

KRZYSZTOF OPOLSKI  
AGATA GEMZIK-SALWACH  
JOANNA PODGÓRSKA

## Finansjalizacja opieki zdrowotnej w dobie COVID-19

Finansjalizacja oznacza rosnącą rolę finansowych motywów, rynków, podmiotów oraz instytucji w transakcjach zachodzących w gospodarce krajowej i międzynarodowej [19, s. 3]. Oznacza to, że poszczególne podmioty przy podejmowaniu swoich decyzji kierują się głównie rachunkiem ekonomicznym i chęcią maksymalizacji własnych korzyści finansowych [16]. Przytoczona definicja finansjalizacji pozwala jednak spojrzeć na to zjawisko z punktu widzenia nie tylko jego efektów ekonomicznych. Definicję finansjalizacji w tym duchu zaproponował również Wiśniewski [42, s. 17], pisząc, że „finansjalizacja życia gospodarczego lub też działalności ludzkiej *sensu largo* – obejmuje oddziaływanie finansów na wszelkie sfery aktywności ludzkiej”. Rozpatrując skutki finansjalizacji w społeczeństwie, należy zatem wziąć pod uwagę wszystkie jej efekty nie tylko w krótkim okresie, ale i w długim, nie tylko te odnoszące się do rachunku ekonomicznego, ale również np. zdrowotne, społeczne [1, 17, 34] oraz przyjrzeć się specyfice danego obszaru działalności.

Finansjalizacja jest współcześnie zjawiskiem widocznym w każdej dziedzinie funkcjonowania gospodarki [4, 6, 7, 8] oraz w życiu codziennym [3, 38], w tym również w obszarze opieki zdrowotnej [25, 40]. Należy jednak pamiętać o tym, że obszar opieki zdrowotnej nie jest i nie powinien stać się typową działalnością komercyjną. Posiada on szczególną wagę, gdyż dotyczy życia i zdrowia człowieka, i jako taki powinien zostać objęty szczególną troską i być postrzegany jako element polityki publicznej.

Celem niniejszego rozdziału jest wykazanie, że finansjalizacja działań w obszarze opieki zdrowotnej powinna przebiegać w sposób odmienny niż w innych działach gospodarki. Przedstawione zostaną argumenty wskazujące na specyfikę opieki zdrowotnej i polityki publicznej oraz zaprezentowane zostaną potencjalne skutki finansjalizacji opieki zdrowotnej. Finansjalizacja rozpatrywana będzie z punktu widzenia korzyści i niekorzyści, jakie może przynieść w obszarze zdrowia. Tekst składa się z dwóch części. W pierwszej części pracy zostaną omówione specyficzne cechy opieki zdrowotnej oraz przedstawione argumenty na rzecz potraktowania opieki zdrowotnej jako

elementu polityki publicznej. W drugiej części pracy pokazany zostanie sposób, w jaki finansjalizacja wpłynęła na sytuację w opiece zdrowotnej w dobie COVID-19. Całość rozdziału kończy podsumowanie zawierające wytyczne dotyczące dalszych działań zmierzających do celowego kształtowania finansjalizacji.

## Opieka zdrowotna jako polityka publiczna

W literaturze spotykamy wiele określeń pojęcia polityka publiczna. Można jednak wyróżnić pewne wspólne elementy. Za politykę publiczną uznać można zracjonalizowane działania i programy, które mają miejsce w sektorze publicznym. Według A. Zybaly owe działania i programy oparte są na zgromadzonej, względnie zobiektywizowanej wiedzy i usystematyzowanym procesie projektowania i wykonywania tych działań [45, s. 24]. Polityka publiczna jest zatem inicjowana przez władzę publiczną w imieniu społeczeństwa. To działania, które funkcjonariusze publiczni w rządzie i obywatele, których reprezentują, postanawiają podjąć (lub zaniechują owych działań) w zakresie problemów publicznych [27, s. 4-5]. Polityka publiczna obejmuje więc pomysły, projekty i programy na rozwiązanie problemów publicznych, a także działania publiczne, których wynikiem są widzialne efekty i rezultaty [29, s. 4-6]. Polityki publiczne mają postać aktów normatywnych, strategii, programów oraz konkretnych przedsięwzięć o charakterze regulacyjnym lub alokacyjnym (rozdysponowanie zasobów), wskazujących cele, środki działania, zasoby i terminy [23].

Celem polityki publicznej jest przede wszystkim wszechstronny rozwój, utrzymanie stabilności, konkurencyjności, bezpieczeństwa i spójności społecznej. Jednocześnie, państwo tworząc coraz więcej projektów i programów, wyraźnie i coraz mocniej ingeruje w społeczeństwo - stymuluje je do prowadzenia określonego stylu życia, a niekiedy wręcz wpływa na swobodę obywateli. Zjawisko to jest szczególnie widoczne w obszarze opieki zdrowotnej – przykładem mogą być obowiązkowe szczepienia ochronne czy poddawanie się obligatoryjnym badaniom. Państwo z jednej strony uzyskuje kontrolę nad sytuacjami trudnymi i nieprzewidywalnymi, z drugiej pewnego rodzaju sterowność, gdyż wpływa na ludzkie zachowania.

Obecne czasy to wyraźny rozrost liczby i rodzajów polityk publicznych, które odnoszą się niemal do każdej dziedziny życia obywateli. Co więcej, ma miejsce rozwój polityk publicznych w nowych kierunkach, co jest wynikiem m.in. rosnącej liczby niewystępujących do tej pory (bądź dotyczących jedynie jednostek) problemów społecznych. Przykładowo, większość problemów, z jakimi borykają się obecnie ekonomiści, nie ma już tylko „czysto ekonomicznego” charakteru, ale stanowi skomplikowane problemy i procesy społeczne [41, s. 236]. Świat, w którym rozwijane i realizowane są polityki społeczne, jest coraz bardziej złożony i współzależny, a także niepewny i nieprzewidywalny. Co więcej, społeczeństwo jest coraz lepiej wykształcone i świadome, co przedkłada się na m.in. wyższe oczekiwania.

Jednocześnie polityki publiczne stają w obliczu wyzwań w zakresie gospodarowania dostępnymi i zarazem ograniczonymi zasobami publicznymi oraz rosnącymi oczekiwaniami społecznymi. W kontekście opieki zdrowotnej ma to szczególnie wymiar. Pacjenci są bardziej wymagający i świadomi, a świadczone usługi muszą spełniać ich oczekiwania. Preferencje i oczekiwania osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych

lub osób ubiegających się o takie świadczenia stanowią ważny punkt odniesienia w decyzjach polityki zdrowotnej [43, s. 145]. Podobnie jak problem ograniczoneści zasobów. Co można rozpatrywać zarówno z poziomu władzy publicznej, jak również z poziomu podmiotów funkcjonujących w sektorze opieki zdrowotnej. W warunkach dynamicznych zmian, co charakteryzuje rynek usług zdrowotnych, skutecznym rozwiązaniem mogą być realizowane strategie oparte właśnie na zasobach [31]. Chodzi o efektywne wykorzystanie zasobów, a w konsekwencji także możliwość pozyskania np. większej ilości ograniczonych środków publicznych w dobie rosnącej niepewności otoczenia, w jakich funkcjonują podmioty lecznicze. Andrzej Koźmiński zwraca uwagę na znaczenie zasobów w warunkach „uogólnionej niepewności”, czyli nieprzewidywalności zewnętrznego oraz wewnętrznego otoczenia organizacji [26, s. 65]. Teoria zasobów ma związek ze zmiennością otoczenia, gdyż w kontekście jego nieprzewidywalności to właśnie zasoby oraz kompetencje stanowią stabilną bazę dla tworzenia strategii [24, s. 510-515]. Dążenie do efektywnego wykorzystania zasobów, które znajdują się w dyspozycji podmiotów sektora ochrony zdrowia, staje się celem zasadniczym [30].

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, nie sposób postrzegać opieki zdrowotnej tylko w kategoriach polityki społecznej będącej jednym z obszarów (elementów) polityki publicznej. Proces formułowania treści polityk publicznych, ich implementacji i ewaluacji, angażuje rozmaite dyscypliny nauki i obszary wiedzy, w tym te z obszaru polityki społecznej. Polityka publiczna to proces wprowadzania pewnych rozwiązań, zazwyczaj w dłuższym horyzoncie czasowym. Działania publiczne w zakresie ochrony zdrowia bazują na długoterminowym spojrzeniu na problemy zbiorowe oraz opierają się na danych i wiedzy z różnego rodzaju analiz trendów statystycznych i prognoz podpartych badaniami. Uwzględniając jednocześnie różne czynniki oraz zjawiska występujące zarówno w kraju, jak i na świecie. Polityka społeczna ma za to wymiar lokalny i można uznać ją za pewnego rodzaju narzędzie w realizacji polityki publicznej.

Częścią polityki społecznej jest z kolei polityka zdrowotna, która jako element polityki społecznej powinna być osadzona w realiach społecznych i ekonomicznych oraz być zorientowana na zapewnienie warunków sprzyjających zachowaniu zdrowia społeczeństwa. Wspólne elementy polityki społecznej i zdrowotnej można zaobserwować m.in. w założeniach aksjologicznych, wykorzystywaniu tych samych zasad teoretycznych oraz metodologicznych, a także w działaniach władzy publicznej, dla której obszar zainteresowań polityki zdrowotnej jest w pewnym sensie konsekwencją realizowanej polityki społecznej [43, s. 26]. Realizacja polityki zdrowotnej jest z kolei widoczna m.in. w organizacji systemu ochrony zdrowia, który podlega współcześnie różnym trendom i zjawiskom, a jednym z nich jest zjawisko finansjalizacji opieki zdrowotnej.

## Polityka publiczna względem sektora opieki zdrowotnej a proces finansjalizacji

Finansjalizację sektora opieki zdrowotnej zdefiniować można jako wzrost znaczenia motywów i kryteriów finansowych w procesie podejmowania decyzji zarządczych w sektorze zdrowia [30]. W ramach finansjalizacji następuje dążenie do zwiększania

przychodów i ograniczania kosztów, a w rezultacie wzrost efektywności 20]. Takie podejście jest obecnie promowane praktycznie we wszystkich rodzajach prowadzonej działalności [11,18], w tym również w opiece zdrowotnej 25, s. 1253]. Wyznają je organizacje rządowe, grupy zawodowe oraz właściciele kapitału. Dążenie do osiągnięcia wzrostu efektywności poprzez maksymalizację zysków traktuje się w myśl idei finansjalizacji jako zachowanie naturalne, racjonalne i pożądane 2, s. 53].

Należy jednak pamiętać o tym, że istnieją obszary gospodarki, które ze względu na swoją specyfikę nie powinny być traktowane jako działalność typowo komercyjna [10]. Do takich obszarów należy m.in. opieka zdrowotna 40]. Istnieją sytuacje, w których finansjalizacja może być korzystna nawet dla opieki zdrowotnej, ale i takie, w których może okazać się zbyt „bezduszna” i stanowić zagrożenie dla zdrowia ludności [15, 35]. Niewątpliwie jednak samo już pogłębianie tego zjawiska wpływa na zdrowie mieszkańców danego kraju.

Finansjalizacja może prowadzić do wielu pozytywnych tendencji związanych np. z poprawą efektywności podmiotów leczniczych. Wykorzystanie efektów skali, obniżenie kosztów, zwiększenie satysfakcji pacjentów i poprawa wskaźników jakości mogą przelożyć się z kolei na poprawę sytuacji w całym sektorze opieki zdrowotnej, eliminując nieefektywne rozwiązania w sektorze usług zdrowotnych [30]. Polityka publiczna, oparta o właściwie stosowane i dobrane kryteria finansowe, może prowadzić do oszczędności, które w perspektywie wciąż niedofinansowanego systemu ochrony zdrowia w Polsce są korzystne i niezmiernie ważne.

Z drugiej zaś strony finansjalizacja wywołuje negatywne skutki, o których w ostatnich czasach mówi się i pisze coraz więcej [5, 12, 32, 36, 39, 44]. Zjawisko finansjalizacji sektora opieki zdrowotnej często utożsamiane jest z mniej pozytywnymi zjawiskami, które sprowadzają np. proces leczenia (świadczenia zdrowotnego) do transakcji kupna – sprzedaży, a relacje pacjent – lekarz do relacji klient – dostawca usług zdrowotnych. Zjawisko finansjalizacji może okazać się jednak dalece bardziej niebezpieczne i szkodliwe [9], szczególnie, w sytuacjach nagłych i kryzysowych, wymagających zaangażowania dużych środków finansowych i zasobów rzeczowych w krótkim czasie. Kryzys zawsze, przynajmniej na pewien okres, destabilizuje rynek, gdyż dla podmiotów kierujących się finansjalizacją stwarza okazję do zawarcia nadzwyczajnych interesów na kupnie i sprzedaży niektórych towarów, usług i aktywów [37, s. 94]. Przykładem może być kryzys epidemiologiczny, w obliczu którego paradygmaty finansjalizacji, takie jak optymalizacja i ograniczanie kosztów, przestają się sprawdzać, a którego konsekwencją są wyraźne niedobory względem zasobów finansowych, osobowych i rzeczowych w sektorze. W tym aspekcie zjawisko finansjalizacji może okazać się dalece szkodliwe [13], bowiem poza wynikami ekonomicznymi celem nadrzędnym jest zdrowie i życie człowieka.

Pandemia COVID-19 ujawniła słabe ogniwa w systemach ochrony zdrowia w wielu krajach. Wspomniany wyżej rachunek ekonomiczny sprawił, że prawa popytu i podaży uwidoczniły się bardzo mocno na rynku medycznym. W sytuacji pandemii pojawił się niedobór niektórych środków i sprzętu medycznego, jak np. maseczek, respiratorów, itp. Dostawcy tych produktów bezlitośnie wykorzystali sytuację rynkową, windując ceny [33, s. 6]. Jest to zjawisko zgodne z ideą finansjalizacji, która w warunkach kryzysów powoduje jawną i ukrytą redystrybucję dochodu, która zawsze wypada na niekorzyść warstw najuboższych [28, s. 18]. Opisane postępowanie jest racjonalne

z punktu widzenia finansjalizacji, ale jego konsekwencje uderzają w zdrowie i życie obywateli danego kraju.

Liczne masowe ogniska zakażeń koronawirusem w szpitalach i domach opieki społecznej w Polsce świadczą m.in. o niedoinwestowaniu polskiego systemu opieki zdrowotnej, brakach kadrowych oraz brakach w zakresie istnienia odpowiednich procedur. Pandemia pokazała, jak mylnie było przekonanie o tym, że niedofinansowany i wadliwy sektor publiczny odciąży sektor prywatny, gdyż wielu obywateli do tej pory stać było na opłacanie usług właśnie w tym sektorze. Polacy indywidualnie płacili za skutki nieefektywnej publicznej ochrony zdrowia. Nie bez znaczenia jest także fakt występowania w Polsce tzw. dezintegracyjnego systemu finansowania opieki zdrowotnej, co sprzyja pojawieniu się zjawiska selekcjonowania pacjentów przez świadczeniodawców. Pacjent przechodząc od jednego świadczeniodawcy do drugiego, traktowany jest jako nowy przypadek generujący przychody i koszty (zyski albo stratę). Pacjent jest albo „pacjentem opłacalnym”, którego należy przyciągnąć i zatrzymać, albo „pacjentem nieopłacalnym”, którego należy jak najszybciej przekierować dalej [22, s. 118]. Podmioty publiczne najczęściej takiego wyboru nie mają.

W trakcie oraz po ustąpieniu pandemii większość Polaków zakażonych koronawirusem zdanych będzie tylko na publiczny, coraz bardziej nieefektywny sektor. Niepaństwowym placówkom leczniczym prowadzenie oddziałów zakaźnych oraz leczenie zakażonych koronawirusem zwyczajnie się nie opłaca. Jednostki publiczne będą więc musiały (co już ma miejsce), ogromną część – o ile nie całość walki z pandemią wziąć na siebie. Aspekt finansjalizacji systemu opieki zdrowotnej, wraz z wszelkimi jej paradigmatami, przestaje się obecnie sprawdzać.

W kryzysie wolny rynek przestaje działać. W warunkach finansjalizacji, w gospodarce zbudowanej teoretycznie na wolności wyboru, część rynkowych graczy nie posiada w rzeczywistości żadnego wyboru i działa pod przymusem okoliczności [14, s. 191]. Mądra polityka publiczna państwa w zakresie systemu ochrony zdrowia, a także posiadanie sprawnych usług publicznych i efektywnych systemów wydają się obecnie jedynym skutecznym planem ratunkowym dla społeczeństwa.

## Wnioski

Rozpatrując zjawisko finansjalizacji, należy wyjść poza jego czysto ekonomiczne konsekwencje i przyjrzeć się skutkom finansjalizacji z punktu widzenia również i konsekwencji społecznych czy zdrowotnych. Przedstawione przykłady finansjalizacji opieki zdrowotnej w dobie pandemii COVID-19 świadczą o tym, że finansjalizacji nie można pozostawić bez kontroli. Powinna być ona kontrolowana i odpowiednio kształtowana, a wtedy może działać na korzyść społeczeństwa, nawet w obszarze opieki zdrowotnej. Finansjalizacja, zwłaszcza w dobie epidemii, kryzysów i załamania rynku, może mieć ogromne, niekorzystne skutki dla wszystkich obywateli. Wzmaga ona bowiem egoistyczne działania jednostek lub poszczególnych grup podmiotów dążące do wzbogacenia się za wszelką cenę. Takie myślenie jest jednak krótkofalowe, gdyż w długim okresie wskutek złe rozumianej finansjalizacji może nastąpić załamanie całego systemu i można utracić wszystko.

Rozwiązaniem jest zwrócenie się w kierunku ekonomii społecznej oraz budowania kapitału społecznego [por. 21, s. 20-23]. Ekonomia społeczna to taka, która kieruje się wartościami i której zadaniem jest wspomaganie budowania społeczeństwa obywatelskiego. W takim społeczeństwie wspólne dobro jest ważniejsze od indywidualnych pomysłów. Ekonomia społeczna powinna uzupełnić sektor prywatny i publiczny, zapobiegać rozmaitemu rodzajowi wykluczeniom i służyć społeczeństwu. Finansjalizacja wprowadzana w duchu ekonomii społecznej będzie pozwalała optymalizować działania, dobrze gospodarować wciąż skromnymi zasobami, ale nie można pozwolić zapomnieć, że na końcu tego procesu jest człowiek i to o niego należy zadbać, a już dzielenie pacjentów na opłacalnych i nieopłacalnych jest w tej sytuacji niedopuszczalne.

Dobrze ukształtowany kapitał społeczny pozwala na tworzenie wrażliwego i nowoczesnego społeczeństwa. Jeżeli zabraknie kapitału społecznego, to narastać będą nieuczciwe praktyki biznesowe, pojawi się problem życia na koszt biedniejszej części społeczeństwa, a to z kolei prowadzi na ogół do niepokojów społecznych i różnego rodzaju wykluczenia. Ma to szczególne znaczenie w obszarze opieki zdrowotnej, gdyż zdrowie stanowi niewątpliwie najważniejszy element szczęśliwego życia ludzkiego i największą potrzebę, a opieka zdrowotna, wpisująca się w opiekę publiczną, ma za zadanie pomóc zadbać o ten obszar.

Finansjalizacja połączona z ekonomią społeczną i kapitałem społecznym może stać się elementem determinującym tworzenie nowej kultury wyborów ekonomicznych. Powinna stać się czynnikiem relacji ekonomicznych w opiece zdrowotnej, obniżającym koszty transakcji i zwiększającym dostępność do usług medycznych. W mechanizmy jej działania powinny zostać jednak wplecione zasady moralne.

## Bibliografia

- [1] Aalbers M., *The potential for financialization*, Dialogues in Human Geography, 2015, vol. 5, nr 2, s. 214-219. <https://doi.org/10.1177/2043820615588158>
- [2] Adamska A., *Finansjalizacja a zmiana matrycy instytucjonalnej*, FINANSE Czasopismo Komitetu Nauk o Finansach PAN, 2017, nr 1, s. 45-56.
- [3] Adamson M., *The financialization of student life: five propositions on student debt*, Polygraph, 2009, vol. 21, s. 97-110.
- [4] Aitken R., *The financialization of micro-credit*, Development and Change, 2013, vol. 44, nr 3, s. 473-499. <https://doi.org/10.1111/dech.12027>
- [5] Arcand J.-L., Berkes E., Panizza U., *Too much finance?* International Monetary Fund, 2012, IMF Working Paper, WP/12/161. [dokument elektroniczny] <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2012/wp12161.pdf> [dostęp: 18.09.2020].
- [6] Barradas B., Lagoa S., Leão E., Mamede R. P., *Financialization in the European periphery and the sovereign debt crisis: the Portuguese case*, Journal of Economic Issues, 2018, vol. 52, nr 4, s. 1056-1083. <https://doi.org/10.1080/00213624.2018.1527589>
- [7] Botzem S., Dobusch L., *Financialization as strategy: accounting for inter-organizational value creation in the European real estate industry*, Accounting, Organizations and Society, 2017, vol. 59, s. 31-43. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2017.05.001>
- [8] Bruno V. G., Büyüksahin B., Robe M. A., *The financialization of food?* Bank of Canada. Working Paper/ Document de travail 2013-39. Ottawa, [dokument elektroniczny] <https://www.bankofcanada.ca/wp-content/uploads/2013/11/wp2013-39.pdf>, [dostęp: 18.09.2020].
- [9] Christophers B., *The limits to financialisation*, Dialogues in Human Geography, 2015, vol. 5, nr 2, s. 183-200. <https://doi.org/10.1177/2043820615588153>

- [10] Clapp J., *Financialization, distance and global food politics*, Journal of Peasant Studies, 2014, vol. 41, nr 5, s. 797-814. <https://doi.org/10.1080/03066150.2013.875536>
- [11] Davis L. E., *Financialization and the nonfinancial corporation: an investigation of firm-level investment behavior in the U.S. 1971-2011*, 2013, University of Massachusetts Amherst Economics Department Working Paper Series 2013, Working Paper 2013-08, [dokument elektroniczny] [https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1160&context=econ\\_workingpaper](https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1160&context=econ_workingpaper) [dostęp: 17.09.2020].
- [12] Dembinski P. H., *Finance: servant or deceiver? Financialisation at the crossroad*, Basingstoke 2009.
- [13] Dembinski P. H., *Finanse po zawale. Od euforii finansowej do gospodarczego ładu*, Warszawa 2011.
- [14] Dembinski P. H., *Etyka i odpowiedzialność w świecie finansów*, Warszawa 2017.
- [15] Dembinski P. H., Beretta S., *Kryzys ekonomiczny i kryzys wartości*, Kraków 2014.
- [16] Denning S., *Why financialization has run amok*, Forbes, 2014, June 3 [dokument elektroniczny] <https://www.forbes.com/sites/stevedenning/2014/06/03/why-financialization-has-run-amok/> [dostęp: 20.07.2019].
- [17] Deutschmann C., *Limits to financialization: sociological analyses of the financial crisis*, European Journal of Sociology, 2011, vol. 52, nr 3, s. 347-389.
- [18] Dühaupt, P., *The effect of financialization on labor's share of income*, IPE Working Papers 17. Berlin School of Economics and Law, 2013. [dokument elektroniczny] [https://www.ipe-berlin.org/fileadmin/institut-ipe/Dokumente/Working\\_Papers/ipe\\_working\\_paper\\_17.pdf](https://www.ipe-berlin.org/fileadmin/institut-ipe/Dokumente/Working_Papers/ipe_working_paper_17.pdf) [dostęp: 20.07.2019].
- [19] *Financialization and the world economy*, ed. G. A. Epstein, Cheltenham 2005.
- [20] Froud J., Haslam C., Johal S., Williams K., 2000, *Shareholder value and financialization: consultancy promises, management moves*, Economy and Society, 2000, vol. 29, nr 1, s. 80-110. <https://doi.org/10.1080/030851400360578>
- [21] Gemzik-Salwach A., Opolski K., *Finansjalizacja w świetle wyzwań współczesnej gospodarki*, [w:] *Finansjalizacja : wpływ na gospodarkę i społeczeństwo*, red. A. Gemzik-Salwach, K. Opolski, Warszawa 2016, s. 13-26.
- [22] Golinowska S., *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, Warszawa 2015.
- [23] Górniak J., Mazur S., *Polityki publiczne oparte na dowodach i ich zastosowanie do rynku pracy*, [w:] *W kierunku polityki rynku pracy opartej na dowodach*, red. J. Górniak, S. Mazur, Warszawa 2010.
- [24] Grant R., *Strategic planning in a turbulent environment: evidence from the oil majors*, Strategic Management Journal, 2003, vol. 24, nr 6, s. 491-517. <https://doi.org/10.1002/smj.314>
- [25] Hunter B. M., Murray S. F., *Deconstructing the financialization of healthcare*, „Development and Change, 2019, vol. 50, nr 5, s. 1253-1287. <https://doi.org/10.1111/dech.12517>
- [26] Koźmiński A., *Zarządzanie w warunkach niepewności : podręcznik dla zaawansowanych*, Warszawa 2005.
- [27] Kraft M. E., Furlong S. R., *Public policy. Politics, analysis and alternatives*, Washington 2007.
- [28] Owsiak S., *Spółeczny wymiar kryzysu – lekcja dla przyszłości*, Biuletyn PTE 2012, 2, [dokument elektroniczny] [http://www.pte.pl/pliki/2/11/Artykul\\_SOwsiak.pdf](http://www.pte.pl/pliki/2/11/Artykul_SOwsiak.pdf) [dostęp: 21.09.2020].
- [29] Peters B. G., *American public policy. Promise and performance*, Washington 2004.
- [30] Podgórska J., *Wpływ finansjalizacji na sektor opieki zdrowotnej*, [w:] *Finansjalizacja i społeczeństwo*, red. K. Opolski, A. Gemzik-Salwach, Warszawa 2020.
- [31] Sharma S., Vredenburg H., *Proactive corporate environmental strategy and the development of competitively valuable organizational capabilities*, Strategic Management Journal, 1998, vol. 19, nr 8, s. 729-753. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0266\(199808\)19:8<729::AID-SMJ967>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199808)19:8<729::AID-SMJ967>3.0.CO;2-4)
- [32] Stockhammer E., *Financialization and the slowdown of accumulation*, Cambridge Journal of Economics, 2004, vol. 28, nr 5, s. 719-741. <https://doi.org/10.1093/cje/beh032>
- [33] Szambelańczyk J., *Od redakcji*, Bezpieczny Bank, 2020, nr 1, s. 6-8.
- [34] Thrift N., *Knowing capitalism*, London 2005.
- [35] Tomaskovic-Devey D., Lin K.-H., 2011. *Income dynamics, economic rents, and the financialization of the US economy*, American Sociological Review, 2011, vol. 76, nr 4, s. 538-559. <https://doi.org/10.1177/0003122411414827>
- [36] Toporowski J., *The end of finance: capital market inflation, financial derivatives and pension fund capitalism*, London 2000.
- [37] Turowski K., Opolski K., *Historia ludzkiej chciwości*, Warszawa 2020.
- [38] van der Zwan N., *Making sense of financialisation*, Socio-Economic Review, 2014, vol. 12, nr 1, s. 99-129. <https://doi.org/10.1093/ser/mwt020>

- [39] Vercelli A., 2013, *Financialization in a long-run perspective: an evolutionary approach*, International Journal of Political Economy, 2013, vol. 42, nr 4, s. 19-46. <https://doi.org/10.2753/IJP0891-1916420402>
- [40] Vural I., *Financialisation in health care: an analysis of private equity fund investments in Turkey*, Social Science & Medicine, 2017, vol. 187, s. 276-286. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.008>
- [41] Wilkin J., *Instytucjonalne i kulturowe podstawy gospodarowania : humanistyczna perspektywa ekonomii*, Warszawa 2016.
- [42] Wiśniewski P., *Nowe miary finansjalizacji*, [w:] *Rozwój nauki o finansach : stan obecny i pożądane kierunki jej ewolucji*, red. J. Ostaszewski, E. Kosycarz, Warszawa 2014, s. 325-333.
- [43] Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź 1996.
- [44] Wolff E., *Recent trends in household wealth in the United States. Rising debt and the middle class squeeze*, Levy Economics Institute, 2009, Working Paper 589, [dokument elektroniczny] [http://www.levyinstitute.org/pubs/wp\\_589.pdf](http://www.levyinstitute.org/pubs/wp_589.pdf) [dostęp: 17.09.2020].
- [45] Zybala A., *Polityki publiczne : doświadczenia w tworzeniu i wykonywaniu programów publicznych w Polsce i w innych krajach*, Warszawa 2012.