poprawia wyników klinicznych.

W komponencie D1.1.1 modernizacja aparatury i pracowni onkologicznych miała przełożyć się na wydajność i jakość świadczeń. Aby tak się stało, konieczne są jednoznaczne rezultaty: skrócenie mediany oczekiwania na MR/CT, wzrost liczby procedur ratujących życie na 100 tys. mieszkańców, wzrost odsetka terapii zakończonych w terminie klinicznie uzasadnionym. Bez tak zdefiniowanych celów inwestycje pozostają podatne na dryf w stronę „wydatków bez efektu”.

Ustalenia Najwyższej Izby Kontroli (2024) potwierdzają ryzyko niepełnego wykorzystania zakupionych wyrobów medycznych mimo pozytywnych opinii celowości. Organy opiniujące często nie dysponowały bieżącą wiedzą o stanie realizacji i efektach. Analiza lat 2018–2023 wskazała, że system opiniowania nie zapewniał gospodarnego wydatkowania ani spójnego powiązania z realnymi potrzebami zdrowotnymi, a wiele przedsięwzięć realizowano z opóźnieniami i zmianami zakresu rzeczowego. Na te problemy nakładają się luki wdrożeniowe: brak powiązania dotacji z umowami operacyjnymi (kontrakty NFZ), słaba koordynacja między poziomem inwestycyjnym a świadczeniami klinicznymi, deficyty zarządcze i kadrowe, a także nieprecyzyjna podstawa prawna we wczesnych etapach konkursów. Bez sprzężenia inwestycji z eksploatacją i utrzymaniem nowego urządzenia pozostają nieaktywne lub działają w ograniczonej skali.

Trwałość inwestycji zależy też od legitymizacji i poparcia interesariuszy: NFZ, władz regionalnych, społeczności lokalnych oraz środowiska klinicznego. Projekty planowane bez konsultacji częściej napotykają opór, ryzyko „osierocenia” po zakończeniu finansowania i spadek zaufania. Kryteria wyboru powinny uwzględniać mapy potrzeb oraz partycypację użytkowników końcowych. Jawność, dialog i przejrzystość decyzji budują mandat do długofalowej eksploatacji.

Szczególnym problemem są jednolite wskaźniki wolumenowe (np. liczby badań CT/MR) narzucone placówkom o skrajnie różnej skali i profilu. Porównywanie dużych ośrodków w metropoliach z małymi, monoprofilowymi jednostkami w mniejszych miastach łamie

zasadę proporcjonalności, zwłaszcza w sytuacji braku gwarancji kontraktowania nowych pracowników przez NFZ. W konkursie D1.1.1 te same wskaźniki stosuje się do placówek wymieniających sprzęt i otwierających nowe pracownie; te drugie, mimo pozytywnej oceny IOWISZ, nie mają pewności co do terminu i wysokości kontraktu. Powstaje więc ryzyko „pracowni bez pracy”, a w konsekwencji zwrotu środków.

Zasady i narzędzia proporcjonalności

Zdolność operacyjna przesądza o tym, czy inwestycja przekuwa się w realne świadczenia. Tam, gdzie brakuje kadr (lekarzy, pielęgniarek, techników), budżetu OPEX na utrzymanie i serwis, planu szkoleń oraz kontraktu z NFZ, nowa aparatura pozostaje niewykorzystana.

Zasada proporcjonalności stanowi również ramę oceny programów inwestycyjnych; KPO jest jednym z pól jej praktycznego zastosowania, gdzie liczy się nie tylko skala nakładów, lecz przede wszystkim ich przełożenie na dostępność, jakość i wyniki leczenia.

Aby środki KPO stały się katalizatorem trwałych reform, należy wprowadzić takie rozwiązania jak:

1. Mechanizm kontraktowania warunkowego: powiązanie dotacji z gwarancją finansowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Kontraktowanie świadczeń dla inwestycji sfinansowanych ze środków Ministerstwa Zdrowia jest zadaniem wspólnym MZ i NFZ. Otrzymanie dotacji przez placówkę powinno uruchamiać obowiązek po stronie NFZ do zawarcia (lub zwiększenia) kontraktu na adekwatny zakres świadczeń, tak aby zakupiona infrastruktura została niezwłocznie włączona do strumienia usług publicznych (Mołdach, 2019). Nie można dopuszczać do sytuacji, w której „jest dotacja, ale nie wiadomo, czy i kiedy będzie kontrakt”.

2. Ewaluacja *ex post* i elastyczne korekty: projekty powinny być poddawane ocenie pośredniej i w razie potrzeby dostosowywane do realnych potrzeb ośrodków i regionu. Powinno się zaplanować przeglądy po 6, 12 i 18 miesiącach, które pozwalają korygować projekty: relokować niewykorzystane moduły, wzmacniać kadry i serwis, modyfikować harmonogramy i cele, aktualizować kontrakty. Progi uruchamiają plan naprawczy, a ścieżka zmian jest szybka (aneks do 30 dni).

3. Wskaźniki jakościowe równoważące dane ilościowe wynikami klinicznymi. Sama informacja, że powstało „X nowych pracowni”, jest niewystarczająca. Ocena sukcesu musi obejmować: skrócenie kolejek i czasu do rozpoznania/terapii, spadek odsetka

pacjentów „niezaopiekowanych”, poprawę twardych wyników klinicznych (powikłania, rehospitalizacje, przeżycia) oraz realne wykorzystanie aparatury (udział godzin efektywnej pracy, czas opisu, odsetek badań powtórzonych). Wskaźniki powinny być skalibrowane do kontekstu (typ placówki, profil przypadków, populacja referencyjna) i powiązane z mechanizmami motywacyjnymi oraz planami naprawczymi.

W praktyce oznacza to konieczność przygotowania każdej inwestycji pod kątem planu eksploatacji i kontraktowania, zabezpieczenia budżetem OPEX, a także wykazem mierników wynikowych i jakościowych. Dopiero taki zestaw narzędzi stabilizuje trójkąt Moore’a: uzasadnia skalę wydatków wynikami (*public value*), wzmacnia mandat poprzez partycypację i transparentność (*legitimacy*), a także wymusza zdolność wykonawczą (*capacity*).

Zasada proporcjonalności stanowi również ramę oceny programów inwestycyjnych; KPO jest jednym z pól jej praktycznego zastosowania, gdzie liczy się nie tylko skala nakładów, lecz przede wszystkim ich przełożenie na dostępność, jakość i wyniki leczenia.

Stabilność reguł i wsparcie operacyjne są kluczowe do prawidłowej realizacji projektów. Zasady konkursów, regulaminy i mechanizmy operacyjne muszą być długofalowe i odporne na zmiany polityczne, tak by projekty mogły działać przez wiele lat bez zagrożenia przerwaniem ciągłości finansowania. Tylko wtedy KPO może stać się rzeczywistym punktem zwrotnym, a nie chwilowym impulsem.

Uzupełnieniem jest publiczny panel danych o dostępności i wykorzystaniu aparatury, aktualizowany co miesiąc i opatrzony komentarzem metodologicznym. Stanowi to narzędzie kontroli społecznej, które motywuje do poprawy bez nadmiernych restrykcji administracyjnych.

Podsumowanie

Proporcjonalność w ochronie zdrowia to nie „po równo”, lecz „adekwatnie do potrzeb i możliwości”. Tyle i tam, gdzie przyniesie to największy efekt zdrowotny, przy jednoczesnym poszanowaniu równości dostępu. W ujęciu trójkąta Moore’a (1995) oznacza to, że decyzje inwestycyjne i organizacyjne muszą łączyć trzy elementy: wartość publiczną (mieralne rezultaty kliniczne i krótsze ścieżki pacjenta), legitymizację (przejrzyste reguły, konsultacje, prawo do odwołania) oraz zdolność operacyjną systemu (realna gotowość placówek do świadczeń). Przekładając zasadę na praktykę, można powiedzieć, że kluczowe jest używanie skalibrowanych wskaźników: wszędzie mierzymy te same kategorie (czas do diagnozy i terapii, wykorzystanie infrastruktury, jakościowe wyniki leczenia, równość terytorialną), ale progi dopasowujemy do typu placówki, profilu przypadków i populacji

referencyjnej, premiując postęp względem punktu startu. Proporcjonalność wymaga też kontraktowania powiązanego z decyzjami inwestycyjnymi, tak by nowa infrastruktura od razu zwiększała dostępność, oraz ewaluacji *ex post* z możliwością dokonywania korekt w trakcie, to znaczy relokacji niewykorzystanych zasobów, dostosowania harmonogramów i wolumenów, aktualizacji zakresu świadczeń. Równie ważne są mapy potrzeb i mechanizmy równoważenia regionalnego, które kierują wsparcie tam, gdzie efekt marginalny jest najwyższy i gdzie różnice w dostępie są największe. Publicznie dostępny, regularnie aktualizowany panel danych (czasy oczekiwania, wyniki, wykorzystanie) spina całość: pozwala monitorować, czy realnie skracamy kolejki, poprawiamy wyniki i zmniejszamy nierówności. W tym sensie KPO jest tylko jednym z pól zastosowania – proporcjonalność powinna stać się stałą zasadą polityki zdrowotnej, zapewniając trwałe, sprawiedliwe i mierzalne korzyści dla pacjentów, niezależnie od kalendarza politycznego.

Bibliografia

Haidt, J. (2024). *Prawy umysł. Dlaczego dobrych ludzi dzieli religia i polityka*. Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Mołdach, R. (2019). *Implementation of the Cohesion Policy in the Healthcare Sector in Poland 2014–2020*. Publications Office of the European Union. https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/studies/implem_healthcare_pl_pl.pdf

Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.

Najwyższa Izba Kontroli (2024). *System oceny inwestycji w ochronie zdrowia – raport pokontrolny P/23/046*. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/23/046/>

Najwyższa Izba Kontroli (2025). *Informacja o wynikach kontroli REALIZACJA ZADAŃ PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA W LATACH 2021–2024 (KZD.430.5.2024) 2/2025/P/24/046/KZD*. Najwyższa Izba Kontroli. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,30820,vp,33892.pdf>

Organisation for Economic Co-operation and Development (2025), *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.

Raulinajtys-Grzybek M., Więckowska, B., Świerc, Z., Białoszewski, A. (2025). *10 nowych źródeł finansowania NFZ*. Raport ThinkuTanku SGH dla ochrony zdrowia. <https://www.sgh.waw.pl/sites/sgh.waw.pl/files/2025-03/10-nowychzrodel-finansowania-nfz.pdf>

Sposób cytowania tego rozdziału:

Moczeniat, G., Jajuga, K. (2026). Proporcjonalność – przeciwdziałanie oszustwu (proportionality/cheating). W: R. Mołdach (red.), *Ponad kadencjami, ponad podziałami. Wartość publiczna jako strategia reformy systemu zdrowia* (s. 41–51). Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. <https://doi.org/10.66081/YESF2678>



**Szkoła pielęgnarska w Szpitalu przy ul. Działdowskiej 1 w Warszawie,
1949 r.**

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



ROZDZIAŁ 4

Lojalność – przeciwdziałanie zdradzie (loyalty/betrayal)

Autor: Agnieszka Potaczek

DOI: 10.66081/TRAY9400

Jeśli zapewni się niewidzialność i możliwość wiarygodnego zaprzeczenia, większość ludzi oszukuje.

Dan Ariely

Wprowadzenie

Lojalność wobec pacjenta to głębokie zobowiązanie moralne, które wykracza daleko poza techniczne wykonywanie zawodu. Wobec kogo lojalny jest więc pracownik medyczny niezgłaszający faktu obserwowanego zdarzenia niepożądanego? Czy wobec pacjenta, czy wobec zespołu/systemu, którego jest częścią? Czy zdradza własne intuicje moralne, aby pozostać częścią grupy? Czy lęk przed byciem odrzuconym przez grupę i utratą emocjonalnego bezpieczeństwa powinien przeważać? Czy system wspiera bycie lojalnym wobec pacjenta i zgłaszanie zdarzeń niepożądanych w celu poprawy jakości leczenia i bezpieczeństwa tychże? Na chwilę obecną odpowiedź brzmi – nie, system nie wspiera lojalności pracownika medycznego wobec pacjenta. Co więcej, promuje wręcz zмовę milczenia i kruszy etyczne zachowania.

Badania prowadzone w różnych krajach pokazują, że zdarzenia niepożądane dotyczą nawet 10% pacjentów, a w około 40% przypadków można im zapobiec (Główka i in., 2025). W wielu państwach wydajnie działają specjalne systemy zgłaszania i monitorowania takich zdarzeń. Dzięki nim możliwe jest uczenie się na podstawie wcześniejszych doświadczeń i skuteczniejsze dbanie o bezpieczeństwo pacjentów.

W rozdziale przedstawiono obecną sytuację legislacyjną, istniejącą praktykę oraz podjęto próbę wyjaśnienia zjawiska braku lojalności wobec pacjenta opartego na decyzjach intuicyjnych, a nie racjonalnych.

Zdarzenia niepożądane – skala problemu i sytuacja prawna

Zaskakujące wyniki przyniosła głośna publikacja Makary’ego i Daniela (2016), w której oszacowano, że błędy medyczne takie jak nieprawidłowe rozpoznanie, niewłaściwe dawkowanie leków czy zaniedbania w opiece nad pacjentem stanowią trzecią przyczynę zgonów w Stanach Zjednoczonych. O ile szacunki te należy traktować bardzo ostrożnie, to pozostaje kluczowe pytanie: a jak właściwie jest w Polsce? Nie wiadomo. Dane, które pozwoliłyby to stwierdzić, nie są centralnie gromadzone, a informacje zbierane na poziomie podmiotów leczniczych nie przedstawiają pełnego obrazu rzeczywistości.

Jednocześnie, nawet gdyby wszystkie informacje gromadzone przez szpitale zostały zebrane centralnie w ich obecnej postaci, taka analiza nie byłaby możliwa z uwagi na brak jednolitej ich klasyfikacji i nieporównywalność zbieranych informacji.

Propozycja klasyfikacji zdarzeń niepożądanych została zawarta w dokumencie Rzecznika Praw Pacjenta ogłoszonego we wrześniu 2025 r. „Gromadzenie i analiza informacji o zdarzeniach niepożądanych w polskich szpitalach” (RPP, 2025). Jest to pierwsza obszerna analiza sposobu rejestrowania i zarządzania zdarzeniami niepożadanymi. Dokument ten powstał, aby lepiej zrozumieć, jak obecnie funkcjonują systemy zgłaszania takich zdarzeń oraz jakie są potrzeby w zakresie poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Raport ma na celu zainicjowanie dyskusji i wymaga głębokiej refleksji nad wdrożeniem realnych procesów służących poprawie sytuacji.

Obecnie w Polsce brakuje centralnego, ustrukturyzowanego systemu, który umożliwiłby zbieranie informacji o zdarzeniach niepożądanych. Identyfikacja i zgłaszanie incydentów przez pacjentów lub personel medyczny stanowi pierwszy krok w procesie uczenia się na popełnionych błędach i podnoszenia standardów bezpieczeństwa.

Podmioty lecznicze zostały zobowiązane do wprowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem do 30 czerwca 2024 r. wraz z wejściem w życie ustawy w tym zakresie¹. System ten powinien składać się z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy w celu zapobieżenia wystąpieniu zdarzeń niepożądanych. W 2023 r. Rzecznik Praw Pacjenta otrzymał nowe istotne kompetencje w zakresie systemowego monitorowania bezpieczeństwa pacjentów, opracowywania rekomendacji, analiz i raportów (art. 47 ust. 1 pkt 3b dodany Ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw

¹ Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U.2023 poz. 1692)

(Dz.U. z 2023 r. poz. 1675). Nowelizacja wprowadziła m.in. rozszerzenie kompetencji Rzecznika w zakresie zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych oraz opracowywania na ich podstawie rekomendacji, analiz i raportów). Do realizacji tego celu niezbędne jest zbieranie i analizowanie danych dotyczących zdarzeń niepożądanych.

Rzecznik Praw Pacjenta gromadzi dane z różnych źródeł: od pacjentów, personelu medycznego, podmiotów leczniczych i innych instytucji. Pacjenci zgłaszają zdarzenia niepożądane, korzystając z Telefonicznej Informacji Pacjenta prowadzonej przez Rzecznika, jak również pisemnie, a część z nich składa wnioski o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Są to ważne sygnały dotyczące indywidualnych pacjentów. Wprowadzenie ujednoliconej klasyfikacji zdarzeń niepożądanych może pomóc w uzyskaniu szerszej perspektywy i stać się punktem wyjścia do rekomendacji mających poprawić sytuację wszystkich pacjentów. Jak przekonuje Syed (2017) analiza powtarzających się sytuacji daje możliwość lepszego wyciągania wniosków i szybszych reakcji na poziomie systemowym. Podjęcie przez Rzecznika aktywnej roli w tym zakresie wpisuje się w szerszy trend budowania kultury bezpieczeństwa pacjenta. Oznacza to nie tylko reagowanie na pojedyncze naruszenia praw pacjenta, ale także dążenie do zapobiegania naruszeniom na poziomie systemowym. Zgodnie z tym podejściem błędy w ochronie zdrowia nie powinny być ukrywane, lecz identyfikowane, analizowane i traktowane jako okazja do nauki i poprawy jakości systemu.

Niemniej, zgłaszanie zdarzeń niepożądanych budzi niestety istotny opór z uwagi na lęk przed negatywnymi konsekwencjami, związanymi z ujawnieniem potencjalnych nieprawidłowości (czy to o charakterze prawnym czy społecznym), a także byciem nazywanym donosicielem czy zdrajcą.



**Transport pacjenta
karetką pogotowia,
między 1947 a 1950 r.**

fot. Narodowe Archiwum
Cyfrowe

Raportowanie działań niepożądanych – dlaczego to robimy

Każdy podmiot leczniczy, który realizuje świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych (czyli działa na podstawie umowy z NFZ), ma obowiązek wdrożyć wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjentów. Taki system ma chronić przed występowaniem zdarzeń niepożądanych i powinien składać się z jasno określonych zasad, procedur, metod działania oraz opisów stanowisk pracy. Za prawidłowe funkcjonowanie tego systemu odpowiada osoba kierująca placówką – dyrektor szpitala lub kierownik przychodni.

Za monitorowanie jakości w ochronie zdrowia odpowiada Centrum Monitorowania Jakości, które ocenia, w jakim stopniu podmioty spełniają określone standardy.

Według nowych standardów akredytacyjnych (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne, Dz. Urz. Min. Zdrowia 2024 r. poz. 73) szpital, który ubiega się o akredytację, powinien aktywnie działać na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa m.in. poprzez: identyfikację zdarzeń niepożądanych, czyli rozpoznawanie sytuacji, które mogą prowadzić do szkody u pacjenta, analizę tych zdarzeń w celu zrozumienia ich przyczyn i okoliczności, formułowanie wniosków i zaleceń na podstawie przeprowadzonych analiz, wdrażanie działań naprawczych lub zapobiegawczych, które mają ograniczyć ryzyko powtórzenia się podobnych sytuacji, nadzorowanie wdrożonych rozwiązań, aby sprawdzić ich skuteczność i zapewnić trwałość zmian.

Dalszym etapem wynikającym z raportowania zdarzeń niepożądanych i będącym warunkiem spełnienia kolejnego standardu akredytacyjnego jest analiza poważnych zdarzeń niepożądanych według modelu analizy przyczyn źródłowych RCA (*Root Cause Analysis*), zwanego też analizą przyczynowo-skutkową, z wykorzystaniem oceny ciężkości i częstości zdarzenia według matrycy SAC (*Safety Assessment Code*). Odbywa się ona m.in. poprzez przegląd dokumentacji i wywiad z personelem. Cele takiej analizy są następujące: wskazanie przyczyn zdarzenia, określenie stopnia, w jakim poszczególne przyczyny doprowadziły do wystąpienia zdarzenia, sformułowanie wniosków dotyczących zmiany sposobu postępowania. Najważniejszym elementem systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta jest wdrażanie wniosków wynikających z analizy RCA i wprowadzanie usprawnień w funkcjonowaniu, zapobiegających ponownemu wystąpieniu analogicznych zdarzeń.

Polska na tle krajów europejskich

Rzecznik Praw Pacjenta (2025) na przełomie października i listopada 2024 r. zaprosił do uczestniczenia w badaniu na temat obecnego stanu gromadzenia i analizowania zdarzeń niepożądanych wszystkie szpitale w Polsce. Ankiety wypełniło 400 (z 965) podmiotów leczniczych, z założenia były one anonimowe. W ankiecie szpitale mogły wskazać, ile zdarzeń niepożądanych zebrały w 2023 r. Z przeanalizowanych informacji wynika, że prawie 60% podmiotów leczniczych w Polsce nie posiada poprawnie działającego systemu rejestrowania zdarzeń niepożądanych, ponieważ zebrało poniżej 50 zgłoszeń dotyczących zdarzeń niepożądanych, co z pewnością nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji.

Wskazuje to na niedostatecznie rozwinięte systemy raportowania oraz brak świadomości personelu i podmiotów leczniczych na temat zdarzeń niepożądanych. Badani zwracają również uwagę na obawę przed wystąpieniami organów ścigania do podmiotów o udostępnianie zbieranych informacji o zdarzeniach niepożądanych. Ta obawa także może przyczyniać się do istotnie mniejszej liczby zgłoszeń. Ponadto duża liczba szpitali zbiera zgłoszenia w formie papierowej, co może utrudniać raportowanie. Z przeprowadzonych analiz wynika, że w 63% placówek zgłoszenia zdarzeń niepożądanych mają charakter anonimowy, choć etap, na którym jest zapewniona anonimowość, różni się w zależności od podmiotu.

W krajach europejskich na przykładzie Danii możemy zauważyć, że wprowadzenie nawet obowiązkowego systemu raportowania jest możliwe. W kraju tym funkcjonuje centralny elektroniczny rejestr, który umożliwia analizę danych i wdrażanie działań naprawczych. Zgłoszenia są anonimowe i nie mają charakteru karnego. Jest to możliwe dzięki silnej kulturze *fair culture* – skupieniu na systemowych przyczynach błędów, nie na winie jednostki. W Niemczech system jest dobrowolny, ale silnie promowany przez instytucje zdrowia oraz wspierany przez programy edukacyjne i kampanie informacyjne.

Istnieje wiele regionalnych i branżowych rejestrów, np. dla szpitali czy aptek. Elektroniczne rejestry zdarzeń niepożądanych wprowadzono z naciskiem na interoperacyjność danych.

Średnia dla UE to 8–12% hospitalizacji wiążących się z co najmniej jednym zdarzeniem niepożądany (Główna i in., 2025). Przykład zdarzeń raportowanych najczęściej: błędy w podawaniu leków, zdarzenia okołoooperacyjne, zakażenia szpitalne, upadki pacjentów w szpitalu, opóźnienia diagnostyczne, problemy ze sprzętem medycznym, samobójstwo lub samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala.

Jako przykład dobrej praktyki z Polski można podać Pleszewskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Pleszewie, które odznacza się bogatym i długim doświadczeniem w zarządzaniu systemem zgłaszania zdarzeń niepożądanych, ponieważ rozpoczęło zbieranie danych na temat zdarzeń niepożądanych w 2009 r. Jest to przekształcony w spółkę z o.o. szpital, którego jedynym właścicielem jest Powiat Pleszewski. Jest on szpitalem średniej wielkości położonym w miejscowości posiadającej do 50 000 mieszkańców, w województwie wielkopolskim. Szpital w ramach Zespołu ds. jakości powołał Zespół ds. oceny i monitorowania ryzyka oraz zdarzeń niepożądanych. Po analizie wydawane są zalecenia dla zgłoszonych zdarzeń poprawiające jakość bezpieczeństwa pacjenta, monitorowana jest skuteczność wdrażanych zaleceń oraz sporządza się raport zbiorczy. Szpital ten stanowi doskonały przykład, jak należy działać, dla wszystkich podmiotów leczniczych. W 2023 r. personel medyczny zgłosił w nim najwyższą liczbę zdarzeń niepożądanych. Zgłaszał również zdarzenia, którym udało się zapobiec lub których negatywnych skutków dało się uniknąć, wykorzystując okazję do wzajemnej nauki. Jest to jednak jeden z nielicznych przykładów wdrożenia dobrej praktyki.

Czy korzyść jednej zbiorowości jest zawsze stratą dla innej?

Według raportu Rzecznika Praw Pacjenta (Główna i in., 2025) w Polsce aż 40% szpitali nadal używa papierowych rejestrów, a 60 z 400 badanych nie ujawnia danych o strukturze zdarzeń. Nie istnieje centralny elektroniczny rejestr.

Wciąż funkcjonują oddziały szpitalne, na których informowanie o wystąpieniu zdarzenia jest „uznawane za niewłaściwe”. Nierzadko pracownicy nie decydują się na zgłoszenia, bo nie mają takiej możliwości technicznej bądź nie przeprowadzono w tym zakresie odpowiedniego szkolenia.

Zdarzenie niepożądane często jest bagatelizowane jako „drobna komplikacja”. Mówi się też, że „pacjent był w złym stanie”, co pomaga zmniejszyć napięcie. Lekarz często racjonalizuje swoje działanie, mówiąc np. „to była trudna sytuacja”, „każdy mógłby się pomylić”, aby chronić swój obraz siebie jako kompetentnego specjalisty. Systemy raportowania zdarzeń z kolei mogą być postrzegane jako zagrożenie dla reputacji, co zwiększa dysonans i prowadzi do ich unikania.

Ciągłe napięcie między wartościami zawodowymi a realiami pracy (np. presja czasu, braki kadrowe) może prowadzić do chronicznego dysonansu, a w konsekwencji do wypalenia zawodowego. Pracownicy, którzy wiedzą o błędzie, ale nie zgłaszają go z powodu presji lojalności, mogą doświadczać niemal moralnego cierpienia.

Ariely (2017) w swoich badaniach nad uczciwością wskazuje, że większość ludzi oszukuje, jeśli tylko mają ku temu warunki – zwłaszcza gdy mogą pozostać anonimowi, nie ponoszą bezpośrednich konsekwencji i są w stanie racjonalnie uzasadnić swoje zachowanie lub zaprzeczyć w sposób wiarygodny. Ludzie nie tylko chcą mieć rację – oni potrzebują mieć rację, żeby zachować spójność wewnętrzną i poczucie własnej wartości. W momencie pojawienia się niespójności mamy do czynienia ze zjawiskiem dysonansu poznawczego.

Opisane ono zostało po raz pierwszy przez Festingera (1957), który wykazał, że dysonans poznawczy jest głęboko zakorzenionym mechanizmem ludzkiej psychiki. Im bardziej uzależniamy poczucie własnej wartości od tego, czy mamy rację, tym skłonniejsi jesteśmy przeinaczać dowody na niesłuszność naszych decyzji. W kontekście zbiorowości, jaką jest środowisko medyczne, to zjawisko psychologiczne może mieć istotny wpływ na sposób, w jaki personel medyczny reaguje na błędy, niepowodzenia i sytuacje etycznie trudne. Mogą pojawić się pytania – prawda czy reputacja?

Już Glaukon w napisanym przez Platona (2020) dialogu *Państwo* dowodził, że w grupie, która ma przestrzegać zasad etycznych, należy przede wszystkim zadbać o to, żeby reputacja każdego jej członka cały czas była zagrożona, czyli żeby nieetyczne postępowanie zawsze pociągało za sobą konsekwencje. Glaukon opowiada historię pierścienia Gygesa, który daje właścicielowi niewidzialność. Człowiek, który go posiada, zaczyna popełniać przestępstwa, bo nikt nie widzi jego czynów – a więc nie grozi mu utrata reputacji ani kara. W kontekście organizacyjnym, społecznym czy politycznym Glaukon sugeruje, że system etyczny musi być wspierany przez mechanizmy kontroli i przejrzystości. Reputacja i odpowiedzialność są kluczowe dla utrzymania etycznych zachowań, a brak konsekwencji prowadzi do rozkładu norm moralnych.

Zarówno podejście Glaukona, jak i Ariely'ego jest zgodne z intuicyjną teorią moralności Haidta (2024) – moralność nie jest tylko racjonalna, lecz oparta na przedempirycznie uwarunkowanych reakcjach emocjonalnych, intuicjach i społecznych normach. Gdy te normy są słabe lub nieobecne, ludzie częściej wybierają korzyść ponad zasadę. Ariely (2017) wykazał również, że ludzie oszukują mniej, gdy czują się obserwowani – nawet symbolicznie (np. obraz oczu na ścianie). Możemy tutaj również wspomnieć o Michelu Foucaultie (1975), francuskim filozofie z XIX w., który mówił o „społecznym nadzorze” jako formie władzy – reputacja jest jednym z jego narzędzi. Foucault twierdził, że władza nie jest tylko „odgórna”, ale działa rozproszonymi mechanizmami w codziennych praktykach, procedurach i języku. Jeżeli raportowanie przedstawiane jest jako ochrona reputacji (transparentność = zaufanie pacjentów), to kultura raportowania może się stać proaktywna. Z kolei traktowanie zgłaszania zdarzeń jako szkody dla reputacji spowoduje, że ludzie będą je ukrywać.

Haidt (2024) zauważa, że fundament lojalności/zdrady może być źródłem moralnych podziałów. Dla niektórych lojalność wobec narodu, religii czy rodziny jest wartością nadrzędną, dla innych może być przeszkodą w realizacji uniwersalnych zasad etycznych.

W ujęciu teorii fundamentów moralnych lojalność sama w sobie nie jest absolutnie dobra; jej wartość zależy od kontekstu i celów, którym służy. Jeśli ktoś pozostaje lojalny wobec grupy, która promuje przemoc, dyskryminację lub inne szkodliwe działania (np. gangi, organizacje ekstremistyczne), ta lojalność może wspierać zło. Lojalność może prowadzić do milczenia wobec nadużyć np. w firmie, rodzinie czy instytucji. Osoba lojalna może nie zgłaszać nieprawidłowości, bo „nie wypada donosić” lub obawiać się, że ktoś kiedyś doniesie na nią. Lojalność może kolidować z sprawiedliwością, uczciwością czy troską o innych. Przykład: sędzia, który faworyzuje znajomego, bo jest mu lojalny, łamie zasadę bezstronności.

Nadmierna lojalność wobec „swoich” może prowadzić do ksenofobii, trybalizmu i pogardy wobec innych grup społecznych, narodowych czy religijnych.

Podsumowanie

Ukrywanie błędów bezwzględnie podważa wiarygodność zawodu medycznego jako zawodu zaufania publicznego. Kultura milczenia wokół zdarzeń medycznych nadal hamuje poprawę bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej.

Promowanie otwartości i zgłaszania błędów bez strachu przed karą jest istotną częścią tzw. *fair culture*. W odróżnieniu od *blame culture* pozwala w sposób transparentny zgłaszać zdarzenia i analizować przyczyny. Zgłoszenie błędu nie powinno wiązać się automatycznie z karą, ale z analizą i poprawą systemu.

Regularnie prowadzone szkolenia z etyki i komunikacji pomagają rozpoznać, kiedy lojalność staje się szkodliwa. Skupiamy się wówczas na procesach, nie na obwinianiu jednostek. To pozwoli na realne usprawnienia.

Promowanie *fair culture*, czyli lojalności wobec pacjentów, pozwala na stworzenie *culture by design*, czyli kultury organizacyjnej, która nie jest przypadkowa, a świadomie zaprojektowana i wdrażana, tak aby wspierała zachowania ludzi i wartości, które są kluczowe dla bezpieczeństwa, jakości i etyki. Wymaga to jednak uformowania takiej lojalności, która pozwoli traktować zgłoszenie działań niepożądanych jako wyraz troski, a nie donos/zdradę.

Zostawmy w tyle *blame culture* – lojalność wobec siebie, egocentryzm i strach przed konsekwencjami. Powinniśmy stwarzać warunki, w których troska i lojalność wobec pacjenta będą wzmacniane poprzez kulturę organizacyjną jak również autorytety, które ją tworzą.

Bibliografia

Ariely, D. (2017). *Szczerą prawdą o nieuczciwości*. Smak Słowa.

Festinger, L. (2007). *Teoria dysonansu poznawczego*. PWN.

Foucault, M. (2009). *Nadzorować i karać: narodziny więzienia*. Wydawnictwo Aletheia.

Główka, K., Kaczyńska, M., Kutryba, B., Maciejczak, P., Matecka, V., Podwysocka, K., Skręta, P., Szewczyk, A., Szplit, D., Taraszkiewicz, H., Zawadzki, D. (2025). *Gromadzenie danych i analiza informacji o zdarzeniach niepożądanych w polskich szpitalach*. Rzecznik Praw Pacjenta, red. M. Puścion, K. Majkowska i J. Adamski. <https://www.gov.pl/attachment/1c952604-617c-4a9e-b78e-6fa249bb23e0>

Haidt, J. (2024). *Prawy umysł. Dlaczego dobrych ludzi dzieli religia i polityka*. Zys i S-ka Wydawnictwo.

Makary, M. A., Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ (Clinical research ed.)*, 353, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>

Platon (2020). *Dialog Państwo*. Vis-a-Vis Etiuda.

Rzecznik Praw Pacjenta (2025, 15 września). *Premiera Raportu na temat zdarzeń niepożądanych. „Jakość i bezpieczeństwo pacjenta. Wyzwania i perspektywy”*. <https://www.gov.pl/web/rpp/premiera-raportu-na-temat-zdarzen-niepoznaczanych-podczas-konferencji-jakosc-i-bezpieczenstwo-pacjenta-wyzwania-i-perspektywy>

Stawicka, I. (2025). *Raportowanie zdarzeń niepożądanych w szpitalach*. <https://www.prawo.pl/zdrowie/raportowanie-zdarzen-niepoznaczanych-w-szpitalach,534949.html>

Syed, M. (2017). *Metoda czarnej skrzynki. Zaskakująca prawda o błędach i naturze sukcesu*. Wydawnictwo Insignis.

Sposób cytowania tego rozdziału:

Potaczek, A. (2026). Lojalność – przeciwdziałanie zdradzie (loyalty/betrayal). W: R. Mołdach (red.), *Ponad kadencjami, ponad podziałami. Wartość publiczna jako strategia reformy systemu zdrowia* (s. 53–61). Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. <https://doi.org/10.66081/TRAY9400>



Państwowe Liceum Felczerskie w Szczecinie, 1950 r.

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



ROZDZIAŁ 5

Autorytet – sprzeciw wobec buntu (authority/subversion)

Autor: Emilia Kowalczyk

DOI: 10.66081/JCKB9164

Wstęp

Dlaczego w momentach niepewności tak wielu z nas zwraca się ku autorytetom? Czy jest to jedynie odruch, czy może coś głębszego, zakorzenionego w naszej naturze? Czy potrzeba szacunku dla hierarchii i instytucji wynika z naszej biologicznej skłonności do poszukiwania porządku? A co z tęsknotą za przynależnością? Czy szacunek dla tradycji i autorytetów nie jest sposobem na poczucie wspólnoty z innymi? Dlaczego jednak niektórzy z nas bardziej niż inni odczuwają tę potrzebę? Czy to kwestia osobistych doświadczeń, wychowania, czy może różnic w postrzeganiu świata?

Na tego typu pytania szukał odpowiedzi w swoich badaniach Haidt (2024). W efekcie wskazał autorytet jako jeden z sześciu filarów, na których opierają się nasze wartości. Uważał, że ten fundament bazuje na szacunku dla hierarchii, instytucji, liderów czy tradycji. Zauważał, że w polityce szacunek dla autorytetu wyraża się poprzez poparcie dla instytucji państwowych lub przywódców. W religiach autorytet przejawia się w czci dla świętych pism, duchowieństwa lub wielowiekowych tradycji. W rodzinie autorytet rodziców pełni funkcję naturalnego mechanizmu wspierającego wychowanie i przekazywanie wartości społecznych. Haidt (2024) zauważał, że mimo różnic w tych obszarach wszystkie one opierają się na wspólnym fundamencie moralnym – potrzebie hierarchii i uporządkowania życia społecznego.

Wykazał on w swoich badaniach różny stosunek do autorytetu w zależności od światopoglądu politycznego i ideologicznego. Konserwatyści bardziej cenią tradycję, porządek, a co za tym idzie – hierarchię i autorytet. Natomiast liberałowie mają większy sceptycyzm do autorytetu, ponieważ widzą w tym ograniczanie indywidualnej wolności.

Wskazał również, że autorytet nie jest kwestią ślepego posłuszeństwa, a opiera się na uznaniu kompetencji, wiedzy, roli danej osoby czy instytucji w trosce o dobro wspólne. Jakie jest w takim razie jego dzisiejsze miejsce i potencjalna rola w ochronie zdrowia, a szczególnie w transformowaniu systemu zdrowia w Polsce? Odpowiedź na to pytanie wymaga najpierw uświadomienia sobie, czym taki autorytet w praktyce jest, jak się objawia.

Czym jest autorytet?

Pojęcie autorytetu analizowane jest w różnych dziedzinach, takich jak socjologia, psychologia, filozofia czy edukacja, a każdy z tych obszarów wnosi unikalną perspektywę. Z definicji jest to zdolność osoby lub instytucji do wywierania wpływu na innych dzięki uznaniu jej kompetencji, pozycji społecznej, moralnej przewagi lub wyjątkowym cechom.

W socjologii Weber (2002) wyróżnił trzy typy autorytetu w kontekście legitymizacji władzy:

- Autorytet charyzmatyczny, który opiera się na wyjątkowych cechach przywódcy, takich jak charyzma, wizja czy zdolności, które budzą zaufanie i lojalność. Przykładem są liderzy religijni lub rewolucyjni.
- Autorytet tradycyjny wynikający z tradycji, zwyczajów i historycznie ugruntowanych struktur władzy, jak w przypadku monarchii dziedzicznej.
- Autorytet racjonalno-prawny oparty na formalnych regułach, prawie i procedurach, charakterystyczny dla urzędników w demokratycznym państwie prawa.

W psychologii społecznej autorytet jest postrzegany jako mechanizm wpływu społecznego. Cialdini (2007) podkreśla, że ludzie często podporządkowują się osobom uznawanym za ekspertów lub zajmującym wyższą pozycję społeczną, co czyni autorytet skutecznym narzędziem oddziaływania. Niestety, zamiast sprawdzać, czy ktoś faktycznie jest ekspertem, przyjmują to za pewnik, opierając się na symbolach autorytetu – tytułach, ubiorze, statusie.

W filozofii autorytet rozpatruje się w dwóch wymiarach: epistemicznym, jako źródło wiedzy, oraz moralnym, czyli jako wzór postępowania. Arendt (2011) wskazuje, że autorytet różni się od władzy opartej na przymusie, ponieważ jego podstawą jest dobrowolne uznanie i szacunek. Jest jednak nietrwały i wymaga ciągłego podtrzymywania poprzez moralne lub intelektualne podstawy.

W edukacji autorytet nauczyciela opiera się na jego wiedzy, umiejętnościach interpersonalnych i zdolności do inspirowania uczniów. Dudzikowa (2007) podkreśla, że jest to proces dynamiczny, który wymaga budowania zaufania i wzajemnego szacunku w relacji nauczyciel – uczeń.

W polskim kontekście warto zauważyć, że autorytet bywał kwestionowany, zwłaszcza w okresie transformacji ustrojowej po 1989 r. Jak zauważa Skórzyński (2014), zmiany polityczne i społeczne w społeczeństwie postsocjalistycznym doprowadziły do kryzysu autorytetów. Weryfikacja z perspektywy zmienionej teraźniejszości, a w konsekwencji podważenie ich fundamentów wpłynęły na ich percepcję i rolę w społeczeństwie.

Autorytet jest więc zjawiskiem wielowymiarowym, które łączy w sobie elementy zaufania, kompetencji i dobrowolnego uznania, a jego charakter zależy od kontekstu społecznego, kulturowego i historycznego.

Autorytet jako siła jednocząca ponad podziałami politycznymi

Autorytet może skutecznie łączyć ludzi ponad politycznymi podziałami, jeśli opiera się na solidnych fundamentach, takich jak wiedza, kompetencje, uczciwość, charyzma czy troska o dobro wspólne. Taki autorytet inspirowanie i buduje zaufanie, niezależnie od różnic w poglądach. Natomiast autorytet oparty na przymusie lub postrzegany jako stronniczy często zaostrza konflikty zamiast je łagodzić. Kluczowe jest, by czerpał swoją siłę z wartości, takich jak sprawiedliwość, a nie z władzy czy interesów wąskich grup.

W ochronie zdrowia przykładem osoby, która zjednoczyła różne grupy wokół wspólnego celu, jest Wisse Dekker, były prezes Philipsa, który w 1986 r. odegrał kluczową rolę w reformie systemu opieki zdrowotnej w Holandii. Jako przewodniczący Komisji Dekkera, powołanej przez Premiera Rządu Holandii w celu uzgodnienia ram reformy w ochronie zdrowia, Dekker przyczynił się do stworzenia nowoczesnego systemu zdrowia opartego na zasadach „regulowanej konkurencji”. Jego sukces wynikał z kilku czynników:

- **Kompetencji przywódczych.** Jako doświadczony lider biznesowy Dekker zdobył uznanie dzięki umiejętnościom zarządzania i wprowadzania innowacji w międzynarodowej korporacji, co sprawiło, że zyskał wiarygodność w kierowaniu reformą zdrowotną.

- **Innowacyjnego podejścia.** Propozycja Komisji Dekkera, opublikowana w 1987 r., wprowadziła model, który łączył elementy rynkowe z ochroną interesów pacjentów, co dało początek dekadom przełomowych zmian, które zrewolucjonizowały holenderski system zdrowia.
- **Współpracy międzysektorowej.** Dekker zgromadził ekspertów z różnych dziedzin, takich jak medycyna, ekonomia i prawo, co pozwoliło na wypracowanie kompleksowego planu reformy, uwzględniającego różne perspektywy.
- **Neutralności politycznej.** Jako osoba spoza polityki, a także ze względu na bycie *de facto* osobą zaufania publicznego ze względu na rolę Philipsa w codziennym życiu obywateli i gospodarce Holandii, Dekker był postrzegany jako bezstronny lider, co umożliwiło mu zdobycie zaufania różnych grup społecznych i politycznych.

Dzięki tym cechom Dekker stał się symbolem reformy, która była kontynuowana przez kolejne rządy, niezależnie od ich orientacji politycznej. Jego autorytet opierał się na kompetencjach, wizji i zdolności do budowania konsensusu, co pozwoliło na wprowadzenie trwałych zmian.

Należy również podkreślić, że nie tylko cechy Dekkera miały znaczenie. Niezwykle istotne było poparcie ze strony premiera Ruuda Lubersa, który odważył się zaryzykować swój autorytet osobisty, autorytet jako premiera rządu i autorytet jako przewodniczącego partii CDA (*Christen-Democratisch Appèl*), wskazując na przywódcę reformy osobę, która nie była specjalistą od zdrowia. Bez tej legitymizacji i wsparcia dla lidera i koncepcji reformy zdrowia opartej na wartości publicznej nawet najlepsze pomysły nie miałyby prawa bytu, o czym wyraźnie mówi Moore (1995) w swojej przełomowej książce *Creating Public Value: Strategic Management in Government*.

W ochronie zdrowia w Polsce również można znaleźć przykłady liderów, którzy dzięki swojemu autorytetowi przekraczali polityczne podziały. Jednym z nich jest profesor Zbigniew Religa, wybitny kardiochirurg i pionier transplantologii. Jego praca nad pierwszą udaną transplantacją serca w 1985 r. oraz zaangażowanie w rozwój kardiochirurgii uczyniły go symbolem poświęcenia dla dobra pacjentów. Jako minister zdrowia (2005–2007) zyskał szacunek dzięki autentyczności i oddaniu, a jego działania były cenione ponad podziałami politycznymi, co potwierdzały wyrazy uznania po jego śmierci w 2009 r. ze strony polityków różnych opcji. Jedną z udanych inicjatyw, którą Religa zdołał wdrożyć pomimo licznych przeszkód, była ustawa regulująca Państwowe Ratownictwo Medyczne, uchwalona w 2006 r. Pomimo zmagania z poważną chorobą nowotworową, która wymuszała na nim częste pauzy w obowiązkach zawodowych, oraz w obliczu oporu politycznego – w tym słabej obecności parlamentarzystów na

obradach i niedostatecznej debaty nad projektem – minister Religa dopiął swego, a regulacja ta zaczęła obowiązywać od stycznia 2007 r. Dzięki niej uległ całkowitej zmianie obraz ratownictwa medycznego w Polsce. Państwo przeznaczyło blisko 1,2 mld zł na modernizację ratownictwa, obejmującą inwestycje w nowoczesny sprzęt, doskonalenie kwalifikacji załóg oraz budowę spójnej sieci koordynacji alarmowej. Ta transformacja znacząco podniosła skuteczność działań ratunkowych, redukując opóźnienia w dojazdach i podnosząc wskaźniki ocalenia w przypadkach urazów drogowych czy incydentów sercowo-naczyniowych. Chociaż niektórzy specjaliści zarzucali jej powierzchowność i brak kompleksowej przebudowy, co można np. odnaleźć w raporcie NIK (2012) na temat funkcjonowania systemu PRM, gdzie wskazano na potrzebę m.in. lepszego nadzoru, koordynacji i strategicznego planowania, ustawa ta zyskała uznanie jako przełomowe osiągnięcie, wprowadzając konkretne ulepszenia oraz niezbędne środki do niedoinwestowanego sektora medycznego – jej mechanizmy nadal działają, wspierając codzienne ratowanie życia wielu pacjentów.

Kolejnym przykładem jest profesor Jerzy Buzek, premier Polski (1997–2001), a później przewodniczący Parlamentu Europejskiego (2009–2012). Był politykiem cenionym za kompetencje, skromność i umiejętność budowania porozumienia. Jednym z najważniejszych wyzwań i osiągnięć jego rządu było jednoczesne wdrożenie czterech kompleksowych reform systemowych, które weszły w życie w 1999 r.: administracyjnej, emerytalnej, oświatowej oraz zdrowotnej. Wszystkie reformy oparto na rzetelnych analizach, w tym na opracowaniach specjalistycznych grup, na czele których stał m.in. profesor Jerzy Reguiski. Buzek akcentował, że priorytetem są potrzeby zwykłych ludzi, a nie cele polityczne, co sprzyjało powszechnemu poparciu reform. Chociaż proces ich wprowadzania był intensywnie konsultowany z różnymi środowiskami eksperckimi, to jedynie reforma administracyjna zyskała trwałe poparcie ponad politycznymi podziałami, co pomogło ograniczyć sprzeciw i zagwarantowało trwałe funkcjonowanie nowych struktur.

W reformie systemu zdrowia system kas chorych, choć początkowo miał zwiększyć efektywność i konkurencję w służbie zdrowia, nie wytrzymał próby czasu. Jego fundamenty okazały się niewystarczające, co ostatecznie doprowadziło do zastąpienia go w 2003 r. przez scentralizowany Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Podobnie mnogość właścicieli podmiotów leczniczych oraz brak skutecznej koordynacji, zarówno na poziomie centralnym, jak i samorządowym, stanowią jedno z największych współczesnych problemów systemu zdrowia. Patrząc jednak na autorytet premiera Buzka, całościowe reformy jego rządu są dziś postrzegane jako kluczowy etap modernizacji państwa. Przyczyniły się do decentralizacji władzy, usprawnienia organizacji państwa i ułatwiły Polsce integrację z Unią Europejską.

Autorytet może zatem działać jako siła jednocząca, jeśli opiera się na uniwersalnych wartościach, wiedzy, kompetencji i dbałości o dobro wspólne. Postacie takie jak Wisse Dekker, Zbigniew Religa czy Jerzy Buzek pokazują, że liderzy, którzy właśnie stawiają na wspólne cele i działają w sposób przejrzysty, mogą budować zaufanie i współpracę ponad podziałami. W obliczu współczesnej polaryzacji takie autorytety są niezwykle cenne, ponieważ inspirują do dialogu i wspólnego działania w imię wartości publicznej.

Wpływ mediów społecznościowych na postrzeganie autorytetów

Należy zauważyć, że na zaufanie do ekspertów mają obecnie silny wpływ media społecznościowe. Każdy może swobodnie publikować treści i budować publiczność, przez co autorytet oparty na wiedzy i doświadczeniu traci na znaczeniu. W rezultacie społeczeństwo staje się bardziej sceptyczne wobec tradycyjnych struktur, co może podważyć fundamenty porządku społecznego.

Równolegle do osłabiania tradycyjnych autorytetów media społecznościowe tworzą nowe typy liderów, których wpływ opiera się na popularności, charyzmie lub zdolności do wywoływania silnych emocji. Influencerzy, celebryci online czy liderzy opinii na platformach takich jak X (dawniejszy Twitter) często zyskują większy posłuch niż tradycyjni eksperci, mimo że ich autorytet nie zawsze wynika z kompetencji czy głębokiej wiedzy. Haidt wskazuje, że ta zmiana dynamiki hierarchii społecznych prowadzi do sytuacji, w której emocje i powszechne rozprzestrzenianie się treści stają się ważniejsze niż rzetelność czy merytoryczna debata, co może mieć długoterminowe konsekwencje dla jakości dyskursu publicznego.

Haidt (2024) podkreśla, że ludzie naturalnie grupują się wokół wspólnych wartości moralnych, tworząc swoiste „plemiona” społeczne. Media społecznościowe, jak uważa, wzmacniają te podziały, tworząc bańki informacyjne – przestrzenie, w których użytkownicy są narażeni głównie na treści zgodne z ich światopoglądem. W takich warunkach lojalność wobec grupy staje się silniejsza niż szacunek dla nadrzędnych autorytetów, takich jak państwo czy instytucje międzynarodowe. Przy tym algorytmy platform społecznościowych promują treści budzące silne emocje, co pogłębia polaryzację i utrudnia dialog między różnymi grupami społecznymi. Dodatkowo osłabia to autorytet instytucji, które nie wpisują się w narrację danej grupy. Algorytmy, promując popularne treści, sprzyjają rozprzestrzenianiu dezinformacji i propagandy. Zamiast kompetencji, to popularność treści determinuje ich wpływ, szczególnie na młodzież, która coraz częściej szuka w nich wskazówek i wzorców. Osłabia to szacunek dla tradycyjnych autorytetów, takich jak rodzice, nauczyciele czy lokalne wspólnoty. Łatwy

dostęp do alternatywnych źródeł autorytetu sprzyja fragmentaryzacji społecznej, w której młodzi ludzie odrzucają hierarchiczne struktury na rzecz bardziej płynnych, zdecentralizowanych form wpływu. Tradycyjne instytucje w ten sposób tracą zdolność do kształtowania postaw młodych pokoleń.

Brak wiary w merytoryczne autorytety wywołuje kryzys wiarygodności, który utrudnia podejmowanie racjonalnych decyzji w kluczowych obszarach, takich jak polityka czy zdrowie. Według Światowej Organizacji Zdrowia¹ oraz Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC, 2021) fałszywe informacje w mediach społecznościowych znacząco przyczyniają się do wahania się rodziców przed szczepieniem dzieci. W efekcie spada odsetek zaszczepionych osób, co prowadzi do wzrostu zachorowań na choroby wcześniej skutecznie kontrolowane.

Szczególnym przykładem negatywnych skutków dezinformacji jest powrót odry w Europie – choroby, która dzięki powszechnym szczepieniom była niemal całkowicie wyeliminowana. Jak wskazują WHO i ECDC, do zapewnienia odporności zbiorowej konieczne jest utrzymanie wyszczepialności na poziomie co najmniej 95% dla szczepionki MMR (przeciw odrze, śwince i różyczce). Niestety w wielu krajach odsetek ten spadł poniżej tej granicy, co ma bezpośredni związek z rosnącą liczbą przypadków zachorowań (WHO, 2025). Problem potęguje fakt, że fałszywe informacje rozprzestrzeniają się szybciej niż działania mające na celu ich sprostowanie, co dodatkowo pogłębia nieufność wobec szczepień.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, dezinformacja antyszczepionkowa przyczynia się do obniżenia odsetka zaszczepionych, co bezpośrednio wiąże się ze wzrostem zachorowań na choroby, którym można zapobiegać poprzez szczepienia. Szczepionka MMR jest w Polsce obowiązkowa, jednak odsetek zaszczepionych spadł do niepokojących poziomów. Według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH, 2024) w 2022 r. odsetek dzieci zaszczepionych pierwszą dawką MMR wynosił około 90,9% dla rocznika dzieci urodzonych w 2020 r. oraz 93,7% dla dzieci z 2019 r. Ze względu na obserwowany zróżnicowany geograficznie stan zaszczepienia przeciw odrze od 85,7% do 96,9% w populacji wg województw, pojawiają się ogniska zachorowań rozproszone w całym kraju. Taki poziom wyszczepialności jest w niektórych regionach niższy od zaleceń WHO, co zwiększa ryzyko wystąpienia epidemii.

¹ <https://www.who.int/news/item/22-09-2025-message-by-the-director-of-the-department-of-immunization--vaccines-and-biologicals-at-who---september-2025>

Dane z WHO i ECDC, wsparte badaniami, potwierdzają, że ekspozycja na fałszywe treści zwiększa wahania, co zagraża zdrowiu publicznemu. Chociaż krytycy wskazują na problemy systemowe, takie jak brak transparentności, to jednak dezinformacja pozostaje głównym czynnikiem.

Erozja zaufania do ekspertów

Niestety w dzisiejszych czasach osobiste przekonania coraz częściej dominują nad wiedzą naukową, co znacząco pogłębia podziały w debacie na temat reform systemu opieki zdrowotnej. Proces ten utrudnia osiągnięcie porozumienia w kluczowych kwestiach, takich jak dostęp do usług medycznych, finansowanie ochrony zdrowia czy polityka szczepień. Utrata zaufania do ekspertów przekształca reformy systemu zdrowia w narzędzie politycznych rozgrywek. Różne grupy społeczne interpretują te same dane w odmienny sposób: dla jednych reformy oznaczają krok ku większej równości, dla innych – ograniczenie wolności osobistych.

Przykładem negatywnego wpływu erozji zaufania do ekspertów, braku autorytetu lidera oraz silnej polaryzacji politycznej jest nieefektywne przeprowadzenie reformy wprowadzającej obowiązkową edukację zdrowotną w szkołach. Miała ona na celu zwiększenie wiedzy dzieci i młodzieży w zakresie zdrowia, rozwój ich umiejętności i postaw prozdrowotnych, a także naukę świadomego podejmowania decyzji oraz odpowiedzialności za własne zdrowie. Dzięki temu podniósłby się poziom działań profilaktycznych, co pozytywnie wpłynęłoby na zdrowie publiczne polskiego społeczeństwa. Ostatecznie reforma została zablokowana przez forsowanie włączenia edukacji seksualnej, co w ocenie autora nie było bezwzględnie potrzebne wobec ogółu wyzwań i wartości edukacyjnych w obszarze zdrowia, oraz będącą tego następstwem polaryzację polityczną, niszczącą ideę powszechnej edukacji o zdrowiu. Edukacja zdrowotna została wdrożona jedynie jako przedmiot dobrowolny, co uczyniło ją nieskuteczną – w zależności od regionu odsetek rezygnacji z lekcji sięga nawet 70–90%². Brak pełnego wdrożenia nie tylko powoduje opóźnienia w profilaktyce wśród dzieci i młodzieży, ale także pogłębia dalszy spadek zaufania do systemu ochrony zdrowia.

² <https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-zdrowotna---pierwszy-rok-wdrazania-predmiotu-w-szkole>

Konsekwencje degradacji autorytetu i możliwe rozwiązania

Kryzys autorytetu w ochronie zdrowia nie jest zjawiskiem marginalnym – to proces, który wpływa na sposób, w jaki społeczeństwa rozumieją wiedzę, decyzję i odpowiedzialność. Tam, gdzie autorytet traci wiarygodność, zanika wspólny język do rozmowy o dobru wspólnym. W rezultacie reforma ochrony zdrowia, zamiast budować wspólnotę wokół celu, często staje się polem rywalizacji narracji, w którym wiedza naukowa ściera się z emocją, a racjonalność – z nieufnością.

W ocenie autora nie da się odbudować autorytetu, przywracając dawny model hierarchicznego przekazu. Współczesny autorytet nie polega na tym, że wie więcej, lecz że umie lepiej słuchać i tłumaczyć. Jego siłą nie jest władza, lecz zdolność rozumienia ograniczeń własnej wiedzy i gotowość do współtworzenia decyzji z innymi. To wymaga zmiany kultury komunikacji w państwie, które wciąż funkcjonuje w modelu przekazu jednostronnego – z góry na dół.

1. Pierwszym krokiem powinna być odbudowa **autorytetu wiedzy**, który nie udaje nieomyślności. W warunkach złożoności i niepewności, tak charakterystycznych dla polityki zdrowotnej, eksperci i instytucje powinni otwarcie pokazywać, że nie wszystko da się przewidzieć. Warto, by rząd, wzorem dojrzałych demokracji, zamiast prezentować gotowe projekty reform, wcześniej przedstawiał różne możliwe warianty rozwiązań, wskazując obszary, w których dane są niepełne, a założenia wymagają dopracowania. Taki model konsultacji społecznych – prowadzonych przed opracowaniem koncepcji, a nie po nim – przesunął autorytet z pozycji niepodważalnego źródła wiedzy na pozycję przewodnika po niepewności. W ten sposób rząd i eksperci nie tyle „ogłaszają decyzje”, ile zapraszają do wspólnej refleksji. To wciąż słabo rozpowszechniona formuła dialogu społecznego w Polsce, w której autorytet nie oznacza wszechwiedzy, lecz odpowiedzialność za proces poznawania.

2. Drugim wymiarem jest **autorytet etyczny**, który zawsze ma twarz. Każdą reformę tworzą ludzie. To oni stają się jej nośnikami lub ofiarami wizerunku. W tym sensie znaczące pozostają postacie, które w polskiej świadomości uosabiałyby wiarygodność poprzez osobiste zaangażowanie: Jerzy Buzek, Zbigniew Religa czy w szerszym wymiarze Wisse Dekker. Ich autorytet nie wynikał z pozycji, lecz z postawy – z umiejętności mówienia prawdy i słuchania innych wtedy, gdy rozwiązania nie były oczywiste. Autentyczność nie oznaczała braku wątpliwości, lecz gotowość, by się z nimi mierzyć publicznie, prezentując jednocześnie własny pogląd. Współczesne przywództwo w ochronie zdrowia potrzebuje właśnie takiej odwagi – nie by zawsze wiedzieć, ale by nie bać się nie wiedzieć i włączać w proces poszukiwania odpowiedzi.

3. Trzecim krokiem jest **autorytet relacji**. W debacie o reformach zdrowotnych zbyt często myli się komunikację z informowaniem, a konsultację z prezentacją. Tymczasem prawdziwa rozmowa nie zaczyna się po decyzji, lecz przed nią. Autorytetu nie buduje się na drodze debat i konferencji prasowych, lecz poprzez obecność w dialogu, w którym obywatele mają realny wpływ na kształt rozwiązań. W tym sensie autorytet nie jest narzędziem komunikacji, ale jej warunkiem: dopiero zaufanie do osoby lub instytucji pozwala uwierzyć, że pytanie „co Państwo o tym sądzą?” jest zadane naprawdę.

4. Kolejnym elementem jest **autorytet wiedzy instytucjonalnej**, który nie polega na rywalizowaniu z opinią publiczną, lecz na cierpliwym tłumaczeniu faktów. Nie każda wiedza jest przedmiotem debaty, ale każda wymaga objaśnienia. Dlatego zadaniem instytucji zdrowia publicznego nie powinno być przekonywanie, ale wyjaśnianie – w sposób, który nie unieważnia doświadczenia obywatela, lecz nadaje mu kontekst. Celem nie jest zrównanie poziomu wiedzy ekspertów i obywateli, tylko jej lepsze tłumaczenie i wspólne rozumienie. Wiedza specjalistyczna nie przeczy doświadczeniu pacjenta – pomaga je uporządkować i wyjaśnić. Autorytet nie polega więc na przewadze, a na umiejętności nadawania znaczenia faktom i doświadczeniom.

5. Wreszcie – i być może to najtrudniejsze – potrzebne jest przywrócenie **autorytetu wspólnoty**, który Haidt (2024) określał jako „moralny cud” przekształcenia zbioru jednostek w coś więcej niż sumę ich interesów, zgodnie z ideą *E pluribus unum*. Autorytet nie jest bowiem relacją pionową, lecz poziomą – momentem, w którym ludzie zaczynają działać wspólnie, bo wierzą, że ktoś potrafi ich poprowadzić ku czemuś większemu niż indywidualna korzyść. Tak rozumiany autorytet jest fundamentem reformy – bez niego system zdrowia może być zreorganizowany, ale nie zostanie zreformowany w sensie społecznym.

Odbudowa autorytetu wymaga więc równoczesnej zmiany tonu, języka i sposobu myślenia o władzy. Nie polega na odzyskiwaniu kontroli nad opinią publiczną, lecz na odzyskaniu zdolności do wspólnego odczuwania i refleksji. Autorytet nie jest dziś narzędziem rządzenia, ale przestrzenią zaufania, w której wiedza, etyka i wspólnota spotykają się we wspólnym działaniu.

W świecie, w którym każdy może mówić, autorytet nie jest tym, kto ma rację, lecz tym, kto potrafi sprawić, że inni chcą słuchać. Widzą w takiej osobie nie władzę, lecz troskę o dobro wspólne.

Bibliografia

Arendt, H. (2011). *Między czasem minionym a przyszłym. Osiem ćwiczeń z myśli politycznej*. Wydawnictwo Aletheia.

Cialdini, R. B. (2007). *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Dudzikowa, M. (2007). *Autorytet nauczyciela w procesie wychowania*. Wydawnictwo Naukowe UAM.

European Centre for Disease Prevention and Control (2021). *European Centre for Disease Prevention and Control. Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Countering-online-vaccine-misinformation-in-the-EU-EEA.pdf>

Haidt, J. (2024). *Prawy umysł. Dlaczego dobrych ludzi dzieli religia i polityka*. Zys i S-ka Wydawnictwo.

Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.

Najwyższa Izba Kontroli (2012). *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego 149/2012/P11094/KZD*. Najwyższa Izba Kontroli. <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/system-ratownictwa-medycznego.html>

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (2024, 19 lipca). Sprostowanie artykułu autorstwa UNICEF związanego z utratą odporności zbiorowiskowej przeciwko odrze. <https://www.pzh.gov.pl/sprostowanie-artykulu-autorstwa-unicef-zwiazanego-z-utrata-odpornosci-zbiorowiskowej-przeciwko-odrze-2/>

Skórzyński, J. (2014). *Autorytety w Polsce po 1989 roku*. Wydawnictwo Więź.

Weber, M. (2002). *Gospodarka i społeczeństwo. Zarys socjologii rozumiejącej*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

World Health Organization/United Nations Children's Fund (UNICEF) (2025, 13 marca). *European Region reports highest number of measles cases in more than 25 years*. <https://www.unicef.org/press-releases/european-region-reports-highest-number-measles-cases-more-25-years-unicef-whoeurope>

Sposób cytowania tego rozdziału:

Kowalczyk, E. (2026). Autorytet – sprzeciw wobec buntu (authority/subversion). W: R. Mołdach (red.), *Ponad kadencjami, ponad podziałami. Wartość publiczna jako strategia reformy systemu zdrowia* (s. 63–73). Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. <https://doi.org/10.66081/JCKB9164>



**Szkoła młodszych pielęgniarek okręgu warszawskiego,
między 1949 a 1950 r.**

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



ROZDZIAŁ 6

Czystość – odraza wobec tego, co degraduje (sanctity/degradation)

Autor: Łukasz Bruski

DOI: 10.66081/MAYU3023

Odraza wobec degradowania wartości publicznej w procesach informatyzacji – koncepcja Marka Moore’a w świetle zawyżania cen

W czasach, gdy państwa inwestują miliardy w cyfrową transformację usług publicznych, coraz większe znaczenie zyskuje pytanie: czy technologie informatyczne rzeczywiście służą obywatelom czy jedynie interesom komercyjnym? Praktyka niekiedy pokazuje, iż wdrażanie systemów informatycznych za środki publiczne nierzadko wiąże się z zawyżonymi kosztami, nietransparentnymi procedurami i niską jakością produktu końcowego. Te zjawiska, choć pozornie technicznie lub proceduralnie prawidłowe, budzą głęboką społeczną odrazę, której nie można lekceważyć (Haidt, 2024).

Wartość publiczna jako fundament służby cyfrowej

Mark Moore (1995) w swojej koncepcji wartości publicznej proponuje, by instytucje korzystające ze środków publicznych były oceniane przez pryzmat ich zdolności do tworzenia wartości publicznej, która:

- odpowiada na rzeczywiste potrzeby społeczne,
- jest legitymizowana społecznie i politycznie,
- jest możliwa do efektywnego wdrożenia przy dostępnych zasobach.

W cyfrowym świecie ta koncepcja zyskuje szczególne znaczenie. Informatyzacja usług publicznych wpływa bezpośrednio na ich dostępność, przejrzystość działania państwa, bezpieczeństwo danych osobowych oraz zaufanie obywateli do struktur publicznych.

Aktualnie zauważalny jest trend wychodzenia z wykluczenia cyfrowego, co szczególnie widać po pandemii COVID-19 (Śwital, 2022). Pandemia COVID-19 wymusiła dystans społeczny, co przekładało się także na zmniejszenie dostępności usług publicznych. Jednocześnie uwypukliła zapotrzebowanie obywateli na korzystanie z usług w formie elektronicznej (Śwital, 2023). Jako przykłady większej dostępności, przejrzystości działania, bezpieczeństwa danych osobowych i tym samym zwiększonego zaufania obywateli można wymienić takie usługi e-administracji jak m.in. Elektroniczna Platforma Usług Administracji Publicznej (ePUAP), która pozwala załatwić większość spraw administracyjnych bez wychodzenia z domu (zwiększa się dostępność usług administracyjnych i publicznych). Jednocześnie liczba zabezpieczeń do logowania do ePUAP pozwala na zachowanie bezpieczeństwa danych osobowych. Kolejną platformą, która spełnia podobne funkcje, jest Platforma Usług Elektronicznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (PUE ZUS). Na uwagę zasługuje też portal obywatel.gov.pl, który w pewnym stopniu „znosi konieczność” posiadania przy sobie fizycznych dokumentów. Z usług elektronicznych może korzystać każda osoba, która ma możliwość potwierdzenia swojej tożsamości w Internecie (np. przy użyciu bankowości elektronicznej). Nie należy zapominać o mniej „informatycznych” kwestiach, takich jak np. digitalizacja biletów komunikacji miejskiej (Jarosz, 2023).

W tym kontekście zawyżanie cen przez dostawców usług informatycznych, brak należytej kontroli nad realizacją projektów i marnotrawstwo środków publicznych są rażącym zaprzeczeniem wartości publicznej, a nie tylko błędem zarządczym.

Raport Głównego Urzędu Statystycznego (2025) *Wskaźniki cen produktów usług związanych z obsługą działalności gospodarczej w 2 kwartale 2025 r.* pokazuje, iż ogólnie „ceny produktów usług związanych z obsługą działalności gospodarczej wzrosły w stosunku do poprzedniego kwartału o 0,5%, a w porównaniu z 2. kwartałem 2024 r. – o 3,6%”. Wzrost cen widać także w poszczególnych kategoriach, m.in. dotyczących działalności związanej z oprogramowaniem i doradztwem w zakresie informatyki oraz działalności powiązanej – o 0,1% w 2. kwartale 2025 w porównaniu z 2. kwartałem 2024 r.; o 1,8% w 2. kwartale 2024 r. w porównaniu z 2. kwartałem 2023 r. (GUS, 2024). Opublikowane na początku 2025 r. prognozy firmy Gartner sugerowały, iż w 2025 r. światowe wydatki na usługi IT (systemy centrów danych, urządzenia, oprogramowanie, usługi IT, usługi telekomunikacyjne) wzrosną o 9,8% w stosunku do 2024 r. (Gartner, 2025; Paślawski, 2025, 22 stycznia). Jednocześnie wyniki badania tej firmy wskazują, iż tylko 10% dyrektorów niewykonawczych jest przekonanych o konieczności inwestowania w cyberbezpieczeństwo, co zapewni odpowiednią równowagę pomiędzy odpowiednią ochroną a kosztami (Paślawski, 2025, 22 stycznia).

Odraza jako reakcja moralna – nie tylko emocja

W klasycznym rozumieniu odraza to emocja cielesna – wyraz biologicznej reakcji na coś skażonego, brudnego lub nieczystego. Jednak w kontekście społecznym i aksjologicznym odraza może mieć charakter moralny (Haidt, 2024). To uczucie, które pojawia się, gdy widzimy pogwałcenie wartości, które są dla nas podstawą współżycia społecznego: sprawiedliwości, przejrzystości, uczciwości, godności.

Przytoczyć tu można wiele postaw budzących odragę w życiu społecznym – niesprawiedliwości, braku przejrzystości, nieuczciwego postępowania lub pogwałcenia godności. Jako jeden z pierwszych przykładów podać można patologie społeczne, m.in. przemoc fizyczną w rodzinie, szczególnie w kontekście dzieci, prostytutkę nieletnich, bezdomność (Migała, 2011). Następnym przykładem może być pogwałcenie godności osobistej, m.in. poprzez opublikowanie wizerunku bez zgody konkretnej osoby, pomówienia, rozpowszechniania nieprawdziwych informacji o osobie, które narażają ją na utratę zaufania publicznego. Brak przejrzystości jest szczególnie widoczny w funkcjonowaniu instytucji – co potwierdzają słowa Europejskiej Rzeczniczki Praw Obywatelskich: „Niedawno przedstawiłam swoje sprawozdanie roczne i można zauważyć, że odnotowaliśmy jeden z największych wzrostów liczby skarg dotyczących przejrzystości. Ponad 42% naszych skarg dotyczy właśnie tego obszaru – czyli dostępu do dokumentów” – mówiła Rzeczniczka (Euro News, 2025, 27 czerwca). Dodatkowo brakiem przejrzystości i jasności mogą cechować się zawiłe dokumenty – np. umowy¹. Są to tylko nieliczne przykłady, które mogą budzić odragę (społeczną).

W przypadku informatyzacji odraza pojawia się jako społeczna reakcja na sytuacje, które:

- naruszają zaufanie obywatela do państwa,
- ujawniają niegospodarność lub cynizm,
- ukazują głęboki rozdźwięk między oficjalnym celem cyfryzacji (ułatwianie życia obywatelom) a jej rzeczywistym skutkiem (prywatyzacja zysków i publiczne straty).

Dostawcy usług informatycznych i oprogramowania dla placówek medycznych (bez względu na ich strukturę właścicielską), działający na rynku zamówień publicznych (np. w ostatnim czasie w ramach wydatkowania środków z Krajowego Programu

¹ Ten trend jednak powoli zmienia za sprawą zasad jasnego i prostego języka (*plain language*), czego przykładem jest chociażby *Deklaracja banków w sprawie standardu prostego języka*. https://bsnalczow.pl/images/pdf/Deklaracja_bank%C3%B3w_ws._standardu_prostego_j%C4%99zyka.pdf

Odbudowy), często wykorzystują swoją uprzywilejowaną pozycję, brak kompetencji technicznych po stronie zamawiającego, a także nieprzejrzyste procedury przetargowe. Skutkiem tego są:

- rażąco wysokie koszty wdrożeń niewspółmierne do wartości systemów,
- uzależnienie instytucji od jednego dostawcy (*vendor lock-in*),
- często słaba jakość usług mimo ich wysokiej ceny,
- brak realnej kontroli społecznej nad procesem wdrażania i utrzymania systemów.

Tego typu działania są trudne do zakwestionowania prawnie, ale budzą silne poczucie odrazy moralnej zarówno wśród specjalistów, jak i zwykłych obywateli. Zawyżanie cen, zwłaszcza przy niskiej jakości realizowanych systemów, jest więc moralnym sygnałem ostrzegawczym, który mówi: „to nie jest zgodne z zasadami etycznego państwa”. Konsekwencją zawyżania cen, szczególnie w sektorze usług zdrowotnych, jest utrata zaufania do instytucji świadczącej usługi i finansującej. Z założenia podmioty wspierające świadczeniodawców realizujących zadania publiczne powinny podejmować działania na rzecz budowania coraz większego zaufania świadczeniobiorców. W rzeczywistości jednak jest odwrotnie. Każda sztucznie zawyżona cena ma przełożenie na mniejszą dostępność świadczeń zdrowotnych, wydłużony czas oczekiwania na wizytę u specjalistyczną czy też ograniczenie środków na działania profilaktyczne i sprzęt. To wszystko przedkłada się dalej na obniżoną jakość opieki zdrowotnej, a co za tym idzie – na niechęć obywateli do publicznej opieki zdrowotnej i brak zaufania. Dotyczy to także sektora farmaceutycznego, np. refundacji leków recepturowych czy sztucznego zawyżenia cen przez hurtownie (NFZ, 2023; Ministerstwo Zdrowia, 2024).

Duże projekty cyfryzacyjne, zamiast kojarzyć się z ułatwieniem życia, kojarzą się z:

- „bublem” za wielkie pieniądze,
- „zawyżonymi ofertami”,
- zarządczą niekompetencją.

Odraza i wartość publiczna w modelu strategicznego trójkąta

Konsekwencją zawyżania cen usług publicznych, w tym w sektorze usług zdrowotnych, jest poczucie odrazy. Jednym z narzędzi pozwalających przeanalizować problem zawyżania cen jest model strategicznego **trójkąta Moore’a** (1995):

Tabela 1. Analiza rozwiązań IT w ochronie zdrowia w strategicznym trójkącie Moore’a

Wymiar	Pytanie	Jak zawyżanie cen go narusza
Wartość publiczna	Czy projekt rzeczywiście rozwiązuje problem społeczny?	Zawyżony koszt przy niskiej jakości to strata społeczna – wartość publiczna jest iluzoryczna.
Legitymizacja społeczna	Czy społeczeństwo to popiera? Czy środowisko polityczne jest gotowe nadać temu priorytet i udzielić wsparcia?	Społeczne zaufanie spada, a akceptacja dla dalszych projektów IT maleje.
Zdolność operacyjna	Czy instytucja jest w stanie to utrzymać i rozwijać?	Brak kompetencji technicznych i uzależnienie od wykonawcy uniemożliwiają efektywne zarządzanie.

Adnotacje. Opracowanie własne.

Wartość czystości – odraza wobec tego, co degraduje, jako aktywny komponent strategii cyfryzacji

Istnieje wiele metod opisu logiki interwencji, np. teoria zmiany czy też PDIA (*Problem Driven Iterative Adaptation*). W swojej pracy zastosuję schemat *output* (konkretne działania, rozwiązania) – *outcome* (rezultaty i ich wskaźniki) – *impact* (długofalowa zmiana *status quo*).

Warto zadać pytanie „Jak zatem rozumieć wartość «czystości – odraza wobec tego, co degraduje», jako aktywnego komponentu strategii cyfryzacji?”. Rozpoczynając od pierwszego poziomu – *output* – aby wartość „czystości – odraza wobec tego, co degraduje”, była operacyjnie użyteczna w projektach informatycznych, należy ją przełożyć na konkretne zasady, działania i rozwiązania:

- **Zasada „zero tolerancji dla degradacji”** – w każdym realizowanym projekcie IT powinien być określony zestaw warunków, których nie wolno naruszyć, np. przekroczenie budżetu, opóźnienie, spadek jakości usług poniżej określonego progu, brak audytu bezpieczeństwa – każde takie naruszenie traktowane jest jako degradacja wartości i wymaga natychmiastowej korekty.
- **Audyt czystości i jakości** – przed, w trakcie i po wdrożeniu systemu należy przeprowadzać audyty jakości danych, procesów, zabezpieczeń, użyteczności, równości dostępu; wyniki publikować jako element legitymizacji.
- **Transparentność i komunikacja z użytkownikami** – użytkownicy (obywatele) powinni mieć jasny dostęp do informacji o projekcie, jego celach, wynikach, kosztach oraz możliwości wpływu (*feedback*). To utrzymuje czystość procesu i minimalizuje ryzyko degradacji legitymizacji.
- **Projektowanie z uwzględnieniem tzw. równości (*equity*) i inkluzji** – systemy muszą być tak zaprojektowane, by nie marginalizowały żadnej grupy; jeśli system działa tylko dla „cyfrowo kompetentnych”, następuje degradacja wartości równości i dostępności.
- **Zarządzanie technologicznym długiem i przestarzałością** – systemy IT w placówkach medycznych często cierpią na technologiczny dług, brak aktualizacji, fragmentację; należy aktywnie przeciwdziałać takim procesom, by nie powodować degradacji wartości efektywności i bezpieczeństwa.
- **Włączenie mechanizmów odpowiedzialności i sankcji** – jeśli wykrywane są działania degradujące (np. nadużycia, brak zgodności z wymogami), powinny być przewidziane sankcje, korekty planu albo zawieszenie projektu, by pokazać, że degradacja wartości nie jest akceptowalna.

Korzyści wynikające z włączenia wartości czystości

Przechodząc do drugiego poziomu – *outcome* – jeśli projekt informatyczny realizowany w ramach środków publicznych uwzględni wartość czystości wobec degradacji jako integralnego składnika strategii, można liczyć na uzyskanie licznych korzyści (rezultatów) takich jak:

- Zwiększenie **zaufania publicznego** do systemów i instytucji – gdy obywatele widzą, że projekty są transparentne, odpowiedzialne, chronią ich dane i wyrównują szanse.

- Ograniczenie **ryzyka technologicznego, projektowego i reputacyjnego** – degradacja wartości często prowadzi do kosztownych napraw, opóźnień, utraty zaufania.
- Poprawa **efektywności i trwałości projektów** – systemy, które są zaprojektowane z myślą o czystości danych i procesów, mniej podatne są na awarie, błędy, łatwiej je utrzymać i rozwijać.
- Wzmocnienie **legitymacji politycznej i społecznej** – gdy projekt spełnia nie tylko wymogi techniczne, ale też wartości społeczne, łatwiej uzyskać wsparcie i akceptację środowiska dla kolejnych projektów cyfryzacyjnych.

Zmiana *status quo*

Wszystkie powyższe działania i ich rezultaty przedkładają się dalej na *impact* – długofalową zmianę *status quo*:

- **Wzrost dostępności świadczeń i usług publicznych** – usunięcie sztucznych i nieuzasadnionych kosztów oraz wydatkowanie środków na społecznie potrzebne usługi i produkty, w tym świadczenia. Długoterminowa korzyść: krótsze kolejki do instytucji, także w kontekście usług ochrony zdrowia, mniejsza liczba interesantów (w tym pacjentów) „wypadających” (wykluczonych) z systemu.
- **Zdrowsza konkurencja rynkowa** – dążenie do zapewnienia jak najlepszej jakości usług, normalizacja cen i świadczeń.



**Gminny ośrodek
zdrowia w Adelinie,
1980 r.**

fot. Narodowe Archiwum
Cyfrowe

- Stabilny i utrzymujący się **wzrost zaufania społecznego** do instytucji i usług publicznych.
- **Trwałe podniesienie jakości** świadczonych usług publicznych, w tym medycznych.
- **Stabilizacja finansów publicznych**, co przełoży się na większą zdolność państwa do wydatkowania środków na infrastrukturę i informatyzację.

Podsumowanie

Zawyżanie cen w projektach informatycznych realizowanych w ramach środków publicznych to nie tylko problem finansowy – to aksjologiczne naruszenie fundamentów służby publicznej. Reakcje społeczne pełne frustracji, cynizmu i odrazy są uzasadnione – bo obywatele instynktownie czują, że dzieje się coś niemoralnego, nawet jeśli formalnie „wszystko było zgodne z procedurami”.

W duchu Marka Moore’a (1995) trzeba więc projektować systemy informatyczne tak, aby nie tylko „działały”, ale też **tworzyły prawdziwą wartość publiczną** – legitymizowaną, sprawiedliwą i odporną na nadużycia rynku. Odraza powinna być w tym kontekście traktowana **nie jako przeszkoda, lecz jako alarm etyczny**, który pozwala reagować, zanim wartość publiczna ulegnie erozji i zostanie całkowicie zdewastowana.

Bibliografia

Euro News (2025, 27 czerwca). *Rosnąca liczba skarg na brak przejrzystości w instytucjach UE*. <https://pl.euronews.com/europa/2025/06/27/rosnaca-liczba-skarg-na-brak-przejrzystosci-w-instytucjach-ue>

Gartner (2025, 29 stycznia). *Światowe wydatki na usługi IT wyniosą w 2025 roku 5,61 biliona dolarów*. <https://biznes.pap.pl/wiadomosci/gry-i-technologie/swiatowe-wydatki-na-uslugi-it-wynios-a-w-2025-roku-561-biliona-dolarow>

Główny Urząd Statystyczny (2024). *Wskaźniki cen producentów usług związanych z obsługą działalności gospodarczej za 2 kwartał 2024 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-producentow-uslug-zwiazanych-z-obsluga-dzialalnosci-gospodarczej-za-drugi-kwartal-2024-roku,17,18.html>

Główny Urząd Statystyczny (2025). *Wskaźniki cen producentów usług związanych z obsługą działalności gospodarczej w 2 kwartale 2025 r.* https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5464/17/22/1/wskazniki_cen_producentow_uslug_zwiazanych_z_obsługa_działalności_gospodarczej_w_2_kwartale_2025_r..pdf

Haidt, J. (2024). *Prawy umysł. Dlaczego dobrych ludzi dzieli religia i polityka*. Zys i S-ka Wydawnictwo.

Jarosz, A. J. (2022). Digitalizacja usług publicznych na przykładzie biletów komunikacji miejskiej. W: S. Dudzik, I. Kawka i R. Śliwa (red.), *E-administracja. Skuteczna, odpowiedzialna i otwarta administracja publiczna w Unii Europejskiej* (s. 111–126). Wydawnictwo Księgarnia Akademicka.

Migała, P. (2011). *Wybrane aspekty patologii społecznej w aspekcie ich uwarunkowań*. Wydawnictwo WSGE.

Ministerstwo Zdrowia (2024). *Raport zespołu ds. Preskrypcji i realizacji recept*. Dostępne: <https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2024/09/Raport-Zespołu-ds-PiRR.pdf>

Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.

NFZ (2023, 27 listopada). *Koniec z maściami nawet po 200 tys. zł. Rynek leków recepturowych będzie uregulowany*. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/koniec-z-masciami-nawet-po-200-tys-zl-rynek-lekow-recepturowych-bedzie-uregulowany,8510.html>

Pasławski, K. (2025, 22 stycznia). *Rosnące ceny zwiększą wydatki na IT o blisko 10 proc. w 2025 r.* <https://crn.pl/aktualnosci/rosnace-ceny-zwieksza-wydatki-na-it-o-blisko-10-proc-w-2025-r/>

Pasławski, K. (2025, 26 listopada). *Tylko 10 proc. dyrektorów jest przekonanych do inwestycji w cyberbezpieczeństwo*. <https://crn.pl/aktualnosci/tylko-10-proc-dyrektorow-jest-przekonanych-do-inwestycji-w-cyberbezpieczenstwo/>

Śwital, P. (2022). Elektroniczne usługi publiczne dla obywateli – zarys problematyki. *Przegląd Prawa Administracyjnego*, 5, 137–150. <https://doi.org/10.17951/ppa.2022.5.137-150>

Śwital, P. (2023). Informatyzacja administracji publicznej w Polsce: wyzwania i problemy. W: B. Kotowicz, A. Kurzawa i Ł. Nosarzewski (red.), *Prawo publiczne i prywatne w dobie informatyzacji: ocena dotychczasowych rozwiązań i perspektywy na przyszłość* (s. 111–130). Wydawnictwo Uczelni Łazarskiego.

Sposób cytowania tego rozdziału:

Bruski, Ł. (2026). Czystość – odraza wobec tego co degraduje (sanctity/degradation). W: R. Mołdach (red.), *Ponad kadencjami, ponad podziałami. Wartość publiczna jako strategia reformy systemu zdrowia* (s. 75–83). Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. <https://doi.org/10.66081/MAYU3023>



Zdrowisko Morszyn – pacjenci w inhalatorium, 1937 r.

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



ROZDZIAŁ 7

Horyzont cnót dla trwałego konsensusu w reformie systemu zdrowia

Autor: Robert Mołdach

DOI: 10.66081/IQGV1232

Siła cnoty

Reforma ochrony zdrowia w Polsce od dawna wykracza poza proste rozwiązania techniczne. Nie sprowadza się jedynie do maksymalizacji rezultatów w ramach poczwórnego celu (Berwick, Nolan, Whittington, 2008; Bodenheimer i Sinsky, 2014), który obejmuje doświadczenie pacjenta, dobrostan personelu, zdrowie populacji i efektywność wykorzystania środków publicznych. Doświadczenie pacjenta często szwankuje z powodu długich kolejek i braku ciągłości opieki. Dobrostan personelu jest zagrożony przez wypalenie, szczególnie widoczne po pandemii, oraz przeciążenie spowodowane brakiem kadr i zadaniami administracyjnymi. Zdrowie populacji wymaga równomiernego dostępu, co jest utrudnione przez regionalne nierówności i sytuację mieszkańców rejonów wiejskich i grup szczególnie narażonych. Efektywność wydatkowania środków publicznych kuleje, gdy fundusze są rozdzielane pod presją czasu czy na podstawie niedoskonałych reguł. Należy postawić pytanie, dlaczego mimo prawidłowo zdefiniowanych na poziomie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej celów systemowych i metodycznego podejścia takie zjawiska mają miejsce?

Każdy proces reform w ochronie zdrowia ma głębokie podłoże społeczne, a przez to jest naznaczony napięciami, emocjami i lokalnymi doświadczeniami. Autor jest przekonany, że bez wspólnego horyzontu moralnego, który będzie wspierał współpracę i pomagał rozwiązywać konflikty, każda kolejna reforma przyniesie albo połowiczne rezultaty, albo będzie jedynie przejściowym epizodem, podatnym na polityczne zawirowania, albo będzie ograniczana do akceptowalnego przez wszystkie strony, jednak dalece niesatysfakcjonującego minimum. Taki los spotkał ustawę o zdrowiu publicznym z 2015 r. (Dz.U. 2015 poz. 1916) czy ustawę o jakości opieki zdrowotnej w 2023 r.

(Dz.U. 2023 poz. 1692). Gdzie więc należy szukać stałego horyzontu w dobie polaryzacji opinii i silnie zróżnicowanej wrażliwości intuicji moralnych, co dobitnie pokazała debata Porozumienia dla Wartości Publicznej w trakcie Forum Ekonomicznego w Karpaczu 3 września 2025 r., której konkluzje zostały opisane w niniejszym opracowaniu?

W ocenie autora uzgodnienie wartości publicznej będącej fundamentem reformy zmieniającej *status quo* może nastąpić wyłącznie pod warunkiem szerokiej akceptacji uniwersalnych norm etycznych opisanych cnotami. Cnoty mają swoje korzenie w wieloletnich badaniach Kima S. Camerona, prowadzonych w ramach *Positive Organizational Scholarship* (POS), które skupiły się na pozytywnych aspektach funkcjonowania organizacji (Cameron, 2003; Cameron i in., 2011). Cameron zainteresował się nimi, obserwując, jak niektóre organizacje osiągają nadzwyczajne rezultaty mimo trudności, takich jak gwałtowne zmiany rynkowe, kryzysy gospodarcze czy konflikty polityczne. Jego prace, rozpoczęte w latach 90. XX w., czerpią z tradycji filozoficznej – szczególnie z etyki cnót Arystotelesa i współczesnych teorii zarządzania – oraz z danych empirycznych zebranych w firmach i instytucjach publicznych. Początkowo badał pojedyncze cnoty, jak przebaczenie, w kontekście odbudowy po trendzie downsizingu, ale z czasem rozwinął szerszy zbiór, obejmujący współczucie, wdzięczność, zaufanie, optymizm i pokorę. Dziś ten kanon jest szeroki i elastyczny, dostosowany do różnych kultur organizacyjnych, a jego skuteczność potwierdzają badania wskazujące na poprawę funkcjonowania organizacji stosujących te praktyki (Cameron i in., 2011).

Wybór sześciu cnót w tej pracy jest subiektywny i empiryczny – oparty na analizie faktów, doświadczeniu autora i jego intuicjach moralnych. Opiera się na znanych przykładach, gdzie obecność cnót w dialogu – jak w przypadku rozwoju roli Rzecznika Praw Pacjenta – przyniosła korzyści, a ich brak – jak w sporach o plany transformacji – doprowadził do niezadawalających rezultatów.

Autor dokonał wyboru sześciu cnót – przebaczenia, współczucia, wdzięczności, zaufania, optymizmu i pokory – jako trwałego horyzontu moralnego. Każda z cnót zostanie omówiona w kontekście badań Camerona. Odwołano się przy tym do polskich przykładów ich obecności lub braku w kształtowaniu polityki publicznej ochrony zdrowia. Autor uzasadni, dlaczego są one niezbędne dla reform ponad kadencjami i ponad podziałami. Ten tekst nie ma być moralizatorskim esejem, lecz praktycznym wezwaniem do działania. Wraz z ideą tej publikacji autor dąży do tego, by cnoty przestały być pustymi hasłami w polityce publicznej zdominowanej interesami i znalazły realne zastosowanie w zarządzaniu, dialogu publicznym oraz codziennej praktyce świadczenia opieki zdrowotnej.

Skoro reforma jest tak silnie osadzona w relacjach społecznych, pierwszym krokiem powinno być uzgodnienie kolektywnie cenionych korzyści społecznych – rezultatów, które wszyscy uznają za wartościowe. Co konkretnie chcemy osiągnąć tą reformą? Czy istnieje zgoda co do tych celów? Kim są beneficjenci, którzy zyskają, a kim obligatariusze ponoszący koszty – finansowe, organizacyjne czy indywidualne? Jak znaleźć wspólny język i ustalić, co jest dobrem publicznym, a co nim nie jest? Odpowiedź leży na wspólnym horyzoncie moralnym cnót, które mogą stać się w ocenie autora pomostem między rozbieżnymi interesami.

Cnota przebaczenia

Transformacja systemu ochrony zdrowia wymaga zdolności do przebaczenia – i to nie w sensie sentymentalnym, ale praktycznym. Przez lata przyzwyczailiśmy się do szukania winnych: rządów za niedofinansowanie, lekarzy za błędy kliniczne, związków za strajki, menedżerów za nieefektywne decyzje administracyjne. Tymczasem system jest zbyt złożony, by sprowadzić jego problemy do jednej odpowiedzialności. Przebaczenie oznacza gotowość, by wyjść z logiki obwiniania i otworzyć się na uczenie się na błędach – zarówno indywidualnych, jak i systemowych. Dopiero wtedy podziały polityczne mogą ustąpić miejsca wspólnemu pytaniu: jak naprawić, a nie kogo ukarać czy upokorzyć.

W polskim systemie dominuje kultura winy, która hamuje raportowanie błędów administracyjnych i medycznych. Decydenci obawiają się, że przyznanie się do błędnej decyzji skończy się politycznym rozliczeniem czy jeszcze gorzej – oskarżeniem



Pacjent podczas zabiegu radioterapii, między 1920 a 1939 r.

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe

o narażenie finansów publicznych na stratę. Dyskusja o karaniu za błędy systemowe podczas pandemii pokazuje, jak trudno wyzbyć się nawyku szukania winnych. Podobnie jest w przypadku zdarzeń medycznych. Mimo apeli o kulturę bezpieczeństwa, w której zgłasza się incydenty, by zrozumieć przyczyny i zapobiegać powtórkom, relacje układa podejście Ministerstwa Sprawiedliwości, które – bez względu na złożoność warunków i mnogość czynników sprzyjających błędowi – nakazuje karać za nieumyślne spowodowanie zgonu, nawet takie, gdzie lekarz miał do dyspozycji już niewiele opcji terapeutycznych, a jednak podjął się ratowania życia. Analogicznie – spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Kultura winy kontrastuje z modelem *just culture*, tj. kultury sprawiedliwego traktowania, gdzie błędy w złożonym środowisku organizacyjnym traktuje się jako okazję do nauki, a nie karania.

Brak przebaczenia blokuje współpracę na poziomie administracyjnym. W dyskusji o sposobie wykorzystania środków pomocowych pochodzących ze wspólnotowej polityki spójności wzajemne oskarżenia między sektorem prywatnym a publicznym latami opóźniały podjęcie racjonalnej decyzji. Przyznanie ukierunkowanej pomocy publicznej podmiotom prywatnym realizującym zadania publiczne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej długo było nie do zaakceptowania. Jedna strona była obwiniana o spijanie śmietanki, a druga o zagarnianie pomocy publicznej i jej nieefektywne wykorzystanie. Innym przykładem napięć była debata wokół decyzji administracyjnych podjętych w Ministerstwie Zdrowia podczas pandemii COVID-19. Zamiast analizy systemowej dyskusja skupiała się na osobistych oskarżeniach i politycznym odwecie.

Są jednak przykłady, gdzie przebaczenie miało miejsce i zadziałało. W 2020 r. rządowy projekt ustawy o ochronie personelu medycznego przed odpowiedzialnością karną za decyzje w walce z COVID-19, znany jako klauzula dobrego samarytanina, zakładał zwolnienie z kary za błędy popełnione w warunkach epidemii, promując kulturę uczenia się zamiast obwiniania. Przebaczenie jest niezbędne, bo pozwala wyjść poza polityczne gry oraz grupowe lub osobiste interesy. Uczy elastyczności i adaptacji. Bez niego każda reforma z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością utknie w sporach o przeszłość zamiast skupić się na przyszłości i potrzebach pacjentów oraz personelu.

Cameron uważa przebaczenie za istotne, ponieważ jego badania w ramach POS wykazały, że porzucenie kultury obwiniania umożliwia organizacjom regenerację po kryzysach poprzez analizę błędów i budowanie współpracy (Cameron i Caza, 2002). To oznacza, że przebaczenie jest niezbędne także dla reform ponad kadencjami, ponieważ pozwala przezwyciężyć polityczne rozliczenia z przeszłości, oraz ponad podziałami, bo umożliwia dialog między zwolennikami różnych rozwiązań, budując konsensus w planowaniu polityki publicznej ochrony zdrowia.

Cnota współczucia

Współczucie stanowi rzadko poruszany fundament polityki zdrowotnej. Wydaje się ono naturalnym odruchem w ochronie zdrowia, jednak pacjenci nie zawsze go doświadczają. Personel może nie mieć warunków, by je okazać, a w przypadku przedstawicieli administracji ujawnia się niemalże wyłącznie w przypadku społecznie poruszających wydarzeń. Współczucie na poziomie systemu ochrony zdrowia już całkowicie wymyka się opisowi. Badania Camerona pokazują, że organizacje praktykujące współczucie lepiej radzą sobie w kryzysach – ludzie oferują sobie wzajemne wsparcie, podejmują większy wysiłek, a poziom wypalenia spada. W kontekście ochrony zdrowia współczucie obejmuje relacje z pacjentami, troskę o personel medyczny, ale także zrozumienie wyzwań, z jakimi muszą mierzyć się zarządzający i decydenci. To tworzy podstawę trwałej solidarności w obliczu systemowych wyzwań.

Współczucia nie sposób nakazać. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta mówi o prawie pacjenta do poszanowania jego intymności i godności, życia prywatnego i rodzinnego, ale nie o prawie do współczucia. Podobnie Kodeks Etyki Lekarskiej, dotycząc życzliwości relacji lekarza z pacjentem, kulturalnego traktowania, poszanowania godności osobistej, szacunku i zaufania, nie porusza kwestii współczucia, odwołując się jedynie do ogólnych norm etycznych. Tymczasem pacjenci i ich rodziny potrzebują współczucia. Często czują się traktowani jak produkty rozliczeniowe, poddani bezdusznym procedurom, co budzi opór wobec rozwiązań regulacyjnych i podważa legitymizację programów zdrowotnych. Personel medyczny również odczuwa ten brak. Postrzegany jako koszt lub element do optymalizacji, przechodzi do sektora prywatnego, co obecnie stanowi większy problem niż emigracja za granicę. Gorzej, gdy sam obawia się okazać współczucie w obawie przed reperkusjami prawnymi, gdy nie zostały osiągnięte oczekiwane przez pacjenta lub jego rodzinę rezultaty zdrowotne.

Są jednak przykłady skutecznego pozytywnego wpływu współczucia na rozwiązania systemowe. Pilotaż centrów zdrowia psychicznego, choć mierzy się ze skalowaniem i finansowaniem, miernikami jakości, stworzony został w dialogu z ekspertami, środowiskiem, pacjentami i rodzinami. Opiera się na uznaniu cierpienia pacjenta i jego rodziny za priorytet. Tam, gdzie projektowanie usług zaczyna się od ludzkich potrzeb, a nie tylko od budżetowych ograniczeń, osiągamy trwałe rezultaty: większe zaangażowanie lokalnych społeczności, gotowość personelu do pracy w nowych modelach i poprawę wyników klinicznych.

Współczucie buduje fundament zaufania. Pacjent, który czuje się zrozumiany, pracownik, który otrzymuje wsparcie, zarządzający, którego postulaty są dostrzegane, stają się partnerami reformy, a nie jej przeciwnikami. Choć współczucia nie można zadekretować, można i należy budować odpowiednią kulturę organizacyjną, w której jest dla niego miejsce.

Cnota wdzięczności

Wdzięczność w organizacji to świadome docenienie, które wykracza poza jednorazowe gesty i staje się elementem kultury. Cameron podkreśla, że katalizuje lojalność, obniża napięcie i sprzyja współpracy. W ochronie zdrowia, gdzie praca wymaga osobistego poświęcenia, wdzięczność ma praktyczne znaczenie. Nadaje sens poświęceniu, które doprowadziło do uratowania życia lub przywrócenia zdrowia, zatrzymuje ludzi, wzmacnia ich identyfikację z miejscem pracy i podnosi morale.

W Polsce obserwujemy dwa oblicza tej cnoty. Z jednej strony jej brak jest widoczny w narastającej agresji wobec lekarzy i personelu medycznego, napędzanej skupieniem się części pacjentów wyłącznie na własnej chorobie i potrzebach, bez dostrzegania potrzeb innych chorych czy problemów systemowych, na które personel medyczny nie ma najmniejszego wpływu. Wyładowywanie emocji na personelu – od obraźliwych komentarzy, po fizyczne ataki – stało się codziennym zjawiskiem, co podważa morale i relacje w ochronie zdrowia. Z drugiej strony do opinii publicznej przedostają się



**Zakład Lecznicy
dla Dzieci z Gruźlicą
Kostno-Stawową
im. dr Kazimierza
Dłuskiego w Siewierzu,
między 1931 a 1939 r.**

fot. Narodowe Archiwum
Cyfrowe

pozytywne sygnały: historie pacjentów, którzy dzielą się uczuciem wdzięczności za opiekę, dają nadzieję i pokazują, że medialny obraz konfliktu niekoniecznie odzwierciedla ogólną postawę społeczną.

Rząd potrafił okazać wdzięczność obywatelom za spontaniczną pomoc uchodźcom z Ukrainy po 2022 r., co znalazło wyraz w oficjalnych podziękowaniach i kampaniach społecznych. Jednak w przypadku zawodów medycznych wdzięczność przybiera wymiar publiczny tylko z okazji oficjalnych świąt, jak Dzień Pracownika Służby Zdrowia czy Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych, co wydaje się niewystarczające. Wytykanie zarobków lekarzy, traktowanie ich jako klasy wykorzystującej swoją pozycję i przeciwstawianie ich potrzebom pacjentów nie wzmacnia relacji społecznych ani nie buduje sprawczości państwa. Niezmiernie rzadko można także dostrzec odwrotny element – wdzięczność obywateli czy środowisk wobec wysiłków rządzących. Pytanie brzmi, czy taka wdzięczność w ogóle może zaistnieć i jak powinna być wyrażana? Czy ogranicza się do głosu wyborczego, czy mogą pojawić się inne formy, na przykład zmiana narracji w mediach społecznościowych na bardziej konstruktywną?

Wdzięczność powinna mieć też znaczenie w relacjach państwa z obywatelami. Uznanie dla tych, którzy stosują profilaktykę czy uczestniczą w programach przesiewowych, może budować partnerstwo. Uznanie takie nie powinno się w ocenie autora sprowadzać jedynie do wyróżniających słów. Tacy pacjenci czynią więcej, dbając o swoje zdrowie, stąd powinno to mieć także swoje odzwierciedlenie finansowe, na przykład w poziomie składki zdrowotnej lub innym wymiernym finansowo mechanizmie. Kultura wzajemnego docenienia zmienia bowiem perspektywę z „ja sam” na „my wspólnie”.

Cnota zaufania

Zaufanie jest fundamentem systemów publicznych. Mark Moore (1995) podkreśla, że na zaufaniu opierają się legitymizacja i wsparcie inicjatyw służących rozwojowi polityk publicznych tak ze strony przedstawicieli świata polityki, jak i ze strony środowisk obywatelskich. Bez zaufania każda zmiana jest postrzegana jako manewr interesów, a nie wysiłek na rzecz dobra wspólnego.

W Polsce deficyt zaufania jest wyraźny. Znaczącym przykładem braku zaufania w ochronie zdrowia jest podejrzewanie samorządów o ukryte intencje prywatyzacji podczas przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego, gdzie współnikami lub akcjonariuszami pozostają instytucje państwowe, takie jak samorządy. Zamiast postrzegać zmianę jako krok ku efektywnemu zarządzaniu, u części środowisk budzi to obawy o komercjalizację z ukrytym zamiarem prywatyzacji placówek. W województwie pomorskim

w 2017 r. w wyniku konsolidacji trzech podmiotów leczniczych (Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie, Pomorskiego Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy oraz Szpitali Wojewódzkich w Gdyni) powstała spółka Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. U zarania tego procesu w 2012 r., kiedy Szpital Miejski im. J. Brudzińskiego, jako pierwszy szpital w regionie, przekształcił się w spółkę prawa handlowego, rodziło to ogrom emocji. Dziś przekształcenia i konsolidacja szpitali pomorskich są uznawane za sukces dzięki efektywnemu zarządzaniu, którego twarzą jest była prezes spółki Jolanta Sobierańska-Grenda.

Efekty takiej konsolidacji są znaczące. Na początku procesu dokonano konsolidacji wszystkich kredytów, którymi obciążone były szpitale. Po trzech latach działalności Szpitale Pomorskie kończyły rok dodatnim wynikiem finansowym. Ujednolicono przy tym zasady wynagradzania i zakupów, połączono polisy ubezpieczeniowe. Z czterech izb przyjęć działających na terenie Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni zrobiono jedną. Nie sprowadzono konsolidacji do zwolnień, a dobrze wykorzystano potencjał pracowników. Obalono też początkowy mit ukrytej prywatyzacji. Udowodniono, że celem przekształceń nie była sprzedaż szpitali prywatnemu podmiotowi, tylko wykorzystanie mechanizmów kodeksu spółek handlowych do efektywnego zarządzania samorządowymi zasobami. Dotrzymywanie tych obietnic zrodziło zaufanie obywateli do samorządu, pracowników i pacjentów.

Ten przykład uczy, że odbudowa zaufania w skali państwa wymaga systemowych rozwiązań opartych na sprawczości. Kluczowe jest, by deklaracje przekształcać w realne rezultaty – jeśli ktoś zapowiada osiągnięcie określonego celu, musi go zrealizować, a nie ograniczać się do obietnic. Na przestrzeni ostatnich dwóch dekad przemian w ochronie zdrowia obietnice pozostawały słowami zbyt często. Brak zaufania jednej strony wobec drugiej automatycznie wywołuje wzajemną nieufność. Może ją przełamać tylko obustronne podejście oparte na wierze w szczerą intencję. Oczywiście zawsze zweryfikuje to rzeczywistość, jednak bez pozytywnego nastawienia opartego na kredycie zaufania nie można liczyć na sukces w kształtowaniu polityk publicznych.

Cnota optymizmu

Optymizm w ujęciu Camerona wykracza poza naiwne pomijanie trudności, objawiając się jako świadome, kierunkowe działanie oparte na wierze, że pozytywne wizje przyszłości przyciągają zasoby, ludzi i nowe możliwości. Bazuje także na przekonaniu, że każde wyzwanie skrywa potencjał jeszcze lepszego rozwiązania. To przekonanie sięga tradycji inżynierskiej, jej metod rozwiązywania problemów i praktyk dialogu społecznego, osiągając swoje zwieńczenie w podejściu *design thinking* (Brown, 2008). Ten

sposób identyfikacji nieuświadomionych problemów, skoncentrowany na empatycznym zrozumieniu potrzeb odbiorców i przekuwaniu ich w innowacyjne rozwiązania – od diagnozy po pełne wdrożenie – naturalnie współgra z optymizmem jako siłą napędową twórczej transformacji. Cameron rozwinął tę ideę w ramach podejścia *positive organizational scholarship*, czyniąc optymizm kluczowym elementem zdolności organizacji do pokonywania impasu, poszukiwania nowych dróg i inspirowania zbiorowej energii do działania.

W polskiej debacie o zdrowiu trudno odnaleźć optymizm. Dominuje ton braku wiary w skuteczność przemian, zniechęcenia, a czasem wręcz katastrofizmu, mnożących się wyzwani i ograniczeń, gdzie słowo „kryzys” odbija się echem, paraliżując raczej, niż mobilizując. Tymczasem optymizm, wykorzystywany z rozważą, staje się katalizatorem zmian. Ambitne projekty opatrzone inspirującą narracją i wsparte skuteczną komunikacją zyskują nie tylko poparcie, ale i realne zasoby. Przykładem jest cyfryzacja ochrony zdrowia, gdzie e-recepta, mimo początkowego sceptycyzmu, zyskała akceptację dzięki strategicznemu ukazaniu korzyści, kampanii edukacyjnej i splotowi okoliczności, jakie przyniosła pandemia. Jednak patrząc szerzej, innowacyjne rozwiązania zbyt często trwają w formie pilotaży, które nie obejmują opieką całej populacji. Reforma wymaga aspiracyjnych celów i optymizmu w ich realizacji – odważnych systemowych kroków, wykraczających poza eksperymentalne projekty. Kiedy ta cecha znajduje swoje odzwierciedlenie w rzeczywistych postawach, jak w przypadku e-recepty, idą za tym kolejne rozwiązania. Gdy tego optymizmu nie ma, jak w przypadku dziennych domów opieki medycznej, znanych pod skrótem DDOM, postęp spowalnia, a idea podupada.

Resort zdrowia, samorząd, inwestorzy, podmioty lecznicze i interesariusze mogą pielęgnować optymizm poprzez starannie zaplanowane, etapowe strategie. Rozpoczęcie od transformujących, ale jednak osiągalnych celów, takich jak radykalne skrócenie czasu oczekiwania na operację usunięcia żąłmy poprzez powszechne odejście od wielodniowej hospitalizacji na rzecz chirurgii jednego dnia, odłoniło drogę do trudniejszych przedsięwzięć. Otworzyło drzwi reorganizacji całej opieki okulistycznej, przyczyniło się do zwiększenia dostępności nowych terapii i rozwoju okulistycznej opieki ambulatoryjnej. Optymizm był siłą napędową tych reform. Bez niego proces ten łatwo uległby stagnacji pod ciężarem pesymizmu i biernego oporu, którego nie brakowało.

Autor widzi w optymizmie źródło mobilizacji zasobów i kreatywnego myślenia. Optymizm jest konieczną podporą reform wykraczających poza horyzont wyborczy, gdyż podtrzymuje długoterminową wizję odporną na polityczne zawirowania oraz tworzy warunki do prymatu współpracy ponad podziałami, tak by wszyscy dostrzegali w tej współpracy korzyść.

Cnota pokory

Pokora w praktyce publicznej jawi się jako świadoma akceptacja własnych ograniczeń wiedzy i gotowość do wsłuchania się w głos innych, co Cameron uznawał za fundament skutecznego przywództwa. W badaniach w ramach *Positive Organizational Scholarship* pokora rysuje się jako cnota, która pozwala liderom unikać pułapek nadmiernej pewności siebie, otwierając drogę do dialogu i lepszych decyzji w złożonych sytuacjach przy braku kompletności i znaczącym poziomie niepewności informacji. Jest to podejście, które nie tylko wzmacnia autorytet, ale także buduje więzi między interesariuszami, szczególnie w sytuacji kryzysu.

W polskim kontekście ochrony zdrowia brak pokory często torpeduje reformy lub osłabia ich kształt. Zaczniemy od tego, że trudno pokazać jest przykład, w którym Regulator przedstawia różne opcje rozwiązania problemu, a następnie w otwartym dialogu, a nie w zamkniętych kręgach eksperckich i politycznych, prezentuje opcje decyzyjne i pyta o opinię. Zwykle konsultacjom publicznym poddawany jest gotowy projekt legislacyjny, a tylko czasem założenia. Jednak nawet w wypadku założeń prezentują one określoną koncepcję, a nie są dokumentem dyskusyjnym opisującym wachlarz dostępnych rozwiązań.

Brak pokory potrafi także prowadzić do generalnego odrzucenia propozycji. Przykładem jest upadek wymagającej koncepcji transformacji szpitali w Polsce w latach 2022–2023. Minister zdrowia Adam Niedzielski, odpowiedzialny za reorganizację sieci szpitali i modernizację infrastruktury, spotykał się z ostrą krytyką głównie ze strony samorządów za centralizację władzy i obciążenia finansowe. Oddzielnie narastał konflikt z częścią środowiska lekarskiego wokół procedury wystawiania e-recept – lekarze, w tym ordynator SOR dr Piotr Pisula, publicznie narzekali na biurokrację systemu (zbyt wiele kroków weryfikacji przy lekach przeciwbólowych w nagłych przypadkach). Kulminacją stała się reakcja ministra na wypowiedź dr. Pisuli dla TVN („żadnemu pacjentowi nie dało się wystawić takiej recepty”) – publiczne udostępnienie danych o jego własnej recepcie, co zostało odebrane jako naruszenie tajemnicy lekarskiej. Incydent ten, zamiast merytorycznej odpowiedzi na zastrzeżenia, wzmocnił oskarżenia o braku otwartości na dialog, prowadząc do utraty zaufania społecznego, żądań dymisji i ostatecznie rezygnacji ministra. Kumulacja tych sporów osłabiła autorytet ministra i polityczne wsparcie dla jego reform, w tym transformacji szpitali, ilustrując, jak brak pokory może prowadzić do generalnego odrzucenia nawet ambitnych propozycji.

Przeciwnie, pokora wobec dramatu chorych, połączona z profesjonalnym podejściem, przyniosła pozytywne rezultaty w procesie poszerzania listy leków refundowanych. Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, odpowiedzialny za politykę lekową, dzięki

otwartości na dialog z pacjentami, organizacjami pozarządowymi oraz przedstawicielami rynku farmaceutycznego odegrał kluczową rolę w negocjowaniu tzw. małej nowelizacji ustawy refundacyjnej (Dz.U. 2023 poz. 1938). Ta zmiana umożliwiła szybsze wprowadzanie innowacyjnych terapii w onkologii i chorobach rzadkich, skracając czas decyzji i zwiększając elastyczność systemu mimo ograniczonych zasobów budżetowych. To podejście, oparte na słuchaniu, przekonywaniu i kompromisie, pozwoliło stworzyć mechanizmy bardziej skuteczne, dając nadzieję milionom osób zmagających się z ciężkimi schorzeniami.

Pokora ma wymiar praktyczny, który wykracza poza teorię. Jej obecność zmniejsza opór społeczny, tak na poziomie jednostkowym jak i grupowym. Podnosi także jakość podejmowanych decyzji, tworząc przestrzeń do współpracy. Brak tej cnoty zamyka dialog, zaostrza relacje i generuje konflikty, podczas gdy jej zastosowanie otwiera drogę do zrównoważonego rozwoju polityki zdrowotnej. Cnota pokory jest niezbędna dla reform wykraczających poza kadencje, ponieważ pozwala dostosować strategie do zmieniających się realiów bez ideologicznego zacietrzewienia.

Końcowa konkluzja o znaczeniu cnót w pracy nad polityką publiczną

Doświadczenie pokazuje, że nawet w warunkach ostrej polaryzacji możliwe są momenty prawdziwego dialogu. Autor przekonał się o tym w 2019 r., przygotowując raport dla Komisji Europejskiej (Mołdach, 2019) dotyczący wykorzystania funduszy strukturalnych w celu wsparcia transformacji systemu zdrowia w Polsce. Publiczna prezentacja raportu była ważna, jednak szczególne znaczenie miały wcześniejsze dyskusje prowadzone w gronie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, samorządów terytorialnych, organizacji zawodów medycznych, pracodawców, ekspertów i pacjentów. Te rozmowy, niesformalizowane i wolne od presji konfrontacji, przebiegały w atmosferze zaufania, otwartości i rzeczowości. Uczestnicy różnili się oceną sytuacji i poglądami co do możliwych rozwiązań, lecz potrafili zrozumieć inne punkty widzenia i okazywali wolę odnajdywania punktów wspólnych. W rezultacie uzgodniono szereg propozycji, z których jedna – plany transformacji – znalazła finał w formie ustawy. Był to przykład, że nawet nad najtrudniejszymi zagadnieniami, w obliczu niespotykanego wcześniej napływu środków, dialog w ochronie zdrowia jest możliwy, choć wymaga szczególnych warunków i gotowości do przekraczania własnych ograniczeń.

Takie doświadczenia nie są częste, ale ich wartość polega na tym, że wyznaczają kierunek. Autor od dwóch dekad uczestniczy w dialogu społecznym dotyczącym reform zdrowotnych i obserwuje powtarzalny wzorec: porozumienie jest rzadkie, spór częsty,

a zdolność do jego rozwiązywania ograniczona. Strony spoglądają na problem przede wszystkim z własnej perspektywy – dostrzegają punkt widzenia innych, ale nie znajdują formuły porozumienia. W efekcie rodzi się „zgniły konsensus” – rozwiązanie przyjęte z rozsądku, które nie tworzy spodziewanego skoku jakościowego, a jedynie „daje nadzieję na kolejny krok”. Ten krok jednak często następuje z dużym opóźnieniem lub nie następuje wcale.

Dlatego dziś, w obliczu jeszcze głębszych podziałów społecznych i politycznych, nadzórne wyzwanie reformy ochrony zdrowia nie polega na powoływaniu kolejnych instytucji dialogu ani na rzucaniu się do projektowania rewolucyjnych modeli finansowania. Istota wyzwania tkwi w kształtowaniu przestrzeni rozmowy, w której różne perspektywy – zawodowe, społeczne, ekonomiczne i polityczne – nie neutralizują się wzajemnie, lecz stają się źródłem konstruktywnej refleksji. Fundamentem takiej przestrzeni nie mogą być wyłącznie przepisy czy umowy. Wykluczone jest kupowanie przychylności. Warunkiem trwałości tej przestrzeni są cnoty, które nadają kierunek dyskusji i pozwalają przekładać różnice stanowisk na wspólne rozwiązania.

Przebaczenie, współczucie, wdzięczność, zaufanie, optymizm i pokora – każda z tych cnot ma wymiar praktyczny. Zostały opisane w badaniach Camerona nad organizacjami, a w niniejszej pracy pokazano, że odnajdują się również w polskich realiach. Tam, gdzie te cnoty były obecne, możliwe było przełamywanie podziałów i budowanie trwałych rezultatów. Tam, gdzie ich zabrakło, pojawiała się dezintegracja, brak zaufania i nietrwałe efekty.

Dzisiejszy wybór jest więc jasny. Jeśli polski system zdrowia ma być czymś więcej niż sumą instytucji i procedur, jeśli ma tworzyć rzeczywistą wartość publiczną, fundamentem jego reform muszą być cnoty. Tylko one nadają reformom odporność ponad kadencjami i ponad podziałami, czyniąc je trwałym elementem dobra wspólnego. Dlatego właśnie teraz warto wrócić do doświadczeń dialogu, w którym udało się znaleźć wspólny język mimo różnic. Warto tłumaczyć, jak rodzi się wartość publiczna i jaki wpływ na jej identyfikację mają zróżnicowane intuicje moralne. Warto wreszcie pokazywać, że cnoty nie są dodatkiem do polityki publicznej, lecz jej warunkiem. Jeżeli mają stać się trwałym fundamentem reformy ochrony zdrowia, trzeba je systematycznie wprowadzać do praktyki instytucjonalnej i społecznej – w kulturze zarządzania, w relacjach między partnerami, w języku debaty publicznej. To nie jest zadanie jednorazowe, ale proces, w którym każdy krok ma znaczenie. Jego stawką jest nie tylko sprawność systemu, lecz także odbudowa zaufania społecznego i zdolność do współpracy w obszarze, który dla wszystkich pozostaje równie ważny – ochronie zdrowia.

Bibliografia

Berwick, D. M., Nolan, T. W., Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>

Bodenheimer, T., Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>

Brown, T. (2008). Design Thinking. *Harvard Business Review*, 86, 84–92.

Cameron, K. S., Caza, A. (2002). Organizational and Leadership Virtues and the Role of Forgiveness. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 9(1), 33–48. <https://doi.org/10.1177/107179190200900103>

Cameron, K. S. (2003). Organizational Virtuousness and Performance. W: K. S. Cameron, J. E. Dutton i R. E. Quinn (red.), *Positive Organizational Scholarship* (s. 48–65). Berrett-Koehler.

Cameron, K. S. (2011). *Practicing Positive Leadership: Tools and Techniques That Create Extraordinary Results*. Berrett-Koehler.

Cameron, K. S., Mora, C., Leutscher, T., Calarco, M. (2011). Effects of Positive Practices on Organizational Effectiveness. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 47(3), 266–308. <https://doi.org/10.1177/0021886310395514>

Mołdach, R. (2019). *Implementation of the Cohesion Policy in the Healthcare Sector in Poland 2014–2020*. Publications Office of the European Union. Dostępne: https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/studies/implement_healthcare_pl_pl.pdf

Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.

Sposób cytowania tego rozdziału:

Mołdach, R. (2026). Horyzont cnót dla trwałego konsensusu w reformie systemu zdrowia. W: R. Mołdach (red.), *Ponad kadencjami, ponad podziałami. Wartość publiczna jako strategia reformy systemu zdrowia* (s. 85–97). Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. <https://doi.org/10.66081/IQGV1232>



Gminny ośrodek zdrowia w Adelinie, 1980 r.

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



ZAŁĄCZNIK

Recenzja

Autor: Monika Raulinajtys-Grzybek*

Publikacja zbiorowa „Ponad kadencjami, ponad podziałami – wartość publiczna jako strategia reformy systemu ochrony zdrowia” pod red. R. Mołdacha jako punkt wyjścia przyjmuje ciekawe założenie, rzadko *explicite* formułowane w dyskursie publicznym. Autorzy stawiają tezę, że przeprowadzenie kompleksowej i ambitnej reformy systemu ochrony zdrowia nie jest możliwe w sytuacji braku zgody co do fundamentalnych wartości, zarówno po stronie decydentów politycznych, jak i społeczeństwa.

Pluralizm ocen normatywnych – rozumianych jako odpowiedzi na pytanie, co jest właściwe, a co niewłaściwe – jest zjawiskiem nieuchronnym w każdej złożonej społeczności. Staje się on jednak destrukcyjny w warunkach głębokiej polaryzacji, radykalizacji stanowisk oraz zaniku dialogu wokół wartości wspólnych. W takich okolicznościach celem reformy przestaje być poszukiwanie rozwiązań optymalnych w danych uwarunkowaniach, a staje się nim utrwalenie interesów aktualnych decydentów. To naturalnie rodzi działania oponentów mające na celu wykazanie bezzasadności tych ruchów i zaproponowanie w ich miejsce reformy utrwalającej rację drugiej strony. Obserwując sceny polityczne w różnych częściach świata, można stwierdzić, że reguła ta pozostaje prawidłowa nie tylko dla Polski i nie tylko dla ochrony zdrowia.

W złożonych systemach społecznych i instytucjonalnych trudno mówić o decyzjach jednoznacznie dobrych lub jednoznacznie złych. Każdemu działaniu towarzyszą bowiem zarówno koszty, jak i korzyści, które często rozkładają się nierównomiernie pomiędzy interesariuszy oraz ujawniają się w różnych horyzontach czasowych. Warunkiem racjonalnego działania staje się zatem uprzednie uzgodnienie celu oraz akceptowalnego poziomu kosztów, jakie społeczeństwo gotowe jest ponieść w celu jego realizacji.

* Dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH w Warszawie, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie, Kierowniczka Katedry Rachunkowości Menedżerskiej.

Autorzy prowadzą narrację, opierając się na koncepcji fundamentów moralnych proponowanej ponad dekadę temu przez amerykańskiego psychologa Jonathana Haidta. Zgodnie z tą koncepcją zarówno definicję moralności, jak i ocenę zachowań moralnych można analizować w sześciowymiarowej strukturze normatywnej. W ramach każdego z nich dane społeczeństwo, społeczność, jednostki, a także systemy klasyfikują się na sześciu osiach, w których na biegunach kontinuum znajdują się:

- troska i krzywda,
- równość i dyskryminacja,
- proporcjonalność i oszustwo,
- lojalność i zdrada,
- autorytet i bunt,
- czystość i odraza.

Różna waga przywiązywana do poszczególnych wymiarów skutkuje różnym postrzeganiem danego zachowania jako właściwego lub niewłaściwego. Przykładowo dla osób przypisujących szczególną wagę wymiarom troski i równości reformy zakładające przesunięcie odpowiedzialności za decyzje zdrowotne – w tym ich konsekwencje finansowe – z państwa na jednostkę mogą być oceniane jako moralnie problematyczne. Tego rodzaju rozwiązania postrzegane są wówczas jako krzywdzące lub dyskryminujące określone grupy społeczne.

Autorzy podają szereg przykładów obrazujących kształtowanie się tych wymiarów w sektorze ochrony zdrowia w Polsce, a ich autorskie stanowiska skłaniają czytelnika do subiektywnej oceny sektora ochrony zdrowia w tym kontekście i wyciągania własnych wniosków – co samo w sobie jest dużą wartością tego opracowania.

Czy system ochrony zdrowia powinien zapewniać równy dostęp do ochrony zdrowia dla wszystkich obywateli? Co dokładnie powinno być zapewnione każdemu obywatelowi, niezależnie od płci, wieku, stanu posiadania, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania? Jakie mamy możliwości realizacji tego równego dostępu? Na podstawie jakich kryteriów będziemy mierzyć równość i jaki poziom wariancji będzie postrzegany jako przejaw dyskryminacji? Jakie nakłady finansowe jesteśmy w stanie ponieść jako społeczeństwo, by tę równość zapewnić? Autor rozdziału dotyczącego równości przedstawił kasus dostępu do leczenia nerkozastępczego. Równie interesującym przykładem wydaje się dostęp do opieki położniczej – to dyskusja, która w ostatnich miesiącach nabrała dynamiki.

Każdy uważny obserwator systemu ochrony zdrowia mógłby z łatwością podać szereg przykładów działań skrajnie przeciwnych do tych moralnych – krzywdzących, dyskryminujących, będących przykładem oszustwa, zdrady czy buntu, budzących odrazę. Co

interesujące, w odniesieniu do wielu zagadnień przykłady te byłyby różne (a nawet wzajemnie sprzeczne) w przypadku różnych osób i różnych środowisk. Przykładowo obowiązkowe szczepienia dla środowisk antyszczepionkowych są przejawem działań silnie krzywdzących, podczas gdy przez znakomitą większość obywateli są postrzegane jako przejaw troski o budowanie odporności jednostki i populacyjnej.

W wielu rozdziałach publikacji powraca problem finansowania ochrony zdrowia. Wymiar ekonomiczny wyznacza bowiem często granice społecznej akceptacji dla rozwiązań uznawanych za normatywnie pożądane, lecz postrzeganych jako nadmiernie kosztowne. Nieprzypadkowo wartość publiczna definiowana jest jako relacja efektu do poniesionego kosztu. I tak – granicami troski o ogół bywa nakład finansowy ponoszony przez jednostki, postrzegany przez nie jako niewspółmiernie wysoki. Jednym z najpoważniejszych wymiarów nierówności jest nierówność ekonomiczna. Z kolei z nadużyciami i zachwianiem proporcjonalności mamy do czynienia częściej tam, gdzie pojawia się nadzwyczajna korzyść finansowa.

Brak jednolitości w definiowaniu tego, co złe i dobre, jest faktem. Jak zatem w jego obliczu wdrożyć reformę systemu ochrony zdrowia pozwalającą lepiej utrzymać społeczeństwo w zdrowiu? Autorzy kończą opracowanie, proponując kierunek działania. Określają go za Cameronem mianem cnót organizacyjnych – czyli pozytywnych aspektów funkcjonowania organizacji. Autorzy wskazują na przebaczenie, współczucie, wdzięczność, zaufanie, optymizm i pokorę. Fundamentalne wydaje się szczególnie zaufanie, które warunkuje lojalność, akceptację działań podejmowanych „w trosce” o obywateli oraz możliwość budowania stabilnych autorytetów. A zwłaszcza jego dziś w ochronie zdrowia nam bardzo brakuje. Deficyt zaufania jawi się przy tym jako jeden z kluczowych problemów współczesnej ochrony zdrowia.

Czy zatem zmiana jest możliwa i działanie przybierające za podstawę pozytywne cnoty Camerona realne? Doświadczenia organizacyjne pokazują, że kształtowanie sprzyjającej kultury organizacyjnej jest procesem długotrwałym, wymagającym konsekwencji i stabilnego przywództwa. Otwarte pozostaje pytanie, na ile budowa konsensusu ponad podziałami jest możliwa w warunkach krótkich cykli politycznych i wysokiej rotacji na stanowisku ministra zdrowia.

AUTORZY

Dr n. tech. inż. Robert Mołdach HKS – prezes Fundacji PVA, partner IZiD. Absolwent Harvard Kennedy School, promotor wartości publicznej. Uczestnik dialogu społecznego ochrony zdrowia. Członek grup eksperckich (RPP, Think Tank SGH, DG REGIO).

Dr n. o zdr. inż. Łukasz Bruski MBA – sygnatariusz-założyciel PVA, prezes Centrum Słuchu i Mowy. Lider projektów B+R i wdrożeniowych w audiologii, w tym finansowanych ze środków UE. Innowator, autor publikacji o nowoczesnych technologiach w medycynie.

Dr hab. n. med. Szymon Brzóska MBA – sygnatariusz-założyciel PVA, dyrektor medyczny DaVita Polska, nefrolog i transplantolog, adiunkt na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, autor ponad 120 publikacji i podręczników akademickich, lider jakości w dializoterapii.

Katarzyna Jajuga MBA – sygnatariusz-założyciel PVA, absolwentka MBA WUM-SGH. Menedżer ochrony zdrowia, specjalistka zarządzania operacyjnego i pozyskiwania wielomilionowych grantów. Łączy strategię z wdrożeniem.

Emilia Kowalczyk MBA – sygnatariusz-założyciel PVA, dyrektor zarządzająca Aura Medic. Inwestor i fizyk medyczny; tworzy pracownie rezonansu magnetycznego. Wrażliwa na potrzeby, skupiona na jakości; promuje efektywne organizacje zdrowia.

Dr n. o zdr. Gabriela Moczeniat MBA – sygnatariusz-założyciel PVA, menedżer sieci placówek Grupy Mazovia. Ekspertka epidemiologii chorób urologicznych i dostępu do opieki. Tworzy rozwiązania, które łączą perspektywę menedżerską z troską o interes społeczny.

Agnieszka Potaczek MBA – sygnatariusz-założyciel PVA. Przewodniczy Women's Leadership & Inclusion, propaguje wartość publiczną Moore'a (misja Indie 2025). Absolwentka Harvard Kennedy School, WUM-SGH MBA. Lider innowacji medycznych.



ISBN 978-83-979615-0-0

