

ПЕГГІ ВАТСОН,

професор факультету соціальних і політичних наук Кембриджського університету

Нерівноправність громадян: нова політика у сфері охорони здоров'я Польщі¹

Abstract

The author discusses community health care in Poland nowadays. Since health care reforms were introduced in 1999, this sector of the country's economy has been the subject of criticism, dissatisfaction, and social protest. One of the striking aspects of the transition to capitalist democracy after communism is the extent to which health care reforms have met with lack of success. An important strand in the literature on the health policy analysis underlines the inseparability of policy and political context. The question for the analysis then becomes to what extent and how have health care reforms (along with other contextual changes) been producing the particular social transformations that have been experienced in Poland, and how has the changing national and transnational social order in turn, produced specific health reforms and outcomes there.

Вступ

Від 1999 року, коли був даний старт реформам, система охорони здоров'я Польщі стала об'єктом критики, незадоволення і соціальних протестів [20; 31]. Радіологи, анестезіологи й представники інших медичних професій страйкували, а медсестри вдавалися до голодувань. Охорона здоров'я виявилася осередком розчарування в обраному напрямі соціальних перетворень. І хоча загальний стан здоров'я поляків суттєво поліпшився, смертність

¹ Стаття базується на результатах дослідження, у фінансуванні якого брали участь ESRC (грант № R000222627), "Isaac Newton Trust" і "Wellcome Trust". Автор висловлює подяку всім опитаним.

серед чоловіків, як і раніше, майже вдвічі перевищує цей показник для Західної Європи, а нерівність у плані здоров'я різко збільшилася¹. Унаслідок нещодавнього вступу до Європейського Союзу Польщі та інших колишніх комуністичних країн зі значно вищим рівнем смертності серед дорослого населення, ніж у країнах, що належать до старих членів ЄС, була сформульована нова програма охорони здоров'я. Ця програма, що дістала назву “Здоровіші, захищеніші й упевненіші громадяни”, визначає здоров'я як право кожної людини, пов'язує його із громадянством і проголошує своєю метою сприяти рівності в царині охорони здоров'я як усередині кожної окремої країни, так і між усіма країнами ЄС [14]. З цього погляду польська позиція в межах недавньої дискусії на рівні ЄС під гаслом “Добре здоров'я — доступне для всіх” виявилася справжнім сюрпризом. “Мені не подобається це “для всіх” із двох причин, — заявив заступник держсекретаря Польщі з питань охорони здоров'я. — По-перше, це нереалістично. Забезпечити добре здоров'я всім громадянам Європи неможливо, оскільки дехто з них не хочуть бути здоровим, їм попросту необхідно бути хворими, щоб виконувати свою соціальну роль; натомість інші мають дуже погану спадковість або їм просто в чомусь не пощастило. Друга причина мого неприйняття вислову “для всіх” — його подібність до комуністичних гасел” (sic). Хоча після цієї заяви було сформульовано більш обтічну, вона, втім, виявила можливі наслідки для політики охорони здоров'я тих діаметрально різних шляхів розвитку, якими посткомуністичні країни і країни Заходу наближалися до членства в ЄС².

Одним із разючих аспектів переходу від комунізму до капіталістичної демократії є міра безуспішності реформ у сфері охорони здоров'я [18]. Тож чим зумовлена ця постійна нездатність досягати мети, що відповідає справедливості? У цій статті я спробую відповісти на це запитання, проаналізувавши зміни у царині охорони здоров'я й неприйняття їх у Польщі. Підґрунтя аналізу становлять дані опитувань, проведених у Кракові, зокрема в Новій Гуті, в межах лонгїтюдних соціологічних досліджень у цьому регіоні. Вихідним пунктом для розуміння того, як реформи охорони здоров'я сприймалися на практиці, а також для оцінювання їхніх соціальних наслідків має стати інтерпретація контексту, складовою якого ці реформи були. Важливим мотивом у літературі, присвяченій аналізу політики охорони здоров'я, є акцент на невіддільності політики й політичного контексту [10; 46]. Цей підхід має особливе значення для посткомуністичних країн, в яких зміни у сфері охорони здоров'я дотепер обговорювалися здебільшого суто в соціально абстрактних термінах. Я виходжу із необхідності історично обґрунтованого аналізу, що враховує безпрецедентний контекст переходу від комунізму до капіталістичної демократії, коли соціальні відносини та

¹ У 2002 чоловіки з вищою освітою віком 50–60 років становили 12% своєї вікової групи, але при цьому на їхню частку припадало менш як 5% смертей. Для чоловіків із середньою освітою ці показники становили, відповідно, 25% і 35% (обчислено на підставі даних регулярних досліджень перепису населення).

² Про це йдеться в листі Рафала Ніжанковського Девідові Бірну, який датовано 30 серпня 2004 року.

соціальні закони, що визначають інтерпретацію контексту, самі зазнають зміни. Отже, завданням аналізу стає визначення того, якою мірою і яким чином реформи охорони здоров'я, поряд з іншими контекстуальними змінами, зумовлювали конкретні соціальні перетворення, що мали місце в Польщі, та як зміни устрою суспільства на національному і транснаціональному рівнях, своєю чергою, зумовлювали певні реформи охорони здоров'я в цій країні та їхні результати. Це має допомогти виявити взаємозв'язок змін у сфері охорони здоров'я із посткомуністичним дискурсом громадянства.

Контекст польських реформ у сфері охорони здоров'я

Дискурс громадянства та рівності, що є підґрунтям нової європейської програми охорони здоров'я, своєю чергою, сягає корінням історії розвитку Заходу. Оскільки ліберальна демократія була “порівняно пізнім продуктом” ринкового суспільства (Макферсон), вона передбачає капіталізм, хоча їм властиві різноспрямовані тенденції. Таким чином, ліберальна демократія — це “демократія, концептуалізована і структурована в рамках обмежень лібералізму” [43, с. 165], засадовим поняттям якого є досоціальний “індивід”. На ліберальному Заході право на благоденство в історичному плані розумілося в термінах прогресивного розширення громадянських прав. Вони розглядалися як соціальні (а не ліберальні) права, що компенсують наявну класову нерівність [35; 44]. Іншими словами, право на охорону здоров'я розумілося як спосіб уникнути несприятливих соціальних наслідків поганого стану здоров'я бідних людей у класовому суспільстві.

На таких засадах, однак, не можна визначити вплив на соціальні відносини переходу від комунізму до ліберальної демократії. Відправною точкою цього переходу є не установка на зміни, а відносна рівність і універсальне громадянство. В основі державного соціалізму лежав принцип соціальної рівності, що передбачало, зокрема, скасування приватної власності й стирання класових відмінностей. Зрештою був створений такий соціальний лад, за якого ліберальним правам не було місця. Ключовою ідеологічною категорією було “суспільство”, а не “окремий індивід” як носій прав. Економіка, що не ґрунтується на прибутку і приватній власності як експліцитному аспекті здійснення влади, являла собою основний елемент партії/держави, котрі декларували свою роль, посиляючись на інтереси суспільства загалом. Обмеження політичної свободи стосувалися всього суспільства в його опозиції державі. Хоча громадянство не було ліберальним, воно було універсальним [54]. Оскільки ще до переходу до ліберальної демократії в Польщі існували відносна рівність і універсальне громадянство, перехід від комунізму до ліберальної демократії не можна описувати в термінах зрівняння в правах, як це історично склалося на Заході.

Центральним моментом цього переходу було не зрівняння в правах, а лібералізація. Мірою лібералізації прав вони ставали радше не соціальними правами, що гарантуються державою, а “конвенціональними правочинами” [2]. З усіх нових ліберальних прав ключовим було право на приватну власність. Відповідно до польського законодавства, що заклало підмурок посткомуністичного соціального ладу, “ідея демократичної й плю-

ралістичної правової держави, що характеризується самоврядуванням”, визначає модель, яка “передбачає домінування приватної власності, цілком захищеної законом” (заява законодавчих зборів 1992 року; цит. за: [34]). На вибір напряду перетворень вплинули глобальні відносини влади та нео-ліберальна ідеологія, що утверджує переваги ринку й приватної власності. “Економічна демократія”, яку було призначено для Східної Європи з боку Вашингтона та ЄС і яка передбачала право індивіда на приватну власність, приватизацію підприємств, обмеження ролі держави й відмову від її регулювальної та редистрибутивної функцій, а також відкрити для глобального капіталізму економіку [57], радикально відрізнялася від демократії, за яку боролися за часів державного соціалізму. За словами Слабека (на які посилається Ярош у книжці “Влада. Привілеї. Корупція” [23], метою “Со-лідарності” в Польщі було розширення і поглиблення соціальної рівності, а однією з основних домовленостей у рамках Загальнопольського круглого столу 1989 року, що її належало закріпити конституційно, був принцип рівноправності різних форм власності, зокрема за участю найманих працівників [28].

У Польщі асиметрична реструктуризація соціальних відносин, пов’язана з приватною власністю і капіталізмом, була ініційована державою і загальнодержавним указом. Держава запровадила капіталізм шляхом приватизації надбаня, створеного за соціалістичного режиму [15]. Інші підприємства закривалися. Ці зміни означали, що можна стати або багатим, або бідним буквально за ніч. Перевизначення принципів співіснування у поєднанні з усіма мислимими можливостями, що звідси випливають, створили ситуацію, коли, за словами соціолога Яцека Курчевського, який писав про це 1995 року, “абсолютно кожен бере участь у битві за владу, власність і права на неї, хоча стартові можливості не були рівними, і ця нерівність виявляється на кожному кроці — у відчутті несправедливості, з одного боку, і впевненості у своїх силах — з іншого” (цит. за: [28, с. 231]).

Мабуть, правильніше буде сказати, що, хоча всі були залучені до посткомуністичної битви за власність і владу, насправді битва відбувалася всередині певних кіл, серед людей, котрі усвідомлювали свій історичний шанс і можливість задовольнити особисті запити. Станішкіс стверджує, що “більшовицький лібералізм” (як вона його називає) привів Польщу до покvapливої деіндустріалізації, послабив потенціал країни у створенні внутрішнього капіталу і породив тіньові форми нагромадження внутрішнього капіталу [див.: 48]. Коли завершилася приватизація підприємств, це набуло вигляду “капіталізму державного сектору”. Наприклад, там, де функції охорони здоров’я, що їх раніше виконувала держава, були передані комерціалізованим агенціям, адміністратори мали можливість нагромадити капітал за рахунок суспільних коштів, що їх вони курирували. Прикладом цього можуть слугувати Фонди медичного забезпечення, організовані в межах реформи системи охорони здоров’я 1999 року, про які йтиметься далі; їм було дозволено діяти без обмежень на витрати [36, с. 225].

Перетворення державної економіки Польщі значною мірою здійснювалися під диктовку Заходу, про що свідчать перемовини стосовно вступу до ЄС [1; 21]. Замість “лібералізації економіки” приватизація поклала початок

процесу залежного розвитку [48] і не привела до економічного дива, як слід було очікувати. За винятком 1990 року, коли для фінансування приватизації з державних підприємств стягували додаткові податки, польський бюджет постійно відчував дефіцит [19]. Хоча деякі поляки відчутно виграли від змін, для багатьох вони супроводжувалися поглибленням бідності. Якщо у 1989 році 14,8% поляків жили на рівні, нижчому за соціальний мінімум — мінімально адекватний рівень, за якого на харчування витрачається 60% і більше від сімейного доходу [3], то до 2001 року ця цифра становила вже 54% [19]. Польське дослідження, що мало за мету соціальну діагностику, виявило, що у 2003 році 25% респондентів жили в бідності (див.: <http://www.diagnoza.com>) і масштаби бідності далі зростають [59]. “Нова бідність” у Польщі пов’язана із колапсом системи зайнятості, зuboжінням працівників державного сектору, зниженням доходів дрібних фермерів і зниженням рівня соціальних благ [3]. Зараз у Польщі майже 50% населення працездатного віку не мають роботи [40], а офіційний рівень безробіття збільшився від нуля до майже 20%. У період між 1997 і 2003 роками зростання безробіття стосувалося людей з освітою, не вищою за середню, і молоді. Для цієї соціальної групи рівень безробіття збільшився на 25%, тоді як серед тих, хто закінчив університет, — на 1% [40]. Лише кожному сьомому безробітному гарантована матеріальна допомога; а більшість працюючих мають низьку зарплату [40]. Середня зарплата робітників польської промисловості у серпні 2005 дорівнювала 2480 злотих, тобто близько 435 фунтів на місяць¹. Поглиблюється соціальна нерівність. Якщо за період між 1995 і 2000 роками офіційний місячний дохід зайнятих подвоївся (із 2307 до 4536 злотих), то для дрібних фермерів, чії доходи катастрофічно меншають, він знизився від 230 до 211 злотих на місяць [19, с. 148]. А в ширшому контексті, нині співвідношення їхніх доходів сягає навіть 300 : 1 [23].

Трансформація охорони здоров'я

Зміни, що відбувалися в рамках перехідного процесу, в соціальному секторі дістали назву реформ “другого етапу” [39]. Вони здійснювалися на основі нормативної бази, сформованої, як і в разі більш ранніх реформ, у глобальному контексті [12]. Зміни у сфері охорони здоров'я мали політичні й економічні цілі, в тому числі перехід до ринку поряд із “модернізацією держави, поглибленням демократії й реструктуризацією фіскальної системи”, тоді як якість обслуговування зовсім не вважалася першочерговим завданням [24, с. 511]. На відміну від демократизації політичної системи та приватизації підприємств, зміни у сфері охорони здоров'я потребували інституціональної взаємодії й узгодження [39], а їхні результати визначалися впливом і, своєю чергою, слугували чинником нерівності, що виникла в результаті початкових реформ. Законодавча база, що регулювала перетворення у сфері охорони здоров'я Польщі, набрала чинності 1 січня 1999 року,

¹ Ідеться про підприємства із кількістю не менше десяти працівників (<http://www.stat.gov.pl>).

включно зі спірним положенням про реструктуризацію у 2005 році лікарень. Закони 1999 року розроблялися з метою перегляду механізмів фінансування і переходу охорони здоров'я на комерційні засади. Запанував хаос. Однією з причин цього був інформаційний вакуум навколо впроваджуваних змін. В одному медичному часописі, коментуючи масово поширювані в той час інформаційні матеріали, автор писав: "Людей повідомили, що зміни потрібні, позаяк "наявна система за своєю структурою, власне кажучи, збиткова, структура її завдань неправильна, структура системи охорони здоров'я неправильна, структура медичної освіти неправильна, структура фінансування неправильна, і структура оплати праці теж неправильна". Тож які вигоди матиме пацієнт від нової системи? А от які — пацієнт буде основною ланкою нової системи. Мені важко уявити, що з усього цього може дізнатися пенсіонерка, яка очікує прийому у лікаря" [9, с. 90].

Реформа замінила централізоване державне фінансування системою соціального страхування на основі моделі Бісмарка, розвиваючи тим самим риторику солідарності та рівності у сфері охорони здоров'я¹. Проте контекст істотно відрізнявся від того, в якому бісмарківська модель розроблялася початково. Для Німеччини ХІХ століття була характерною пришвидшена індустріалізація, а соціальні відносини ще не позбулися духу феодалізму; ідеї індивідуалізму поширилися набагато пізніше [51]. Могутня національна держава перед лицем привида соціалізму заради збереження соціального порядку й інтеграції робітників у державну структуру зверталася до традицій минулих часів, збільшувала постачання продовольства тощо. [49]. Але у випадку Польщі невіддільною складовою перетворень соціальних відносин був відхід від державного соціалізму й маргіналізація цілих верств населення. Тут бісмарківська модель соціального страхування стала частиною реформи, в перебігу якої сфера охорони здоров'я десоціалізувалася. Ціною реформи виявилася відмова від відповідальності за стан здоров'я індивіда; це, зокрема, зняло відповідальність з держави, за рахунок формування реформи в термінах абстрактного фіскального дискурсу, що дало змогу відійти від питань соціальної справедливості, потреб, рівності та скоротити фінансування системи охорони здоров'я.

Був організований внутрішній ринок, на якому шістнадцять місцевих фондів медичного страхування, по одному в кожному воєводстві, мали оплачувати послуги у закладах із надання на конкурентних засадах таких послуг за рахунок коштів від особистих внесків, що попервах становили 7,5% оподаткованого доходу і рік у рік підвищувалися [20; 50]. У 2003 році на зміну розрізним фондам медичного страхування прийшов центральний Національний фонд здоров'я (НФЗ) із представництвами в кожному воєводстві. Фіксація розміру страхових внесків у сфері соціального забезпечення на рівні 7,5% оподаткованого доходу була конче важливим рішенням і означала суттєве скорочення їх порівняно з попереднім рівнем і 10-відсотковою ставкою, що пропонувалася раніше. Це питання жваво обговорювалося в першій половині 1998 року, був навіть створений виконавчий

¹ Модель соціального страхування Бісмарка належить до солідаристських, оскільки внески пропорційні доходам, а послуги надаються відповідно до потреб.

орган — Комітет із захисту реформи охорони здоров'я (КЗРОЗ) [16]. Проте після втручання міністра фінансів (політика, котрий більше за інших обстоював проведення шокової економічної терапії, щоб якомога швидше покінчити з комунізмом) розмір внесків був зафіксований на рівні 7,5%. Це рішення спричинилося до дефіциту бюджету системи соціального страхування, що відбилося в обмеженні переліку оплачуваних фондом послуг, поза яким усі послуги були платними. От яскравий приклад того, наскільки глибоким був дефіцит фінансування: у 2000 році в Мазовецькому районі кількість гінекологічних консультацій, які могли бути оплачені з фонду, становила 40% від усіх візитів, що мали місце 1996 року, а в перерахунку на одну жінку є еквівалентною одній консультації на 7–8 років [33]. У період між 1998 і 2000 роками доступність лікування від алкогольної залежності знизилася на 20–25%¹. Крім того, Польське соціально-діагностичне дослідження виявило, що в період між 1998 і 1999 роками частка респондентів, які отримують стоматологічну допомогу, знизилася від 46% до 26%, а тих, хто відвідує ларинголога, — із 35% до 18%, а 2005 року — до 15% (див.: <http://www.diagnoza.com>).

“Раніш ми приймали пацієнтів по вісім годин на день, — нарікав у 2005 році в газетному інтерв'ю ларинголог зі Слупська. — Тепер лише чотири–п'ять. Ліміти дуже скоротилися [...]. Ніхто не буде платити нам за пацієнтів, прийнятих понад ліміт. Листи до Національного фонду здоров'я не дають жодних результатів. У невідкладних випадках ми намагаємося допомогти пацієнтам, особливо дітям, але на більше ми не здатні. Пацієнти звинувачують нас, але це не наша провина”². Неповне покриття витрат, передбачене системою соціального страхування, у поєднанні з нездатністю зробити обмеження прозорими, на практиці нівелювали солідарність і рівність, проголошені як принципи системи страхування. Наслідком реформи стало збільшення обсягів доплат, що їх людям доводилося безпосередньо покривати зі своєї кишені, і внаслідок цього — вибіркова доступність медичної допомоги. Дослідження, проведене в листопаді 1999 року, засвідчило, що кожен шостий респондент особисто сплачував за медичні послуги, що їх раніше отримував безкоштовно [16]. Понад те, лікарі почали дедалі більше практикувати стягування плати за послуги, що покривалися державними фондами [32]. З цих причин, хоча теоретично медицина залишилася загальнодоступною, перетворення “йшли, — як визнавала Цихоцька, — суто в одному напрямі — до колосального поглиблення нерівності в суспільстві” (цит. за: [58, с. 167]).

У той час як законодавство встановило фінансові обмеження на лікарську допомогу, приватизація фармацевтичної промисловості Польщі призвела до встановлення нових розцінок на медичні послуги, покликаних забезпечувати прибутки фармацевтичних фірм. Якщо раніше Польща була

¹ Див.: Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lat 2000–2005 (Dokument Zatwierdzony do Realizacji na Posiedzeniu Rady Ministrów w dn. 26 września 2000).

² Drenowanie Kieszoni Pacjentów // *Głos Pomorza*. — <http://www.nfz-wroclaw.pl/prasowka>.

великим — неприбутковим — фармацевтичним виробником, то зараз майже 90% її фармацевтичного ринку (шостого із найбільших у Європі) належать фірмам західного походження (див.: <http://www.biotechnologia.com.pl>). Іншим наслідком цього стало систематичне зниження частки сегмента фармацевтичного ринку непатентованих ліків на користь дорожчих патентованих препаратів¹.

Процес цей відбувався під егідою ЄС. Приміром, у 2003 році Єврокомісія зажадала від Польщі скасувати штрафи, що їх накладали на західні компанії за завищені ціни, аргументуючи це боротьбою з дискримінацією фірм [7], при цьому однією з умов вступу Польщі до ЄС було визнання правила продовження дії патентів, що дуже швидко структурувало фармацевтичний ринок Польщі на користь дорожчих препаратів [47]². У результаті нині засоби на компенсацію витрат на ліки лише трохи перевищують п'яту частину польського бюджету на потреби охорони здоров'я, тоді як решту, що становить 33,4% від загальних видатків на компенсацію витрат на ліки, оплачують безпосередньо пацієнти [38]. Зауважимо, що у 1990 році відповідний показник дорівнював 6% (див.: <http://www.ckzeto.com.pl>). Залежно від категорії, до якої належить препарат, пацієнти сплачують або номінальну тверду ціну, або 30–50% загальної вартості ліків. Зовсім мізерна частка пацієнтів загалом звільнені від сплати за рецептом. Це стосується військовослужбовців, інвалідів війни та армії, регулярних донорів крові та “жертв політичних репресій”³. Є також група державних діячів (разом із їхніми сім'ями), що їх також звільняють від сплати. Зрештою, лікарняні листи і ліки від деяких хвороб є безкоштовними для всіх. Проте для окремих пільгових категорій і компенсацій встановлено ліміти, зокрема для компенсацій за життєво необхідні препарати, що їх відпускають за твердою ціною. У 2005 році ліміти для деяких ліків було скорочено, що фактично означає підвищення рівня доплат.

Нові ціни позбавили людей, які збідніли в процесі перетворень, раніше доступної їм медичної допомоги. У 2003 році Польське соціально-діагностичне дослідження показало, що між доходом і зверненням за медичною допомогою існує позитивна кореляція і що в період між 2003 і 2005 роками частка людей, які не отримують зарплати й не мають коштів на оплату медичної допомоги, збільшилася більш як на 13% (див.: <http://www.diagnoza.com>). Інше дослідження 2003 року засвідчило: якщо серед людей із вищою освітою 4% заявили, що їм часто бракує грошей на придбання необхідних ліків, то в групі із середнім рівнем освіти цей показник сягав 38% [22]. Старша медсестра, котра у 1989 році брала участь у круглому столі з питань охорони здоров'я як представник “Солідарності”, зазначала, наскільки сильно зміни, що відбуваються, відрізняються від очікувань і сподівань перших років після падіння комунізму: “Попервах усе було непогано, оскільки спо-

¹ У 2004 році увиразнилася зворотна тенденція.

² Що викликало протест міністрів охорони здоров'я країн співтовариства.

³ Див.: Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U.04.210.2135 z dnia 27 sierpnia 2004 r. (<http://www.nfz.gov.pl>).

чатку все було по-людському — наводили порядок, починали закладати фундамент, на якому можна буде побудувати щось раціональне, економічно обґрунтоване; при цьому не обов'язково, щоб охорона здоров'я була такою послугою, як інші, одначе... були сформульовані права пацієнтів, пропонувалися стандарти, все розпочиналося добре, але потім [...] наступні політичні команди розвели такий хаос, що [...] багато людей, — і я не впевнена, що і я до них невдовзі не долучуся, — які говорять, що в період тоталітаризму було більше здорового глузду і більше людяності”¹.

Спостерігачі відзначали ідеологічні зсуви. Один із них писав: “...тоді як польська економіка на початку 1990-х років пройшла шлях від соціалізму до капіталізму, [...] охорона здоров'я йде від комунізму до капіталізму. Це означає, що масштаби змін, зокрема й у свідомості, у сфері охорони здоров'я мають бути радикальнішими, ніж у промисловості” [37]. Замість цього ідеологічна трансформація полягала в утвердженні пріоритету інтересів, що їх визначали як “приватні”, у відмові від поняття соціальної відповідальності держави й “обвинуваченні самих жертв” [11]. У перебігу тодішніх дебатів високопоставлений чиновник Фонду медичного страхування сказав таке: “Чому ви й надалі говорите зі мною про суспільні інтереси (*interes społeczny*)? Це було за комунізму. Зараз є лише бізнес (*tylko interes*)!” [29, с. 14]. На нещодавніх зборах Польсько-Англійської торгової палати у Кракові директор Національного фонду здоров'я також заявив, що “охорона здоров'я має здійснюватися на основі принципів бізнесу, і якщо ця умова буде дотримуватися, охорона здоров'я може виявитися дуже прибутковим бізнесом”². Днем раніше, під час онлайн-інтерв'ю, яке проводив медичний часопис, його запитали стосовно позиції з приводу проблеми високого рівня доплат у сфері охорони здоров'я³. Відповідь чиновника зводилася до того, що в підвищенні розцінок на медичні послуги люди мають звинувачувати не керівників, а самих себе: “На доплати слід дивитися з різних точок зору. По-перше, стан нашого здоров'я на п'ятдесят відсотків залежить від нас самих, і лише частково — менш як на 15% — від системи охорони здоров'я. Тож якщо ми визнаємо, що нашою метою є збільшення середньої тривалості життя й підвищення стандартів здоров'я, ми маємо більше уваги приділяти власному здоров'ю. Доплати потрібно розглядати так: а чи не я сам своєю поведінкою підвищую вартість свого ж лікування?” Критики, навпаки, вбачають у новому рівні доплат акт агресії. Один із них, наголошуючи низький рівень доходів більшості людей, написав: “У цій ситуації примушувати людей користуватися платними послугами, які більшості з них просто не по кишені, — це вже навіть не дискримінація, а радше винищення” [30, с. 20].

¹ Інтерв'ю с А.Г., Краков, 17 жовтня 2003 року.

² Stop protecting public, let private thrive – a call for private health care. British-Polish Chamber of Commerce Business Breakfast, Kraków. – <http://www.polishmarket.com>.

³ Інтерв'ю з Єжі Міллером, 27 січня 2005 року (див.: <http://www.mp.pl/kurier/index.php?aid=25553>).

Думки з приводу реформи охорони здоров'я: проект “Нова Гута”

Зміни у сфері охорони здоров'я Польщі стали джерелом наживи, зокрема для “капіталістів державного сектору” і фармацевтичних фірм. Водночас соціологічні дослідження постійно фіксували негативне ставлення громадян до реформованої системи охорони здоров'я. Нещодавнє дослідження Центру вивчення громадської думки (ЦВГД), показало, що лише 19% респондентів задоволені станом охорони здоров'я в Польщі [8]. Проте відсутність ясності стосовно прав, що їх на практиці отримали люди в результаті реформ, у поєднанні з відсутністю детальних досліджень означають, що те, як насправді сприймалися зміни у сфері охорони здоров'я, стало “сірою зоною”, про яку відомо дуже мало. Дослідницький проект “Нова Гута” передбачав лонгітудне дослідження сприйняття змін у Новій Гуті, яка нині входить до складу Кракова, а за задумом мала стати “першим соціалістичним містом” Польщі. У рамках Проекту був організований форум, що дав можливість людям, зокрема, сформулювати свої враження від реформи охорони здоров'я [53; 55]. Стаття спирається на результати фокус-груп, проведених у 1998–2000 роках, у яких взяли участь теперішні й колишні робітники місцевого металургійного заводу, і на дані індивідуальних опитувань у період від 1998-го до 2003 року. Хоча населення Нової Гуті здебільшого складається з робітників важкої промисловості, рівень смертності тут був менший, ніж у будь-якому іншому районі Кракова, де смертність, своєю чергою, була відносно невисокою [52; 55]. Під час проведення фокус-груп завод удвічі скорочував кількість робочих місць на виконання укладених на переговорах про вступ до ЄС домовленостей, покликаних захистити західних виробників від конкуренції з боку польських виробників сталі [25]. На момент приватизації заводу в його медичній службі працювала 821 особа [55], і Профспілка медичних працівників під егідою “Солідарності” завзято протистояла приватизації. Тодішній директор Центру здоров'я пізніше згадувала, як, незважаючи на загальне визнання, що ця медична установа краща за будь-які інші, її повідомили, що установу належить закрити. “Мені сказали, що в морі суму не може бути острівця радості”, — пояснила вона¹.

Як же в такому разі зміни в охороні здоров'я сприймалися жителями Нової Гуті і як усе це пов'язане із розумінням громадянства? Для учасників проекту “Нова Гута” реформа охорони здоров'я була стресом і асоціювалася з втратами. Давався взнаки брак медичної допомоги та зниження її якості, про що люди згадують дотепер. Як сказав один колишній робітник, нині пенсіонер: “Ще одна річ (після загрози звільнення), що обернулася стресом [...] — медичне обслуговування. Ти зазвичай ішов до лікаря і при цьому знав, що йдеш до цього лікаря і ніхто не робить тобі послуги. Так, справді, доводилося стояти в черзі, але (у тім-то й річ) і зараз теж, незважаю-

¹ Інтерв'ю з К.М., Краков, 23 листопада 1998 року.

чи на реформу, але все одно ти йшов до лікаря, він слухав, і все, що потрібно, ти отримував”¹.

На ділі право на медичне обслуговування було порушене підвищенням цін. Замість упевненості й захищеності зміни призвели до посилення непевності й страху, в яких можна було бачити джерело негативних наслідків для фізичного і душевного здоров'я. Наведені далі думки учасників двох фокус-груп дають змогу оцінити наслідки зростання цін на ліки. Перше висловлення належить робітникові-чоловікові, який вийшов на пенсію, друге — жінці, котра працювала на металургійному комбінаті у 1970-х роках, нині пенсіонерці.

1. “До цього, ще в останній рік, траплялося, що я отримував рецепти... на ліки... іноді два рецепти, абсолютно безплатно, оскільки в мене було два серцеві напади, мені видалили жовчний міхур, у мене також було штучне стегно, ендопротез, тож я вже майже [...]. Отож, сьогодні я не отримую жодного рецепта, я маю за все платити, і щомісяця я сплачую 240, 260 злотих, місяць за місяцем. [...] Моя пенсія, у мене перша група, оскільки в мене інвалідність, тому [...] з урахуванням цього, я отримую 1000 злотих [£170] на місяць”.

2. “Я вам, дами, скажу по секрету, яку пенсію я насправді отримую за 27 років роботи — 480 злотих і 50 грошів. Боюся, що так. Це менше, ніж усе це соціальне забезпечення; можу показати вам квитанцію, вона в мене тут. [...] Ви говорили про досягнення сімдесятирічного віку. Що ж, мені виповниться сімдесят за два роки. Хотіла б я дожити, щоб це побачити, але в теперішньому стані я навіть не знаю... якби не мій чоловік — мій чоловік також серйозно хворий, оскільки в нього діабет і коронарні проблеми, і я не надто... теж... А ліки, про які ви говорите, на жаль [...] моєї пенсії не вистачає на ліки, і на оплату рахунків, і на життя [...]. Я якось сказала собі, що більше так не можу, [...] я думаю, чи приймати ліки, адже ти просто маєш і далі жити так день у день у страху... чи варте воно того? [...] А ще ці нерви, стреси, що призводять до різних непотрібних болячок. Через ці проблеми із серцем, [...] це сильно впливає... усі ці депресії, ну, це справді... жахливо”.

Хоча реформа охорони здоров'я була одним із чинників зубожіння, всі пенсіонери, які брали участь в проекті “Нова Гута”, отримували пенсію, а отже, не належали до тих, хто живе за межею бідності. З іншого боку, їхня потреба в медичному обслуговуванні була великою через вік і внаслідок умов праці. Понад те, ефект від підвищення вартості медичного обслуговування посилювала та обставина, що інші обов'язкові місячні витрати, зокрема плата за житло і комунальні послуги, також зростали. Респонденти апелювали до поняття соціальної відповідальності держави і висловлювали думку, що політики, за яких вони голосували, не обстоюють соціальних інтересів, а зраджують їх. Колишній робітник навів приклад, згадавши про

¹ Інтерв'ю з Й.Л., Нова Гута, 6 грудня 1999 року.

діалог під час радіопередачі між слухачем, який зателефонував до студії, і міністром охорони здоров'я:

“Річ у тім, що люди втратили надію, оскільки не мають перспектив. Щойно, перед тим як прийти сюди, я почув обговорення на радіо, по третій програмі, про скасування з 25 грудня допомоги з приводу хвороби, як там її... Альц[геймера]... Вони отримували зазвичай подушки безкоштовно... Тепер, виявляється, хворі люди, які телефонують на програму, просто плакали, звідки їм їх... тепер брати... а міністр, котра брала участь у дискусії, насмілюється так красиво, пишномовно, адже в неї освіта — від старої системи, між іншим, — сьогодні зраджувати покалічених (spracowani) людей... Вони телефонували і буквально плакали [...] ну, оскільки їм нема чим за це платити... і [людина, яка зателефонувала] сказала: “Як може міністр, представник нашого уряду, замість підбадьорити, говорити нам, що відбирає останнє... коли ми ходимо випрошуємо милостиню по інстанціях” [...] Багато хто говорить, що краще вкоротити собі віку, ніж дивитися, що нині відбувається. Бо такий у нас уряд [...] тепер вони зробили революцію в охороні здоров'я. Так от, це найгірше. [...] Зазвичай я ходив до доктора в цей будинок, коли там уже зранку було по 200–300 людей. Сьогодні [...] приходиш, і абсолютно нікого немає, ти не бачиш пацієнтів, люди не хочуть йти на лікарняний, ті, хто працює, бо впевнені, що в протилежному разі їх звільнять. Адже навіть це ніхто не контролює. Нема кому цим опікуватися. Вони переймаються лише своїми посадами, своїми кріслами”.

Послаблення впевненості й захищеності, що супроводжувало реформу сфери охорони здоров'я, і відчуття утисків, що може виникнути в результаті цього, відображене в коментарях електрика, який працював на металургійному комбінаті від 1960-х років, а нині є пенсіонером. Цікаво, що він припускає участь у цьому процесі європейських політиків.

“Не можна скидати з рахівниць, що я чув, ніби з Брюсселя надійшли інструкції, буцімто населення Польщі має налічувати не 40 або 38 мільйонів або близько того... , а 24 мільйони осіб. Справді... і це можна дуже легко влаштувати. Ціни на ліки зросли. Ви, мабуть, чули неодноразово, що люди похилого віку йдуть від аптечних прилавків [голіруч]. Бо не можуть собі дозволити купити ліки. Причому [це] основні ліки, що мають допомогти їм, [це] коштує стільки-то й стільки-то, і [тому] вони ладні відмовитися від ліків. Лише вітаміни, і що їм це дасть? А до чого це я говорю? До того, що старі люди, котрі, власне, нікому більше не потрібні, навіщо їм надавати допомогу — за інвалідністю або пенсії — коли їх можна позбутися — й тоді в бюджеті країни залишатиметься більше коштів. А відтак — просто піднімемо ціни на ліки [...] Піднімемо ціни на ліки, зовсім не збільшуючи [допомоги] за інвалідністю та пенсії, — і старі повимирають самі [...]”¹.

Люди, які брали участь у дослідженні, ще далекі від індивідуалістичної ідеології, що лежить в основі ліберально-демократичного громадянства. Вони схильні інтерпретувати свої проблеми зі здоров'ям радше не в кон-

¹ Інтерв'ю з Й.М., Нова Гута, 9 травня 2003 року.

тексті “поведінки”, а в контексті роботи, соціальне значення якої було підґрунтям їхнього світогляду. За комунізму шкідливість роботи на металургійному комбінаті чітко визнавалася законодавством і вписувалася в рамки адміністративних структур соціального забезпечення й тарифних категорій. Тим, хто працював на “шкідливому виробництві”, гарантувалося посилене харчування, ранній вихід на пенсію і регулярний відпочинок у санаторіях. Зв'язок, що його люди і далі вбачають між шкідливими умовами роботи на комбінаті, своїм теперішнім станом здоров'я і, як результат, правом на турботу, відображений у судженнях, якими обмінялися дві жінки-учасниці фокус-групи. Перша 25 років поспіль очолювала бригаду прибиральників в одному із найзабрудненіших цехів металургійного комбінату, друга була оператором мостового крана і в 1970-х роках вийшла на пенсію за станом здоров'я.

1. “Цех (в якому я працювала) був справді брудним, і що [відбувалося]? Ти працював, і ти занедужував (як і решта), — чому, всі ми знали ... у тому цеху... Увесь час ліки, я постійно купую очні краплі, бо в мене ця... глаукома. Я 20 злотих на місяць витрачаю на краплі, і так увесь час. Щомісяця якраз одна маленька пляшечка і... І все одно... треба купувати інші ліки — причому цього разу дорогі... Отже, у мене пенсія 820 злотих, фактично, це небагато, треба платити (за рахунками), тож іноді доводиться трохи позичати в Гути, оскільки я й досі є членом фонду, ну, і треба повертати гроші, й іноді залишається лише 300 злотих на весь місяць”.

2. “Я, приміром, перенесла операцію на очах, мені вставили лінзу, насправді [попередня учасниця] не витрачає багато, бо я на місяць витрачаю 50 злотих, тому що мені потрібні два види крапель — одні для здорового ока, інші для хворого. [...] Бетоптік коштує 25 злотих, а звідки в мене хворе око? — Через ту пилюку, через те... газ, у якому ми працювали. Зрештою, у [тому] цеху [...] стояв жахливий шум, пилюка неймовірна, ми всім цим дихали, тож не дивно, що в мене стенокардія, хвороба коронарних судин, тому я ходити не можу. А ще потрібен інгалятор для бронхіальних шляхів — адже саме бронхіальні шляхи найбільше постраждали... Ні, наш уряд не вмів правити, от що я вам скажу. Ви маєте сказати, що вони діють на шкоду людям (*krzywdza ludzi*)”.

Фінансові негаразди у сприйнятті людей часто асоціюються із формуванням нової нерівності й, таким чином, із несправедливістю. Інженер на пенсії, описуючи реакцію людей на неможливість отримати медичну допомогу через неплатоспроможність, протиставляє риторичку демократії та свободи вибору економічним обмеженням демократії, з якими він стикається на практиці.

“Вони сваряться. Вони жахливо сваряться. ... І вони порівнюють... ну... із тим, що написано тут [розгортає газету і показує на наведену в ній зарплату чиновника]... Вони вичікують, поки [хвороба] пройде, а якщо не проходить, ну, ви розумієте, чого вони очікують [усміхається] — натомість у нас є демократія. А демократія означає, що у нас є вибір [нотки

сарказму], проте нам нема з чого обирати... Усе змінилося на гірше. За комунізму люди так не жили. Скажімо так, бідність була спільною. Усі жили дуже скромно. На низькому рівні. Але зараз ми маємо жахливе розшарування (*rozwarstwienie*). Дехто живе дуже добре, заможна. Решта живе дедалі гірше. [Знову розгортає газету]. От яка зарплата у наших представників... зарплата представників, за яких ми голосували. Я стільки за рік не отримую, хоча серед пенсіонерів вважаюся царем Крезом. Моя дружина (яка 25 років пропрацювала у Гуті) за три роки не отримує стільки, скільки депутат парламенту за місяць”¹.

Висновки

У західній політичній соціології політичні наслідки капіталізму в контексті інституту громадянства завжди розглядали дуже однобічно [6]. І в політичній теорії справа була схожою [5]. Сучасні підходи, що наголошують консолідаційний потенціал соціальних прав, виключають зі сфери аналізу принципи наслідки капіталістичного соціального ладу і, тим самим, умови, що вможливають консолідацію. За такого підходу класова нерівність, вплив якої передусім був покликаний обмежити соціальне громадянство, подається як щось природне. Розвиток ситуації після падіння комунізму порушує питання про передумови виникнення соціальних бар’єрів. Ідеї лібералізму й капіталістичної економіки як квазіприродного феномена спиралися на ідеологію холодної війни. У посткомуністичний період вони стали більш уразливими для критики.

Зміни у сфері охорони здоров’я Польщі були елементом трансформації соціального ладу, головною рисою якої було створення нової асиметрії влади на засадах багатства і бідності. Перетворення здоров’я на об’єкт споживання зробило охорону здоров’я одним із механізмів упровадження цих нових соціальних відносин. Запроваджуючи нові відмінності у площині захищеності здоров’я, його консьюмеризація забезпечує “кумулятивну каузачію” класу [4]. Таким чином, наслідки нерівності в медичному забезпеченні вельми різноманітні. Вибіркове позбавлення доступу до медичної допомоги фактично перетворює хворобу на інструмент соціальної маргіналізації, але понад те, наскільки підвищення соціальної допомоги розширює свободу вибору на ринку праці [13], настільки ж її скорочення збільшує залежність, а відтак експлуатованість у постсоціалістичних трудових відносинах. За часів розбудови державного соціалізму політика охорони здоров’я вважалася інструментом створення нового, більш рівноправного суспільства і нового типу громадянина [17]. Перехід від комунізму до ліберально-демократичного громадянства насправді був невіддільний від лібералізації, приватизації власності, становлення капіталізму і класів, і саме тому обернувся *de facto* диференціацією прав. Сфера охорони здоров’я стала одним із вимірів цього процесу формування класів. Оскільки на практиці доступність для хворої людини допомоги спеціаліста, основних ліків або просто належного харчування визначається її статусом у межах нового соціального порядку і,

¹ Інтерв’ю з М.С., Нова Гута, 6 грудня 1999 року.

своєю чергою, визначає цей статус і порядок, хоча Конституція, як і раніше, гарантує всім і кожному право на медичне обслуговування [42]. До того ж, нерівність, що виникла в межах соціального ладу Польщі, була частиною трансформації глобальних відносин структур влади.

Нова програма охорони здоров'я ЄС застосовує мову громадянства для опису нових обривів більшої рівності стосовно здоров'я. При цьому в основі “нового універсалізму”, що переважає нині в глобальному дискурсі про права на здоров'я, лежить скорочення сукупності видів лікарської допомоги, на які поширюються універсальні права [56]. Твердять, якщо будуть задоволені потреби соціально незахищених, обмеження універсальних прав на здоров'я не суперечитиме принципам справедливості у сфері охорони здоров'я [45]. Утім, як показують опитування в Новій Гуті, “соціально незахищені” — не трансісторична категорія, на підставі якої можна оцінювати адекватність забезпечення медичної допомоги. Вони доводять радше, що зміни у сфері охорони здоров'я, поряд з іншими змінами умов, мають стосунок до виникнення і соціального структурування цієї самої незахищеності. Мотив європейського дискурсу про здоров'я полягає в тому, що навіть за умов обмеженості соціальних прав можна досягти рівності, зокрема, на засадах соціальної консолідації й активного громадянства. Суперечливість цього посткомуністичного дискурсу громадянства і здоров'я полягає в зображенні картини безпечнішого, здоровішого і спокійнішого майбутнього для всіх — перспективи, правдоподібності якої ґрунтується на ігноруванні соціальної нерівності як усередині Польщі, так і в країнах Європи, і в породженні цієї нерівності саме ЄС, визначаючи умови членства, відіграв вирішальну роль.

Литература

1. *Agnew J.* How Many Europes? The European Union, Eastward Enlargement and Uneven Development // *European Urban and Regional Studies*. — 2001. — 8. — P. 29–38.
2. *Barbalet J.* *Citizenship*. — Milton Keynes, 1988.
3. *Beskid L.* O Materialnym Rozwarstwieniu Społeczeństwa Polskiego // *Domański H., Ostrowska A., Rychard A. (eds.) Jak Żyją Polacy*. — Warszawa, 2001.
4. *Brenner N.* *New State Spaces: Urban Governance and the Rescaling of Statehood*. — Oxford, 2004.
5. *Brown W.* *States of Injury: Power and Freedom in Late Modernity*. — Princeton, 1995.
6. *Burawoy M.* For a Sociological Marxism: The Complementary Convergence of Antonio Gramsci and Karl Polanyi // *Politics and Society*. — 2003. — 31. — P. 193–261.
7. *Bielecki J.* Bruksela Domaga się Darowania Kar // *Rzeczpospolita*. — 2003. — June 4th.
8. CBOS: *Opinie o Opiece Zdrowotnej w Polsce, Czechach, Słowacji i na Węgrzech*. — Warszawa, 2005.
9. *Cichocka E.* Chaos Informacyjny na Temat Reformy // *Chołuj B. (ed.) System Opieki Zdrowotnej – Efekty Zmian w Polsce i Krajach Sąpiednich*. — Warszawa, 2002.
10. *Collins C., Green A., Hunter D.* Health Sector Reform and the Interpretation of Policy Context // *Health Policy*. — 1999. — 47. — P. 69–83.
11. *Crawford R.* You are Dangerous to Your Health—Ideology and Politics of Victim-Blaming // *International Journal of Health Services*. — 1977. — 7. — P. 663–68.

12. *Deacon B.* Global Social Policy: International Organizations and the Future of Welfare. — London, 1997.
13. *Esping-Andersen G.* The Three Worlds of Welfare Capitalism. — Cambridge, 1993.
14. European Commission: Healthier, Safer, More Confident Citizens: a Health and Consumer Protection Strategy. — Brussels, 2005.
15. *Eyal G., Szelényi I., Townsley E.* Making Capitalism without Capitalists: Class Formation and Elite Struggles in Post-Communist Central Europe. — London, 1998.
16. *Fandrejewska-Tomczyk A.* Przyczyny Niskiej Akceptacji Społecznej Reformy Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych w 1999 r. // Kolarska-Bobińska L. (ed.) Cztery Reformy: Od Koncepcji do Realizacji. — Warszawa, 2000.
17. *Ferge Zs.* A Society in the Making: Societal Policy in Hungary. — Harmondsworth, 1974.
18. *Field M.* Reflections on a Painful Transition: From Socialized to Insurance Medicine in Russia // Croatian Medical Journal. — 1999. — 40. — P. 202–209.
19. *Głowczyk J.* Społeczno-ekonomiczne Skutki Transformacji Ustrojowej w Polsce. — Warszawa, 2002.
20. *Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada C., Włodarczyk C.* Opieka Zdrowotna w Polsce po Reformie. — Warszawa, 2002.
21. *Holmes S.* A European Doppelstaat? // East European Politics and Societies. — 2003. — 17(1). — P. 107–118.
22. *Górecki W.* Dostępność Leków // Borkowska-Kalwas T., Paczkowska M. (eds.) Dostępność Świadczeń Zdrowotnych w Opinii Polaków 1998–2003: Raport z Badań. — 2004.
23. *Jarosz M.* Wiadza, Przywileje, Korupcja. — Warszawa, 2004.
24. *Kaufman R.R., Nelson J.M.* (eds.) Crucial Needs, Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization, and Globalization in Latin America. — Washington, D.C.; Baltimore, 2004.
25. *Keat P.* Penalizing the Reformer: Polish Steel and European Enlargement // Communist and Postcommunist Studies. — 2000. — 33(2). — P. 201–221.
26. *Koivusalo M.* Health Systems Solidarity and European Community Policies // Sen K. (ed.) Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives. — London, 2003.
27. *Koivusalo M., Ollila E.* Making a Healthy World: Agencies, Actors and Policies in International Health. — London, 2007.
28. *Kowalik T.* Why the Social Democratic Option Failed: Poland's Experience of Systemic Change // Glyn A. (ed.) Social Democracy in Neoliberal Times: The Left and Economic Policy Since 1980. — Oxford, 2001.
29. *Krasucki P.* Siła Przyzwyczajenia // Służba Zdrowia. — 2000. — 65–68. — P. 14.
30. *Krasucki P.* Knajpa bez Kelnera // Służba Zdrowia. — 2000. — P. 20.
31. *Krasucki P.* Optymalizacji Systemu Ochrony Zdrowia: Koszty i Korzyści. — Warszawa, 2005.
32. *Kubiak A.* Pacjenci i Lekarze o Korupcji w Publicznej Służbie Zdrowia. Raport z Badań. — Warszawa, 2001.
33. *Lech M.M.* Potencjalne, Negatywne Skutki Reformy Ochrony Zdrowia dla Stanu Opieki Położniczo-Ginekologicznej w Polsce // Chołuj B. (ed.) System Opieki Zdrowotnej — Efekty Zmian w Polsce i Krajach Sąsiednich. — Warszawa, 2002.
34. *Loś M.* Property Rights, Markets and Historical Justice: Legislative Discourse in Poland // International Journal of the Sociology of Law. — 1994. — 2(1). — P. 39–58.
35. *Marshall T.M.* Citizenship and Social Class and Other Essays. — Cambridge, 1950.
36. *Mihalji P., Petru R.* The Fiscal Impact of Health Care Reforms in Central Europe // Dóbrowski M., Rostowski J. (eds.) The Eastern Enlargement of the EU. — Boston; Dordrecht; London, 2001.

37. *Misiński W.* Mity Rynku Usług Medycznych // *Służba Zdrowia*. — 2000. — 40–41. — P. 8–10.
38. Najwyższa Izba Kontroli: Informacja o Wynikach Kontroli Funkcjonowania Systemu Tworzenia Wykazu Leków Refundowanych. — Warszawa, 2004.
39. *Nelson J.M.* Linkages Between Politics and Economics // *Diamond L., Platner M.F.* (eds.) *Economic Reform and Democracy*. — Baltimore, 1995.
40. OECD: 2004 OECD Economic Survey of Poland. — Paris, 2004.
41. *Ost D.* The Defeat of Solidarity: Anger and Politics in Postcommunist Europe. — Ithaca; N.Y., 2005.
42. *Palska M.* Bieda i Dostatek: O Nowych Stylach Życia w Polsce Konca Lat Dziewięćdziesiątych. — Warszawa, 2002.
43. *Parekh B.* The Cultural Particularity of Liberal Democracy // *Held D.* (ed.) *Prospects for Democracy: North South East West*. — Cambridge, 1993.
44. *Polanyi K.* The Great Transformation: the Political and Economic Origins of our Time. — Boston, Mass., 1957.
45. *Redden C.J.* Health Care, Entitlement and Citizenship. — Toronto, 2002.
46. *Sen K.* (ed.) *Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives*. — London, 2003.
47. *Sołtyk R.* Nowe Leki Dłużej Drogie // *Gazeta Wyborcza*. — 2003. — September 12th.
48. *Staniszkis J.* Władza Globalizacji. — Warszawa, 2003.
49. *Tampke J.* Bismarck's Social Legislation: A Genuine Breakthrough? // *Mommsen W.J., Mock W.* (eds.) *The Emergence of the Welfare State in Britain and Germany 1850–1950*. — London, 1981.
50. *Tymowska K.* Health Care under Transformation in Poland // *Health Policy*. — 2001. — 56. — P. 85–98.
51. *Veblen T.* *Imperial Germany and the Industrial Revolution*. — N.Y., 1915.
52. *Watson P.* Health Difference in Eastern Europe: Preliminary Findings from the Nowa Huta Study // *Social Science and Medicine*. — 1998. — 46. — 4–5. — P. 549–558.
53. *Watson P.* Nowa Huta: the Politics of Postcommunism and the Past // *Edmunds J., Turner B.S.* (eds.) *Generational Consciousness, Narrative, and Politics*. — Lanham, Md., 2002. — P. 165–177.
54. *Watson P.* Re-thinking Transition: Globalism, Gender and Class // *Scott J.W., Keates D.* (eds.) *Going Public: Feminism and the Shifting Boundaries of the Private Sphere*. — Urbana; Champaign, 2004.
55. *Watson P.* Stress and Social Change in Poland // *Health and Place*. — <http://www.sciencedirect.com/science/journal/13538292>.
56. WHO: Making a Difference. *World Health Report 1999*. — Geneva, 1999.
57. *Williamson J.* What Washington Means by Policy Reform // *Williamson J.* (ed.) *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* — Washington, DC, 1990.
58. *Włodarczyk C.* Cele Reformy Opieki Zdrowotnej // *Kolarska-Bobicka L.* (ed.) *Cztery Reformy: Od Koncepcji do Realizacji*. — Warszawa, 2000.
59. World Bank: *Growth, Poverty and Inequality: Eastern Europe and the Former Soviet Union*. — Washington, D.C., 2005.

Переклад з англійської Дмитра Гломозди