

GOSPODARKA NARODOWA

7-8
(239-240)
Rok LXXX/XXI
lipiec-sierpień
2011
s. 71-87

Violetta KORPOROWICZ*

Zdrowie jako kategoria społeczno-ekonomiczna

Wstęp

Rozwój ekonomiczny nie jest możliwy bez zdrowego, sprawnie funkcjonującego, innowacyjnego i posiadającego umiejętność adaptacji do zmieniających się warunków życia i pracy społeczeństwa. „(...) pomysłowość, zmysł formy, wynalazczość, zdolność szybkiego przenoszenia wynalazków do produkcji nabierają coraz większego znaczenia. Stopień rozwoju nowych gałęzi przemysłu wyznacza zawsze człowiek (...)” [Lipiński, 1981, s. 595]. Stąd też uważa się, że we współczesnych gospodarkach efektywność pracy zależy nie tylko od materialnych czynników produkcji, ale również od potencjału intelektualnego i fizycznego społeczeństwa.

Większość dotychczasowych analiz ekonomicznych dotyczących identyfikacji uwarunkowań rozwoju gospodarczego skupia się głównie na materialnych czynnikach produkcji. Brakuje ogólnej refleksji dotyczącej wpływu zdrowia społeczeństwa – traktowanego jako element kapitału ludzkiego – na ten rozwój.

Celem artykułu jest przedstawienie zagadnienia zdrowia społeczeństwa jako istotnego elementu rozważań na gruncie ekonomii. W pierwszej kolejności zaprezentowane zostaną opinie na temat zdrowia jako kategorii rozpatrywanej na gruncie nauk społecznych. Następnie analiza obejmie ekonomiczną wycenę zdrowia. W kolejnym podrozdziale zawarta jest dyskusja na temat roli oraz zakresu kapitału ludzkiego w procesie gospodarowania ze wskazaniem, że na ten zakres istotny wpływ mają też nakłady na zdrowie społeczeństwa. W koń-

* Autorka jest pracownikiem Katedry Ekonomii Środowiska i Zasobów Naturalnych w Kolegium Ekonomiczno-Społecznym Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, e-mail violetta.korporowicz@sgh.waw.pl. Artykuł wpłynął do redakcji w maju 2011 r.

cowej części artykułu zaprezentowana zostanie analiza zdrowia i jego ochrony w świetle teorii dóbr.

Zdrowie w oglądzie społecznym

Współczesna nauka traktowała i wykorzystywała głównie somatyczne podejście do wyjaśnienia fenomenu zdrowia, które pojmowano jako zjawisko obiektywne, rozpoznawalne za pomocą badań, analiz, czy np. testów laboratoryjnych [Wulff, Gotzsche, 2005, s. 71]. Takie podejście do zdrowia nie dawało pełnego oglądu problemu. Zaczęto poszukiwać pełniejszego wytłumaczenia tej kategorii. Do tego celu wykorzystano osiągnięcia licznych nauk, w tym nauk społecznych. Podjęto próbę określenia zdrowia przez zdolność człowieka do pełnienia ról i zadań społecznych (podejście funkcjonalne). Podejście takie zaproponował T. Parsons, który odczytał i nadał nowy sens kategorii zdrowia, które postrzegał poprzez pryzmat funkcjonowania systemu społecznego [Parsons, 1968, s. 327]¹. Zdrowie w jego ujęciu wyraża się umiejętnością do uczestnictwa człowieka w systemie społecznym. Zgodnie z taką interpretacją każda osoba, która może spełniać swoje role społeczne, np. rolę pracownika czy studenta powinna być traktowana i czuć się jak osoba zdrowa.

Spoleczne rozumienie zdrowia było podstawą zaproponowania przez Światową Organizację Zdrowia w 1948 r., poszerzonego w stosunku do somatycznego oraz funkcjonalnego ujęcia tej kategorii. Uznano, że zdrowie stanowi pełnię fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu (*well-being*) człowieka, a nie jest tylko brakiem choroby lub kalectwa [Bowling, 2003, s. 20]. Koncepcja ta zrewolucjonizowała myślenie o człowieku i jego kondycji, jednak nadal ma szereg mankamentów, którymi jest to, że:

- opiera się na założeniu „braku choroby”, co jest tak samo nie do zbadania jak opisywane tą miarą zdrowie, tym bardziej że wszystkie organizmy żywe na dowolnym poziomie rozwoju ulegają chorobom, nawet bakterie chorują,
- nie daje badaczom narzędzi do jednoznacznego określenia obszaru zdrowia,
- określa zdrowie jako „dobrostan”, który nie został sprecyzowany, a to powoduje, że nie wiadomo co on oznacza i jak go mierzyć,
- wyklucza możliwość jednoznacznego zbadania zdrowia, tzn. nie wiadomo, gdzie się ono zaczyna, a gdzie się kończy [Korporowicz, 2008, *Promocja...*, s. 15].

Na uwagę z punktu widzenia tematu niniejszego artykułu zasługuje opinia, która eksponuje ekonomiczno-społeczne podejście do rozumienia zdrowia

¹ Społeczna koncepcja zdrowia okazała się z jednej strony rewolucyjna w rozumieniu poszerzenia granic i tradycyjnych podziałach na ludzi zdrowych i chorych. Z drugiej nie do końca adekwatna, gdyż wszyscy w myśl tej teorii muszą pełnić jednakowe role społeczne, aby być traktowani jako osoby zdrowe. Niespełnianie części z tych ról wskazuje na chorobę. W takim ujęciu, mówiąc o zdrowiu, brak jest marginesu związanego z gustami, upodobaniami czy szczególnym talentem.

a zaproponowane zastało w dokumencie „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”, w którym stwierdzono, że zdrowie jest:

1. bogactwem społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój ekonomiczny i społeczny, ponieważ tylko zdrowe społeczeństwo jest w stanie tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się oraz osiągać odpowiednią długość życia;
2. wartością pozwalającą jednostce lub grupie realizować swoje aspiracje oraz potrzebę osiągnięcia satysfakcji, a także zmieniać środowisko i radzić sobie z nim [*Zdrowie dla wszystkich...*, 1997].

Rozumienie zdrowia uwzględniające aspekt społeczny zawarte też jest w koncepcji Walsha McDermotta. Teoria ta stwierdza, że „[...] zdrowie jest pojęciem względnym, charakteryzującym stopień, z jakim poszczególne jednostka, w warunkach określonych przez czynniki genetyczne oraz jej środowisko fizyczne, kulturowe i społeczne może skutecznie działać” [McDermott, 1973, s. 7]. Takie rozumienie zdrowia uwzględnia wiele czynników, które wpływają na jego kształt. Natomiast ocena i weryfikacja zdrowia odbywa się poprzez „skuteczne działania”, które w tej definicji nie są bliżej sprecyzowane. Nie zaznaczono tu jaki zakres jest tych działań, na co mają być skierowane oraz czy każde działania są miarą zdrowia. Brak też jest opinii na temat rozumienia owej skuteczności. Jak ją mierzyć czy chociaż rozumieć. Przecież nie wszystkie skuteczne działania są przejawem zdrowia i to w jakimkolwiek wymiarze [Korporowicz, *Zdrowie i jego...*, 2005, s. 26]. Uzupełnieniem społecznego podejścia do kategorii zdrowia może być opinia dotycząca uwzględnienia oczekiwań społeczeństwa co do jakości usług medycznych, na jakie może sobie pozwolić świadczeniobiorca [Jadad, O’Grady, 2008]. Takie podejście uwzględnia tak istotny element, jakim są jakość świadczonych usług zdrowotnych oraz środki finansowe przeznaczone na ten cel.

Jednak nawet wielopoziomowe koncepcje zdrowia nie opisują i nie obejmują całości zagadnienia, gdyż pomijają element rozwoju człowieka. Takie mankamenty przełamuje humanistyczne podejście do zdrowia (*humanistic approach*), którego przykładem są studia Kazimierza Dąbrowskiego. Teorię tę można próbować aplikować do różnych wymiarów zdrowia. Stworzył on koncepcję dezintegracji pozytywnej, zgodnie z którą zdrowie nie przejawia się poprzez doskonałą integrację wewnętrzną, czy pełną integrację ze środowiskiem zewnętrznym². Stany wewnętrznej dezintegracji są przejawem zdrowia, które traktować należy jako zdolność do wielopoziomowego i wielopłaszczyznowego rozwoju człowieka [Dąbrowski, *Zdrowie...*, 1974, s. 39]³. W myśl tej teorii można uznać za chorych tych, którzy np. nadmiernie manifestują swoje zdrowie jako

² Takie stany według Dąbrowskiego są określane raczej jako brak wewnętrznej refleksji, prymitywizm osobowości czy wręcz zahamowanie rozwoju.

³ Podejście do rozumienia zdrowia przez możliwość rozwoju w wyniku rozbitcia starych struktur przełamuje dotychczasowe niedogodności definicyjne o charakterze normalności, niewyjaśnionego bliżej „dobrostanu” czy poczucia sprawności. Uwzględnia jako główny element rozwój człowieka szczególnie w sferze uczuć czy realizacji własnych ideałów za pomocą potencjałów tkwiących i stanowiących istotę człowieka.

umiejętność dobrego przystosowania się do istniejących warunków społecznych i ekonomicznych.

Ekonomiczny wymiar zdrowia

Kategorią zdrowia interesują się również ekonomiści. Stwarza ona podstawy do badania konkretnych kosztów opieki zdrowotnej a pośrednio warunków życia i rozwoju społeczno-ekonomicznego [Blanchard, 2009, s. 262]. Istotny jest tu, np. koszt pozyskania i utrzymywania zdrowia, który związany jest z funkcjonowaniem sektora ochrony zdrowia [Browning, Zupan, 2006, s. 23]. Kategoria ta używana jest do wyceny kosztów ubezpieczeń zdrowotnych, np. wypadków samochodowych, lotniczych. Obliczono, że w USA rodziny ofiar wypadków lotniczych mogą otrzymać od 300 tys. dol. do 500 tys. dol., a bywają przypadki, że i kilka milionów. Federalny Zarząd Lotnictwa w USA ocenia, że zdrowie ludzkie warte jest 650 083 dol. Natomiast Agencja Ochrony Środowiska USA preferuje wielkości od 400 tys. dol. do 7 mln dol., przy średniej od ok. 1,5 mln dol. [Kamerschen, McKenzie, Nardinelli, 1993, s. 452]. Wycena zdrowia jest również stosowana do określenia kosztów degradacji środowiska przyrodniczego, które wyrażają się wzrostem zachorowań czy przedwczesnymi zgonami w wyniku właśnie zatrucia środowiska.

Wyceniając zdrowie należy założyć, że jest to specyficzny towar. Przy takim założeniu można badać popyt i podaż zdrowia. Popyt łączy się z przyszłymi korzyściami wynikającymi z obniżenia np. absencji chorobowej i wyraża się poprzez rzeczywiste chęci i możliwości zakupu określonego dobra czy świadczenia medycznego [Aksman, 2010, s. 121]. Podaż zdrowia zaś związana jest z wydatkami, gdzie zaangażowane są czynniki wytwórcze w celu zaoferowania dóbr i usług, rozumianych właśnie jako liczba usług czy też świadczeń, które są dostarczane społeczeństwu za pomocą systemu ochrony zdrowia.

Liczbową „wycenę” zdrowia podejmuje między innymi na gruncie ekonomii zdrowia, dla której taka „wycena” jest niezbędna do przeprowadzenia np. rachunku ekonomicznego działań w opiece zdrowotnej [Morris, Devlin, Parkin, 2007, s. 123]. Sama „wycena” zdrowia jest często dokonywana na podstawie szacunku co do wysokości zarobków, które człowiek mógłby pozyskać, gdyby pracował w pełnym zdrowiu. Tak rozumiana wartość zdrowia równoznaczna jest ze zdolnością do zarabiania w okresie aktywności zawodowej [Kamerschen, McKenzie, Nardinelli, 1993, s. 453]. Jednak sposoby określenia „zdolności do zarabiania” są różne, nawet w ramach tych samych krajów, co związane jest między innymi z przepisami prawnymi⁴. Modyfikacją tego sposobu wyceny zdrowia jest „metoda zdyskontowanych zarobków”, która różni się od poprzedniej o uwzględnioną stopę dyskontową [Fuchs, 1986, s. 36-37]. Jednak metoda ta

⁴ Na przykład w stanie Georgia, ludzkie zdrowie warte jest tyle, ile dana osoba zarobiłaby, podczas gdy w stanie Nowy Jork ich wartość jest proporcjonalna do pieniędzy, które wniosłaby ona do rodziny [Kamerschen, McKenzie, Nardinelli, s. 453].

jest krytykowana między innymi za brak możliwości precyzyjnego, adekwatnego do rzeczywistości i oczekiwań, określenia wysokości tej stopy.

Odmienną miarą ekonomicznej wyceny zdrowia może być, tzw. wartość statystycznego życia (*Value of Statistical Life* – VOSL), która została opracowana w USA. Stosuje się ją do określenia korzyści związanych z ograniczeniem przedwczesnych zgonów, spowodowanych zanieczyszczeniem środowiska. Miara ta dotyczy gotowości do płacenia (*Willingness to Pay* – WTP) za zmiany w poziomie ryzyka śmierci. Oblicza się ją poprzez przyjęcie założenia, że istnieje np. grupa 10 tys. ludzi, którzy mają bardzo zbliżone ryzyko zgonu, które np. równa się 4/10 tys. w ciągu jednego roku. Dodatkowo jeżeli realizowany jest projekt dotyczący ochrony środowiska, który po jego wdrożeniu spowoduje obniżenie ryzyka śmierci o 25%, to znaczy do poziomu 3/10 tys., czyli w badanej grupie umrze 1 osoba mniej w wyniku wdrożenia tego programu. Gdy ponadto każda z tych osób wyrazi zgodę na opłacenie 100 dol. za realizację tego projektu, to można przyjąć, że wartość statystycznego życia w tych konkretnych warunkach wynosi 1 mln dol. [Giergiczny, 2005].

Znajomość kosztów, które należy ponieść, aby podwyższyć jakość środowiska umożliwia oszacowanie kosztów ograniczenia zgonów wynikających z degradacji tego środowiska. Gdy koszt działań ochronnych jest większy niż określona wartość statystycznego życia to znaczy, że przewidywane koszty tych działań są zbyt wysokie w stosunku do oszacowanej wartości statystycznego życia. Tym samym działania te nie są z punktu widzenia ekonomicznego efektywne [Morris, Devlin, Parkin, 2007, s. 6-7].

Możliwością obliczenia wartości życia w USA jest metoda, która również bazuje na wycenie korzyści związanych z ograniczeniem zgonów w wyniku wdrożenia projektu dotyczącego poprawy bezpieczeństwa pracy. W przypadku kiedy pracownicy dobrowolnie zgodzą się na potrącenie z wynagrodzenia np. 1 tys. dol. rocznie na realizację tego projektu a prawdopodobieństwo wypadku śmiertelnego w pracy wynosi 0,001 w ciągu roku, to wartość statystycznego życia w tych warunkach wyniesie 1 mln dol. Jest to dokładnie taka sama kwota, co w przypadku obliczania zdrowia przy użyciu miary VOSL. Właśnie o taką kwotę, tzn. 1 tys. dol. przeciętny pracownik rocznie w USA jest w stanie zaakceptować obniżkę swojego wynagrodzenia, aby ograniczyć prawdopodobieństwo wypadku śmiertelnego⁵. Oznacza to, że przewiduje się, iż na każdy wydany 1 mln dol. (1 tys. dol. razy 1 tys. pracowników) uniknie śmierci 1 osoba wśród właśnie 1 tys. pracowników [Polityka ochrony środowiska..., 1995]. Oczywiście należy powtórzyć, że mowa jest tu o przeciętnej wartości życia w warunkach amerykańskich.

W Polsce przykładem badania kosztów leczenia chorób, które może być podstawą do określania wartości życia i zdrowia jest kalkulacja przeciętnego

⁵ Statystycy np. posługują się uśrednionymi wielkościami dotyczącymi różnych wymiarów zdrowia w tym choroby i śmierci. Średnia statystyczna dla danej populacji jest porównywana między różnymi społecznościami, poprzez co możliwy jest do określania stan zdrowia obserwowanych społeczności.

kosztu wykrycia oraz leczenia nowotworu złośliwego szyjki macicy we wczesnym, przedinwazyjnym stadium. Wynosi on 3,4 tys. złotych. Natomiast koszt leczenia tego samego schorzenia, ale w stadium zaawansowanym wynosi około 45 tys. zł. Ponadto mimo zastosowanego leczenia duży procent kobiet z zaawansowanym rakiem umiera. To powoduje znaczny wzrost kosztów leczenia przy jednoczesnej niskiej skuteczności zastosowanej terapii [*Dostęp do leczenia onkologicznego*, [2011]].

Walka z chorobami nowotworowymi pochłania dużą część PKB. Wprowadzenie nowych metod diagnostycznych oraz leczenia wymaga też kosztownej aparatury i leków. Wydatki te są jednak niewystarczające, gdyż ocenia się, że potrzebnych jest około 6 tys. łóżek, przy obecnej ich liczbie około 3,4 tys.

Określając koszt zdrowia i życia człowieka należy też uwzględnić fakt, w którym poprawa stanu zdrowia spowoduje:

- ograniczenie nakładów indywidualnych dotyczących choroby lub wypadków,
- wzrost przychodów z zarobków, które zostały utracone,
- ograniczenie strat związanych z chorobą, tzw. psychiczny koszt choroby,
- ograniczenie nakładów prewencyjnych związanych z dodatkowymi inwestycjami, np. wyjazd wypoczynkowy w czystsze środowisko, przeprowadzka w spokojniejszą dzielnicę miasta.

Wycena zdrowia i życia człowieka może wskazać na zasadność wydatkowania środków finansowych na liczne działania ochronne (ochrona zdrowia, ochrona środowiska czy profilaktyka) [Cylus, Irwin, 2010]. Stąd należy szacować koszty i przyszłe korzyści, aby móc wybierać najbardziej efektywne warianty działania.

Zdrowotny wymiar kapitału ludzkiego

Problem wpływu czynnika ludzkiego na rozwój gospodarczy podnoszony jest w relacji do pojęcia kapitału ludzkiego (*human capital*). Kapitał ten jest traktowany jako umiejętność, talent, kwalifikacje i kondycja zdrowotna społeczeństwa uzyskana w wyniku nakładów finansowych i rzeczowych przeznaczonych na edukację czy ochronę zdrowia. Jest to zasób, z którego można czerpać korzyści w postaci uzyskania lepszej pracy, niższych w przyszłości wydatków na ochronę zdrowia czy większych umiejętności i przedsiębiorczości, który zaowocować może wyższą konkurencyjnością gospodarki [Doyle, 2005, s. 296]. Uważa się też, że kapitał ludzki stanowi sam człowiek, stąd nikt nie może oddzielić jego wiedzy, talentu, umiejętności czy zdrowia od niego samego. Kapitał ten jest zatem rozumiany jako suma nakładów poniesionych na wzrost wiedzy, umiejętności, które w przyszłości zaprocentują wyższymi dochodami lub awansem społecznym [Becker, Murphy, Tamura, 1990, s. 2].

Związek między wzrostem gospodarczym a inwestycjami w człowieka wyraża się tym, że im więcej kraj oszczędza, w celu inwestowania w kapitał ludzki, tym szybsze będzie tempo wzrostu gospodarczego. Różnice w poziomach

rozwoju gospodarczego tłumaczy się między innymi tym, że w krajach o niskim poziomie PKB w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest zbyt mała „akumulacja kapitału ludzkiego”, która właśnie uniemożliwia nadrobienie dystansu ekonomicznego [Sachs, 2008, s. 188].

Podkreślić też należy fakt, że ludzie wydają na siebie pieniądze, mając na uwadze nie tylko swe bieżące przyjemności, lecz również przyszłe zyski o zróżnicowanym charakterze. Tym samym mogą oni kupować różnego typu usługi np. służby zdrowia, zdobywać dodatkowe wykształcenie, pozyskiwać informacje o dostępnych miejscach pracy.

Istotną cechą tego kapitału jest to, że:

- inwestowanie weń uznawane jest za bardzo kosztowne,
- niejednoznaczny jest światowy rynek kapitału ludzkiego, co powoduje brak możliwości weryfikacji jego wartości,
- wzrost jego wartości następuje powoli i jest efektem wieloaspektowych działań społecznych [Burda, Wyplosz, 2000, s. 163-164].

Powszechnie kapitał ludzki określane jest jako „(...) edukacja, szkolenie i doświadczenie nabywane przez jednostki w trakcie pracy” [Burda, Wyplosz, 2000, s. 164]. Szczególnie wyższe, ale też szkolnictwo zawodowe jest swoistą formą inwestowania w kapitał ludzki. Ludzie w ciągu życia uczą się i zdobywają wiedzę. Wiedza i umiejętności nie są czymś wrodzonym i przynależnym człowiekowi, ale powstają w wyniku pracy w celu zdobycia wykształcenia, podnoszenia kwalifikacji i nabywania doświadczeń zawodowych [Becker, Becker, 2006, s. 89, 99].

Nie można się jednak zgodzić z poglądem, że poziom kapitału ludzkiego związany jest tylko z poziomem wykształcenia społeczeństwa i wydatkami na edukację⁶. To również stan zdrowia tego społeczeństwa wyznacza poziom kapitału ludzkiego, który wraz z jego ochroną na gruncie ekonomii traktowany jest jako pewien zasób. Zasób ten podlega zużyciu w miarę upływu czasu i może być powiększany i częściowo odnawiany przez odpowiednie nakłady w niego. Nakłady te wpływają na kształt kapitału ludzkiego. Stąd kapitałem ludzkim jest produkt w postaci między innymi poprawy stanu zdrowia, uzyskany w wyniku celowej inwestycji w tym kierunku.

Jest to nakład inwestycyjny analogiczny do nakładów rzeczowych w np. fabryki czy maszyny. To on odgrywa coraz większą rolę w strukturze produkcji. Bez niego nie jest możliwy pełny rozwój ekonomiczny [Friedman, 2008, s. 198-199].

Kapitał ludzki to czas, pieniądze włożone na powiększenie zdrowia oraz edukację, które tworzą zasób wartościowej i użytecznej wiedzy pozyskanej w procesie kształcenia i praktyki zawodowej. Nakłady te z czasem zwracają się w postaci możliwości ograniczania wydatków na leczenie, wyższych pen-

⁶ Przykładem gdzie problem kapitału ludzkiego ograniczony jest tylko do nakładów w edukację jest ekspertyza Prognozy Polska 2025. Można tam przeczytać, że „Inwestycje w człowieka realizowane poprzez system badań naukowych, kształcenia oraz wychowania w rodzinie i szkole mają wymiar ekonomiczny, społeczny i kulturowy” [<http://www.mos.gov.pl/>],

sji specjalistów oraz nadają wysoką rangę zawodom wysoko kwalifikowanym. Można go interpretować jako przyszłe przychody uzyskane dzięki nakładowi włożonym w człowieka.

Już Adam Smith zauważył problem „utrzymania pracownika w dobrym stanie zdrowia”, do czego niezbędne jest odpowiednie wyżywienie oraz wydatki związane z jego leczeniem [Smith, 1954, s.348]. Wątek ten rozwinięty został w pracach dotyczących wydatków na ochronę zdrowia, które właśnie należy traktować, jako inwestycje w kapitał ludzki, a sam kapitał ludzki jako ekonomiczny czynnik produkcji, na który składają się wiedza i umiejętności i zdrowie rozumiane jako zasoby pracy w społeczeństwie [Blaug, *Metodologia...*, 1995, s. 304-305].

Spośród poszerzonych o element nakładów na zdrowie interpretacji kapitału ludzkiego, na uwagę z punktu widzenia tematu artykułu zasługuje opinia Edwarda Lipińskiego, który podkreśla, że wydatki na ochronę zdrowia, wpływają na wielkość i jakość produkcji. Wydatki te nazywa „inwestycjami nieprodukcyjnymi” [Lipiński, 1981, s. 594-595]. Stąd należy się zgodzić z poglądem, że stopień rozwoju nowych gałęzi przemysłu wyznacza zawsze człowiek ze swoim talentem, wiedzą i kondycją zdrowotną bowiem bezpośrednie wydatki między innymi na zdrowie dają lepsze możliwości i korzyści z pracy. Mowa jest tu o zdrowym czasie pracy, który jest bardziej efektywny niż czas pracy chorego człowieka [Porter, Kramer, 2011, s. 11].

Zdrowotny aspekt inwestowania w zdrowie człowieka podnosi też John Kenneth Galbraith. Sądzi on, że nakłady na ochronę zdrowia spowodują podniesienie wydajności pracy w przyszłości. Bowiem dzięki temu ograniczone zostaną wydatki związane z leczeniem społeczeństwa. Podobne relacje występują w zakresie inwestycji związanych z programami zwalczania narkomanii, nadużywania alkoholu i tytoniu. „(...) Tego rodzaju bieżące nakłady będą pożywką dla przyszłej wydajności społecznej i przyniosą dodatkowy dochód, który po zapłaceniu podatków pokryje oprocentowanie i amortyzację zwiększonego długu” [Galbraith, 1999, s. 52].

Warto jeszcze raz podkreślić, że kapitał ludzki jako ekonomiczny czynnik produkcji wpływa na poziom rozwoju społeczno-ekonomicznego, na który składa się poza wiedzą i umiejętnościami również kondycja zdrowotna społeczeństwa. Zatem obecne nakłady wydatkowane na zdrowie społeczeństwa powiększą w przyszłości zasoby pracy w społeczeństwie w ten sposób uzyskać będzie można wzrost efektywności pracy w sposób zbliżony, jak dzięki inwestycjom w majątek trwały.

Zdrowie w teorii dóbr publicznych

Biorąc pod uwagę aspekt własności badanych dóbr, a dokładnie kto nimi faktycznie dysponuje oraz kto i jak je konsumuje i jakie osiąga korzyści z tej konsumpcji, możemy mówić o dobrach publicznych (*public goods*), dobrach merytorycznych (społeczne wartościowych – *merit goods*) oraz o dobrach pry-

watnych (*private goods*). Na temat **dóbr publicznych** i ich charakteru jako jeden z pierwszych pisał Ugo Mazzola w 1890 r. Stwierdził on, że dobro publiczne jest kupowane lub wytwarzane i wykorzystywane przy stałym koszcie przez grupy ludzi lub rządy [Morris, 2007, s. 240] O dobrze publicznym mówimy wtedy, gdy:

- nie ma możliwości wykluczenia (wyłączenia) żadnego członka społeczeństwa z jego konsumpcji. Co oznacza, że konsumpcja dobra przez jedną osobę, nie pozbawia innych osób możliwości konsumpcji tego samego dobra [Jakubowski, 2005, 159-160],
- konsumpcja nie jest rywalizująca, co związane jest z tym, że dobra te mają charakter niewyczerpywany. Potencjalnie dobra publiczne mogą być użytkowane przez wszystkich zainteresowanych [Doyle, 2005, 21-22].

Istota dóbr publicznych powoduje, że o ich dystrybucji decydować musi państwo, posługując się oraz wspierając na przemian wynikami głosowania, kompromisami politycznymi i rzadziej – rachunkiem ekonomicznym. Oznacza to, że niezależnie od wymiaru ekonomicznego trzeba brać pod uwagę to, że dobro publiczne musi być jednakowo dostarczane obywatelom danego kraju⁷.

Jeżeli dobra służą społecznościom lokalnym lub całemu społeczeństwu mówimy o czystych dobrach publicznych (*pure public goods*). Są one egalitarnie konsumowane a konsumpcja ta jest nierywalizująca. Ponadto konsumowanie omawianego dobra przez jedną osobę lub grupę osób nie zakłóca użytkowania tego samego dobra przez pozostałych członków społeczeństwa [Blaug, 1994, 601]. Dobro takie dostarczane jest wszystkim przy koszcie nie większym od koniecznego do dostarczania ich jednej osobie. Jest to takie dobro publiczne, którego koszt krańcowy udostępnienia dodatkowej osobie jest równy zeru [Stiglitz, 2004, s. 156].

Bezpłatna dystrybucja dóbr publicznych kryje, co jest często podkreślane, zagrożenia, do których należy zaliczyć to, że:

- jest to konsumpcja obowiązkowa, nie zawsze racjonalna, gdyż potrzeby społeczne nie muszą pokrywać się z preferencjami określonymi przez instytucje publiczne,
- dobra te mają swoją wartość, czyli ich użytkowanie powoduje, że ponoszone są nakłady, za które społeczeństwo musi zapłacić,
- prowadzić może do różnych negatywnych zjawisk społecznych, takich jak korupcja czy niegospodarność, gdyż odbiorca prywatny korzystając z nich nie ponosi kosztów [Korporowicz, *Promocja...*, 2008, s. 29].

⁷ Efekty zewnętrzne są spowodowane rozbieżnościami między kosztami prywatnymi a społecznymi, przy czym rozbieżności te mają różnorodny charakter. Mogą być pozytywne lub negatywne. Efektem pozytywnym, czyli korzyścią zewnętrzną jest w przypadku zastosowania szczepionki przeciw gruźlicy ograniczenie zachorowań na tę groźną chorobę zakaźną. Mimo pozytywnych skutków społecznych, w tym przypadku ograniczenia szerzenia się choroby, jest to wyraz nieefektywności rynku. W rozważaniach na temat efektów zewnętrznych w przypadku działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa istotne jest jak sprawić, aby ludzie skłonni byli maksymalizować dobrobyt społeczny poprzez dbanie o własne zdrowie [Getzen, 2000, 411].

Kolejne z wymienionych dóbr to **dobra merytoryczne**, tzn. dobra społecznie wartościowe⁸. W literaturze przedmiotu różnie są nazywane a ponadto często nie ma rozróżnienia między dobrami publicznymi a merytorycznymi. Stąd bywają często utożsamiane i traktowane zamiennie. Dobra merytoryczne są to dobra, które mogłyby mieć charakter prywatny, ale na skutek założonej przez władze publiczne polityki społeczno-ekonomicznej są dostępne dla każdego członka danej społeczności [Owsiak, 1999, s. 27].

Dobra merytoryczne mogłyby być przedmiotem obrotu na rynku, ale z powodów społecznych są alokowane za pomocą decyzji politycznych, z pominięciem rynku, chociaż nie wyklucza się możliwości ich alokacji w prywatnym sektorze, np. w niepublicznym sektorze ochrony zdrowia.

W przypadku konsumpcji dóbr merytorycznych mechanizm rynkowy nie zawsze jest w stanie skłonić konsumentów do ujawnienia preferencji. Ponadto podaż tych dóbr nie może być określona tylko za pomocą mechanizmów rynkowych ale, co jest podkreślane, przez instytucje państwowe za pośrednictwem decyzji politycznych. W większości krajów ze względów społecznych właśnie liczne obszary ochrony zdrowia są traktowane jako dobra merytoryczne⁹.

Przeciwnieństwem tych dóbr są dobra społecznie niepożądane (zła publiczne – *merit bad*s). Są to takie produkty i usługi, które ze społecznego punktu widzenia powinny być eliminowane bez względu na to, jaki stosunek mają do nich poszczególne jednostki. Do takich dóbr należą np. broń, alkohol, narkotyki. Państwo może i powinno ingerować w konsumpcję takich dóbr, jeśli uzna, że jednostki przestają działać w dobrze pojętym interesie własnym czy społecznym. Może to robić poprzez system podatkowy, kampanię reklamową czy różnego typu zakazy.

Odrębną kategorią dóbr są **dobra prywatne** (indywidualne). Dobra te są wykluczalne i rywalizujące. Jeżeli dobro „[...] jest podzielne i każda jego część może być odrębnie sprzedawana na rynku poszczególnym osobom – bez żadnego wpływu na konsumpcję pozostałych osób – to takie dobro jest dobrem prywatnym” [Samuelson, Nordhaus, 1998, s. 237]. Jest to dobro, które nie może być nabywane przez wiele podmiotów, bez uszczerbku dla któregokolwiek. Zatem dobro, które jest kupowane lub wytwarzane i konsumowane przez pojedyncze osoby albo grupę osób, nazywane jest właśnie dobrem prywatnym.

Cechą charakterystyczną dobra prywatnego jest jego wykluczalność. Jeżeli jest ono konsumowane przez pojedyncze osoby, to jest wykluczane z potencjalnej konsumpcji i użytkowania przez inne osoby. Gdy korzysta z nich jedna osoba to inna nie może tego już zrobić. Korzystanie z konkretnego leku wyklucza inne osoby z tej konsumpcji, która w praktyce może się odbywać różnymi sposobami i jest związana z indywidualnymi potrzebami. Jedna osoba spożyje

⁸ Pojęcie zostało wprowadzone do ekonomii przez Richarda Musgrave.

⁹ Głównym powodem tworzenia dóbr merytorycznych jest możliwość ich konsumpcji zbiorowej przez wszystkich obywateli. Gdyby nie finansowano tych dóbr z funduszy publicznych to z powodu np. niskich dochodów indywidualnych część społeczeństwa nie mogłaby z ich korzystać. Zatem alokowanie dóbr społecznych na zasadach rynkowych spowodowałoby ograniczenie konsumpcji.

cały zapas witamin w ciągu kilku dni, inna zaś może całkowicie powstrzymać się od ich konsumpcji. Kolejną cechą dobra prywatnego jest to, że może ono być dostarczane poprzez rynek poszczególnym konsumentom. Rynek też jest regulatorem ilości i jakości konsumpcji.

Powstaje pytanie, czy zdrowie analizować można na gruncie teorii dóbr publicznych? Odpowiedź wygląda następująco. **Po pierwsze**, zdrowie jest dobrem, które może być specyficznie „użytkowane” przez poszczególne podmioty funkcjonujące w społeczeństwie, ale jednocześnie przez społeczeństwo. Nie podlega ono wymianie rynkowej. Ponadto nie można go traktować tylko jako dobro prywatne, gdyż ma szczególnie ważne znaczenie dla funkcjonowania danego społeczeństwa. Wynika z tego, że bez zdrowego społeczeństwa nie ma ani rozwoju, ani postępu ekonomicznego i społecznego [Kleer, 2005, s. 29]. **Po drugie**, użytkowanie, „konsumpcja” zdrowia jest specyficzna, trwająca przez całe życie i z pewnością nikogo, żadnego członka społeczeństwa nie można wykluczyć z tej „konsumpcji”. **Po trzecie**, również nie można o nie rywalizować, bowiem „konsumpcja” zdrowia jednej osoby nie zmniejsza „konsumpcji” własnego zdrowia przez inne osoby. Podsumowując skoro zdrowie jest dobrem, które może być specyficznie „użytkowane”, korzyści z tej „konsumpcji” osiągnane są nie poprzez rynek, nie można o nie rywalizować, gdyż im więcej jest zdrowia dla jednej osoby tym więcej dla całego społeczeństwa. Taki sposób rozumowania upoważnia do stwierdzenia, że analiza zdrowia na gruncie teorii dóbr publicznych wydaje się zasadna.

Zdrowie obywateli jest szczególnym dobrem publicznym, bowiem jest ono niezbędne do istnienia państwa [Golinowska, 2002, s. 292]. Jednak stwierdzenie, że zdrowie jest to dobro publiczne ma swoje istotne konsekwencje społeczne, z których wynika, że zdrowie w tym jego ochrona w pewnej części powinna być dostarczana przez państwo [*Providing global...*, 2003, s. 63-64].

Nie tylko samo zdrowie jest dobrem publicznym. Są nimi również opublikowane wyniki badań naukowych z zakresu zdrowia publicznego czy narodowe statystyki zdrowia dotyczące, np. zgonów, zachorowań na poszczególne typy chorób czy wdrażane programy zdrowotne np. antynikotynowe, antyalkoholowe czy antynowotworowe [Kamerschen, McKenzie, Nardinelli, 1993, s. 27].

W przypadku informacji medycznej mamy do czynienia z czystym dobrem publicznym, gdyż należy do każdego z obywateli w równym stopniu, podobnie jak np. powietrze, woda przy założeniu, że nośników danych jest wystarczająco dużo i każdy zainteresowany obywatel może z nich korzystać. Czystym dobrem publicznym jest też monitorowanie chorób zakaźnych czy szukanie i eliminowanie ognisk epidemii przez służby sanitarne kraju.

Zakłada się, że państwo musi ingerować w konsumpcję dobra publicznego. „Tak więc, ingerencja państwa może być konieczna w celu zmuszenia wszystkich, [...] aby działali w swoim interesie długofalowym” [Blaug, *Teoria...*, 1994, s. 233]. Dlatego obowiązkiem każdego państwa jest walka z chorobami w celu ochrony zdrowia i życia ludzkiego [Folland, Goodman, Stano, 2001, s. 120]. Przykład masowych szczepień przeciwko chorobom o charakterze masowym może być adekwatny, gdyż w obliczu epidemii władze państwowe powinny

nakazać obowiązkowe szczepienia, tym samym zmuszając wszystkich do jednokowej konsumpcji. Również likwidacja nielegalnych śmietników, oczyszczanie zanieczyszczonych terenów, sprzyjających powstawaniu chorób zakaźnych czy badania nad szczepionką np. przeciw świńskiej grypie również programy profilaktyczne przypadają każdemu, bez względu na to, czy za nie zapłacił czy też nie.

Charakter dóbr publicznych jest niejednorodny. Jest to związane z tym, że część z tych dóbr ma jednocześnie cechy dobra publicznego i prywatnego. Takim przykładem może być prywatna i publiczna ochrona zdrowia.

Wiele osób korzysta z danego dobra publicznego, np. statystyk zdrowia czy badań naukowych w zakresie walki z np. gruźlicą czy rakiem, ale korzysta w niejednakowym stopniu. Szczepionka przeciwko gruźlicy zabezpiecza nie tylko samych zaszczepionych, ale też ich otoczenie. Jest to przykład występowania efektów zewnętrznych (*externalities*). Efekty te są spowodowane rozbieżnościami między kosztami prywatnymi a społecznym ich dostarczenia [Morris, Devlin, Parkin, 2007, s. 129].

Generalnie prywatna osoba nie jest zainteresowana ponoszeniem kosztów badań nad przyczynami powstawania chorób, takich jak, np. grypa sezonowa czy szukaniem antidotum przeciwko tej chorobie. Również tylko część osób się zaszczepiło. Jednak istnieje pewna grupa osób, która ani nie zachorowała, ani nie partycypowała w kosztach szczepień. Ponadto grupa ta nie miała nawet świadomości odniesionych korzyści (nie wiedziała, że uchroniła się przed grypą, gdyż była to sytuacja dla nich tylko hipotetyczna). Wszyscy byli raczej zainteresowani nieponoszeniem kosztów, a co za tym idzie sfinansowaniem ochrony przez kogoś innego, a jednocześnie ustrzeżeniem się przed taką chorobą. W takich przypadkach mówimy, o efekcie „gapowicza”.

Ochrona zdrowia w części, która mogłaby być prywatna, ale opłacana jest ze środków publicznych jest zaliczana do **dóbr merytorycznych**. Zakres tych dóbr nie jest jednoznacznie określony. Zmienia się on w zależności od sposobu alokacji funduszy przeznaczonych na jego konsumpcję.

Dobra te na ogół nie są dostarczane konsumentom poprzez rynek, ponieważ mało kto byłby skłonny za nie zapłacić, gdyż korzyści płynące z ich konsumpcji są niepodzielne. Korzystanie z takich dóbr dobrze służy rozwojowi społecznemu (np. wzrost świadomości medycznej czy ograniczenie występowania chorób układu krążenia) [*Polityka zdrowotna*, 2007, s. 20].

Dobrem merytorycznym są w takim ujęciu pewne obszary ochrony zdrowia np. świadczenia usług zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (poz), szczepienia ochronne, badania profilaktyczne np. badania przesiewowe w kierunku wykrycia raka szyjki macicy czy prostaty oraz zapewnienie edukacji zdrowotnej.

Gdyby rozważać przypadek szczepionki przeciwko groźnej chorobie zakaźnej, np. chorobie Hainego Medina czy gruźlicy, ze względu między innymi na ogromne koszty leczenia, administracja państwowa powinna raczej wyasygnować pewną kwotę pieniędzy na masowe, nieodpłatne szczepienia niż narażać się na krytykę społeczną a budżet państwa na bardzo wysokie koszty leczenia osób dotkniętych tymi chorobami.

Mimo że dobra merytoryczne oferowane są na bazie majątku publicznego i finansowane ze środków publicznych, nie wyklucza to możliwości finansowania ich z innych źródeł np. prywatnych. Środki te jednocześnie poszerzają zakres dóbr merytorycznych. Jest to związane z pokrywaniem części kosztów społecznych ze źródeł prywatnych.

Jednocześnie zdrowie wraz z jego ochroną jest **dobrem prywatnym**. Stąd w pracach teoretycznych znajdujemy wyjaśnienie jego dwoistej roli, z którego wynika, że ponieważ trudno jest ustalić granice odpowiedzialności za zdrowie, to po części jest też dobro publiczne. Rozwiązania praktyczne wskazują, że istnieje wiele odstępstw od tego założenia. Jednak ochrona zdrowia jest niewątpliwie taką sferą działalności publicznej, która wymaga interwencji państwa, bez względu na istniejący system ochrony zdrowia [Niżnik, 2004, s. 46]. Ponadto próba urynkowania znacznej części z tego rodzaju dóbr jest często trudna do zrealizowania, gdyż nie każdy byłby zainteresowany pokryciem kosztów ich wytworzenia.

Rozwijając wątek konsumpcji tego typu dobra można stwierdzić, że jego przykładem jest również zdrowie poszczególnego członka społeczeństwa, które jest w pewien sposób „konsumowane” przez całe życie, chociaż konsumpcja nie może w tym przypadku odbywać się za pośrednictwem rynku. Ale za pośrednictwem rynku nabywane są produkty i usługi w tym usługi medyczne niezbędne do utrzymania życia i zdrowia człowieka [*Providing global public goods...*, 2003, s. 81].

W przypadku dóbr prywatnych rynek weryfikuje konsumpcję niektórych dóbr medycznych. Przykładem mogą być usługi stomatologiczne, które za pośrednictwem prywatnej sieci gabinetów dentystycznych są dostarczane pacjentom poprzez rynek.

Innym przykładem dobra prywatnego może być szczepionka przeciwko grypie sezonowej, której koszt produkcji jednej dawki nie jest wysoki i mogłaby być uznana za dobro publiczne. Jednak rzadko kiedy rządy bezpłatnie finansują powszechne szczepienia przeciwko tej chorobie stąd jego konsumpcja odbywa się na zasadzie odpłatnej.

Trudności w jednoznacznym sklasyfikowaniu zdrowia i jego ochrony w teorii dóbr wynikają też z faktu, że wśród nich występują takie, które mają charakter prywatny i publiczny zarazem. Przykładem może być telewizja, która jest wykorzystywana zarówno przez osoby prywatne, jak i do monitorowania, np. specjalistycznych zabiegów chirurgicznych.

Kolejnym przykładem dobra po części prywatnego i po części publicznego w obszarze ochrony zdrowia mogą być leki wydawane na receptę, które są częściowo odpłatne. Również i tu koszt produkcji z reguły nie jest wysoki, jednak firmy farmaceutyczne mają monopol na sprzedaż, dlatego mogą żądać stosownej odpłatności za korzystanie z nich. Gdyby pacjent zapłacił za produkt pełną kwotę, to byłoby to dobro prywatne. Jeżeli jednak jest to lek refundowany częściowo ta druga część kwoty pokrywana jest z funduszy publicznych. W tej części lek przybiera charakter dobra publicznego [Getzen, 2000, s. 471].

Zakończenie

Zdrowie pojmowane jest w różny sposób. Istotnym wkładem w tym zakresie jest rozumienie zdrowia zaproponowane przez WHO, które traktuje zdrowie jako pewien zasób, z którego można korzystać w różnych wymiarach życia. Jest to zasób sił fizycznych, psychicznych ale i społecznych, które człowiek ma w swojej dyspozycji i zasięgu.

Ekonomiści postrzegają zdrowie poprzez pryzmat narzędzi ekonomicznych, potrzebnych do jego wyceny. Jest to niezbędne, aby móc z jednej strony oszacować przyszłe korzyści z przeprowadzonych działań zdrowotnych, z drugiej zaś wydatki na publiczną ochronę zdrowia.

Nakłady finansowe w człowieka w tym nie tylko na edukację, ale też na zdrowie są inwestycjami długofalowymi, które jako jedne z czynników mogą pobudzać rozwój gospodarczy i kształtować poziom, np. międzynarodowej konkurencyjności gospodarki. W krajach, gdzie punkt ciężkości położono na przemiany, a społeczeństwo uznano za motor tych przemian i przeznaczono wysokie nakłady na jego rozwój, obserwuje się poprawę społecznych warunków gospodarowania. Dlatego wielu ekonomistów podkreśla, że istnieje i to ścisła współzależność między tempem rozwoju gospodarczego a poziomem nakładów finansowych na inwestycje w człowieka.

Niesłusznie uważa się, że poziom kapitału ludzkiego związany jest tylko z wykształceniem społeczeństwa i wydatkami na edukację. Nie można zgodzić się z takim poglądem. To również stan zdrowia tego społeczeństwa wyznacza poziom kapitału ludzkiego, który wraz z jego ochroną na gruncie ekonomii traktowany powinien być jako pewien zasób. Zasób ten podlega zużyciu w miarę upływu czasu i może być powiększany i częściowo odnawiany przez odpowiednie nakłady w niego. Jest to nakład inwestycyjny analogiczny do nakładów rzeczowych w np. fabryki czy maszyny. To on odgrywa coraz większą rolę w strukturze produkcji. Bez niego nie jest możliwy pełny rozwój ekonomiczny.

Pojawiło się też pytanie, czy kategorię zdrowia i jego ochrony można odnieść do teorii dóbr publicznych. Ponieważ zdrowie jest takim dobrem, które może być specyficznie użytkowane, korzyści z tej konsumpcji osiągane są nie poprzez rynek i nie można o nie rywalizować, gdyż im więcej jest zdrowia dla jednej osoby tym więcej dla całego społeczeństwa. To są te cechy, które wyróżniają dobra publiczne od dóbr prywatnych.

Jednak występuje trudność w jednoznacznym przyporządkowaniu zdrowia i jego ochrony do poszczególnego typu dóbr ze względu na liczne aspekty zdrowia i usług zdrowotnych oraz liczne cechy samych dóbr publicznych. Uważa się bowiem, że powietrze niezbędne do życia, czy informacja medyczna mają charakter tylko publiczny. Niektóre dobra (ochrona zdrowia) mogą mieć charakter mieszany, tzn. być jednocześnie dobrem publicznym i merytorycznym oraz prywatnym. Przykładem może być to, że np. refundowane leki częściowo odpłatne są jednocześnie dobrami publicznymi, merytorycznymi i prywatnymi. Wszystkie te aspekty powodują, że problem zdrowia wraz z jego ochroną rzadko odnoszony jest do teorii dóbr.

Bibliografia

- Aksman E., [2010], *Redystrybucja dochodów i jej wpływ na dobrobyt społeczny w Polsce w latach 1995-2007*, Wyd. UW, Warszawa.
- Becker G.S, Becker G.N., [2006], *Ekonomia życia. Od baseball do akcji afirmatywnej i imigracji, czyli w jaki sposób sprawy realnego świata wpływają na nasze codzienne życie*, Mc Graw Hill, Gliwice.
- Becker G.S., Murphy K.M., Tamura R.F., [1990], *Human Capital*, National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- Blanchard O., [2009], *Macroeconomics*, Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- Blaug M., [1995], *Metodologia ekonomii*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Blaug M., [1994], *Teoria ekonomii. Ujęcie retrospektywne*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Bowling A., [2003], *Research Methods in Health. Investigating Health and Health Services*, Open Univ. Press, Buckingham, Philadelphia.
- Browning E.K., Zupan M.A., [2006], *Microeconomics. Theory and Applications*, J. Wiley and S., New York.
- Burda M., Wyplosz Ch., [2000], *Makroekonomia. Podręcznik europejski*, PWE, Warszawa.
- Cyhus J., Irwin R., [2010], *The Challenges of Hospital Payment Systems*, „Euro Observer” Vol. 12, No. 3.
- Dąbrowski K., [1974], *Zdrowie psychiczne a wartości ludzkie*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa.
- Doyle E., [2005], *The Economic System*, J. Wiley a. Sons, New York.
- Folland A., Goodman A.C., Stano M., [2001], *The Economics of Health and Health Care*, Prentice Hall, New York.
- Friedman M., [2008], *Kapitalizm i wolność*, Helion, Gliwice.
- Fuchs V., [1986], *The Health Economy*, Cambridge, Harvard University Press.
- Galbraith J.K., [1999], *Godne społeczeństwo. Program troski o ludzkość*, Dom Wydawniczy Bellona, Warszawa.
- Getzen T., [2000], *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa.
- Giergiczny M., [2005], *Wycena wartości statystycznego życia ludzkiego przy wykorzystaniu metody wyborów z eksperymentem*, „Ekonomia i Środowisko” nr 3.
- Golinowska S., [2002], *Wnioski i rekomendacje*, [w:] *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Raporty CASE nr 53/2002, S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa.
- Hughes R., [1997], *What is Health ? Stretch the Medical Model*, „Foundation News and Commentary” Vol. 4.
- Jadad R., O’Grady L., [2008], *How should health be defined?*, „British Medical Journal” No. 337.
- Jakubowski M., [2005], *Dobra publiczne i dobra wspólne*, [w:] *Teoria wyboru publicznego. Wstęp do ekonomicznej analizy polityki i funkcjonowania sfery publicznej*, red. J. Wilkin, Scholar, Warszawa.
- Kamerschen D. D., McKenzie R., Nardinelli C., [1993], *Ekonomia*, Fundacja Gospodarcza NSZZ „Solidarność, Gdańsk.
- Kleer J., [2005], *Identyfikacja rodzajów dóbr wytwarzanych przez sektor publiczny*, [w:] *Sektor publiczny w Polsce. Między upadkiem a rozkwitem*, pr. zb. pod red. J. Kleera, CeDeWu, Warszawa.
- Korporowicz V., [2008], *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.
- Korporowicz V., [2005], *Zdrowie i jego społeczne odniesienia*, [w:] *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, pod red. V. Korporowicz, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.

- Lipiński E., [1981], *Z warsztatu ekonomisty. Problemy, pytania, wątpliwości*, PWE, Warszawa.
- McDermott W., [1973], *Czynniki demograficzne, kulturowe i ekonomiczne a stadia rozwoju medycyny*, [w:] *Ekologia człowieka i zdrowie publiczne*, pod red. E. Kilbourne, W. Smillie, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Morris, S., Devlin N.J., Devlin N., Parkin D., [2007], *Economic analysis in health care*, J. Wiley, Chichester.
- Musgrave R., [1984], *Public Finance in Theory and Practice*, McGraw-Hill, Book, New York.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*, [2007], Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa.
- Niznik J., [2004], *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Wyd. Of. Branta, Bydgoszcz.
- Owsiak S., [1999], *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Parsons T., [1968], *Struktura społeczna a osobowość*, PWE, Warszawa.
- Polityka ochrony środowiska – strategia rozwiązywania problemów*, [1995], Centrum Edukacji, Warszawa.
- Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, red. S. Golinowska, C. Włodarczyk, [2007], Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Potrer E., Kramer M.R., [January, February 2011], *Creating Shared Value*, Harvard Business Review.
- Providing Global Public Goods. Managing Globalization*, [2003], ed. by I. Kaul, P. Conceicao, K. LeGouliven, R. V. Mendoza, Oxford Univ. Press. Oxford.
- Sachs J.D., [2008], *Common Wealth. Economics for a Crowded Planet*, Penguin Books, London.
- Samuelson P.A., Nordhaus W.D., [1998], *Ekonomia*. T. 2. PWN, Warszawa.
- Schultz T., [1971], *Investment in Human Capital*, The Free Press, New York.
- Smith A., [1954], *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, t. 1, PWN, Warszawa.
- Stiglitz J.E., [2004], *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Wulff H.R., Gotsche P.C., [2005], *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej, czyli evidence-based medicine*, Aktis, Łódź.
- Dostęp do leczenia onkologicznego. [2001], www.mos.gov.pl/materialy_informacyjne/raporty_opracowania/pol_ekoII www.kidl.org.pl/aktual/b/informacja%20prasowa.pdf
- Zdrowie dla wszystkich w roku 2000*, [1997], *Cele i zadania polskiego programu*, PZWL, Warszawa.

HEALTH AS A SOCIOECONOMIC CATEGORY

Summary

The article looks at the issue of public health understood as an important factor of production. The author also analyzes the impact of the population's health on economic growth.

Korporowicz discusses a variety of approaches to public health, with a particular emphasis on a socioeconomic approach. She highlights the economic aspect of health as a component of human capital that creates the basis for examining living conditions and socioeconomic development.

Health also needs to be evaluated for the purposes of economic calculations in the area of health protection policies, the author says. Such evaluations are used to determine the costs of health insurance, for example in the case of car accidents.

The author counters a popular belief that the level of human capital is exclusively associated with education and public spending on education. According to Korporowicz, the health status of the population influences the level of human capital, while healthcare needs to be treated as a major socioeconomic category. Health is a resource that is subject to wear and can be enhanced and partly replenished by adequate investment. It plays an increasingly important role in the structure of production. Without it, uninhibited economic growth is impossible, the author argues.

Korporowicz sets out to prove that health and healthcare can be analyzed in terms of the theory of public goods. Health is an asset that can be used in a specific way, the author says, but its benefits cannot be directly accessed through the market; nor is health subject to competition because the more health there is among individuals, the more society benefits as a whole. This is what sets public goods apart from private goods, which means that the idea of analyzing health on the basis of the public goods theory is justified, the author argues.

It needs to be assumed that economic growth is impossible without a healthy and efficiently functioning innovative and creative society, Korporowicz adds. In modern economies, economic efficiency strongly depends on the intellectual potential and health of the population, the author concludes.

Keywords: public health, human capital, public goods