

Michał Zabdyr-Jamróż

Perspektywy sondażu deliberatywnego jako innowacji w polityce zdrowotnej

Słowa kluczowe: sondaż deliberatywny, demokracja deliberatywna, partycypacja, polityka zdrowotna

■ Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest systematyczne ujęcie koncepcji deliberatywnej partycypacji społecznej w zdrowiu na przykładzie najbardziej reprezentatywnej z jej metod – sondażu deliberatywnego (SD) – jako organizacyjnej innowacji w dziedzinie zdrowia. W wytycznych do rekomendacji Rady Europy z 24 lutego 2000 roku pojawia się stwierdzenie, że „partycypacja obywateli/pacjentów powinna być integralną częścią systemów opieki zdrowotnej i, jako taka, nieodłącznym komponentem aktualnych reform opieki zdrowotnej” [1]. O ile zalecenie to w znacznej mierze znalazło już zastosowanie w przypadku polskich reform – wprowadzenie instytucji konsultacyjnych takich jak choćby Wojewódzkie Komisje Dialogu Społecznego czy rady funkcjonujące przy oddziałach wojewódzkich NFZ, a nawet Rady Społeczne przy SP ZOZ – to ściśle deliberatywne metody partycypacji w zdrowiu na polskim gruncie wciąż pozostają poza sferą praktyki, a nawet zainteresowań decydentów (z jednym wyjątkiem) i, choć są one na świecie stosowane od prawie trzydziestu lat, z perspektywy polskiej polityki zdrowotnej stanowią innowacje o niezbadanych możliwościach. W artykule zostaną omówione: teoria, praktyka (na wybranych przykładach) oraz potencjał, ale i ograniczenia deliberatywnych metod uprawiania polityki zdrowotnej, a także właściwe zastosowania oraz możliwości ich zaszczerpienia na krajowym gruncie.

Na początku zostanie omówione ogólne pojęcie partycypacji w zdrowiu, które stało się przedmiotem rekomendacji Komitetu Ministrów Rady Europy (wyróżnienie partycypacji obywatelskiej i partycypacji pacjentów), stając się w efekcie właściwym przedmiotem nowego paradygmatu uprawiania polityki zdrowotnej w kontekście Strategii Lizbońskiej. Następnie omówiona zostanie koncepcja partycypacji deliberatywnej, będącej odmianą obywatelskiego wymiaru partycypacji, a wpisana w głębszą koncepcję deliberatywnego modelu demo-

kracji – czyli poprawy jakości obywatelstwa w wyniku swobodnej merytorycznej dyskusji. Wymienione zostaną jej założenia, cele, a także naczelnne techniki realizacji. Metoda SD zostanie omówiona bardziej szczegółowo jako technika wzorcowa dla idei demokracji deliberatywnej, ukazując, jakie są mechanizmy realizowania jej celów. W dalszej kolejności skomentowana zostanie praktyka zastosowania SD – szczególnie na przykładzie SD z 1998 roku na temat przyszłości brytyjskiej NHS (*National Health Service* – Narodowa Służba Zdrowia) – w kontekście stawianych przed nią oczekiwań i perspektyw zastosowania w polityce zdrowotnej. Następnie metoda deliberatywnej partycypacji w zdrowiu zostanie zestawiona z innymi metodami obywatelskiej partycypacji w zdrowiu – w ich praktycznym wymiarze (także na przykładzie Polski). Porównanie to wykaże konieczność wyróżnienia dwóch jakościowo odmiennych typów idealnych partycypacji: *współdecydowania* i *konsultowania*. Metody deliberatywne stanowiłyby wzorcowy przykład tego ostatniego. W ramach podsumowania partycypacja deliberatywna jako *sui generis* model polityki zdrowotnej zostanie w zarysie zestawiona z jej klasycznymi modelami (racjonalnymi i inkrementalnym), także w polskim kontekście. W ten sposób zostaną podsumowane perspektywy zastosowania metod deliberatywnych w zdrowiu na gruncie krajowym.

1. Partycypacja w zdrowiu

Pojęcie partycypacji nastrocza pewnych istotnych – z perspektywy niniejszego tekstu – trudności definicyjnych. Ich przynajmniej częściowe rozstrzygnięcie – w kontekście deliberatywnej jej odmiany – będzie przedmiotem niniejszego artykułu w dalszej jego części. Stosownym punktem wyjścia jest jednak najbardziej popularna definicja.

Partycypacja – lub inaczej uczestnictwo – oznacza „sposób na aktywne branie udziału w wydarzeniach, któ-

re nas dotyczą; możliwość zabierania głosu, uczestniczenia ludzi w działaniach i decyzjach” [2]. Kojarzona jest z ideałami społeczeństwa obywatelskiego i wskrzeszeniem instytucji demokracji bezpośredniej na wzór antyczny. Partycypacja w tym ujęciu jest przeciwstawiana nie tylko arbitralnemu podejmowaniu decyzji przez organy władzy – szczególnie centralnej, ale również *laissez faire*, tj. pozostawianiu rozwoju spraw czystym, funkcjonującym poza świadomą i celową kontrolą, mechanizmom rynkowym [2]. W tym miejscu jednak można zasadnie zauważyć, że partycypacja w swoim wymiarze ściśle indywidualnym, „klienckim” (a w odniesieniu do zdrowia – tzw. partycypacji pacjentów, o czym więcej w dalszej części) może stanowić właśnie metodę wzmocnienia czy usprawnienia (a nie ograniczania) mechanizmów rynkowych przez przybliżenie ich praktyki do konceptualnego ideału – chociażby przez zmniejszenie asymetrii informacji między podmiotami funkcjonującymi na rynku, a przez to umożliwienie sprawniejszego identyfikowania i realizowania swojego interesu. Tak czy inaczej idea partycypacji stanowi propozycję zaradzenia alienacji mieszkańców współczesnych, rozwiniętych demokracji przedstawicielskich [3]. Partycypacja polega nade wszystko na zapewnieniu wpływu na procesy polityczne i ekonomiczne tym, którzy tego wpływu w normalnych warunkach funkcjonowania współczesnego państwa byłiby pozbawieni poprzez wzmocnienie ich pozycji społecznej [4]. Realizacja tych założeń określana jest jako *empowerment* (angielski termin, który należałoby przetłumaczyć w tym kontekście jako „upodmiotowienie” czy też „wzmocnienie”). Polega ona nie tyle na nadaniu ludziom *władzy* – którą posiadają na zasadzie potencjalności zarazem *de facto*, jak i *de iure* (jako suwerenny lud) – ile raczej na wpojeniu poczucia wiary we własne siły, nauczaniu ich, jak z tej władzy korzystać, oraz na wytworzeniu odpowiednich mechanizmów to ułatwiających – na uwolnieniu tkwiącego w ukryciu potencjału, czyli na faktycznym zaangażowaniu w proces decyzyjny, bez poprzestawania tylko na możliwości takiego zaangażowania [5]. Z tego względu idea partycypacji pojawia się szczególnie często w kontekście praw człowieka i obywatela (w tym także konsumenta), w wymiarze zdrowotnym zaś – praw pacjenta [6]. Zasada, czy też postulat partycypacji występuje w inicjatywach i dokumentach o międzynarodowym i regionalnym wymiarze w kontekście pojęcia tzw. dobrego rządzenia – *good governance*, stanowiąc jedną z jego kluczowych cech. Wiąże się bardzo silnie z postulatami sprawiedliwości (*equity*) i inkluzji (*inclusiveness*) osób wykluczonych i najbardziej upośledzonych. Razem z „upodmiotowieniem” (*empowerment*) występuje szczególnie wyraźnie w kontekście „responsywności” władzy (*responsiveness*), czyli zdolności odpowiadania na oczekiwania społeczeństwa i jej odpowiedzialności (*accountability*) [7, s. 79–82, 145–153].

Pojęcie partycypacji jako innowacji w polityce zdrowotnej pojawia się *expressis verbis* w kontekście Strategii Lizbońskiej za sprawą spostrzeżenia, że „Innowacja nie polega z zasady na technologii. Polega ona na zarządzaniu zmianą w społeczeństwie opartym na wiedzy”. W tym kontekście „innowacja w polityce zdrowotnej postrzegana jest jako zmiana paradygmatu”, która prze-

kłada akcent z tradycyjnego wzorca inicjowania zmian przez uprawnione do tego władze zwierzchnie na model polityki zdrowotnej w większej mierze uwzględniający partycypację społeczną [8]. Z perspektywy teorii polityki zdrowotnej polega to na zmianie ról podmiotów społeczności politycznych (*policy communities*) przez zwiększenie wpływu do tej pory „niemej” publiczności (*attentive public*) i nadanie uczestnikom stanowiącym trzon teżej (władzy, grupom interesów) roli „facylitatorów ułatwiających kreowanie i rozwijanie pomysłów przez samych zainteresowanych” [7, s. 162]. O idei partycypacji w zdrowiu obszernie mówi rekomendacja Komitetu Ministrów Rady Europy z 24 lutego 2000 roku o rozwoju struktur dla partycypacji obywateli i pacjentów w procesach decyzyjnych dotyczących opieki zdrowotnej [1].

W rekomendacji Rady Europy pojawia się istotne rozróżnienie na wymiary partycypacji w zdrowiu: *partycypacji obywatelskiej* oraz *partycypacji pacjentów*. W literaturze przedmiotu odróżnia się je przez kontekst interesów, jakie są w nich brane pod uwagę, czy też jakie napędzają dany rodzaj partycypacji. W przypadku partycypacji *pacjentów* zaangażowanie jest wynikiem troski o realizację indywidualnych potrzeb poszczególnych osób jako konsumentów świadczeń opieki zdrowotnej. W tym kontekście, mówiąc o zbiorowych interesach pacjentów, ma się na myśli właśnie poszczególne interesy jednostek funkcjonujących w paradygmacie *homo economicus*. *Partycypacja obywatelska* natomiast jest zorientowana wokół paradygmatu interesu wspólnego. W tym miejscu pojawia się rozróżnienie na obywatelskie *forum* i konsumentcki *rynek* autorstwa J. Elstera: „Konsumentowi można przyznawać suwerenność dlatego, że (i o tyle, o ile) wybiera on pomiędzy scenariuszami, które różnią się tylko tym, co dotyczy jego samego. Jednakże w sytuacjach wyboru politycznego obywatel ma wyrazić swą preferencję co do scenariuszy, w których znajdują różnice dotyczące także innych ludzi” [9].

Od obywatela wymaga się – w przeciwieństwie do konsumenta (pacjenta) – by był w stanie wynieść się ponad swój interes indywidualny lub interes partykularny grupy, do której przynależy – według rawlsowskiej idei „zasłony niewiedzy” – i oceniał propozycje polityki zdrowotnej nie jako pacjent, lekarz czy urzędnik, lecz przez pryzmat interesu wspólnego i zasad sprawiedliwości [10–12]. Przyjmując wspomniane wymiary partycypacji w zdrowiu – *obywatelski* i *konsumentcki* – można ująć je jako typy idealne oraz przypisać im dalsze cechy szczególne. Na podstawie kryterium paradygmatu interesów można zidentyfikować docelową (w ujęciu normatywnym) lokalizację danego rodzaju partycypacji w procesach decyzyjnych polityki zdrowotnej. I tak, dla partycypacji obywatelskiej jak najbardziej właściwym polem jest domena polityki zdrowotnej w koncepcji W. Włodarczyka – szczególnie formowania ogólnych celów i zasad systemu, a także reguł wykonawczych mających wymiar generalno-abstrakcyjny. Partycypacja pacjentów natomiast odnosi się raczej do kwestii działań „poniżej” polityki zdrowotnej – w wymiarze indywidualno-konkretnym, czyli zgodnej z ogólnymi regułami realizacji potrzeb i interesów pacjentów (**Tabela I**) [7].

Partycypacja:	Obywateli	Pacjentów
Perspektywa:	Społeczna	Rynkowa
Charakter:	Ustalanie celów, priorytetów i zasad polityki	Kwestia realizacji oczekiwań i potrzeb zgodnie z regułami
Interesy:	Wspólny interes	Interes jednostek (konsumentów)
Lokalizacja:	Polityka zdrowotna, wymiar generalno-abstrakcyjny	Decyzje indywidualno-konkretne

Tabela I. Wymiary partycypacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [7, 10–12].

<p>Władze publiczne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. decydują całkowicie jednostronnie i samodzielnie, nie informując opinii publicznej; 2. decydują całkowicie jednostronnie i samodzielnie, ale informują opinię o swoich decyzjach po ich podjęciu; 3. decydują całkowicie jednostronnie i samodzielnie, ale oprócz informowania opinii społecznej o swoich decyzjach po ich podjęciu szeroko uzasadniają te decyzje, nakłaniając do ich akceptacji; 4. przed podjęciem decyzji informują o swych planach i przyjmują do wiadomości pojawiające się opinie społeczne, wykorzystując je w mniejszym lub większym stopniu do zmiany treści decyzji; 5. przed podjęciem decyzji zasięgają aktywnie opinii poszczególnych obywateli (wybranych liderów, ekspertów), korzystają z wysłuchań publicznych, sondaży telefonicznych, badań opinii publicznej; 6. przed podjęciem decyzji aktywnie zasięgają opinii, przeprowadzając konsultacje społeczne z różnymi grupami społecznymi i ich reprezentacjami (organizacjami) na podstawie wymogów prawa lub politycznej woli; 7. przed podjęciem decyzji zasięgają opinii w ramach ustawowo powołanych przez państwo publicznych instytucji konsultacyjnych i opiniodawczych, których wysłuchanie ma charakter obowiązkowy; 8. przed podjęciem decyzji współpracują z partnerami społecznymi (negocjacje, wspólne planowanie, osiąganie konsensu) i wraz z nimi podejmują kompromisową, wspólną decyzję np. w formie porozumienia lub wspólnego programu; 9. przekazują podejmowanie decyzji grupom lub partnerom społecznym i akceptują te decyzje, kontrolując ewentualnie ich proceduralną legalność i poprawność oraz zgodność treści decyzji z obowiązującym porządkiem prawnym (np. referenda, układy zbiorowe pracy).
--

Tabela II. Drabina partycypacji społecznej.

Źródło: [13].

Wśród form, w jakich realizuje się partycypacja, wymienia się trzy podstawowe: *informowanie*, *konsultowanie* i *współdecydowanie* [13].

- 1) *Informowanie* poprzedza wszelkie „wyższe” formy partycypacji, stanowiąc ich warunek konieczny. Może ono przybierać formę bierną (ogłoszenie w odpowiednim, publicznie dostępnym miejscu czy organie) lub czynne (promocja).
- 2) *Konsultowanie* to zbieranie opinii od możliwie jak najszerszego spektrum podmiotów zainteresowanych daną kwestią, a następnie należąca do władz decyzja, czy opinie rzeczono uwzględnić w ostatecznej decyzji.
- 3) *Współdecydowanie* to związanie (często prawnymi gwarancjami) decyzji władz z opinią partnerów społecznych. W tym wypadku nieodłącznym elementem procesu stają się negocjacje lub głosowanie.

Formy te umieszcza się w ramach hierarchicznie uporządkowanych poziomów partycypacji – jak choćby na dziewięcioszczeblowej „drabinie partycypacji społecznej” [13] (**Tabela II**) – według kryterium „ilości partycypacji w partycypacji”, gdzie jednostronne wydanie decyzji i jej ogłoszenie jest najsłabszą formą partycypacji, prawnie zaś zagwarantowane współdecydowanie – najwyższą. W takim ilościowym ujęciu opiniotwórcze konsultacje społeczne, czyli forma odpowiadająca metodom demokracji deliberatywnej (będących głównym

przedmiotem tego artykułu) – okazuje się być wartościowana jako pośledniejsza forma partycypacji o czysto „symbolicznym wymiarze”. Postrzega się ją jako tzw. tokenizm, który uznać należy za „pusty rytuał” uczestnictwa [5]. W dalszej części artykułu uzasadniana będzie teza o częściowej nietrafności takiego oglądu rzeczy, przez wskazanie jakościowych – a nie tylko ilościowych – różnic między *konsultowaniem* a *współdecydowaniem*, różnic, które to pierwsze czynić mogą nawet formą bardziej doniosłą.

Wśród najpowszechniejszych form partycypacji wyróżnia się: (a) komisje; (b) komitety doradcze (stałe lub doraźne); (c) publicznie dostępne dokumenty konsultacyjne, m.in. zielone księgi (*green papers*) – orientacyjne propozycje zmian bez zaangażowania w nie lub białe księgi (*white papers*) – autorytatywny (sporządzony przez specjalistów) raport lub przewodnik w kwestii rozwiązania jakiegoś problemu (często sporządzany na zamówienie); (d) wysłuchania opinii publicznej; (e) otwarte przesłuchania (*public hearings*); (f) otwarte spotkania dyskusyjne ze społecznościami lokalnymi lub grupami branżowo-zawodowymi; (g) doradcze rady obywatelskie; (h) procedury skargowe; (i) formy tele- lub e-demokracji; wreszcie (j) referenda [13]. Różne techniki partycypacji jako mechanizmy zaangażowania (*engagement*) wymieniają zbiorczo Rowe i Frewer [14].

2. Deliberatywne metody partycypacji w zdrowiu

Pojęcie deliberacji wywodzi się od łacińskiego czasownika *delibero*, który znaczy „rozważać”, „zastanawiać się” (*deliberatio* znaczy „czas do namysłu”). Ale *delibero* znaczy też „naradzać się z kimś”, czy wręcz „zapytywać wyrocznie o radę” [15, s. 148]. Ten dialogiczny aspekt akcentuje się, mówiąc, że deliberacja to „proces rozmyślania i konfrontowania z sobą lub z innymi” [16]. Koresponduje to z ateńską zasadą *probouleusis*, „uprzedniego rozważenia”. Tym tropem podążył Joseph Bessette i w 1980 roku wprowadził termin *demokracji deliberatywnej* do opisu zespołu koncepcji teoretycznych i praktycznych, funkcjonujących wśród teoretyków demokracji od co najmniej dekady [17]. Idea demokracji „rozważającej” zasadza się na fundamentalnym spostrzeżeniu Johna Deweya, które przytacza Jürgen Habermas, uznawany za jednego z kluczowych jej inspiratorów i teoretyków: „Zasada większości, właśnie jako zasada większości, jest tak głupia, jak zarzucają jej krytycy. Ale nigdy nie jest ona *tylko* zasadą większości. [...] Rzeczą ważniejszą są środki, za pomocą których większość staje się większością: uprzednie debaty, modyfikowanie poglądów w poszukiwaniu kompromisu z poglądami mniejszości. [...] Inaczej mówiąc, niezbędne jest doskonalenie metod i warunków debaty, dyskusji i perswazji” [18, s. 207].

Istotą więc „podejścia” deliberatywnego jest skupienie się nie na samej decyzji, ale na procesach – zjawiskach – ją poprzedzających jako tych, które kształtują opinie i wpływają na treść decyzji. To przywrócenie debacie – zamiast decyzji większościowej – centralnej pozycji w rozważaniach o demokracji. Demokrację deliberatywną David Held uznaje za odrębny model demokracji i definiuje jako „koncepcję polityczną zmierzającą do podniesienia jakości demokracji, nie tyle poprzez rozbudowę uczestnictwa politycznego jako takiego, ile przez ulepszenie jego charakteru i form” [19, s. 300]. Deliberatywizm nie jest usatysfakcjonowany partycypacją typu plebiscytnego (referendum, wybory) nie tylko przez to, że „zabranie głosu” sprowadza ona do wyboru jednej z przygotowanych już opcji (najczęściej dwóch: „tak” lub „nie”) albo wyboru osobowości kandydata czy partyjnego hasła wyborczego. Deliberatywizm ma odpowiadać na problem podejmowanych przez obywateli decyzji politycznych przy zupełnej nieznajomości tematu – pod wpływem emocji lub technik manipulacyjnych. Przyczynę dostrzega w powierzchowności czy wręcz bezmyślności debaty publicznej – zogniskowanej przede wszystkim wokół osobowości polityków. Jednocześnie nie satysfakcjonuje go alternatywa, jaką dają współczesne demokracje – między „równością polityczną i stosunkowo niską kompetencją mas a nierównością polityczną i stosunkowo wysoką kompetencją elit” [20, s. 1–3]. Proponuje on, by opinia publiczna – preferencje obywateli – była kształtowana w drodze „uczonej debaty” publicznej (*learned debate*), czyli właśnie dialogicznego namysłu – deliberacji. W toku „poważnej”, merytorycznej dyskusji, analizy krzyżowej (*cross-examination*) opinie uczestniczących w niej obywateli na temat danej polityki czy danego problemu stawałyby się „dojrzałe”, „rozumne”, czy

wręcz „oświecone”. Byłyby one „wynikiem świadomej konfrontacji własnego punktu widzenia z przeciwnym lub też z wielością punktów widzenia”; przewyciężałyby monologiczność i osobniczość uczestnictwa [21, s. 170]. Zakłada się, że w toku deliberacji opinie ulegną zmianie – postuluje się tym samym porzucenie koncepcji utrwalonych preferencji i zmierza do ujawnienia preferencji przemyślanych, zobiektywizowanych (deliberacja zmierza poniekąd do odkrycia preferencji ukrytych – bardziej niż do ekspresji tych wyrażanych). Proces tak prowadzonej debaty powinien być zabezpieczony przed możliwie maksymalną liczbą metod zafałszowania i manipulacji. Celem jest tu realizacja ideału decyzji w obywatelskim – a nie „polityczno-konsumenckim” – wymiarze partycypacji, tj. takiej, która odbywa się „z uwzględnieniem innych” [9]. Chodzi właśnie o uzyskanie sądu politycznego zbliżonego najbardziej jak to możliwe do rawlowskiego ideału decyzji „za zasłoną niewiedzy” – sprawiedliwego jako bezstronnego, czyli bezinteresownego, ale i rzeczowego [12]. Bardzo istotnym wyróżnikiem idei deliberacji od innych „dialogicznych” form partycypacji (tj. niepolegających tylko na głosowaniu, ale na dyskusji i ucieraniu się opinii) jest jej zorientowanie na przeciętnym obywatelu i wiara w jego „rozum publiczny”. Uczestników deliberacji dobiera się na zasadzie reprezentatywności: losowo, ale też i celowo, zgodnie z wymogami sprawiedliwej inkluzji – tak aby żadna z istotnych społecznie kategorii osób – a często nieuwzględnianych z powodu niskiej rozdzielczości próby – nie była pominięta (niepełnosprawni, samotne matki itd.). Kluczowymi uczestnikami deliberacji mają być więc *zwykli ludzie*, nie zaś *elity*, członkowie tzw. *klasy paplającej* [22]: politycy czy też wybitni mówcy, publicyści (jak ma to miejsce w standardowej debacie publicznej); rzecznicy, członkowie czy reprezentanci jakichś grup interesów, organizacji lub władz (co jest charakterystyczne dla standardowych technik partycypacji, czyli tzw. dialogu społecznego); ani nawet eksperci (w obu przypadkach). Ludzie ci stanowią w deliberacji jedynie element pomocniczy, doradcy – jako „świadkowie” odpytywani na konkretne tematy, nie zaś liderzy opinii. Ostatecznym celem deliberacji – jako uczonej debaty między przeciętnymi obywatelami – jest więc uzyskanie legitymizacji opartej raczej na *ślusznosci* (tzw. zgodzie normatywnej) niż *konsensie* (zgodzie instrumentalnej), *kompromisie* czy nawet czysto specjalistycznej (naukowej) *ekspertyzie* [19, s. 312]. W tym właśnie sensie – szczególnie w relacji do domniemanego rozumowania przypisywanego ekspertom – deliberacja ma przełamywać negatywne konsekwencje (nie tylko partykularyzmu czy egoizmu, ale i rozumowania w kategoriach ścisłego rozdziału: z jednej strony celów od środków, z drugiej – powinności od faktów). Deliberacja ma więc być lekarstwem na konsekwencje biurokratycznego menedżeryzmu, czyli dominację w życiu publicznym i prywatnym *racjonalności instrumentalnej* (odpowiadającej wyłącznie na pytanie „jak robić?”, a nie „co robić?”). W jej miejsce proponowana jest *racjonalność komunikacyjna* (Habermas) [23] czy też *dyskursowa* (Dryzek) [24]. Idea deliberatywnej demokracji bardziej więc niż na poszerzaniu zakresu partycypacji polega na

jej udoskonalaniu przez generowanie „sytuacji idealnej rozmowy” – „wprowadzenie procedur nagradzających formułowanie przemyślnych, spójnych, niedoraźnych, zaakceptowanych społecznie i dopuszczalnych preferencji” [20, s. 167]. Przywraca się tym samym „rozwojowy”, edukacyjny charakter demokracji jako ustroju umożliwiającego, czy wręcz prowokującego, samodoskonalenie jednostek. Każdorazowo zapewnienie odpowiednich warunków i przebiegu deliberacji wymaga przestrzegania szeregu reguł, a także nadzoru i moderacji odpowiednio przeszkolonych osób.

Powyższe uwagi odnoszą się do teorii demokracji deliberatywnej. Zasadne będzie traktowanie zbioru jej zamierzeń jako pewnego ideału – asymptotycznej (a więc praktycznie nieosiągalnej) wartości docelowej, do której można się tylko przybliżyć – która jest punktem orientacyjnym dla wszystkich prób praktycznej realizacji. Przybliżeniu służyć ma wiele konkretnych metod deliberatywnych, właściwych dla różnych okoliczności i zadań. Wszystkie one wcielają powyżej wymienione idee i zasady (**Tabela III**).

Metody (techniki, procedury) deliberatywne występują w wielu różnorodnych odmianach, których wyczerpujące omówienie wymaga odrębnego studium. Znamienne, że metody deliberatywne stanowią stosunkowo najmłodsze ze znanych technik partycypacyjnych [14]. Na potrzeby niniejszego tekstu zasadne jest potraktowanie szeregu z nich jako pewnych wariantów technik wzorcowych.

Praktycznym zastosowaniem założeń partycypacji deliberatywnej zajmuje się od początku lat 90. XX wieku James Fishkin, profesor Wydziału Komunikowania Uniwersytetu Stanforda. Jest on autorem wzorcowej metody aplikacji założeń deliberacji partycypacyjnej – tzw. deliberatywnego sondażu opinii (*deliberative opinion poll*), zwanego częściej sondażem deliberatywnym (SD) [20, 25, 26]. Polega on w ogólnym zarysie na podwójnym, sondażowym badaniu opinii publicznej na reprezentatywnej próbie społeczeństwa, w którym pierwszy sondaż od drugiego dzieli właśnie rozłożona na dwa do czterech dni deliberacja. Zwięźle SD opisuje Fishkin: O ile zwykły sondaż bada, „co myślą ludzie, którzy się na tym wszystkim nie znają”, to sondaż deliberatywny „bada, co myśleliby ci ludzie, gdyby dało się ich czymś skłonić do intensywnego namysłu”. Rezultatem są tu – jak w zwykłym sondażu – opinie indywidualne, tyle że przemyślane. SD reprezentując „przemyślany sąd”, jest

bardziej *autorytatywny* niż zwykły sondaż opinii i tym samym – będąc podany do publicznej wiadomości – ma dla decydentów politycznych „szczególną siłę zalecającą” (*recommending force*) [20, s. 81]. Ze względu na jednorazowy rozmiar próby SD jest najbardziej reprezentatywną spośród praktykowanych metod ściśle deliberatywnych (duży rygor metody). Względy techniczne (rozmiar próby) czynią tę metodę bardziej właściwą dla kwestii w wymiarze ogólnych kierunków polityki [35]. Pewną wariacją na temat SD są tzw. dni deliberatywne [19].

SD praktykowany był od 1994 roku w Wielkiej Brytanii (SD na temat przestępczości). Metoda ta znalazła późnej zastosowanie w najprzeróżniejszych kwestiach – od dylematów integracji europejskiej i kwestii konstytucyjnych, po zagadnienia polityki zagranicznej, przestępczości, edukacji czy energetyki – w trzydziestu krajach całego świata: prócz Wielkiej Brytanii m.in. w Australii, Brazylii, Bułgarii, Chinach, Danii, Grecji, Japonii, Stanach Zjednoczonych, Tajlandii, na Węgrzech i we Włoszech [27]. W Polsce po raz pierwszy, i na razie jedyny, zastosowano SD w Poznaniu w kwestii zagospodarowania stadionu Lecha na okoliczność Euro 2012 [27–30]. Niedawne podsumowanie jego wyników i przebiegu było okazją do zapowiedzi prezydenta miasta, R. Grobelnego, zastosowania SD w ustalaniu przyszlórocznego budżetu miasta [31]. Brak poczynionych do tej pory przygotowań (a SD wymaga ich wczesnego uruchomienia) sugeruje jednak gołosłowność tej zapowiedzi. Pierwszym i najbardziej rozpoznawalnym zastosowaniem tej metody w polityce zdrowotnej był SD przeprowadzony w Wielkiej Brytanii na temat przyszłości Narodowej Służby Zdrowia (NHS) w 1998 roku [32]. Opieka zdrowotna była także przedmiotem włoskiego SD z 2006 roku [27]. Sondaż brytyjski o NHS był retransmitowany przez stację telewizyjną Channel 4 [33]. Ta sama stacja, inspirowana ideą SD, rozpoczęła w 1994 roku produkcję programu zatytułowanego *Parlament ludu* (*People's parliament*), w którym około setka losowo wybranych osób debatuje na politycznie ważkie tematy w „udawanej” Izbie Gmin [34]. W 1998 roku przeprowadzono *Parlament ludu* na temat propozycji wprowadzenia całkowitego zakazu palenia [35]. Pamiętać jednak należy, że inicjatywy takie, choć są w jakiejś mierze deliberacjami poprawiającymi jakość debaty publicznej, nie stanowią metod deliberatywnych *sensu stricto*.

Spośród innych prócz SD metod demokracji deliberatywnej – stosowanych w aspekcie techniczno-wyko-

- Centralne miejsce debaty (w rozważaniach o demokracji).
- Poprawa jakości uczestnictwa, a nie jego ilości.
- Obywatelskie: samorealizacja i samodoskonalenie.
- Kształtowanie opinii publicznej w drodze uczonej debaty, dialogicznego namysłu.
- Dążenie do zmiany opinii przez nadanie im charakteru rozumności i „uwzględniania innych” (porzucenie koncepcji stałych preferencji).
- Zorientowanie na przeciętnym obywatelu. Reprezentatywność i inkluzja.
- Wspomagający charakter specjalistów, polityków i grup interesów.
- Racjonalność komunikacyjna (w przeciwieństwie do instrumentalnej).
- Reguły gwarantujące „idealną sytuację rozmowy”.

Tabela III. Założenia demokracji deliberatywnej.

Źródło: opracowanie własne.

nawczym – należy wyróżnić m.in.: technikę sądów obywatelskich (*citizens' juries*) opracowaną przez Neda Crosby'ego i praktykowaną głównie w Stanach Zjednoczonych w kwestiach energetyki i środowiska [36]. Jest przeprowadzana na znacznie mniejszych grupach (około 20-osobowych), dobieranych na zasadzie celowo-losowej i debatujących zwykle dłużej niż trzy dni. Jej celem – szczególnie odróżniającą ją od SD – jest wypracowanie pisemnego stanowiska. Sądy obywatelskie często są zamawiane przez władze, co szczególnie sprzyja ich uwzględnieniu w ostatecznych decyzjach. W przypadku zdrowia techniki te stosowano m.in. w Stanach Zjednoczonych – w 1993 roku w kwestii reformy systemu opieki zdrowotnej [19, s. 304]. Władze zdrowotne brytyjskiej NHS zaczęły sponsorować rutynowo tę metodę – m.in. w 1996 roku w kwestii organizacji opieki dla nieuleczalnie chorych [13]. Kolejną jest metoda komórek planujących (*planning cells*), stosowana w Niemczech, która polega na równoczesnej (np. w kilku regionach) lub rozłożonej w czasie pracy wielu około 25-osobowych zespołów [13, 36]. Bazują one na wyraźnym formalnym i finansowym wsparciu władz, więc oferują ich większą odpowiedzialność [35]. Pewnymi wariantami poprzednich metod są panele obywatelskie (*citizens' panels*) – funkcjonujące na bardziej rutynowej zasadzie, więc działające permanentnie – oraz „konferencje konsensualne” (*consensus conferences*), stosowane w Danii w sprawach bardzo technicznej i naukowej natury – szeroko w kwestiach wyznaczania zaleceń klinicznych [35].

3. Metoda Sondażu Deliberatywnego (SD)

Poniższy fragment w sposób bardziej szczegółowy omawia technikę SD. Został opracowany na podstawie dostępnych publikacji, przeważnie autorstwa J. Fishkina [20, 25, 26] oraz wywiadu z Marią Rogaczewską (Instytut Socjologii UW), członkinią zespołu moderatorów SD w Poznaniu w 2009 roku. Omówienie metody i jej przebieg w ogólnej formie, wraz ze schematem przebiegu, dostępne jest na stronach internetowych Centrów Demokracji Deliberatywnej Uniwersytetu Stanforda, a także Uniwersytetu Warszawskiego i Projektu Społecznego 2012 [27, 37]. SD jest znakiem zastrzeżonym, zarejestrowanym przez Uniwersytet Stanforda, co rezerwuje tej instytucji kluczową rolę w procesie organizacji przedsięwzięcia i stanowi gwarancję dochowania standardów.

Wśród podmiotów uczestniczących funkcjonalnie w organizacji i przebiegu sondażu deliberatywnego wyróżnia się następujące:

Komitet Zainteresowanych Stron (*Board of Stakeholders*), złożony z przedstawicieli władz oraz partnerów społecznych, którzy są przeważnie różnego rodzaju grupami interesu i którzy na dany temat prezentują już określone stanowisko – najpewniej uwarunkowane interesem partykularnym danej grupy. Zakłada się, że to na tym forum ścierać się będą interesy na zasadzie konsensu i na nim pozostaną.

Organizatorzy przedsięwzięcia, wśród których kluczową rolę odgrywają odpowiednio przeszkoleni

moderatorzy oraz nadzorujący organizację przedstawiciele Uniwersytetu Stanforda (przeważnie jest to sam J. Fishkin).

Uczestnicy badania – reprezentatywna dla danej populacji (mieszkańców obszaru objętego decyzją) próba najpierw (w sondażu bazowym) około 500 osób, potem (w deliberacji i badaniu końcowym) – około 150. Liczebność ta ma stanowić (wzorowany na doświadczeniach ateńskiej agory) kompromis między reprezentatywnością a względami proksemiki debaty – czyli zachowania odpowiedniego dystansu społecznego, który umożliwi porozumienie się przez kontakt werbalny i kinezyjetyczny (mowa ciała), bez użycia mediów.

Eksperci i politycy występujący indywidualnie także uczestniczą w SD. Ich rola odpowiada statusowi świadków (jako w domyśle reprezentujących wszystkie stanowiska).

0) Przygotowanie SD – etap „zerowy” – jest zadaniem spoczywającym w pierwszym rzędzie na organizatorach, ale przy ścisłej współpracy z zainteresowanymi stronami. Polega ono na wspólnym, w ramach Komitetu Zainteresowanych Stron: (a) ustaleniu alternatywnych scenariuszy w danej kwestii politycznej, a następnie (b) opracowaniu dla uczestników „pakietu informacyjnego” (*briefing document*), zawierającego opis danej kwestii, wykaz alternatywnych scenariuszy oraz wykaz argumentów za każdym z nich. Opracowanie pakietu wspólne z interesariuszami ma na celu zapewnienie jego skrupulatności i bezstronności. Docelowo pakiet ma odpowiadać wszystkim stronom – mającym prawo weta w stosunku do poszczególnych punktów pakietu, którego zgłoszenie uruchamia proces koncyliacyjnego uzgadniania treści. Nad zbalansowaniem pakietu czuwa Zespół Uniwersytetu Stanforda, który tworzy też kwestionariusz ankiety (proces przepływu informacji i nadzoru wymaga – w przypadku przeprowadzania SD w kraju nieanglojęzycznym – bieżącego tłumaczenia materiałów). Potem dochodzi do badania właściwego, które składa się z następujących etapów (**Tabela IV**):

1) Etap pierwszy polega na wprowadzeniu do badania. Selekcjonuje się do sondażu bazowego próbę w liczbie około 500 respondentów. Przeprowadza się na niej sondaż bazowy – wywiad osobisty w domu respondenta z samodzielnym wypełnianiem kwestionariusza ankiety. Następnie dobiera się na zasadzie losowo-celowej próbę stanowiącą około 30% składu próby do sondażu bazowego – docelowo właśnie 150 osób, które zaprasza się do uczestnictwa w deliberacji. Celowość doboru ma realizować postulat reprezentatywności i inkluzji społecznej – polega na zagwarantowaniu, aby w obradach uczestniczyli przedstawiciele wszystkich socjologicznie relewantnych na danym terenie kategorii osób, tj. przedstawicieli wszystkich istotnych klas i warstw społecznych (nie zaś opcji ideologicznych). Usiłuje się tym sposobem przeciwdziałać sytuacji, w której z winy rozmiaru próby i rozdzielczości metody brakuje (w odpowiedniej proporcji) np. niepełnosprawnych, emerytów, samotnych matek itd. Za niedopuszczalną

<p>Etap I – wprowadzenie do badania</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wyselekcjonowanie z danej populacji próby respondentów do sondażu bazowego. • SONDAŻ BAZOWY na zadany temat: wywiad osobisty w domu respondenta z samodzielnym wypełnieniem kwestionariusza ankiety. • Wyselekcjonowanie na zasadzie reprezentatywności uczestników dalszych etapów badania – około 30% składu próby do sondażu bazowego. • Zaproszenie respondentów do uczestnictwa. Refundacja kosztów i ewentualne gratyfikacje.
<p>Etap II – przygotowanie uczestników (między badaniem w domu a badaniem właściwym)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dostarczenie uczestnikom wprowadzającego do danej sprawy pakietu informacyjnego (<i>briefing document</i>). • Utrzymywanie kontaktu z uczestnikami badania w celu podtrzymania ich zapału do badania i zmotywowania do przygotowania się do niego.
<p>Etap III – badanie właściwe. Podział na sesje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moderowane debaty w grupach (fokusowych): <ul style="list-style-type: none"> » Uczestnicy: <ul style="list-style-type: none"> – Około 15-osobowe grupy wybrane losowo z grona UCZESTNIKÓW; – MODERATORZY; » Przebieg i cel – przygotowanie kluczowych pytań do ekspertów i polityków. • Eksperska sesja plenarna: <ul style="list-style-type: none"> » Uczestnicy: <ul style="list-style-type: none"> – UCZESTNICZY BADANIA; – EKSPERCI; » Przebieg i cel: pytania UCZESTNIKÓW do EKSPERTÓW i ich odpowiedzi (ograniczenie wygłaszania kompleksowych stanowisk <i>ex cathedra</i>). • Polityczna sesja plenarna: <ul style="list-style-type: none"> » Uczestnicy: <ul style="list-style-type: none"> – UCZESTNICZY BADANIA; – POLITYCY; » Przebieg i cel: pytania UCZESTNIKÓW do POLITYKÓW i ich odpowiedzi (ograniczenie retorycznej manipulacji).
<p>Etap IV – końcowe badanie opinii. Nagłośnienie wyników przez media.</p>

Tabela IV. Etapy przeprowadzania Sondażu Deliberatywnego (SD).

Źródło: opracowanie własne na podstawie [25, 26].

- uważa się także ekskluzję będącą wynikiem statusu społeczno-ekonomicznego, kiedy to wspomniane kategorie osób z powodu braku czasu lub środków nie są w stanie przybyć na deliberację. Podejmuje się więc starania, by umożliwić im uczestnictwo przez organizację i/lub refundowanie dojazdu, kwaterunku i wyżywienia, a także przez zapewnienie innych warunków – refundację opieki dla dzieci (samotne matki), opiekuna (niepełnosprawni) itd. Oferuje się także bodźce mające wprost zachęcić do uczestnictwa i aktywności: w przypadku SD na temat NHS w 1998 roku uczestnicy otrzymywali gratyfikację w wysokości £50; w poznańskim SD z 2009 roku zachętą były bilety miesięczne komunikacji miejskiej lub karnety parkingowe. W tej kwestii wciąż wśród praktyków i teoretyków metody toczą się dyskusje, gdyż tego rodzaju bodźce ekonomiczne stoją, z teoretycznej perspektywy, w jawnej sprzeczności z ideą bezinteresowności (i autoteliczności) uczestnictwa.
- 2) Etap drugi, poprzedzający właściwą deliberację, to przygotowanie zaproszonych do deliberacji. Polega ono nie tylko na dostarczeniu zawczasu uczestnikom „pakietu informacyjnego” (*briefing document*) wprowadzającego do danego zagadnienia, ale także na utrzymywaniu kontaktu z uczestnikami badania w celu podtrzymania ich zapału i zmotywowaniu do zapoznania się z rzezonym pakietem oraz nakłonieniu do poczynienia przygotowań do wyjazdu.
 - 3) Trzeci etap to już właściwa deliberacja – weekendowa, retransmitowana przez media debata. Często

poprzedzona jest uroczystym przyrzeczeniem – deklaracją decydentów, że wyrażone przez obywateli stanowisko będzie wzięte pod uwagę w ostatecznej decyzji. Etap ten składa się z trzech sesji: (a) Rozpoczyna się od moderowanych debat w 15-osobowych grupach na zasadzie grup fokusowych, których podstawowym celem jest określenie wątpliwości i przygotowanie pytań, które będą następnie zadawane ekspertom i politykom. W praktyce część z tych sesji jest poświęcana na przypomnienie i podsumowanie informacji zawartych w pakietach informacyjnych ze względu na to, że wielu uczestników nie przygotowało się merytorycznie do debaty – nawet mimo wcześniejszych prób zmobilizowania. W przypadku SD w Poznaniu połowa uczestników nie zapoznała się w pełni z pakietem [30]. (b) Następną jest ekspercka sesja plenarna – polegająca na tym, że grupa w pełnym składzie zadaje wcześniej przygotowane pytania specjalistom z różnych dziedzin. W tym przypadku eksperci funkcjonują jako świadkowie stron, na wzór procesu sądowego i nad taką ich rolę czuwają przeszkoleni moderatorzy panelu. Specjaliści zobowiązani są do konkretnego odpowiadania na pytania zadawane przez uczestników badania. Ogranicza im się możliwość wygłaszania własnych stanowisk ogólnych i jawnego argumentowania za którąś z opcji, wychodząc z założenia, że przystępują oni do deliberacji z już wyrobionym zdaniem – być może reprezentując jedną z grup interesów – a ich ekspercki autorytet mógłby onieśmielić respondentów i zdeter-

minować osąd. (c) Dokładnie na tej samej zasadzie zorganizowana jest plenarna sesja z udziałem polityków. W tym wypadku chodzi o zniwelowanie efektu biegleści w retoryce politycznej debaty, która w wydaniu polityków opiera się na zasadach erystyki i nie licuje z merytorycznością debaty.

- 4) Ostatnim etapem jest końcowe badanie opinii uczestników badania. Godny podkreślenia jest fakt, iż w 70% przypadków deliberacja skutkuje wyraźną zmianą preferencji badanych względem sondażu bazowego. Tak wyrażona przemyślana opinia – szczególnie że nagłośniona przez media – ma być dla decydentów wyjątkowo trudna do zignorowania.

Interesujące są informacje dotyczące kosztów przeprowadzenia SD. W przypadku Poznania było to 100 tys. złotych [31]¹. W Wielkiej Brytanii koszt sondażu szacuje się na minimum 30 tys. funtów (134 tys. złotych według kursu na dzień 1 maja 2011 roku). Czas wymagany do organizacji sondażu to około pół roku [38].

4. Komentarz – perspektywy zastosowania SD

W kontekście aplikacji metody deliberatywnej jako innowacji w polityce zdrowotnej w Polsce wiele przykładów praktyki jej zastosowania pozwala zidentyfikować niektóre problemy, jakie się z nią wiążą. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do stawianych jej oczekiwań. Ogólne uwagi na temat celów, jakie SD jest w stanie osiągnąć, oraz bilansu zalet i wad metody prezentują **Tabele V** i **VI**. Te z nich, które w największym stopniu odnoszą się do problemów polityki zdrowotnej zostaną omówione poniżej.

Zastosowanie SD do polityki zdrowotnej wymaga pogłębienia powyższego bilansu zalet i wad przez wzgląd nie tylko na uwarunkowania krajowe, ale przede wszystkim na specyfikę dziedziny zdrowia. Tutaj można się obecnie posilkować wyłącznie przykładami zagranicznymi.

SD przeprowadzony na temat przyszłości NHS w Anglii w 1998 roku był szczególnie interesującym przypadkiem. W jego toku, inaczej niż zwykle w tego typu badaniach, zmiana opinii była niejednoznaczna. Dotyczył on newralgicznego dla systemów zdrowotnych dylematu racjonowania i ustalania reguł redystrybucji ograniczonych zasobów. SD wykazał zdecydowanie wysokie społeczne poparcie dla zasad naczelnego systemu Beveridge'a – dla jego egalitaryzmu i „demokratyczności”, równoważących klasową strukturę społeczną w państwie. Dowiódł, że NHS jest przedmiotem dumy narodowej. W wyniku deliberacji wyraźnie wzrosło u badanych zrozumienie funkcjonowania systemu i satysfakcja z jego działania (z 58 do 70%), w tym także lekko wzrosła akceptacja dla postulatu zwiększenia wpływów systemu przez podniesienie podatków (z 71 do 76%). Deliberacja nie zniósła wyraźnej przewagi poparcia dla idei dystrybucji zasobów według potrzeb i niechęci względem jakiegokolwiek racjonowania – choć znacznie zmniejszyła jej kategoryczność (podnosząc poparcie dla niego z marginalnych 10 do 33%) – mimo nawet wysokiej świadomości jego konieczności. Szczególne trudności pojawiają się w przypadku próby wykorzystania wyników SD w ustaleniu zasad podejmowania trudnych decyzji w tym względzie. Pomimo świadomości faktycznej konieczności administracyjnego (przez biurokrację i menedżerów

	„Kiedy używać/co zapewnia”	„Kiedy nie używać/czego nie zapewnia”
Kwestie:	W których obywatele są niezorientowani.	Kontrowersyjne lub w których obywatele są zorientowani.
Oczekiwania:	<ul style="list-style-type: none"> Oczekuje się przemyślanej opinii publicznej. Oczekuje się zwiększenia rozeznania obywateli. 	<ul style="list-style-type: none"> Oczekuje się poprawy stosunków między grupami interesów. Oczekuje się bezpośredniego podjęcia decyzji.

Tabela V. Zastosowanie SD.

Źródło: na podstawie [38].

Zalety	Wady
<ul style="list-style-type: none"> Połączenie reprezentatywności metod naukowych z interakcją i deliberacją. Zwiększanie wśród obywateli zrozumienia złożonych problemów. Inkluzja osób, które w normalnych warunkach nie zaangażowałyby się. Wskazanie na silną różnicę między opiniami przed i po rozeznaniu tematu. Dobra metoda określania różnicowania opinii. 	<ul style="list-style-type: none"> Wymaga zaangażowania mediów audiowizualnych do propagowania rezultatów. Wysoki koszt.
<p>W porównaniu z innymi metodami deliberatywnymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wysoka reprezentatywność (w porównaniu z <i>citizens' juries</i>). 	<p>W porównaniu z innymi metodami deliberatywnymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mniejsza możliwość rozeznania i pogłębienia tematu (w porównaniu z <i>citizens' juries</i>). Nie zapewnia informacji jakościowych (w porównaniu z <i>citizens' juries</i>).

Tabela VI. Zalety i wady SD.

Źródło: [38].

szpitali) racjonowania w opiece zdrowotnej, bardzo słabo wzrosło poparcie dla idei ustalania w tej materii jasnych, obowiązujących powszechnie zasad (z 34 do 42% po deliberacji). W pytaniu o to, kto powinien decydować o pierwszeństwie w systemie i o przyznaniu świadczeń, ponad 50% respondentów niemal konsekwentnie (spadek w toku deliberacji o 4%) podtrzymywało swoje pierwotne stanowisko, że lekarze, według kryteriów ściśle medycznych. Jak zauważają autorzy raportu, respondenci byli z zasady przeciwni uprzedniemu ustaleniu kryteriów wyborów w kwestii racjonowania, nawet kosztem nieprzezroczystości i niepewności takich decyzji [32].

To „dwójmyślenie” dobrze świadczy o umiejętności rozróżniania twierdzeń o faktach od twierdzeń o powinnościach (co poniekąd dowodzi przyswojenia przez obywateli pozytywistycznego rozdziału na fakty i normy), ale jest problemem w sytuacji oczekiwania jakichś jasnych wskazówek od tej metody co do tego, jaką decyzję podjąć w realiach niemożności realizacji tej najbardziej pożądanej powinności – kiedy pyta się właściwie o to, jak inaczej, przez wzgląd na rzeczywistość, realizować ogólne ideały. Niewykluczone, że problem wynika z samej struktury techniki. Wyjaśnienia tej kwestii łączyć należy przypuszczalnie z częściowo antyelitystycznym wymiarem metody.

1) Pierwsze wyjaśnienie wiąże się z faktem silnego akcentowania etapu grup fokusowych, w trakcie których omawia się problem i formułowane są przez uczestników pytania do ekspertów i polityków (deliberację w grupach w SD o NHS za „bardzo cenną” uznało aż 68% badanych; panel ekspercki za wartościowy uznało tylko 36%). W tym stadium uczestnicy w podstawowym wymiarze opierają się na materiałach informacyjnych i ewentualnych doświadczeniach przyniesionych z sobą do debaty. Bardzo możliwe, że ludzie ci – z założenia laicy, tylko po wstępnym przygotowaniu: ogólnikowym (jeśli idzie o przesłane przez organizatorów broszury) i na pewno nie wolnym od stronniczości (jeśli idzie o ewentualne uprzednie próby rozeznania sprawy we własnym zakresie) – nie zapytali o wiele istotnych kwestii. Koncentracja na obywatelach-laikach uczestniczących w badaniu, jako przedstawicielach opinii publicznej, jest z całą pewnością kluczem do zwiększenia politycznej podmiotowości obywateli, ale realizacja jej przy znacznym wykluczeniu swobody wypowiedzi ekspertów (których rola ogranicza się, jak w sądzie, tylko do odpowiedzi na pytania uczestników), jak się wydaje, osłabia merytoryczność deliberacji. Metoda zabezpiecza publiczność w znacznej mierze przed (a) niepożądanym efektem przytłaczającego autorytetu ekspertów [39] lub manipulacją ze strony biegłych w retoryce polityków. Traktowany jako metoda suplementarna w całym procesie politycznym, SD celowo służy też (b) zrównoważeniu wpływu gremiów eksperckich i politycznych ciał negocjacyjnych, opanowanych przez grupy nacisku. Niepożądanym jednak efektem zawężenia swobody wypowiedzi – przynajmniej ekspertów – może być ograniczenie ich możliwości identyfikacji (dla uczestników) newral-

gicznych, a niełatwych do wykrycia pól problematyzacji. Tego typu możliwość istnieje w stadium przed deliberacją na poziomie opracowywania materiałów informacyjnych, ale może być ograniczona nie tylko kwestiami technicznymi (objętości broszury), ale i koniecznością ich kompromisowego charakteru (w pracach Komitetu Zainteresowanych strony mają prawo weta). Większą swobodę ekspertów oferują w porównaniu z SD metody z mniejszą grupą badanych – szczególnie *consensus conferences* (zawierające etap fokusowych grup z ekspertami), ale w wymiarze politycznym narażałaby ona deliberację na wspomniany efekt wpływu autorytetów.

2) Problem może brać się też z pobocznego efektu takiej konfrontacji elit z ludem i wynikać z zamierzonego rugowania rozumowania instrumentalnego. Siłą rzeczy w sytuacji wysoce złożonych, przy nawet bardzo zorientowanej w temacie publice – ale tylko zorientowanej, niemającej pogłębionej wiedzy – debata nigdy nie osiągnie postaci ściśle merytorycznej deliberacji, ale nie tyle w sensie samego rozeznania w materii, lecz samej formy deliberacji, która jest inna w przypadku typowej dla obywateli retoryki debaty publicznej [40] – polegającej na operowaniu argumentami odnoszącymi się do ogólnych wartości i pryncypiów społecznych i politycznych, czyli tego, co w etyce nazywa się imperatywami kategorycznymi – a inna dla deliberacji grona eksperckiego, które z zasady operuje biegle w sferze imperatywów hipotetycznych, czyli tzw. rozumowania instrumentalnego. To prawdopodobnie było przyczyną tak słabej zmiany przekonań w odniesieniu do racjonowania w wyniku deliberacji – nawet pomimo pogłębionej wiedzy i zrozumienia jego konieczności (a także powodem niskiej oceny panelu eksperckiego). Tu pojawia się istotne rozróżnienie między dwoma typami rozumowania powinnościowego: (a) tego dotyczącego wyznawanych bezwzględnie wartości, stanowiących busołą moralną imperatywów kategorycznych, a (b) rozumowania instrumentalnego operującego imperatywami hipotetycznymi (stanowiącego niejako kompromis wartości z faktami): „Jakie powinniśmy przyjąć zasady naczelne, wiedząc, że przy takich realiach nasze najbardziej szczytne zasady nie są możliwe do realizacji?”. Z pewnością część osób obstających przy zasadach nieracjonowania świadczeń, pomimo świadomości niemożności ominięcia racjonowania, traktowała odstępianie od tychże jako porzucenie pryncypiów moralnych, gdy tymczasem sformułowanie takich realistycznych „powinno” nie jest wcale tożsame z porzuceniem tych zasad. Możliwe, że pewien wstępny metaetyczny instruktaż byłby pomocny w uniknięciu takich nieporozumień. Debata w kwestiach opieki zdrowotnej okazuje się szczególnie podatna na tego typu problem – niesłusznej szczególnie w przypadku redystrybucji dóbr ekonomicznych – deprecjacji rozumowania instrumentalnego.

Inny potencjalny problem, o którym wspominają teoretycy deliberacji, akurat w sferze opieki zdrowotnej nie jest tak bardzo uciążliwy. W warunkach wielokulturowo-

sci zwraca się uwagę na niemożności pogodzenia z sobą sprzecznych wizji etyczno-politycznych w warunkach postmodernistycznej polityki. W tym przypadku paradoksalnym skutkiem debaty może być petryfikacja opinii uczestników w kwestiach szczególnie drażliwych politycznie [40]. Jednakże w większości z nich – z wyraźnym wyjątkiem np. spraw refundacji procedur *in vitro*, aborcji itd. – kwestie polityki zdrowotnej unikają konsekwencji silnych politycznych tożsamości. W polityce zdrowotnej „podkład kulturowy” obywateli jest jak najbardziej obecny i może stanowić stabilny grunt dla racjonalności („rozumu publicznego”). Zastosowania metod deliberatywnych dowodzą, że „nieprzewidywalny” „kulturowo-polityczny” rozłam w społeczeństwie polegający na przeciwstawieniu sobie „liberałów” i „socjalistów” jest artefaktem – produktem kompleksu medialno-politycznego, który żywi się przekształcaniem różnic zdań w „wojny kulturowe” [41] i jest możliwy do załagodzenia na zasadzie poszukiwania rozwiązań „zza zasłony niewiedzy”, czego szczególnie wyraźnym przykładem jest *citizens' jury* w Stanach Zjednoczonych w 1993 roku na temat reformy opieki zdrowotnej [19, s. 322]. Tego typu spory przy odpowiednich prerekwizytach i w dogodnych warunkach przygasają i zamiast płomiennych pasji można dostrzec – szczególnie u przeciętnych obywateli – próby podejmowania decyzji wyraźnie przybliżających się do ideału bezstronności.

Z kwestią silnej roli organizatorów i moderatorów wiąże się inny problem – godzący w sam fundament metody (aprecjacje osądu *zwykłych ludzi* i deprecjacje *elit*) problem kontroli przepływu informacji przez zespół organizatorów deliberacji. Wynikać może on częściowo z właściwego teorii demokracji deliberatywnej „naiwnego założenia o roli informacji jako narzędzia komunikowania w dialogu, które to ignoruje rzeczywisty status informacji jako źródła władzy” [42, s. 242]. Rzecz właściwie sprowadza się do klasycznego dylematu fundamentalnego dla wszelkich wymiarów władzy, wyrażonego aforyzmem z *Satyr* Juwenaliusa: „kto stróżuje nad samymi strażnikami” (*quis custodiet ipsos custodes*) [43, s. 22]. W kwestii sporządzania pakietu informacyjnego problemowi temu zaradza instytucja Komitetu Zainteresowanych Stron. W przypadku zaś samych moderatorów w badaniach ewaluacyjnych są oni oceniani jako bezstronni. 85% uczestników SD w Poznaniu uznało, że nie próbowali oni przekonywać do własnego zdania [30]. Właśnie ze względu na rygor metody i zachowanie odpowiedniej jej renomy SD jest zarejestrowaną marką należącą do Uniwersytetu Stanforda. J. Fishkin rezerwuje sobie i swojemu zespołowi prawo do nadzorowania procesu przygotowania i przeprowadzania SD. Fishkin wyjaśnia rzecz w wywiadzie dla ogólnopolskiego dziennika:

– „Jak uniknąć oszukiwania, przecież odpowiednio dobierając ekspertów, można wpłynąć na odpowiedzi?”

– Dlatego *deliberative polls* to zastrzeżony znak towarowy. Pilnujemy, by eksperci reprezentowali wszystkie opcje. I by ich skład był znany na długo przed debatą – by pokazać, że żadne środowisko, żadna grupa interesów nie zostały pominięte. Za przeprowadzenie *deliberative polls* Centrum na rzecz Deliberatywnej Demo-

kracji przy Uniwersytecie Stanforda pobiera symboliczną opłatę, która idzie na dalsze badania w tym zakresie. Nie chcemy, żeby gdzieś na świecie ktoś robił nieuczciwe eksperymenty, korzystając z naszej nazwy” [44].

Jest to uzasadnione, jeśli idzie o trzymanie standardów metody jako generującej „idealną sytuację rozmowy i namysłu”, także w często podnoszonej kwestii fikcyjności założenia równości samych uczestników [42]. Jednakże takie przywiązanie metody do pojedynczego zespołu może mieć tę niepożądaną konsekwencję, że przez znaczne powiększanie kosztów metody (tłumaczenia na język angielski), ale i nadmierną personalizację (kluczowa rola J. Fishkina, który osobiście weryfikuje m.in. obiektywizm materiałów) utrudni jej rozpowszechnienie i instytucjonalizację.

Pewien konceptualny problem może wynikać z faktu, że idea demokracji deliberatywnej postrzega partycypację bardziej jako cel sam w sobie niż środek do realizacji innych celów – choćby bezpośredniego wypracowania właściwych polityk zdrowotnych. Warto jednak zauważyć, że nie jest jej zamierzeniem zastępowanie mechanizmów decyzyjnych już dostępnych w ramach demokracji przedstawicielskiej, jak i innych – bardziej zorientowanych na decyzje form partycypacji. Deliberacja ma być ich uzupełnieniem – służącym właśnie poprawie jakości partycypacji [19, s. 321]. Więcej nawet, uczynienie deliberacji ściśle wiążącym mechanizmem decyzyjnym w znacznej mierze może zaszkodzić realizacji jej założeń – ta uwaga zostanie rozwinięta w późniejszej części wywodu. Znamienne natomiast, że idea ta kładzie akcent przede wszystkim na wymiar wychowawczy czy też „rozwojowy” (a nie decyzyjny) procesu uczestnictwa w deliberacji, jako ścieżki indywidualnego samokształcenia i obywatelskiej samorealizacji. W tym kontekście idea ta wyraźnie zmierza do realizacji innych oczekiwań stawianych przed metodami partycypacyjnymi – w szczególności rozwoju kompetencji zdrowotnych (*health literacy*) obywateli [8]. Ta z zasady obywatelska metoda partycypacji (zorientowana na dobro wspólne) może się dzięki temu przekładać na wymiar partycypacji pacjentów/klientów, wspomagając ich (indywidualne interesy) na rynku sektora zdrowotnego.

Bardzo ważną korzyścią, jaką w polityce zdrowotnej przynoszą ich uczestnikom metody deliberatywne, jest zwiększenie satysfakcji z funkcjonowania systemów zdrowotnych. Dzieje się tak za sprawą powiększenia zrozumienia reguł ich funkcjonowania, złożoności oraz dylematów, jakie przed nimi stoją; dzięki temu zwiększa się m.in. wyrozumiałość obywateli także dla biurokratycznego i menedżerskiego aspektu funkcjonowania systemu [32, 42]. Oczywiście nawet w przypadku SD, w którym uczestniczy jednocześnie najwięcej osób, deliberacja jest metodą zbyt kosztowną, by dało się za jej wyłączną pomocą osiągnąć wspomniany efekt na szerszą skalę [42].

5. Deliberacja a inne formy partycypacji – perspektywa polska

Szczególną kondycję deliberacji jako „wolnej debaty” (merytorycznej, bezinteresownej) opisał J. Dryzek,

wymieniając trzy błędy „dyskursywnego zaangażowania w na wpółoderwanej (*semidetached*) sferze publicznej”. Podstawowy błąd to zupełny brak wpływu debaty na proces decyzyjny, czyli to, że władza jest głucha na wszelkie głosy dochodzące z tej strony. Jeszcze inny błąd, który nie jest tak łatwy do zidentyfikowania – można powiedzieć, że jest paradoksalny – to błąd zbyt ścisłego związania deliberacji z procesem decyzyjnym [40].

Problem ten wiąże się przede wszystkim ze zjawiskami zachodzącymi w sferze władzy politycznej. Zaopatrzenie sieci instytucji deliberatywnych w kompetencje władcze prowadzi do degeneracji ich pierwotnego celu – swobodnego namysłu nad sprawami publicznymi. W takich okolicznościach owe instytucje zmieniają się w arenę walki o przejęcie kontroli nad suwerenną władzą. Zostają skolonizowane przez „sekiarski” model retoryki politycznej uprawianej przez frakcje obstające przy czysto retorycznej, „sloganowej” obronie interesów. Polega to na tym, że w momencie, gdy interesariusze zorientują się, że wynik deliberacji może mieć konsekwencje decyzyjne i szkodzić ich interesom, podejmują działania mające te interesy zabezpieczyć. Zaczynają oni wówczas propagować swoją *narracyjną retorykę* (zideologizowaną „historyjkę”), zamieniającą dylemat w „kryzys” i „wojnę kultur” [41]. Jak zauważają J. Abelson i wsp., w przypadku zastosowania metod deliberatywnych w zdrowiu, przy silnym zideologizowaniu sporu, preferencje ulegają petryfikacji i tym samym zastosowanie deliberacji może mijać się z celem [42]. Niewykluczone

też, że grupy interesów będą się starały wpłynąć na sam przebieg metody (nawet nielegalnie), ingerując w jego rzeczowość i bezstronność. Co ciekawe, z tego względu zaleca się czasem przeprowadzanie deliberacji, zanim interesariusze zorientują się w sytuacji i zdążą zbudować owe narracyjne okopy [45]. Tego zalecenia nie da się jednak zastosować w przypadku instytucjonalizacji procedur deliberatywnych, które – otrzymawszy uprawnienia władcze – staną się stałym obiektem zabiegów polityków i grup interesów.

Innymi słowy, nadanie kompetencji decyzyjnych ciałom deliberatywnym skutkuje wypieraniem z nich aspektu rozumowego na rzecz retoryczno-ideologicznego, utrudniającego szczerą zmianę opinii. Dodać należy, że typową drogą faktycznej sanacji tego typu układu instytucjonalnego – który obarczono ciężarem władzy, a w którym zapanował impas ideologicznej polaryzacji – jest porzucenie przezeń statusu forum swobodnej debaty na argumenty (merytoryczne, ale i retoryczne) i właśnie przekształcenie go w platformę prowadzenia negocjacji przez wzajemność ustępstw – dochodzenie do kompromisów [40].

Stąd należy – na przekór retoryce ruchu partycypacji społecznej [5, 13] – podkreślić pewną jakościową, a nie tylko ilościową (tj. zakresu uprawnień władczych, o których mówią różne wersje „drabiny partycypacji społecznej”) różnicę pomiędzy *konsultacjami* a *współdecydowaniem*. Obie te kategorie ujęte zostaną w typy idealne (podsumowanie w **Tabeli VII**):

TYP	WSPÓLDECYDOWANIE	KONSULTOWANIE
Praktyka	„KONSULTACJE Z INTERESARIUSZAMI”	DEBATY OBYWATELSKIE
Uczestnicy	<i>Korporacje</i> (przez reprezentantów)	Osoby fizyczne
Charakter uczestnictwa	Przedstawiciele grup interesów	Samodzielni obywatele
Punkt wyjścia uczestnictwa	Żywo zainteresowani, więc zaznajomieni (interesariusze <i>sensu stricto</i>)	Niezorientowani, więc niezainteresowani (choć sprawa ich dotyczy)
Cel uczestnictwa	Wyrażanie uświadamianych potrzeb	Wykrycie potrzeb nieuświadomionych i nieuświadomionych stanowisk
Paradygmat uczestnictwa	Reprezentacja interesów (uczestnicy są mandatariuszami – działają w imieniu grupy interesu) lub reprezentacja dziedzin wiedzy	Prezentacja interesu wspólnego (uczestnicy stanowią próbkę społeczeństwa; „reprezentują sami siebie”)
Funkcja uczestnictwa	Agregacja interesów i/lub przedstawienie ekspertyzy	Wyrażanie opinii (bezinteresownej, zdroworozsądkowej)
Przedmiot uczestnictwa	Aspekt techniczno-wykonawczy	Aspekt polityczny – ogólnodecyzyjny
Typ idealny	Negocjacje	Deliberacje
Cel uczestnictwa	DECYZYJNOŚĆ (wymiar polityczny)	NAMYŚL (wymiar edukacyjny)
Skutek	„W stronę decyzji”	„W stronę opinii”
Podejście	Myślenie partykularno-kolektywne	Myślenie holistyczno-indywidualne
Interesy	Interesy partykularne	Interes wspólny
Prerekwizyty	<i>Issue networks</i> ; pewien podkład instytucji społecznych zajmujących się problemem („dyżurni partnerzy władz”)	<i>Demos</i> (suwerenny lud); brak podkładu instytucjonalnego – badani to losowo dobrana zbiorowość

Tabela VII. Typy idealne partycypacji: *współdecydowanie i konsultowanie*.

Opracowanie własne.

W *konsultacjach*, w ich najpełniejszym wymiarze (*opiniowaniu, doradzaniu*), mamy do czynienia ze swobodnym namysłem, wyrażeniem opinii. Nie dąży się tu do rozstrzygnięcia, a jedynie doradza – bądź informuje o rozkładzie indywidualnych preferencji (SD), bądź wspólnie wypracowuje stanowisko (*citizens' juries*). W tym znaczeniu konsultacje w sensie ścisłym zachodzą w „ciałach niedecyzyjnych”.

We *współdecydowaniu* zwieńczeniem musi być decyzja. Proces przybiera postać bądź (a) przekonywania nieprzekonanych na potrzeby głosowania, bądź (b) negocjacji. Zwieńczeniem jest tutaj odpowiednio: władcze rozstrzygnięcie według jednej z reguł większościowych (przy odrzuceniu woli mniejszości) lub – gdy takie rozstrzygnięcie nie jest możliwe, choćby przez możliwość weta jednej ze stron – kompromis. Pierwszy przypadek opiera się na wstępnej argumentacji (często erystycznej), zmierzającej do przeciągnięcia ewentualnych niezdecydowanych głosów na swoją stronę. Czasem bywa on zwykłą formalnością, jak w parlamencie, gdzie niezdecydowani występują sporadycznie, a obowiązuje dyscyplina partyjna. Innym razem argumentacja ma znaczenie kluczowe, jak w debacie publicznej przed wyborami, w przypadku której istnieje spora rzesza wyborców „do zagospodarowania”. Ostatecznie jednak istotą mechanizmu jest próba siły – siły liczebnej. W drugim zaś mechanizmie – szczególnie częstym w przypadku partycypacji społecznych – debata jest związana rygorami wzajemności ustępstw, gdzie bardziej niż siła argumentów liczy się zwykła siła pozycji w negocjacjach (jakie ma się atuty i jakie potrzeby: na ile ustępstw można sobie pozwolić). Przykład ostatniego znaleźć można w ustawowym określeniu funkcji Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych, która „[...] stanowi forum dialogu społecznego prowadzonego dla godzenia interesów pracowników, interesów pracodawców oraz dobra publicznego” [46]. Niezależnie jednak od tego, czy mamy do czynienia z metodami głosowania, czy negocjacji – właściwie są one „ciałami decyzyjnymi”.

Konsultacje (w tym deliberacja) prędzej przybiorą postać wolnej debaty, gdyż nad dyskusantami nie ciąży widmo ostateczności, jakie niesie decyzja. Debata traci wyraźnie na autentyczności i wigorze argumentacyjnym, gdy jej skutki mogą dotknąć czyichś witalnych interesów. W tym przypadku trudniej zdobyć się na bezstronność, czyli – posługując się siatką pojęciową teoretyków deliberacji – trudniej jest wejść za „zasłonę niewiedzy”, która pozwala zapomnieć na moment o tym, jaką się ma faktycznie pozycję i interesy.

Typy idealne *współdecydowania* i *konsultacji* nie sprowadzają się tylko do formalnie nadanych uprawnień (jak mogłyby sugerować „drabiny partycypacji”), ale mają pewne strukturalne korelaty, które sprawiają, że jakąś opinię *de facto* łatwiej uwzględnić w procesie decyzyjnym. Tym samym pewne „konsultacyjne” czy tylko „doradcze” z nazwy lub *de iure* instytucje mogą się w praktyce okazywać formami *współdecydowania*. Wspomniane korelaty to przede wszystkim struktura uczestnictwa w procesie i sam przedmiot dyskusji. Oto rozwiązania, które cechują ciała „bardziej decyzyjne”,

wraz z ich przykładami zaczerpniętymi z polskiej praktyki partycypacji społecznej:

1. Reprezentacja interesów społecznych. Jeśli członkiem ciała doradczego w sprawie jest reprezentant jakiejś znaczącej grupy interesów, np. przedstawiciel związku zawodowego, to – ze względu na faktyczną siłę polityczną i możliwość ekonomicznego szantażu – istnieje większa szansa, że opinia wypracowana z udziałem takiego reprezentanta będzie wysłuchana. W ten sposób skonstruowane są instytucje dialogu społecznego (jako komisje trójstronne władz, pracobiorców i pracodawców).
2. Reprezentacja władzy. Podobnie jest, gdy w konsultacji uczestniczą przedstawiciele różnych segmentów władzy publicznej i różne jej organa; na przykład skład Rad Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia (wyraźna przewaga władz samorządu wojewódzkiego) [47].
3. Instytucjonalizacja uczestnictwa. W ciałach „bardziej decyzyjnych” uczestnictwo jest zarysowane jasno i sztywno w prawie. Uczestniczą w nich *wiryliści*, czyli osoby zasiadające w nich z tytułu pełnienia funkcji w jakichś instytucjach publicznych czy prawnie uregulowanych organizacjach społecznych. Na przykład „Wiarygodność Komisji Trójstronnej wynika m.in. z rzeczywistej i przejrzystej dla społeczeństwa reprezentatywności partnerów społecznych uczestniczących w Komisji. Dlatego konieczne jest określenie precyzyjnych zasad uzyskiwania statusu organizacji reprezentatywnej, które nie budzą w praktyce prawnych wątpliwości oraz stworzenie reguł okresowego weryfikowania tej reprezentatywności” [48].
4. Aspekt techniczno-wykonawczy. Dodatkowo silniejszy wpływ na ostateczne decyzje mają dyskusje prowadzone w aspekcie techniczno-wykonawczym – gdy zarówno przedmiot konsultacji jest bardzo merytoryczny, jak i sami uczestnicy dzierżą status autorytetów czy to ze względu na wykształcenie w dziedzinie, czy też ze względu na obsadzanie stanowisk technicznych. Na przykład:

- a) „Debata publiczna w Trójstronnej Komisji powinna być oparta na specjalistycznej wiedzy eksperckiej” [48];
- b) zasiadający w WKDS Dyrektorzy Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego.

Ciała decyzyjne stanowią instytucjonalizację „żelaznych trójkątów” – forum dla ścierania się interesów partykularnych bądź rywalizujących, skonsolidowanych wizji interesu wspólnego. W ramach *współdecydowania* najczęściej spotyka się „dyżurnych partnerów władzy” mających już wyklarowane preferencje, czyli sieci polityczne (*policy networks*), a także sieci problemowe (*issue networks*). W metodach deliberatywnych zakłada się, że związek ekspertów – najlepiej zorientowanych w temacie – z politykami lub grupami interesów jest funkcjonalną koniecznością (większa perspektywa wpływu na decyzje) [7, s. 165]. W przeciwieństwie do tego w ciałach *konsultacyjnych* uczestniczyć mają *zwykli obywatele* – osoby słabo (lub wcale) zorientowane w temacie, nie-reprezentujące żadnych zdefiniowanych interesów i tym

samym niemające silnych preferencji, czyli podmioty o „otwartych umysłach”. Kontrast między typowym uczestnictwem we *współdecydowaniu* i w *konsultacjach* odpowiada w znacznej mierze podziałowi społeczności politycznych (*policy communities*) na: *trzon* (*sub-government*) – przedstawicieli urzędów i sformalizowanych grup interesów – oraz „*ważną*” *publiczność* (*attentive public*) – której członkowie „wywodzą się z tych samych kręgów podmiotów zainteresowanych problemami i ich rozwiązywaniem, ale niemających możliwości, czasu i energii na uczestniczenie w debatowaniu na temat różnych strategii postępowania” [7, s. 159–164]. Deliberatywiści chcieliby poszerzenia społeczności politycznej także o publiczność nieuważną, niezainteresowaną tematem (choć możliwe, że byłoby to w ich interesie) – o osoby niezorientowane w temacie, których właściwe preferencje należałoby odkryć.

Trzeba w tym miejscu zauważyć, że wspomniane „decyzyjne” typy uczestnictwa mają walor niweczenia idei deliberacji – „swobodnej debaty”. Uczestnictwo przedstawicieli jakichś grup interesów ma zupełnie inny charakter niż udział przeciętnego obywatela. Reprezentant taki jest osobą zobowiązaną do zatroszczenia się o czyjeś interesy, których musi sumiennie bronić. Zwykła zmiana zdania, czyli domniemany i pożądaný efekt deliberacji, jest tutaj sprzeniewierzeniem się swoim obowiązkom – jest patologią w takiej „decyzyjnej” strukturze partycypacji. Ewentualna zmiana może tu polegać wyłącznie na ustępstwie w negocjacjach – z towarzyszącym mu analogicznym ustępstwem po stronie przeciwnej. W takiej perspektywie należy postrzegać funkcję mandatu wolnego w negocjacjach. Debata poprzedzająca głosowania – gdzie liczy się raczej ekspresja silnie wartościowanych stanowisk i przekonywanie niezdecydowanych – kategorycznie nie sprzyja zmianie opinii tych, którzy są już zdecydowani. Wprost przeciwnie – każde nawet ustępstwo jest niedopuszczalnym, gdy idzie o wartości, „zgniłym kompromisem”. Być może to właśnie mylne przekonanie o tym, że reprezentuje się jakieś fundamentalne wartości społeczno-polityczne, było przyczyną tak niejednoznacznych zmian opinii uczestników SD na temat NHS. Właściwym problemem mogła tu być więc mentalność wynikająca z wpływu specyficznej, „wojennej” kultury debaty publicznej [41].

Z tego właśnie względu ciała deliberatywne jako „mniej decyzyjne” obsadzone są w pierwszym rzędzie przez obywateli niejako „reprezentujących samych siebie” – nieograniczonych faktem bycia mandatariuszem, a więc niereprezentujących, ale *prezentujących* opinię publiczną: stanowiących „próbkę reprezentatywną” całego społeczeństwa. Fora deliberatywne mają tzw. chłodną strukturę – konstruowane są tak, że jego uczestnicy nie stają się rywalami (jak w „gorących” forach decyzyjnych, w których wazą się interesy), a rozstrzygającym kryterium ma być swobodna refleksja [49]. Rządzi nimi opisana przez Monique Deveaux zasada rewizyjności (*revisability principle*) – gwarantująca, że w przypadku rewizji stanowiska w spornej kwestii osoba zmieniająca zdanie zarazem zachowuje twarz, jak i przyczynia się do rozwikłania sporu [50, s. 792].

Częstym przedmiotem deliberacji niedecyzyjnych są tematy bardziej ogólne, polityczne w naturze – dotyczące ustalenia zasad naczelných polityki. Godne odnotowania jest jednak, że w zdrowiu deliberatywne metody foku-sowe stosowane były wielokrotnie także w wymiarze wykonawczym. Laboratorium takich praktyk – z zastosowaniem *citizens' juries* – były władze zdrowotne brytyjskiego NHS. Co znamienne, w kontekście powyższego rozróżnienia, także i w tych przypadkach trudno mówić o bezpośrednim przełożeniu wyników deliberacji na decyzje. Opinie i stanowiska powstałe w ich wyniku najczęściej są silnie przefiltrowywane przez zlecające je i sponsorujące władze zdrowotne. O ile metody deliberacji są w większości skonstruowane tak, że powinny teoretycznie gwarantować wiążące decyzje, w praktyce – na przykładzie zastosowania ich w zdrowiu – „stawka okazuje się zbyt wysoka, by delegować tę władzę grupie obywateli” [36, s. 243, 247].

Intencją podziału partycypacji na niedecyzyjną *konsultację* i decyzyjne *współdecydowanie* nie jest „odebranie deliberacji prawa do decyzji”. Chodzi raczej o wykazanie pewnej istotnej praktycznej trudności, na jaką może natknąć się choćby SD – trudności, którą należałoby nazwać *decyzyjnym paradoksem deliberacji*. Oto bowiem akcentowanie niedecyzyjnego charakteru metod deliberatywnych – gwarantującego ich „czystość” – stanowi poważne wyzwanie dla reprezentatywności. Jak wskazały badania, wola uczestnictwa obywateli w czasochłonnej i kosztownej deliberacji wyraźnie spada, gdy nie czują oni, że ich zaangażowanie przełoży się na wyraźne efekty decyzyjne [51]. Jest to problem zachęcenia do uczestnictwa osób innych niż tylko zainteresowanych dyskusją na dany temat – a więc zapewnienia reprezentatywności sondażu. Nawet „uroczyste przyrzeczenia” decydentów, że wezmą wyniki deliberacji pod uwagę, nie będą tu wystarczające, gdy praktyka wyrobi w opinii publicznej przekonanie o ich gołosłowności. Za to, nadanie prawem kompetencji decyzyjnych ciałom deliberatywnym będzie przyczyną usilnych prób storpedowania ich ściśle deliberatywnego charakteru. Zestaw kategori-cznych reguł teoretycznie może stanowić barierę dla takich ingerencji. Ale sam ich rygor, przy jednoczesnej mocy decyzyjnej, będzie przyczyną niechęci klasy politycznej do wprowadzenia jej na szerszą skalę (jako ograniczającej ich władzę).

Problem więc w znacznej mierze sprowadza się do woli politycznej: zaprowadzenia deliberacji będącej *jednocześnie* bezstronną i decyzyjną. Ale nawet i ona rozbija się o *decyzyjny paradoks deliberacji*, która *zarazem powinna być decyzyjna* (przez wzgląd na reprezentatywność i zaangażowanie), *ale i jednocześnie decyzyjna być nie może* (z powodu procesów degeneracji wolnej debaty pod ciężarem stawki, której dotyczy).

W kontekście wyraźnego odróżnienia partycypacji w typie *konsultowania* i *współdecydowania* można zastanowić się nad ewentualną pozycją metod deliberatywnych w polskich realiach partycypacji w zdrowiu. Polska praktyka w tym zakresie określana jest przez trzy źródła: A. Źródła programowe – „Zasady Dialogu Społecznego”, dokument programowy rządu z 22 października

2002 roku – które wyraźnie koncentrują się na takim sensie dialogu społecznego, który podmiotowość w tymże nadaje głównie władzom publicznym i grupom interesów ekonomicznych – szczególnie organizacjom pracodawców i pracobiorców [48].

- B. Źródła prawne – określające struktury instytucji dialogu społecznego – w których zarysowana jest przewaga segmentów władzy publicznej (dialog społeczny w wydaniu „reprezentantów reprezentantów”, takich jak przedstawiciel konwentu powiatów w Radzie WO NFZ), przy zdecydowanej przewadze delegatur władzy centralnej.
- C. Praktyka dialogu społecznego – w przypadku której obserwujemy brak lub fasadowość konsultacji społecznych w wymiarze decyzji co do ogólnych założeń polityk. Konsultacje te w rzeczywistości politycznej przyjmują bowiem postać *jednostronnego informowania z uzasadnieniem i próbą nakłonienia do akceptacji*, co na przedstawionej wyżej drabinie partycypacji odpowiadałoby szczeblowi trzeciemu. Najnowszym przykładem są tutaj „konsultacje społeczne” w sprawie projektu ustawy o działalności leczniczej, które polegały na przedstawieniu gotowego projektu rządowego, co pozostawiało szereg partnerów społecznych w poczuciu doświadczenia aroganckiego paternalizmu władzy. Można mieć ponadto poważne zastrzeżenia do jakości uzasadnień przedstawionych projektów, jak w przypadku nowej ustawy o prawach pacjenta, w uzasadnieniu której opisano, że projekt ma zmienić przepisy, które już i tak nie obowiązywały [52]. Taka nierzetelność uzasadnienia stanowi naruszenie podstawowych zasad *Kodeksu praktyk konsultacyjnych* [53].

Podsumowanie tych źródeł prowadzi do wniosku, że w Polsce wyraźnie akcent kładzie się na model (decyzyjnych) „konsultacji” w wymiarze technicznym z niektórymi tylko interesariuszami, a przy zaniedbaniu innych. Praktykę można podsumować w ten sposób, że polska klasa polityczna:

- na poziomie decyzyjnym eksploatuje do granic możliwości założenia modelu racjonalnego [7], który w realiach schumpeterowskiego modelu demokracji [54] rezerwuje jej prawo generowania ogólnych, spójnych i jednolitych zasad polityki zdrowotnej, i w którego przypadku nie ma sprzężenia zwrotnego. Można odnieść wrażenie, że konsultacje międzyresortowe wyczerpują u władz wolę „dialogu społecznego”;
- na poziomie wykonawczym wykorzystuje metody partycypacyjne i mechanizmy modelu inkrementalnego (tj. pluralistycznych decyzji ciał pośredniczących, dodatkowo wzmacniające wpływy polityki partyjnej) do nadwątlenia kompetencji „korpusu urzędniczego” (które wynikałyby z założeń modelu racjonalnego) i zaprowadza tam mechanizmy modelu inkrementalnego.

Podsumowanie

W świetle powyższych uwag o realiach polskich – szczególnie jeśli idzie o instrumentalizację idei party-

cypacji przez dotychczasowe rządy jako metody rozgrywania kwestii politycznych przez perspektywę partyjną i powiększania jej domeny – należy powątpiewać w szansę bliskiego zastosowania metod deliberatywnych jako innowacji w polityce zdrowotnej. Pojedyncze przykłady, realizowane w innych dziedzinach na szczeblu lokalnym, są sporadyczne i nie wróżą ich zaszczerpienia na szczeblu centralnym. Kluczowa jest tutaj zmiana podejścia klasy politycznej, dla której obywatele musieliby się stać realnym partnerem – którego głos zasługuje na wysłuchanie – a nie jedynie *elektorem*, „politycznym zasobem” o którego walka rozgrywa się w partyjnej rywalizacji. W przypadku zaś prób implementacji pamiętać należy o realistycznych skutkach tak realizowanej partycypacji, co wymaga krytycznego podejścia do entuzjastycznej retoryki ruchów na rzecz doskonalenia demokracji.

Doradczo-konsultacyjny charakter metod deliberatywnych stanowi szczególnie problem, jeśli idzie o ich ewaluację. Najnowsze analizy dotyczące partycypacji w zdrowiu na świecie wskazują, że pomimo całych dekad praktyki stosowania różnych deliberatywnych i quasi-deliberatywnych metod wciąż brakuje rzetelnej ewaluacji ich efektywności [55]. Rozróżnienie *konsultacji* i *współdecydowania* pozwala na przynajmniej częściowe wyjaśnienie tych braków przez wskazanie na wybitnie pośredni wpływ konsultowania na polityki zdrowotne (nie wyjaśnia za to braków w ewaluacji innych metod partycypacji). Temat wciąż pozostaje słabo zbadany i pozostawia pole do pogłębionych analiz.

Analizy te, jak się zdaje, nie powinny poprzestawać na praktycznym wymiarze, ale wymagają czerpania z bardziej teoretycznych i krytycznych rozważań – umożliwiających lepsze zrozumienie tematu. Jak zauważają Rowe i Frewer, to właśnie teoretyczna niejasność w kwestii definicji jest istotnym powodem utrudniającym rozwój praktyki partycypacji [14]. Dzieje się tak za sprawą rozbudzania przez ogólne, czasem górnolotne definicje niewspółmiernych oczekiwań – z wiarą w zupełne uzdrowienie procesów politycznych i społecznych współczesnych państw. Wymaganiom tak nierealistycznie wysoko postawionym partycypacja deliberatywna nie jest w stanie sprostać. Odczucie zawiedzionych nadziei, do jakiego to prowadzi, stanowi bardzo ważną przeszkodę w rozwoju idei uczestnictwa w jego różnorodnych odmianach.

Ważnym zagadnieniem teoretycznym z perspektywy polityki zdrowotnej jest nadanie kontekstu metodom deliberatywnym, takim jak SD, w relacji do praktykowanych modeli polityki zdrowotnej. W tym miejscu zasadne będzie szkicowe zarysowanie dalszych pól poszukiwań.

Model racjonalny polityki zdrowotnej (rozdział celów od środków, metody naukowe) był szczytnym ideałem, częściowo możliwym do realizacji – czyli w pełni naukowym – tylko na poziomie wykonawczym. Jego punktem wyjścia był oświeceniowy ideał rozumowego namysłu nie tylko nad środkami – według zasad *rozu- mu instrumentalnego* (odpowiadającego na pytanie „jak robić?”) – ale i celami – według ideałów tzw. *rozu- mu praktycznego* (odpowiadającego na pytanie „co robić?”). Ten ideał ostatecznie musiał zostać porzucony za sprawą „niepowodzenia oświeceniowego projektu racjonalnego

uzasadnienia moralności” (odrzućenie *rozumu praktycznego*). W powszechnej opinii uznany został tzw. emotywistyczny paradygmat rozumowania instrumentalnego z przypisaniem rozumu (instrumentalnego) do środków, do celów zaś – emocji, które wyznaczają cele arbitralnie na zasadzie woli [56]. W polityce odpowiadał mu weberowski, a potem schumpeterowski model polityki, w których ustalanie celów polityki następowało w wyniku „polityczności” (*politics* – rywalizacji o władzę): „emocjonalnych” zachowań elektoratu selekcyjnego w wyborach przywódców (nawet nie programy wyborcze), którym to dopiero powierzano wolny mandat na ustalanie owych celów wspólnoty politycznej. Dopiero po tak arbitralnym ustaleniu celów aparat administracyjny państwa – umocowany przykładowo w Konstytucji RP, Korpusie Służby Cywilnej – może je realizować zgodnie z założeniami racjonalności instrumentalnej, a więc naukowej, apolitycznej *policy* (czyli dążenia do dobra publicznego).

W Polsce model postmodernistyczny (inkrementalny) wspierał się m.in. na tzw. pluralistycznej wizji demokracji, w której decyzje, szczególnie w kwestii doboru środków (choć teoretycznie i celów), są podejmowane w wyniku nawarstwiających się kompromisów między sprzecznymi (nawet nie wizjami dobra wspólnego, ale) interesami partykularnymi różnych grup interesów – z partiami i biurokratami włącznie. Tutaj mamy wizję polityki „dobrej” przez to, że właśnie „nieczyste”, szczerzej w swej akceptacji partykularyzmów i dążącej do zaprzęgnięcia ich do maszyny produkującej dobro wspólne, jako wypadkową dóbr poszczególnych – niemal na wzór niewidzialnej ręki rynku. Kwestię społecznie naczelną wartości, które mogłyby wyznaczać cele, uznaje się tutaj za nieistotną w duchu pragmatyzmu, w którym obowiązuje „pierwszeństwo demokracji (polityki) wobec filozofii” [57].

Pojawia się zasadne pytanie, na które w tym miejscu odpowiedzieć można tylko w zarysie: Czy „model deliberatywny” jest alternatywny dla modelu racjonalnego i inkrementalnego zarazem, czy jest raczej próbą remodernizacji polityki i to w jeszcze bardziej oświeceniowej formie niż czynił to model racjonalny? Deliberatywiści w znacznej mierze usiłują zaradzić zdiagnozowanemu przez MacIntyre’a problemowi, że „moralne zasoby kultury nie pozwalają nam na rozstrzygnięcie sporów między nimi w racjonalny sposób” [54, s. 448]. Dążą więc do wskrzeszenia racjonalnego namysłu nad celami („co robić?”), ale zastępują skompromitowaną ideę metafizycznego *rozumu substancjalnego* koncepcją racjonalności komunikacyjnej. Domagają się, by racjonalny i bezstronny namysł znalazł się także na poziomie doboru celów. Próba poprawy jakości uczestnictwa (w przeciwieństwie do prób poprawy wyłącznie jego ilości, która zaowocowała właśnie postmodernizacją, pluralizacją polityki) jest teoretycznie wymierzona w „polityczność” na poziomie ogólnym – której chciałaby odebrać pole do popisu, zastępując debatę erystyczną merytorycznym namysłem. Dobór środków miałby tu być racjonalny i bezstronny – czyli taki, jaki dotychczas był wymagany co najwyżej na szczeblu wykonawczym. Oczywiście deliberatywiści

zastrzegają, że metody deliberatywne mają być tylko uzupełnieniem standardowych metod demokracji reprezentacyjnej. Okazuje się jednak, że to, czego deliberatywiści by sobie życzyli, to wyraźna zmiana jakości debaty publicznej. Chodzi im o przekształcenie jej za pomocą mechanizmów wymuszających namysł nad podejmowanymi zagadnieniami, prowokujących przemyślane decyzje [21]. W praktyce zmierzają oni do zaimplementowania mechanizmów ciągłego obywatelskiego uczenia się. Jeżeli cel byłby osiągnięty, zaowocowałaby przeobrażeniem samej debaty publicznej przez ostudzenie sporów tożsamościowych i „sekiarskiej” polityki sloganów – czyli wyborów podejmowanych pod wpływem chwili, *ad hoc* – na rzecz świadomych i przemyślanych decyzji wyborczych. To, przynajmniej teoretycznie, ma wpłynąć na status samej klasy politycznej. Z całą pewnością „model deliberatywny” nie jest nowym modelem w pełnym znaczeniu. Wiele czerpie z idei bieżącej ewaluacji polityk, nie jest też zamknięty na udział reprezentacji grup interesów. Jako taki stanowić może dobre uzupełnienie tradycyjnych i reprezentacyjnych mechanizmów instytucjonalnych, pod warunkiem wszakże, że poprawnie zlokalizuje się jego miejsce.

Idea deliberacji w polityce zdrowotnej w sensie ścisłym – przeciwstawiona partycypacji o charakterze decyzyjnym – wciąż stanowi w Polsce nieodkryte pole innowacji w polityce zdrowotnej. Jednocześnie zanim zostanie ona wdrożona, należy uświadomić sobie wyraźnie, jaki jest jej zakres zastosowania i jakie korzyści mogą z niej płynąć – po to, żeby nie oczekiwać od niej realizacji potrzeb, których spełnić nie jest w stanie (np. ułatwienia podejmowania przez władze zaawansowanych decyzji w dziedzinie polityk zdrowotnych). Pozbycie się złudzeń, że partycypacja deliberatywna rozwiąże wszystkie problemy – i zrozumienie, jakie problemy jest w stanie rozwiązać – stanowi konieczny wstęp do jej zastosowania. Pozwoli zapobiec nie tylko niepotrzebnym rozczarowaniom, ale przede wszystkim wykorzystania jej w sytuacjach, w których będzie bardziej szkodliwa niż pomocna.

Przypis

¹ Dla porównania, koszt organizacji wieczoru sylwestrowego w zbliżonym populacyjnie Wrocławiu wyniósł 1,5 mln złotych, http://pl.wikinews.org/wiki/Ile_kosztowa%C5%82_tegoroczny_sylwester%3F.

Abstract

Perspectives of deliberative poll as an innovation in health policy

Key words: deliberative poll, deliberative democracy, participation, health policy

The aim of this paper is a systematic description and classification of the deliberative poll (DP) as a potentially innovative method of participation in health policy. The paper discusses the theory of deliberative democracy and a specific method of deliberative polling, as well as examples of its application, along with critical commentary. It summarises the characteristics of DP: advantages and disadvantages, as well as conditions for proper application. In this context an important distinc-

tion is made between two ideal types of participation: *co-decision* and *consultation*. A key feature of the latter is its advisory, and not decisive, character. DP is considered an example of such non-decisive, consultative participation.

Piśmiennictwo:

1. Recommendation No. R (2000) 5 of the Committee of Ministers to member states on the development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care, <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=340437&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>.
2. *Co to jest partycypacja obywatelska?* <http://www.partycypacjaobywatelska.pl/o-partycypacji#Po%20co%20partycypowa%C4%87?>
3. Śpiewak P., *Demokracja partycypacyjna*, „Wiedza i Życie” 1997, 3, <http://archiwum.wiz.pl/1997/97033300.asp>.
4. Blanchard K., Carlos J., Randolph A., *Empowerment takes more than a minute*, Berrett-Koehler Publishers, San Francisco 1996.
5. Arnstein S., *A ladder of citizen participation*, „Journal of the American Planning Association” 1969, 35, 4, 216–224.
6. Rifkin S.B., *A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE*, „Journal of Health, Population and Nutrition” 2003, 21, 3, 168–180.
7. Włodarczyk W., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
8. Sakellarides C., *A lisbon agenda on health innovation*, „European Journal of Public Health” 2008, 18, 2, 102–103.
9. Elster J., *The market and the forum: Three varieties of political theory*, w: Bohman J., Rehg W. (red.), *Deliberative democracy*, MIT Press, Cambridge 1997.
10. Rosén P., *Public dialogue on healthcare prioritization*, „Health Policy” 2006, 79, 107–116.
11. Lomas J., *Reluctant rationers: public input to health care priorities*, „Journal of Health Services Research & Policy” 1997, 2, 2, 104.
12. Rawls J., *Teoria sprawiedliwości*, przekł. Panufnik M., Paśsek J., PWN, Warszawa 1994.
13. Długosz D., Wygnański J., *Obywatele współdecydują. Przewodnik po partycypacji społecznej*, Warszawa 2005, http://www.forumpelnomocnikow.org.pl/media/file/Publikacje/podrecznik_partycypacji_Wa-wa_2005.pdf.
14. Rowe G., Frewer L., *A typology of public engagement mechanisms*, „Science, Technology & Human Values” 2005, 30, 3, 251–290.
15. Kumaniecki K., *Słownik łaciński-polski*, PWN, Warszawa 1985.
16. Dryzek J., *Democratization as deliberative capacity building*, „Comparative Political Studies” 2009, 42, 1379–1402.
17. Bessette J., *Deliberative democracy: the majority principle in republican government*, w: Goldwin R.A., Schambra W.A. (red.), *How democratic is the constitution?* American Enterprise Institute, Washington 1980 (cyt. za [19, s. 300]).
18. Dewey J., *The public and its problems*, Swallow Press, Chicago 1958 (cyt. za [20, s. 323]).
19. Held D., *Modele demokracji*, przekł. Nowicki W., Wydawnictwo UJ, Kraków 2010.
20. Fishkin J., *Democracy and deliberation: new directions for democratic reform*, Yale University Press, New Haven 1991.
21. Offe C., Preuss U., *Democratic institutions of moral resources*, w: Held D. [red.], *Political theory today*, Policy, Cambridge 1991.
22. Fox K., *Przejrzyć Anglików. Ukryte zasady angielskiego zachowania*, przekł. Andrzejewska A., MUZA, Warszawa 2007.
23. Habermas J., *Faktyczność i obowiązywanie. Teoria dyskursu wobec zagadnień prawa i demokratycznego państwa prawa*, przekł. Romaniuk A., Marszałek R., Scholar, Warszawa 2005.
24. Dryzek J., *Discursive democracy: politics, policy, and science*, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
25. Fishkin J., *Consulting the public through deliberative polling*, „Journal of Policy Analysis and Management” 2003, 22, 1, 128–133.
26. Fishkin J., Luskin R., Jowell R., *Deliberative polling and public consultation*, „Parliamentary Affairs” 2000, 53 (4), 657–666, <http://cdd.stanford.edu/research/papers/2000/fishkin-dpoll-consultation.pdf>.
27. Stanford University, Center for Deliberative Democracy, *Deliberative polling*, <http://cdd.stanford.edu/polls/>.
28. Projekt Społeczny 2012, *Sondaż deliberatywny w Poznaniu*, <http://www.ps2012.pl/index.php/Konsultacje/Sondaz-deliberatywny-w-Poznaniu>.
29. Kopiński M., *Co poznaniacy zrobią ze stadionem?* „Gazeta Wyborcza”, 11/2009, 10.
30. Przybylska A., Siu A., *Co poznaniacy zrobią ze stadionem? Wyniki Sondażu Deliberatywnego® w Poznaniu*, Projekt Społeczny 2012, 2009, http://www.partycypacjaobywatelska.pl/images/stories/raport_Poznan_SD_2009.pdf.
31. Grzymiski M., Kamińska K., *Poznań. Podsumowano sondaż deliberatywny*, Puls Polski TV, 28 kwietnia 2011, <http://puls-polski.tv/2011/04/poznan-podsumowano-sondaz-deliberatywny/>.
32. Park A., Jowell R., McPherson S., *Final project report. The future of the national health service: results from a deliberative poll*, CDD 2000, http://cdd.stanford.edu/research/papers/2000/report_kings_fund.pdf.
33. Fishkin J., Luskin R., *Broadcasts of deliberative polls: aspirations and effects*, „British Journal of Political Science” 2006, 36, 184–188.
34. Wikipedia, *The people’s parliament*, http://en.wikipedia.org/wiki/The_People%27s_Parliament.
35. Channel Four, *People’s parliament – whether smoking should be banned*, sound recording of the programme broadcast on 25/10/98 <http://www.libertarian.co.uk/multimedia/1998-10-25-smokingban-sig.mp3>.
36. Crosby N., *Citizens’ juries: one solution for difficult environmental questions*, w: Renn O., Webler T., Wiedelmann P. (red.), *Fairness and competence in citizen participation: evaluating models for environmental discourse*, Kluwer Academic Press, Boston 1995, 157–174.
37. Centrum Deliberacji Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, <http://www.is.uw.edu.pl/pl/centrum-deliberacji/>.
38. People and participation, *Deliberative poll*, <http://www.peopleandparticipation.net/display/Methods/Deliberative+Polling>.
39. Cialdini R., *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*, przekł. Wojciszke B., Gdańsk 2004, 186–195.
40. Dryzek J., *Deliberative democracy in divided societies. Alternatives to agonism and anaglesia*, „Political Theory” 2005, 33, 2, 218–242.

41. Tanen D., *Cywilizacja klótni*, przekł. Budkiewicz P., Zysk i S-ka, Poznań 2003.
42. Abelson J., Forest P.-G., Eyles J., Smith P., Martin E., Gauvin F.-P., *Deliberations about deliberative methods issues in the design and evaluation of public participation processes*, „Social Science & Medicine” 2003, 57, 239–251.
43. Bauman Z., *Wolność*, przekł. Tokarska-Bakir J., Znak, Kraków 1995.
44. *Rozmowa z prof. Jamesem Fishkinem, socjologiem z Uniwersytetu Stanforda*, rozmawiała Ludwika Włodek-Biernat, „Gazeta Wyborcza”, 23.11.2009.
45. Kathlene L., Martin J., *Enhancing citizen participation: panel design, perspectives, and policy formation*, „Journal of Policy Analysis and Management” 1991, 10, 1, 46–63, (cyt. za [42]).
46. Ustawa z 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego (Dz.U. 2001 nr 100, poz. 1080), art. 1 ust. 1.
47. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210, poz. 2135), art. 106.
48. *Zasady Dialogu Społecznego. Dokument programowy rządu przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 22 października 2002 roku*, Warszawa 2002, http://www.malopolska.uw.gov.pl/doc/Zasady_Dialogu_Spolecznego_dokument_programowy.pdf.
49. Fung A., *Recipes for public spheres*, „Journal of Political Philosophy” 2003, 11, 338–367.
50. Deveaux M., *A deliberative approach to conflicts of culture*, „Political Theory” 2003, 31, 780–807.
51. Abelson J., Eyles J., Forest P.G., McMullan C., Collins P., *Final Report of the Brant County Health Goals Project: Citizens Panel Study*, 2001 (cyt. za [42]).
52. Budzowska J., *Prawa pacjenta pisane w pośpiechu i bez koncepcji*, <http://lex.pl>.
53. Zalański T., *Konsultacje społeczne rządowych projektów ustaw jako instrument poprawy jakości prawa*, „Krajowa Rada Sądownictwa. Kwartalnik” 4/2010, 46–50.
54. Schumpeter J., *Kapitalizm, socjalizm, demokracja*, przekł. Rusiński M., PWN, Warszawa 2009.
55. Evans D., Pilkington P., McEchran M., *Rhetoric or reality? A systematic review of the impact of participatory approaches by UK public health units on health and social outcomes*, „Journal of Public Health” 2010, 32, 3, 418–426.
56. MacIntyre A., *Dziedzictwo cnoty*, PWN, Warszawa 1996.
57. Rorty R., *Pierwszeństwo demokracji wobec filozofii, w: Obiektywność, relatywizm i prawda*, przekł. Margański J., Aleheia, Warszawa 1999, 261–301.

■ O autorze:

mgr Michał Zabdyr-Jamróz – asystent w Zakładzie Polityki Zdrowotnej, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.