

KONFLIKTY I INTERESY W SEKTORZE ZDROWOTNYM – ICH INSTYTUCJONALIZACJA I ROZWIĄZYWANIE

Dariusz Zalewski
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

WPROWADZENIE

Konflikty i interesy to dwie strony tego samego medalu. O ile jednak te pierwsze nie występują bez drugich, o tyle gra interesów może toczyć się bez specjalnych oznak konfliktów, gdyż interesy odpowiednio wcześniej wyartykułowane i uzgodnione w ramach zbiorowych negocjacji nie muszą prowadzić do sytuacji otwartego konfliktu. Intencjonalnie budowany dialog społeczny służyć powinien właśnie artykułowaniu i uzgadnianiu sprzecznych interesów między różnymi grupami, aby zapobiec występowaniu otwartych konfliktów, które destabilizowałyby porządek społeczno-polityczny.

Wypada jednak zauważyć, że nie istnieje jeden model reprezentacji interesów grupowych i przekładania tychże na konkretne programy polityk publicznych, a też i znaczenie instytucji dialogu jest różne w różnych krajach. Nie ma też zgody wśród badaczy, który model reprezentacji interesów grupowych (np. pluralistyczny czy korporatystyczny) jest bardziej „efektywny” w rozwiązywaniu społecznych konfliktów, za którymi stoją takie czy inne zbiorowe interesy.

Powstanie określonego modelu reprezentacji interesów grupowych tylko w części jest wynikiem intencjonalnych zamierzeń decydentów, podejmujących decyzje w określonym kontekście instytucjonalnym, który stwarza zarówno szanse, jak i ograniczenia dla implementacji takiego czy innego rozwiązania. Przykładowo, dobrze zorganizowane grupy interesu mogą sprzyjać budowaniu scentralizowanych instytucji dialogu na wzór korporatystyczny w zamian za obietnicę uzyskania uprzywilejowanej pozycji w kształtowaniu polityki społeczno-gospodarczej państwa, ale też mogą być im przeciwne, uznając, że w ramach spluralizowanych relacji z państwem są w stanie uzyskać znacznie więcej korzyści.

Krótko mówiąc, wyłaniające się wzory reprezentacji interesów i instytucjonalizacji konfliktów społecznych to konsekwencja występowania splotu wielu czynników i okoliczności na różnych poziomach (makro, mezo i mikro) struktury społecznej w różnych okresach¹.

KRÓTKO O HISTORII TRÓJSTRONNEJ KOMISJI

Historia polskiej transformacji i budowania instytucji uzgadniania sprzecznych interesów grupowych pokazuje, że w mniej czy bardziej świadomy sposób decydenci polityczni nawiązali do rozwiązań neokorporatystycznych, przyznając szczególne miejsce w strukturze instytucji negocjacyjnych Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych, powołanej uchwałą Rady Ministrów w dniu 15 lutego 1994 r.

Wprawdzie Trójstronna Komisja, w której zasiadają reprezentanci organizacji pracodawców, związków zawodowych i administracji publicznej, postrzegana jest głównie jako płaszczyzna artykulacji i uzgadniania spornych kwestii w stosunkach pracy, to jednak wgląd w przedmiotowy zakres spraw, jakimi się ona zajmuje przekonuje, że jej znaczenie zdecydowanie

wykracza poza historycznie nakreślone ramy dialogu społecznego i nie sprowadza się tylko do dyskusji wokół warunków pracy i płacy między pracodawcami i pracownikami. Wystarczy wspomnieć, że wśród problemów będących przedmiotem zainteresowania Trójstronnej Komisji znalazły się m.in. takie jak reforma systemu ubezpieczeń emerytalnych, reforma terytorialna kraju czy, szczególnie nas interesująca, reforma służby zdrowia.

Konkretyzacja stanowisk rozmaitych grup interesu reprezentowanych w ramach formuły dialogu społecznego odbywa się na poziomie zespołów problemowych. Wstępny chociażby przegląd tychże zespołów, wśród których znalazły się m.in. takie jak: zespół ds. oświaty społecznych, reformy systemu zabezpieczenia społecznego, rynku pracy i polityki regionalnej, oceny skutków społecznych towarzyszących wdrażanej reformie systemowej w ochronie zdrowia czy ds. reformy terytorialnej kraju², wyraźnie wskazuje, że przestrzeń dialogu społecznego została poszerzona tak, aby objąć nim m.in. wszelkie kontrowersje i napięcia związane z wprowadzaniem strukturalnych zmian w różnych obszarach aktywności państwa³.

SPRAWY OCHRONY ZDROWIA W TRÓJSTRONNEJ KOMISJI

Uważna obserwacja dialogu społecznego wokół reformy systemu ochrony zdrowia, prowadzonego w ramach uprawnień Trójstronnej Komisji, wskazuje jednak na znaczącą niekonsekwencję podejmowanych działań. Z jednej bowiem strony możemy wyraźnie wskazać na poszerzenie obszaru negocjacji tak, aby włączyć reprezentacje grup interesu do procesu decyzyjnego dotyczącego reform jednego z istotnych obszarów aktywności państwa, z drugiej zaś strony zrobiono wiele, aby jedni z kluczowych aktorów gry o kształt reformy systemu ochrony zdrowia, tj. reprezentacja lekarzy zrzeszonych w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy, znalazła się poza instytucjonalną strukturą dialogu społecznego.

Wypada przypomnieć, że skład Trójstronnej Komisji do czasu uchwalenia Ustawy o Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego z 6 lipca 2001 r. został ukształtowany wedle historycznego kryterium, tj. uczestniczyli w jej pracach przedstawiciele tych organizacji, które podpisały 22 lutego 1993 r. *Pakt o przedsiębiorstwie państwowym w trakcie przekształcania*⁴, a jego sygnatariusze wyrazili wolę utworzenia Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych, która miała stanowić *płaszczyznę wypracowywania wspólnego stanowiska w sprawie kierunków i instrumentów polityki społeczno-gospodarczej państwa – jako forum rzetelnego i odpowiedzialnego dialogu* (MGPiPS 2003, s. 9).

Wprawdzie przepisy o Trójstronnej Komisji zostały tak skonstruowane, aby możliwa była kooptacja nowych członków, jednakże do czasu ustawowej regulacji reprezentatywności organizacji partnerów społecznych nie zmieniono składu Komisji. Efekt był taki, że o kluczowych problemach przekształcania systemu

ochrony zdrowia dyskutowali na forum podstawowej instytucji dialogu społecznego, np. maszyniści kolejowi z kierowcami autobusów miejskich, a brakowało silnej reprezentacji środowisk medycznych, która dysponowałaby pełnią praw przysługujących uczestnikom trójstronnego dialogu⁵.

Kwestionowana przez organizacje reprezentujące środowisko medyczne reprezentatywność „pierwszej” Trójstronnej Komisji doprowadziła do złożenia w Trybunale Konstytucyjnym w 1996 r. – m.in. przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia (wśród wnioskodawców był też Wolny Związek Zawodowy „Sierpień 80”) – formalnego wniosku o uznanie, że Trójstronna Komisja działa niezgodnie z Konstytucją RP oraz przepisami Ustawy o związkach zawodowych i Ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych. Wprawdzie wniosek został przez Trybunał Konstytucyjny oddalony, ale jego złożenie było najlepszym dowodem na to, że nie udało się wbudować interesów funkcjonalnie ważnych grup w ramy zinstytucjonalizowanego dialogu społecznego.

Wypada jednakże zauważyć, że wraz z ukonstytuowaniem się Trójstronnej Komisji w 1994 r. podjęto próbę poszerzenia reprezentacji grup interesów, wychodząc poza „historycznie” ustalony skład Komisji, z którymi władza negocjowała *Pakiet gwarancji socjalnych obywateli*, podpisany 14 lipca 1995 r.⁶.

Ustalenia zawarte w Pakiecie, w tym dotyczące reformy systemu ochrony zdrowia, nie wychodziły poza frazesy politycznej retoryki i raczej nie warto poświęcać czasu na analizę jego treści, ale warto odnotować dwa istotne fakty związane z jego uchwaleniem. Pierwszy jest taki, że wśród sygnatariuszy porozumienia, oprócz członków Trójstronnej Komisji (ale bez NSZZ „Solidarność”), znaleźli się przedstawiciele Krajowej Izby Gospodarczej oraz wielu związków zawodowych, w tym: NSZZ „Solidarność 80”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Federacji ZNP Szkół Wyższych i Nauki, Krajowego Związku Rolników, Kótek i Organizacji Rolniczych, Związku Zawodowego Rolnictwa „Samoobrona”, Ogólnokrajowego Zrzeszenia Związków Zawodowych Pracowników Ruchu Ciągłego, Krajowego Związku Zawodowego Ciepłowników, Związku Zawodowego Pracowników Cywilnych MSW, NSZZ Pracowników Wojska i Krajowej Rady Nauki ZNP.

Drugi fakt jest taki, że wśród sygnatariuszy porozumienia zabrakło przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, choć związek zawodowy lekarzy uczestniczył w dniu 9 czerwca 1994 r. w pracach podzespołu ds. zakresu świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych, proponując odrzucenie w całości przedstawionego przez przedstawicieli rządu projektu Ustawy dotyczącej zakresu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

W uzasadnieniu stanowiska OZZL możemy przeczytać, że: *wprowadzenie go [projektu ustawy – przyp. mój] w życie pod hasłem reformy służby zdrowia mogłoby skompromitować ideę wprowadzenia rzeczywistych zmian w systemie opieki zdrowotnej i zniechęcić do niej społeczeństwo. OZZL zaproponował w zamian podpisanie przez przedstawicieli Rządu, Parlamentu i środowisk medycznych „Paktu o Ochronie Zdrowia”, będącego propozycją ustaw określających całościowo nowy ustrój polskiej służby zdrowia (MPiPS 1995).*

Równie krytyczne stanowisko wobec rządowego projektu ustawy zajął Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, odwołując się do czysto związkowej retoryki, że proponowane zmiany mają na celu przede wszystkim: *przerzucenie części kosztów związanych z ochroną zdrowia bezpośrednio na pacjenta i jego rodzinę. Zamiar ustawodawcy w jaskrawy sposób rozmija się z oczekiwaniami i potrzebami społeczeństwa, zwłaszcza grup najstarszych ekonomicznie, w tym także pracowników i ich rodzin*⁷.

Trudno oprzeć się wrażeniu, że dobór organizacji reprezentujących partnerów społecznych, które uczestniczyły w negocjowaniu pakietu gwarancji socjalnych, był równie przypadkowy, jak dobór reprezentacji „pierwszej” Trójstronnej Komisji. Nie bardzo bowiem wiadomo, wedle jakich kryteriów wyłoniono reprezentację partnerów społecznych i dlaczego nie dokooptowano np. przedstawicieli artystów cyrkowych czy hodowców gołębi, skoro legitymizacyjną wartość przedsięwzięcia mieli tworzyć m.in. ciepłownicy, cywilni pracownicy MSW czy wojska.

Nie wiemy, jaką społeczną (legitymizacyjną), a też i merytoryczną wartość do procesu negocjowania zmian w systemie ochrony zdrowia mieli wносить przedstawiciele Krajowego Związku Zawodowego Ciepłowników, Związku Zawodowego Pracowników Cywilnych MSW, NSZZ Pracowników Wojska czy Związku Zawodowego Rolnictwa „Samoobrona”, ale na to pytanie nie musimy szukać odpowiedzi.

Z pewnością natomiast wiemy, iż wbudowanie grupowych interesów, a też i konfliktu toczącego się wokół systemu ochrony zdrowia w ramy instytucji dialogu społecznego nie powiodło się, bo też i nie mogło się powieść, gdyż nigdy nie podjęto próby włączenia funkcjonalnie ważnych organizacji reprezentujących interesy środowiska medycznego w instytucjonalną strukturę negocjowania i uzgadniania interesów zbiorowych.

Taka szansa jednak istniała i warto to wyraźnie podkreślić, kiedy związki zawodowe reprezentujące lekarzy oraz pracowników służby zdrowia domagały się, bezskutecznie, pełnoprawnego uczestnictwa w pracach Trójstronnej Komisji.

REPREZENTOWANIE INTERESÓW ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO W TRÓJSTRONNEJ KOMISJI

Obecnie sytuacja jest inna, gdyż zarówno zmieniła Ustawą z lipca 2001 r. o Komisji Trójstronnej i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego kryteria reprezentatywności partnerów społecznych, których OZZL jako samodzielna organizacja związkowa nie spełnia, jak też i pozycja samego OZZL jest inna – wydaje się, że znacznie silniejsza niż w przeszłości i związek nie wydaje się być zainteresowany uczestnictwem w strukturach jakiegokolwiek związkowej federacji spełniającej ustawowe kryteria reprezentatywności.

Należy zauważyć, że zarówno lekarze, jak i pielęgniarki mogą wprawdzie artykułować swoje interesy na forum Trójstronnej Komisji poprzez udział w reprezentatywnych – w myśl Ustawy o Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego – organizacjach, takich jak NSZZ „Solidarność”, OPZZ czy Forum Związków Zawodowych, jednakże jeden z podstawowych podmiotów konfliktu – Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy – pozostaje poza strukturą tejże instytucji. Z powodów formalnoprawnych poza Trójstronną

Komisją znajdują się także organizacje samorządu zawodowego – izby lekarskie oraz izby pielęgniarek i położnych, odgrywające istotną rolę w artykułowaniu interesów własnego środowiska.

Sytuacja zatem jest taka, że organizacje reprezentujące środowisko medyczne (Izby Lekarskie, Izby Pielęgniarek i Położnych, OZZL, Związek Zawodowy Anestezjologów, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Sekcja Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia) artykułują własne interesy w formule otwartego konfliktu wedle logiki modelu pluralistycznego, charakteryzującego się wielością sporów toczonych na poziomie lokalnym zgodnie z regułami gry dyktowanymi okolicznościami sporu.

Otwarta formuła konfliktu oznacza, że instytucjonalizacja negocjowania i uzgadniania grupowych interesów w formule neokorporatystycznego dialogu społecznego nie powiodła się – mimo że część organizacji środowiska medycznego uczestniczy w pracach Trójstronnej Komisji, a w zasadzie **organizacje reprezentujące interesy środowiska medycznego zostały „wypchnięte” poza ramy instytucji dialogu społecznego.**

Nie oznacza to jednak, że tym samym zostały one pozbawione wpływu na bieg spraw związanych ze zmianami w systemie ochrony zdrowia. Jest wysoce prawdopodobne, że pozostawanie poza instytucjonalną strukturą dialogu społecznego daje środowisku medycznemu znacznie więcej korzyści, gdyż udział w neokorporatystycznych przetargach oznacza konwersję między przywilejami a pozostawianiem pod kontrolą określonych reguł gry, na podstawie których budowany jest neokorporatystyczny ład zbiorowych stosunków pracy. Środowisko medyczne, m.in. na mocy Ustawy o izbach lekarskich, ma prawo opiniować propozycje ustawowych zmian dotyczących ochrony zdrowia, a owe propozycje są przygotowywane przez ministerialnych urzędników, którego kierownictwo zwykle rekrutuje się spośród przedstawicieli zawodów medycznych (Golinowska 2000, s. 87). Z jednej zatem strony korporacja medyczna uzyskała znaczne przywileje, z drugiej wszakże, pozostając poza kontrolą generowaną przez instytucję dialogu, nie ponosi żadnych „kosztów” związanych z zajmowaniem uprzywilejowanej pozycji.

Niekonsekwentny neokorporatyzm czy też niekonsekwentny pluralizm to jeden z podstawowych czynników strukturalnych towarzyszących kryzysowi w systemie ochrony zdrowia. W konsekwencji na forum Trójstronnej Komisji, w ramach której powinny toczyć się negocjacje dotyczące kwestii płacowych oraz innych aspektów zmian w służbie zdrowia, niczego w tej sprawie nie negocjuje się, bo też i nie ma w niej kluczowych partnerów, którzy takie negocjacje mogliby i powinni prowadzić.

ZAGREGOWANY INTERES ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO – WZROST NAKŁADÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA

Dobrze wyartykułowany przekaz płynący do opinii publicznej z konfliktu wokół systemu ochrony zdrowia jest taki, że wynagrodzenia wyższego i średniego personelu medycznego są zdecydowanie za niskie i nie odpowiadają ani jego kwalifikacjom, ani zawodowej odpowiedzialności lekarzy i pielęgniarek.

Koncentracja uwagi na wysokości i mechanizmach wynagradzania personelu medycznego oraz systemie finansowania służby zdrowia sprawia wszakże, że tracimy z oczu rozmaite strukturalne uwarunkowania toczącego się konfliktu.

Wskazanie na niewystarczającą ilość środków finansowych w systemie ochrony zdrowia jako podstawowej przyczyny toczącego się konfliktu jest w tej mierze ułomne, w jakiej nie potrafimy wskazać na odpowiedni poziom nakładów na publiczną ochronę zdrowia.

Negocjowaniu wielkości nakładów na ochronę zdrowia towarzyszy bowiem kilka niewiadomych. Przede wszystkim nie bardzo wiadomo, jaka by miała być optymalna ich wielkość, aby pokryć rosnące koszty świadczonych usług medycznych, a też wedle jakich kryteriów tę wielkość wyznaczać. Odwołanie się do czysto ekonomicznych parametrów kształtowania kosztów usług medycznych zawodzi, gdyż rynek usług medycznych jest typowym przykładem *market failures*, chociażby ze względu na występującą asymetrię informacji między lekarzem a pacjentem, o której przed 45 laty pisał K. Arrow, próbując wyjaśnić, dlaczego nakłady na ochronę zdrowia w Stanach Zjednoczonych tak dramatycznie rosną⁸.

Zatem określenie nakładów na ochronę zdrowia to kwestia politycznego przetargu z udziałem rozmaitych grup interesu, które zagregowane wskaźniki ekonomiczne (np. wielkość nakładów na ochronę zdrowia w ujęciu międzynarodowym) prezentują dla wzmocnienia własnej pozycji przetargowej.

Jeden z wniosków, jaki płynie z powyższych rozważań jest taki, że rosnące nakłady na ochronę zdrowia są w znacznym stopniu funkcją siły funkcjonalnie znaczących grup interesu, które generowane w ramach systemu opieki zdrowotnej koszty przenoszą na publicznego płatnika. Dobrym przykładem takiej sytuacji w polskich realiach jest rosnący udział w wydatkach na ochronę zdrowia kosztów zakupu leków, które potężne koncerny farmaceutyczne potrafią wprowadzać na rynek za sprawą mało subtelnej gry interesów między przedstawicielami firm farmaceutycznych i zawodów medycznych z jednej strony oraz państwa z drugiej⁹.

Wydaje się, że zdają sobie z tego sprawę uczestnicy negocjacji będący dysponentem środków publicznych, o czym może świadczyć wypowiedź obecnego ministra finansów, że *rząd nie będzie wlewał publicznych pieniędzy do naczynia bez dna*¹⁰. Z jednej strony zatem słyszymy, że w systemie ochrony zdrowia brakuje pieniędzy, z drugiej wszakże, że system ochrony zdrowia jest nieszczelny. Podstawowe pytanie, jakie zadają sobie reformatorzy polskiego systemu ochrony zdrowia brzmi, jak uszczelnić system, co oznacza, w jaki sposób go kontrolować i kto miałby to robić?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, trzeba najpierw wiedzieć, gdzie znajdują się nieszczelności systemu i jakie jego elementy za te nieszczelności odpowiadają. Dyskusja w zasadzie sprowadza się do rozważań ile państwa, a ile rynku w systemie ochrony zdrowia z wyraźną intencją przypisywania każdej z tych instytucji określonej zdolności do kontroli systemu. Interes środowiska medycznego nie polega tylko na tym, a nawet nie przede wszystkim na tym, aby uzyskać wyższe wynagrodzenie za świadczone usługi. Chodzi raczej o kontrolę nad systemem ochrony zdrowia i uzyskanie zasadniczego wpływu na jego funkcjonowanie, a tym samym możliwość dyktowania reguł gry.

Polityczna dyskusja wokół konsekwencji prywatyzacji służby zdrowia (jak mówią jedni), czy komercjalizacji (jak twierdzą drudzy), wydaje się być wtórna wobec pytania, jaka jest zdolność kontrolowania systemu ochrony zdrowia przez lokalnie wyłaniane establishmenty i jaka jest pozycja środowiska medycznego w tychże. Przeniesienie odpowiedzialności za ochronę zdrowia na szczebel lokalny, czy też zwiększenie znaczenia rynkowych reguł gry oznacza bowiem, że zmienia się logika regulacji systemu, a administracja publiczna, szczególnie centralnego szczebla, traci znaczną część swego potencjału kontrolnego.

Jeśli nasza konstatacja jest trafna, to życzliwość przedstawicieli OZZL dla projektów komercjalizacji czy prywatyzacji¹¹ oznacza nadzieję środowiska lekarskiego na zwiększenie przez nie kontroli nad systemem ochrony zdrowia kosztem uprawnień administracji publicznej.

Naiwnością jest – by nie powiedzieć przejawem skrajnej ignorancji – twierdzenie, że prywatyzacja, bez zapewnienia stosownych mechanizmów kontrolnych ze strony państwa, zapewni większą oszczędność wydatków. Doświadczenie amerykańskie, gdzie rynek usług medycznych odgrywa największą rolę pokazuje, że wzrost kosztów ochrony zdrowia jest generowany grą dobrze zorganizowanych i funkcjonalnie istotnych grup interesów, które osiągnęły dominujący wpływ na funkcjonowanie systemu¹².

Przeciwnicy urynkwienia usług medycznych nie powinni jednak mieć zbyt dużo powodów do zadowolenia gdyż doświadczenie brytyjskiej (publicznej) służby zdrowia, której słabości były przedstawiane jako symbol niewydolności polityki opiekuńczej państwa, pokazuje, że największy wpływ na funkcjonowanie systemu miały również dobrze zorganizowane grupy interesu personelu medycznego (Cawson 1982, s. 90–93). Jak zatem kontrolować grupy interesu?

JAK KONTROLOWAĆ GRUPY INTERESÓW W OCHRONIE ZDROWIA?

M. Olson w swojej słynnej pracy pt. *The Logic of Colective Action*, przyjmując założenie, że jednostki są racjonalnymi podmiotami swoich działań, wskazuje, że kierują się one zasadą maksymalizacji własnych użyteczności, a zatem ich chęć do organizowania się będzie tym większa, im większe korzyści będą mogli odnieść z faktu pozostawania w organizacji (Olson 1965, s. 5–8). To oznacza, przyjmując poprawność wyводу Olsona, że ich chęć do organizowania się będzie tym mniejsza, im mniejsze będą korzyści pozostawania w organizacji. Korzyści publiczne, jakie organizacje dostarczają i jakimi najczęściej uzasadniają rację swojego istnienia, są tylko „produktem ubocznym” rzeczywistego zainteresowania zrzeszaniem się.

Jeśli uznamy, a takie są empiryczne ustalenia, że grupy interesu generują wzrost kosztów w systemie ochrony zdrowia, a zatem stanowią jedno z najslabszych ogniw w łańcuchu kontroli systemu, to najprościej byłoby, wykorzystując implikacje teorii Olsona, skutecznie „zniechęcać” potencjalnych członków organizacji do organizowania się. Wymagałoby to uruchomienia określonych zachęt dla przedstawicieli zawodów medycznych tak, by opłacało się pozostawać poza strukturą zorganizowanych interesów (bo skoro mogę uzyskać to samo bądź więcej nie będąc członkiem organizacji, to po cóż mi w niej udział, powiedziałby Olson), ale takie rozwiązanie wydaje się

być mało przekonujące i to przynajmniej z dwóch powodów.

Pierwszy jest taki, że personel medyczny obligatoryjnie, na mocy ustawy, przynależy do organizacji samorządu zawodowego, który jest niezwykle wpływowym wyrazicielem interesów środowiska.

Po drugie, **problem polskiej służby zdrowia nie polega raczej na deficycie organizacyjnego pluralizmu reprezentacji interesów środowiska medycznego, który można by uzyskać, ograniczając monopolistyczną pozycję takiej czy innej organizacji, ale raczej na braku mechanizmów wbudowania reprezentacji zbiorowych interesów lekarzy czy, szerzej, branży medycznej w instytucjonalną strukturę dialogu, w której organizacje te pełniłyby nie tylko funkcję wyrażiciela interesów zbiorowych, ale również „strażnika” wynegocjowanych rozwiązań i „kontrolera” zachowań swoich członków.**

Co więcej, jak przekonuje R. Dahrendorf, organizacja grup interesów jest jednym ze wstępnych warunków skutecznej regulacji konfliktu, którego strukturalnych przyczyn, według Dahrendorfa, usunąć się nie da, gdyż sprzeczne interesy rozmaitych grup prowadzące do sytuacji konfliktowych stanowią immanentną cechę strukturalną społeczeństw, a to, co jest możliwe do zrobienia, to regulacja konfliktu odnosząca się do przebiegu jego gwałtowności, a nie rozwiązania czy stłumienia¹³.

Jeśli powyższa diagnoza jest trafna, to rozwiązania problemów polskiej służby zdrowia należałoby poszukiwać w wykorzystywaniu scentralizowanych instytucji dialogu społecznego zbudowanych na wzór neokorporatystyczny, w których organizacje reprezentujące środowisko medyczne zajmowałyby „stosowne miejsce”.

Zdając sobie sprawę z nieprecyzyjności użytego terminu („stosowne miejsce”) wypada wyjaśnić, że chodzi tu o stworzenie instytucjonalnych warunków, w jakich przedstawiciele administracji rządowej, reprezentatywnych partnerów społecznych oraz środowiska medycznego systematycznie negocjowałiby podstawowe parametry zmian w systemie ochrony zdrowia. Takie negocjacje mogłyby stałe odbywać się np. przy okazji dyskusji nad założeniami do budżetu, przy zachowaniu zasady równouprawnienia stron uczestniczących w dialogu społecznym, i powinny zastąpić zwoływane *ad hoc* debaty publiczne, które – póki co – bardziej przypominają „polityczny teatr” niż dobrze przygotowaną merytorycznie dyskusję, z której miałby płynąć jakikolwiek pożytek dla systemowych zmian w ochronie zdrowia.

Mówiąc o reprezentacji stron uczestniczących w dialogu musimy pamiętać, że interesy środowiska medycznego nie są homogeniczne, a ich zróżnicowanie wyznaczone jest wedle rozmaitych kryteriów (np. zawodowych kwalifikacji, doświadczenia zawodowego, specjalizacji czy pełnionych funkcji), które niekonięcznie składają się na czytelne linie podziału. W szczególności dotyczy to środowiska lekarskiego, w którym partykularne interesy niektórych specjalizacji medycznych artykułowane są przez autonomiczne organizacje, np. Związek Zawodowy Anestezjologów czy Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” reprezentującą interesy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wspólne natomiast jest żądanie podniesienia nakładów na ochronę zdrowia oraz nadanie jej takiego kształtu, aby w większym stopniu środowisko mogło kontrolować system.

Zdefiniowania wymaga także rola administracji rządowej w procesie negocjowania takich czy innych rozwiązań, aby było jasne, czyje interesy ona reprezentuje – uogólniony interes społeczny zgodnie z przynależną jej funkcją arbitra, czy też jednej ze stron, która wykorzystuje zawodowe afiliacje urzędników państwowych. Póki co, jeśli poważnie potraktujemy publiczne wypowiedzi niektórych wysokich przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia¹⁴, wygląda na to, że przynajmniej niektórzy urzędnicy – występujący w podwójnej roli lekarza i urzędnika – negocjują w zasadzie sami z sobą.

Nadzieje związane z wykorzystaniem neokorporatystycznych instytucji dla rozwiązywania problemów systemu ochrony zdrowia oparte są na trzech podstawowych przesłankach.

Po pierwsze, wiele wskazuje na to, że neokorporatyzm sprzyja generowaniu relacji wzajemnego zaufania (*high-trust relationships*) między układającymi się stronami w większym stopniu, niż ma to miejsce w warunkach spluralizowanego przetargu, chociażby z powodu ograniczonej liczby uczestników negocjacji i stałej powtarzalności iteracji między tymi samymi uczestnikami gry charakterystycznej dla modelu neokorporatystycznego.

Należy oczywiście zdawać sobie sprawę z tego, że efektywność scentralizowanych negocjacji może okazać się iluzją, jeśli uczestniczące w nich strony nie są w stanie efektywnie kontrolować zachowań swoich członków. W jakiejś mierze przestrzeganie wypracowanych między stronami kompromisów mogłoby warunkować zachowanie określonych przywilejów dla środowiska (np. jeśli lekarze „nie wyłamują się” z podpisanego porozumienia płacowego, rząd nie wprowadzi kas fiskalnych na prywatną praktykę lekarską), ale możliwości stosowania tego typu kar za defekcję czy nagród za kooperację są ograniczone i każda ze stron musi być tego świadoma.

Po drugie, wbudowując negocjacje o problemach służby zdrowia w strukturę dialogu społecznego, możemy liczyć na zwiększenie ich kontroli, gdyż wychodzimy tym samym poza formułę dwustronnych rozmów, w których często negocjatorzy reprezentujący stronę rządową mają kłopot z własną tożsamością instytucjonalną.

Należy oczywiście pamiętać o tym, że samo poszerzenie grona negocjatorów niczego jeszcze w sprawie nie przesądza, gdyż gwarantowana równość stron *de iure* nie oznacza równości *de facto*. Lepsza znajomość realiów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia daje przewagę reprezentacji środowiska medycznego, ale trzeba też pamiętać o tym, że dialog społeczny stwarza szansę wzajemnego edukowania się, uzgadniania języka komunikacji i artykułowania interesów w formule „przekładalności perspektyw”. Kłopot tylko w tym, czy organizacje reprezentujące środowisko medyczne odniosą jakąkolwiek korzyść, aby uczestniczyć w trójstronnym dialogu, którego logika oznacza, że przywileje są moderowane określonymi obowiązkami nałożonymi na każdą ze stron negocjacji.

W obecnej sytuacji organizacje środowiska medycznego, monopolizując negocjacje z władzą, mają możliwość maksymalizowania własnych korzyści i eksternalizacji kosztów swojej działalności na system. To, czy i w jaki sposób administracji udałoby się zmusić środowisko medyczne do udziału w zinstytucjonalizowanym dialogu społecznym nie jest oczywiste i zależy od szeregu czynników. Pewne zaś jest to, że autorytet władzy posiadającej społeczną legitymizację do podejmowania publicznych decyzji wymaga

przełamania grupowego monopolu dla realizacji takiej czy innej koncepcji dobra wspólnego.

Po trzecie wreszcie, i co chyba najważniejsze, chodzi o to, aby dialog społeczny wokół problemów służby zdrowia umiejscowić w ramach jednej instytucji, jakoś już zakorzenionej w strukturze polityczno-gospodarczego przetargu i oddziaływującej tak czy inaczej na społeczne realia, która zapewniłaby ciągłość negocjacji w ramach ściśle określonych reguł gry między tymi samymi partnerami.

Debatowanie o reformowaniu systemu ochrony zdrowia wraz z udziałem kolejowych maszynistów czy kierowców miejskich autobusów, jak miało to miejsce na forum Trójstronnej Komisji, innym razem z udziałem przedstawicieli ciepłowników i cywilnych pracowników MSW, jak miało to miejsce przy negocjowaniu pakietu gwarancji socjalnych, a jeszcze kiedy indziej z udziałem prezydenta i premiera, jak miało to miejsce w czasie tzw. białego szczytu zwołanego przez premiera rządu w styczniu 2008 r. sprawia, że ranga takich negocjacji, bez względu na pozycję osób w nich uczestniczących jest niska, gdyż nikt nie traktuje ich poważnie i raczej trudno uwierzyć, że można cokolwiek w trakcie takich spotkań ustalić, co mogłoby być trwałą podstawą do reformowania systemu.

Merytoryczną ocenę białego szczytu publicznie wyraził przedstawiciel jednej ze stron uczestniczącej w spotkaniu, a mianowicie prezes Izby Lekarskiej, który powiedział, że: *Biały Szczyt zakończył się kompletnym fiaskiem*. Oczywiście wypowiedź ta nie musi być miarodajna dla osiągnięć ostatnich debat publicznych dotyczących konfliktu w służbie zdrowia, jednakże jeśli założyć, że podstawowym ich celem było osiągnięcie konsensusu w zasadniczych kwestiach systemowych, to najwyraźniej widać, że nie został on osiągnięty.

Powyższa wypowiedź nie jest zresztą specjalnie zaskakująca, bowiem trzeba by wykazać się dużą dozą ignorancji bądź naiwności, by uwierzyć, że można w trakcie kilku debat, zakładając nawet bardzo merytoryczny ich przebieg, wypracować rozwiązanie problemu, którego rozwiązać nie można od wielu lat. Cóż zatem pozostaje?

JAK REFORMOWAĆ SŁUŻBĘ ZDROWIA?

Otóż nie przesądając, jakie rozwiązania są lepsze czy gorsze dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, powinniśmy odpowiedzieć nie tylko na pytanie, co należy w takiej czy innej sekwencji czasu zrobić (na czym koncentrują się wszystkie debaty o reformie służby zdrowia), ale przede wszystkim jak to zrobić. Wydaje się, że racjonalnym sposobem dokonywania zmian w polskiej służbie zdrowia powinien być inkrementalny sposób ich wdrażania.

Przemawia za tym kilka przesłanek, a wśród najważniejszych jest ta, że inkrementalizm proponuje stopniowe wprowadzanie zmian „krok po kroku”, co chroni przed ponoszeniem nieoczekiwanych i zwykle wysokich kosztów radykalnych działań, o ile te okazują się nietrafne. Innymi słowy, relatywnie niewielki przyrost korzyści związany ze stopniowym reformowaniem systemu ochrony zdrowia (o ile decyzje są trafne) rekompensowany jest potencjalnie niskimi kosztami (o ile decyzje okażą się błędne), a też i łatwiej jest odwrócić negatywne konsekwencje podejmowanych działań niż w przypadku, gdy obliczone są one na radykalną zmianę.

„Natura” systemu ochrony zdrowia jest taka, że w zasadzie należy stale dokonywać jakichś zmian,

które dostosowywałyby jego strukturę do zmieniających się warunków, w jakich system działa (demograficznych, technologicznych, epidemiologicznych etc.). To oznacza, że nie istnieje jakiś definitywny „punkt dojścia” reformy służby zdrowia, a co najwyżej cele pośrednie, które należałoby osiągać etapami w ramach systematycznie prowadzonego między stronami dialogu społecznego, wyznaczającego konsensus i legitymizującego podejmowane działania.

Ale to też oznacza, że strony konfliktu zaangażowane w reformę służby zdrowia muszą uznać, że nie mają monopolu „na rację”, a ta powinna być wyznaczana drogą wzajemnych ustępstw, uwzględniających także partykularne interesy stron.

Kłopot jednak w tym, że inkrementalizm, jako metoda podejmowania decyzji, sprawdza się szczególnie dobrze tam, gdzie mamy w miarę ustabilizowaną sytuację polityczną, a główni aktorzy procesu decyzyjnego są przewidywalni w swoich decyzjach. Inkrementalizm oznacza także ciągłość podejmowanych decyzji i elastyczne ich dostosowywanie do zmieniających się warunków zewnętrznych¹⁵. Niezależnie od tego, czy rację mają badacze z kręgu tzw. nowego instytucjonalizmu, którzy dowodzą, że *wcześniejszy wybór określonej polityki (policy) kształtuje bieżący proces polityczny*¹⁶, istnieje konieczność raczej umiarkowanej kontynuacji określonego kierunku zmian w ochronie zdrowia, niż radykalnych zwrotów wraz z wyborczą zmianą rządu.

Szczególnie sugestywny może być przykład rozwiązania Kas Chorych zaledwie po czterech latach ich funkcjonowania i powołania w 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia, czy też obecne propozycje decentralizacji i komercjalizacji systemu ochrony zdrowia i przeniesienia odpowiedzialności za jego funkcjonowanie na wspólnoty lokalne. Przed laty władza „robotniczo-chłopska” nie chciała słuchać, że pomysł nie był najlepszy i organizowała „społeczne” konsultacje z tymi, którzy pomysł popierali. Ale to też dowodzi, że propozycja wprowadzenia Kas Chorych nie była oparta na szerokim konsensusie politycznym, chociaż w tej kwestii debatowano szczególnie często.

Nie widać też konsensusu w sprawie bieżących propozycji zmian w ochronie zdrowia, co może skutkować kolejną zmianą zasad funkcjonowania systemu po przegranych wyborach przez obecnie rządzących. Mówiąc pół żartem, pół serio, może jakimś pomysłem na osiągnięcie konsensusu w sprawie reformy systemu ochrony zdrowia byłaby propozycja złożona przez rząd opozycji, aby to ona przygotowała projekt zmian, który to projekt po stosownych konsultacjach wdrażałaby urzędująca władza. W ten sposób może osiągnęlibyśmy znacznie większy poziom efektywności dialogu, gdyż główni jego aktorzy byłiby w takim samym stopniu związani skutkami swoich propozycji.

WNIOSKI

Kryzys w systemie ochrony zdrowia jest najlepszym dowodem niedojrzałości, a w zasadzie braku dialogu społecznego dla rozwiązywania problemów w jednym z kluczowych obszarów aktywności i odpowiedzialności państwa. W zasadzie nie zrobiono niczego, aby włączyć organizacje reprezentujące interesy środowiska medycznego w jeden nurt uzgadniania zbiorowych interesów. **Zaniedbanie związane z wbudowaniem reprezentacji interesów środowisk medycznych w formułę dialogu społecznego, to jedna z podstawowych strukturalnych okoliczności toczącego się konfliktu wokół systemu ochrony zdrowia.**

Trudno jednoznacznie z perspektywy upływu wielu lat ocenić, czy owo „zaniedbanie” było konsekwencją świadomie prowadzonej gry obliczonej na przeciwdziałanie budowaniu neokorporatystycznych instytucji negocjowania sprzecznych interesów grupowych, czy też jest to raczej efekt braku kompetencji i wyobraźni decydentów politycznych, współodpowiedzialnych za kształt dialogu społecznego.

Jedno wydaje się być pewne, że brak ciągłości dyskusji o kierunkach zmian w ochronie zdrowia, a też i niewykorzystanie istniejącego forum dialogu społecznego, które taką ciągłość mogłoby zapewnić, sprawia, że pluralizm poglądów przekłada się na pluralizm rozwiązań wedle logiki wyborczego kalendarza i partykularnych interesów grupowych.

Jeśli już zdecydowaliśmy się na implementację neokorporatystycznych rozwiązań i tworzenie stosownych instytucji, to konsekwentnie należałoby z nich korzystać bowiem – jak wskazują badacze stosunków pracy – nie jest ważne, za jakim modelem (pluralistycznym czy neokorporatystycznym) opowiemy się, ale ważne jest, czy potrafimy konsekwentnie wybrany model stosować, gdyż niekonsekwentne rozwiązania są gorsze od tych, które opierają się na implementacji jednego wybranego modelu.

Konsekwentnie prowadzony dialog wokół problemów systemu ochrony zdrowia może też i zaoszczędziłby nam takich publicznych zapowiedzi politycznych aktywistów, którzy w zapale wyborczej konfrontacji twierdzili, że w przeciwieństwie do swoich politycznych przeciwników nie potrzebują trzech lat na dokonanie reformy, ale trzech miesięcy. *Cui bono* – można by zapytać...

¹ Na temat wzorów reprezentacji interesów i ich zmian pisze m.in. Ph. Schmitter w tekście pt. *Modes of Interest Intermediation and Models of Societal Change in Western Europe*, w: (Schmitter, Lehmbruch 1979).

² Wymienione zespoły problemowe działały w latach 2000–2003. Zob. (MGPIPS 2003, s. 13). Obecnie działają m.in. takie zespoły, jak: ds. ubezpieczeń społecznych, ds. usług publicznych, ds. funduszy strukturalnych UE czy ds. rozwoju dialogu społecznego.

³ Na poszerzanie się obszaru zainteresowań Komisji Trójstronnej wskazuje też K. Frieske pisząc: *Konsekwentnie, spośród 13 spraw dyskutowanych w toku 9 posiedzeń Komisji, jakie odbyły się w 1998 r., jedynie 5 dotyczyło kwestii płacowych. Coraz częściej obrady Trójstronnej Komisji koncentrowały się na politycznych kontrowersjach wokół programu reform instytucjonalnych i strukturalnych – restrukturyzacji górnictwa, reformy służby zdrowia czy systemu emerytalnego*; zob. (Frieske i in. 1999, s. 13).

⁴ Skład pierwszej Trójstronnej Komisji tworzyły, poza przedstawicielami administracji państwowej: Konfederacja Pracodawców Polskich, OPZZ, NSZZ „Solidarność”, Federacja ZZ Pracowników PKP, Konfederacja ZZ Energetyków, Porozumienie ZZ „Kadra”, ZZ Inżynierów i Techników, ZZ Maszynistów Kolejowych w Polsce, ZZ Pracowników Komunikacji Miejskiej, ZZ Przemysłu Elektromaszynowego.

⁵ Autor tekstu zarejestrował w 1997 r. treść rozmowy z przewodniczącym Związku Zawodowego Maszynistów Kolejowych w Polsce, który zgodził się na wywiad w czasie jednego z posiedzeń Trójstronnej Komisji, które było poświęcone reformie systemu ochrony zdrowia. Na uwagę, że to chyba ważna debata i możemy spotkać się w innym czasie, rozmówca odparł: *Panie, termin jest dobry, bo jestem w Warszawie, a na służbie zdrowia, ja się nie znam i inni [związkowcy] też nie, więc po co mam tam siedzieć*. Wywiad był przeprowadzony w ramach projektu badawczego KBN nr 1 HO2C 04608, realizowanego w IPISS. Zob. (Frieske i in. 1997).

⁶ Zob. (MPIPS 1995).

- ⁷ Stanowisko Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Gdańsk 5.10.1994 r. (Pełny tekst stanowiska jest zamieszczony w: MPiPS 1995).
- ⁸ Wychodząc od podstawowego ekonomicznego prawa popytu i podaży, Arrow stwierdził, że to podaż dyktuje popyt, gdyż pacjent zwyczajnie nie wie, jaka kuracja będzie dla niego lepsza (a przy okazji może tańsza), a przecież nikt nie jest na tyle nierozumny (a Arrow operował modelem człowieka racjonalnego), aby klócić się z lekarzem co do diagnozy stanu chorobowego i zalecanej terapii. Jeśli uwzględnimy jeszcze występowanie trzeciej strony (ubezpieczyciela), która zapłaci za wykonywaną usługę, to jasne jest, że żadna ze stron kontraktu lekarz-pacjent nie jest zainteresowana ograniczeniem kosztów świadczonych usług medycznych. Zob. (Arrow 1963). Obserwację Arrowa wzmacniają empiryczne ustalenia badań amerykańskich, w których stwierdzono, że liczba świadczonych usług jest funkcją liczby lekarzy praktykujących w danym regionie, a Daniel Cohen przytacza skwantyfikowany wskaźnik wynoszący 0,55, obrazujący związek między kosztem wydatków na ochronę zdrowia a liczbą praktykujących lekarzy, co oznacza, że: *zwiększenie liczby lekarzy w danym regionie o 10% przyczynia się do zwiększenia w tym regionie wydatków na ochronę zdrowia o 5,5%*. Zob. (Cohen 1998, s. 22).
- ⁹ W 2000 r. udział kosztów zakupu leków w wydatkach na ochronę zdrowia wyniósł 15,7 mld zł, co stanowiło 35,3% ogółu kosztów, a w 2003 r. – 19,7 mld zł, co stanowiło 34,5% ogółu kosztów. Por. (Golinowska red. 2004, s. 193). Teoria Arrowa jest bardzo użyteczna w wyjaśnieniu dynamicznego wzrostu kosztów leków w wydatkach na ochronę zdrowia w Polsce. Wprawdzie w tej sytuacji nie występują trzy strony, a cztery (dochodzą producenci leków), to mechanizm kształtowania kosztów i przerzucania ich na ubezpieczyciela (państwo) jest taki, jaki przedstawił nam amerykański ekonomista 45 lat temu. Mamy tutaj do czynienia z sytuacją podwójnej negocjacji, przy czym pierwsza – między lekarzem a przedstawicielem handlowym firmy farmaceutycznej, odbywa się w sytuacji pełnej informacji o korzyściach dla stron (i kosztach dla ubezpieczyciela), druga natomiast – między lekarzem a pacjentem jest klasycznym przykładem asymetrii informacji opisanej przez Arrowa.
- ¹⁰ Konferencja prasowa Ministra Finansów z dnia 26 maja 2008 r.
- ¹¹ Prywatyzacja szpitali oznaczałaby lepsze zarządzanie i oszczędność oraz wyższą jakość leczenia w warunkach konkurencji – a taką opinię wyrażał Krzysztof Bukiel, szef OZZL. Zob. *Rząd sprawdza nastroje*, „Rynek Zdrowia. Medycyna. Finanse. Zarządzanie”, 2008, nr 6, s. 7.
- ¹² Niektórzy badacze pokazują, że wpływ potężnego lobby środowiska medycznego został w Stanach Zjednoczonych znacznie ograniczony, a to za sprawą wzmocnienia instytucji kontroli systemu ochrony zdrowia, w tym lokalnie działających *Health Systems Agencies*, z których wykluczono przedstawicieli zawodów medycznych. Zob. (Morone 1995, s. 196).
- ¹³ Dahrendorf formułuje trzy czynniki skutecznej regulacji konfliktu. Po pierwsze, strony konfliktu muszą uznać potrzebę regulacji konfliktu i *rzeczywiste istnienie sytuacji konfliktowej, to znaczy zasadniczą słuszność roszczeń oponenta*. Po drugie, warunkiem wstępnym skutecznej regulacji konfliktu jest organizacja grup interesu. *Dopóki siły konfliktowe są rozproszonymi, niespójnymi zbiorowościami, dopóty wszelka regulacja konfliktu jest praktycznie niemożliwa*. Po trzecie, skuteczna regulacja konfliktu wymaga zgody zaangażowanych w konflikt stron co do pewnych formalnych reguł gry, wedle których owa regulacja przebiega. Dahrendorf przez reguły gry rozumie *obowiązujące przeciwników normy proceduralne, które nie przesadzają*

wyniku sporu. Zazwyczaj określają one miejsce i sposób spotkania, sposób postępowania i podejmowania decyzji oraz sankcje grożące za nieprzestrzeganie osiągniętych porozumień, wreszcie sposób zmiany samych reguł gry. Zob. (Dahrendorf 2006, s. 472).

- ¹⁴ W jednym z czasopism medycznych w informacji z obrad XVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy możemy przeczytać, że wiceminister zdrowia dr A. Włodarczyk, w obecności minister zdrowia E. Kopacz, przekonywał delegatów, że *podczas prac ministerstwa zawsze lobbuje na rzecz środowiska i samorządu lekarskiego*. Zob. *Bezowocne obrady i dymisja*, „Rynek Zdrowia. Medycyna. Finanse. Zarządzanie”, 2008, nr 6, s. 74.
- ¹⁵ W ten sposób reformowano np. brytyjski *National Health System*. Wybór strategii działania podyktowany był tyleż zdroworozsądkowym namysłem reformatorów, co i zewnętrznymi możliwościami dokonywania zmian. Zob. (Webster 2002, s. 144).
- ¹⁶ Zob. (Pierson 1994, s. 39).

LITERATURA

- Arrow K. (1963), *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, „American Economic Review” nr 53 (3).
- Cawson A. (1982), *Corporatism and Welfare. Social Policy and State Intervention in Britain*, London: Heinemann Educational Books.
- Cohen D. (1998), *Kłopoty dobrobytu*, Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Dahrendorf R. (2006), *Teoria konfliktu w społeczeństwie przemysłowym*, w: A. Jasińska-Kania i in., *Współczesne teorie socjologiczne*, Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Frieske K., Machol-Zajda L., Urbaniak B., Zarychta H. (1999), *Dialog społeczny. Zasady, procedury i instytucje w odniesieniu do podstawowych kwestii społecznych*, Warszawa: IPiSS, IPS UW.
- Frieske K., Machol-Zajda L., Zalewski D. (1997), *Formy reprezentacji pracowniczej w procesach powstawania nowego ładu gospodarczego*, maszynopis wykonany w ramach projektu badawczego KBN nr 1 HO2C 04608.
- Golinowska S. (2000), *Polityka społeczna. Koncepcje – instytucje – koszty*, Warszawa: Poltex.
- Golinowska S., red. (2004), *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona księga*, Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Jasińska-Kania A. i in. (2006), *Współczesne teorie socjologiczne*, Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Landy M., Levin M., red. (1995), *The New Politics of Public Policy*, Baltimore: J. Hopkins University Press.
- Morone J. (1995), *Elusive Community: Democracy, Deliberation, and the Reconstruction of Health Policy*, w: M. Landy, M. Levin (red.), *The New Politics of Public Policy*, Baltimore: J. Hopkins University Press.
- MPiPS (1995), *Pakiet gwarancji socjalnych obywateli. Podsumowanie negocjacji partnerów dialogu społecznego*, Warszawa.
- MGPiPS (2003), *Trójstronna Komisja ds. Społeczno-Gospodarczych*, Warszawa.
- Olson M. (1965), *The Logic of Colective Action*, Cambridge: Harvard University State.
- Pierson P. (1994), *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Schmitter Ph., Lehbruch G. (1979), *Trends Towards Corporatist Intermediation*, London: SAGE Publications.
- Webster Ch. (2002), *National Health Service. A Political History*, Oxford: Oxford University Press.

SUMMARY

Conflicts and interests are the two sides of the same coin. Social dialogue function is to be institutionalised if conflicts come into existence in connection with different interests. The changes in health care system are required to take into consideration different groups' interests so as to limit open conflicts occurring. Existing social dialogue institutions, especially Tripartite Commission, are not used to regulate conflicts around functioning of the public health care system. The main negotiations is held without social dialogue institutions conducting to dysfunction of public health care. The aim of this article is to show how we can control the conflicts in order to interest groups would be articulated in social dialogue institutions.