

# ZESZYTY NIEZALEŻNEJ MYŚLI LEKARSKIEJ

(adresy tego)

niezależna  
oficyna  
wydawnicza



10%, 33%, 100%  
skreślić)

Taksacja

ZBIORY OŚRODKA KARTA

Reforma opieki  
zdmownotnej

Nr. 23

Data listopad 1989 r.

**SPOŁĘCZNA  
KOMISJA  
ZDROWIA**

(podpis, nr statystyczny, pieczęć  
lekarza z adresem)

SPOŁECZNA KOMISJA ZDROWIA

ZESZYTY

NIEZALEŻNEJ

MYŚLI

LEKARSKIEJ

NUMER 23

LISTOPAD 1989

NIEZALEŻNA OFICyna WYDAWNICZA

Warszawa, 1989

S p i s   t r e ś c i

	str.
1. Reforma systemu opieki zdrowotnej. ....	3
2. St.Golinowska, K.Tymowska, C.Włodarczyk: W interesie zdrowia społeczeństwa. ....	32
3. C.Łabanowska, J.Halik, K.Dunin: Medycyna na sprzedaż..	61
4. Lektury. "Portrety" Karpińskiego. ....	81

Copyright by Zeszyty Niezależnej Myśli Lekarskiej

Oddano do druku 20 listopada 1989 r.

## REFORMA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

*Na dalszych stronach zamieszczamy dwa projekty reformy systemu opieki zdrowotnej. Pierwszy został opracowany przez zespół, który powstał w wyniku obrad "Okrągłego stołu". Drugi projekt ma charakter autorski i jest zredagowany przez St.Golinowską, K.Tymowską i C.Włodarczyka.*

*Oba projekty stają się przedmiotem dyskusji, możliwie jak najszerszej. Zwracamy się do naszych Czytelników z gorącą prośbą o nadsyłanie - jak najprędzej - uwag i głosów krytycznych. Uwagi i listy mogą być nadsyłane pod adresem: Wanda Majewska, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, ul.Miodowa 15.*

RED.

Zespół do Spraw Reformy  
Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej

### PROJEKT REFORMY

Na podstawie materiałów grup roboczych: d/s organizacji opieki zdrowotnej, d/s systemu ekonomiczno-finansowego, d/s kształcenia kadr medycznych, d/s farmacji i d/s służby sanitarno-epidemiologicznej, opracował zespół redakcyjny w składzie:

Wanda Majewska  
Joanna Staręga-Piasek  
Krzysztof Kuszewski  
Janusz Opolski  
Edmund Wnuk-Lipiński

W imieniu Zespołu do Spraw Reformy Opieki Zdrowotnej i Opieki Społecznej podpisali:

Andrzej Wojtczak

Zofia Kuratowska

### CZEŚĆ I. WPROWADZENIE

Protokół końcowy Podzespołu do Spraw Zdrowia "Okrągłego Stołu" określił konieczność zmian systemowych w organizacji i sposobie finansowania opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej. Ustalono, że szczegółowe i spójne propozycje takich zmian przedstawi Zespół do Spraw Reformy Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej, powołany między innymi z przedstawicieli stron, uczestników "Okrągłego Stołu".

Zgodnie z tym 15.04.br. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Zespół, który w pracach swych dodatkowo był wspierany przez grupy ekspertów z różnych dziedzin.

Dokonano podziękowań na grupy robocze, które przygotowały projekt reformy

opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Konieczność wprowadzenia radykalnych reform wiąże się z postępującą niewydolnością dotychczasowego systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej przy rosnącym zagrożeniu zdrowia społeczeństwa i jego pauperyzacji. Niewydolność systemu wynika z:

- przedmiotowego traktowania pacjentów, podopiecznych pomocy społecznej i pracowników medycznych;
- ograniczonego wpływu społeczności lokalnych i pracowników medycznych na kształt i funkcjonowanie placówek;
- centralizacji i biurokratyzacji systemu;
- unifikacji struktur i ich niedostosowania do lokalnych potrzeb;
- braku powiązania indywidualnej płacy z liczbą, poziomem i rodzajem udzielanych świadczeń;

Odpowiedzią na rosnące zagrożenie zdrowia społeczeństwa jest projekt Narodowego Programu Zdrowia.

Odpowiedzią na niewydolność systemu opieki zdrowotnej jest projekt reformy oparty na następujących założeniach:

1. Wprowadzenie jako fundamentalnej zasady respektowania w całym systemie podmiotowości pacjenta, podopiecznego pomocy społecznej i pracownika medycznego.

Oznacza to, że pacjent zyskuje prawo do wolnego wyboru lekarza, zakładu służby zdrowia, niezależnie od formy własności /państwowego, samorządowego, spółdzielczego czy prywatnego - zakłady te zostaną zrównane w swych prawach/, informacji o metodach leczenia, rehabilitacji, ich kosztach i konsekwencjach.

Pacjent staje się podmiotem w znaczeniu ekonomicznym, gdyż jest nośnikiem środków przeznaczanych na opłacanie kosztów postępowania medycznego. Od wyboru pacjenta zależy, gdzie środki te zostaną przekazane.

Wszystkie uprawnienia i obowiązki pracownika medycznego związane są z jego kwalifikacjami, ma on prawo do współuczestnictwa w planowaniu organizacji i wykonywaniu zadań nałożonych na system opieki zdrowotnej, poprzez instytucje samorządu zawodowego i pracowniczego.

2. Uspołecznienie systemu opieki zdrowotnej

poprzez uprawnienie samorządów terytorialnych, zawodowych i pracowniczych do podejmowania decyzji w zakresie programowania, organizacji i funkcjonowania systemu, a także jego kontroli oraz oceny jednostek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

3. Dowolność i elastyczność form organizacyjnych dostosowanych do lokalnych potrzeb i możliwości.

Decentralizację zarządzania i oparcie go o struktury samorządowe.

Oznacza to odejście od arbitralnych decyzji i zunifikowanych struktur, a wprowadzenie różnorodności wynikającej z wyrażanej poprzez samorządy terytorialne woli społeczeństwa korzystającego z usług, a także woli grup zawodowych udzielających świadczeń, wyrażanej poprzez samorządy zawodowe i pracownicze.

4. Wiodąca rola podstawowej opieki zdrowotnej, a więc lekarza ogólnego /domowego, rodzinnego, osiedlowego/, bądź zespołu podstawowej opieki zdrowotnej jako osi działań profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych dla wszystkich ubezpieczonych. Oznacza to nie tylko wypełnianie podstawowych zadań medycznych przez lekarza ogólnego, ale również jego aktywne uczestnictwo w całym procesie opieki medycznej nad swym podopiecznym lub pacjentem niezależnie od miejsca jej udzielania.

5. Zmiany w funkcjonowaniu pomocy społecznej polegające na decentralizacji i usprawnieniu struktur organizacyjnych, poszerzeniu zakresu świadczeń i kręgu świadczeniobiorców oraz wprowadzeniu profesjonalizacji osób zatrudnionych w pomocy społecznej.

6. Zmiany źródeł finansowania tzn. odejście od dotychczasowego budżetowego systemu finansowania opieki zdrowotnej i wprowadzenia na to miejsce jako podstawowego źródła środków FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH, tworzonego w oparciu o powszechne, obowiązkowe składki ubezpieczenia zdrowotnego.

Z budżetu państwa finansowane będą zadania o zasięgu strategicznym, tj. krajowe programy profilaktyczno-zdrowotne, kształcenie kadr i badania naukowe, przeważająca część inwestycji oraz pomoc społeczna i działalność w zakresie zdrowia publicznego.

W okresie przejściowym budżet pozostanie głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Wspomagającym źródłem finansowania będzie Fundusz Zdrowia obejmujący środki dotychczasowych funduszy przeciwdziałania alkoholizmowi oraz zapobiegania narkomanii, uzupełniane o część podatku obrotowego od produkcji wyrobów tytoniowych oraz kwotową dopłatę do każdej paczki papierosów.

7. Zmiany form finansowania, to jest odejście od sztywnych zasad gospodarki budżetowej, takich jak jednostka i zakład budżetowy i zastąpienie ich jednostkami na rozrachunku gospodarczym, działającymi w oparciu o zasady samofinansowania, samorządności i samodzielności.

Jednostki te finansować będą swoją działalność dochodami uzyskiwanymi ze sprzedaży świadczeń, głównie Funduszowi Ubezpieczeń Zdrowotnych. Będą one samodzielnie w ramach uzyskiwanych dochodów kształtować środki na wynagrodzenia oraz stosować zakładowe systemy płac, wprowadzające docelowo związek między liczbą, rodzajem i jakością świadczonych usług a

indywidualnym wynagrodzeniem.

8. Zmiany zasad ewidencji i rachunku kosztów, a w szczególności - ujmowania wszystkich kosztów ponoszonych przez jednostkę nie tylko w/g rodzajów, lecz także w/g miejsc ich powstawania. Jest to niezbędny warunek określania cen sprzedawanych świadczeń i rozliczeń z Funduszem Ubezpieczeń Zdrowotnych, z budżetem i między jednostkami.

Zakłada się, że po pełnym wdrożeniu reformy postulowane zmiany dadzą następujące spodziewane efekty:

Pacjentom:

- realne prawo decydowania o własnym zdrowiu, miejscu, kosztach i sposobie leczenia;
- większe zainteresowanie ich zdrowiem ze strony pracowników i placówek medycznych, poprzez powiązanie zarobków i dochodów z rodzajem, liczbą i jakością świadczeń;
- wpływ poprzez samorządy terytorialne na kształtowanie i działalność placówek medycznych;

Pracownikom służby zdrowia:

- powiązanie zarobków z kwalifikacjami i obciążeniem pracą;
- wpływ na kształt organizacyjny i funkcjonowanie placówek poprzez samorząd pracowniczy i zawodowy;
- wyłączne uzależnienie indywidualnej pozycji zawodowej od poziomu merytorycznego i zaangażowania w proces opieki zdrowotnej.

Państwu:

- "odpaństwienie" zasadniczej części opieki zdrowotnej poprzez decentralizację systemu, uspołecznienie podstawowych jej elementów i przejście finansowania przez Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych;
- wprowadzenie, w miejsce ogólnego sterowania, samoregulujących mechanizmów ekonomiczno-finansowych;
- skoncentrowanie się na kwestiach strategicznych, a przede wszystkim na prowadzeniu ogólnokrajowej polityki zdrowotnej opartej na promocji zdrowia i profilaktyce, rozwoju nauk medycznych i podniesieniu poziomu merytorycznego służby zdrowia, w miejsce administracyjnego zarządzania placówkami opieki zdrowotnej.

W załączonych projektach niektóre rozwiązania prezentowane są w sposób otwarty, co podyktowane jest nieokreślonym do końca systemem organizacji, wzajemnych relacji i kompetencji samorządów terytorialnych, szczególnie na szczeblu województw.

Termin rozpoczęcia wdrażania projektu reformy uzależniony jest od akceptacji jej założeń przez Rząd, a następnie przez Senat i Sejm. Dlatego proponowany na końcu niniejszego opracowania ramowy harmonogram przed-

sięwiąć związanych z wprowadzeniem reformy w życie ma jedynie charakter orientacyjny.

## CZĘŚĆ II. OPIEKA ZDROWOTNA

Podstawowym zadaniem reformy w zakresie organizacji opieki zdrowotnej jest stworzenie modelu, który gwarantowałby każdemu obywatelowi możliwość uzyskania świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych dla umocnienia lub poratowania zdrowia, a całemu społeczeństwu realizację strategicznych celów zdrowia publicznego.

Model opieki zdrowotnej będzie miał charakter ubezpieczeniowy w zakresie finansowania i w zakresie uprawnień do świadczeń.

### 1. Podmiotowość pacjenta

Pacjent jest podmiotem działań medycznych i ma prawo współdziałania w procesach profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, przy pełnym poszanowaniu jego woli i godności osobistej. Pacjent ma prawo do:

1.1. Uzyskania na jednakowym poziomie opieki zdrowotnej bez względu na narodowość, rasę, wiek, wyznanie, sytuację społeczną i przekonania.

Korzystanie z opieki profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej odbywa się na zasadach bezpłatności lub odpłatności zgodnie z uprawnieniami wynikającymi z ubezpieczenia pacjenta.

1.2. Wolnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej /p.o.z./ i lekarzy specjalistów /ze skierowaniem lekarza p.o.z. lub bez skierowania w przypadkach oczywistych i doraźnych/.

1.3. Wolnego wyboru zakładu leczącego niezależnie od jego formy własności /państwowego, samorządowego - komunalnego, spółdzielczego bądź prywatnego/ w zależności od rodzaju ubezpieczenia i ustalonego systemu refundacji.

1.4. Uzyskania informacji o aktualnym stanie zdrowia, przebiegu leczenia, rokowaniu, proponowanych zabiegach diagnostyczno-leczniczych, a także wskazaniach co do dalszego postępowania po zakończonym leczeniu.

1.5. Wyrażenia zgody bądź odmowy, po uzyskaniu właściwej informacji, na wykonanie zabiegu diagnostycznego, leczniczego /np. operacyjnego/, rehabilitacyjnego. Odmowa wykonania zabiegu nie może być przyczyną poniesienia leczenia zachowawczego.

1.6. Stałego kontaktu z rodziną, opiekunami oraz innymi bliskimi osobami.

1.7. Zapewnienia godnych warunków umierania i śmierci.

1.8. Praktyk religijnych i kontaktów z przedstawicielami swojej religii, w szczególności w stanach zagrożenia życia i obłożnej choroby.

1.9. Dysponowania swymi narządami a także ciałem po śmierci.



## 2. Podmiotowość pracownika służby zdrowia

2.1. Wszystkie obowiązki i uprawnienia pracownika medycznego związane są z jego kwalifikacjami.

2.2. Pracownik medyczny ma prawo do współuczestniczenia w planowaniu, organizowaniu i wykonywaniu zadań nałożonych na system opieki zdrowotnej. Prawo to realizowane jest w ramach samorządu zawodowego i pracowniczego.

2.3. Pracownik medyczny niezależnie od miejsca zatrudnienia ma mieć zapewnione warunki pracy, które gwarantują właściwe wykonywanie zawodu, umożliwiają podnoszenie kwalifikacji, zapewniają bezpieczeństwo i higienę pracy oraz godziwą zapłatę.

## 3. Uspołecznienie systemu opieki zdrowotnej

Uspołecznienie systemu opieki zdrowotnej opiera się na aktywnym włączeniu się w rozwiązywanie problemów opieki zdrowotnej społeczności lokalnych poprzez samorzady terytorialne i zawodowe.

### 3.1. Samorząd terytorialny

3.1.1. Samorząd terytorialny w zakresie opieki zdrowotnej uczestniczy w zaspokajaniu potrzeb ludności poprzez określanie sieci jednostek służby zdrowia, tworzeniu, likwidacji bądź zmianach w zakresie ich działania, uczestniczy w utrzymywaniu obiektów, a także prowadzi kontrolę społeczną ich funkcjonowania /z wyjątkiem postępowania medycznego/. Przedstawiciele samorządu terytorialnego wchodzi w skład Rad Nadzorczych Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych.

3.1.2. Samorząd terytorialny aktywizuje społeczeństwo do działań na rzecz ochrony własnego zdrowia, ochrony środowiska oraz organizowania samopomocy mieszkańców.

3.1.3. Samorzady terytorialne mogą wspólnie rozwiązywać problemy opieki zdrowotnej, zawierając w tym zakresie określone porozumienia bądź tworząc wspólne zakłady.

### 3.2. Samorząd pracowniczy

3.2.1. Pracownicy zakładów opieki zdrowotnej poprzez swych przedstawicieli w samorządach, uczestniczą w zarządzaniu zakładem, współdecydują o jego zadaniach, organizacji, programach i planach działania oraz rozwoju /łącznie z inwestycjami/, gospodarce materiałowej i finansowej. Współuczestniczą też w powoływaniu osób wykonujących kierownicze funkcje w zakładzie.

3.2.2. Uprawnienia samorządu pracowniczego nie obejmują postępowania medycznego.

### 3.3. Samorząd zawodowy

3.3.1. Samorzady zawodowe /lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek, położnych i innych/ zgodnie ze swymi uprawnieniami nadzorują wykonywanie zawodu, wprowadzają zasady etyki i deontologii zawodowej oraz nadzorują ich przestrzeganie, współdziałają w sprawach kształcenia ze szkołami i uczelniami, a także z organami władzy i administracji państwowej, oraz samorządem terytorialnym w sprawach dotyczących ochrony zdrowia ludności.

### 4. Organizacja opieki zdrowotnej

#### 4.1. Zasady ogólne

4.1.1. W opiece zdrowotnej uczestniczą różne sektory:

- samorządowy, państwowy, spółdzielczy i prywatny, tworząc zakłady opieki zdrowotnej. Zakłady opieki zdrowotnej, samorządowe i państwowe, stanowią społeczną służbę zdrowia.

4.1.2. Uprawnienia i obowiązki wszystkich instytucji opieki zdrowotnej są takie same, niezależnie od form własności.

4.1.3. Organizację zakładów opieki zdrowotnej i społecznej służby zdrowia określają:

a/ na szczeblu podstawowym - samorząd terytorialny,

b/ na szczeblu wojewódzkim - związki /porozumienia/ samorządów terytorialnych lub wojewodowie,

c/ na szczeblu centralnym - Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.

4.1.4. Dobór kadry kierowniczej w społecznych zakładach opieki zdrowotnej odbywa się w drodze konkursu, a zatrudnienie na zasadzie terminowych kontraktów.

#### 4.2. Zasady szczegółowe

4.2.1. Szczebel podstawowy:

a/ Podstawowa jednostka terytorialna jest właściwa do organizowania podstawowej opieki zdrowotnej.

b/ Na terenie podstawowej jednostki terytorialnej mogą też być organizowane inne zakłady opieki zdrowotnej /przychodnie rejonowe i specjalistyczne, ośrodki zdrowia, szpitale, a także zintegrowane zakłady opieki zdrowotnej, stacje pogotowia ratunkowego, żłobki itp./. Zakłady te tworzy organ samorządu terytorialnego.

c/ Samorzady terytorialne mogą zawierać porozumienia, ustalać zasady wspólnego korzystania z obiektów i urządzeń oraz podejmować decyzje w sprawie tworzenia wspólnych zakładów opieki zdrowotnej.

d/ Placówki opieki zdrowotnej, za zgodą samorządu terytorialnego oraz samorządu pracowniczego, może tworzyć także zakład pracy,

w którym występują warunki szkodliwe bądź zagrażające zdrowiu pracujących.

e/ Zakłady opieki zdrowotnej mogą być tworzone przez Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych lub osoby prywatne.

#### 4.2.2. Szczebel wojewódzki

a/ Na szczeblu wojewódzkim będą organizowane specjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej.

b/ Zakłady te mogą funkcjonować w różnych formach organizacyjnych.

c/ Stacje sanitarno-epidemiologiczne działają będą w ramach ich szczególnych zadań w dziedzinie zdrowia publicznego oraz jako instytucje niezależne od samorządów terytorialnych i administracji terenowej.

d/ Na szczeblu wojewódzkim realizuje się następujące zadania:

- działalność w zakresie zdrowia publicznego,
- nadzór nad legalnością działania zakładów opieki zdrowotnej i działalnością osób fizycznych wykonujących usługi medyczne, w tym nadzór nad obrotem lekami,
- prowadzenie państwowych zakładów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej,
- organizowanie działalności służby zdrowia w sytuacjach klęsk żywiołowych i epidemii.

#### 4.2.3. Szczebel międzywojewódzki /regionalny/

a/ organizacja zakładów społecznej służby zdrowia na szczeblu międzywojewódzkim obejmuje szpitale kliniczne, części kliniczne instytutów naukowych oraz inne jednostki prowadzące działalność w zakresie opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Minister Zdrowia i Opieki Społecznej lub organ państwowy stopnia wojewódzkiego.

b/ Wojewodowie mogą zawierać porozumienia, ustalać zasady wspólnego korzystania z obiektów i urzędzeń oraz podejmować decyzje w sprawie tworzenia wspólnych zakładów. Dotyczy to w szczególności tworzenia wspólnych zakładów o znaczeniu regionalnym, takich jak regionalne centra onkologiczne, duże zakłady rehabilitacyjne, ośrodki traumatologii i neurochirurgii oraz inne ośrodki wysokospecjalistyczne, których powołanie na terenie każdego województwa nie jest celowe.

#### 4.2.4. Szczebel centralny

W kompetencji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej pozostaje:

a/ reprezentowanie interesów zdrowia publicznego z prawem weta wobec przedsięwzięć powodujących jego zagrożenia;

- b/ sprawowanie ogólnokrajowego medycznego nadzoru fachowego nad działalnością zakładów służby zdrowia i pomocy społecznej wszystkich sektorów oraz uczelni i instytutów medycznych;
- c/ realizacja polityki państwa dotycząca ochrony zdrowia społeczeństwa, a zwłaszcza: ustalanie programów zdrowotnych i tworzenie warunków do ich realizacji, koordynowanie współdziałania organów administracji państwowej, organizacji spółdzielczych i społecznych
- d/ organizowanie zakładów społecznych służby zdrowia o zasięgu ogólnokrajowym, a także tworzenie systemu zakładów i placówek, dla których organem założycielskim jest Minister Zdrowia i Opieki Społecznej;
- e/ podejmowanie decyzji w zakresie zadań finansowanych z budżetu państwa.

#### 5. Zasady udzielania świadczeń

5.1. Świadczenia zdrowotne osobom objętym ubezpieczeniem są udzielane w społecznych zakładach służby zdrowia:

wariant I - całkowicie bezpłatnie

wariant II - przy minimalnej zryczałtowanej odpłatności za każdą wizytę lekarską, oraz za każdy dzień pobytu w szpitalu.

5.2. Płatne są świadczenia zdrowotne, udzielane przez lekarzy, pielęgniarki i inne osoby praktykujące we własnych gabinetach, przez spółdzielnie lekarskie, spółki i inne zakłady służby zdrowia organizowane na zasadach komercyjnych. Zakłada się refundację przez Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych kwot za te usługi w/g zasad i cen przyjętych dla zakładów społecznej służby zdrowia.

5.3. Mając na uwadze racjonalizację wykorzystywania posiadanych zasobów materialnych i kadrowych, proponuje się częściową odpłatność za niektóre świadczenia służby zdrowia. Środki z tego tytułu stanowiące dodatkowe źródło zasilania jednostek, pochodzić będą z odpłatności za następujące świadczenia:

- 1/ mające na celu wyłącznie względy kosmetyczne;
- 2/ stomatologiczne, zwłaszcza protetyczne, powyżej ustalonego standardu zużytych materiałów lub przewyższających podstawowy zakres świadczeń;
- 3/ jeżeli wezwanie karetki pogotowia ratunkowego nie było uzasadnione oczywistą potrzebą niezwłocznej pomocy lekarza;
- 4/ za przewóz pacjenta środkiem transportu sanitarnego na życzenie zainteresowanego, jeśli nie ma wskazań medycznych;
- 5/ których bezpośrednią przyczyną jest nadużycie alkoholu;

- 6/ za zaświadczenia lub orzeczenia o stanie zdrowia, wydawane na wyłączne życzenie osoby zainteresowanej;
  - 7/ za część pozaleczniczych kosztów pobytu w sanatoriach z wyłączeniem sanatoriów dla dzieci oraz sanatoriów przeciwgruźliczych, dla psychicznie i nerwowo chorych;
- a także innych, uznanych za szczególnie istotne ze względów społecznych;
- 8/ za pobyt i leczenie w sanatoriach dla osób bez skierowania lekarskiego.

#### 6. Podstawowa opieka zdrowotna

6.1. Podstawowa opieka zdrowotna jest głównym ogniwem w systemie i jest organizowana w miejscu zamieszkania.

6.2. Podstawowa opieka zdrowotna to lekarz ogólny, pediatra, ginekolog i stomatolog. Docelowo proponuje się, aby podstawowa opieka zdrowotna świadczona była przez lekarza ogólnego /typu lekarza domowego, rodzinnego lub osiedlowego/ oraz stomatologa.

6.3. Zadaniem podstawowej opieki zdrowotnej jest:

- promocja zdrowia,
- udzielanie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- obejmowanie czynną opieką osób przewlekle chorych,
- współdziałanie w organizowaniu świadczeń z zakresu społecznej.

6.4. Korzystanie ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej jest oparte na następujących zasadach:

- a/ świadczenia udzielane osobom uprawnionym są finansowane z Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- b/ pacjenci mają prawo wyboru lekarza p.o.z.,

6.5. Placówki podstawowej opieki zdrowotnej udzielają także dodatkowych świadczeń, zleconych przez samorząd terytorialny, zakłady pracy, organizacje bądź osoby, na zasadach ustalonych ze zleceniodawcą.

6.6. Kierownik placówki podstawowej opieki zdrowotnej współdziała ściśle z samorządem mieszkańców w rozwiązywaniu problemów ochrony zdrowia na danym terenie.

6.7. Podstawowa opieka zdrowotna na wsi i w mieście może funkcjonować w różnych wariantach organizacyjnych w zależności od decyzji samorządu terytorialnego.

6.8. Opieka zdrowotna nad zatrudnionymi:

- 6.8.1. Opieka zdrowotna nad zatrudnionymi, niezależnie od formy własności zakładu, opiera się na realizacji postanowień

Konwencji Nr 161 i Zalecenia Nr 171 Międzynarodowej Organizacji Pracy z 1985 r. w sprawie służb medycyny pracy.

- 6.8.2. System opieki zdrowotnej populacji pracującej powinien cechować się głównie ukierunkowaniem profilaktycznym i środowiskowym. Tworzony będzie w ramach wszystkich sektorów.
- 6.8.3. Uczestnictwo zakładów pracy w kosztach sprawowania opieki zdrowotnej opierać się będzie o zasadę finansowej odpowiedzialności zakładu za poziom tworzonych w miejscu pracy zagrożeń zdrowotnych poprzez zróżnicowanie składki ubezpieczenia zdrowotnego dla różnych zakładów.
- 6.8.4. Nastąpi więc aktywizacja pracodawców, pracowników i służby zdrowia:
  - a/ pracodawcy będą zainteresowani tworzeniem higienicznych warunków pracy;
  - b/ pracownicy będą dążyć do eliminowania w czasie wykonywania pracy narażenia zawodowego oraz postępować zgodnie z zasadami promocji zdrowia;
  - c/ służba zdrowia będzie motywowana finansowo do profilaktyki.
- 6.8.5. Usługi lecznicze będą kupowane od placówek służby zdrowia spoza zakładu, a koszty ich pokrywane z zysku przedsiębiorstwa
- 6.8.6. Podstawą utrzymania placówek służby zdrowia, obejmujących opieką zdrowotną zatrudnionych, byłaby sprzedaż świadczeń, niezależnie czy rozliczenie następowałoby bezpośrednio z pracodawcami, czy też z Funduszem Ubezpieczeń Zdrowotnych.

#### 7. Opieka specjalistyczna

7.1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne nie podlegają rejoni-zacji. Ich udzielanie następuje ze skierowaniem lekarza p.o.z. lub z inicjatywy pacjenta w oczywistych i doraźnych sytuacjach zdrowotnych.

7.2. Wyznaczony szpital ma obowiązek przyjąć pacjenta z rejonu. Nie wyklucza to praw pacjenta do leczenia w innym szpitalu.

#### 8. Lecznictwo uzdrowiskowe

8.1. Podstawowym zadaniem lecznictwa uzdrowiskowego jest kontynuacja leczenia pacjentów, przeprowadzanego w szpitalach w warunkach umożliwiających im rehabilitację i powrót do zdrowia. Pacjenci korzystający z tego leczenia traktowani są w zakresie odpłatności tak samo, jak pacjenci szpitalni.

8.2. Inne osoby ze skierowaniem lekarskim korzystają z leczenia w sanatoriach uzdrowiskowych, pokrywając koszty wyżywienia i zakwaterowa-

nia ze środków własnych, zakładów pracy lub dodatkowego ubezpieczenia.

8.3. Osoby bez skierowania lekarskiego pokrywają w całości koszty leczenia i pobytu w sanatorium.

8.4. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego mogą być organizowane i prowadzone przez wszystkie sektory.

8.5. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego mogą być organizowane tylko w miejscowościach uznanych za uzdrowisko.

8.6. Prowadzący zakłady lecznictwa uzdrowiskowego - w konsultacji z samorządem pracowniczym i terytorialnym - dla realizacji zadań mogą zawierać porozumienia, ustalać zasady wspólnego korzystania z obiektów i urządzeń, transportu itp. oraz podejmować decyzje co do form organizacji uzdrowiska.

8.7. Ze względu na walory lecznicze poszczególnych uzdrowisk i ich zasięg ogólnokrajowy, organem założycielskim dla państwowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego jest Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.

8.8. Nad właściwym poziomem i koordynacją procesu leczenia i rehabilitacji w uzdrowisku czuwa naczelny lekarz uzdrowiska.

8.9. Koszty przejazdu do sanatorium uzdrowiskowego nie podlegają zwrotowi z wyjątkiem osób wymienionych w pkt. 8.1.

#### 9. Służba sanitarno-epidemiologiczna

9.1. Służba sanitarno-epidemiologiczna zajmuje się zdrowiem publicznym, w zakresie ochrony populacji przed wszelkimi zagrożeniami biologicznymi, chemicznymi i fizycznymi środowiska oraz podnoszeniem kultury zdrowotnej.

9.2. Postępujące procesy degradacji środowiska, w tym plądów rolnych, zwierząt hodowlanych i ryb oraz skutki zdrowotne bezpośrednie i opóźnione w wyniku skażeń środowiska, powietrza, gleby i wody, będą wymagały rozszerzonych ocen epidemiologicznych i laboratoryjnych.

9.3. W związku z tymi zadaniami konieczne jest usprawnienie metod działania polegające na:

9.3.1. poszerzeniu monitoringu środowiska poprzez danie priorytetu ocenie laboratoryjnej;

9.3.2. przywróceniu Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej prawa do ustalania normatywów higienicznych,

9.3.3. stopniowym wprowadzaniu monitoringu biologicznego, pozwalającego na określenie stanu zdrowia populacji w odniesieniu do konkretnego zagrożenia i ustalenie modelowego postępowania, które powinno być przekazywane placówkom służby zdrowia do powszechnego wdrożenia.



9.4. W zakresie organizacji, stacje sanitarno-epidemiologiczne powinny pozostać państwowymi zakładami służby zdrowia, a inspektorzy sanitarni - organem administracji państwowej, niezależnym od administracji terenowej i samorządu terytorialnego.

9.4.1. Niezbędne jest wytypowanie kilkunastu wysoko specjalistycznych wojewódzkich stacji - tzw. regionalnych - do wykonywania badań w rozszerzonym zakresie, a stopniowe zredukowanie tych stacji terenowych, które nie posiadają odpowiedniej bazy laboratoryjnej.

9.4.2. Należy przywrócić PIS wyłączność do sprawowania państwowego nadzoru przez likwidację inspekcji resortowych. Ich zadania zostałyby przejęte łącznie z bazą laboratoryjną i kadrową, a także środkami finansowymi, na realizację zadań.

9.4.3. Służba sanitarno-epidemiologiczna powinna przejąć w całości nadzór nad jakością zdrowotną żywności, łącznie z zakresem nadzoru sprawowanego przez Weterynaryjną Inspekcję Sanitarną.

9.4.4. Zakłada się określenie PIS jako struktury podlegającej Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej, poprzez Głównego Inspektora Sanitarnego, będącego zastępcą Ministra d/s sanitarno-epidemiologicznych.

9.4.5. Państwowi inspektorzy sanitarni będą powoływani przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w oparciu o wyniki konkursu.

9.5. Działalność stacji sanitarno-epidemiologicznych powinna być finansowana z budżetu Państwa.

9.5.1. Proponuje się poszerzenie źródeł finansowania o środki samorządu terytorialnego niezbędne do rozwiązywania problemów zdrowotnych właściwych dla danego terenu.

9.5.2. Ponadto proponuje się stworzenie możliwości częściowego samofinansowania poprzez wprowadzenie realnych cen na badania prowadzone w trybie nadzoru oraz za świadczenia usług wykonywanych na zlecenie; środki uzyskane w wyniku tej działalności powinny pozostawać w stacjach.

## 10. Nadzór medyczny

10.1. Nadzór medyczny obejmuje wszystkie zakłady, jednostki organizacyjne i osoby fizyczne udzielające świadczeń leczniczych na obszarze działania nadzoru.

10.2. Nadzór medyczny obejmuje: nadzór krajowy, regionalny /w niektórych dziedzinach/, wojewódzki i obwodowy ordynatorski.

10.3. Nadzór medyczny sprawują:



- zwierzchni nadzór medyczny w kraju - Minister Zdrowia i Opieki Społecznej poprzez krajowych specjalistów;
- wyższe szkoły medyczne, CMKP, instytuty naukowo-badawcze, oraz specjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej,
- samorząd zawodowy,
- towarzystwa /stowarzyszenia/ naukowo-medyczne.

10.4. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określa zadania, organizację i zasady funkcjonowania nadzoru fachowego w porozumieniu z właściwymi organami samorządu zawodowego.

10.5. Do zadań nadzoru medycznego należy:

- ocena jakości świadczeń zdrowotnych,
- wdrażanie osiągnięć wiedzy medycznej do praktyki służby zdrowia,
- ocena poziomu kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
- ocena wyposażenia zakładów w aparaturę medyczną i sprzęt,
- ocena zaopatrzenia i gospodarki lekami oraz artykułami sanitarnymi, w tym racjonalnej farmakoterapii,
- opracowywanie ocen sytuacji i wniosków zmierzających do usprawnienia opieki zdrowotnej i zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności.

10.6. W ustaleniu struktur organizacyjnych poszczególnych nadzorów medycznych będzie zachowana elastyczność rozwiązań, uwarunkowana specyfiką danej specjalności medycznej, zakresem i różnorodnością obszaru działania.

## 11. Zaopatrzenie i gospodarka lekami oraz artykułami sanitarnymi

### 11.1. Produkcja

Należy:

- 11.1.1. Stworzyć warunki prawne dla szybkiego rozwoju i równoległego funkcjonowania różnych form przemysłu farmaceutycznego: państwowego, spółdzielczego, prywatnego oraz spółek, w tym z udziałem kapitału zagranicznego.
- 11.1.2. Zlikwidować obowiązek odprowadzania przez przemysł farmaceutyczny części odpisów amortyzacyjnych do Skarbu Państwa przy równoczesnej prawidłowej wycenie wartości majątku trwałego.
- 11.1.3. Stworzyć warunki prawne preferujące rozwój produkcji artykułów i sprzętu, wspomagających produkcję leków: wytwórnie szkła, opakowań, prostych urządzeń technicznych.
- 11.1.4. Wprowadzić ceny negocjowane między producentem a odbiorcą, uwzględniające rachunek ekonomiczny wytwórni i ograniczniki zysków i marż handlowych.

### 11.2. Dystrybucja leków

Konieczne jest stworzenie dogodnych warunków ekonomicznych dla funkcjonowania aptek i hurtowni prywatnych, spółdzielczych, państwowych oraz spółek poprzez:

- 11.2.1. wprowadzenie mechanizmów bankowych dla uzyskania niskoprocentowanych kredytów przez właścicieli nowopowstających podmiotów gospodarczych,
- 11.2.2. w okresie rozruchu zwolnienie od podatku dochodowego tych podmiotów gospodarczych, które zajmują się dystrybucją leków,
- 11.2.3. zniesienie urzędowych cen leków i oparcie ich na rachunku ekonomicznym,
- 11.2.4. ustalenie marży handlowej zgodnej z rachunkiem ekonomicznym w hurtie i detalu,
- 11.2.5. zniesienie monopolu "Cefarmu", Centralnej Składnicy Farmaceutycznej, "Ciechu" i "Dialabu" w zakresie hurtu i obrotu lekami, preparatami i surowcami farmaceutycznymi, odczynnikami, artykułami sanitarnymi i sprzętem medycznym; wydzielenie w trybie pilnym z przedsiębiorstw "Cefarmu" hurtowni farmaceutycznych jako jednostek samodzielnych, albo podzielenie przedsiębiorstwa "Cefarm".

### 11.3. Gospodarka lekami

- 11.3.1. Dysponentem leków jest lekarz ordynujący; usprawnienia wymaga więc zarówno system informacji o leku, jego cenie i dostępności, jak również nasilenie działań medycznych nadzorów specjalistycznych na rzecz poprawy gospodarki lekiem.
- 11.3.2. Konieczne jest zniesienie uprawnień resortowych do otrzymywania leków bezpłatnie.
- 11.3.3. Należy wprowadzić zróżnicowaną odpłatność za leki wg list leków ustalanych przez Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych.

### 11.4. Odpłatność

Ze względu na formę odpłatności proponuje się 3 rodzaje list:

- I/ leki refundowane aptece przez Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych w 100%
- II/ leki refundowane aptece przez Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych częściowo,
- III/ leki pomocnicze wykupywane przez pacjenta bez refundacji z Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Za leki z listy I każdy pacjent płaci minimalną opłatę zryczałtowaną. Istnieje możliwość pokrywania wydatków na leki z listy II i III czekiem z dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia się pacjenta.

Leki z listy II emeryci i renciści opłacają: wariant 1 - w formie

minimalnego ryczałtu; pozostałą kwotę refunduje aptece Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych; wariant 2 - czekami do wysokości określonej w książeczce czekowej FUZ.

#### 11.5. Rola samorządów

11.5.1. Samorząd terytorialny określa sieć aptek na danym terenie, ich tworzenie i likwidację.

11.5.2. Samorząd zawodowy /Izby Farmaceutyczne/

- Uczestniczy w komisjach konkursowych na stanowiska inspektorów nadzoru farmaceutycznego, kierowników aptek szpitalnych, farmaceutów - kierowników laboratoriów.
- Opiniuje wnioski o koncesję na prowadzenie aptek, wytwórni leków, hurtowni i innych placówek kierowanych przez farmaceutów.
- Podejmuje inne działania zgodnie z Ustawą o Izbach Farmaceutycznych.

#### 11.6. Nadzór farmaceutyczny

Ze względu na wprowadzenie wielosektorowości i różnych form własności w organizacji, produkcji, dystrybucji i zaopatrzeniu w leki, konieczne są odpowiednie zmiany w zakresie nadzoru farmaceutycznego.

11.6.1. Powołuje się państwowy Nadzór Farmaceutyczny uprawniony do kontroli produkcji i dystrybucji leków oraz artykułów sanitarnych, a w szczególności do:

- a/ tworzenia Urzędowego Spisu Leków;
- b/ wydawania zezwoleń na prowadzenie leków i artykułów sanitarnych na rynek;
- c/ wydawania przepisów dotyczących warunków produkcji i dystrybucji zgodnie z zaleceniami WHO i kontroli ich spełniania;
- d/ opracowania kryteriów inspekcji dla nadzorów wojewódzkich.

11.6.2. Organem PNFarm. do kontroli jakości leków i artykułów sanitarnych jest Instytut Leków.

11.6.3. Samorząd zawodowy /Izby Farmaceutyczne/ pełni nadzór w zakresie uregulowanym ustawą o Izbach Farmaceutycznych.

11.6.4. Towarzystwa Naukowe - biorą udział w szkoleniu podyplomowym i innych sprawach ujętych statutami towarzystw.

#### 11.7. Proponowane akty prawne

11.7.1. Wydanie ustawy o Państwowym Nadzorze Farmaceutycznym.

11.7.2. Ustawa zmieniająca system odpłatności za leki, w tym likwidująca przywileje resortowe.

- 11.7.3. Przepis prawny regulujący zasady wydawania koncesji na apteki.
- 11.7.4. Wydanie w trybie pilnym przepisu prawnego regulującego zasady przekazywania mienia PZF "Cefarm" nowym właścicielom.
- 11.7.5. Akt prawny gwarantujący utrzymanie obecnej sieci aptek - zapobiegający przeznaczaniu aptek na inne cele.
- 11.7.6. Akt prawny powołujący Izby Farmaceutyczne.
- 11.7.7. Wydanie przepisów prawnych dotyczących zasad kredytowania produkcji i dystrybucji farmaceutycznej, z uwzględnieniem mechanizmów pozwalających na utrzymanie ciągłości zaopatrzenia.
- 11.7.8. Zmiana Ustawy o środkach farmaceutycznych.

### CZĘŚĆ III. POMOC SPOŁECZNA

#### 1. Definicja i zakres zmian

W obecnym systemie prawno-organizacyjnym pomoc społeczna wyczerpała swoje możliwości rozwojowe. Nowe problemy, jakie mogą wystąpić/m.in. pauperyzacja szerokich warstw społecznych, bezrobocie, rozszerzanie się zjawisk tzw. patologii społecznej/, wymagają zreformowania pomocy społecznej, tak aby była ona w stanie radzić sobie z dotychczasowymi zadaniami oraz podołać nowym. W związku z powyższym przez pomoc społeczną należy rozumieć:

System działań kompensacyjnych, promocyjnych i profilaktycznych, stwarzających możliwości do samodzielnego funkcjonowania i uczestnictwa w życiu społecznym jednostkom, rodzinom i grupom społecznym będącym w trudnej sytuacji życiowej, której nie mogą przezwyciężyć przy wykorzystaniu własnych środków.

Państwowy system pomocy społecznej wymaga zmian w zakresie:

- struktur organizacyjnych pomocy społecznej,
- finansowania pomocy społecznej,
- kadr pomocy społecznej i ich kwalifikacji,
- regulacji prawnych /ustawa, zarządzenia wykonawcze/.

#### 2. Obszary działania pomocy społecznej

Zreformowana pomoc społeczna winna docelowo reagować na różnorodne typy trudnych sytuacji życiowych, w przypadku:

- a/ ubóstwa - zapewnić poziom dochodów gwarantujących zaspokojenie podstawowych potrzeb /minimum socjalne/,
- b/ fizycznej niesprawności - kompensować jej skutki w sferze funkcjonowania społecznego, psychicznego, fizycznego i ekonomicznego,
- c/ niesprawności umysłowej - stwarzać warunki ku wyrabianiu umiejęt-

ności wykonywania podstawowych zadań życiowych, funkcjonowania w środowisku rodzinnym i społeczności lokalnej, zapobieganiu instytucjonalizacji /umieszczaniu w szpitalach i zakładach psychiatrycznych, domach pomocy społecznej/.

- d/ niesprawności członka rodziny - pomoc w harmonijnym życiu jego rodziny,
- e/ samotności - pomoc w tworzeniu i odbudowywaniu więzi społecznych,
- f/ pijaństwa i alkoholizmu - ochrona rodziny, podtrzymywanie w życiu trzeźwości,
- g/ narkomanii - stwarzanie warunków do życia bez narkotyków,
- h/ byłych więźniów - pomoc w powrocie do godnego życia,
- i/ bezdomności - pomoc w powrocie do stabilnego trybu życia.

Obecny stan kadrowy i organizacyjny, zasoby, którymi dysponuje pomoc społeczna, uniemożliwiają realizację powyższych celów.

### 3. Struktury organizacyjne pomocy społecznej

Struktury organizacyjne pomocy społecznej winny łączyć funkcje diagnostyczne, realizacyjne i planistyczne.

Na szczeblu podstawowym funkcje te będą spełniać dzielnicowe, gminne, miejsko-gminne Ośrodki Pomocy Społecznej, a na szczeblu wojewódzkim - Wojewódzkie Zespoły Pomocy Społecznej. W obu przypadkach struktury te muszą korzystać z uprawnień terenowych organów administracji państwowej o właściwości szczególnej do spraw pomocy społecznej.

Powinny ulegać likwidacji odpowiednie komórki organizacyjne organów administracji państwowej szczebla podstawowego i wojewódzkiego oraz Działy Służb Społecznych Zespołów Opieki Zdrowotnej.

Proponowane struktury organizacyjne pozwolą na niezbędną samodzielność przy jednoczesnym bliskim związku z władzą lokalną, a równocześnie zlikwidują zbędne struktury pośrednie. Walorem przedstawionego rozwiązania jest wyraźne umiejscowienie odpowiedzialności za realizację zadań i efektywność pomocy społecznej.

### 4. Finansowanie pomocy społecznej

Konieczne jest, by pomoc społeczna finansowana była ze środków budżetowych, jak i pozabudżetowych. Środki budżetowe samorządu terytorialnego stopnia podstawowego stanowią będą podstawowe źródło finansowania działań prowadzonych w ramach środowiskowej pomocy społecznej.

Państwowe domy pomocy społecznej winny pozostać w gestii władz wojewódzkich i być finansowane ze środków budżetowych województw. Docelowo za pensjonariuszy domów pomocy społecznej powinny płacić właściwe samorządy terytorialne.

Ze środków Budżetu Centralnego powinna być finansowana renta socjalna przeznaczona dla osób nie posiadających własnych źródeł utrzymania i niezdolnych do pracy, ze względu na wiek lub stan zdrowia. Renta socjalna zastąpi dotychczasowe zasiłki stałe i okresowe. W miejsce centralnego dotowania przez MZiOS Zarządów Głównych PCK i PKPS na opłacanie usług domowych i opiekuńczych należy dokonać przesunięcia tych środków do budżetów terenowych.

Środki pozabudżetowe: fundacje, środki własne osób fizycznych i prawnych /np. organizacje społeczne i stowarzyszenia/ winny - w miarę lokalnych możliwości - stanowić ważne uzupełnienie działań opłacanych ze środków budżetowych.

#### 5. Kadry pomocy społecznej

Aktualne i przewidywane zadania pomocy społecznej mogą być realizowane jedynie przez dobrze przygotowaną, profesjonalną kadrę pracowników socjalnych. Zahamowanie obserwowanego obecnie procesu deprofesjonalizacji, oraz odwrócenie tego trendu wymaga:

- rozbudowania struktur zawodowych pracowników socjalnych, tak aby stworzyć możliwości awansu pozicowego,
- wprowadzenia wyraźnego zróżnicowania płacowego w zależności od poziomu wykształcenia i zakresu zadań,
- przyznania niezbędnych uprawnień koniecznych do wykonywania zawodu pracownika socjalnego.

Niezbędne jest zreformowanie systemu kształcenia pracowników socjalnych. Należy powołać zespół do spraw reformy kształcenia kadr pomocy społecznej na poziomie dyplomowym i podyplomowym.

#### 6. Regulacje prawne

Niezbędna jest nowa ustawa regulująca zagadnienia pomocy społecznej. Ustawa ta winna:

- nadać prawo do pomocy społecznej każdemu, kto ze względu na swoją sytuację nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji i uczestnictwa w życiu społecznym w stopniu odpowiadającym jego osobistym możliwościom,
- obciążyć rady narodowe /samorządy terytorialne/ szczebla podstawowego odpowiedzialnością za politykę w zakresie środowiskowej pomocy społecznej i jej finansowanie, a rady narodowe /samorządy terytorialne/ szczebla wojewódzkiego za politykę w zakresie półstacjonarnej i stacjonarnej pomocy społecznej,
- uczynić służby pomocy społecznej odpowiedzialnymi za bezpośrednie

- organizowanie i wykonywanie zadań pomocy społecznej,
- stworzyć możliwości dla rozwoju wolontariatu uzupełniającego działalność służb pomocy społecznej,
  - określić pieniężne formy pomocy społecznej /renta socjalna, zasiłki pieniężne, pokrycie kosztów pobytu w placówkach pomocy społecznej - stacjonarnych i półstacjonarnych, pokrycie kosztów leczenia i rehabilitacji/, usługowe /opiekuńcze, obsługowe, korekcyjne i doradztwo/ i rzeczowe formy pomocy społecznej,
  - ustalić tryb postępowania w sprawach o udzielanie pomocy.

Ustawa o pomocy społecznej musi być spójna z ustawami regulującymi inne sfery życia społecznego, a w szczególności z Ustawą o samorządzie terytorialnym.

#### 7. Nadzór

W celu właściwego wdrażania reformy, a w przyszłości odpowiedniego kształcenia kadry i funkcjonowania pomocy społecznej należy utworzyć instytucję nadzoru specjalistycznego w zakresie pomocy społecznej.

### CZĘŚĆ IV. REFORMA SYSTEMU EKONOMICZNO-FINANSOWEGO

#### 1. Podstawowe założenia reformy systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej i społecznej.

Dotychczas funkcjonujący system finansowania opieki zdrowotnej i społecznej wykazuje wiele niedostatków, a w szczególności:

- 1.1. brak źródeł finansowania zapewniających dopływ odpowiedniej ilości środków w zależności od liczby, rodzaju i jakości świadczeń;
- 1.2. nadmierna centralizacja decyzji ekonomicznych z przewagą administracyjnych instrumentów oddziaływania, a tym samym zbyt mała samodzielność finansowa zakładów służby zdrowia i innych jednostek organizacyjnych;
- 1.3. nieprowadzenie pełnej ewidencji kosztów ponoszonych przez zakłady służby zdrowia. Uniemożliwia to obiektywne porównywanie kosztów jednorodnych działań i uzyskiwanych efektów. Stąd też decyzje dotyczące wyboru wariantów postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz decyzje organizacyjno-ekonomiczne nie są podejmowane w oparciu o przesłanki ekonomiczne;
- 1.4. brak skutecznych ekonomicznych instrumentów stymulujących racjonalne wykorzystywanie zasobów kadrowych i materialnych, np. wyboru tańszych, a równie efektywnych metod diagnostycznych i leczniczych;



1.5. nierównomierne rozmieszczenie zasobów między jednostkami terytorialnymi, powodujące zróżnicowanie w dostępności do świadczeń zdrowotnych i społecznych;

1.6. w celu wyeliminowania tych niedostatków i stworzenia skutecznej instrumentacji dla zorganizowania podstawowego zadania, jakim jest racjonalnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej i społecznej, niezbędne jest zreformowanie istniejących mechanizmów ekonomiczno-finansowych.

Proponuje się, aby docelowy model opieki zdrowotnej był oparty o powszechne ubezpieczenie zdrowotne, a uprawnienia podmiotowe do świadczeń wynikały z opłacenia składki ubezpieczeniowej.

## 2. Źródła finansowania opieki zdrowotnej i społecznej

2.1. Proponuje się utworzenie FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH jako - docelowo - podstawowego źródła finansowania działalności profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej. Fundusz ten będzie poddany kontroli społecznej, pełnionej przez Radę Nadzorczą Funduszu, zwaną dalej Radą Funduszu.

Fundusz będzie tworzony w oparciu o obowiązkową składkę ubezpieczenia zdrowotnego. Składka powyższa będzie opłacana przez wszystkie osoby fizyczne i prawne, prowadzące działalność gospodarczą na terenie kraju, w wysokości ustalonego procentu od podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne i tak:

- za pracowników i ich rodziny składkę będzie opłacał:

wariant 1 - pracodawca,

wariant 2 - w części pracodawca, a w części pracownik,

- osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek np. rolnicy, rzemieślnicy, uiszczy<sup>ą</sup> składkę za siebie i własne rodziny;

- za emerytów i rencistów składkę będzie opłacać ZUS w wysokości procentu od kwoty wypłacanej emerytury bądź renty;

- za osoby nie posiadające uprawnień do świadczeń z ZUS oraz innych stałych źródeł utrzymania, składkę będzie opłacać właściwy organ administracji szczebla podstawowego, w wysokości procentowej od najniższego wynagrodzenia w kraju lub wypłacanego zasiłku stałego.

Składka ubezpieczeniowa - docelowo - skalkulowana będzie na podstawie terytorialnie i podmiotowo zróżnicowanych czynników ryzyka zdrowotnego.

Przez zróżnicowanie terytorialne rozumie się uzależnienie wysokości



składki od występujących na danym terenie zagrożeń ekologicznych i ich wpływu na stan zdrowia mieszkańców.

Zróżnicowanie podmiotowe natomiast oznaczać będzie powiązanie wysokości składki ze stopniem wpływu płatników składki na tworzenie przez nich zagrożeń ekologicznych oraz przekraczania norm dopuszczalnych narażeń na stanowiskach pracy.

Skalkulowanie składki ubezpieczeniowej w oparciu o ryzyko zdrowotne wymagać będzie szczegółowych badań i ekspertyz.

W okresie początkowym funkcjonowania FUNDUSZU składka ubezpieczenia zdrowotnego będzie ustalona jednolicie w skali kraju jako procent liczony od wynagrodzenia lub dochodu, przyjmowanego jako podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne.

Opłacanie składki ubezpieczenia zdrowotnego powiązać należy z reformą systemu podatkowego, uwzględniającego zmniejszenie obciążeń podatkowych ze strony podmiotów prowadzących działalność gospodarczą.

## 2.2. FUNDUSZ UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH posiadać będzie osobowość prawną.

FUZ dzieli się na fundusz centralny i fundusze terenowe. Funduszem centralnym zarządza i dysponuje Zarząd Funduszu przy współudziale Rady Funduszu. Rada Funduszu składa się z przedstawicieli opłacających składki, przedstawicieli korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz reprezentantów jednostek terenowych Funduszu.

W skład terenowych Rad Funduszu wchodzi przedstawiciele miejscowych podmiotów opłacających składki i osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz przedstawiciele samorządów terytorialnych.

Funduszem terenowym dysponuje Zarząd Funduszu przy współudziale Rady Funduszu szczebla terenowego.

Zgodnie z zasadą równouprawnienia sektorów przewiduje się refundację ze środków FUZ za usługi świadczone przez sektor prywatny i spółdzielczy w/g zasad i cen przyjętych dla zakładów społecznej służby zdrowia.

## 2.3. Niezależnie od FUZ źródłem zasilania systemu opieki zdrowotnej i społecznej pozostanie budżet Państwa.

Ze środków tych finansowane będą:

- 2.3.1. inwestycje rozwojowe i częściowo odtworzeniowe obiektów opieki zdrowotnej i społecznej /np. szpitale, domy pomocy społecznej, przychodnie itp./;
- 2.3.2. działalność naukowo-badawcza;
- 2.3.3. kształcenie i doskonalenie kadr medycznych;
- 2.3.4. działalność w zakresie zdrowia publicznego, w tym: sanitarno-epidemiologiczna i ogólnokrajowe programy profilaktyczno-

zdrowotne;

- 2.3.5. świadczenia środowiskowej i zakładowej pomocy społecznej;
  - 2.3.6. wyrównywanie dysproporcji terytorialnych w zakresie alokacji zasobów służby zdrowia i pomocy społecznej.
  - 2.4. Proponuje się stworzenie uzupełniającego źródła finansowania służby zdrowia w formie funduszu celowego /Fundusz Zdrowia/.
- Fundusz ten traktowany będzie jako podmiot prawa w ramach Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

Alternatywnie Fundusz może posiadać osobowość prawną.

Dochody Funduszu stanowią:

- 2.4.1. - coroczna dotacja z budżetu Państwa w wysokości 4% wartości sprzedaży w skali rocznej napojów alkoholowych,
  - 2.4.2. - dodatkowe opłaty od sprzedaży każdej paczki papierosów i wyrobów tytoniowych, rewaloryzowane proporcjonalnie do wzrostu cen tych artykułów, oraz część podatku obrotowego od wyrobów tytoniowych,
  - 2.4.3. - dochody z dobrowolnych wpłat zakładów pracy z funduszy przeznaczonych na cele socjalne oraz organizacji spółdzielczych z funduszy przeznaczonych na cele społeczno-wychowawcze,
  - 2.4.4. - środki pochodzące z imprez organizowanych na cele przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii i palenia tytoniu,
  - 2.4.5. -inne dobrowolne wpłaty, darowizny. zapisy oraz środki przekazywane przez fundacje,
  - 2.4.6. - nawiązki orzeczone przez sąd na mocy przepisów o zapobieganiu narkomanii,
  - 2.4.7. - odsetki z tytułu oprocentowania wkładów na rachunkach bankowych Funduszu Zdrowia,
  - 2.4.8. - środki pozostałe po Funduszach Pomocy Rodzinie, Zapobiegania Narkomanii i Przeciwalkoholowego.
- 2.5. Środki Funduszu przeznacza się na:
- 2.5.1. działalność profilaktyczną, leczniczą, rehabilitacyjną, reedukacyjną, resocjalizacyjną, w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, zapobiegania narkomanii i zwalczania palenia tytoniu,
  - 2.5.2. budowy, adaptacje, remonty, wyposażenie placówek leczenia odwykowego, izb wytrzeźwień, domów pomocy społecznej, zakładów pracy chronionej dla uzależnionych od alkoholu i narkotyków, poradni antyalkoholowych oraz w części na rzecz placówek leczenia chorób nowotworowych i układu krążenia.

2.6. Do czasu wprowadzenia Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych podstawowym źródłem finansowania opieki zdrowotnej i pomocy społecznej będzie budżet centralny i budżety terenowe rewaloryzowane stosownie do stopnia inflacji.

Uzupełniającym źródłem finansowania będą środki Funduszu Zdrowia.

2.7. Częściowa odpłatność za niektóre świadczenia stanowić będzie dodatkowe źródło zasilania jednostek.

2.8. W związku z rozszerzeniem niektórych świadczeń odpłatnych oraz równouprawnieniem wszystkich sektorów, proponuje się stworzenie możliwości dodatkowego, dobrowolnego indywidualnego lub grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zapewniającego całkowitą lub częściową refundację kosztów ponoszonych w związku z odpłatnymi świadczeniami zdrowotnymi.

Ubezpieczenia te mogą być prowadzone przez państwowe lub prywatne bądź spółdzielcze instytucje ubezpieczeniowe.

### 3. Formy gospodarki finansowej

3.1. Założeniem reformowanych zasad gospodarki finansowej zakładów służby zdrowia i pomocy społecznej jest odejście od obowiązujących dotychczas form budżetowych takich, jak: jednostka budżetowa, zakład budżetowy, gospodarstwo pomocnicze itp.

Proponuje się ustalenie rozwiązań przewidzianych w przepisach ustawowych i wykonawczych dla przedsiębiorstw użyteczności publicznej, z uwzględnieniem uwarunkowań wynikających z odrębności i szczególnego znaczenia ochrony zdrowia w systemie społeczno-gospodarczym.

3.2. Zasady te oparte są w szczególności o:

- 3.2.1. s a m o f i n a n s o w a n i e - tzn. stworzenie warunków do pokrywania kosztów działalności własnymi, wypracowanymi dochodami z wyjątkiem inwestycji rozwojowych, niewygasanie środków z końcem roku, pozostawianie nadwyżki w zakładzie oraz pokrywanie niedoborów ze środków własnych lub kredytu bankowego;
- 3.2.2. s a m o d z i e l n o ś ć - tzn. samodzielne kształtowanie planów rzeczowo-finansowych i gospodarowanie uzyskanymi środkami, ponoszenie finansowej i służbowej odpowiedzialności za powstałe niedobory i jednocześnie samodzielny podział wypracowanej nadwyżki;
- 3.2.3. s a m o r z ą d n o ś ć - tzn. zapewnienie uczestnictwa pracowników poprzez samorząd w zarządzaniu zakładem, poprzez

stanowienie przez nich o istotnych sprawach zakładu, a w szczególności o planie rzeczowo-finansowym, kierunkach rozwoju i podziale wypracowanej nadwyżki.

3.3. W związku z tym zakłady społecznej służby zdrowia oraz inne działające w sferze ochrony zdrowia zakłady, których podstawowymi zadaniami są produkcja i usługi /np. kolumny transportu sanitarnego, zakłady naprawcze sprzętu medycznego/, funkcjonować będą w formie samofinansujących się jednostek na rozrachunku gospodarczym.

3.4. Działalność jednostki pokrywana jest z tytułu:

3.4.1. s p r z e d a ż y świadczeń:

3.4.1.1. osobom prawnym, a przede wszystkim:

- docelowo Funduszowi Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- samorządom terytorialnym, przedsiębiorstwom, instytucjom, organizacjom społecznym i związkowym, zlecającym udzielanie świadczeń za odpłatnością,
- zakładom społecznym służby zdrowia za udzielane konsultacje, badania diagnostyczne, usługi transportowe itp.,

3.4.1.2. osobom fizycznym za usługi i świadczenia objęte odpłatnością,

3.4.2. pomocniczej działalności gospodarczej prowadzonej w ramach jednostki.

3.4.3. dotacji udzielanych z budżetu Państwa oraz przez organy samorządu terytorialnego na utrzymanie niektórych obiektów /np. szpitali o zasięgu wojewódzkim/; dotacji przedmiotowej, funduszy celowych, fundacji i darowizn.

3.5. Zysk nie jest celem działalności jednostki na rozrachunku gospodarczym.

W tej sytuacji jednostka systemowo będzie zwolniona od podatków: dochodowego, obrotowego i innych tzw. podatków fiskalnych, natomiast będzie objęta podatkami o charakterze sankcyjnym, zgodnie z powszechnie obowiązującymi zasadami w tym zakresie.

3.6. Wprowadza się odpisy a m o r t y z a c y j n e od posiadanych przez jednostkę środków trwałych.

Do amortyzacji i odpisów amortyzacyjnych stosowane będą ogólne zasady określone dla gospodarki uspołecznionej, przy czym całość odpisów amortyzacyjnych powinna pozostać do dyspozycji jednostki.

3.7. Inwestycje odtworzeniowo-modernizacyjne finansowane są przez jednostkę w ramach posiadanych środków.

Inwestycje rozwojowe oraz w szczególnych przypadkach inwestycje odtworzeniowo-modernizacyjne finansowane będą z dotacji budżetowej.

Budowa szpitali, dla których organem założycielskim jest właściwy

terenowy organ administracji państwowej, finansowana będzie w każdym roku w połowie ze środków z budżetu centralnego, o ile potrzeba budowy wynika z planu krajowej sieci szpitali.

Zasada ta pozwoli z jednej strony na pomoc jednostkom terytorialnym w budowie najbardziej kapitałochłonnym obiektów, jakimi są szpitale, z drugiej strony zaś będzie stymulować decyzje rad narodowych /samorządów terytorialnych/ do przeznaczania możliwie najwyższych nakładów finansowych na realizację tych zadań.

Budowa szpitali klinicznych i innych o zasięgu krajowym lub regionalnym finansowana będzie z budżetu centralnego.

3.8. Koszty remontów bieżących i kapitalnych finansowane będą bezpośrednio w ciężar kosztów działalności jednostki.

Dodatkowym źródłem finansowania remontów kapitalnych może być dotacja budżetowa.

3.9. Jednostka ustala samodzielnie wielkość środków na wynagrodzenia w ramach posiadanych możliwości finansowych oraz stosownie do swojej działalności.

Jednym z podstawowych instrumentów osiągnięcia założonych celów reformy systemu ekonomiczno-finansowego jest kształtowanie i gospodarowanie funduszem wynagrodzeń. Poprzez ścisłe powiązanie rozmiarów funduszu z liczbą, zakresem i jakością świadczeń powinno się stworzyć zbiorową motywację zakładu do racjonalnej i efektywnej pracy, a poprzez powiązanie poziomu indywidualnych wynagrodzeń z ilością i charakterem pracy motywację indywidualną. Wymaga to dalszych szczegółowych opracowań.

#### 4. Zasady gospodarki finansowej

4.1. Sprzedaż świadczeń przez jednostki na rozrachunku gospodarczym organom finansującym w okresie przejściowym dokonywana będzie w/g cen umownych.

Będą one kalkulowane w oparciu o tzw. koszty uzasadnione z uwzględnieniem zasady ekonomicznego działania jednostki. Docelowo ceny usług, jednolite w całym kraju, będą ustalane w wyniku negocjacji między instytucjami gromadzącymi składki ubezpieczeń zdrowotnych /głównie FUZ/, a organizacjami przedstawicielskimi zakładów opieki zdrowotnej, z udziałem samorządów zawodowych i terytorialnych.

4.2. Zasadniczą barierą we wprowadzaniu nowych zasad gospodarki finansowej w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej jest brak pełnej ewidencji kosztów, co uniemożliwia ustalenie kosztów jednostkowych poszczególnych rodzajów świadczonych usług.

Ewidencja kosztów musi więc być prowadzona nie tylko w/g rodzajów kosztów, ale i w/g miejsc ich powstawania.

W pierwszej kolejności w miejsce rozbudowanej paragrafowo klasyfikacji budżetowej należy wprowadzić załączony rodzaj kosztów, jak:

- 1/ wynagrodzenia,
- 2/ pochodne od wynagrodzeń i inne koszty osobowe,
- 3/ wydatki na żywienie,
- 4/ wydatki na leczenie,
- 5/ wydatki rzeczowe,
- 6/ wydatki na zakup sprzętu i wyposażenia medycznego,
- 7/ amortyzacja - odpisy amortyzacyjne od wszystkich posiadanych przez jednostkę środków trwałych.

Za miejsce powstawania kosztów przyjmuje się każdą wyodrębnioną organizacyjnie komórkę zakładu służby zdrowia. Wykaz miejsc powstawania kosztów ustalony będzie zarządzeniem wewnętrznym danej jednostki.

Całość kosztów danej komórki organizacyjnej składa się z kosztów bezpośrednio powstających w tej komórce oraz z kosztów pośrednich, a więc kosztów innych komórek danej jednostki świadczących usługi na rzecz tej komórki.

Koszty pośrednie rozliczane są w/g kluczy kalkulacyjnych, ustalonych dla danej jednostki w zakładowej instrukcji kosztów. Takimi kluczami mogą być np.:

- dla laboratorium - badania wykonane na rzecz poszczególnych oddziałów szpitalnych bądź poradni,
- dla kuchni - liczba żywionych w poszczególnych oddziałach szpitalnych,
- dla pralni - liczba kg bielizny wypranych dla danej komórki organizacyjnej,
- dla administracji - wysokość wynagrodzeń lub liczba zatrudnionych w poszczególnych komórkach.

W rezultacie takiego sposobu rozliczenia kosztów, na koncie każdej komórki organizacyjnej zostaną ujęte całkowite koszty tej komórki. Da to podstawę do ustalenia kosztów przypadających na jednostkę wg przyjętego dla danej komórki organizacyjnej miernika.

Miernikami takimi mogą być przykładowo:

- dla oddziału szpitalnego - leczony, a docelowo leczony w/g grup diagnostycznych /Diagnosis Related Groups/,
- dla poradni - porada, konsultacja bądź liczba podopiecznych,
- dla działu diagnostycznego - badanie.

Pełny rachunek pozwoli na określenie rzeczywistych kosztów poszczególnych rodzajów świadczonych usług oraz prowadzenie analiz porównawczych, kosztów jednorodnych, usług świadczonych przez różne zakłady

służby zdrowia.

#### CZĘŚĆ V. WARUNKI REALIZACJI REFORMY

##### 1. Utworzenie podstaw prawnych

Wprowadzenie w życie założeń reformy wymaga nowych uregulowań prawnych, a zwłaszcza wydania /bądź nowelizacji/ następujących aktów prawnych:

- 1/ ustawy o samorządzie terytorialnym,
- 2/ ustawy o mieniu komunalnym,
- 3/ ustawy o opiece zdrowotnej,
- 4/ ustawy o urzędzie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej,
- 5/ ustawy o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym,
- 6/ ustawy o izbach pielęgniarstwach i innych,
- 7/ ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- 8/ ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych,
- 9/ ustawy o warunkach zdrowotnych żywności i żywienia,
- 10/ ustawy o Funduszu Zdrowia,
- 11/ ustawy o pomocy społecznej,
- 12/ ustawy o Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- 13/ zmiany ustawy o Konstytucji PRL.

##### 2. Przystosowanie systemu kształcenia kadr do potrzeb reformy

Jednym z podstawowych warunków wdrożenia reformy jest posiadanie kadr medycznych przygotowanych do pracy w zreformowanym systemie.

Wymaga to:

- a. głębokiej reorientacji studiów medycznych, zakończonych jednolitym w całym kraju egzaminem państwowym,
- b. przygotowanie przyszłego lekarza do roli samodzielnego, wysoko-wykwalfikowanego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej /typu lekarz domowy, rodzinny czy "osiedlowy"/, spełniającego wszystkie funkcje należące do p.o.z.,
- c. generalnego ograniczenia liczby specjalizacji, oraz możliwość preferowania specjalizacji deficytowych,
- d. uwzględnienie w szerszym zakresie w procesie kształcenia zagadnień promocji zdrowia, ekonomiki zdrowia, oraz zarządzania.

##### 3. Warunki rzeczowe

- 1/ właściwie przygotowana kadra ekonomiczna,
- 2/ odpowiednie środki finansowe,
- 3/ niezbędne lokale i ich wyposażenie w sprzęt komputerowy.



#### 4. Akceptacja społeczna

Wprowadzenie w życie projektu reformy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej wymaga pozyskania akceptacji społecznej, bowiem skutki wprowadzanych zmian dotyczyć będą wszystkich obywateli. Akceptacja możliwa jest wówczas, gdy zasadnicze idee reformy oraz jej oczekiwane skutki zostaną właściwie zrozumiane przez społeczeństwo. Dlatego niezbędne jest szerokie wyjaśnienie opinii publicznej zasad i kierunków reformy.

#### 5. Harmonogram działań

Tempo wprowadzania reformy we wszystkich dziedzinach służby zdrowia zależy od uprzedniego wdrożenia zmian ekonomicznych, wymuszających odpowiednio zmiany w organizacji i funkcjonowaniu placówek służby zdrowia.

- do 31 grudnia 1989 r. przygotowanie podstaw do pilotowego wdrażania w jednostkach i zakładach produkcyjno-usługowych służby zdrowia rozrachunku gospodarczego. Przygotowanie założeń projektu ustawy o Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych;
- do 30 czerwca 1990 r. przygotowanie szczegółowych zasad nowej ewidencji i rachunku kosztów wg rodzajów i miejsc ich powstawania oraz pilotowego wprowadzenia nowych zasad ewidencji w wybranych województwach. Objęcie formą rozrachunku gospodarczego jednostek i zakładów o charakterze produkcyjno-usługowym.
- od 1 stycznia 1991 r. objęcie wszystkich zakładów służby zdrowia nowymi zasadami ewidencji i rachunku kosztów.
- do 31 grudnia 1991 r. przygotowanie formalno-prawne i organizacyjne do objęcia wszystkich zakładów opieki zdrowotnej formą rozrachunku gospodarczego, przy równoczesnym tworzeniu FUZ.
- od 1 stycznia 1992 r. wprowadzenie FUZ jako podstawowego źródła finansowania działalności profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej.

Listopad 1989 r.



St. Golinowska, K. Tymowska, C. Włodarczyk

## W INTERESIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA

### 1. Podstawowe wady dotychczasowego systemu

System opieki zdrowotnej w Polsce znalazł się w sytuacji kryzysowej, w której została zaburzona możliwość realizacji jego podstawowych funkcji, tj. zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przy zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa, ochrony zdrowia i życia obywateli.

W systemie tym brak jest równowagi między:

- zakresem opiekuńczych zobowiązań wziętych na siebie przez państwo a możliwościami ich spełnienia,
- nadziejami społeczeństwa, oczekującego intensywnych i wyspecjalizowanych działań w zakładach opieki medycznej, a techniczną i organizacyjną ich wydolnością,
- potrzebami środowisk medycznych w zakresie możliwości realizacji zawodowego powołania, warunków pracy oraz wynagrodzenia proporcjonalnego do społecznie postrzeganej wartości zdrowia, a finansowymi i rzeczowymi możliwościami ich spełnienia w nieefektywnej gospodarce.

Utrwalono zasadę pełnej i bezpłatnej dostępności do usług zdrowotnych. Tymczasem życie tej zasady w pełni nie realizowało, a fakt ten nie miał wpływu na podejmowanie koniecznych w tej sytuacji zmian. Klimat głębokiej nieufności i wzajemnych pretensji między pacjentem, służbą zdrowia i organami władzy państwowej uniemożliwia wyjście z impasu drogą "dobrej woli" i kosmetycznych zmian.

System opieki zdrowotnej w Polsce jest zaniedbany finansowo, a jednocześnie wiele środków jest marnotrawionych. W systemie tym nie działają bowiem zasady ekonomicznego gospodarowania, a jego organizacja wręcz uniemożliwia realizację celów zdrowotnych nowoczesnej polityki ochrony zdrowia.

W Polsce mamy do czynienia z silnym procesem medykalizacji problemów zdrowotnych. Do tego należy dodać fakt zbiurokratyzowania systemu, w którym wola pacjenta jest często respektowana tylko w wyniku jego nieformalnych zabiegów, bądź wprowadzenia indywidualnej opłaty zarówno w ramach systemu, jak i poza nim.

System ten, niezadowolająco spełniający funkcje lecznicze, pozostał jednocześnie na oboczu funkcje zapobiegawcze, w tym szczególnie te, które są związane z pozamedycznymi uwarunkowaniami zdrowia, np. ekologicznymi czy wynikającymi z warunków i stylów życia. W tych warunkach

możliwości inicjowania programów mogących skutecznie przeciwdziałać przyczynom pogarszania się stanu zdrowia społeczeństwa zostały istotnie ograniczone.

## 2. Dotychczasowe propozycje zmian

Wady systemu dawały znać o sobie wiele lat temu i były dość wcześniej rozpoznane. Nie doszło jednak do jego istotnych zmian. O reformie opieki zdrowotnej w Polsce zaczęto mówić dopiero na przełomie lat 70-tych i 80-tych w związku z projektowaniem reformy całego systemu gospodarczego. Od tego czasu powstało co najmniej kilkanaście projektów o różnym stopniu zaawansowania i szczegółowości. Choć wiele z nich zawierało interesujące propozycje, nigdy nie doszło do ich publicznego przedstawienia i poddania społecznej i merytorycznej dyskusji.

Istotną przyczyną tego stanu rzeczy był brak woli przygotowania całościowej koncepcji i wdrożenia głębokich zmian w tej newralgicznej sferze życia społecznego, głównie ze strony administracyjnego kierownictwa służby zdrowia i niektórych grup politycznego centrum.

Borykając się z bieżącymi trudnościami zaopatrzeniowymi, kierownictwo to niechętnie reagowało na propozycje reform. Nie bez znaczenia jest także fakt obrony interesów niektórych grup pracowników medycznych i administracyjnych.

W latach 1981-1982 Zespół XIII Komisji d/s Reformy, który zajął się tzw. usługami społecznymi, podjął się także przygotowania projektu reformy w służbie zdrowia. W wyniku ustaleń Komisji d/s Reformy Ministerstwo Zdrowia zostało zobowiązane do zaprojektowania szczegółowej koncepcji zmian funkcjonowania opieki zdrowotnej. Przedstawiane projekty nie zyskiwały często pełnej akceptacji merytorycznej, społecznej, środowiskowej, a inne - nie zyskiwały akceptacji politycznej.

Do chwili obecnej nie stworzono organizacyjnych i technicznych możliwości wdrożenia jakichkolwiek zmian, np. do dnia dzisiejszego nie wprowadzono postulowanego już wiele lat temu pełnego, zdezagregowanego rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej.

## 3. Autorski projekt reformy

W tym stanie rzeczy postanowiliśmy wrócić do sprawy tworzenia koncepcji reformy. Tym razem prezentujemy projekt autorski, a nie instytucjonalny. Wykorzystujemy w nim dawne idee, zawarte m.in. w pracach Zespołu XIII Komisji d/s Reformy, którego byliśmy aktywnymi członkami oraz innych projektów, w których opracowaniu uczestniczyliśmy, bądź je opinowaliśmy.

Po latach dyskusji nad tymi projektami oraz w wyniku zdobytego doś-

wiadczenia podczas prowadzenia przez nas prac badawczych nt. polityki zdrowotnej, ekonomiki i organizacji ochrony zdrowia, czujemy się upoważnieni do przedstawienia całościowej koncepcji reformy systemu opieki zdrowotnej, odpowiadającej, jak sądzimy, niektórym sugestiom płynącym z zapisów "Okragłego stołu" dla tej dziedziny oraz dla całego systemu gospodarczego.

Pochodzimy spoza środowiska medycznego oraz spoza administracji służby zdrowia. Tym samym nie jesteśmy związani z żadną grupą interesów, której celem działania byłaby obrona jakiejś pozycji, czy walka z nią, aczkolwiek bardzo zależy nam na pozyskaniu sojuszników we wszystkich środowiskach, którym idee racjonalizowania zasad działania systemu opieki zdrowotnej nie są obce.

W swym wystąpieniu kierujemy się głównie społecznym znaczeniem problemu skuteczniejszego, efektywnego - i cieszącego się społeczną akceptacją - funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce.

#### 4. Potrzeba zmiany koncepcji

Proponowane przez nas zmiany systemu opieki zdrowotnej podporządkowane są koncepcji prowadzenia całościowej polityki zdrowotnej, w której odpowiedzialność za efekty zdrowotne zostaje podzielona między: świadomym swych potrzeb ochrony zdrowia pojedynczym obywatelem /rodziną, grupą obywateli/, nie tylko leczącym, ale i uczącym pacjenta właściwych zachowań lekarzem oraz państwową i społeczną administracją organizującą warunki, w których taka współodpowiedzialność może mieć miejsce.

Celem wprowadzenia takiej całościowej koncepcji polityki zdrowotnej jest uznanie nadrzędności działań poprawiających stan zdrowia społeczeństwa, w konsekwencji czego należy zmienić instrumenty obowiązujące w dotychczasowym systemie. Chodzi tu przede wszystkim o wmontowanie do systemu opieki zdrowotnej narzędzi motywujących do działań zapobiegających zachorowalności oraz uczących społeczeństwo zachowań sprzyjających zdrowiu, a także umiejętności współpracy uczestniczącego postępowania leczniczego w przypadku choroby.

Całościowa koncepcja polityki zdrowotnej społeczeństwa wymaga nowego spojrzenia na zakres działań na rzecz zdrowia i ich formy organizacyjne

System opieki zdrowotnej, którego koncepcję zmian poniżej przedstawiłyśmy, obejmuje wiele rodzajów działań, które często nie mogą być wyraźnie wyodrębnione, nakładają się na siebie, uzupełniają. Te rodzaje działań, czyli promocja zdrowia, profilaktyka, leczenie, rehabilitacja, opieka długoterminowa nad osobami upośledzonymi i przewlekle chorymi, mogą

być realizowane zarówno przez podmioty o charakterze medycznym /zakłady opieki medycznej i fachowi pracownicy medyczni/ tradycyjnie przypisywane ochronie zdrowia i opiece społecznej, jak i przez podmioty spoza tego obszaru.

Proponowane w naszym projekcie rozwiązania ekonomiczne dotyczą głównie tradycyjnie rozumianego obszaru, choć opowiadamy się za większym niż obecnie zróżnicowaniem rodzajów funkcjonujących tu podmiotów. Dotyczy to zarówno pożądanego włączenia podmiotów o innej formie własności, jak i podmiotów mniej zinstytucjonalizowanych, jak np. łączące pacjentów i ich rodziny grupy samopomocy, organizacja i stowarzyszenia społeczne, związki wyznaniowe.

Jednocześnie w nowej koncepcji polityki zdrowotnej niezbędna jest zmiana funkcji pełnionych przez podmioty opieki medycznej w systemie opieki podstawowej w kierunku zwiększenia zakresu działań na rzecz promocji zdrowia, profilaktyki, edukacji zdrowotnej i samoleczniczej.

Te funkcje instytucjonalnej i środowiskowej opieki społecznej, które mieszczą się w obszarze działań medycznych lub paramedycznych, włączamy do całościowego systemu polityki zdrowotnej. Poza obszarem naszego zainteresowania pozostawiamy inne formy pomocy społecznej, jak zasiłki, pomoc rzeczowa, usługi bytowe, itp.

##### 5. Umowa społeczna

Idea współodpowiedzialności społecznej za efekty zdrowotne wymaga zrewidowania tezy o słuszności i zaletach całościowych ubezpieczeń społecznych. Powszechne ubezpieczenia "na wszystko" powodują, że przezorność i odpowiedzialność obywateli za stan ich zdrowia ulega zmniejszeniu, a koszty leczenia rosną w tempie zagrażającym efektywności ekonomicznej przez zbyt duże obciążenie systemu gospodarczego składką ubezpieczeniową czy podatkami.

Opowiadamy się za umową społeczną w sprawie zakresu powszechnych ubezpieczeń społecznych. Oznaczałoby to potrzebę z jednej strony - zgody na ustalanie tzw. zakresu potrzeb zdrowotnych, których zaspokajanie w imieniu i interesie całego społeczeństwa organizuje państwo przez system powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, z żadnym lub niewielkim obciążeniem dochodów indywidualnych w momencie korzystania z usług, a z drugiej - przyzwolenia na świadomą rezygnację z zaspokajania pewnego zakresu potrzeb zdrowotnych w systemie organizowanym w imieniu społeczeństwa przez państwo, np. ze względu na potrzebę stymulowania do gospodarności i koniecznością obniżenia poziomu medykalizacji działań systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

W umowie powinna być również wyrażona zgoda na realizację priorytetowych programów zdrowotnych, poddających interwencji zagrożenia najbardziej niebezpieczne, co oznacza także akceptację rezygnacji zaspokajania w danym okresie pewnych potrzeb, którym priorytetu odmówiono.

Ustalenie obu zakresów nie jest sprawą prostą. Wymagałoby wielkiej dyskusji zarówno wśród medyków, jak i wśród społeczeństwa. Tym niemniej podstawy takiego kontraktu społecznego należy wynegocjować i w drodze ustawy sejmowej /a może nawet referendum/ przyjąć do realizacji.

Uważamy, że ubezpieczenia w ramach ustawowego zakresu zaspokajania potrzeb zdrowotnych powinny być obowiązkowe. Argumentem za obowiązkowością jest relatywnie niski przeciętny poziom życia w polskim społeczeństwie i wynikające z tego ograniczone możliwości pozostawienia indywidualnym decyzjom problemu "oszczędzania" ze względu na ryzyko choroby. Zjawisko "free-rider", czyli niepłacących składek a korzystających z usług medycznych, nie byłoby wówczas tylko zjawiskiem znanym z literatury ekonomicznej, lecz zjawiskiem realnym, występującym w Polsce.

#### 6. Powszechna ubezpieczenia społeczne

Opowiadamy się za ubezpieczeniową formą funkcjonowania powszechnej opieki zdrowotnej, organizowaną przez organy władzy państwowej /publicznej/. Ubezpieczeniowa forma wynika z uznania choroby za ryzyko losowe objęte ubezpieczeniem społecznym.

Organizacja powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych przez państwo stanowi uznanie odpowiedzialności państwa za tworzenie warunków na rzecz zdrowotnej kondycji narodu i jednocześnie uznania państwa jako moralnego gwaranta prawa obywateli do zdrowia, jako jednego z ważniejszych praw społeczeństwa.

#### 7. Środki na opiekę zdrowotną

W proponowanym systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego środki na opiekę zdrowotną będą pochodziły ze składek ubezpieczeniowych, dotacji pochodzących z ogólnych dochodów budżetowych oraz ze środków organizacji, stowarzyszeń społecznych, związków wyznaniowych, fundacji, zakładów pracy oraz osób fizycznych.

Przewidujemy wprowadzenie pewnych opłat pacjentów za niektóre usługi medyczne. Stanowiąc one będą dodatkowe źródło finansowania systemu opieki zdrowotnej, aczkolwiek na tle innych źródeł ich znaczenie będzie niewielkie.

8. Kto płaci składkę ubezpieczeniową?

Z uwagi na konieczność wprowadzenia zasady podzielonej odpowiedzialności za ryzyko powstania choroby i związanych z nią kosztów leczenia opowiadamy się za p ł a c e n i e m s k ł a d k i zarówno przez pracowników, jak i pracodawców. Składka od pracowników byłaby jednolita, czyli jej wysokość nie byłaby związana ze zróżnicowanym ryzykiem chorobowym różnych grup ludności z uwagi na wiek, płeć czy stan zdrowia.

Stoiśmy na stanowisku słuszności realizacji w opiece zdrowotnej idei solidarności społecznej, co oznacza redystrybucję środków od grup o niższym ryzyku zachorowalności do grup o ryzyku wyższym, a więc np. od grup młodszych do starszych.

Składka miałaby charakter podatku celowego, ustalanego procentowo w stosunku do płac i funduszu płac. Osoby pracujące na własny rachunek opłacałyby składkę ustaloną procentowo w stosunku do osiąganych dochodów. Opłacanie składki przez pracownika oznaczałoby nabywanie praw do korzystania z usług medycznych przez wszystkich członków rodziny będących na jego utrzymaniu.

Składka ubezpieczeniowa w imieniu emerytów i rencistów powinna być opłacana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w wysokości odsetka wypłacanych świadczeń pieniężnych. W imieniu osób nie posiadających stałego źródła utrzymania, składka ubezpieczeniowa opłacana byłaby z budżetu lokalnego, finansującego lokalną opiekę społeczną.

Podmioty gospodarcze nie powinny płacić jednolitej składki ubezpieczeniowej. Przewiduje się podwyższoną składkę ubezpieczeniową opłacaną przez zakłady pracy, w których warunki pracy stwarzają większe ryzyko zachorowań.

Miarą tego ryzyka, a tym samym podstawą do nałożenia obowiązku opłacania wyższej składki, będzie przekroczenie dopuszczalnych przez Państwową Inspekcję Pracy wskaźników bezpieczeństwa i higieny pracy. Tak ustalana, zróżnicowana składka pełniłaby funkcję stymulującą do poprawy warunków pracy, a przez to do zmniejszenia ryzyka zachorowalności i wypadków przy pracy.

Składka ubezpieczeniowa powinna być ustalana na poziomie zapewniającym pokrycie wszystkich b i e ż ą c y c h wydatków zakładów opieki zdrowotnej. Wysokość składki powinna być zatwierdzana przez Sejm, na wniosek Ministra Finansów zgłaszany w uzgodnieniu z Ministrem Zdrowia.



### 9. Sposoby gromadzenia środków

Istnieją różne możliwości gromadzenia środków pochodzących ze składek.

Po pierwsze - jako dochodów budżetów lokalnych /rad narodowych szczebla podstawowego/.

Po drugie - jako dochodów specjalnie utworzonego parabudżetowego funduszu na szczeblu centralnym, będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia, odpowiedzialnego za gospodarkę tym funduszem.

Po trzecie - jako dochodów nie powiązanego z budżetem funduszu /funduszu/ ubezpieczeń zdrowotnych będącego w dyspozycji specjalnie utworzonych towarzystw ubezpieczeniowych.

Wybór rozwiązania pierwszego oznacza, że pochodzące ze składek środki finansowe na pokrycie bieżących kosztów funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej zależą od liczby ubezpieczonych, poziomu ich płac i poziomu innych pozapłacowych dochodów, od których opłacana byłaby składka przez pozostałe grupy ubezpieczonych.

Z uwagi na terytorialne zróżnicowanie wymienionych wyżej czynników, wybór tego wariantu oznacza, że dla zapewnienia względnej równości w wysokości nakładów na opiekę zdrowotną przypadających na jednego mieszkańca, należy na szczeblu centralnym utworzyć fundusz wyrównawczy na dotowanie budżetów terenowych o niższych dochodach własnych.

Dochodami takiego funduszu wyrównawczego mógłby być procentowo ustalany odpis od dochodów budżetów lokalnych lub dotacja budżetu centralnego, pochodząca z ogólnych dochodów tego budżetu.

Wybór rozwiązania drugiego wymaga ustalenia obiektywnych zasad przestrzennego podziału parabudżetowego funduszu centralnego, uwzględniającego różne uwarunkowania potrzeb zdrowotnych ludności.

Jako czynniki różnicujące wysokość środków oddanych do dyspozycji lokalnych rad narodowych proponujemy:

- liczbę mieszkańców i ich strukturę demograficzną,
- wybrane wskaźniki epidemiologiczne,
- wybrane wskaźniki ekologiczne,
- wskaźniki zaniedbań socjalnych, mierzone poziomem wykształcenia i odsetkiem gospodarstw domowych, posiadających dochody poniżej społecznie uznanego minimum socjalnego.

Dla każdego z tych wskaźników powinny zostać ustalone wagi korygujące wysokość środków przyznanych na dany rok z tytułu szczególnych problemów zdrowotnych, wynikających z liczby i wieku mieszkańców /w tym szczególnie - udziału osób starszych/, stanu środowiska, dotychczasowych problemów zdrowotnych odbiegających natężeniem od problemów w innych

rejonach i prawdopodobieństwa ich wystąpienia wynikającego z zaniedbań socjalnych.

Rozwiązanie trzecie, czyli utworzenie odrębnych towarzystw ubezpieczeniowych zarządzających zgromadzonymi składkami, posiada dwie istotne wady. Z jednej strony - dysponowanie funduszem nie stanowiłoby narzędzia realizacji polityki zdrowotnej. Z drugiej natomiast - utworzenie odrębnych towarzystw ubezpieczeniowych obciążałoby wydatki na opiekę zdrowotną nowymi dodatkowymi kosztami.

Ponadto doświadczenia wielu krajów <sup>wr</sup>/skazują, że narzędzia stosowane przez instytucje ubezpieczeniowe nie okazały się bardziej skuteczne w gospodarnym wykorzystaniu środków niż narzędzia stosowane przez instytucje państwowe.

Opowiadamy się za wyborem rozwiązania drugiego, ponieważ daje ono największe szanse prowadzenia takiej polityki ochrony zdrowia, która między innymi łagodziłaby nierówności w dostępie do usług medycznych i zapewniła większe środki w tych rejonach, na terenie których występują szczególne zagrożenia i problemy zdrowotne.

#### 10. Ezupełniające ubezpieczenia

Z przyjętej umowy społecznej w sprawie zakresu ubezpieczeń będzie wynikać, że obowiązkowe i powszechne ubezpieczenia zdrowotne nie obejmują wszystkich potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, czyli dla zaspokojenia pozostałych potrzeb zdrowotnych musi powstać organizacja indywidualnych, czy grupowych ubezpieczeń cząstkowych, funkcjonujących w oparciu o różne formy własności i różne rodzaje umów ubezpieczeniowych.

Ubezpieczenia cząstkowe mogą również dotyczyć tych usług medycznych, które są wprawdzie gwarantowane w systemie ubezpieczeń powszechnych, ale z różnych względów pacjent /jego rodzina/ pragnie korzystać z usług zorganizowanych w innym systemie /np. z opieki stomatologicznej w sieci spółdzielczej lub prywatnej/.

#### 11. Alternatywne ubezpieczenia

Dla ludności, która z różnych powodów nie chciałaby lub nie mogła /np. cudzoziemcy/ realizować swych potrzeb zdrowotnych na zasadach ubezpieczeń powszechnych, powinien powstać system ubezpieczeń alternatywnych. Opowiadamy się tym samym za swobodą wyboru formy ubezpieczenia, przy zasadzie jego obligatoryjności.

Opowiedzenie się za utworzeniem ubezpieczeń alternatywnych oznacza, że nie widzimy społecznego uzasadnienia dla ubezpieczania się podwójnego,



np. w systemie ubezpieczeń powszechnych, aby mieć prawo do korzystania ze standardowych usług medycznych, i w systemie ubezpieczeń alternatywnych, aby korzystać z pewnego "luksusu" w opiece zdrowotnej.

Obywatele ubezpieczeni w systemie ubezpieczeń alternatywnych mogliby korzystać w pełni z państwowej i komunalnej sieci zakładów opieki zdrowotnej pod warunkiem, że ich instytucja ubezpieczeniowa pokryje koszty korzystania z usług tych zakładów. Zasada ta nie dotyczy usług udzielanych w sytuacji nagłych wypadków, co oznacza powszechne, pozaubezpieczeniowe prawo do usług w sytuacji zagrożenia życia.

Zakładamy ponadto, że ubezpieczenia alternatywne będą tworzyć własne zakłady opieki zdrowotnej i korzystać z zakładów prywatnych, jeśli takie w Polsce zostaną upowszechnione. Uważamy, że powinna istnieć możliwość tworzenia w systemie opieki zdrowotnej zakładów prywatnych.

Ubezpieczenia alternatywne mogą mieć charakter ubezpieczeń grupowych, będących wynikiem umowy ubezpieczeniowej pracodawcy, związków zawodowych, pracowników i wyodrębnionych dla danej grupy zawodowej instytucji ubezpieczeniowych, dysponujących składkami danej grupy zawodowej.

Składka w systemie ubezpieczeń alternatywnych nie będzie składką o jednolitej wysokości, lecz zgodnie z logiką takiego systemu składką zależną od kosztów opieki medycznej dla danej grupy obywateli. Jeżeli ubezpieczenia alternatywne będą miały charakter ubezpieczeń grupowych /zawodowych, branżowych/, pracodawca ma obowiązek opłacania składki ubezpieczeniowej w wysokości właściwej dla tego systemu ubezpieczeń. W przypadku alternatywnych ubezpieczeń wynikających z indywidualnego wyboru pracownika, pracodawca nie może płacić składki wyższej niż ta, którą płaciłby - w imieniu tego pracownika - w systemie ubezpieczeń powszechnych.

## 12. Udział budżetu państwa

Udział państwa w finansowaniu opieki zdrowotnej wynika ze wspomnianej wcześniej zasady odpowiedzialności państwa za rozwiązywanie problemów zdrowotnych całości społeczeństwa oraz wpływu państwa na kształtowanie istotnych uwarunkowań zdrowia. Finansowy udział środków całego społeczeństwa, oddanych do dyspozycji organów państwowych, wynika również z roli państwa jako gwaranta prawa obywateli do zdrowia.

Proponujemy, aby finansową formą udziału państwa w zasilaniu systemu opieki zdrowotnej były subwencje przeznaczone na finansowanie wydatków inwestycyjnych i zakupy drogiej aparatury medycznej. Subwencje te będą pochodziły z ogólnych dochodów budżetu państwa.

Decyzje o wysokości udziału wydatków na ten cel w budżecie państwa podejmowane być powinny na podstawie analizy potrzeb infrastrukturalnych, warunkujących realizację programów zdrowotnych w układzie przes-trzennym. Dla obiektywizacji kryteriów ustalania ogólnej sumy środków na wydatki kapitałowe oraz ich podziału w układzie przestrzennym, należy w oparciu o rzetelną analizę ustalić minimalne normy infrastrukturalne oraz normy wyposażenia w aparaturę medyczną, pożądane dla skutecznej i efektywnej realizacji programów zdrowotnych.

Należy utworzyć taki system informacji, aby możliwa była ocena bieżących i inwestycyjnych kosztów realizacji różnych programów zdro-wotnych oraz kosztów i efektów wdrożenia nowych technologii medycznych uprzedmiotowionych w zakupach kapitałowych. Należy również ustalić ro-dzaj i koszt aparatów i urządzeń medycznych, które finansowane byłyby ze środków centralnych.

Obiektywizacja kryteriów podejmowania decyzji o wydatkach inwesty-cyjnych jest niezbędna po to, aby eliminować kryteria uznaniowe i prze-targ administracyjno-polityczny. Szczególnym uzasadnieniem dla obiekty-wizacji kryteriów i dla wykorzystania analiz ekonomicznych w decyzjach alokacyjnych jest bardzo trudna sytuacja gospodarcza kraju, ogranicza-jąca możliwości inwestycyjne, wysoki poziom dekapitalizacji i ogromnego zużycia majątku trwałego w opiece zdrowotnej oraz duża kapitałochłonność nowoczesnych technologii medycznych, silnie wpływająca na wysokość przysz-łych kosztów eksploatacyjnych.

Środki na inwestycje i zakup drogiej aparatury pozostawałyby w dyspozycji Ministra Zdrowia. W przypadku utworzenia parabudżetowego funduszu opieki zdrowotnej stanowiłyby one dotację celową na rzecz tego funduszu.

Z ogólnych dochodów budżetowych pokrywane będą także wydatki na kształcenie medyczne oraz badania naukowe na zasadach ustalonych dla tych rodzajów działalności. Ze środków przeznaczonych na badania naukowe powinny być finansowane wyodrębnione zakłady opieki zdrowotnej stosu-jące szczególnie kosztowne technologie medyczne /np. ośrodki transplan-tacji/.

Charakter subwencji budżetowych powinny mieć również środki na sfinansowanie wybranych, szczególnie ważnych dla zdrowia społeczeństwa programów zdrowotnych. Z uwagi na efekty zewnętrzne niektórych chorób, będących szczególnym zagrożeniem dla osób innych, konieczne jest np. wydzielenie budżetowych środków na walkę z AIDS i ustalenie ich na pozic-jie zapewniającym skuteczność działań.

Charakter subwencji budżetowych mogłyby mieć również środki na

finansowanie wyodrębnionych rodzajów działań, np. edukacji zdrowotnej społeczeństwa, tworzenie nowoczesnych systemów informacji ekonomicznych i epidemiologicznych, opieka profilaktyczna w miejscu nauki i wychowania.

Nie jest wskazane gromadzenie tych środków w postaci odrębnych, parabudżetowych czy pozabudżetowych funduszy, ale konieczna jest obiektywizacja kryteriów podziału dotacji między budżety terenowe, jeśli źródłem finansowania tych działań byłby budżet centralny /za czym się opowiadamy/, a nie dochody własne budżetów terenowych.

Uważamy, że dla stymulowania gospodarnego wykorzystania środków na opiekę zdrowotną, pochodzących ze składek ubezpieczeniowych, konieczne jest, aby ani fundusze ubezpieczeń alternatywnych, ani cząstkowych, ani też fundusz parabudżetowy będący w dyspozycji lokalnych rad narodowych, realizujących funkcje ubezpieczeń powszechnych, nie był uzupełniany dotacjami wyrównawczymi budżetu centralnego.

Możliwe jest natomiast, aby dochody własne budżetów terenowych stopniowo podstawowego były źródłem uzupełniającym, ale nie po to, aby pokrywać powstające deficyty, lecz aby uzupełniać środki ex-ante, na etapie planowania finansowego.

### 13. Wspomaganie opieki zdrowotnej

Wspomaganie opieki zdrowotnej spoza systemu może mieć różną formę. Po pierwsze - są to dary. D a r y f i n a n s o w e i r z e c z o w e, pochodzące od organizacji społecznych, związków wyznaniowych, fundacji oraz osób prawnych i fizycznych, stanowią i stanowić będą niewątpliwie istotne źródło materialnego wspomaganie opieki zdrowotnej. Jednakże dziedzina ta wymaga także pewnej regulacji prawnej. W przypadku aparatury medycznej istnieje potrzeba uzgodnienia zasadności ofiarowania danego typu sprzętu. Stronami uczestniczącymi w tych uzgodnieniach powinny być: zakład opieki zdrowotnej, któremu dar ma być przekazany, ofiarodawca i dysponent /dysponenci/ środków społecznych, z których będą finansowane przyszłe koszty eksploatacji danego typu aparatury. W tych uzgodnieniach muszą być brane pod uwagę normy wyposażenia ustalane dla zapewnienia minimalnych standardów warunków wytwarzania usług.

Uzasadnieniem procedury uzgodnień w sprawie darów aparatury medycznej jest potrzeba ich gospodarnego wykorzystania oraz fakt, że dary te wywołują konieczność uzyskania dodatkowych środków w związku z ich użytkowaniem.

Po drugie - jest to działalność o charakterze medycznym czy paramedycznym, prowadzona przez różne organizacje spo-

żeczne, związki wyznaniowe, organizacje samopomocy, a także osoby prywatne, odcinająca państwowe i komunalne zakłady opieki medycznej. Społecznie istotnym warunkiem takiej działalności powinno być nie nastawianie się jej na zysk.

W tym celu państwo powinno wobec nich prowadzić preferencyjną politykę finansową, np. wprowadzić dla spółdzielni dentystrycznych subwencje przez stosowanie ulg podatkowych z warunkiem utrzymania określonego poziomu cen usług. Utrzymywanie takiego warunku cenowego daje korzyści także pacjentom korzystającym z ubezpieczeń uzupełniających. Gdy nie rosną ceny, nie rosną też składki w tych ubezpieczeniach.

W tego rodzaju działalności tworzone są usługi medyczne, na które istnieje społeczne zapotrzebowanie, ale i dzięki temu można o t r z y m a ć o d p a ń s t w a s u b w e n c j ę. Subwencja taka może mieć także charakter bezpośredniego przekazywania środków budżetowych. W takim wypadku postulowalibyśmy wprowadzenie dwóch warunków: aby podstawą ich przyznania był konkretny program medyczny i aby te środki pochodziły z budżetu terenowego szczebla podstawowego, np. dotacje celowe dla kościelnych domów opieki nad osobami przewlekle chorymi.

#### 14. Partycypacja pacjenta

Ubezpieczenia zdrowotne, będące niewątpliwie wielkim osiągnięciem socjalnym współczesnego świata, przyniosły i skutki uboczne w postaci z jednej strony - zmniejszonej przezorności w zachowaniach dotyczących zdrowia, a z drugiej - swoistej niefrasobliwości w sięganiu po usługę, która w momencie korzystania nic nie kosztuje pacjenta.

Występowanie obu zjawisk jest na tyle znaczące, że udowodniły to badania prowadzone w ramach organizacji i ekonomiki zdrowia, że władze państwowe wielu krajów obudowały i obudowują swoje systemy ubezpieczeniowe wprowadzeniem różnych opłat od pacjentów w momencie korzystania z usług medycznych.

Opłaty te są najczęściej symboliczne, ale jednak na tyle istotne, aby ograniczać nadużywanie dóbr i usług medycznych w przypadkach nieuzasadnionych stanem zdrowia lub ograniczyć używanie kosztownych form opieki zdrowotnej w sytuacjach, gdy istnieją formy tańsze. Proponujemy wprowadzenie następujących form opłat pacjentów:

A. Opłatę za wybór następnego lekarza w systemie opieki podstawowej, rosnącą przy kolejnej zmianie w ciągu roku /np. podwójnie/ w celu przeciwdziałania zrywaniu ciągłości opieki medycznej, a także wynikającymi z tego utrudnieniami organizacyjnymi.

B. Opłatę za niektóre wezwania karetki pogotowia do domu. W rozwiniętym systemie opieki podstawowej kontakt pacjenta z lekarzem powinien mieć miejsce przede wszystkim w ramach tego systemu. Z tego powodu korzystanie z usług pogotowia ratunkowego powinno być ograniczone tylko do przypadków medycznie uzasadnionych.

Narzędziem tego ograniczania i jednoczesnego ukierunkowywania pacjenta na kontakt z wybranym lekarzem opieki podstawowej powinno być wprowadzenie opłat za niektóre wezwania karetki pogotowia do domu.

Proponujemy w tej dziedzinie dwa rodzaje opłat: opłaty równe pełnemu kosztowi takiej usługi oraz opłaty równe jedynie kosztom transportu. Zasady kalkulacji kosztów powinny zostać ustalone jednolicie dla całego kraju. Poziom tych opłat może być różny, ale dla danego obszaru obsługi wymagać powinien akceptacji właściwego organu rady narodowej. Opłatę równą pełnemu kosztowi uiszczaliby wszystkie osoby wzywające pogotowie z wyjątkiem niżej podanych grup osób, dla których istnieje medyczne uzasadnienie szybkiej pomocy:

- dla dzieci do lat 3,
- osoby starsze /emeryci/,
- kobiety ciężarne.

Osoby z tych grup ponosiłyby opłaty równe kosztom transportu.

Całkowitemu zwolnieniu z jakichkolwiek opłat za wezwanie karetki pogotowia podlegałyby osoby, które uległy nagłemu wypadkowi lub nagłemu zachorowaniu zagrażającemu życiu.

Prawo do takich usług miałyby wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem, niezależnie od jego formy, zakresu i podmiotu opłacającego składki.

C. Opłatę za korzystanie z ambulatoryjnych usług udostępnionych w czasie ostrych dyżurów szpitalnych, zniechęcającą do wykorzystywania tej formy opieki dla przypadków nie nagłych, nie wymagających szybkiej interwencji medycznej. Poziom tej opłaty ustalany byłby kwotowo lub jako odsetek kosztów według zasad jednolitych dla całego kraju, ale z uwzględnieniem zróżnicowania kosztów różnego typu zakładów. Zwolnione z opłat byłyby te same grupy pacjentów, jak w przypadku opłat za usługi pogotowia ratunkowego /nagłe wypadki i zachorowania zagrażające życiu/.

D. Utrzymanie opłaty wprowadzonej za wyżywienie w lecznictwie sanatoryjnym oraz opłaty za pobyt w domach opieki społecznej.

W celu przeciwdziałania stymulacji do zwiększania opłat czy też

dochodów uzyskiwanych z ich tytułu proponujemy, aby opłaty pacjentów nie były dochodem własnymi zakładów opieki zdrowotnej.

#### 15. Opłaty za leki

Aby ustalić zasady opłat za leki proponuje się wyodrębnić nie grupy leków ratujących życie, które byłyby bezpłatne dla wszystkich, następnie grupy leków o znaczeniu podstawowym, za które istniałaby 30% odpłatność, ale zniżką dla emerytów i rencistów, którzy płaciliby 10%, oraz grupę leków pozostałych o pełnej odpłatności.

Postulujemy rozważenie propozycji, aby lista leków ratujących życie została rozszerzona o grupę leków geriatrycznych, ordynowanych osobom starszym bezpłatnie. Przy takim rozwiązaniu, również leki o znaczeniu podstawowym miałyby opłaty dla emerytów ustalane w wysokości 30% ich ceny /a nie 10% jak powyżej/, co powinno wyeliminować wykorzystywanie uprawnień emerytów dla ordynacji leków dla innych, nieuprawnionych grup.

Cena leków powinna być ceną urzędową. Ze względu na potrzebę społecznej równości w dostępie do leków, nie wydaje się uzasadnione dalsze utrzymywanie praw do bezpłatnych leków dla wybranych grup zawodowych.

Rozważenia wymaga inny wariant opłat za leki - wprowadzenie opłaty o charakterze symbolicznym za realizację każdej recepty, niezależnie od wartości leków ordynowanych na receptę. Takie opłaty istnieją w wielu krajach i stanowią pewną barierę przed nadmiernym spożyciem leków, które mimo powszechnie odczuwanych niedoborów ma miejsce również w Polsce.

Warunkiem wprowadzenia takiej opłaty za receptę jest wyeliminowanie istniejących niedoborów uniemożliwiających realizację recepty, a także rozszerzenie listy leków zakupowanych poza receptą, a więc niezależnie od ordynacji lekarskiej.

Wykorzystaniu proponowanych opłat za leki w celu stymulowania do gospodarnego użytkowania leków, musi koniecznie towarzyszyć oddziaływanie na rzecz wprowadzenia ekonomicznych zasad w produkcji leków oraz w ich ordynacji przez lekarza.

#### 16. Ogólne zasady zasilania

Opowiadamy się za takim sposobem zasilania zakładów opieki medycznej i takimi zasadami gospodarki finansowej w tych jednostkach, które nie ograniczając niezbędnej dla medycznej skuteczności autonomii decyzji



medycznych, stymulowałyby jednak do racjonalnego wykorzystania środków. W tym celu konieczne jest:

Po pierwsze - uzależnienie ilości środków przeznaczanych do dyspozycji podmiotów opieki zdrowotnej od liczby osób objętych opieką /dotyczy to w szczególności opieki podstawowej/, od liczby wytwarzanych usług, od kosztów stałych, związanych z utrzymaniem zakładów i od kosztów zmiennych, zależnych od zakresu działań /np. od liczby hospitalizowanych, struktury hospitalizowanych/.

Powyższy postulat nie oznacza jednak konieczności pełnego uzależnienia ilości środków od wskazanych powyżej mierników usług; tzn. każdorazowego powiększania ilości środków od zakresu usług, ani pełnego uzależnienia wydatków od liczby usług.

Postulujemy, aby takie uzależnienie występowało jedynie tam, gdzie powiększanie zakresu usług nie jest wywoływane po to, aby powiększyć zasób środków danego zakładu.

Doświadczenia wielu krajów, w których występowało ściśle uzależnienie ilości środków od ilości usług wskazują, że występowało tam silne zjawisko wzrostu liczby usług nie zawsze uzasadnione medycznie, a wynikające głównie z chęci powiększania czy to ogólnych dochodów zakładów, czy to dochodów pracowników.

Stawało się to jedną z przyczyn wzrostu kosztów, znacznie przekraczającego możliwości wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną, np. drogą wzrostu składki. Ponadto nie opowiadamy się za pełnym finansowaniem przedmiotowym, ze względu na ograniczone zasoby informacji niezbędne dla tego typu finansowania.

System ten wymaga dysponowania bardzo szczegółowymi, pełnymi i zdezagregowanymi rachunkami kosztów oraz wynikami analiz ekonomicznych prowadzonych w długim okresie czasu. W warunkach polskich wymogi te nie mają szans spełnienia nawet w perspektywie 3 - 5 lat.

Opowiadamy się natomiast za ustalaniem dla zakładów medycznych całościowych budżetów finansowych z koniecznym uwzględnieniem różnic w zakresach i rodzajach działań poszczególnych zakładów.

Po drugie - motywowanie do oszczędnego gospodarowania społecznymi środkami, między innymi przez przyznanie zakładom pełnej samodzielności w spo-



sobach za gospodarowania środkami, prawa do dysponowania częścią oszczędności wygospodarowanych w ciągu roku oraz obciążenie odpowiedzialnością za ewentualne deficyty środków powstałe w wyniku niegospodarności.

Samodzielność w gospodarowaniu środkami oznacza, że w ramach ustawowo określonych zasad gospodarki finansowej zakładów /określających np. rodzaje funduszy, sposoby ich gromadzenia, zasady rozliczeń z innymi zakładami oraz podmiotami finansowymi, np. z budżetem, zasady wynagrodzeń ustalone w wyniku negocjacji ze związkami zawodowymi, izbami samorządowymi i organami władzy/, zakład sam podejmuje decyzje o wykorzystaniu środków. Ustawowa regulacja jest niezbędna dla możliwości dokonywania porównań oraz prowadzenia negocjacji.

Samodzielność gospodarowania w zakładzie dotyczyłaby np. wyboru wewnętrznej struktury organizacyjnej, kształtowania struktury zatrudnionych, wyboru technologii medycznych, wyboru miejsc wytwarzania usług - np. w zakładzie, czy przez zakup od innych zakładów, przy czym dotyczy to zarówno usług medycznych, jak i pozamedycznych.

Po trzecie - przestrzeganie zasady ustalania środków oddawanych do dyspozycji zakładów ex-ante, a nie ex-post. W ramach ustawowo określonych zasad gospodarki finansowej, zakłady samodzielnie sporządzająby kalkulację kosztów działalności i przedstawiały projekt planu finansowego do negocjacji z dysponentem środków społecznych.

Obie strony muszą dysponować niezbędnym dla tej negocjacji zasobem informacji, a w tym o zasobach będących w dyspozycji płatnika, o kosztach działalności w okresie poprzednim, o normatywach wyposażeniowych, kadrowych, o przewidywanych zmianach w zakresie działalności, w poziomie cen, taryf, stawek, itp. Bez takich informacji nie jest możliwe prowadzenie żadnych negocjacji.

#### 17. Wzajemne kontakty finansowe

Opowiadamy się za tym, aby komunalne i państwowe zakłady opieki medycznej miały prawo zakupu usług w zakładach o różnej formie własności w zależności od rachunku opłacalności takich decyzji dokonanych przez zakład. Konieczne jest jednak, aby jak największa część tych zakupów była wynikiem stałych umów z innymi podmiotami gospodarczymi, a cena tych usług była negocjowana i ustalana ex-ante, np. przez system kontraktów.

Ceny usług zakupowanych w innych zakładach komunalnej lub państwowej opieki zdrowotnej powinny być cenami rozliczeniowymi i regulowanymi

na podstawie jednolitych zasad ustalonych dla całego kraju, z możliwością ich różnicowania zależnie od lokalnych uwarunkowań, ale z ustawowym wskazaniem reguł tego różnicowania.

Nie uważamy za zasadne wprowadzanie tzw. wewnętrznego rynku w rozliczeniach między zakładami opieki medycznej przez nadawanie tym zakładom pełnej samodzielności w ustalaniu tych cen.

Opowiadamy się za tym, aby w celu stymulowania do intensyfikacji pracy zakładów, pełnego wykorzystania posiadanego majątku /w tym - szczególnie drogiej aparatury/ oraz pełnego wykorzystania kadr, dochody z tytułu sprzedaży usług innym zakładom były dochodami własnymi zakładów opieki medycznej. Rozważenia wymaga postulat uzależnienia części płac pracowników właśnie od dochodów uzyskiwanych z tytułu sprzedaży usług innym zakładom.

#### 18. Swobodny wybór lekarza

Jednym ze sposobów tworzenia innych relacji między pacjentem i lekarzem /głównym rzecznikiem interesów zdrowotnych pacjenta/ jest pełne i powszechne prawo pacjenta do wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Aby wybór ten mógł mieć miejsce, niezbędne jest stworzenie systemu informacji o lekarzach.

Jednym z najważniejszych elementów proponowanego projektu jest pozycja i usytuowanie organizacyjne lekarza/y/ podstawowej opieki zdrowotnej /p.o.z./. Proponuje się, aby lekarz p.o.z., którego kwalifikacje zostaną potwierdzone zgodnie z przyjętą procedurą, był traktowany jako samodzielny podmiot, któremu przypisana jest odpowiedzialność za sprawowanie opieki i z którym w tej sprawie zawarta zostaje umowa.

Oznacza to, że znaczna - lekarska - część funkcji opieki podstawowej zostaje przypisana lekarzowi /lekarzom/ a nie zakładowi służby zdrowia. Lekarz zostaje uwolniony od rutynowych form organizacyjnej kontroli, łącznie z nadzorem merytorycznym. Poddany natomiast zostaje systemowi społecznej akceptacji, poprzez zasadę wolnego wyboru, systemowi kontroli zawodowej sprawowanej przez samorząd lekarski oraz przez swoisty mechanizm kontroli finansowej, w którą zostaje zaangażowany, stając się dysponentem środków na opiekę zdrowotną.

Ten ostatni mechanizm służy w większym stopniu gospodarniajszemu wydatkowaniu środków ponoszonych w ramach sprawowania opieki nad jego pacjentami, aniżeli sprawowaniu zewnętrznej kontroli nad jego własną działalnością.

Praca lekarzy opieki podstawowej może być organizowana w dowolnej formie. Jednak ze względów techniczno-organizacyjnych najdogodniejszym rozwiązaniem byłaby praktyka grupowa, sprawowana w oparciu o istniejącą infrastrukturę przychodni rejonowych i ośrodków zdrowia.

Pozwala to na efektywną współpracę z członkami zespołu nie będących lekarzami, dostęp do lepszego zaplecza diagnostycznego, a także organizację skomputeryzowanego systemu gromadzenia i przetwarzania informacji, który jest niezbędny dla racjonalnego gospodarowania środkami.

Wybór rozwiązań organizacyjnych, w których pracuje ten lekarz/e/, powinien wynikać z przeprowadzonej na szczeblu lokalnym analizy uwarunkowań demograficznych, infrastrukturalnych, stopnia koncentracji ludności oraz ruchu ludności między sąsiadującymi jednostkami administracyjnymi i oceny dotychczas ukształtowanych rejonów obsługi ludności.

Opowiedzenie się za uznaniem podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania, jako najważniejszego ogniwa w docelowym modelu opieki zdrowotnej, wymaga gromadzenia środków na pokrycie kosztów tej opieki w miejscu zamieszkania obywatela. Jednocześnie dysponenti funduszy mogą mieć prawo nabywania usług /podstawowe jednostki terytorialne, a także, w modelu docelowym - lekarze opieki podstawowej/ w zakładach położonych na innym terenie.

Ten zakup może być dokonywany w jednostkach zorganizowanych wspólnie dla wielu grup /działania wspólne kilku jednostek administracyjnych/.

W przypadku wyboru przez pacjenta lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pracującego na innym terenie, aniżeli miejsce zamieszkania i właściwe mu miejsce gromadzenia środków społecznych, następuje przez sunięcie tych środków w ślad za ruchem pacjenta.

Dyspozycja środkami na pokrycie wszystkich kosztów opieki zdrowotnej i społecznej w miejscu zamieszkania, powinna stymulować do poszukiwania tańszych, alternatywnych z uwagi na skuteczność, miejsc opieki i struktur organizacyjnych, w których jest ona realizowana.

Przykładem takich wyborów jest np. oparty na kryteriach medycznej skuteczności i ekonomicznej efektywności wybór między rozwojem usług ambulatoryjnych i stacjonarnych, między zamkniętą i środowiskową opieką społeczną, wybór między opieką szpitalną a opieką w domach dla przewlekle chorych dla wielu grup chorób osób starszych.

Doświadczenia wielu krajów wskazują, że podejmowanie takich społecznie, medycznie i ekonomicznie pożądaných wyborów jest bardzo utrud-

nione, gdy nie ma jednego dysponenta środków, stymulowanego i zainteresowanego oszczędnym gospodarowaniem tymi środkami.

#### 19. Zasilanie w środki lekarzy opieki podstawowej

Zespół lekarzy podstawowej opieki medycznej praktykujących grupowo otrzymywałby dotację uzależnioną od liczby osób objętych opieką. Podstawą kalkulacji stawki per capita byłyby:

- wydatki rzeczowe związane z utrzymaniem pomieszczeń, urządzeń, zużyciem środków nietrawnych oraz uwzględnieniem minimalnych norm wyposażenia zapewniających zbliżone standardy warunków wytwarzania usług,
- wydatki osobowe z uwzględnieniem przyszłych stawek wynagrodzeń, wymiaru pracy i dodatków preferencyjnych wynegocjowanych z udziałem organów rządowych, związków zawodowych i izb samorządowych. Wydaje się, że słusznym byłoby posługiwanie się normatywnymi takiego rodzaju, jak np. maksymalna liczba osób objętych opieką przez lekarzy niektórych specjalności podstawowej opieki zdrowotnej,
- zakres funkcji realizowanych przez dany zespół np. łącznie, czy rozłącznie z ambulatoryjnym zapleczem diagnostycznym, rehabilitacyjnym itp.,
- korekta wynikająca np. ze wskaźnika inflacji, zmian cen, zmian zasad wynagradzania itp.

Ogólna suma środków przyznana zespołowi miałaby charakter całościowego budżetu planowanego na okres 1 roku.

Ustawowo regulowane zasady gospodarki finansowej zespołu będą wyznaczały tylko niektóre elementy gospodarowania środkami w jednostce opieki zdrowotnej, w tym rodzaje funduszy, na których gromadzone byłyby środki, zasady gospodarki tymi funduszami oraz zasady rejestracji kosztów. W granicach wyznaczonych przez te zasady zespół samodzielnie podejmować powinien wszelkie decyzje finansowe, organizacyjne, kadrowe, medyczne /np. wybór miejsca świadczenia usług, zakresu usług itp./.

Zespół nie może być jednostką komercyjną, tzn. nie przewiduje się wprowadzenia prawa tworzenia w nim zysku, ale część oszczędności zespołu powinna zostawać do jego dyspozycji, a ewentualne deficyty pokrywane byłyby ze środków własnych /z funduszu rezerwowego/.

Na cele inwestycyjne i zakupy drogiej aparatury, zespół będzie otrzymywał dotację celową. Gospodarkę remontową zespół prowadziłby ze środków własnych, pochodzących z odpisów amortyzacyjnych.

Nadzór finansowy nad gospodarką finansową zespołu lekarzy prowadzić powinien organ administracji terenowej lub organ wspólny powołany przez

jednostki administracyjne, dla których zespół stanowi formę działań wspólnych. Nadzór merytoryczny powinien należeć do różnych izb medycznych prowadzących go samodzielnie lub wspólnie z innymi formami nadzoru specjalistycznego, jeżeli takie powstaną. Nie wydaje się zasadne sprawowanie tutaj nadzoru ordynatorskiego.

Jeżeli rozwój systemów informacji i badań naukowych pozwoli ustalić maksymalne pułapy wartości leków ordynowanych na recepty w opiece ambulatoryjnej, przypisane grupom chorobowym, zespół /lekarz/ będzie rozliczany z gospodarki środkami na ordynowane leki.

Lekarz powinien mieć prawo ordynowania leków jedynie swoim pacjentom i są niejako przez ten wybór do nich przypisani. Tylko wtedy możliwy jest merytoryczny nadzór nad ordynacją leków, powiązana z pacjentem i jego dolegliwościami. Stymulowanie do gospodarnego wykorzystania leków wymaga skomputeryzowania informacji o korzystaniu z leków i stworzenia nadzoru nad merytorycznymi i finansowymi skutkami tej ordynacji, w tym kosztami.

Zespół lekarzy praktykujących grupowo w opiece podstawowej, ale jednocześnie posiadający stały kontrakt z eszpitalem podstawowych specjalności, kliniką, czy domem opieki społecznej dla przewlekle i nieuleczalnie chorych, działałby na podobnych zasadach finansowych. Miałyby ponadto prawo do samodzielnych decyzji /w ramach ustawowo określonych zasad gospodarki finansowej, zasad kalkulacji kosztów/ o przesunięciu środków z opieki ambulatoryjnej do stacjonarnej i odwrotnie, zależnie od medycznej i ekonomicznej argumentacji uzasadniającej potrzebę takich przesunięć.

Całościowe budżety finansowe ustalane dla różnych zakładów takiego zespołu miałyby charakter budżetów kalkulacyjnych, niezbędnych na etapie planowania finansowego w celu wynegocjowania jego wielkości z dysponentem środków publicznych, ale służyłyby jednocześnie celom wewnętrznym dla właściwej gospodarki finansowej całego zespołu i poszczególnych jego elementów zakładowych.

Postulujemy rozważenie również takiego wariantu organizacyjno-finansowego, w którym zespół lekarzy opieki podstawowej praktykujących grupowo, obejmujący dużą populację objętych opieką np. grupą, co najmniej 20 tys. osób, zakupywałby w ich imieniu wszelkie usługi spoza opieki podstawowej, w ramach przydzielonych na dany rok środków finansowych w wysokości uzależnionej od liczby podopiecznych i przeznaczonych na sfinansowanie wszelkich form opieki medycznej.

Doświadczenia wielu krajów wskazują, że jednoczesne połączenie dyspozycji środkami z decyzjami organizacyjnymi i decyzjami medycznymi, a



przy tym nałożenie odpowiedzialności za gospodarowanie tymi środkami i posiadanie prawa dysponowania oszczędnościami - wszystko to prowadzi do wyboru medycznie skutecznych i najbardziej ekonomicznie efektywnych form opieki.

Wprowadzenie takiego rozwiązania wymaga jednak bardzo szczegółowych informacji o kosztach jednostkowych i może być rozważane jako rozwiązanie przyszłościowe. Jego dodatkową zaletą jest wzmocnienie uprawnień zespołu opieki podstawowej, co powinno przyczynić się do uzyskiwania większej satysfakcji zawodowej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

#### 20. Zasilanie w środki zakładów stacjonarnej opieki

Zakłady stacjonarnej opieki medycznej otrzymywałyby dotację na pokrycie bieżących kosztów funkcjonowania i odrębną celową dotację na pokrycie wydatków inwestycyjnych oraz na zakupy drogiej aparatury medycznej.

Dotacja na pokrycie kosztów bieżących miałaby charakter całościowego budżetu rocznego, którego wielkość byłaby ustalana przez zakład, a następnie byłaby przedmiotem negocjacji z dysponentem/dysponentami, jeśli są to działania wspólne kilku jednostek administracyjnych.

W procedurach negocjacji uwzględniane powinny być koszty stałe związane z utrzymaniem zakładu oraz koszty zmienne zależne od ilości i rodzajów usług, wynegocjowane w takim trybie, jak w przypadku zespołów lekarzy opieki podstawowej.

Zakład stacjonarnej opieki medycznej powinien mieć prawo dysponowania częścią wygosposodarownych oszczędności, a deficyt środków pokrywać ze środków własnych /z funduszu rezerwowego/, prowadzić własną gospodarkę remontową, a na cele inwestycyjne i zakupy drogiej aparatury otrzymywać dotację celową.

Zakład stacjonarnej opieki medycznej powinien mieć prawo do gromadzenia dochodów własnych pochodzących ze sprzedaży usług innym zakładom oraz pacjentom, których wydatki refinansowane byłyby przez instytucje alternatywnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Zasady ustalania cen tej sprzedaży powinny być określane przez regulację o charakterze ustawowym, aby przeciwdziałać rozwojowi tzw. wewnętrznego rynku, umacniającego pozycję niektórych monopolistycznych producentów usług /np. dysponujących bardzo drogą aparaturą, której lokowanie we wszystkich zakładach może być ekonomicznie nieuzasadnione/.

Zakłady opieki stacjonarnej będą miały prawo określania na podsta-

wie rachunku ekonomicznego tych zakresów działań, które mogą być realizowane jako działania wspólne kilku zakładów /np. niektóre formy diagnostyki na obszarach zurbanizowanych/, czy działania prowadzone przez zewnętrzne, specjalistyczne zakłady i odsprzedające swoje usługi /serwis techniczny, pralnie itp./.

W przypadku obsługi mieszkańców zamieszkałych na kilku obszarach administracyjnych, udział budżetów lokalnych w finansowaniu kosztów powinien być proporcjonalny do liczby mieszkańców tych jednostek administracyjnych.

Jeżeli w przyszłości wprowadzony byłby wariant zakupu usług stacjonarnych nie ze środków budżetowych bezpośrednio, a pośrednio - ze środków oddanych do dyspozycji zespołów <sup>opieki</sup> (podstawowej, odpowiedzialnych za wszystkie niezbędne zakresy usług potrzebne dla pacjenta i kupujące je w jego imieniu, zakłady opieki stacjonarnej otrzymywałyby środki albo na podstawie kontraktu obsługi /zaliczkowo wpłacana suma środków, niezależnie od korzystania/, albo zależnie od liczby usług świadczonych dla pacjentów danego zespołu opieki podstawowej.

## 21. Gospodarka finansowa

W celu zapewnienia większej odpowiedzialności za wykorzystanie zasobów, zakłady będą prowadziły samodzielnie gospodarkę finansową, pokrywając z uzyskanych przychodów i dotacji koszty działalności i zobowiązania wobec budżetu, funduszu, banków, dostawców.

Ustawowo zostaną określone zasady tej gospodarki, a w tym: zasady rachunku kosztów, odpisów amortyzacyjnych, zasady ustalania cen kalkulacyjnych dla wyodrębnionych usług, tryb negocjacji budżetu, zasady przyznawania dotacji na pokrycie określonych form działalności /np. na inwestycje/, a także zasady tworzenia i wydatkowania środków gromadzonych na wyodrębnionych funduszach zakładu.

Postulujemy wprowadzenie następujących funduszy w gospodarce finansowej zakładów: statutowego, wynagrodzeń, rezerwowego, remontów, socjalnego i mieszkaniowego oraz pochodzących ze specjalnych, celowych dotacji dla niektórych zakładów funduszu wybitnych osiągnięć medycznych /dla wspierania technik, technologii medycznych i osób o szczególnych uzdolnieniach medycznych/ i funduszu inwestycyjnego.

Fundusz rezerwy, niezbędny dla zapewnienia elastyczności działań



zakładu, może być w części minimalnej tworzony przez procentowe narzuty na koszty, a pozostała część - ze środków pochodzących z oszczędności zakładu, w ramach wynegocjowanego na dany rok budżetu. Deficyty środków będą mogły być pokrywane wyłącznie z funduszu rezerwowego /wyjątek - stan epidemii/.

Dla zapewnienia racjonalnej gospodarki majątkiem trwałym, opowiadamy się za finansowaniem zarówno remontów bieżących, jak i remontów kapitałnych ze środków własnych zakładu /z możliwością zaciągania kredytów bankowych spłacanych w poczet środków własnych/. Uważamy, że nie jest wskazane, aby ze środków własnych finansowane były jedynie remonty bieżące, bo zewnętrzne środki na remonty kapitałne /celowa dotacja/ sprzyjałyby np. do powstrzymywania się od remontów bieżących. Fundusz remontowy tworzony będzie z odpisów amortyzacyjnych, uwzględniających specyfikę środków trwałych w służbie zdrowia.

Gospodarki funduszowej nie prowadziłyby jednostki małe, funkcjonujące odrębnie na zasadach kontraktu, np. gabinet prowadzony przez indywidualnego lekarza, finansowany wg liczby osób, które wybrały lekarza, z uwzględnieniem kosztów towarzyszących wynagrodzeniu lekarza, np. utrzymania pomieszczeń, sekretarki medycznej itp.

Zasady finansowania wynagrodzeń (np. wymiar czasu, stawki per capita, taryfikatory, stawki preferencyjne stymulujące do pożądanego alokacji czy specjalizacji), powinny być przedmiotem negocjacji między izbami, samorządowymi związkami zawodowymi i organami władzy państwowej.

Zakłady prowadziłyby samodzielną gospodarkę funduszem wynagrodzeń, przestrzegając jedynie minimalnych norm obsad kadrowych czy maksymalnych wielkości rejonów obsługi, ustalonych wspólnie przez organy negocjujące i zatwierdzanych przez Ministra Zdrowia. Część funduszu wynagrodzeń uzależniona byłaby od zakresu usług odsprzedawanych po cenach kalkulacyjnych /urzędowych/ innym zakładom.

Bezpośredni nadzór nad gospodarką finansową zakładów prowadziłyby właściwe organy władzy lokalnej, międzykomunalnej /w przypadku działań wspólnych/ lub centralnej - dla szczególnych zakładów podporządkowanych Ministerstwu Zdrowia, jeśli takie podporządkowanie byłoby w ogóle zasadne.

Dla celów planowania finansowego, negocjacji oraz nadzoru, niezbędny jest system bardzo szczegółowych informacji ekonomicznych - a w wielu obszarach - również medycznych.

Postulujemy, aby prace metodyczne w zakresie ustalania zasad gromadzenia i przetwarzania informacji, pełniły specjalne ośrodki wojewódzkie, pracujące na rzecz organów szczebla podstawowego i na rzecz zakładów opieki medycznej.

## 22. Rachunek kosztów

Na wstępie zastrzegamy się, że kryteria ekonomiczne stanowią kryteria uzupełniające dla kryteriów medycznych i etycznych i nie mogą być traktowane nadrzędnie.

Opowiadamy się za opracowaniem i wprowadzeniem jednolitego zdezagregowanego systemu informacji ekonomicznych o kosztach działalności wszystkich zakładów opieki zdrowotnej.

Oznacza to np. opracowanie jednolitych zasad rozliczania kosztów według rodzajów usług i miejsc powstawania, a także zasad odpisów amortyzacyjnych, uwzględniających różne rodzaje majątku trwałego w opiece zdrowotnej i takie cechy wielu typów tego majątku, które odróżniają je od majątku w innych działach gospodarki.

Rachunek taki pozwalałby oszacować zarówno koszty jednostkowe /koszty usług/, koszty wyodrębnionych zespołów /np. koszty oddziałów szpitalnych, koszty diagnostyki itp./, a w dalszej przyszłości - koszty wydzielonych jednostek chorobowych. Wymaga to wprowadzenia powszechnego, komputerowego systemu gromadzenia i przetwarzania informacji, i to zarówno ekonomicznych, jak i medycznych.

Tylko wtedy możliwe jest bowiem oszacowanie kosztów różnych działań i zestawienie ich z medycznymi efektami. Dotyczy to zarówno działań opieki zdrowotnej, jak i innych działań na rzecz zdrowia, podejmowanych w gospodarce.

Zdezagregowany, pełny rachunek kosztów jest warunkiem niezbędnym dla wprowadzenia nowych zasad finansowania zakładów opieki zdrowotnej. Ekonomiczna informacja jest niezbędna niezależnie od tego, czy wprowadzone byłoby w przyszłości bezpośrednio finansowanie przedmiotowe, uzależniające ilość środków od ilości i rodzajów usług, czy postulowane przez nas pośrednie finansowanie przedmiotowe, uzależniające wielkość środków od zakresu działań na etapie planowania finansowego.

Ponadto ten rachunek kosztów jest niezbędny dla włączenia kryteriów ekonomicznych do wyborów podejmowanych wewnątrz zakładów opieki medycznej, np. do wyboru efektywnych struktur organizacyjnych, miejsc dostarczania usług medycznych, np. wybór między szpitalem tradycyjnym i szpitalem dziennym, leczeniem stacjonarnym i ambulatoryjnym, własnym lub zewnętrznym zapleczem diagnostycznym, technicznym itp.

Pełna, zdezagregowana informacja ekonomiczna gromadzona według jednolitych zasad powinna sprzyjać negocjacjom budżetów zakładów, porównaniom jednorodnych działań i ocenie skuteczności medycznej na tle poniesionych kosztów.

Uważamy, że merytoryczne aspekty opracowania nowego rachunku kosztów są o wiele łatwiejsze aniżeli aspekty techniczne, związane z wdrożeniem nowego rachunku kosztów do praktyki. Aspekt merytoryczny - to wykorzystanie wiedzy ekonomicznej posiadanej przez polskich ekonomistów, aspekt techniczny - to skomputeryzowanie systemu informacji ekonomicznych i medycznych.

Postulujemy zwrócenie się do organizacji międzynarodowych o pomoc we wdrożeniu komputerowego systemu gromadzenia i przetwarzania informacji, w tym o pomoc w zakupie sprzętu komputerowego i w przeszkoleniu pracowników, którzy będą sprzęt wykorzystywali.

Postulujemy, aby rząd zwrócił się w tej sprawie do Banku Światowego. Wiadomo nam bowiem, że Bank Światowy udzielał takiej pomocy niektórym krajom, dzięki czemu możliwe było szybkie pokonanie technicznych i finansowych barier.

W celu zapewnienia większej skuteczności w gromadzeniu informacji, postulujemy, aby w pierwszej kolejności komputeryzacja objęła podstawową opiekę zdrowotną /w tym zespoły praktyk grupowych/, której znaczenie, zgodnie z naszymi postulatami ma być zwiększone. Merytoryczny nadzór nad tworzeniem zbiorów informacji i nad ich użytkowaniem i przetwarzaniem ruszać nieć specjalnie w tym celu powołane ośrodki na poziomie województw.

Należy stworzyć takie systemy informacyjne, aby nie naruszona została zasada prywatności niektórych informacji, np. dotyczących zdrowia konkretnego pacjenta /obecnie, poprzez wpisy wielu informacji do tzw. książeczek ubezpieczeniowych, jest ta zasada poważnie naruszana/.

### 23. Opieka zdrowotna w miejscu pracy

Organizacja opieki zdrowotnej w środowisku pracy powinna być podporządkowana zasadzie pełnej dostępności wszystkim pracującym do świadczeń zapobiegawczych, mogących chronić zdrowie pracownika przed skutkiem szkodliwych czynników występujących w środowisku pracy bez względu na ich rodzaj i charakter. Zasada ta powinna być stosowana niezależnie od rodzaju pracy czy zatrudnienia, własności i formy organizacyjnej.

Reguła odpowiedzialności pracodawcy za organizację tej opieki powinna ulec wzmocnieniu przez wskazanie mechanizmów jej egzekwowania.

Źródłem pokrycia kosztów działań profilaktycznych, mających na celu zapobieganie negatywnym następstwom zdrowotnym wywołanym warunkami pracy, powinny być środki własne zakładów pracy. Działania te są

częścią operacyjnej działalności zakładów pracy i powinny być w całości finansowane w poczet kosztów działalności produkcyjnej - wydatki bieżące ze środków funduszu obrotowego, a ewentualne wydatki inwestycyjne - ze środków funduszu rozwoju.

Oznacza to postulat istotnej zmiany formuły funkcjonowania tzw. przemysłowej służby zdrowia. Ta jej część, która dotyczy prewencji, jest obligatoryjna i finansowana według przedstawionych wyżej zasad. Działalność wykraczająca poza ten obszar jest dobrowolna i powinna być finansowana wyłącznie z zysków zakładów pracy, bez dotowania ze środków publicznych.

Powyższa propozycja jest konsekwencją opowiedzenia się za koncepcją podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania jako formy, której przyznaje się bezwzględny priorytet. Funkcjonujące dotychczas służby specjalne dla pewnych grup zawodowych /PKP, MON, MS, MSW, gabinety na specjalnych uprawnieniach/ powinny mieć funkcje ograniczone do profilaktyki chorób zawodowych, a działalność lecznicza może być prowadzona jedynie dla grup pracujących lub przebywających na obszarach zamkniętych wyodrębnionych /np. zawodowi żołnierze, więźniowie/.

Wprowadzenie grupowych ubezpieczeń alternatywnych umożliwi funkcjonowanie zakładów opieki medycznej finansowanych w pełni w zakresie kosztów bieżących ze środków tych instytucji /profilaktyka chorób zawodowych - nadal ze środków własnych zakładów pracy, a inwestycje z dotacji budżetowych lub również ze środków ubezpieczeń grupowych/.

Takie rozwiązanie umożliwiłoby utrzymywanie np. obecnych zakładów kolejowej czy górniczej służby zdrowia, ale ubezpieczający i ubezpieczeni /pracodawca i pracownik/ pokrywaliby pełne koszty ich działalności ze składek, bez prawa bezpłatnego korzystania z zakładów finansowanych ze środków ubezpieczeń powszechnych, a więc ze środków będących w dyspozycji rad narodowych szczebla podstawowego.

Należy oczekiwać, że opowiedzenie się za takim rozwiązaniem oznaczałoby konieczność znacznej rozbudowy dziś istniejących zakładów, bowiem obecnie wiele potrzeb zdrowotnych wymienionych grup zawodowych zaspakajanych jest poza kolejową czy przemysłową służbą zdrowia z finansową partycypacją budżetu państwa.

Konsekwencją zasady rozłączności ubezpieczeń grupowych i powszechnych byłaby z pewnością znacznie wyższa składka ubezpieczeniowa w ubez-

pieczeniach grupowych aniżeli powszechnych. Fakt ten może spowodować ograniczenie ubezpieczeń grupowych jedynie do ubezpieczeń odcinkowych, uzupełniających powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

#### 24. Opieka zdrowotna w miejscu nauczania

Dla zapewnienia większej skuteczności medycznej w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży oraz z uwagi na postulat gospodarności, opowiadamy się za tym, aby opieka medyczna w części związanej z opieką lekarską sprawowana była wyłącznie przez podstawową opiekę zdrowotną w miejscu zamieszkania /dotyczy to również dzieci i młodzieży z internatów, akademików, domów dziecka/. Wszystkie szczepienia ochronne powinny być wykonywane w miejscu zatrudnienia lekarza sprawującego opiekę podstawową.

W zakładzie nauczania i wychowania sprawowana byłaby jedynie opieka pielęgniarska, której zakres obejmowałby różne formy profilaktyki /wychowanie zdrowotne, testy przesiewowe, pomoc w przystosowaniu szkolnym uczniom z zaburzeniami zdrowia/.

Nadzór merytoryczny i zawodowe doskonalenie pielęgniarek, powinny być sprawowane przez poradnie medycyny szkolnej, których funkcje /wobec postulatu dominacji opieki w miejscu zamieszkania/ byłyby znacznie ograniczone w stosunku do funkcji obecnych.

W poradniach tych, powiązanych organizacyjnie lub funkcjonalnie z poradniami wychowawczo-zawodowymi, zatrudniani byłiby jedynie: instruktor pielęgniarek, lekarz konsultant i specjaliści nie reprezentowani w opiece podstawowej, a obsługujący populację dzieci i młodzieży /np. logopedia, ortoptyka/.

Taka organizacja opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania powinna być połączona z większą odpowiedzialnością zakładów oświatowych za warunki zdrowotne i wychowanie zdrowotne oraz z kształtowaniem kultury zdrowotnej rodziców i uczniów, m.in. poprzez wychowanie zdrowotne prowadzone przez pielęgniarkę i przez lekarzy opieki podstawowej.

Szkolne gabinety stomatologiczne powinny funkcjonować jedynie jako część podstawowej opieki zdrowotnej i to wyłącznie tam, gdzie rachunek ekonomiczny wskazywałby na opłacalność utrzymywania takiego gabinetu w zakładzie oświatowym.

Postulat dominacji opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania i wymóg oszczędnego gospodarowania środkami /w tym poprzez regulowanie wejść do systemu opieki medycznej tak, aby nie było możliwe jednoczesne bez-

płatne korzystanie z kilku miejsc opieki, bez zachowania ciągłości leczenia przez wybranego lekarza/, są uzasadnieniem nie tylko dla ograniczenia funkcji poradni medycyny szkolnej, ale i funkcji uczelnianych zespołów opieki medycznej.

Medyczna i ekonomiczna argumentacja wskazuje na konieczność rozwoju opieki medycznej w miejscu zamieszkania i eliminację istniejącego obecnie, często z powodu dysfunkcyjności dotychczasowej opieki podstawowej, dublowania wielu funkcji oraz niewłaściwego wykorzystania pomieszczeń, aparatury medycznej i kadr.

#### 25. Wyzwania dla systemu kształcenia kadr

Proponowany system funkcjonowania opieki medycznej stawia wiele nowych wymagań wobec kształcenia kadr i to zarówno wobec kadr. medycznych, jak i pozamedycznych /np. ekonomicznych i menadżerskich/. Konieczna jest zmiana w systemie kształcenia lekarzy tak, aby mogli oni w pełnym zakresie wykonywać funkcje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w tym sprzyjać profilaktyce, edukacji zdrowotnej, organizacji grup samopomocy chorych itp.

Proponujemy, aby nowa specjalizacja, wzbogacona o niezbędne elementy, była docelowo odpowiednikiem obecnie istniejących specjalizacji II stopnia z interny lub pediatrii. Uważamy, że taki właśnie poziom specjalizacji zapewni lekarzom podstawowej opieki prestiż, wystarczający dla efektywnego pełnienia przewidzianych dla nich w tym projekcie ról zawodowych.

Ponadto konieczna jest zmiana w kształceniu lekarzy o specjalności medycyny społecznej tak, aby mogli oni wykonywać funkcje w nowocześnie rozumianym zakresie zdrowia publicznego /dostrzeganie pozamedycznych uwarunkowań zdrowia/.

Niezbędne jest także uruchomienie na szeroką skalę kształcenia menadżerów dla systemu opieki zdrowotnej, bez czego nie będzie możliwe funkcjonowanie zakładów według nowych zasad. To kształcenie musi być w większym stopniu aniżeli obecnie, oparte o wiedzę z zakresu organizacji, zarządzania, ekonomii, czy informatyki.

Postulujemy zwrócenie się do organizacji międzynarodowych - Banku Światowego, a może i też Światowej Organizacji Zdrowia - o pomoc w szybkim przeszkoleniu kadr niezbędnych dla pierwszego etapu wdrożeń nowego systemu.



### Słowo końcowe

Przedstawionego projektu nie traktujemy jako całości w pełni zamkniętej i skończonej. Koncentrowaliśmy się w nim na funkcjach i mechanizmach systemu opieki zdrowotnej, z pominięciem wielu szczegółów organizacyjnych, wychodząc z założenia, że kształt układów organizacyjnych jest sprawą wtórną wobec struktury zadań, które mają być realizowane.

Wiele problemów pozostaje w tym projekcie nie rozstrzygniętych często dlatego, że aktualny stan niepełnych informacji, np. o kosztach, grupach interesów, zachowaniach, nie pozwala w stopniu dostatecznie rzetelnym ocenić obecnego systemu funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Niektóre zagadnienia pozostały otwarte w sposób zamierzony. Dotyczy to przede wszystkim zakresu świadczeń dostępnych bezpłatnie w ramach powszechnego ubezpieczenia. W tym wypadku treść ostatecznych rozstrzygnięć może być efektem społecznych dyskusji i negocjacji. Propozycja przez nas idea umowy zdrowotnej jest niezbędnym warunkiem, umożliwiającym tego rodzaju proces.

OCzekujemy, że zaproponowane przez nas rozwiązania organizacyjne i finansowe będą stymulowały obywateli, pacjentów, pracowników służby zdrowia i dysponentów środków publicznych do takich zachowań, że działania na rzecz zdrowia staną się bardziej skuteczne, bardziej efektywne, a jednocześnie bardziej godne człowieka.

Ale ludzkie zachowania zależą ponadto od wielu innych czynników, których nie rozważamy w tym projekcie, choć ich waga jest niezmiernie duża. Do takich należą np. etyczne postawy wobec cierpienia, choroby, niesprawności, śmierci. Społeczne oczekiwanie co do zmiany tych postaw, a w tym szczególnie oczekiwania osób chorych i cierpiących, są ogromne.

OCzekujemy, że dyskusje nad kierunkami reformy opieki zdrowotnej w Polsce pozwolą rozszerzyć projekty o takie propozycje, których wdrożenie służyłoby ochronie godności i praw cierpiącego człowieka. Organizacja i finanse opieki medycznej mogą służyć tej ochronie, ale w stopniu znacznie mniejszym, aniżeli zawodowa etyka czy powołanie do służenia choremu.

Październik 1989 r.

---



*Cecylia Łabanowska, Janusz Halik, Kinga Dumin*

## MEDYCYNA NA SPRZEDAŻ

Prawie wszyscy, niezależnie od przekonań politycznych, wiążemy pomyślną przyszłość kraju z rozwojem gospodarki rynkowej. Rynek i jego obiektywne prawa mają w sposób naturalny regulować zasady gospodarki, handlu, usług i innych sfer naszego życia zbiorowego. Można powiedzieć, że ujawnia się pewien ukryty do tej pory sposób myślenia o funkcjonowaniu społeczeństwa. Sposób, w którym opłata za dobro, towar czy usługę ma decydować o ich dostępności.

Powszechna i bezpłatna dostępność świadczeń medycznych to symbol "zdobyczy socjalizmu", a także ideologiczna zasada niektórych niekomunistycznych systemów opieki zdrowotnej i socjalnej.

Historia reformy polskiej służby zdrowia nie jest krótka - pierwsze jej projekty pojawiły się już w 1979 roku. Od tego też czasu powstało wiele opracowań. Praktycznie każde z nich zawiera pośrednie lub bezpośrednio odniesienia do kwestii odpłatności za usługi lekarskie.

Większość autorów uważa, że ideał powszechnej i bezpłatnej służby zdrowia jest mitem, który nigdy nie został w pełni zrealizowany. Powszechna i bezpłatna służba mnoży natomiast potrzeby zdrowotne, sprzyja nadużyciu placówek medycznych, jest nieefektywna i mało oszczędna.

Istnieje wiele prób "rynkowej" modyfikacji obecnego modelu naszej służby zdrowia. Przykładem jednej z nich jest propozycja "strony rządowej" przedstawiona w trakcie medycznej tury obrad "Okrągłego stołu".

Racjonalizowanie zachowań pacjentów i lekarzy miałyby polegać na wprowadzeniu dwu rodzajów usług - powszechnych i bezpłatnych tzw. standardowych i rzadszych a odpłatnych - ponadstandardowych. Przewidywano, że odpłatne mogą być te usługi, które, nie zaliczone do standardowych przez lekarza, są jednak wykonywane na wyraźne życzenie pacjenta.

Inne świadczenia ponadstandardowe zostałyby ustalone w postaci wykazów sporządzonych przez instytucjonalne reprezentacje poszczególnych specjalności lekarskich. Inne wreszcie, które nie są niezbędne dla ratowania lub zachowania zdrowia /np. protezy, operacje plastyczne/, ze swej istoty powinny być odpłatne.

Ta niejasność kryteriów podziału i inne nieścisłości projektu stały się przyczyną odrzucenia koncepcji wydzielonego koszyka powszechnych usług przez stronę opozycyjno-solidarnościową.

Środowisko lekarskie /a przede wszystkim jego establishment/ od

dawna rozważało wprowadzenie odpłatnych usług medycznych. Pomysłodawcy pragnęli przy ich pomocy ograniczyć nadmierne dostępność niektórych usług /np.pogotowia ratunkowego/, czy też wymusić bardziej racjonalne zachowania pacjentów /np.poprzez wysoką odpłatność leków lub pewną opłatę samej recepty/. Opłaty odstraszaające byłyby również barierą dla kłopotliwych pacjentów, takich jak pijacy czy też roszczeniowi hipochondrycy.

Z tych samych środowisk wywiodły się również i inne kontrowersyjne innowacje. W gruncie rzeczy polegały one na zalegalizowaniu dotychczasowego "podziemia gospodarczego" w medycynie i dania oficjalnego przyzwolenia na tzw. "łóżka ordynatorskie" i dzierżawę infrastruktury medycznej przez zespoły specjalistów. Mimo że propozycje te spotkały się z oporami niektórych ekspertów poprzedniej ekipy rządowej, to jednak istota koncepcji jest bardzo bliska duchowi lansowanej przedsiębiorczości naszych czasów.

Ruch reformatorski w służbie zdrowia najczęściej odwołuje się do doświadczeń tych krajów, których system ochrony zdrowia posiada ubezpieczalniany charakter. System ubezpieczeń zdrowotnych bywa różnie rozumiany. Postuluje się połączenie go z rozwojem prywatnego sektora w medycynie /ubezpieczalnia zwracałaby pacjentowi wydatki na lekarzy/ lub też stworzenie quasi-ryнку, w którym zespoły lekarskie za swoje usługi otrzymywałyby refundację z Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Większość autorów źródła zasilania Funduszu widzi w składce pracodawców, a w wielu przypadkach dopuszcza się możliwość indywidualnych opłat /np.na szczególne świadczenia medyczne lub też dobrowolne ubezpieczenia dla osób niezatrudnionych/.

Niezależnie od intencji pomysłodawców czy też charakteru konkretnych rozwiązań organizacyjnych w bardzo wielu wątkach prac reformatorskich pojawia się pojęcie wyłącznie dobrowolnej opłaty ze strony pacjenta, zaś w niektórych - wyraźnie przymusowej. Rola, jaką pełni indywidualna opłata w systemie świadczeń medycznych, bywa różna - jednakże nigdy nie jest to istotny sposób tworzenia zasobów finansowych służby zdrowia,

Po stronie społeczeństwa mieliśmy dotąd do czynienia ze zjawiskami, które przyjęto określać mianem drugiego rynku lub drugiego obiegu gospodarczego, czyli z częściowo nielegalną, częściowo zaś pozalegalną wymianą dóbr i usług, toczącą się poza kontrolą państwa.

Jak powszechnie wiadomo, problemy te nieobce były także służbie zdrowia. Jednocześnie fakty te, stanowiące niewątpliwą przejaw społecznej patologii, coraz częściej traktowane były jako próby w miarę normalnego funkcjonowania jednostek w systemie nieadekwatnym do codziennych

potrzeb. Towarzyszyło temu to, co Mirosława Marody obrazowo nazwała "urynkowaniem świadomości" - rozpowszechnienie postaw merkantylnych, zdominowanie hierarchii wartości przez wartości ekonomiczne.

W chwili obecnej trudno odpowiedzieć na pytanie, czy to, co stanowiło do niedawna pewien margines naszego życia, stać się może powszechnie akceptowaną zasadą nowego ładu. Jest to niewątpliwie najbardziej kluczowe pytanie dnia dzisiejszego, a odpowiedź na nie stanowi o przyszłości nas wszystkich.

Trudno w tym miejscu nie zauważyć, że "urynkowaniu się" społeczeństwa towarzyszyło pojawianie się podobnych idei po stronie byłej władzy, a przynajmniej pewnych jej odłamów. Jednak realizacja tych idei opatrzona była taką ilością dogmatycznych i politycznych zastrzeżeń, że nie mogła nastąpić inaczej niż poprzez skokową zmianę systemu sprawowania władzy.

Sterowane w dużej mierze odgórnie ośrodki zarządzania medycyną mogą stanowić przykład tych szerszych zjawisk. Co prawda, jeszcze w 1988 roku w kręgach osób dyskutujących kolejny projekt reformy padło stwierdzenie, iż ubezpieczenia społeczne są niezgodne z obowiązującą ideologią i stanowią próbę odbierania władzy, jednak już projekt ministerialny "Kierunki reformy służby zdrowia", przedstawiony podczas obrad "Okrągłego stołu" zawierał szereg pomysłów idących w kierunku medycyny bardziej ekonomicznej i rynkowej.

Szanse reformy służby zdrowia w Polsce zależą niewątpliwie od bardzo wielu czynników; jednym z nich jest dostosowanie nowego modelu służby zdrowia do potrzeb i aspiracji społeczeństwa. Oczywiście jest również, że dążąc do zaspokojenia wszystkich istotnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, będzie to musiało być słuźba zdrowia bardzo rozsądnie i ekonomicznie dysponująca ograniczonymi środkami. Jednym z koniecznych mechanizmów może okazać się w takiej sytuacji wprowadzenie, przynajmniej w pewnym zakresie, pośrednictwa rynku między lekarzem a pacjentem.

Na ogół reformatorzy służby zdrowia skupiają się na funkcjonalnym efekcie wprowadzenia opłat. Poza ogólnikowymi stwierdzeniami, iż dla niektórych środowisk odpłatność za świadczenia lekarskie mogłaby być poważnym obciążeniem, prawie nikt nie zastanawia się głębiej nad reakcją całości społeczeństwa na wprowadzenie rozwiązań rynkowych do medycyny.

W ramach realizacji tematu badawczego "Urynkowanie świadczeń medycznych w projektach reform i świadomości społecznej", prowadzonego przy koordynacji IPSiR UW, autorzy artykułu sporządzili kwestionariusz ankiety, która była skierowana w lipcu 1989 roku do ogólnopolskiej próby losowej, a dotyczyła różnych form odpłatności za świadczenia lekarskie.

Chodziło przede wszystkim o ustalenie, jaka byłaby reakcja opinii publicznej wobec szeregu konkretnych rozwiązań organizacyjnych, zawierających element finansowej odpowiedzialności pacjenta. Na początek pytano o ogólną akceptację pewnych form odpłatności, a następnie o ich praktyczne formy, takie jak np. łóżka ordynatorskie, zespoły gospodarze skupiające pracujących odpłatnie specjalistów, opłaty za usługi medyczne wykonywane na życzenie pacjentów lub też niewielką przymusową opłatę za poradę w przychodni rejonowej.

Sformułowano także pytania dotyczące postawy osób badanych wobec tych kierunków zmian organizacyjnych, które zwiększają partycypację pacjentów w kosztach leczenia /rozwój spółdzielczości lekarskiej, prywatnej praktyki i możliwości indywidualnych ubezpieczeń/. Prócz tego sondowano również wyobrażenia związane z wysokością różnych przykładów opłat. Dodatkowo zbierano informacje na temat położenia społecznego badanych, ich stanu zdrowia, doświadczeń w zakresie korzystania z placówek medycznych czy wreszcie opinie na temat sposobów reformowania całej gospodarki.

Analiza materiału miała ujawnić nie tylko stopień społecznej akceptacji dla odpłatnych świadczeń, lecz również skład społeczny i stan zdrowia zwolenników oraz przeciwników reform. Ustalono także, jakimi argumentami posługują się przeciwnicy wprowadzenia opłat, jakie są uzasadnienia odmowy płacenia.

Po części badanie nasze można by potraktować jako szczególną formę referendum prowadzonego w sprawie opłat za usługi medyczne. Ten walor badania uwypuklamy, pokazując w ryśninach poziom 50% odpowiedzi twierdzących. Jednakże staraliśmy się zrealizować cele bardziej ogólne.

Jednym z najważniejszych jest próba odtworzenia sposobów myślenia Polaków o przemianach w medycynie i całej gospodarce.

#### Czy istnieje poparcie dla reform?

Zanim przedstawimy dane obrazujące poziom społecznej akceptacji tego typu rozwiązań, pragniemy zwrócić uwagę na opinie dotyczące nieco innych zagadnień, W zaprojektowanym przez nas badaniu pragnęliśmy m.in. dowiedzieć się, czy akceptacja wprowadzenia rynku do medycyny idzie w parze z akceptacją innych reformatorskich rozwiązań w gospodarce.

W związku z tym pytaliśmy naszych respondentów o zdanie w sprawie możliwości zaistnienia w Polsce bezrobocia, zlikwidowania reglamentacji mięsa, reprivatyzacji przemysłu oraz wprowadzenia obcego kapitału do polskiej gospodarki.

Poziom akceptacji tych zjawisk w badanej przez nas próbie 1500 dorosłych mieszkańców Polski przedstawia się następująco:

1. popieram istnienie bezrobocia /zdecydowanie lub raczej/ - 48,6%
2. popieram zlikwidowanie kartek na mięso /zdecydowanie lub raczej/  
- 50,1%
3. Jestem za reprivatyzacją przemysłu /bez zastrzeżeń lub z pewnymi ograniczeniami/ - 70,4%
4. popieram wprowadzenie obcego kapitału /zdecydowanie lub raczej/  
- 72,6%.

Jak widać, znacząco większym poparciem społecznym cieszą się te reformy, których konsekwencje - szczególnie te negatywne - są trudne do konkretnego wyobrażenia. Kartki znają wszyscy z własnego doświadczenia, bezrobocie może jutro dotknąć mnie lub moją rodzinę, zaś obcy kapitalista i prywatna huta to w gruncie rzeczy jedynie hasła.

Poparcie dla tych haseł można rozumieć jako ogólne poparcie dla polskiej kapitalistycznej i bogatej, zaś lęk przed bezrobociem i utratą zaopatrzenia kartkowego - chociaż jak widać wcale nie tak powszechny, bo dotyczący około połowy pytanym - jako niepokój o to, co w tej kapitalistycznej Polsce może przydarzyć się mnie i mojej rodzinie.

Sądziimy, że nie tylko na podstawie tych bardzo w końcu ograniczonych danych, wolno nam stwierdzić, że Polacy generalnie chcą reform, ale obawiają się ich konkretnych konsekwencji.

Czy prawidłowość ta dotyczy również tych najcenniejszych usług, jakimi są usługi lekarskie? Czy mechanizmy, które w mniejszym lub większym zakresie gotowi jesteśmy zaakceptować w gospodarce, są do przyjęcia również tam, gdzie w grę wchodzi zdrowie i życie?

Aby odpowiedzieć na te pytania pod osąd respondentów poddaliśmy te formy urynkowania w służbie zdrowia, które pojawiają się w projektach reform, oraz takie, które istnieją obecnie i mogą ulec likwidacji bądź rozwijać się. Pytaliśmy więc o opinie w kwestiach wymienionych niżej i uzyskaliśmy informacje o częstości akceptacji tych form urynkowania /por. tabela 1/.

1. Wprowadzenie pewnych oficjalnych opłat w państwowej służbie zdrowia - 46,5%.
2. Swobodny rozwój prywatnego sektora w służbie zdrowia - 51,6%.
3. Swobodny rozwój sektora spółdzielczego - 57,7%.
4. Wynajmowanie przez placówki medyczne lekarzom specjalistom gabinetów wraz z wyposażeniem w celu odpłatnego świadczenia usług dla ludności po godzinach pracy instytucji - 85,1%.
5. Wyodrębnienie w oddziałach szpitalnych pewnej ilości łóżek, którymi ostrydy mogliby swobodnie dysponować, lecząc pacjen-

- tów odpłatnie według formalnie ustalonych cen - 41,0%.
6. Wprowadzenie niewielkiej odpłatności za poradę w przychodni rejonowej - 38,8%.
  7. Wprowadzenie opłat za usługi medyczne, które wykonywane są dodatkowo, na wyraźne życzenie pacjenta /np. wizyta u specjalisty bez skierowania, operacja u wybranego chirurga/ - 72,7%.
  8. Wprowadzenie odpłatności za wyżywienie w szpitalu - 26,8%.
  9. Wprowadzenie odpłatności za wyżywienie w sanatorium - 52,4%.
  10. Wprowadzenie odpłatności za protetykę dentystyczną - 36,7%.
  11. Wprowadzenie odpłatności za okulary - 33,9%.
  12. Wprowadzenie odpłatności za wózki i protezy inwalidzkie - 17,3%.
  13. Stworzenie możliwości opłacenia dodatkowego ubezpieczenia, po to, żeby w razie potrzeby mieć lepsze warunki leczenia /np. izolatkę, czy też całodobową opiekę pielęgniarską/ - 55,9%.
  14. Wprowadzenie odpłatności za leki mniej potrzebne /nie służące do ratowania życia/ - 67,8%.

Jak widać z przedstawionych tu danych, dużej części społeczeństwa wcale nie obca jest myśl, że za poradę, okulary czy lekarstwo można zapłacić. Nie wszystkie jednak opłaty mogą być równie łatwo zaakceptowane.

Te, które można by wprowadzić po przeprowadzeniu referendum, a więc takie, które uzyskały powyżej 50% aprobujących odpowiedzi, to przede wszystkim opłaty za usługi "luksusowe", mieszczące się poza aktualnym standardem państwowej służby zdrowia. Opłaty takie zwiększają wolność wyboru, dają możliwość poszukiwania dodatkowych źródeł opieki, nie ograniczają jednak uprawnień do opieki bezpłatnej.

Prywatna praktyka, spółdzielnie, prywatnie praktykujący lekarze w wydzierżawionych gabinetach, możliwość nabywania usług zgodnych z życzeniami pacjenta, dodatkowe ubezpieczenia - wszystko to zwiększa możliwości, pozornie nie naruszając uprawnień.

Fenomen szczególnie powszechnej zgody na wydzierżawianie gabinetów wynikać może ponadto z tego, że taka forma świadczenia usług pozwalałaby łączyć zalety prywatnej porady z lepszym zapleczem techniczno-diagnostycznym państwowej służby zdrowia.

Zgoda na opłaty za wyżywienie w sanatorium i za popularne leki może być z kolei wyrazem zwykłego realizmu - powszechnie stosowane leki i tak często kupujemy bez recepty, zaś sanatorium, w potocznym odbiorze, zresztą nie bez racji, jest miejscem, nie wszystkim dostępnego, darmowego wypoczynku.

Najsilniej bronione bastiony bezpłatności to szpitale i protezy



inwalidzkie. Są to sytuacje najbardziej dramatyczne i jednocześnie najbardziej kosztowne. Tu uzależnianie opieki od opłaty dotykałoby ludzi najbardziej chorych i poszkodowanych. Jak widać tam, gdzie wchodzi w grę życie i poważne potrzeby zdrowotne - pieniądź musi ustąpić na plan dalszy.

Taka postawa może wyjaśniać również stosunek do łóżek ordynatorskich - rozszerzają one sferę wolnego wyboru, jednocześnie jednak problem ten dotyczy ludzi najbardziej potrzebujących - tak więc akceptacja tej formy urynkowania mieści się pomiędzy aprobatą opłat za luksus wyboru a odrzuceniem opłat w sytuacji szczególnego zagrożenia.

Na koniec wymaga może wyjaśnienia stosunkowo niska aprobata dla opłat w rejonie. Prawdopodobnie wchodzi tu w grę kilka kwestii. Po pierwsze, rejon to miejsce leczenia najuboższych, najstarszych, tych, których nie stać na więcej; to również najbardziej podstawowa forma opieki stanowiąca symbol powszechnych uprawnień do pewnej opiekuńczości ze strony państwa.

Z drugiej strony porada w rejonie jest usługą stosunkowo najmniej atrakcyjną i pożądaną. Niskie, w powszechnej opinii, kwalifikacje lekarza rejonowego i mierna jakość usług sprawiają, że w przeciwieństwie do wymarzonej wizyty u specjalisty, ludzie niechętnie sięgają w tym wypadku do kieszeni.

Tak więc gotowość ponoszenia kosztów związanych z leczeniem łączy się z oczekiwaniem zapewnienia pewnego podstawowego koszyka usług dla wszystkich obywateli, szczególnie zaś dla tych najbardziej potrzebujących.

#### Kto jest za a kto przeciw opłatom?

Czy jednak zasięg akceptacji mechanizmów rynkowych w służbie zdrowia jest taki sam w różnych grupach społecznych? Pytanie o to, czy istnieją znaczące różnice częstości wyrażania zgody na proponowane zmiany funkcjonowania służby zdrowia, jest jednocześnie nie tylko pytaniem o to, jakie grupy są najbardziej odporne, a jakie najbardziej przychylnie takim innowacjom, lecz również o to, które z kryteriów podzielenia na grupy jest w tym wypadku najistotniejsze.

Oczywiste jest bowiem, iż przyjęcie typowych kryteriów tzw. społeczno-demograficznych, jak płeć, wiek, wykształcenie czy wielkość ośrodka, w którym się mieszka /wieś, małe, średnie czy duże miasto/, dla kwestii akceptacji opłat w służbie zdrowia nie jest wystarczające.

Minimum wiedzy socjologicznej podpowiada, że na omawiane postawy decydujący wpływ mieć może stan zdrowia i/lub dotychczasowe doświadcze-



nia w korzystaniu z usług medycznych.

Sprawdziliśmy więc, czy akceptacja opłat w służbie zdrowia zależy od stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych, zakresu korzystania ze służby zdrowia, ceny uzyskanych usług, a także osobistego płacenia za usługi uspołecznionej /a więc z definicji bezpłatnej/ służby zdrowia w przeszłości.

Ponadto uwzględniliśmy jako możliwe czynniki różnicujące omawiane postawy: typ rodziny /z dziećmi do lat 18 lub bez nich/ oraz swoiste "urynkowienie rodziny" wyrażające się tym, iż ktoś z domowników pracuje prywatnie /w prywatnej firmie lub na własny rachunek/.

Analiza wykazała, że częstość akceptacji mechanizmów rynkowych różni się w podgrupach wydzielonych zarówno przy użyciu kryteriów społeczno-demograficznych, zdrowotnych, jak i związanych z leczeniem. Stwierdzone różnice układają się w wyraźne zależności.

I tak, generalnie biorąc, wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta udział zwolenników urynkowienia służby zdrowia. W tabeli 2 przedstawiliśmy różnice w częstości akceptacji mechanizmów rynkowych w reformie służby zdrowia między dwoma grupami skrajnymi: z wykształceniem najwyższym podstawowym vs. co najmniej pomaturalnym.

Z wyjątkiem opłaty za usługi uzyskane w gabinetach wydzierżawionych specjalistom, osoby z wysokim wykształceniem częściej są skłonne zaakceptować wszelkie opłaty za usługi medyczne, szczególnie silne poparcie deklarując dla bardziej ogólnych zasad urynkowienia służby zdrowia, zwiększających możliwości wyboru tych usług /spółdzielnie, prywatna praktyka lekarska, usługi na życzenie/.

Akceptacja mechanizmów rynkowych w służbie zdrowia wiąże się również z wiekiem. Zwykle jest to zależność prostoliniowa - z przybywaniem lat ubywa zwolenników takich reform. Nawet gdy nie jest to zależność prostoliniowa, jej kierunek jest jednoznaczny, jak ma to miejsce w przypadku ogólnej idei wprowadzenia opłat do państwowej służby zdrowia i opłat za usługi wykonywane na wyraźne życzenie pacjenta, do których starsi /powyżej 65 roku życia/ mają zdecydowanie częściej od pozostałych niechętny stosunek, czy w przypadku opłat za poradę specjalisty w wydzierżawionym przez niego od PSZ gabinecie, które znacznie częściej skłonni są ponosić osoby poniżej 30 roku życia.

Osoby pracujące zawodowo znacząco częściej od niepracujących akceptują wszelkie opłaty, z wyjątkiem dodatkowego ubezpieczenia i opłaty za porady specjalistów.

Mężczyźni częściej od kobiet akceptują wprowadzenie opłat do państwo-

wej służby zdrowia, rozwój prywatnej praktyki lekarskiej, ponoszenie niewielkich opłat w rejonie, ale także /zapewne większych/ za łóżko ordynatorskie. Kobiety częściej od mężczyzn są jedynie skłonne do poniesienia kosztów za protetykę dentystyczną.

Jeśli w domu są niepełnoletnie dzieci, sprzyja to częstszej akceptacji ogólnej idei wprowadzenia pewnych opłat do państwowej służby zdrowia i konkretnie opłatom za protetykę dentystyczną, ale zmniejsza skłonność do zaakceptowania nieskrępowanego rozwoju prywatnej praktyki i spółdzielni lekarskich.

Jeśli natomiast wśród domowników jest osoba zatrudniona w sektorze prywatnym, częstsza jest akceptacja urynkowienia zarówno państwowej służby zdrowia, jak i alternatywnej, a także skłonność do ponoszenia konkretnych opłat: za łóżko ordynatorskie, wyżywienie szpitalne, poradę w rejonie i usługi na życzenie.

Mieszkańcy dużych miast /powyżej 200 tys. mieszkańców/ częściej od pozostałych deklarują poparcie dla wprowadzenia opłat za wizyty w rejonie, ale również i dla alternatywnych form płatnej medycyny /spółdzielnie, prywatna praktyka/, zaś mieszkańcy wsi - dla płacenia specjalście.

Subiektywnego określenia własnego stanu zdrowia dokonywano według 5-punktowej skali, poczynając od "Pomijając przeziębienia, grypy i inne drobne dolegliwości, na ogół jestem zdrowy" /bardzo zdrowy/ do "Mój stan zdrowia jest bardzo zły. Cierpię na liczne schorzenia i w zasadzie nie wychodzę z domu" /bardzo chory/.

Tak mierzony stan zdrowia silnie zróżnicował postawy wobec prawie wszystkich opłat według wzoru: pogarszanie się stanu zdrowia - pomniejszenie się grupy zwolenników opłat. Wyjątkiem są usługi specjalistów, które akceptuje się równie często bez względu na stan zdrowia i opłaty za łóżka ordynatorskie, które częściej skłonni są zaakceptować jedynie ludzie bardzo zdrowi. W tabeli 3 przedstawiliśmy różnice w częstości akceptacji różnorodnych opłat przez osoby określające się jednoznacznie jako zdrowe /punkty 1 i 2 naszej skali/ i jako chore /z diagnozą lekarską - punktu 4 i 5 skali/, pomijając kategorię "Od pewnego czasu nie czuję się zupełnie zdrowy, a pewne dolegliwości powtarzają się systematycznie".

Potrzeby zdrowotne mierzone zakresem usług lekarskich, które powinny być jakimś odzwierciedleniem stanu zdrowia, przyniosły znacznie mniejsze zróżnicowanie postaw; ludzie, którzy takich potrzeb nie mają, częściej akceptują opłaty za łóżko ordynatorskie, za wyżywienie w szpitalu,

za wózki i protezy inwalidzkie; ze wzrostem potrzeb spada akceptacja rozkwitu praktyki prywatnej, zaś przy dużych potrzebach silniejszy jest sprzeciw wobec opłat za usługi świadczone za życzenie pacjenta.

Własne doświadczenie w korzystaniu z usług służby zdrowia wpływa na postawę wobec opłat w analogiczny sposób, jak i potrzeby zdrowotne, tzn. nie sprzyja akceptacji opłat, zwiększa sprzeciw wobec opłat, zwłaszcza za za usługi na życzenie, oraz wobec rozwoju niepaństwowego sektora usług medycznych.

Te trzy kwestie budzą szczególnie opór wśród grupy osób niezadowolonej z usług uzyskanych w służbie zdrowia, podobnie jak wśród grupy, która za bezpłatne usługi już w przeszłości płaciła, a która dodatkowo częściej od osób takich doświadczeń nie posiadających wyraża przekonanie, że państwowa służba zdrowia powinna pozostać bezpłatna.

Taki obraz zróżnicowania postaw społecznych wobec opłat w służbie zdrowia pozwala bliżej poznać zarówno grupy i sytuacje społeczne sprzyjające, a w każdym razie przyzwalające na "urynkowienie" służby zdrowia, jak i grupy odrzucające takie rozwiązania.

Należy tylko obraz ten uzupełnić o dwie dobrze znane prawidłowości. Pierwsza z nich to ta, że stan zdrowia pogarsza się z wiekiem, druga - że ze wzrostem wieku obniża się przeciętny poziom wykształcenia. A dodatkowo uwzględnić informację o przeciętnej wysokości emerytury i renty w Polsce...

W tak uzupełnionym obrazie najczęściej mechanizmy rynkowe w reformie służby zdrowia akceptują ludzie młodszy, lepiej wykształceni, aktywni zawodowo, zdrowsi, nie mający doświadczeń - zwłaszcza złych - w korzystaniu z usług państwowej służby zdrowia, ani takiej potrzeby, oraz osoby, które z "rynkowym" sposobem myślenia stykają się we własnym domu.

I à rebours. Przeciwni takim projektom są częściej ludzie starsi, niżej wykształceni, o gorszym stanie zdrowia, korzystający z usług służby zdrowia, dostrzegający przede wszystkim jej niedostatki lub zmuszeni sytuacją do wypróbowania jej nieoficjalnych mechanizmów rynkowych. Jednakże powody akceptacji, jak i niechęci wobec proponowanych zmian funkcjonowania służby zdrowia wydają się być złożone.

Akceptacja wiąże się zapewne z rynkowym sposobem myślenia, tzn. z przekonaniem, że istnienie rynku w medycynie zwiększa możliwość wyboru usługi zgodnej z własnymi preferencjami pacjenta, jak można to wnioskować przede wszystkim z postaw ludzi wyżej wykształconych, a także pracujących zawodowo, młodszych, czy osób związanych jakoś z prywatnym sektorem.

Postawy akceptujące mogą także być wymuszone, być pragmatyczną reakcją na brak dostępu do pewnych usług, jak na to wskazują postawy wobec opłat za porady specjalisty w wydzierżawionym przez niego od państwa gabinecie.

Głód specjalisty jest tak wielki, że opłatę za jego poradę akceptuje się powszechnie i nawet u ciężko chorych ludzi nie budzi ona częstszego sprzeciwu; wielki musi być on na wsi, skoro jej mieszkańcy skłonni są płacić zań jeszcze częściej niż mieszkańcy miast. Podobny pragmatyzm objawia się chyba także w postawie osób mających w domu niepełnoletnie dzieci: wolą zapłacić w państwowej służbie zdrowia niż w prywatnej, na pewno będzie tańsza.

Niechęć do wprowadzenia opłat może oczywiście wynikać z lęku, że stary, schorowany i biedny człowiek nie będzie w stanie uzyskać potrzebnej mu opieki i usługi medycznej. Stąd np. tak silny opór przeciw opłatom za usługi na życzenie pacjenta ludzi starych, o dużych potrzebach zdrowotnych, czy często korzystających z usług medycznych. Dla nich zapewne ten rodzaj usług jest po prostu usługą potrzebną, a nie usługą specjalną.

Ale opór wobec wprowadzenia opłat wynikać może z racji obyczajowych czy moralnych, z przyjętych reguł sprawiedliwości społecznej. I podstawą tego oporu nie jest myślenie pragmatyczne, lęk ani zagrożenie, lecz poczucie słuszności, znajdujące uzasadnienie w opinii ogółu.

Kiedy zapytaliśmy o to, czy w przypadku wprowadzenia opłat w państwowej służbie zdrowia słuszne byłoby zwolnienie z niej którejs z wymienionych przez nas grup ludzi, aż 90% badanych uznało za taką grupę ludzi przewlekłe chorych, wymagających stałego leczenia, 86% - inwalidów I i II grupy, 79% - osoby z dochodami poniżej minimum socjalnego, 76% - dzieci do 14 roku życia i 75% - ludzi powyżej 65 roku życia.

Tak więc istnieje dość powszechna zgoda na to, iż osoby, które opieki medycznej najbardziej potrzebują, powinny otrzymywać ją bezpłatnie. Jednocześnie osoby oceniające swój stan zdrowia jako zły są grupą, która w porównaniu z grupami wydzielonymi według wszystkich tu omawianych kryteriów posiada najmniej zwolenników proponowanych mechanizmów rynkowych.

Dla przykładu można porównać częstość akceptacji tych mechanizmów przez drugą w kolejności grupę najsłabiej je akceptującą, a mianowicie osoby z niskim wykształceniem, by stwierdzić, że znacząco rzadziej akceptują je chorzy.

### Ile i komu płacić?

Jedną z intencji badania było ustalenie, ile pieniędzy respondenci są w stanie przeznaczyć na leczenie, gdyby wprowadzono opłaty. Świadomie przymusiliśmy badane osoby do wyrażenia w postaci konkretnych kwot - sum, jakie byłyby w stanie zapłacić za wizytę lekarza w domu, poradę u specjalisty, dzienny pobyt w szpitalu bez uwzględnienia kosztów leczenia czy też wezwanie pogotowia ratunkowego.

Odpowiedzi zgrupowano w przedziałach kwotowych, poczynając od odpowiedzi nic, poprzez deklarację opłaty do 1 tys. zł., 1-3 tys. zł., oraz 3 i więcej. Dziś te sumy, poprzez postępy inflacji, wydają się niewielkie. Trzeba je odnieść do przeciętnej płacy w lipcu br. /80 - 90 tys.zł./ w trakcie realizacji badania. Tabela 4 przedstawia częstość deklaracji poszczególnych kwot.

Na uwagę zasługuje fakt, iż niespełna 1/5 badanych to osoby, które nawet po wprowadzeniu opłat nie byłyby w stanie ich respektować. Znaczące kwoty /1 do 3 tys. i więcej/ większość badanych chce przeznaczyć na usługi specjalisty. Aż 78% osób badanych przeznacza na ten cel tysiąc złotych i więcej, zaś poniżej tylko 14%.

Wśród osób, które nie mogą przeznaczyć pieniędzy na opłacenie lekarza, najmniej jest takich, którzy odmawiają opłaty specjalście. Jest to kolejny wynik, który potwierdza niedosyt porad specjalistycznych w ofercie naszego systemu służby zdrowia.

Przy powszechnej deprecjacji pracy lekarzy ogólnych w przychodniach rejonowych i przy ogromie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych w tzw. otwartym lecznictwie - dopiero specjalista wydaje się wiarygodnym lekarzem.

W niniejszym artykule interesuje nas najbardziej odpłatność za wizytę domową lekarza ogólnego i poradę w gabinecie specjalisty. Opłaty za Pogotowie Ratunkowe, jak i koszty utrzymania w szpitalu, nie są bowiem typowe dla funkcjonowania całości systemu medycznego. Wysokości opłat za tego typu świadczenia nie są porównywalne z uwagi na swój charakter. Dla przykładu zaledwie 5% badanych wycenia dobowy pobyt w szpitalu na 3 tys. zł. lub więcej.

Odpowiedzi dotyczące deklarowanej wysokości opłat za pracę lekarza ogólnego i specjalisty poddano rutynowej analizie socjologicznej, ujawniającej rozkład płci, wieku, poziomu wykształcenia i stanu zdrowia badanych wśród deklarujących opłaty. Wydawać by się mogło, że wysokość ciężarów finansowych, jakie ludzie gotowi są ponieść na rzecz poprawy zdrowia, zależy przede wszystkim od ich zasobności.

W praktyce poważną rolę odgrywają takie czynniki, jak poczucie za-



grożenia związanego z chorobami, doświadczenia łączące się z wiekiem czy też związana z poziomem wykształcenia wiedza o funkcjonowaniu placówek medycznych.

Okazało się, że odpowiedzi świadczące o znikomej gotowości płacenia /nic i do 1 tys. zł./ są zależne przede wszystkim od złego stanu zdrowia, niskiego wykształcenia i podeszłego wieku. Dla przykładu, o ile 33% ogółu badanych widziało jako odpowiednią opłatę za wizytę domową kwotę do 1 tys. zł., o tyle wśród osób najstarszych było blisko 50% zwolenników tej opłaty, wśród nisko wykształconych 40%, a wśród schorowanych 43%.

Symboliczna opłata za poradę specjalisty była wśród ogółu badanych stosunkowo rzadka /14%/ jednak zdecydowanie częstsza wśród osób starych /23%, chorych /21%/ i legitymujących się podstawowym wykształceniem /20%/.

Odwrotny kierunek zależności zauważono, rozpatrując odpowiedzi kategorii 1-3 tys. zł. i ponad 3 tys. zł. Blisko 28% badanych chciało płacić pomiędzy 1 a 3 tys. zł. za wizytę domową lekarza, ale podczas gdy wśród bardzo zdrowych chciało tak czynić 37%, to wśród bardzo chorych zaledwie 21%. Więcej niż 3 tys. zł. przeznaczają na wizytę domową 21% ogółu, ale aż 30% osób z wyższym wykształceniem i 27% bardzo zdrowych.

Struktura grup tych osób, które są zwolennikami wysokich opłat za specjalistę, wykazała ważne zjawisko. O ile 3 tys. i więcej zł. pragną płacić przede wszystkim osoby wyżej wykształcone /36%/ i młodsze /31%/, przy średniej dla ogółu 22%, o tyle kwota 1 do 3 tys. zł., którą deklaruje aż 56% osób, wydaje się rozsądna dla wszystkich niezależnie od ich statusu społecznego, stanu zdrowia i wieku.

Wyraźna powszechność poglądu, iż praca specjalisty powinna być uhonorowana pokaźną kwotą, jeszcze raz dowodzi, jak poważne jest zapotrzebowanie na usługi wysoko kwalifikowanych lekarzy. Dowodzi ona także istnienia barier w dostępności specjalistycznych usług przy słabości podstawowych ogniw naszej służby zdrowia.

Cytowane wyniki odzwierciedlają dotychczasową pragmatykę funkcjonowania całości opieki medycznej - wizyta u lekarza rejonowego to najczęściej dla wielu pacjentów tylko wstępne rozpoznanie dolegliwości. Prawdziwe leczenie odbywa się w kręgu trudno dostępnych i przeciążonych placówek specjalistycznych.

Zapewne spółdzielnie lekarskie, które skupiają wysoko kwalifikowane kadry, również dają pacjentom uczucie niedosytu - ich baza techniczna najczęściej jest ograniczona, a tok leczenia na ogół niestały. Perspektywa formalnego, odpłatnego, a tym samym swobodnego kontaktu ze specjalistami, w świetle naszego badania wywołuje powszechny aplauz. Zapewne jest

on wywołany oczekiwaniem nieskrępowanego skierowania, swobodnego kontaktu z wykwalifikowanym lekarzem.

#### Kapitalizm w gospodarce czy medycynie?

Wydawać by się mogło, że osoby, których nie stać na jakąkolwiek opłatę, czują się najbardziej zagrożone tendencją do ekonomizacji gospodarki, a służby zdrowia w szczególności. Tak jednak nie jest - okazało się, że najmniej zwolenników reform w gospodarce jest wśród osób, które dopuszczają opłatę, ale tylko bardzo skromną /do 1000 zł./.

Dla przykładu wśród zwolenników wprowadzenia bezrobocia osoby, które wyasygnowały na specjalistę 1-3 tys. zł. i ponad 3 tys. lub nic, stanowią przeciętnie ponad 50%, zaś te, które mogą dać bardzo niewiele /do 1000 zł./ zaledwie 35%.

Wśród pragnących zreprivatyzować naszą gospodarkę osoby, które przeznaczyły na specjalistę 1-3 tys. i ponad 3 tys. zł. lub nic, stanowią również przeciętnie ponad 50%, zaś te, które są skłonne coś dać /do 1000 zł./ jedynie 34%.

Przykłady te ilustrują stałą tendencję, która polega na mniejszym poparciu dla reform gospodarczych osób, które mogą płacić, ale bardzo mało. Trudno jednoznacznie zinterpretować ten wynik. Wskazuje on, iż osoby, które zdecydowanie odmawiają opłaty, nie są tymi, które najbardziej boją się mechanizmów rynkowych.

Być może odpowiedź ta bardziej dowodzi roszczeniowego sposobu myślenia o obowiązkach państwowej służby zdrowia niż złej sytuacji materialnej. Być może grupa odmawiających wszelkiej opłaty skupia te osoby, które są przekonane, że będą w przyszłości zwolnione z opłat. W efekcie te osoby, które czują się zobligowane do opłaty, lecz nie mogą sobie pozwolić na wysoką, wydają się być najbardziej zaniepokojone wzrostem rynkowych rozwiązań organizacyjnych.

Tabela 5 ilustruje, jaki jest stopień akceptacji opłat za lekarza, przy poparciu dla ogólnych kierunków reformy gospodarczej. Na grafiku przedstawiono częstości odpowiedzi, które świadczą o proreformatorskim myśleniu. Na ich tle na czarno zakreślono udział tych osób, które równocześnie popierają odpłatność służby zdrowia.

Widać, iż tolerancji dla kapitalistycznych przemian gospodarki najczęściej towarzyszy skłonność do popierania spółdzielczości, płacenie za specjalistę i za usługę lekarską wybraną wg życzeń pacjenta. "Kapitalistyczny" styl myślenia o gospodarce sprzyja skłonności do urynkowania wyłącznie "luksusowych" świadczeń medycznych.



### Co dalej?

Na zakończenie pora postawić pytanie, czy uzyskane w przedstawionym badaniu wyniki świadczą o tak powszechnej akceptacji mechanizmów rynkowych w służbie zdrowia, że mogłyby one być wprowadzone już od razu, nie budząc rozgoryczenia i oporu?

Pierwszą barierą, na którą mogą napotkać tego typu działania reformatorskie, mogą być przede wszystkim pogarszające się nastroje społeczne. Od lipca br., kiedy to przeprowadzono badanie, sytuacja ekonomiczna bezustannie pogarsza się i trudno przewidzieć, czy obecnie społeczeństwo wykazałoby podobny stopień poparcia dla wyrzeczenia się tego, co tak długo uchodziło za niezbywalne prawo każdego obywatela.

Po wtóre, jak wykazaliśmy, akceptacja odpłatności maleje, gdy rosną potrzeby. Stale również utrzymuje się przekonanie o konieczności bezpłatnych świadczeń dla grup najbardziej potrzebujących /a więc chorych/ oraz utrzymania pewnego standardu bezpłatnych usług podstawowych.

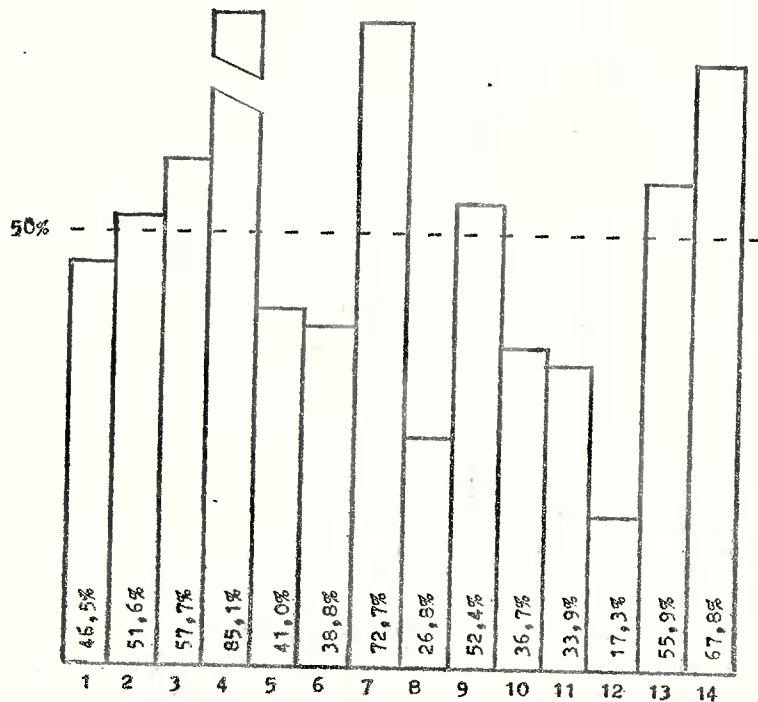
Najkrócej mówiąc, za usługi medyczne gotowi są płacić przede wszystkim ci, którzy ich nie potrzebują. Często korzystający, ci, których pieniądze, częściowo przynajmniej, wspierać miałyby służbę zdrowia, są przeciwnikami opłat, zaś pozostali akceptują zwolnienie ich z tych opłat.

Myślenie to przybiera obecnie, na poziomie świadomości społecznej, kształt aprobaty dla idei koszyka dóbr podstawowych. Jednak podobnie, jak w kwestii innych reform gospodarczych, możemy tu mieć do czynienia z akceptacją hasła, którego praktycznej realizacji nikt sobie do końca nie wyobraża.

Łatwo przewidzieć patologiczne konsekwencje rozdzielania usług państwowej /społecznej, ubezpieczalniczej/ służby zdrowia na standardowe i luksusowe: sala szpitalne dla biednych i bogatych, przechwytywanie zasobów służby zdrowia przez prywatnie zarabiających lekarzy, sugerowanie pacjentom badań specjalistycznych ponadstandardowych w tej samej przychodni, u tego samego lekarza, ale za pieniądze...

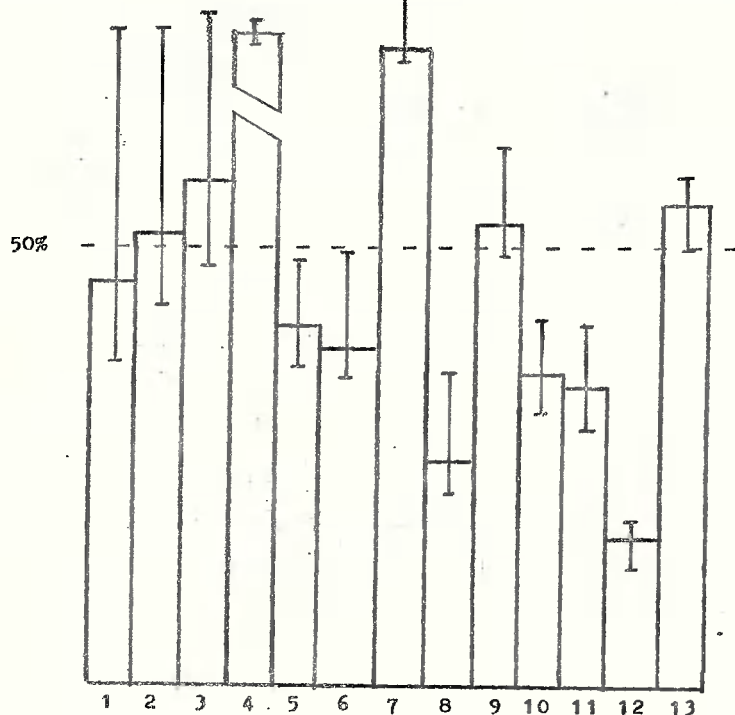
Wydaje nam się, że gdyby idea koszyka podstawowego bezpłatnych usług medycznych miała być stać się rzeczywistością, najmniej patogennym sposobem jej realizacji byłoby pełne rozdzielanie sektorów, łącznie z zakazem łączenia praktyki prywatnej z pracą w społecznej służbie zdrowia.

Tab. 1 AKCEPTACJA MECHANIZMÓW RYNKOWYCH W REFORMIE SŁUŻBY ZDROWIA  
/Próba ogólnopolska 1500 osób, lipiec 1989/





- 1 - wprowadzenie pewnej odpłatności w PSZ
- 2 - rozwój prywatnej praktyki lekarskiej
- 3 - rozwój spółdzielni lekarskich
- 4 - wdzierżawianie gabinetów specjalistom
- 5 - kółka ordynatorskie
- 6 - niewielka odpłatność w rejonie
- 7 - opłata za usługi na życzenie
- 8 - opłata za wyżywienie w szpitalach
- 9 - opłata za wyżywienie w sanatoriach
- 10 - odpłatność za protetykę dentystyczną
- 11 - odpłatność za okulary
- 12 - odpłatność za wózki i protezy inw.
- 13 - dodatkowe ubezpieczenie
- 14 - odpłatność za leki powszechne

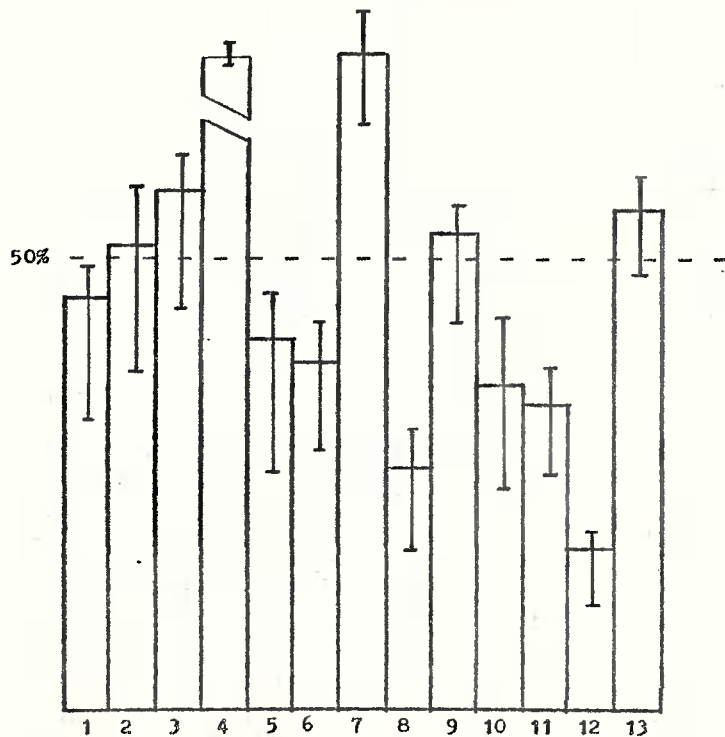
Tab. 2. AKCEPTACJA MECHANIZMÓW RYNKOWYCH W REFORMIE SŁUŻBY ZDROWIA - osoby  
z wyższym vs. niskim wykształceniem na tle ogółu badanych  
/Próba ogólnopolska 1500 osób, lipiec 1989/



- 1 - wprowadzenie pewnej odpłatności w ESZ
- 2 - rozwój prywatnej praktyki lekarskiej
- 3 - rozwój spółdzielni lekarskich
- 4 - wydzierżawianie gabinetów specjalistom
- 5 - łóżka ordynatorskie
- 6 - niewielka odpłatność w rejonie
- 7 - opłata za usługi na życzenie
- 8 - opłata za wyżywienie w szpitalach
- 9 - opłata za wyżywienie w sanatoriach
- 10 - odpłatność za protetykę dentystyczną
- 11 - odpłatność za okulary
- 12 - odpłatność za wózki i protezy inw.
- 13 - dodatkowe ubezpieczenie


 - osoby z wykształceniem wyższym, niepełnym wyższym lub pomaturalnym  

 - osoby z wykształceniem podstawowym lub niepełnym podstawowym

Tab. 3 AKCEPTACJA MECHANIZMÓW RYNKOWYCH W REFORMIE SŁUŻBY ZDROWIA - osoby chore va. zdrowe na tle ogółu badanych  
/Próba ogólnopolska 1500 osób, lipiec 1989/

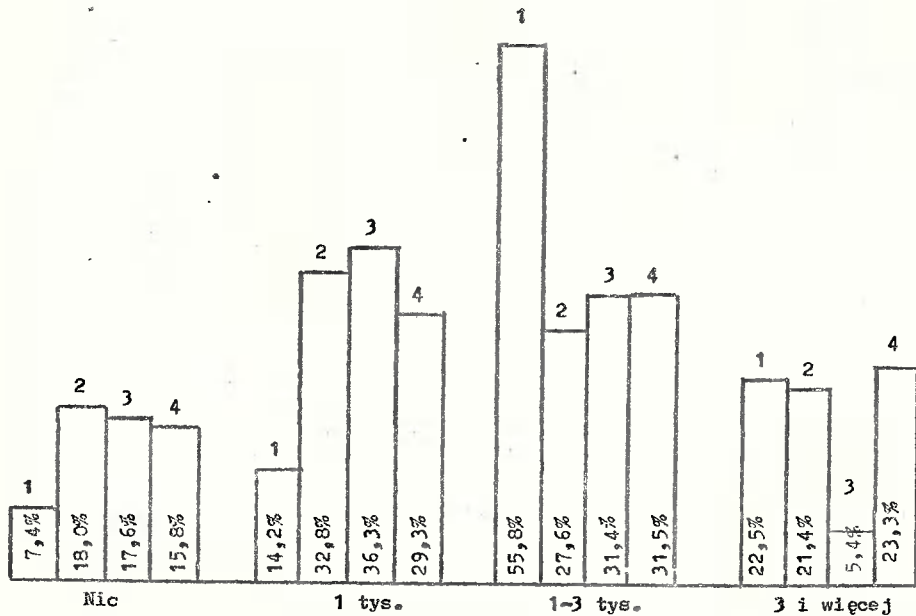


- 1 - wprowadzenie pewnej odpłatności w PSZ
- 2 - rozwój prywatnej praktyki lekarskiej
- 3 - rozwój spółdzielni lekarskich
- 4 - wydzierżawianie gabinetów specjalistom
- 5 - kółka ordynatorskie
- 6 - niewielka odpłatność w rejonie
- 7 - opłata za usługi na życzenie
- 8 - opłata za wyżywienie w szpitalach
- 9 - opłata za wyżywienie w sanatoriach
- 10 - odpłatność za protetykę dentystyczną
- 11 - odpłatność za okulary
- 12 - odpłatność za wózki i protezy inw.
- 13 - dodatkowe ubezpieczenie

T - osoby zdrowe

⋮  
I - osoby chore

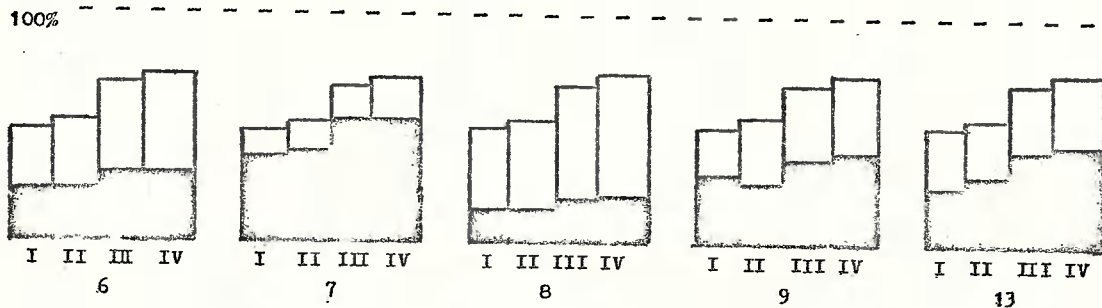
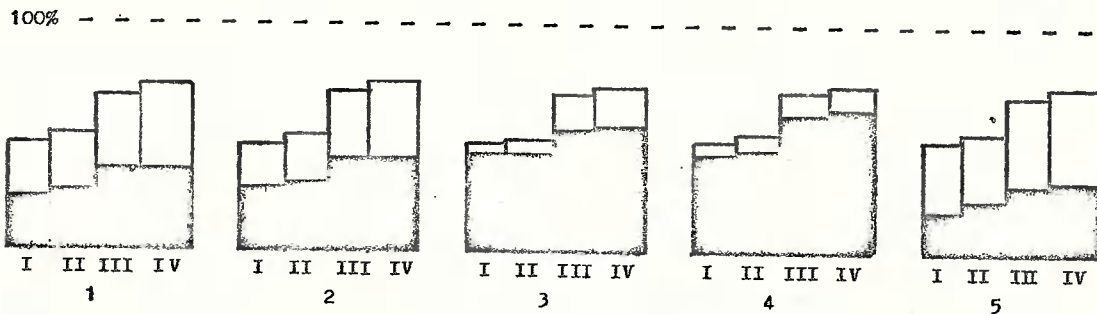
Tab. 4. DEKLAROWANA WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA NIEKTÓRE USŁUGI SŁUŻBY ZDROWIA  
/Próba ogólnopolska 1500 osób, lipiec 1989/



- 1 - za poradę u specjalisty
- 2 - za wizytę lekarza w domu
- 3 - za dzienny pobyt w szpitalu bez kosztów leczenia
- 4 - za wezwanie pogotowia ratunkowego


Tab. 5 ZWOLENNICY URYNKOWIENIA W SŁUŻBIE ZDROWIA WŚRÓD ZWOLENNIKÓW REFORM  
GOSPODARCZYCH W POLSCE

/Próba ogólnopolska 1500 osób, lipiec 1989/



- I - akceptujący bezrobocie
- II - akceptujący ceny rynkowe na mięso
- III - akceptujący reprivatyzację przemysłu
- IV - akceptujący obcy kapitał w polskiej gospodarce

1 do 13 - niektóre mechanizmy rynkowe  
w reformis służby zdrowia wg  
tab. 1

 - zwolennicy zarówno reform gospo-  
darczych jak i reform sż. zdr.

## Lektury

### "PORTRETY" KARPIŃSKIEGO

W październiku telewizja pokazała wstrząsający film zatytułowany "Defilada". Ekipa polskich dokumentalistów filmowych przebywała kilka tygodni w Korei północnej z okazji święta narodowego tego państwa. Twórcy filmu z reżyserem Andrzejem Fidykiem na czele skierowali kamery nie tylko na uroczystą świąteczną defiladę. Starali się - z powodzeniem - pokazać mieszkańców w ich życiu codziennym, podczas pracy i zabawy.

Wynik był taki, że mogliśmy obejrzeć olbrzymie więzienie /Korea północna ma niecałe 20 milionów mieszkańców/, w którym dyktator Kim Ir Sen umieścił całą ludność. Co więcej - mogliśmy obejrzeć i usłyszeć, że ludzie ochoczo wołają "Niech żyje" ukochany przywódca /czyli Kim Ir Sen/ i jego już wyznaczony następca /czyli jego syn/. Wymowa filmu była jednoznaczna: więźniowie nie zdają sobie sprawy z tego, że są uwięzieni i skutecznie wytresowani.

Twórcy filmu osiągnęli taki wynik w prosty sposób. Unikali jakiegokolwiek komentarza, jakichkolwiek aluzji politycznych. Poprzestali na sfilmowaniu tego, co widzieli. Wyprowadzanie wniosków pozostawili widzowi.

Analogiczną metodę zastosował Jakub Karpiński, polski publicysta zamieszkały na Zachodzie, w swej ostatniej książce pod tytułem "Portrety lat 1944-1988. Polska w odcinkach". Karpiński również powstrzymuje się od komentarzy. Notuje fakty i wydarzenia, cytuje dokumenty urzędowe. Wnioski zostawia czytelnikowi.

Metoda jest ta sama, ale wynik jest inny, bo Karpiński pisze o innym kraju - o Polsce. Podobnie jak w Korei północnej, komuniści polscy również w ciągu kilkudziesięciu lat usiłowali zapędzić ludność do więzienia. Równie chętnie słuchali okrzyków "Niech żyje" /Bierut czy Gomułka/. Ale Polacy się nie dali i wynik każdy widzi. Niemniej walor książki Karpińskiego polega właśnie na tym, że zestawia fakty, a ich wymowa jest oczywista.

Książka skonstruowana jest w ten sposób, że autor przeznaczają na każdy rok tę samą ilość stron /sześć/ bez względu na to, czy był to rok "października" lub "sierpnia", czy też rok bez takich niezwykłych wydarzeń. "Portret" każdego roku zaczyna się od jak najkrótszego opisu wydarzeń zagranicznych, by na ich tle pokazać, co się wydarzyło w kraju. Faktograficzna relacja poprzedzona jest wstępem, w którym autor określa swe stanowisko ideologiczne.



"To, jak komunizm działa, widać" - pisze. "Zabija, umieszcza ludzi w więzieniu, ustala ceny, warunki pracy i płacy, ogłasza prawa, decyduje o programach szkolnych, o dozwolonej treści książek i gazet. Komunizm - tak jak go tu rozumiemy - nie jest abstrakcją /abstrakcje nie działają/. Komunizm jest organizacją, spletem najważniejszych instytucji w państwie, w których pracują ludzie skłaniany do tego i przynaglani - strachem, nagrodami, ideologią".

W dalszym ciągu zamierzam cytować tylko fragmenty książki dotyczące Polski. Wyjątkiem będzie fragment relacji z 1950 roku o Korei, bo od tego kraju zacząłem notatki. Leży przede mną Encyklopedia Powszechna PWN, wydanie drugie z 1984 roku, tom drugi. Na stronie 565, w hasle Koreańska Republika Ludowo-Demokratyczna, czytam: " W 1950, na skutek agresji Korei Południowej, rozpoczęły się działania wojenne w strefie 38 równoleżnika; wojska KRL-D do sierpnia odrzuciły na południowy kraniec półwyspu armię południowokoreańską" itd.

Karpiński podaje, co się naprawdę stało w Korei: "O świcie 25 czerwca wojska Korei Północnej wkroczyły do Korei Południowej... Wiedza o wojnie koreańskiej obowiązująca w świecie komunistycznym była odwróceniem rzeczywistości. W Polsce 27 czerwca ogłoszono, że Koreę Północną zaatakowano z południa, ale ten atak został tak szybko odparty, że już 26 czerwca siły północnokoreańskie były w odległości 12 kilometrów od Seulu, zaś 28 czerwca zdobyły Seul" /stolicę Korei południowej/. Mądrzej głowie dość dwie słowie...

W telegraficznym skrócie przytoczę teraz relacje Karpińskiego o historycznych dla nas latach 1956, 1968, 1970, 1976, 1980. Raz jeszcze zrobię wyjątek - wydarzenia 1956 roku łączą się tak bardzo z rewolucją na Węgrzech, że konieczne wydaje się zacytowanie kilku zdań o tym kraju, zwłaszcza, że dopiero ostatnio w Budapeszcie poniechano mówienia o "kontrewolucji" i zaczęto głosić prawdę. Pisze więc Karpiński:

"23 października /1956/ odbyła się manifestacja studencka pod pomnikiem Bema w Budapeszcie. 24 października interweniowały wojska radzieckie. Tego dnia premierem został po raz drugi Imre Nagy, który 30 października ogłosił powrót do systemu wielopartyjnego i zapowiedział całkowitą niezależność i neutralność Węgier... 4 listopada wczesnym rankiem nastąpiła druga interwencja wojsk radzieckich na Węgrzech".

Jak wiadomo, nasz "październik" zbiegł się chronologicznie z wydarzeniami na Węgrzech. Nie był to z pewnością przypadek - tak samo, jak nie jest przypadkiem, że po 33 latach Polska i Węgry znów współzawodniczą na drodze do likwidacji totalitaryzmu. Oddaję głos Karpińskiemu:

"19 października /1956/ o 10 rano rozpoczęło obrady VIII plenum

KC PZPR. Obrady odłożono, bo zjawiała się delegacja radziecka z Chruszczowem, Kaganowiczem, Mikojanem i Mołotowem. Jednocześnie wojska radzieckie poruszały się w kierunku Warszawy. 20 października na plenum przemawiał Władysław Gomułka, zaś 21 października wybrano Biuro Polityczne i sekretariat KC. Pierwszym sekretarzem został Gomułka.

24 października na plac Defilad przed Pałacem Kultury przybyło, jak oceniano, około 400 tysięcy osób. Przemawiał Gomułka, który wzywał: "Dość wlecowania i manifestacji"... 28 października wrócił do Warszawy kardynał Wyszyński więziony od września 1953 roku. 13 listopada Sejm odwołał Konstantego Rokossowskiego ze stanowiska wicepremiera i ministra Obrony Narodowej".

Wkrótce zaczął się odwrót od "października". W "portrecie" 1957 roku czytamy: "Tygodnik studentów i młodej inteligencji "Po Prostu", odgrywający rolę w przemianach z 1956 roku, zawieszono na wakacje, ale po wakacjach nie pozwolono go wznowić"...

Mam pokusę cytowania kolejnych, związanych i na pozór pozbawionych emocji, informacji, zgromadzonych przez Karpińskiego. Ale brak miejsca zmusza do dokonania selekcji. Przechodzę więc do wydarzeń z 1968 roku.

"Zakaz przedstawień "Dziadów" wywołał protesty, między innymi Oddziału Warszawskiego Związku Literatów Polskich... Gdy minister szkolnictwa wyższego usunął dwu studentów z Uniwersytetu Warszawskiego, a przeciw innym wszczęto postępowanie dyscyplinarne, zwołano wiec /zgromadzenie studenckie/ w obronie pokrzywdzonych, który zaczął się 8 marca w południe przed biblioteką uniwersytecką. Podczas rozmów delegacji z prorektorem Zygmuntem Rybickim, studenci czekali przed rektoratem, otoczeni przez osoby, nazwane później "aktywem". Przybysze ci, przywiezieni autokarami, zachowywali się jak funkcjonariusze, porywali studentów do autokarów, zabierali legitymacje i indeksy.

Apele delegacji w rektoracie i interwencja profesorów na dziedzińcu spowodowały, że studentów wypuszczono z autokarów. "Aktyw" odjechał, ale następnie na teren Uniwersytetu wbiegł wyposażony bojowo oddział milicji, bijąc uciekających studentów. Rozbijanie przez policję pokojowych zgromadzeń studenckich powtórzyło się później w wielu miastach. Dla bitych i ich kolegów było to na ogół nieznanne przedtem doświadczenie. Użycie siły wydawało się - pomijając oceny etyczne - zupełnie niepotrzebne. Trudno było w tym dopatrzeć się uzasadnienia"...

Uzasadnienie przyszło niebawem. "W drugiej dekadzie marca zakomunikowano, że zasadniczym niebezpieczeństwem zagrażającym Polsce jest syjonizm. Szeroka publiczność niezbyt jednak wiedziała, o co tu chodzi.

Niebezpieczeństwo syjonistyczne odkryto 11 marca w kilku artykułach prasowych, później fala przetaczała się przez cały marzec i wygasała powoli.

Z początku syjoniści mieli być raczej pośrednikami, pisano, że podjęli zamówienie polityczne NRF, a Republika Federalna zajmowała na oficjalnej liście wrogów jedno z pierwszych miejsc. W drugiej dekadzie marca prasa stała się bojowa, jakby na dany znak.

Można było przeczytać, że studenci i pisarze nieskusznie chcieli, by grano "Dziady" w Teatrze Narodowym, przedstawienie powinno być zakazane, bo publiczność za bardzo je oklaskiwała. Podano do wiadomości, że ojcowie kilku studentów zajmowali stanowiska wiceministrów lub dyrektorów w ministerstwach, ale właśnie przestali te stanowiska zajmować...

Prasa donosiła o istnieniu i knowaniach bankrutów politycznych, stojących "za plecami" studentów. Pisano o wytrawnych graczach politycznych i zbankrutowanych inspiratorach politycznych... Sprawa syjonizmu była nie tylko oficjalnie wytwarzanym szumem propagandowym, ale miała też konsekwencje praktyczne. Gazety i transparenty głosiły, że należy zwalczać nie tylko pogląd sam w sobie, ale także wyznające go osoby: syjonistów.

Aby ich wysłać do Syjonu /lub do Dajana/, do czego nawoływano, należało ich odszukać. Z tego, co wówczas pisano w prasie, można było wnioskować, że może nie wszyscy Żydzi są syjonistami, ale nie ma syjonistów, którzy by nie byli pochodzenia żydowskiego"...

Karpiński nie stawia kropki nad i, bo konsekwentnie nie wyciąga wniosków z opisywanych wydarzeń. Należy więc przypomnieć, że w wyniku "wydarzeń marcowych" z Polski wyemigrowało kilkanaście tysięcy osób - uczonych i pisarzy, inżynierów i lekarzy, fachowców z różnych dziedzin. W większości byli to Polacy pochodzenia żydowskiego /"syjoniści"/. Karpiński pomija też aspekt rozgrywek wewnątrz-partyjnych /Moczar contra Gomułka/, ale to się nie mieści w przyjętej przez konwencję faktograficznej.

Nadszedł rok 1970. "15 grudnia - notuje Karpiński - robotnicy w Gdańsku nie podjęli pracy, tłumy gromadziły się na mieście, zwłaszcza przed gmachem KW, Komendy Miejskiej MO i prezydium MRN. Tłum podpalił budynek KW, z którego żołnierze strzelali do demonstrantów. Wojsko strzelało do tłumu przed dworcem. Wieczorem w telewizji gdańskiej wicepremier Kociołek uzasadniał konieczność użycia milicji i wojska i stwierdził, że zabito 5 osób...

16 grudnia zgromadzono oddziały wojskowe przed Stoczną Gdańską.

Rano, gdy robotnicy usiłowali wyjść za bramę, oddano do nich salwę. 17 grudnia pierwsze wiadomości o zająciach na Wybrzeżu podano w prasie centralnej... Wspomniano o sześciu zabitych i kilkudziesięciu rannych. Tego dnia rano w Gdyni oddziały wojskowe strzelały do robotników idących do pracy. Strzelano z karabinów maszynowych umieszczonych na czołgach i z helikopterów. Następnie strzelano do ludzi gromadzących się w centrum miasta, przed dworcem i przed gmachem prezydium MPN. 17 grudnia wyszli na ulice pracownicy stoczni szczecińskich. Również w Szczecinie oddziały wojskowe strzelały do stoczniovców"...

W wyniku masakry na Wybrzeżu - nigdy nie ujawniono, ile łącznie było ofiar - ustąpić musiał Gomułka. Pierwszym sekretarzem partii został Edward Gierek. "Gierek - stwierdza Karpiński - zaczął w rozdziale dóbr /użytkiwanych na kredyt/ szukać zabezpieczenia przed buntem robotników. Taka ochrona władzy miała jednak okazać się przedsięwzięciem kosztownym i w rezultacie nieskutecznym".

W 1976 roku władze zdecydowały się na nagłą podwyżkę cen, zapowiedzianą w Sejmie przez ówczesnego premiera Jaroszewicza. Nazajutrz, jak pisze Karpiński, "25 czerwca strajkowały liczne zakłady pracy. W Radomiu strajk zaczął się w Zakładach Metalowych i rozszerzył się na inne przedsiębiorstwa. Robotnicy uformowali pochód i poszli pod gmach komitetu wojewódzkiego PZPR. Po południu gmach komitetu podpalamo. Odpowiedzią władz na demonstracje były masowe aresztowania, bicie aresztowanych i usuwanie robotników z pracy.

25 czerwca rano zastrajkowali również robotnicy Zakładów Mechanicznych w Uksusie pod Warszawą. Dyrekcja nie chciała z nimi rozmawiać i robotnicy wyszli na pobliskie tory. Rozkręcili szyny, co uniemożliwiło ruch na trasie Warszawa-Poznań i Warszawa-Łódź. Wieczorem demonstrantów zaatakowały oddziały milicji".

Premier Jaroszewicz pośpiesznie odwołał podwyżki cen. Ale tym razem protest robotniczy miał dalekosiężne skutki. "W odpowiedzi na represje wobec strajkujących i demonstrujących robotników pojawiły się nie tylko oświadczenia solidarności z robotnikami, ale zaczęto organizować pomoc finansową, prawną i informacyjną. Ta pomoc uzyskała wsparcie, gdy 23 września /1976/ 14 osób podpisało "apel do społeczeństwa i władz PRL", w którym zakomunikowano o powołaniu Komitetu Obrony Robotników - ofiar represji w związku z wydarzeniami 25 czerwca. Członkami komitetu zostali między naukowcy, prawnicy, pisarze, działacze społeczni, byli członkowie AK i byli działacze polityczni". W ten sposób powstał głośny w późniejszych latach KOR.

Nie miałem dotychczas okazji napisać, że każdy z "portretów" Karpińskiego kończy się krótką informacją o wydarzeniach kulturalnych danego roku. Tym razem czytamy: "W Instytucie Literackim w Paryżu ukazał się pierwszy tom "Głównych nurtów marksizmu" Leszka Kołakowskiego" -- jednego z najważniejszych, moim zdaniem, dzieł naukowych ostatnich lat.

Napisałem powyżej, że zamierzam zacytować fragmenty "portretu" również roku 1980. Dochodzę do wniosku, że nie jest to możliwe. Po pierwsze, byłyby to fragmenty zbyt obszerne, zwłaszcza że konieczne byłoby uwzględnienie także wydarzeń z 1981 roku. Po drugie zaś, mogę chyba założyć, że nasi Czytelnicy mają te kluczowe lata w pamięci i że wiedzą o nich więcej, niż Karpiński mógł uwzględnić w swym syntetycznym ujęciu. Oto tylko próbka jego stylu: "W nocy z 12 na 13 grudnia do kilku tysięcy mieszkańców wkroczyła milicja. Aresztowano ludzi według przygotowanych spisów"...

Autor urywa swą relację na 1988 roku. Nie mógł wtedy przewidzieć ani "Okragłego Stołu", ani wyborów z czerwca 1989 roku, ani zwycięstwa "Solidarności" i klęski komunistów.

Książka ukazała się nakładem wydawnictwa "Polonia" w Londynie. Wydaje mi się, że powinna być jak najprędzej przedrukowana przez którekolwiek z wydawnictw krajowych - pierwszego lub drugiego cbiegu. Jest to niezwykle cenne kompendium wiedzy o Polsce w ostatnich 45 latach.

*Grzegorz Jaszwilki*

---

Kolegium redakcyjne: *Zbigniew Chłap, Grzegorz Jaszwilki,  
Zofia Kuratowska /red.nacz./,  
Edmund Wnuk-Lipiński, Krzysztof Wojtyłło,  
Ewa Wolak, Alicja Gil /red.tech./*

Pismo Społecznej Komisji Zdrowia

Pismo otrzymuje subwencje od Społecznej Komisji Zdrowia i Solidarité  
France-Pologne

Cena: 300 zł.

cena 300,-zł