

JAN SOBIECH

BARIERY REFORMY EKONOMICZNEJ W OPIECE ZDROWOTNEJ

I. WSTĘP

Obecny system ekonomiczno-finansowy opieki zdrowotnej został ukształtowany na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych¹. Podlegał on wprowadzie ciągłej ewolucji ale główne założenia jego konstrukcji i zasady funkcjonowania nie uległy od tego czasu większym zmianom. Przemiany o nieco większym znaczeniu nastąpiły w związku ze zmianą rangi rad narodowych, jaka nastąpiła pod koniec lat pięćdziesiątych², oraz z reformą władz terenowych przeprowadzoną w latach 1973 - 1975³. W całym tym okresie system ekonomiczno-finansowy opieki zdrowotnej był przedmiotem dyskusji i licznych kontrowersji, przy czym wysuwane były rozmaite propozycje udoskonalenia tego systemu⁴. Dyskusje te nasiliły się znacznie począwszy od 1980 r. i doprowadziły do uznania konieczności objęcia reformą ekonomiczną także opieki zdrowotnej⁵.

Ochrona zdrowia ma wysokie walory humanitarne, co powodowało w przeszłości dosyć często niechęć do jej rozpatrywania w ujęciu eko-

¹ Można przyjąć, że wprowadzenie obecnego systemu ekonomiczno-finansowego ochrony zdrowia zapoczątkowane zostało ustawą z 23 X 1948 r. o zakładach społecznych służb zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. 1948, nr 55, poz. 434).

² Ustawa z 25 I 1958 r. o radach narodowych.

³ Znaczenie tej reformy dla wszystkich dziedzin działalności socjalno-kulturalnej, ze szczególnym uwzględnieniem władz terenowych szczebla podstawowego, przedstawia praca E. Denek, *Rola organów terenowych gmin oraz miast i gmin w działalności socjalno-kulturalnej po reformie z lat 1973-1975 (Studium ekonomiczno-finansowe)*, Zeszyty Naukowe AE, Seria II — Prace doktorskie i habilitacyjne, z. 83, Poznań 1985.

⁴ J. Sobiech, *Kierunki przebudowy metod finansowania ochrony zdrowia*, w: *Problemy działalności niematerialnej*, Warszawa 1979, s. 218 - 235.

⁵ Wysuwane w pierwszych latach osiemdziesiątych koncepcje zmian systemu ekonomiczno-finansowego ochrony zdrowia omawiam krytycznie w pracy *Ochrona zdrowia w reformie gospodarczej*, *Studia ekonomiczno-finansowe z działalności socjalno-kulturalnej*, Zeszyty Naukowe AE, Seria I, z. 117, Poznań 1983, s. 45-62.

nomicznym. Wydaje się, że niezaprzeczalnym rezultatem dotychczasowych dyskusji nad reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej jest to, że tego rodzaju opory i zachowania zostały zasadniczo wyeliminowane. Utrwaliło się przy tym, i znacznie rozpowszechniło rozróżnienie szerokiego i mało sprecyzowanego pojęcia „ochrony zdrowia” oraz znacznie węższego i bardziej skonkretyzowanego pojęcia „opieki zdrowotnej”\

Dla rozpatrywania reformy ekonomicznej szczególnie użyteczne jest to ostatnie pojęcie, opieki zdrowotnej, sprowadzające opiekę zdrowotną w zasadzie do procesu świadczenia odpowiednich usług, przy czym jako czynniki świadczenia tych usług można rozpatrywać: czynnik pracy, zwłaszcza kadry medycznej i paramedycznej, czynniki rzeczowe w formie urządzeń infrastrukturalnych (wraz z ich wyposażeniem w sprzęt i aparaturę medyczną) oraz środków wykorzystywanych w procesie świadczenia usług (przede wszystkim leków), a także czynnik finansowy, wyrażający się w zasilaniu finansowym instytucji usługowych opieki zdrowotnej.

Pojęciowe rozróżnienie pojęć ochrona zdrowia i opieka zdrowotna uświadomiło wyraźniej, że poziom zdrowotny ludności zależy nie tylko — a nawet nie przede wszystkim — od wskazanych wyżej czynników działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej ale od szeregu innych czynników, takich jak stan środowiska naturalnego, wyżywienie, warunki mieszkaniowe, ochrona i bezpieczeństwo pracy, stan bezpieczeństwa w ruchu drogowym i wiele innych, nie zawsze łatwych do zidentyfikowania czynników. Wydaje się, że możliwość tak wyraźnego skonkretyzowania czynników opieki zdrowotnej jako działalności usługowej stanowi ważną przesłankę obejmowania opieki zdrowotnej reformą ekonomiczną. Nie byłoby to takie łatwe w odniesieniu do ochrony zdrowia, uzależnionej od wielu nie dających się wyraźniej zidentyfikować czynników.

Pojęciowe rozróżnienie ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej skłania do bliższego rozpatrzenia zakresu przedmiotowego samej opieki zdrowotnej, a zwłaszcza skłania do zastanowienia się, czy właściwe jest łączne rozpatrywanie opieki zdrowotnej i opieki społecznej. Pewne przesłanki merytoryczne uzasadniają funkcjonalne powiązanie opieki społecznej i opieki zdrowotnej, co doprowadziło w Polsce do ich integracji organizacyjnej i instytucjonalnej. Często traktuje się tę integrację jako naturalną, gdy tymczasem w dyskusjach nad reformą ekonomiczną sfery społecznej należałoby raczej — jak się wydaje — rozpatrywać problematykę ekonomiczną opieki społecznej łącznie z ekonomiczną problematyką zabezpieczenia społecznego, a problematykę ekonomiczną opieki zdrowotnej ograniczyć do działalności polegającej na świadczeniu usług medycznych. Wydaje się, że łączne rozpatrywanie ekonomicznej problematyki opieki społecznej i opieki zdrowotnej jest nie-

korzystne zarówno dla opieki społecznej, jak i dla opieki zdrowotnej,, przy czym zakres tych niekorzyści jest większy dla opieki społecznej, której problemy są spychane na dalszy plan przez pilniejsze problemy opieki zdrowotnej. Warto przy tym zwrócić uwagę na dosyć powszechne wiązanie złego funkcjonowania opieki zdrowotnej (zwłaszcza przez kierujących zintegrowanymi instytucjami opieka zdrowotnej i społecznej) ze złym funkcjonowaniem opieki społecznej, gdy np. jedną z przyczyn braku łóżek w szpitalach upatruje się w wydłużaniu pobytu w szpitalach ze względów socjalnych, a jedną z przyczyn małej dostępności ambulatoryjnych usług medycznych w nadmiernym korzystaniu przez, ludzi w starszym wieku z porad lekarskich ze względów psychospołecznych itp. — co może zresztą świadczyć o braku w praktyce rzeczywistej integracji opieki zdrowotnej i opieki społecznej.

Pomimo wyjątkowo szerokiego zakresu dyskusji, a także stosunkowo silnego — w porównaniu z innymi dziedzinami sfery usług społecznych — zaangażowania władz państwowych (w tym także Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej) w reformę ekonomiczną opieki zdrowotnej, system ekonomiczno-finansowy opieki zdrowotnej nie ulega de facto istotnej modernizacji. Skłania to do podjęcia w niniejszym opracowaniu problemu barier, na jakie ta reforma w praktyce napotyka. Wydaje się, że bliższe rozeznanie tych barier mogłoby przyczynić się do wyraźniejszego postępu w modernizacji systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej, przy czym refleksje nad tymi barierami mogą mieć również pewne znaczenie poznawcze.

Przedstawienie barier, na jakie napotyka reforma ekonomiczna w opiece zdrowotnej, poprzedzone zostanie krótkim zestawieniem przesłanek obejmowania opieki zdrowotnej tą reformą oraz sformułowaniem celów stawianych przed reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej. Pozwoli to na bardziej wyraziste przedstawienie tych barier.

II. PRZESŁANKI OBEJMOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ REFORMĄ EKONOMICZNĄ

Rozważania prowadzone w tym opracowaniu zostały świadomie prowadzone wyłącznie do opieki zdrowotnej. Zasadniczą przesłankę obejmowania opieki zdrowotnej reformą ekonomiczną stanowa to, że ukształtowany przed trzydziestu kilku laty system opieki zdrowotnej jest niedostosowany do obecnych warunków i do obecnych potrzeb funkcjonowania tej opieki. System ten, w miarę sprawny w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, obecnie funkcjonuje zdecydowanie źle i nawet można mówić o patologii tego systemu. Warto przy tym dodać, że jest to system mało spójny, przy znacznej i pogłębiającej się rozbieżności między

systemem wynikającym z aktów prawnych a systemem rzeczywiście funkcjonującym. Wydaje się to najwidoczniejsze w rozwiązaniach ekonomiczno-finansowych tego systemu.

W rezultacie tego można mówić o powszechnym niezadowoleniu, a nawet o powszechnej frustracji, jaką rodzi obecny system ekonomiczno-finansowy opieki zdrowotnej⁶. Sfrustrowani są pacjenci korzystający z opieki zdrowotnej, głównie ze względu na jej ograniczoną dostępność i niską jakość. Sfrustrowani są pracownicy zatrudnieni w systemie opieki zdrowotnej, głównie ze względu na złe wyposażenie swoich warsztatów pracy, złą organizację pracy i związane z tym przeciążenie pracą oraz niskie płace. Sfrustrowane są władze odpowiedzialne za funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, głównie ze względu na to, że mimo coraz większych nakładów system funkcjonuje coraz gorzej i jest przedmiotem coraz intensywniejszej i powszechnej krytyki.

Niezadowolenie z obecnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej powoduje stosunkowo silny nacisk społeczny na reformę służby zdrowia. Nacisk społeczny na reformę służby zdrowia potęgowany jest złym i stale się pogarszającym poziomem zdrowotności ludności. Świadomość zagrożeń zdrowotnych współczesnej Polski nie jest wprawdzie tak rozpowszechniona jak świadomość zagrożeń ekologicznych ale pogłębia się. Dotyczy to zwłaszcza stosunkowo niskiej świadomości występującego zagrożenia zróżnicowania społecznego i zróżnicowania terytorialnego w poziomie zdrowotności ludności.

Zróżnicowanie społeczne w poziomie zdrowotności związane jest między innymi z takimi cechami zróżnicowania społecznego, jak wykształcenie i wysokość dochodu. Wysoka umieralność niemowląt, dzieci i młodzieży w grupach społecznych o najniższym poziomie wykształcenia i najniższym dochodzie jest jedną z głównych przyczyn faktu, że umieralność wśród dzieci i młodzieży stawia Polskę wśród krajów wykazujących poziom najwyższy. Szczególnie wysoki jest w Polsce zasięg trwałego kalectwa i niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży na skutek zwłaszcza wypadków, urazów oraz chorób układu oddechowego⁷. W ciągu ostatnich 30 lat zwiększyły się wymiary ciała dzieci i młodzieży ale nie zmniejszyły się różnice w tym zakresie między mieszkańcami miast i wsi ani nie uległy zatarciu różnice zależne od pozycji społecznej rodziców⁸.

Zróżnicowanie terytorialne w poziomie zdrowotności związane jest

⁶ Na tę powszechną frustrację, jaką rodzi obecny system ekonomiczno-finansowy opieki zdrowotnej, zwraca uwagę w swoich wypowiedziach J. Indulski.

⁷ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 181 i n.; W. Kondrat, *Spoleczne determinanty umieralności niemowląt*, Warszawa 1982.

⁸ Cele i zadania polskiego programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”, Warszawa 1987, s. 19.

między innymi z regionalnym zróżnicowaniem rozmieszczenia przemysłu, zwłaszcza ciężkiego i chemicznego, doprowadzającego do zanieczyszczenia środowiska naturalnego. Poziom świadomości i aspiracji zdrowotnych, z towarzyszącym temu zróżnicowaniem zapotrzebowania na usługi medyczne, wykazuje także zróżnicowanie terytorialne, tym bardziej że samo zaspokojenie tego zapotrzebowania coraz trudniej poddaje się reglamentacji. Wśród mężczyzn w wieku średnim (35 - 64 lat) nastąpił w ostatnich dwudziestu latach zróżnicowany terytorialnie, a jeden z najwyższych w Europie, wzrost współczynników umieralności, czemu towarzyszy od 1984 r. także wzrost współczynników zgonów kobiet w wieku powyżej 25 roku życia⁹.

Kolejną przesłanką przemawiającą za obejmowaniem opieki zdrowotnej reformą gospodarczą jest kompleksowy charakter reformy gospodarczej i jej odnoszenie do wszystkich dziedzin działalności społeczno-gospodarczych. Szczególne znaczenie ma przy tym obejmowanie reformą działalności władz terenowych, której opieka zdrowotna jest istotną częścią oraz obejmowanie reformą całej sfery usług społecznych. Wszystko to, obok reformowania całego otoczenia opieki zdrowotnej, stanowi o potrzebie obejmowania reformą ekonomiczną także i opieki zdrowotnej.

Wszelkie mankamenty całego systemu kierowania opieką zdrowotną przejawiają się najwyraźniej w funkcjonowaniu jednostek podstawowych (zwłaszcza w instytucjach usługowych) stąd zrozumiały odruch aby „coś zmienić” właśnie w jednostkach podstawowych. Zapomina się przy tym zbyt łatwo, że w jednostkach podstawowych opieki zdrowotnej widać jedynie skutki funkcjonowania całego systemu kierowania opieką zdrowotną.

System kierowania opieką zdrowotną to — mówiąc z pewnym uproszczeniem — system regulacji wszelkich działań w sferze opieki zdrowotnej w całym państwie, obejmujący zwłaszcza planowanie, sterowanie, finansowanie i organizację. Na system ten składają się struktury organizacyjne (układu kierującego i układu kierowanego) oraz kompetencje (traktowane jako możliwości i jako obowiązki) w zakresie konstruowania i stosowania odpowiednich narzędzi i procedur kierowania (głównie budowy planów i ich realizacji) oraz w zakresie podejmowania bieżących decyzji w sprawach działań realnych. Elementarne cechy jakie powinien spełniać system kierowania to wewnętrzna zgodność i spójność, adekwatność i skuteczność. Stanowiący zasadniczy przedmiot opracowania system ekonomiczno-finansowy opieki zdrowotnej jest jedynie częścią tak zdefiniowanego systemu kierowania tą opieką.

⁹ *Stan zdrowia mieszkańców Polski w roku 1984*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 1985.

III. CELE REFORMY EKONOMICZNEJ W OPIECE ZDROWOTNEJ

Cele działań reformatorskich są w rozmaitych projektach i programach reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej formułowane na ogół w sposób bardzo ogólnikowy. Tymczasem wyraźne sformułowanie celów stawianych przed reformą ekonomiczną opieki zdrowotnej uświadamia jasno — jak sądzę — złożoność i trudność tej reformy oraz barier, na jakie może ona napotykać.

Wydaje się, że wyróżnić można przynajmniej dwa główne cele stające przed reformą systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej, przy czym jeden spośród tych celów ma charakter techniczno-ekonomiczny i wysuwa się obecnie na plan pierwszy, a drugi ma charakter społeczny i jest obecnie najczęściej przesuwany na dalszy plan.

Cel techniczno-ekonomiczny reformy gospodarczej w opiece zdrowotnej można sformułować najogólniej jako stwarzanie mechanizmów zapewniających racjonalne gospodarowanie w opiece zdrowotnej, a w szczególności stworzenie mechanizmów zapewniających: po pierwsze, stałe powiększanie zasobów jakimi opieka zdrowotna dysponuje, stosownie do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i poziomu życia ludności oraz po drugie zapewnienie mechanizmów efektywnego wykorzystania zasobów będących już w dyspozycji systemu opieki zdrowotnej.

Utworzone w wyniku tej reformy mechanizmy funkcjonowania opieki zdrowotnej powinny mieć charakter całościowy, być spójne, wewnętrznie zgodne i adekwatne oraz funkcjonować automatycznie. Powinien być wyraźnie wyróżniony układ kierujący i układ kierowany w funkcjonowaniu tych mechanizmów, a instrumenty kierowania powinny zapewniać nie tylko sprawność opieki zdrowotnej, lecz także racjonalność gospodarowania.

Cel społeczny reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej jest niezwykle trudny do skonkretyzowania. W sposób ogólny można ten cel określić przez zapewnienie, przy zastosowaniu utworzonych mechanizmów, każdemu opieki zdrowotnej na najwyższym możliwym, przy obecnym stanie wiedzy i techniki medycznej, poziomie. Trzeba zmierzać do bardziej precyzyjnego sformułowania celu społecznego, po to chociażby, aby ogólnikowość samego sformułowania tego celu nie skłaniała do jego pomijania w reformie systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej.

Zharmonizowanie pragmatycznie ujętego celu techniczno-ekonomicznego reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, z wyczuwalnym intuicyjnie, ale trudniejszym do precyzyjnego sformułowania celem społecznym tej reformy, sprawia poważne trudności, ograniczając znaczenie projektowanej reformy systemu ekonomiczno finansowego opieki zdrowotnej. Toteż stopień zharmonizowania obu tych celów staje się istotnym kryterium oceny zgłaszanych propozycji przebudowy tego systemu.

IV. PROBLEMY WYODRĘBNIANIA BARIER REFORMY EKONOMICZNEJ W OPIECE ZDROWOTNEJ

Niepowodzenia dotychczasowych prób zreformowania systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej skłaniają do rozpatrzenia barier, na jakie napotyka zarówno skonstruowanie nowego, zreformowanego systemu, jak i wdrażanie go w praktyce. W dotychczasowym zaawansowaniu przebudowy systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej nie udało się wyjść poza rozeznanie barier utrudniających utworzenie odpowiedniego systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej. Przyczynia się do tego nakładanie się na siebie i ściśle wzajemne ze sobą powiązanie poszczególnych barier, przy czym sposób ich wyodrębnienia i zastosowane nazewnictwo może budzić zastrzeżenia i wątpliwości.

W dalszym ciągu tego opracowania bliżej omówione zostaną następującego rodzaju bariery: ustrojowa, bilansowa, psychologiczna i koncepcyjna.

Bariera ustrojowa może być spowodowana do braku szerszej i wyraźniej skonkretyzowanej wizji przyszłego, zreformowanego ustroju społeczno-gospodarczego kraju (modelu docelowego), warunkującego rozwiązania systemu opieki zdrowotnej.

Bariera bilansowa wyraża się w dysproporcjach, jakie występują między możliwościami gospodarczymi, wynikającymi z poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, a oczekiwaniami społecznymi w zakresie poziomu opieki zdrowotnej, wynikającymi z zagrożeń zdrowotnych oraz świadomości i aspiracji zdrowotnych.

Bariera psychologiczna wyraża się w obawach (czy wręcz lęku) wyrażanych równocześnie, chociaż z innych — jak się wydaje — powodów, przez potencjalnych pacjentów, pracowników zatrudnionych w opiece zdrowotnej oraz władze odpowiedzialne za funkcjonowanie opieki zdrowotnej, przed dalej idącą reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej.

Bariera koncepcyjna wyraża się w braku, jak dotąd, całościowej, wewnętrznej zgodnej i akceptowalnej koncepcji nowego, zreformowanego systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej i systemu kierowania tą opieką. Istnieje przy tym wyjątkowa wielość i różnorodność rozmaitych propozycji odcinkowych reformy w opiece zdrowotnej.

V. BARIERA USTROJOWA

Za główną barierę reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej uważam obecnie brak szerszej i bardziej skonkretyzowanej wizji przyszłego zreformowanego ustroju społeczno-gospodarczego kraju, stanowiącego otoczenie dla systemu opieki zdrowotnej. Znaczenie tej bariery wynika zarówno z rangi zdrowia w systemie wartości, jak i z przenikania się ochrony zdrowia z wielu dziedzinami działalności gospodarczej, i tym'

samym powiązania opieki zdrowotnej z innymi działami gospodarki narodowej. Bariera ta jest znacząca zarówno dla konstruktorów przyszłego systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej, jak i dla osób wdrażających reformowany system.

Można podać tutaj przykładowo, czego dotyczą -najbardziej dotkliwe — w moim przekonaniu — luki w docelowej wizji zreformowanego ustroju społeczno-gospodarczego kraju, rozpatrywane z punktu widzenia potrzeb reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej. Za najbardziej podstawową uznałbym brak wyraźnego określenia przyszłych zasad podziału, a zwłaszcza zakresu podziału dezyderatywnego (spożycia zbiorowego), i związanych z tym podziałem proporcji między świadczeniami społecznymi pieniężnymi a świadczeniami społecznymi rzeczowymi. Brak skonkretyzowanego modelu docelowego w tym zakresie poważnie utrudnia konstruowanie mechanizmów ekonomiczno-finansowych w całej sferze usług społecznych, a zwłaszcza w opiece zdrowotnej.

Z przyjęciem określonych zasad podziału ściśle łączy się problem granic dopuszczalnego różnicowania terytorialnego i społecznego w warunkach życia ludności, w tym także w zakresie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności. W doktrynie polityki społecznej zakłada się dotąd na ogół jednolitość w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych wszelkich grup ludności, jakkolwiek w praktyce występuje nawet znaczne, zarówno terytorialne, jak i społeczne, różnicowanie stopnia zaspokojenia tych potrzeb. Modernizacja mechanizmów ekonomiczno-finansowych opieki zdrowotnej wymaga uprzedniego wyjaśnienia, w jakim zakresie możliwa jest rewizja tej doktryny. Łączy się to ściśle ze społecznym celem reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, który wymaga wyraźniejszego, niż to się dotąd czyni, określenia, a nie może nastąpić bez przesądzenia rozważanych tu zagadnień ustrojowych.

Zakres dopuszczalnego terytorialnie różnicowania zaspokojenia potrzeb opieki zdrowotnej wiąże się z innym jeszcze problemem o charakterze ustrojowym, to jest z zakresem, w jakim byłoby możliwe odrodzenie samorządu terytorialnego, którego jedną z dziedzin działalności byłaby właśnie opieka zdrowotna. Oparcie działalności władz terenowych na zasadzie samorządności musiałyby się wiązać ze swobodą tych władz w określaniu rozmiarów, zakresu i standardu działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej, co oznaczałoby nieuniknione różnicowanie terytorialne w stopniu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności — i to nie tylko ze względu na preferencje samorządowych organów władzy, lecz także na ich możliwości finansowe. W dotychczasowych wizjach zreformowanego ustroju społeczno-gospodarczego kraju zakłada się wprowadzić oparcie działalności władz terenowych na zasadach samorządowych, ale nie dostrzega się, jak się wydaje, wpływających z tego Konsekwencji w postaci chociażby terytorialnego różnicowania opieki zdrowotnej.

Niemniej ważną barierą w reformowaniu systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej jest brak jasności co do przyszłej roli planu centralnego, zarówno rocznego, jak i wieloletniego, oraz polityki państwa w zakresie opieki zdrowotnej, wyrażanej w tzw. programach problemowych, których przykładem może być rządowy program „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. Wprawdzie zapowiadane są jakościowe zmiany w planowaniu centralnym, w tym także w przedmiocie i metodologii planowania opieki zdrowotnej, nie wiadomo jednak czego te zmiany będą dotyczyć, poza dosyć ogólnymi postulatami uspołecznienia procesu planowania. Nie wiele natomiast wiadomo o przyszłym znaczeniu, przedmiocie i metodologii centralnego planowania.

Dla kształtu przyszłej reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej istotne znaczenie ma przewidywany zakres regulacji rynkowej poza samą opieką zdrowotną. Dotyczy to zwłaszcza rynku pracy i przewidywanej roli tego rynku w regulacji zatrudnienia i płac, a także rynków towarowych, jak rynek leków i środków farmaceutycznych itp., a powstanie rynku pieniężnego mogłoby uatrakcyjnić ubezpieczenie chorobowe jako metodę finansowania opieki zdrowotnej.

Przedstawione tutaj zagadnienia są tylko przykładowym wyszczególnieniem problemów o charakterze ogólnosystemowym, wymagającym rozstrzygnięcia przed przystąpieniem do reformowania systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej.

VI. BARIERA BILANSOWA

Istotną barierę reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, bo wiążącą się ściśle z barierą ustrojową, a zwłaszcza polityczno-ekonomicznym jej aspektem, stanowi bariera bilansowa, wyrażająca się w dysproporcji między możliwościami gospodarki wynikającymi ze stopnia osiągniętego rozwoju społeczno-gospodarczego kraju a oczekiwaniami społecznymi w zakresie poziomu opieki zdrowotnej, wynikającymi ze stanu zdrowia oraz świadomości i aspiracji zdrowotnych. Oczywiście, dysproporcja ta występuje niezależnie od tego, czy system ekonomiczno-finansowy będzie reformowany czy nie, jednakże związana z reformą ekonomiczną tzw. ekonomizacja opieki zdrowotnej wyraźniej tę dysproporcję ujawnia, zmuszając do bilansowania zasobów, jakimi system opieki zdrowotnej dysponuje, z rozmiarami, strukturą i standardem działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej.

Dotychczas istniejący system ekonomiczno-finansowy opieki zdrowotnej umożliwia utrzymywanie w dużym stopniu jedynie deklaratywnego charakteru znacznej części uprawnień zdrowotnych ludności, a — jak się wydaje — zreformowanie tego systemu w kierunku jego ekonomicz-

nej racjonalizacji musi oznaczać konieczność bieżącego, przynajmniej w pewnej mierze, ograniczenia tych uprawnień, co może skłaniać do nieracjonalnego odsuwania w czasie niezbędnej reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej.

Możliwości gospodarki wynikające ze stopnia jej rozwoju przesądzają o zasobach będących w dyspozycji systemu opieki zdrowotnej, dotyczy to zasobów materialnych, zasobów pracy oraz środków finansowych.

Zasoby materialne opieki zdrowotnej są to zwłaszcza urządzenia infrastrukturalne i ich stan techniczny, uzależniony w dużym stopniu od możliwości dokonywania odpowiedniej konserwacji, przeprowadzenia remontów, utrzymywania w sprawności technicznej sprzętu i aparatury medycznej itp. Zasoby te wymagają ciągłego odnawiania. Możliwości gospodarki decydują ponadto o rozmiarach dopływu do opieki zdrowotnej dóbr zaopatrzeniowych o specjalnym charakterze, takich jak leki, płyny infuzyjne, preparaty krwiopochodne itp. oraz dóbr zaopatrzeniowych nie mających specjalnego charakteru, lecz zużywanych w opiece zdrowotnej jako środki czystości, bielizna itp. Rozmiary, struktura i standard działalności usługowej w opiece zdrowotnej zależą w dużej mierze od warunków zaopatrzeniowych, w wszelkiego rodzaju dobra materialne, przy czym odstępowanie od reglamentacji i tworzenie rynków towarowych przyczynia się do poprawy warunków zaopatrzenia w tym zakresie.

Ogranicznik bilansowy stanowią także zasoby kadrowe, jakimi opieka zdrowotna dysponuje, wraz z warunkami wynagradzania za pracę, decydującymi w pewnym stopniu o przyptywie i odpływie kadr do i z opieki zdrowotnej. W zakresie kadr medycznych, zwłaszcza lekarskich, zasoby te cechują się w krótkim okresie dużą stabilnością, związaną z długim okresem kształcenia i niską elastycznością oddziaływania płacy na zatrudnienie kadr medycznych. Najwyżej wykwalifikowani pracownicy medyczni (lekarze, stomatolodzy, farmaceuci) mają małą skłonność do odchodzenia od zawodu, co przy równoczesnym przymusie zatrudnienia w państwowej opiece zdrowotnej stabilizuje — przynajmniej w krótkim okresie — zatrudnienie w tej grupie zawodowej (poza wyjazdami za granicę). Niedobór najwyżej wykwalifikowanych kadr medycznych jako bariera rozwoju opieki zdrowotnej pojawia się więc z pewnym opóźnieniem, ale ma wyjątkowo dotkliwy charakter.

Bardziej odczuwalne są w krótkim okresie braki w zatrudnieniu pracowników o bardziej uniwersalnych (mniej profesjonalnych) kwalifikacjach posiadających szersze możliwości zatrudnienia poza opieką zdrowotną i cechujących się wyższą elastycznością oddziaływania płacy na wybór zatrudnienia.

Traktowanie potrzeby zapewnienia opieki zdrowotnej jako jednego z zadań państwa powoduje, że możliwości finansowe państwa decydują w dużym stopniu o rozmiarach środków finansowych przeznaczanych na pokrycie kosztów funkcjonowania i rozwoju opieki zdrowotnej. Funkcjono-

nowanie opieki zdrowotnej w poważnym stopniu zależy także od dopływu środków dewizowych. Zła sytuacja finansowa państwa, wyrażająca się m.in. w corocznym (od 1980 r.) występowaniu deficytu budżetowego, powoduje, że rozmiary zasobów finansowych, jakie mogą być przeznaczane na opiekę zdrowotną, stają się barierą reformy ekonomicznej w tej opiece, zwłaszcza w zestawieniu z oczekiwaniami społecznymi związanymi z reformowaniem systemu ekonomicznego opieki zdrowotnej.

Oczekiwania społeczne związane z rezultatami tej reformy są znaczne i dotyczą zarówno ilości i struktury usług, jak i, przede wszystkim, ich standardu. Wynikają one ze stosunkowo niskiego poziomu zdrowotności ludności oraz ze stosunkowo wysokich jej aspiracji cywilizacyjno-kulturowych. Skromne możliwości gospodarki, wynikające z jej rozwoju z jednej strony, oraz nieodpowiadające tym możliwościom oczekiwania i aspiracje zdrowotne ludności, a zwłaszcza wysokie nasilenie potrzeb zdrowotnych z drugiej strony, nadają barierze bilansowej reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej dosyć dramatyczny w dzisiejszej Polsce wymiar. W tym przypadku wyraźnie widać pewną sprzeczność między celami techniczno-ekonomicznymi tej reformy a jej celami społecznymi, tym trudniejszą do usunięcia, że cel społeczny formułowany jest dosyć ogólnikowo i ma, przynajmniej częściowo, deklaracyjny charakter.

VII. BARIERA PSYCHOLOGICZNA

Bariera psychologiczna wyraża się w występowaniu obaw (czy nawet lęku) przed dalej idącą reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej, występującą równocześnie u trzech głównych grup podmiotów, których dotyczyłyby skutki reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, tj. potencjalnych pacjentów (czy, jak się mówi upraszczająco: społeczeństwa), pracowników opieki zdrowotnej oraz władz odpowiedzialnych za organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Wydaje się, że bez rzeczywistej i wynikającej z przekonania społecznej akceptacji reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej ze strony potencjalnych pacjentów, zatrudnionych w opiece zdrowotnej pracowników i władz odpowiedzialnych za organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej trudno byłoby oczekiwać powodzenia tej reformy.

W tym miejscu nasuwa się pytanie, z czego wynika i w czym się wyraża sprzeczność między powszechną krytyką obecnego systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej z jednej strony a równie powszechną obawą przed zmianą tego systemu, w drodze bardziej czy mniej radykalnej jego reformy — z drugiej strony? Wydaje się, że to samo w sobie interesujące pytanie, wymaga tutaj rozpatrzenia jedynie w charakterze bariery reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej. Warto się więc zastanowić nad tym, czego dotyczą obawy każdej ze wskazanych

wyżej grup podmiotów, których dotyczyłyby skutki reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej.

Potencjalni pacjenci — mając na uwadze budżety swoich gospodarstw domowych — obawiają się skutków wprowadzenia opłat za usługi medyczne, rozszerzenia odpłatności za leki i innych podobnych systemowych rozwiązań ekonomicznych, jakie wiąże się w dosyć powszechnym odczuciu społecznym z reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej. Intuicyjnie przy tym wyczuwają, że wszystkie te ekonomiczne rozwiązania nie muszą oznaczać ekonomicznej racjonalizacji opieki zdrowotnej, tj. nie muszą się wiązać ze wzrostem ilości usług medycznych, poprawą dostępności do nich oraz podniesieniem ich standardu. Wynika to w dużej mierze z niepowodzeń dotychczasowej reformy gospodarczej w sferze produkcji materialnej, zwłaszcza w zakresie równowagi rynkowej, wzbudzających nieufność także do reform podejmowanych poza tą sferą.

Potencjalni pacjenci obawiają się ponadto niekorzystnego wpływu reformy gospodarczej w opiece zdrowotnej na poczucie bezpieczeństwa społecznego, a to ze względu na przywiązywanie — w ich odczuciu — zdecydowanie większego w tej reformie znaczenia do jej celów techniczno-ekonomicznych aniżeli do celów społecznych. Jeśli nawet nie mają racji, to cele społeczne podejmowanej reformy nie jawią się tak wyraźnie, jak dosyć pragmatycznie ujmowane jej cele techniczno-ekonomiczne.

Nieco bardziej złożone i trudniejsze do skrótowego przedstawienia są obawy przed reformą ekonomiczną opieki zdrowotnej w środowisku pracowników służby zdrowia. Pracownicy medyczni obawiają się, że w wyniku tej reformy zostanie ograniczona, ze względów ekonomicznych, swoboda w postępowaniu medycznym i przy tym nie widzą wyraźnego związku między podejmowaną reformą oraz poprawą swych warunków pracy (w wyniku wzrostu wynagrodzeń, poprawy wyposażenia ich stanowisk pracy itp.). Reforma ekonomiczna w opiece zdrowotnej kojarzy się pracownikom medycznym najczęściej z wprowadzeniem dość prosto pojmowanego akordu w systemie wynagrodzeń za pracę, co wynika — w ich mniemaniu — z niezrozumienia specyfiki działalności usługowej w sferze opieki zdrowotnej.

Wśród pewnej grupy pracowników medycznych występuje zresztą nie tyle obawa przed reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej, co brak zainteresowania tą reformą. Wynika to z nieprzywiązywania, zwłaszcza w przypadku lekarzy, większej wagi do własnego, zresztą przymusowego, zatrudnienia w państwowych jednostkach opieki zdrowotnej, przy przywiązywaniu największego przez nich znaczenia do praktyki prywatnej lub do pracy w lekarskich spółdzielniach pracy. Wyjątkowo biurokratyzowana i zhierarchizowana państwowa opieka zdrowotna wydaje się wielu profesjonalistom niereformowalna a zatrudnienie w niej jest dla nich koniecznością, nie tylko zresztą ze względu na administracyjny przymus tego zatrudnienia ale także ze względu na potrzebę do-

skonałenia zawodowego i dostęp do aparatury medycznej o dużej kapitałochłonności. Reformę ekonomiczną opieki zdrowotnej traktują oni jako odległy problem, który administracja musi rozwiązać w sposób nie naruszający swobody w postępowaniu medycznym. Obawy władz przed reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej wynikają przede wszystkim z chęci utrzymania obecnego scentralizowanego systemu kierowania tą opieką, która jest trudna do pogodzenia z dalej idącą reformą. Dodatkowe obawy władz odpowiedzialnych za organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej wiązane są z przypuszczalną negatywną reakcją na skutki reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej zarówno ze strony potencjalnych pacjentów, jak i zatrudnionych w opiece zdrowotnej pracowników.

VIII. BARIERA KONCEPCYJNA

Przeprowadzenie reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej wymaga uprzedniego stworzenia całościowej, wewnętrznie zgodnej i akceptowanej (możliwej do przyjęcia) przez potencjalnych pacjentów, pracowników medycznych oraz władze państwowe koncepcji takiej reformy. Pomimo zgłoszenia dużej ilości rozmaitego rodzaju propozycji zmian w organizacji i funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, w tym także w jej systemie ekonomiczno-finansowym, oraz pomimo działań różnego rodzaju komisji i komitetów mających — w swoich założeniach — przygotować propozycje doskonalenia organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej, ciągle jeszcze brak całościowej koncepcji reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej¹⁰. Zgłaszane w tym zakresie propozycje dotyczą najczęściej jedynie wycinkowych zagadnień funkcjonowania służby zdrowia, a zwłaszcza organizacji pracy oraz systemu ekonomiczno-finansowego, w tym systemu płac, w jednostkach państwowej służby zdrowia, bez wiązania jednak poszczególnych propozycji — niezależnie od towarzyszących im deklaracji — z innymi elementami systemu kierowania opieką zdrowotną.

¹⁰ Spośród zgłoszonych dotychczas koncepcji reformy systemu opieki zdrowotnej najbardziej jeszcze całościowy charakter mają: 1) projekt opracowany przez Komisję Partyjno-Rządową ds. przeglądu i unowocześnień struktur organizacyjnych gospodarki i państwa oraz Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej: *Projekt reformy systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej* (tezy), Warszawa, styczeń 1988 r. (maszynopis powielony); 2) projekt opracowany przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej: *Projekt reformy systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej* (tezy), Warszawa, marzec 1988 r. (maszynopis powielony); 3) projekt, opracowany przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej: *Kierunki reformy systemu opieki zdrowotnej i społecznej*, Warszawa, luty 1989 r. (maszynopis powielony).

Wspólną cechą tych wszystkich propozycji jest przy tym niewykraczanie poza doskonalenie dotychczasowego scentralizowanego i gałęziowego systemu kierowania przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej opieką zdrowotną w Polsce. Utrzymanie tego systemu wydaje się stanowić nieprzekraczalną granicę zgłoszonych propozycji reformy systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej.

Wiąże się to z niedocenianiem roli czynnika społecznego w kierowaniu opieką zdrowotną. Rola czynnika społecznego w dotychczasowym systemie kierowania opieką zdrowotną przejawiała się w poddaniu państwowej, czyli praktycznie całej, opieki zdrowotnej kontroli organów przedstawicielskich (sejmu i rad narodowych), związanej z finansowaniem tej opieki z budżetu państwa (głównie z budżetów terenowych). Nadzór ten okazywał się niewystarczający i mało skuteczny, co najwyraźniej występowało w odniesieniu do rad narodowych szczebla podstawowego. W związku z tym pojawiają się propozycje powoływania różnego rodzaju społecznych rad zdrowia, mających w założeniu reprezentować interesy potencjalnych pacjentów wobec instytucji państwowej opieki zdrowotnej. Można się także spotkać z postulatami tworzenia społecznych rad w poszczególnych instytucjach państwowej opieki zdrowotnej.

Równocześnie w wyniku ogólnokrajowych tendencji pojawiło się zainteresowanie samorządem pracowniczym w instytucjach opieki zdrowotnej. Jednakże samorząd ogółu zatrudnionych w instytucjach państwowej opieki zdrowotnej nie może — jak się wydaje — odgrywać w tych instytucjach większej roli. Większe znaczenie można byłoby przywiązywać do samorządu pracowników medycznych lub nawet tylko do lekarzy zatrudnionych w poszczególnych instytucjach. To samo znaczenie miałyby odrodzenie samorządu zawodowego w postaci izb lekarskich i izb farmaceutycznych lub także powołanie izb pielęgniarских. Samorząd zawodowy nie mógłby jednak swego zainteresowania ograniczać wyłącznie do działalności zawodowej swych członków w państwowej opiece zdrowotnej, co stanowi o stosunkowo małym zainteresowaniu środowiska medycznego reaktywaniem tego samorządu.

Na tle zgłoszonych propozycji i projektów reformy systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej warto się w dalszym ciągu zająć problemami stanowiącymi główny przedmiot kontrowersji, utrudniających czy wręcz uniemożliwiających doprowadzenie do zwartej i wewnętrznie zgodnej koncepcji reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej. Są to problemy: wyboru źródeł finansowania opieki zdrowotnej; zakresu odpłatności ludności i zakładów pracy za usługi medyczne oraz cen leków i odpłatności za leki; mechanizmów finansowania instytucji opieki zdrowotnej (głównie szpitali); systemu wynagradzania pracowników opieki zdrowotnej. Problemy te zostaną skrótowo w dalszym ciągu przedstawione, ze zwróceniem głównej uwagi na kwestie kontrowersyjne i sporne.

IX. KONTROWERSJE WOKÓŁ WYBORU PODSTAWOWEGO ŹRÓDŁA
FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wielość źródeł finansowania opieki zdrowotnej w Polsce jest właściwie już powszechnie akceptowana i nie budzi większych kontrowersji". Głównym przedmiotem dyskusji jest w tym zakresie jedynie to, czy utrzymać budżet państwa jako dominujące źródło finansowania opieki zdrowotnej, czy raczej zastąpić w tym charakterze budżet państwa funduszem parabudżetowym (na wzór Funduszu Rozwoju Kultury) lub nawet funduszem (lub funduszami) ubezpieczenia społecznego. Mniej istotnym przedmiotem dyskusji, chociaż nie pozbawionym zupełnie znaczenia, jest także rola funduszy zakładów pracy (głównie przedsiębiorstw sfery produkcji materialnej) w finansowaniu opieki zdrowotnej nad swymi pracownikami.

Dotychczasowy, powszechnie krytykowany system opieki zdrowotnej opiera się zasadniczo na finansowaniu budżetowym, które jest bardzo często obwiniane za wszelkie nieprawidłowości w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, stąd też odejście od budżetowego finansowania jest dla wielu nie tylko pociągające, ale nawet w sposób dosyć oczywisty niezbędne. Do zgłaszania propozycji odstąpienia od budżetu państwa jako podstawowego źródła finansowania opieki zdrowotnej skłaniają zwłaszcza dwie przyczyny, a mianowicie występujące od kilku lat trudności w zrównoważeniu budżetu państwa oraz podejmowane, również od kilku lat, działania zmierzające do nadania względnej autonomii budżetom terenowym w ramach budżetu państwa. Wiąże się z tym niewystarczalność budżetowego finansowania opieki zdrowotnej, z tym że druga z tych przyczyn doprowadza w dodatku do rozluźnienia zależności opieki zdrowotnej od ustaleń resortowych. Skłania to, przy równoczesnym dążeniu do utrzymania soentralizowanego, gałęziowego kierowania przez resort zdrowia opieką zdrowotną w całym kraju, do wysuwania propozycji zastąpienia budżetowego finansowania opieki zdrowotnej finansowaniem fundusze- wym z centralnego funduszu parabudżetowego o niezależnych źródłach dochodów. Autorzy tego rodzaju propozycji, uznają, że rygory właściwe tradycyjnemu finansowaniu budżetowemu nie odpowiadają zindywidualizowanej z natury rzeczy działalności w zakresie opieki zdrowotnej, a także uważają, że działalność w zakresie opieki zdrowotnej nie jest dostatecznie konkurencyjna z innymi dziedzinami działalności finansowanej z budżetu państwa, przy czym wyodrębnienie budżetów terenowych z budżetu państwa i rzeczywiste usamodzielnienie tych budżetów może

¹¹ J. Sobiech, *Finansowanie i odpłatność usług społecznych*, Polityka Społeczna 1984, nr 2; K. Tymowska, *Źródła finansowania usług zdrowotnych w Polsce*, *Ekonomista* 1987, nr 2.

utrudniać finansowanie opieki zdrowotnej na jednolitych zasadach w skali całego kraju.

Jak widać, przesłanki odejścia od budżetowego finansowania w kierunku funduszowego finansowania opieki zdrowotnej są dosyć zróżnicowane, dlatego też sam problem wyboru podstawowego źródła finansowania opieki zdrowotnej jest tak bardzo dyskusyjny. Warto te przesłanki chociaż krótko bliżej rozpatrzeć.

Najbardziej oczywistą wydaje się argumentacja głosząca, że tradycyjne, obwarowane licznymi rygorami (wprawdzie w większości jedynie formalnymi, bez większego praktycznego znaczenia) finansowanie budżetowe nie odpowiada potrzebom zindywidualizowanej działalności w zakresie opieki zdrowotnej i specyficznym cechom tej działalności. Jednakże nawet ta najbardziej oczywista argumentacja spotyka się z kontrargumentacją, że sam budżet, a zwłaszcza metody planowania budżetowego i procedury budżetowe, będzie musiał być unowocześniany, gdyż wymaga tego sama reforma gospodarcza, przy czym będzie to miało tym większe znaczenie w odniesieniu do sfery usług społecznych, a nie tylko opieki zdrowotnej, im bardziej zmniejszać się będzie znaczenie budżetu w finansowaniu przedsiębiorstw w sferze produkcji materialnej. Nadanie budżetowi bardziej jednoznacznie socjalnego charakteru ułatwiłoby więc racjonalizację tej sfery finansowania budżetowego.

Poza tym pewne znaczenie ma także i to, że jeżeli uznaje się (a tego w zasadzie się nie kwestionuje) opiekę zdrowotną za jedno z podstawowych zadań państwa, to tym samym uznaje się za właściwą dopuszczalną ingerencję państwa w określanie rozmiarów, struktury i standardu działalności usługowej oraz poziomu finansowania opieki zdrowotnej. Ingerencja ta odbywać się może, przy utrzymaniu finansowania budżetowego, w formie kontroli parlamentarnej, która traci swoje znaczenie przy przechodzeniu do finansowania funduszowego, dlatego też propozycjom finansowania funduszowego towarzyszą na ogół propozycje tworzenia społecznych rad zdrowia, których działalność mogłaby zastąpić rolę wypełnianą dotychczas przez parlament.

X. SPORNE PROBLEMY ODPLATNOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH ORAZ LEKÓW

Problematyka indywidualnej odpłatności za usługi medyczne a także — w nieco mniejszym stopniu — również i zagadnienie wyceny leków oraz zakresu odpłatności za leki należy do najbardziej drażliwych społecznie i zarazem kontrowersyjnych w dotychczasowych dyskusjach nad kształtem reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej. Dyskusyjność tej problematyki jest dosyć oczywistym rezultatem omawianej już bariery ustrojowej i bariery psychologicznej, a zwłaszcza braku jasności co do zasad podziału w przyszłej zreformowanej gospodarce.

Uznaje się dosyć powszechnie, że opieka zdrowotna jest w państwach socjalistycznych nieodpłatna, jakkolwiek ta nieodpłatność dotyczyła w Polsce Ludowej początkowo wyłącznie zatrudnionych w gospodarce społecznej i ich rodzin. Pozostałe grupy ludności otrzymały uprawnienia do bezpłatnej opieki zdrowotnej później i to pod pewnymi warunkami (np. rolnicy indywidualni dopiero w 1971 r. pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczenia społecznego, nie będącego jednakże ubezpieczeniem chorobowym). W prowadzonych na ten temat w ostatnim czasie dyskusjach, w ramach prac nad reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej, podnosi się niekiedy, że nieodpłatność opieki zdrowotnej ma w dużym stopniu wyłącznie deklaracyjny charakter a rzeczywisty zakres indywidualnej odpłatności ludności za usługi medyczne jest w Polsce wyjątkowo szeroki. Skoro więc opłaty pacjentów za usługi medyczne występują w liczącym się w praktyce zakresie to należałoby te opłaty wykorzystać dla racjonalizacji działalności w dziedzinie opieki zdrowotnej.

Uważa się więc np., że opłaty mogłyby być pobierane za usługi o ponadpodstawowym standardzie, wymagałoby to jednak uściślenia pojęcia usług podstawowych, co nie wydaje się łatwe, zwłaszcza w sytuacji ogólnie niskiego standardu opieki zdrowotnej

Uważa się poza tym, że byłoby do przyjęcia pobieranie opłat za usługi medyczne o specjalistycznym charakterze i usługi laboratoryjno-diagnostyczne, o ile usługi te byłyby świadczone na życzenie pacjenta (z pominięciem lekarza tzw. pierwszego kontaktu zatrudnionego w państwowych jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej), albo też na podstawie skierowań ze spółdzielczości lekarskiej czy prywatnych instytucji opieki zdrowotnej. Wydaje się jednak, że przyjęcie tego rodzaju rozwiązania nie dałoby się w praktyce skutecznie zastosować ze względu na naciski wywierane na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiącej i tak najsłabsze ogniwo państwowej opieki zdrowotnej.

Celowość pobierania opłat za usługi medyczne jest uzasadniona niekiedy względami prohibicyjnymi, a więc chęcią ograniczenia korzystania z niektórych usług (np. usługi pogotowia ratunkowego) lub także względami o charakterze porządkowym, przyjmując że pobieranie opłat za usługi medyczne urealniłoby statystykę tych usług w poszczególnych instytucjach opieki medycznej.

Odrębnym problemem jest pobieranie opłat od zakładów pracy za usługi medyczne świadczone w ramach zakładowej służby zdrowia w tych zakładach pracy, które nie są obejmowane przepisami o przemysłowej służbie zdrowia. Jest to wyjątkowo kontrowersyjny problem, łączący się z szerszym — poruszonym już wyżej — zagadnieniem finansowania opieki zdrowotnej z funduszy rozmaitych zakładów pracy.

Stosowanie opłat za usługi medyczne świadczone przez instytucje państwowej służby zdrowia jest dużo częściej przedmiotem różnego rodzaju dyskusji od niemniej kontrowersyjnej problematyki wyceny leków

i zakresu odpłatności za leki. Problematyka ta jest wyjątkowo złożona, a to ze względu na równoczesne występowanie następujących zjawisk: szybkiego wzrostu kosztów produkcji, doprowadzającego do niemniej szybkiego wzrostu ceny wielu leków (przy zachowaniu niezmiennego poziomu ceny niektórych leków); stosunkowo wysoką akumulatywność całego przemysłu farmaceutycznego, dotkliwego i pogłębiającego się braku leków, a także spekulacji lekami. Obowiązujący system opłat za leki nabywane przez ludność w aptekach i zużywane w szpitalach powoduje, że średnia odpłatność ludności za leki nie przekracza 12%, przy rosnących budżetowych dopłatach do cen leków nabywanych przez ludność itp. Problemy odpłatności leków zużywanych w szpitalach oraz regulowanie spożycia leków w szpitalach są najczęściej całkowicie pomijane.

Złożoność całej tej problematyki powoduje, że brak jest bardziej skonkretyzowanej propozycji kompleksowego jej rozwiązania, a liczne próby rozszerzania opłat za leki nabywane przez ludność nie zostały — poza podniesieniem na początku 1989 r. ogólnego poziomu cen leków — dotychczas uwieńczone powodzeniem i są przyjmowane niechętnie (dotyczy to zwłaszcza ograniczenia uprawnień emerytów i rencistów do bezpłatnego korzystania z wszelkich leków). Pojawiają się próby różnicowania zakresu odpłatności za leki nie według kryterium podmiotowego (nabywcy leków), ale swoiście rozumianego kryterium przedmiotowo-funkcjonalnego, zgodnie z którym dzieliłoby się leki na ratujące życie (dla wszystkich bezpłatne); podstawowe (dla wszystkich częściowo odpłatne) oraz ponadpodstawowe (dla wszystkich w pełni odpłatne). Propozycja ta byłaby jednak trudna w praktycznym zastosowaniu, a to ze względu na wyjątkową umowność podziału leków na wskazane grupy oraz ze względu na to, że wymagałaby pełnego zaopatrzenia przynajmniej w leki zaliczane do pierwszej z wymienionych grup.

XI. Dyskusyjne zagadnienia mechanizmów finansowania instytucji opieki zdrowotnej

Wszelkie mankamenty i niedoskonałości istniejącego systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej przejawiają się najostreż w instytucjach opieki zdrowotnej. Stąd też zasady i organizacja gospodarki finansowej tych instytucji była od dawna przedmiotem dyskusji, Stosowane dotychczas mechanizmy finansowania instytucji opieki zdrowotnej są w związku z tym stosunkowo dobrze opisane i poddane daleko idącej krytyce, przy czym nie zawsze dostatecznie uświadamiany jest fakt, że krytyka odnosząca się do funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej wiąże się z wadliwością całego systemu kierowania opieką zdrowotną, a nie tylko zastosowanych mechanizmów finansowania tych instytucji. Dlatego też sprowadzanie reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej —

jak się to często czyni — wyłącznie do zmian w systemie ekonomiczno-finansowym instytucji opieki zdrowotnej jest zbyt daleko idącym uproszczeniem, co nie może przynieść rezultatu.

Zasadniczym przedmiotem dyskusji i sporów w omawianym tu zakresie są możliwości zastąpienia dominującego dotychczas podmiotowego finansowania instytucji opieki zdrowotnej w formie jednostki budżetowej, innymi — doskonalszymi, chociaż bliżej nie skonkretyzowanymi sposobami ich finansowania. Ten nowy, doskonalszy, sposób finansowania instytucji opieki zdrowotnej, którego poszukiwania ciągle jeszcze trwają, musiałby zwłaszcza, zerwać z uznaniowością w finansowaniu instytucji opieki zdrowotnej, wiązać zasilanie finansowe z rozmiarami, strukturą i standardem działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej, a także zapewnić bardziej efektywne wykorzystanie zasobów.

Duże nadzieje wiązano z możliwościami zastąpienia finansowania podmiotowego instytucji opieki zdrowotnej ich finansowaniem przedmiotowym, polegającym na jego upodobnieniu do zapłaty za zakupywane usługi. Nadzieje te nie zostały jednak, jak dotąd, spełnione, nie udało się bowiem rozwiązać problemów odpowiedniego doboru mierników usług oraz rachunku kosztów jednostkowych usług świadczonych przez instytucje opieki zdrowotnej. Zasadniczo najbardziej skonkretyzowane są propozycje przebudowy metod finansowania szpitali jako instytucji opieki zdrowotnej i podjęte zostały nawet próby eksperymentalnego finansowania szpitali z zastosowaniem finansowania przedmiotowego. Nie były one jednak konsekwentne, dąży się raczej do systemu mieszanego, łączącego finansowanie kosztów stałych na zasadzie finansowania podmiotowego i kosztów zmiennych na zasadzie finansowania przedmiotowego.

Problemem nie rozwiązany pozostaje nadal także to, w jaki sposób regulować koszty instytucji opieki zdrowotnej, zwłaszcza szpitali, czy z zastosowaniem normowania rzeczowego i (lub) finansowego, czy jakiś form uzgadniania lub negocjowania dopuszczalnego poziomu kosztów, czy też wreszcie przy zastosowaniu jeszcze innych metod i narzędzi regulowania kosztów. Ekonoanizacja instytucji opieki zdrowotnej wymaga w każdym razie przedyskutowania na nowo zasady terytorialnej rejonizacji ich działania, dopuszczenia możliwości konkurowania przez nie w pewnym zakresie między sobą, integracji instytucji opieki zdrowotnej oraz wielu innych podstawowych problemów organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej.

XII. SPORNE ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE ZASAD WYNAGRADZANIA PRACOWNIKÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jednym ze szczególnych problemów systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej, mających duże znaczenie dla wielu innych rozstrzygnięć reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, są zasady wy-

nagradzania pracowników opieki zdrowotnej oraz mechanizmy kształtowania środków na wynagrodzenia w instytucjach opieki zdrowotnej. Problem ten rozstrzygany jest na ogół w powiązaniu z poziomem płac pracowników służby zdrowia, rozpatrywanym w relacji do poziomu płac zatrudnionych w sferze produkcji materialnej. Przedmiotem sporów nie jest wprawdzie sam poziom płac, który uważany jest przez wszystkich uczestników dyskusji za zbyt niski, jednakże drażliwość reformy zasad i mechanizmów wynagradzania w instytucjach państwowej opieki zdrowotnej, utrudniająca poszukiwanie właściwych rozwiązań, wynika w dużej mierze właśnie z rażąco niskiego poziomu płac pracowników państwowej opieki zdrowotnej.

Środki na wynagrodzenia w instytucjach opieki zdrowotnej kształtowane są dotychczas na zasadach powszechnie stosowanych w gospodarce budżetowej, tj. podlegają centralnej regulacji, z wykorzystaniem limitowania i przeciętnej płacy jako instrumentów planowania budżetowego. Natomiast poziom płac "indywidualnych ustalany jest w oparciu o zasady jednolicie obowiązujące w skali całego kraju, uwzględniające wykształcenie, stopień specjalizacji zawodowej, staż pracy oraz gwarantującej automatyczny awans. Bardzo ograniczone, jakkolwiek występujące formalnie, są możliwości indywidualizacji poziomu wynagradzania w zależności od oceny przez kierownictwo instytucji opieki zdrowotnej rzeczywistych nakładów i efektów pracy poszczególnych pracowników.

W prowadzonych dyskusjach przywiązuje się szczególną uwagę do nadania motywacyjnego znaczenia systemowi wynagradzania w państwowej opiece zdrowotnej. Dotychczas zgłaszane w tym zakresie propozycje są jednak dosyć jednostronne i dotyczą w zasadzie jedynie sposobów kształtowania płac indywidualnych, z pominięciem mechanizmów kształtowania środków na wynagrodzenia w instytucjach państwowej opieki zdrowotnej. Odnosi się to także do prowadzonych w ostatnich latach eksperymentów płacowych w państwowej służbie zdrowia, których wyniki — z tego właśnie powodu — nie są chyba jednoznaczne.

Oczekiwania związane ze zmianami w zasadach wynagradzania są dosyć daleko idące i nawet — jak można przypuszczać — nadmierne. Chciałoby się mianowicie, aby były to zmiany, w których następstwie nastąpiłyby przeobrażenia w strukturze zatrudnienia (zwłaszcza lekarzy) polegające na przepływie kadr z lecznictwa specjalistycznego (przede wszystkim szpitalnego w dużych aglomeracjach) do podstawowego (głównie przychodni i poradni w skupiskach miejskich i ośrodków zdrowia na wsi). Chciałoby się również, aby w wyniku zmian w zasadach wynagradzania uległ zwiększeniu zakres i poziom działalności usługowej państwowej opieki zdrowotnej i nastąpiła intensyfikacja działalności leczniczej, z poprawą stopnia wykorzystania sprzętu i aparatury itp.

Propozycje wysuwane w prowadzonych dyskusjach nie idą tak daleko. W dyskusjach tych są rozpatrywane odrębnie zasady wynagradza-

nia pracowników tzw. lecznictwa otwartego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a odrębnie zasady wynagradzania pracowników szpitalnictwa i lecznictwa specjalistycznego. W zakresie zasad wynagradzania pracowników podstawowej opieki zdrowotnej spór toczy się — mówiąc najogólniej — pomiędzy zwolennikami systemu wynagradzania zbliżonego do akordowego, a więc wiążącego wysokość indywidualnej płacy z ilością udzielonych porad, i zwolennikami systemu wynagradzania zbliżonego do opcyjnego, a więc wiążącego wysokość indywidualnej płacy z liczbą pacjentów będących pod opieką poszczególnych lekarzy z zagwarantowaniem im prawa do swobody wyboru lekarza. Natomiast w szpitalnictwie miałyby występować — obok płacy stałej, ustalonej na dotychczasowych zasadach — ruchoma część płacy, uzależniona od rozmiarów świadczonych usług, przy czym wysokość części ruchomej płacy miałyby być ustalana w poszczególnych instytucjach opieki zdrowotnej dowolnie. Zastosowanie tej propozycji w praktyce wymagałoby zmian w zasadach zasilania finansowego szpitali oraz stworzenia odpowiednich mechanizmów regulowania środków na wynagrodzenia w tych szpitalach.

BARRIERS OF ECONOMIC REFORM IN HEALTH CARE

Summary

The present economic and financial system of health care was subject to a general discussion which resulted in agreement as to the necessity of introducing the economic reform also into that sphere. However, despite a wide range of discussion and in spite of relatively deep engagement of the State authorities into the economic and financial reform of health care, the extent of changes which have already been implemented is still very small. It made the author consider the barriers the economic reform meets in that sphere. The following barriers in health care have been distinguished and analysed: political, balance, psychological and conceptual.

A political barrier is expressed in a lack of a wider and more concrete shape of future reformed socio-economic system, a background for health care system. A balance barrier is expressed in terms of disproportions between economic potential of the country and social expectations (resulting from health threats and health consciousness and aspirations) with respect to the health care standard offered by a new, reformed financial and economic system of health care. A psychological barrier can be seen in anxieties or even fears — a more advanced economic reform in health care brings about, the fears expressed at the same time by potential patients, health care staff and authorities responsible for the functioning of the health care system. Finally, a conceptual barrier is expressed in the absence of a comprehensive, consistent and acceptable conception of a new, reformed health care system and its management.