

ZBIGNIEW WOŹNIAK

BARIERY W REFORMOWANIU SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

1. UWAGI WSTĘPNE

Koniec lat osiemdziesiątych XX wieku przyniósł w krajach wysoko uprzemysłowionych zintensyfikowanie procesu zmian w organizacji, finansowaniu i funkcjonowaniu systemu zdrowia¹, będącego odpowiedzią na pogłębiające się kłopoty z zasobami, z ich kurczeniem się prowadzącym do wyczerpania prostych, standardowo dotąd uruchamianych rezerw (budżet) [Harrison, Moran (2000); Williams (1999); Williams, Torrens (1988)]. Wśród czynników utrudniających dostęp do świadczeń zdrowotnych wymienia się bariery ekonomiczne (zasoby jednostek i instytucji, formy refundacji usług), podażowe i dystrybucyjne (płytki, mało zróżnicowany ofertowo rynek usług) i socjokulturowe (wiedza, postawy, zachowania zdrowotne, kultura zdrowotna), a także polityczne (otwieranie lub zwężanie dostępu) [Kasper (2000), 326].

Z kolei badania i analizy ekonomiczne konfrontujące nakłady na opiekę zdrowotną i efekty (stan zdrowia społeczeństwa) umożliwiły przekazanie opinii publicznej, a zwłaszcza decydującym kilku następujących ważkich z punktu widzenia kształtowania polityki zdrowotnej prawd [Brunet-Jailly (1999); Getzen (2000); Harrison, Moran (2000); Kasper (2000); Lewis, Saulnier, Renaud (2000); Williams (2000)]:

- 1) system opieki zdrowotnej to sfera stałej ekspansji, wymagająca stałego wzrostu, zaś oczekiwania wszystkich przekraczają zasoby opieki zdrowotnej (problemy z alokacją);
- 2) opieka zdrowotna prawie zawsze wygrywa konkurencję o zasoby z innymi podsystemami społecznymi;
- 3) wyższe wydatki na opiekę zdrowotną niekoniecznie prowadzą do poprawy statusu zdrowotnego populacji;
- 4) powszechny dostęp do świadczeń medycznych i opieki zdrowotnej nie musi wprost prowadzić do powszechnego, dobrego stanu zdrowia;

¹ M. Field definiuje system zdrowia jako „całokształt zobowiązań i środków (ludzkich i rzeczowych), przeznaczonych formalnie przez społeczeństwo na cele związane ze zdrowiem. [...] Inaczej mówiąc, to zinstytucjonalizowany mechanizm przekształcający lub zmieniający ogólne nakłady, czyli zasoby materialne na wyspecjalizowane wytwory, czyli usługi mające znaczenie dla społecznych problemów zdrowotnych. Zadaniem systemu zdrowia jest interwencja w przypadkach, gdy jednostka utraciła zdolność wykonywania oczekiwanych ról społecznych z powodu choroby lub urazów” [Field (1976), 133 - 134 oraz 136].

- 5) największe znaczenie w poprawie kondycji zdrowotnej populacji ma społeczna świadomość zagrożeń zdrowotnych i związana z tym odpowiedzialność jednostkowa i zbiorowa;
- 6) strategię zmiany stanu zdrowia populacji sięgające do podstaw i źródeł zachowań zdrowotnych są trudne, żmudne i mają wydłużony horyzont realizacyjny.

Stąd też priorytetem w organizowaniu opieki zdrowotnej w krajach wysoko rozwiniętych stała się dostępność oraz jakość świadczeń zdrowotnych, którym towarzyszy dążenie do budowania efektywnego i kompleksowego (nacisk na promocję zdrowia i profilaktykę), a także wydajnego ekonomicznie oraz sprawiedliwego systemu instytucjonalnego stwarzającego obywatelom możliwość wyboru usług (konsumencka wersja praw obywatelskich) [White (2000); Williams, Torrens (1988)].

Podjęte w oparciu o tak sformułowaną diagnozę wysiłki reformatorskie w wielu krajach spowodowały, iż ostatnie dziesięciolecie minionego wieku zaznaczyło się w systemie zdrowia **przesunięciem akcentów** [Light (2000), 394]:

- 1) z paradygmatu dominacji profesjonalnej² do paradygmatu dominacji nabywców świadczeń i usług medycznych;
- 2) z różnych form lobbyingu lekarzy oczekujących/domagających się stałego zwiększania podaży usług zdrowotnych ku rosnącemu naciskowi nabywców/płatników na jakość usług i efektywność ponoszonych nakładów;
- 3) z preferowania specjalistycznego leczenia, zwłaszcza szpitalnego do rozwiązań organizacyjno-funkcjonalnych faworyzujących podstawową opiekę zdrowotną (renesans roli lekarza rodzinnego) oraz nacisku na promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną.

Badacze problemu twierdzą, iż *paradygmat nabywcy* rodzi nadzieję na poprawę relacji nakłady-efekty zdrowotne, na lepsze skutki zdrowotne przy niższych kosztach [Light (2000), 394]. Przestrzega się równocześnie, iż konkurencja cenowa w opiece zdrowotnej może budować bariery finansowe w dostępności świadczeń, nierówności w wykorzystywaniu systemu zdrowia, nierównomierność rozwoju infrastruktury systemu, zakłóceń wywołanych restrukturyzacją itp. [Light (2000); White (2000); Włodarczyk (1998)].

Ta narastająca fala zmian w narodowych systemach zdrowia w Europie i w Stanach Zjednoczonych tworzyła i tworzy nadal presję innowacyjną wobec polskiego systemu opieki zdrowotnej, zaś rodzima transformacja ustrojowa reformując³ większość subsytemów społecznych doprowadziła do reorganizacji⁴ poszczególnych systemów instytucjonalnych i dotarła w końcu także do służby zdrowia.

² Jak trafnie zauważył Freidson „rola pracowników służby zdrowia jest doniosła nie dlatego, że są ekspertami w zakresie problemu usług zdrowotnych, lecz dlatego, że je świadczą” [Freidson (1976), 156].

³ **Reforma** oznacza zmianę treści jakiegoś systemu nie naruszającą jego istoty.

⁴ Przez **reorganizację** na ogół rozumie się zmianę struktury organizacyjnej służącej poprawie funkcjonowania jakiegoś systemu instytucjonalnego/instytucji, bądź dopasowania ich struktury do zmieniających zadań.

2. KIERUNEK ZMIAN W POLSKIM SYSTEMIE ZDROWIA PO 1989 ROKU – OD PROJEKTÓW ZMIAN W SYSTEMIE ORGANIZACYJNO-FINANSOWYM DO USTAWY O Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym

Zgodnie z zasadami prakseologicznymi modelowo przygotowana reforma winna wspierać się na następujących filarach:

- 1) reforma jakiegos subsystemu stanowi integralny składnik całościowego programu zmian społecznych, gospodarczych i kulturalnych;
- 2) reforma powinna mieć charakter całościowy (tzn. obejmować struktury systemu, zadania i funkcje, finanse, przygotowanie kadr itp.) i wariantowy;
- 3) program zmian cechuje staranne przygotowanie pod względem koncepcyjnym, organizacyjnym, finansowym, kadrowym;
- 4) reformatorzy dysponują odpowiednim zapleczem politycznym oraz środkami uzyskiwania społecznego poparcia dla projektowanych zmian;
- 5) zaplecze informacyjne, zasoby finansowe i/lub infrastrukturalne służące procesowi wdrażania reformy zostały przygotowane z odpowiednim wyprzedzeniem, zaś adresaci projektowanych zmian (pacjenci, lekarze i ich organizacje przedstawicielskie) współpracują z reformatorami w fazie projektowania i realizacji przygotowanych zmian;
- 6) przygotowanie, realizowanie i ocenianie reformy (monitorowanie reformy) powinno opierać się na cyklicznie wykonywanych badaniach socjologicznych i ekonomicznych.

W dalszej części opracowania autor poszukiwać będzie barier utrudniających zarówno przygotowanie, jak i reformę systemu opieki zdrowotnej, zgodnie z powyższymi zasadami prakseologicznymi.

Zmiany ustrojowe w Polsce po 1989 roku z całą ostrością ujawniły zapóźnienie organizacyjne w systemie opieki zdrowotnej oraz jej niedostosowanie do wymogów gospodarki rynkowej. Po dwunastu latach intensywnego tempa przebudowy większości elementów polskiego systemu społeczno-ekonomicznego, zmiany w systemie organizacyjno-finansowym opieki zdrowotnej, odpowiadające oczekiwaniom społecznym są nadal tylko częściowo zrealizowanym postulatem. Dzieje się tak, mimo priorytetowego charakteru reformy w służbie zdrowia, deklarowanego przez kolejne ekipy rządowe wywodzące się z elit o zróżnicowanej orientacji politycznej, funkcjonowania rządowych i pozarządowych zespołów reformatorskich oraz grup ekspertów (także doradców organizacji międzynarodowych), ogłaszania coraz to nowych projektów zmian w systemie organizacji i finansowania opieki zdrowotnej oraz przy aprobacie społecznej dla konieczności wprowadzenia zmian w służbie zdrowia bez względu na podzielane poglądy polityczne.

Do 1999 roku polski system opieki zdrowotnej rozpięty był między konstytucyjną zasadą gwarantującą bezpłatność leczenia w państwowej służbie zdrowia, a prorynkowo zorientowanym otoczeniem instytucjonalnym systemu ochrony zdrowia i stałym spadkiem nakładów budżetowych na

ochronę zdrowia oraz narastającym zniecierpliwieniem pracowników służby zdrowia i pacjentów brakiem odczuwalnych zmian w funkcjonowaniu systemu zdrowia. Dla tych pierwszych postępująca zapaść organizacyjno-finansowa i dekompozycja elementów infrastruktury systemu opieki zdrowotnej oznaczała dalsze pogorszenie warunków pracy i płacy, ograniczanie wachlarza usług i świadczeń medycznych (zwłaszcza profilaktycznych), erozję norm deontologicznych, a także radykalizację postaw profesji medycznych wobec władz państwowych. Z kolei dla pacjentów brak całościowej reformy systemu opieki zdrowotnej oznaczał stopniowe ograniczanie dostępu do świadczeń i konieczność ponoszenia kosztów leczenia w sektorze publicznym (poszerzanie się *szarej i czarnej* strefy nieformalnych opłat) i prywatnym.

Był jeszcze trzeci składnik globalnego rachunku strat wywołanych brakiem sanacji w systemie finansowania systemu ochrony zdrowia, o którym rzadziej wspominają enuncjacje statystyków i przedstawiciele kierownictwa służby zdrowia – to rosnące z roku na rok zadłużenie placówek służby zdrowia uniemożliwiające jakąkolwiek racjonalną gospodarkę zasobami⁵. Można przyjąć, iż jeśli nie rachunek ekonomiczny, to tylko presja moralna powstrzymywała wierzycieli placówek służby zdrowia przed podjęciem zdecydowanych prób egzekwowania należności za leki, żywność, wodę, ciepło, energię elektryczną oraz niezbędne materiały i inne elementy wyposażenia⁶.

Utrzymywanie opisanego wyżej stanu rzeczy skutkowało nie tylko poszerzaniem błędnego koła zadłużenia w całej sferze budżetowej – a w konsekwencji obniżeniem wyników ekonomicznych w pozostałych działach gospodarki – lecz również pogorszeniem stanu zdrowia populacji oraz radykalizacją nastrojów społecznych.

Powszechna świadomość konieczności przeprowadzenia radykalnej reformy polskiego systemu ochrony zdrowia zapisana wiosną 1989 roku w usteniach stanowiących pokłosie obrad *Okrągłego Stołu*, wyznaczyła zaledwie kierunek, w jakim zmiany miałyby podążać. Reszta dopracowana być miała w toku prac specjalistycznych zespołów pracujących pod kierunkiem powołanego w tym celu wiceministra resortu zdrowia.

Prace kolejnych zespołów reformatorskich doprowadzić miały między innymi do przygotowania koncepcji najważniejszego elementu przyszłego systemu opieki zdrowotnej w Polsce – wprowadzenia nowego systemu finansowania służby zdrowia. W tej kwestii panowała od początku zgoda powszechna co do tego, iż **należy odejść od dotychczasowego, wyłącznie budżetowego zasilania systemu opieki zdrowotnej i poszukania nowych źródeł finansowania placówek służby zdrowia** poprzez np. powołanie celowych funduszy, wprowadzenie opłat dla pacjentów za leki, pobyt w zakładach zamkniętych, ponadstandardowe usługi w lecznictwie i diagnostyce itp.

⁵ Przykład: zadłużenie placówek służby zdrowia przekraczało pod koniec 1998 roku 7 mld zł.

⁶ Można przyjąć hipotezę, iż finansowanie placówek służby zdrowia milcząco zakładało bierną postawę wierzycieli w egzekwowaniu należności, wymuszaną presją moralną – kto bowiem odważy się **chorym** wyłączyć prąd, odciąć wodę i ciepło, zamknąć dopływ gazu, wstrzymać dostawy żywności? Powstające w ten sposób błędne koło zadłużenia w całej sferze budżetowej odkładało się na wynikach ekonomicznych pozostałych sektorów gospodarczych. Takie praktyki deprawowały równocześnie kadre zarządzającą placówkami medycznymi, która nabierała poczucia braku odpowiedzialności za gospodarkę finansową instytucji medycznych.

Analizując materiały robocze i oficjalne dokumenty z lat 1989 - 97 traktujące o przygotowywanych przez rządowe i pozarządowe podmioty projektach zmian w systemie finansowania służby zdrowia, daje się wyróżnić dwa wyraźnie opozycyjne wobec siebie podejścia koncepcyjne [Włodarczyk (1998); Woźniak (1996)]:

- 1) projekty zmierzające do powołania kontrolowanego **przez państwo centralnie rozdzielanego funduszu, pochodzącego z obowiązkowych i powszechnie opłacanych składek obywateli**, którego zasoby byłyby podstawowym źródłem finansowania służby zdrowia;
- 2) projekty zakładające wprowadzenie systemu **zdecentralizowanych ubezpieczeń zdrowotnych, jako samorządnych i niezależnych instytucji finansowych**, poddanych nadzorowi państwowemu.

Zrębów koncepcji kontrolowanego przez państwo funduszu celowego pochodzącego z powszechnych składek na ubezpieczenie zdrowotne można doszukiwać się w stanowisku rządowym przedstawionym w lutym 1989 roku podczas obrad *Okrągłego Stołu*, kiedy proponowano utworzenie Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych (FUZ), jako docelowo podstawowego źródła finansowania działalności profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej⁷.

Kolejne dokumenty ogłaszane do końca 1990 roku zakładały, że „model opieki zdrowotnej będzie miał w zakresie finansowania charakter ubezpieczeniowy oraz w zakresie uprawnień do świadczeń zaopatrzeniowy (wariant I – bezpłatne świadczenia dla wszystkich obywateli PRL), bądź ubezpieczeniowy (wariant II – tylko dla osób posiadających ubezpieczenia zdrowotne) [...]”. Projektodawcy przewidywali także „możliwość wprowadzenia refundacji za usługi poza sektorem publicznym przez Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego według zasad i cen przyjętych dla zakładów społecznej służby zdrowia”⁸.

Zwolennicy tej opcji finansowania opieki zdrowotnej uznali tworzenie odrębnych towarzystw ubezpieczeniowych za rozwiązanie mało efektywne, bowiem obok dodatkowych kosztów związanych z obsługą nowego systemu nie dawałoby „narzędzia realizacji efektywnej polityki zdrowotnej – kto inny byłby odpowiedzialny za tę politykę, a kto inny dysponowałby środkami finansowymi”.

Zmodyfikowany wariant modelu koncesjonowanych przez państwo ubezpieczeń zdrowotnych pojawił się w dokumencie kolejnej rządowej grupy reformatorów skupionych w Międzyresortowym Zespole do Spraw Reform Zabezpieczenia Społecznego i Systemu Świadczeń Zdrowotnych (1993 r.) proponującym:

- wydzielenie „[...] z administracji rządowej zarządzanie systemem opieki zdrowotnej – rolą administracji miałoby być przede wszystkim sprawowanie funkcji rzecznika polityki zdrowotnej państwa”;
- oraz utworzenie „[...] Publicznej Służby Zdrowia (zdecentralizowany ogólnokrajowy system zarządu finansowego opieki zdrowotnej) jako realizatora

⁷ *Kierunki reformy systemu opieki zdrowotnej i społecznej*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, luty 1989 r. (skrótowa i zmodyfikowana wersja dokumentu zaakceptowanego na posiedzeniu Komitetu Społeczno-Politycznego Rady Ministrów w dniu 15 grudnia 1988 r.), s. 26 - 28.

⁸ *Założenia reformy w zakresie organizacji opieki zdrowotnej (propozycja)*, MZiQS – podzespół do spraw reformy w zakresie organizacji opieki zdrowotnej, Warszawa wrzesień 1989, s. 1 i 17 - 18.

gwarancji państwa w zakresie świadczeń zdrowotnych, która ulegnie przekształceniu w instytucję powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych (Ubezpieczalnię Publiczną)⁹.

W sumie, mimo dużego zaplecza intelektualnego i możliwości decyzyjnych nie udało się jednak grupie reformatorów skupionych w zespołach rządowych wypracować do roku 1994 na tyle spójnego projektu zmian, iżby stać się on mógł podstawą przyszłego rozwiązania ustawowego¹⁰.

Odmienne filozofia budowy nowego systemu finansowo-organizacyjnego w opiece zdrowotnej legła natomiast u podstaw projektów zmierzających do wprowadzenia zdecentralizowanych i niezależnych od państwa, acz powszechnych, obowiązkowych oraz nadzorowanych przez organy państwowe ubezpieczeń zdrowotnych¹¹. Zgodnie z tą koncepcją finansowanie bieżącej działalności podmiotów świadczących usługi zdrowotne opiera się na funduszach ubezpieczeniowych gromadzonych w oparciu o składkę ubezpieczenia zdrowotnego¹², a nie na dochodach budżetu państwa pochodzących z podatków. Wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych (powszechnego i ubezpieczeń dodatkowych) oznacza ściśle rozgraniczenie *strony popytowej* (nabywców świadczeń) opieki zdrowotnej reprezentowanej przez zdecentralizowane fundusze ubezpieczeniowe oraz *strony podażowej* reprezentowanej przez zróżnicowane pod względem własnościowym i rozproszone podmioty świadczące usługi zdrowotne. Finansowanie opieki zdrowotnej z funduszy ubezpieczeniowych jest odejściem od systemu *dotacji* – jedyną formą przepływu środków finansowych z centrum jest regulowanie przez państwo z kasami chorych należności za wykonywanie przez te ostatnie zadań zleconych z zakresu polityki zdrowotnej. Instytucje ubezpieczeń zdrowotnych jako podmioty prawa publicznego, działać powinny na zasadach *non-profit* (celem nie jest osiągnięcie zysku).

W systemie zdecentralizowanych, niezależnych i samorządnych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego kasy zawierają umowy *bezpośrednio* z wykonawcami usług lub ich samorządnymi organizacjami, nie za z ich pośrednikami – administracją państwową (województwo) lub samorządową (wójt, burmistrz, prezydent miasta). Pełnienie roli nabywców świadczeń przez związki samorządów terytorialnych lub przez administrację wojewódzką może prowadzić do sytuacji konfliktowych lub rozmycia odpowiedzialności. Państwo realizu-

⁹ *Założenia ogólne ubezpieczeń zdrowotnych (projekt roboczy)*, Międzyresortowy Zespół do spraw Reform Zabezpieczenia Społecznego i Systemu Świadczeń Zdrowotnych, Warszawa marzec 1993. W pierwszym etapie reformy ze składki ubezpieczeniowej pokrywane miały być koszty w podstawowej opiece zdrowotnej, co oznaczałoby finansowanie mniej niż 20% ogólnych wydatków bieżących ponoszonych przez budżet państwa na opiekę zdrowotną.

¹⁰ Projekty te spotkały się z ostrą krytyką zarówno ze strony posłów sejmowej Komisji Zdrowia, jak i Naczelnej Izby Lekarskiej oraz związkowców z NSZZ „Solidarność”.

¹¹ Pełna koncepcja ustrojowa takiego właśnie projektu ubezpieczeniowego zaprezentowana została w grudniu 1992 roku przez Zespół Ekspertów Komitetu Społecznego Rady Ministrów [Majewska, Sobiech, Woźniak (1993)], zaś jej podstawowe założenia znalazły się także w zaprezentowanym kilkanaście dni później dokumencie Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”.

¹² Projektodawcy omawianego rozwiązania proponowali przyjęcie generalnej zasady polegającej na tym, iż łączne obciążenie obywatela podatkiem dochodowym od osób fizycznych i składką ubezpieczenia zdrowotnego winno być równe obciążeniu tymże podatkiem przed wprowadzeniem składki. Stąd też w momencie wprowadzania składki ubezpieczenia zdrowotnego nastąpić powinno jej zrekomensowanie przez odpowiednie obniżenie stopy podatku dochodowego od osób fizycznych.

je swoją rolę gwaranta i obowiązek kontroli przestrzegania prawa poprzez instytucję nadzoru ubezpieczeń zdrowotnych.

Zdaniem przedstawicieli tej grupy reformatorów dominacja funduszy ubezpieczeniowych w finansowaniu bieżącej działalności placówek medycznych wymusi przebudowę struktur organizacyjno-funkcjonalnych w opiece zdrowotnej (kryterium efektywności i preferencje pacjentów), jak również zracjonalizuje gospodarowanie zasobami systemu zdrowia.

Ten sposób myślenia o reformie służby zdrowia startował z pewnym opóźnieniem, gdyż:

- 1) jego zwolennicy oczekiwali na propozycje i efekty działania ekip postsolidarnościowych w kolejnych rządach po roku 1989,
- 2) w okresie, który nazwać można *prekonceptyjnym* (1989/90) orędownicy klasycznego systemu ubezpieczeniowego godzili się na hasłowe zapisy o ubezpieczeniach wprowadzane w dokumentach oficjalnych, nie będąc w pełni świadomymi konotacji znaczeniowych pojawiających się propozycji i wynikających z tego konsekwencji.

Stąd też kilka pierwszych lat poświęcono na masowe szkolenia (zwłaszcza działaczy związkowych i przedstawicieli Izb Lekarskich), studiowanie ekonomicznych implikacji budowy i funkcjonowania systemu ubezpieczeniowego w opiece zdrowotnej oraz poznawanie konkretnych rozwiązań w innych krajach (zwłaszcza w Niemczech). Ostatecznie wiosną 1994 roku przygotowana została pierwsza wersja projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, który ostatecznej formie skierowany został w lipcu 1995 roku przez Prezydenta RP Lecha Wałęsę do Sejmu RP¹³. Parlament przyjął 6.02.1997 roku mocno zmodyfikowaną wersję projektu społecznego [Woźniak (1996); Woźniak (1997)], ta zaś została znowelizowana przez kolejny rząd i uchwalona przez posłów i senatorów 9.11.1998, by z początkiem nowego roku cały system opieki zdrowotnej poddać jej władaniu.

3. BARIERY W FAZIE WDROŻENIOWEJ REFORMY SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Już podczas prac nad przygotowaniem projektów ustaw (zwłaszcza nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) i zmianami organizacyjnymi w opiece zdrowotnej ujawnił się w łonie rządu i w Parlamencie nie przewyżczony od 1993 roku konflikt między zwolennikami wprowadzenia systemu ubezpieczeniowego w opiece zdrowotnej (Akcja Wyborcza Solidarność) i orędownikami tzw. samorządowej opieki zdrowotnej (Unia Wolności). Skutkowało to kilkoma istotnymi dla wdrożenia reformy faktami:

- 1) do opinii publicznej docierały często bardzo rozbieżne informacje na temat podstawowych założeń i kierunków zmian w służbie zdrowia świad-

¹³ Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, projekt Społecznej Komisji Zdrowia przy Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, druk sejmowy nr 1192, Warszawa 12 lipca 1995

- czące o braku jednolitej koncepcji przyszłego systemu organizacyjnego i finansowego, zwłaszcza w gremiach kierowniczych resortu zdrowia;
- 2) spory polityczne w łonie koalicji opóźniały prace nad nowelizacją ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, co uniemożliwiło wcześniejsze upowszechnienie nowych rozwiązań prawno-organizacyjnych oraz przygotowanie/przebudowę struktur i kadr medycznych do funkcjonowania w nowych warunkach organizacyjno-financeowych;
 - 3) dezorientację pogłębiały spory wokół wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne (obniżonej z 10% do 7,5%), statusu własnościowego placówek medycznych, roli ZUS w przyszłym systemie ubezpieczeniowym, a także niezbyt czytelne dla personelu medycznego deklaracje na temat zmian w zasadach wynagradzania;
 - 4) brak było czytelnego medialnie, jednoznacznego wsparcia politycznego i organizacyjnego dla Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego – zarówno na forum rządu, jak i w samym resorcie zdrowia (zwłaszcza w dyskusjach nad wysokością składki, branżowych kas chorych, prywatnych kas chorych);
 - 5) pojawiły się poważne opóźnienia w podejmowaniu przez samorządy uchwał umożliwiających podjęcie procedury usamodzielniania zakładów opieki zdrowotnej warunkującego wejście w kontrakt z kasą chorych. Proces ten trwał do końca 1999 roku, co utrudniło przygotowanie struktur organizacyjnych i kadrę zarządzającą placówkami służby zdrowia do nowych sposobów finansowania i organizacji opieki zdrowotnej¹⁴;
 - 5) reformatorzy rządowi i z kręgów kierowniczych resortu forsowali własne, nie zawsze spójne z założeniami zmian systemowych w opiece zdrowotnej rozwiązania – klasycznym przykładem była książeczka Rejestru Usług Medycznych przygotowana dla budżetowego finansowania świadczeń medycznych, lecz funkcjonująca do dziś jako dokument uprawniający do korzystania z pomocy medycznej w niektórych regionach;
 - 6) nie przygotowano planu docelowej sieci szpitali, standardów w opiece zdrowotnej, tzw. *gwarantowanego koszyka świadczeń*¹⁵;
 - 7) konfliktem politycznym owocował proces obsady kadrowej w kasach chorych;
 - 8) parlamentarne lobby samorządowe doprowadziło do upolitycznienia kas chorych przez przyjęcie rozwiązania ustawowego, w wyniku którego wyboru członków rady kasy dokonuje sejmik województwa.

Należy podkreślić, iż szkoleniem przygotowującym do zmian w opiece zdrowotnej objęto prawie wyłącznie organizatorów kas chorych – poza tym procesem znaleźli się zarządzający zasobami systemu opieki zdrowotnej. Zdecydowana większość kierujących dużymi strukturami organizacyjnymi w opiece zdrowotnej uzyskiwała certyfikaty menedżerskie w ramach jedynie w tym czasie programu szkoleniowego przygotowującego do pełnienia

¹⁴ Wielu zarządzających otwarcie prezentowało brak zainteresowania zapowiadany zmianami lub twierdziło: „nie takich reformatorów przeżyliśmy”.

¹⁵ Zbyt wolno przebiegające prace nad restrukturyzacją zakładów opieki zdrowotnej poważnie skomplikowało w lipcu 1998 roku odejście do bardziej intratnej pracy wiceministra odpowiedzialnego za tę sferę z ramienia UW.

takiej roli w systemie zbliżonym do rozwiązań bliższych koncepcji samorządowej służby zdrowia, niż systemowi ubezpieczeniowemu.

Dlatego też kasy chorych w porównaniu z innymi elementami systemu opieki zdrowotnej były najlepiej zorganizowaną strukturą funkcjonalną nowego systemu. Natomiast ich otoczenie instytucjonalne (zakłady opieki zdrowotnej) wchodziło w nowy system w stanie rozchwiania struktur¹⁶ i dezorientacji pracowników oraz z kadrą zarządzającą zasobami opieki zdrowotnej, nieprzygotowaną w większości wypadków do działania w warunkach konkursu ofert i realnego rachunku kosztów.

Nie mając po stronie świadczeniodawców przygotowanego merytorycznie partnera, ani silnego wsparcia politycznego (nawet we własnych szeregach), kasy chorych pełnić musiały w pierwszych, najtrudniejszych miesiącach wdrażania nowego systemu rolę instytucji odpowiedzialnej za wszystko, co wiązało się z funkcjonowaniem opieki zdrowotnej w kraju. Na kasy spadło także całe *odium* rozgoryczenia społecznego za późniejsze kłopoty w funkcjonowaniu placówek medycznych.

Brzemienne w skutkach okazało się także wyłączenie z prac nad przygotowaniem zmian systemowych w opiece zdrowotnej przedstawicieli zawodów medycznych, zwłaszcza lekarzy. W rezultacie kadra medyczna i jej organizacje zawodowe uzyskały komfortową wobec nowych i trudnych realizacyjnie rozwiązań systemowych pozycję komentatora, recenzenta, krytyka i jedynego obrońcę pacjenta.

4. KOMUNIKOWANIE SIĘ REFORMATORÓW Z ADRESATAMI PRZYGOTOWYWANEJ ZMIANY SYSTEMOWEJ

W pierwszych dniach i tygodniach 1999 roku reformatorzy zostali zaskoczeni zmasowanym atakiem mediów wobec wprowadzanych zmian. Mimo, iż należało oczekiwać takiego biegu zdarzeń¹⁷, kręgi reformatorskie okazały się całkowicie bezbronne wobec fali zarzutów, pretensji, demagogii i bardzo często ujawniającego się braku kompetencji wśród dziennikarzy (brak było pakietu informacyjnego dla żurnalistów oraz interaktywnego systemu monitorowania społecznego odbioru reformy).

Poszukując przyczyn trudności we wdrażaniu oczekiwanej społecznie reformy oraz niekorzystnego wizerunku społecznego zmian wprowadzanych od dwóch lat w systemie opieki zdrowotnej, nie można abstrahować od tych zjawisk i procesów, które współkształtowały warunki umożliwiające uruchomienie totalnej krytyki ze strony publikatorów w kilkadziesiąt godzin po wejściu w życie rozwiązań ustawowych inicjujących jedną z najtrudniejszych wdrożeniowo reform (globalny adresat i konsument, moralno-etyczna otoczka problematyki zdrowotnej). Jedną z istotnych przyczyn tego stanu rzeczy jest sposób komunikowania się gremiów odpowiedzialnych za przy-

¹⁶ Przekształcenia własnościowe w placówkach służby zdrowia trwały w niektórych rejonach kraju do końca grudnia 1998 roku.

¹⁷ Od lipca 1998 r. narastało nieprzychylnie nastawienie prasy wobec planowanych zmian w opiece zdrowotnej.

gotowanie i wdrożenie jednej z najważniejszych z punktu widzenia poczucia bezpieczeństwa reform. Ta wielka, powszechnie i od wielu lat oczekiwana operacja reformatorska wystartowała w niekorzystnym klimacie politycznym i medialnym, na co złożyły się następujące wydarzenia:

- 1) rząd w relacjach z mediami pozostawał pasywnym przez kilkanaście pierwszych miesięcy wprowadzania reformy, nie przejawiał inicjatywy informacyjnej, wypowiadał się wówczas, gdy został „wywołany do odpowiedzi”. Nie wyprzedzał zdarzeń, raczej odpowiadał na zarzuty, tłumaczył się – rzadko bronił własnych racji. O reformie mówili prawie wyłącznie urzędnicy resortowi zobowiązani do wdrażania reformy, lecz byli w tej batalii propagandowej osamotnieni¹⁸;
- 2) do końca kadencji reformatorów brak było jednolitego i pewnego źródła informacji na temat reformy – funkcjonowały dwa siłą rzeczy konkurujące ze sobą ośrodki informacji prasowej w resorcie zdrowia: służby prasowe ministra zdrowia¹⁹ i Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Działał także zespół do spraw kontaktów z mediami w Biurze Koordynatora Reform Społecznych w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów oraz Biuro Prasowe Rządu. Dziennikarze napotykać trudności w uzyskaniu informacji w tak rozproszonych i często jawnie ze sobą konkurujących służbach prasowych sięgali po wiadomości bezpośrednio do ministrów, którzy rzadko dysponowali wiedzą o całości spraw związanych z przygotowywanymi zmianami organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej po 1.01.1999 roku;
- 3) w przekazie medialnym stale obecny był dwugłos w resorcie zdrowia – o reformie mówili co prawda ludzie z nią kojarzeni, ale nie mówiono o niej z perspektywy resortu zdrowia i rządu jako o spójnej całości²⁰. Do opinii publicznej docierają informacje o braku *consensusu* między resortem finansów i ministerstwem zdrowia w kluczowej dla powodzenia projektowanych zmian kwestii wysokości składki. Narastało wrażenie, że reformy bronią tylko ci, którzy ją wdrażają lub są za to odpowiedzialni – co więcej publiczność otrzymywała ważny sygnał: reformatorzy nie znajdują wsparcia nawet we własnym obozie politycznym, we własnym resorcie i w osobach ministrów własnego rządu²¹;
- 4) analizy przekazów prasowych z lat 1999 - 2000 pozwala stwierdzić, że reforma miała minimalne wsparcie ze strony własnego zaplecza polity-

¹⁸ Dotyczyło to zwłaszcza Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Ubezpieczenia Zdrowotnego – efektem ubocznym tego stanu rzeczy było pewnego rodzaju „zużycie medialnego wizerunku” Pełnomocnika: trudno wskazać na podstawie analizy artykułów prasowych i przekazów telewizyjnych pozytywny kontekst wydarzeń w służbie zdrowia towarzyszący jego wystąpieniom.

¹⁹ Jako kuriozum uznać trzeba fakt wykorzystywania anonsów prasowych na temat reformy służby zdrowia do reklamowania własnej agencji reklamowej przez rzecznika prasowego ministra zdrowia.

²⁰ Tuż po ukonstytuowaniu gabinetu J. Buzka autor przeprowadził badanie stopnia spójności poglądów ścisłego grona przyszłych reformatorów – wyniki wykazały wiele istotnych rozbieżności w podejściu do założeń zmian w systemie opieki zdrowotnej (m.in. wysokości składki, stopnia niezależności instytucji ubezpieczeniowych, otwarcia rynku ubezpieczeniowego dla podmiotów prywatnych, statusu własnościowego przekształcanych placówek medycznych, zasad refundacji między kasami).

²¹ Przykład: krótko po zainicjowaniu reformy kluby parlamentarne SLD i PSL złożyły w Sejmie wniosek o odwołanie ministra zdrowia, zaś Unia Wolności – rządowy koalicjant reformatorskiego obozu – wniosowała o dymisję jednego z wiceministrów odpowiedzialnego za przekształcanie zakładów opieki zdrowotnej, przed objęciem funkcji państwowej jednego z inicjatorów dotkliwych medialnie protestów anestezjologów.

- cznego²². Demagogicznym często i niespójnym wewnętrznie argumentom i postulatami opozycji parlamentarnej nie towarzyszyła merytoryczna reakcja ze strony reformatorów i/lub wspierających ich kręgów politycznych²³;
- 5) autorzy tzw. „solidarnościowego” projektu reformy służby zdrowia nigdy (od 1993 roku) nie stworzyli wokół siebie grona przychylnych tej koncepcji dziennikarzy. Udało się to natomiast zwolennikom koncepcji konkurencyjnej – tzw. samorządowej służby zdrowia, której eksperci i autorzy są od lat obecni w mediach, krytykując koncepcję solidarnościową i jej realizację, byli i są często komentatorami artykułów i audycji o reformowanej służbie zdrowia. Po stronie autorów wdrażanej reformy w służbie zdrowia takich cytowanych i zapraszanych przez media autorytetów brakuje;
- 6) w kampanii medialnej zamiast informacji na temat procesu zmiany zapowiadanego od wielu lat i przez wszystkich oczekiwanego, zastosowano formuły charakterystyczne dla reklamy. Nie wskazano miejsc szczególnie zagrożonych konfliktem i trudnościami adaptacyjnymi niemożliwymi do przewidzenia w tak gigantycznej operacji, jaką były zmiany w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej – miast informacji technicznej świadczeniodawcy i pacjenci otrzymywali od polityków zapewnienia o dobrym przygotowaniu reformy.

Również w otoczeniu instytucjonalnym reforma nie zyskała zbyt wielu sojuszników. Wśród tzw. „aktorów instytucjonalnych” obecnych w debacie medialnej na temat zmian w służbie zdrowia tylko dwa niezależne ośrodki eksperckie, takie jak Centrum im A. Smitha i Centrum Badań nad Gospodarką Rynkową prezentowały się jako jednoznaczni zwolennicy reformy. To jednakże był tylko potencjalnie najsilniejszy sojusznik w kampanii medialnej, bowiem ośrodki tego typu prezentują co prawda materiały zobiektywizowane i bezstronne analizy, ale ich wpływ na opinię społeczną był znikomy, gdyż reformatorzy nie wykazali jednak koniecznego dla późniejszego efektu medialnego zainteresowania, a potem udzielenia realnego wsparcia potrzebnych reformatorom badań, analiz i ekspertyz. Pozostali aktorzy instytucjonalni mówili i mówią nadal o reformie mniej lub bardziej, ale zawsze krytycznie i adresują swoje uwagi przede wszystkim pod adresem rządu, nawet jeśli prawdziwym adresatem powinni być np. dyrektorzy kas chorych lub dyrektorzy ZOZ-ów.

Reformatorom nie udało się stworzyć żadnej liczącej się przeciwwagi dla instytucjonalnych aktorów (korporacje profesjonalne, NIK, agendy par-

²² Nie odnotowano ani jednej wypowiedzi na temat reformy, której autorem byłby szef Klubu Parlamentarnego AWS, ani jednej polemiki broniącej reformy, w którą zaangażowałby się ważny, ceniony i popularny w sondażach polityk obozu rządowego. Sprawiało to wrażenie, że pod reformą służby zdrowia nikt – poza premierem (obowiązek formalny) – nie chce się podpisać. Opozycyjna SLD wystawiała do walki propagandowej z reformą służby zdrowia swoich najlepszych i co ważniejsze najbardziej popularnych i akceptowanych społecznie przedstawicieli.

²³ SLD żądało np. likwidacji kas chorych, a z drugiej optowało za ich odpolitycznieniem; żądano rzeczy istniejących (prawo wyboru lekarza), posługiwano się zdaniem normatywnymi (jak ma być) nie mówiąc w jaki sposób to osiągnąć; domagano się zmian w sferach, które były coraz lepiej oceniane (równość praw, równy dostęp do usług medycznych) w badaniach opinii publicznej.

lamentarne, dyrektorzy placówek medycznych) przeciwnych reformie lub krytycznie do niej nastawionych.

Bezustanne ataki mediów i opozycji parlamentarnej, niedostatki legislacji, opóźnienia w wydawaniu aktów wykonawczych, wreszcie ewidentne błędy kierujących placówkami medycznymi powodowało wikłanie reformatorów w zbyt szczegółowe spory, zaś wzięta na siebie (mniej lub bardziej świadomie) pełna odpowiedzialność za wprowadzane zmiany doprowadziła w gremiach kierowniczych resortu i zarządzających kasami chorych do zachowań charakterystycznych dla *syndromu obłądzonej twierdzy*. W konsekwencji autorzy zmian w służbie zdrowia w obliczu zmasowanej krytyki i braku politycznego wsparcia nawet we własnym obozie, tak silnie identyfikują się z reformą, że bezkrytycznie zaczynają bronić określonych rozwiązań niezależnie od ich zasadności i efektywności, *nasiłkują propagandą kłęski*, wygaszają i blokują sygnały o zakłóceniach w przebiegu zmian i funkcjonowaniu nowych instytucji²⁴.

Skutkiem tego stanu rzeczy jest to między innymi, że z czasem argumenty reformatorów, zaczęły być odbierane przez opinię publiczną jako „urzędniczy optymizm”, zaś u odbiorców informacji pojawia się groźne dla innowatorów przekonanie, iż skoro w rządzie nie ma jedności w kwestiach istotnych dla reformy, to nie jest wykluczone, iż proponowane zmiany nie są najlepszymi z możliwych. Coraz trudniej także było przebić się do świadomości społecznej z pozytywnymi przykładami, analizami porównawczymi, wzmocnieniem propagandowym dla wprowadzanych zmian.

W tej sytuacji u odbiorców komunikatów medialnych pojawić się mogło wrażenie, że reforma nie ma swoich beneficjentów.

5. WIZERUNEK MEDIALNY REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA W LATACH 1999 - 2000

Od 1989 roku wiele materiałów prasowych dotyka autentycznej niekompetencji władz wszelkich szczebli, ułomności rozwiązań organizacyjnych reformowanego państwa, złej jakości prawa, arogancji i korupcji funkcjonariuszy i urzędników państwowych. Ta kontrolna, a czasem nawet śledcza funkcja mediów powoduje, iż radio, prasa i TV znajdują się bardzo wysoko na liście instytucji zaufania publicznego. I właśnie dlatego należy zwrócić uwagę na obserwowane od kilkunastu lat zjawisko stosunkowo łatwego skazywania na „śmierć medialną” rozmaitych przedsięwzięć o charakterze reformatorskim na długo przedtem, zanim zaczną one w pełni funkcjonować. Klasycznym przykładem mogą być na przykład losy dobrze przygotowanej merytorycznie i informacyjnie kampanii przygotowującej wprowadzenie podatku VAT. Przygotowane zmiany zostały w mediach wyszydzone, potencjalni podatnicy wystraszeni jej następstwami, zaś autorzy z imienia i nazwiska oskarżani o brak kompetencji, działanie wbrew interesom kraju itp. Ani sprawne wdrożenie podatku VAT, ani doskonałe opinie autorytetów

²⁴ Tak po roku funkcjonowania zaczęły reagować kierownicze gremia kas chorych.

światowych wystawione autorom i wdrażającym tę całkowicie nową na polskim gruncie regulację podatkową nie stały się przesłanką zweryfikowania przez media swoich wcześniejszych, niesprawiedliwych ocen. Podobny los spotkał wiele regulacji prawnych, o których przydatności i efektywności społecznej prasa, radio i TV wyrokowały w momencie wchodzenia konkretnych rozwiązań ustawowych w życie – tak na przykład postąpiono w ostatnim czasie z przepisami zaostreżającymi sankcję dla posiadaczy narkotyków oraz likwidującymi w ruchu drogowym prawo skrętu w prawo przy czerwonym świetle (tzw. zielonej strzałki).

Należy równocześnie zauważyć, iż kwestie związane z organizacją i funkcjonowaniem opieki zdrowotnej nigdy nie miały w Polsce tzw. „dobrej prasy”, rzadko też organizatorzy ochrony zdrowia dostarczali swymi pomysłami przesłanek sprzyjających poprawie wizerunku medialnego służby zdrowia. Dynamika zdarzeń wokół reformowania sektora zdrowotnego i uwolnienie z tym związanych emocji społecznych spowodowało, że dziennikarze zajmujący się problematyką ochrony zdrowia, zwłaszcza najlepiej zorientowani w kwestiach związanych z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej (przede wszystkim w prasie), zostali wciągnięci w spór o kształt reformy jako jedna ze stron zarysowującego się konfliktu wokół przygotowywanych przez „solidarnościową” część koalicji rządowej projektu zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej.

Materiały prasowe na temat przygotowywanej reformy z drugiej połowy 1998 roku i z pierwszych tygodni po jej wprowadzeniu przynosiły krytyczne, alarmistyczne wręcz wypowiedzi na temat przewidywanych trudności. Media kierowały pod adresem reformatorów przestrogi przed przyjęciem zbyt niskiej składki ubezpieczeniowej, wiele doniesień informowało o braku porozumień świadczeniodawców z kasami chorych, braku cenników lub zbyt niskiej wycenie poszczególnych usług medycznych. Towarzyszyły tym informacjom szeroko upowszechniane, krytyczne wobec przyjętych rozwiązań ustawowych stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Jednakże mimo krytycznej oceny sposobu przygotowania i wdrażania reformy w opiece zdrowotnej właśnie prasa była w pierwszych dwóch latach wprowadzania zmian w służbie zdrowia nieomal jedynym źródłem informacji na temat konstrukcji nowego systemu, sposobu poruszania się w nowej rzeczywistości instytucjonalnej, łącznikiem między pacjentami a decydentami, uzyskiwania wykładni ustawowej oraz instytucją zbierającą dane na temat luk prawnych w nowym systemie.

Analiza zawartości artykułów prasowych²⁵ z lat 1999 - 2000 na temat służby zdrowia wykazała, iż:

— w prasie codziennej ukazało się niewiele informacji o faktycznym funkcjonowaniu instytucji medycznych, rzeczywistej dostępności świadczeń i usług zdrowotnych – brak było przede wszystkim, pozytywnych przykładów wprowadzanych zmian;

²⁵ 981 artykułów z lat 1999 - 2000 publikowanych w: „Rzeczypospolitej”, „Gazecie Wyborczej”, „Trybunie”, „Życiu”, „Gazecie Poznańskiej” i „Głosie Wielkopolskim” [M. Kucharski, M. Ozorowska, E. Skrbeńska, P. Stawny – przypis 30].

- funkcję informacyjną na rzecz pacjentów realizowała przede wszystkim „Gazeta Wyborcza” i gazety lokalne;
- materiały prasowe poruszały na ogół sprawy o zasięgu i znaczeniu ogólnopolskim, rzadziej pisano o kwestiach mających odniesienia regionalne – do rzadkości należały artykuły omawiające problemy związane z reformą w mieście; incydentalnie o zmianach w opiece zdrowotnej na wsi pisały nawet gazety lokalne;
- niewielka, część artykułów zawierała treści, które uznać można było jako aprobatę dla wprowadzanych zmian (9% – częściej publikacje w „Życiu” i w gazetach lokalnych. Najbardziej krytyczne artykuły publikowała „Trybuna”;
- większość materiałów prasowych zarówno emocjonalnie zabarwionym tytułem, jak i treścią kieruje do odbiorców informacje podważające sens reformy, poddające w wątpliwość zaufanie do nowego systemu opieki zdrowotnej, rzetelność i kompetencje reformatorów, rodząc niepokój wśród użytkowników placówek medycznych;
- treść komunikatów prasowych ujawnia także niedostateczną orientację wielu dziennikarzy w sprawach, o których piszą.

Telewizja publiczna – najbardziej „gorące” z mediów – porzuciła na realizowaniu funkcji interwencyjnej, nie stroniąc od politycznych odniesień w komentowaniu zmian w służbie zdrowia (audycje publicystyczne), prezentując nazbyt często materiały ocenne bez konfrontowania zdarzeń z faktami (np. ogłaszanie w Wiadomościach przez prominentów opozycji parlamentarnej informacji o wzroście liczby zgonów z powodu zmian organizacyjnych w opiece zdrowotnej, prezentowanie Dnia Dziecka z perspektywy pogorszenia w wyniku reformy służby zdrowia warunków życia i rozwoju najmłodszego pokolenia).

Większość materiałów telewizyjnych na temat reformy w służbie zdrowia pochodziło i pochodzi nadal z województwa stołecznego, które napotyka na znacznie większe niż unijne regiony kłopoty w funkcjonowaniu placówek medycznych po 1.01.99, i które w ocenie pacjentów znajduje się po dwóch latach wdrażania reformy na przedostatnim miejscu w kraju. Stolica to znaczące centrum opiniotwórcze – kłopoty organizacyjne wywołane zmianami w warszawskiej służbie zdrowia są dość szeroko nagłaśniane przez media o ogólnopolskim zasięgu, stanowią przesłankę uogólnień, w oparciu o które formułuje się oceny wszystkiego, co kojarzone jest ze zmianami w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej po 1.01.1999 roku. Koncentrowanie uwagi opinii publicznej na wychwytywaniu mankamentów utrudnia racjonalizowanie ocen, poszukiwanie przyczyn trudności, prowadzenie koniecznej w takich sytuacjach konstruktywnej debaty społecznej. Znacznie trudniej przebić się do świadomości społecznej z informacją o pozytywnych przykładach z innych części kraju, zwłaszcza, że prezentowane analizy zawartości komunikatów prasowych wykazały, iż media lokalne powielają na ogół spektakularne wydarzenia związane z funkcjonowaniem służby zdrowia, mało miejsca poświęcając problemom o wymiarze regionalnym, miejskim itp.

Analiza zawartości artykułów prasowych na temat wdrażanej reformy w służbie zdrowia wykazała także iż:

- informacje na temat zmian w opiece zdrowotnej pojawiały się w prasie codziennej znacznie częściej między lipcem i sierpnem (tak zwany „sezon ogórkowy” w mediach), niż w innych miesiącach poszczególnych lat;
- rzadko informacji o wprowadzanych zmianach udzielał na łamach prasy Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Ubezpieczenia Zdrowotnego, do rzadkości należały także wywiady z ministrem zdrowia oraz z politykami;
- powszechne było natomiast samodzielne przygotowywanie przez dziennikarzy materiałów na temat reformy – wówczas bohaterami przekazu prasowego byli autorzy reformy, zwłaszcza pracownicy kas chorych (najczęściej gremia kierownicze tych instytucji);
- rzadko bohaterami materiałów dziennikarskich byli adresaci reformy (lekarze, pielęgniarki, pacjenci) – wyjątek stanowiły artykuły interwencyjne;
- opozycyjny dziennik „Trybuna” znacznie częściej niż inne tytuły prezentował na swoich łamach problemy związane z płacami i strajkami w służbie zdrowia, rzadziej poruszając takie kwestie jak: funkcjonowanie szpitali i podstawowej opieki zdrowotnej, wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, funkcjonowanie ZUS;
- materiały prasowe poruszały przede wszystkim sprawy o zasięgu i znaczeniu ogólnopolskim, rzadziej pisano o kwestiach mających odniesienia regionalne – do rzadkości należały artykuły omawiające problemy związane z reformą w mieście; incydentalnie o zmianach w opiece zdrowotnej na wsi pisały nawet gazety lokalne;
- niewielka część artykułów zawierała treści, które uznać można było jako aprobatę dla wprowadzanych zmian (9% – częściej publikacje w „Życiu” i w gazecie lokalnej) – prawie połowa materiałów miała charakter neutralny wobec przedmiotu przekazu prasowego, pozostałe artykuły ujawniały zróżnicowany poziom dezaprobaty wobec opisywanych kwestii związanych z reformą służby zdrowia (najbardziej krytyczne artykuły publikowała „Trybuna”);
- znakomita większość materiałów prasowych zarówno emocjonalnie zabarwionym tytułem²⁶, jak i treścią kieruje do odbiorców informacje podważające sens reformy, poddające w wątpliwość zaufanie do nowego systemu opieki zdrowotnej, rzetelność i kompetencje reformatorów rodząc niepokój wśród użytkowników placówek medycznych;
- w ciągu dwóch lat w prasie codziennej ukazało się niewiele informacji o faktycznym funkcjonowaniu instytucji medycznych, rzeczywistej dostępności świadczeń i usług zdrowotnych – brak pozytywnych przykładów wprowadzanych zmian;
- autorzy artykułów wyrażali bardzo krytyczne opinie na temat wszystkich odpowiedzialnych za wprowadzanie reformy. Podważane są kompetencje ministra zdrowia, Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Ubezpieczenia Zdrowotnego, kas chorych i ich zarządów, rad i pracowników, stawiano zarzuty o zaniechanie starań o stan zdrowia mieszkańców działaczom samorządowym, dyrektorom placówek medycznych i organom założycielskim. Treść komunikatów prasowych ujawnia niedostateczną orientację

²⁶ *Klinika na Banacha zagrożona, Kasom chorym nie wystarczy funduszy, Koniec rehabilitacji?, Kasy nie udźwigną ciężaru, Karetki nie wyjadą w teren, Stan przedzawałowy, Cierpią chorzy, Rokowanie: złe, Do pierwszego zgonu, Brak środków na ratowanie dzieci, Leki znów droższe, Bolesna noc.*

- dziennikarzy w sprawach, o których piszą – wielokrotnie mylnie przedstawiano informacje na temat kompetencji poszczególnych instytucji w ramach nowego układu w systemie zdrowia, kasie chorych przypisując rolę instytucji kreującej politykę zdrowotną, pracodawcy dla personelu medycznego w regionie; organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej wini się za niedofinansowanie placówek, zaś dyrektorom szpitali odbiera się samodzielność w zarządzaniu;
- prasowa dyskusja wokół reformy zdominowana została kwestią wysokości składki ubezpieczeniowej. Sprawiało to u czytelnika wrażenie, że wprowadzane zmiany polegają na skrajnej merkantylizacji i pełnemu urynkowaniu usług medycznych.

Analiza materiałów prasowych i sposobu komunikowania się reformatörów z adresatami zmian pozwala stwierdzić, że zobiektywizowany wizerunek reformy służby zdrowia przegrany został właściwie jeszcze przed jej uruchomieniem. Późniejszy, coraz bardziej negatywny obraz wprowadzanych zmian i jej niekorzystny odbiór społeczny ma swoje źródło w atmosferze tworzonej wokół planowanej przebudowy systemu opieki zdrowotnej między listopadem 1998 i lutym 1999 roku – wtedy to, reforma przy dużym udziale samych jej autorów otrzymała swoisty „wyrok medialny”. Dlatego między innymi w początkach stycznia jedna z poczytniejszych gazet inicjując skądinąd potrzebną, autentyczną akcję informacyjną mogła opatrzyć bardzo sugestywnym tytułem: *Jak leczyć w tym bałaganie?*²⁷

6. PERSONEL MEDYCZNY I PACJENCI WOBEC ZMIAN W SŁUŻBIE ZDROWIA

Pod koniec 2000 roku personel medyczny w zdecydowanej większości przypadków – tak jak przed wejściem reformy w życie – był przekonany o konieczności wprowadzenia zmian w organizacji i finansowaniu systemu opieki zdrowotnej w Polsce – najmniejszy entuzjazm w tej kwestii przejawiały pielęgniarki. Mimo powszechnej prawie świadomości konieczności zmian w systemie opieki zdrowotnej, niezbyt wielu przedstawicieli zawodów medycznych uważa, iż po reformie system funkcjonuje dobrze (mniej niż co czwarty respondent – tabela 1).

Stosunkowo najlepiej postrzegają efekty reform:

- 1) lekarze stomatolodzy,
- 2) lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.

Najbardziej krytycznymi w ocenie skutków reform są:

- 1) lekarze pracujący w szpitalach, zwłaszcza w wąskich specjalnościach,
- 2) pielęgniarki i personel placówek opiekuńczo-leczniczych,
- 3) studenci akademii medycznej.

Krytycyzm wobec wprowadzanych zmian rośnie z wiekiem i wśród osób zamieszkujących duże ośrodki miejskie. Studenci medycyny, pielęgniarki

²⁷ E. Cichocka, „Gazeta Wyborcza”, 11.01.1999.

i lekarze pracujący w szpitalach wyrażają więcej obaw niż nadziei wobec przyszłości reformy w służbie zdrowia – znacznie większymi optymistami są lekarze podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarze stomatolodzy.

Wśród przedstawicieli personelu medycznego najgorsze oceny dokonywanych zmian w służbie zdrowia, największy krytycyzm i pesymizm w ocenie teraźniejszości i przyszłości systemu opieki zdrowotnej wyrażają kategorie „wykluczone” z bezpośredniego udziału w negocjowaniu warunków kontraktu z kasą chorych – pielęgniarzki i lekarze ze szpitali (zwłaszcza wąskich specjalności).

Badania autora, wykonane w Wielkopolsce wykazały, iż z podstawowej opieki zdrowotnej częściej korzystają osoby lepiej wykształcone, lecz przybywa ich także w mniejszych ośrodkach miejskich i na wsi (tam zwłaszcza częściej korzysta się tutaj z pomocy pielęgniarzki środowiskowej). Odwrotną zależność rejestrujemy w przypadku korzystania z usług lekarzy-specjalistów – im wyższy status społeczny i wielkomiejski rodowód, tym lepszy dostęp do lecznictwa specjalistycznego. Szerszy dostęp do rozbudowanego wachlarza usług medycznych mają także osoby niepełnosprawne oraz ludzie starzy.

Najlepsze oceny jakości świadczonych usług w placówkach opieki zdrowotnej uzyskały w kolejności: pielęgniarzki środowiskowe, pediatrzy, lekarze-specjaliści, personel szpitalny, lekarze domowi/rodzinni, położne środowiskowe, fizykoterapia. Gorsze oceny wydano jakości pracy świadczonej przez stomatologów, pomoc doraźną i wieczorową, rehabilitantów i personel sanatoryjny oraz ginekologów. Oceny jakości usług medycznych były zbliżone w całej badanej populacji – wyjątek stanowią jednakże mieszkańcy wsi częściej niż inni wyżej oceniający pracę: lekarza stomatologów, ginekologa, pielęgniarzki środowiskowej oraz pomocy wieczorowej, zabiegów rehabilitacyjnych i fizykoterapii. Korzystający z usług wiejskiej służby zdrowia nieco gorzej niż pozostali respondenci oceniali jakość świadczeń lekarza rodzinnego, specjalistów oraz pomocy doraźnej i leczenia szpitalnego (tab. 2).

Spośród jednostek organizacyjnych świadczących usługi laboratoryjne i diagnostyczne najwyższe oceny jakości pracy uzyskały: pracownia radiofotograficzna (zwłaszcza w opinii częstych użytkowników, jakim są osoby niepełnosprawne), laboratorium analityczne oraz badania radiologiczne piersi (zwłaszcza na wsi) i ultrasonografia (szczególnie wśród osób niepełnosprawnych). Nieco gorsze oceny wystawiono pracującym przy obsłudze rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej.

W szpitalu najwyższe oceny uzyskały w kolejności takie aspekty jego funkcjonowania jak: możliwość praktyk religijnych i odwiedzania chorych, dbałość o jakość wykonywanych zabiegów, praca pielęgniarek, dostęp pacjenta do lekarza leczącego i ordynatora, dbałość o higienę w salach chorych. Najgorzej oceniano niedostatek usług *quasi*-hotelowych, takich jak wygląd i wyposażenie sal rekreacyjnych, usługi fryzjerskie, bufet, kioski z gazetami itp., wyżywienie oraz liczebność sal chorych – kategorią szczególnie krytycznych pacjentów byli mieszkańcy wsi (tab. 3).

Trzecia część respondentów uważa, że służba zdrowia funkcjonuje obecnie gorzej niż przed reformą (znacznie więcej na wsi i wśród niepełnosprawnych),

lecz drugie tyle nie dostrzega jakichkolwiek zmian („ani gorzej, ani lepiej”) w systemie opieki zdrowotnej (uważa tak co drugi pacjent niepełnosprawny).

Rzadko dostrzegano nowe, korzystne dla pacjentów rozwiązania w organizacji i funkcjonowaniu służby zdrowia (znacznie częściej niepełnosprawni), stąd też połowa użytkowników instytucji medycznych dostrzegała potrzebę wprowadzenia korekt w nowym systemie opieki zdrowotnej (zwłaszcza na wsi).

Duża – jak na korzystne oceny jakości pracy wystawione przez badanych znanym im placówkom służby zdrowia – część respondentów uważa, że medialny obraz funkcjonowania służby zdrowia po reformie jest zbyt mało krytyczny (40,3% wskazań), a tylko co piąty sądzi, że przekaz dziennikarski na temat reformy w systemie zdrowia jest zbyt pesymistyczny. Zwraca uwagę wysoki odsetek mieszkańców wsi i osób niepełnosprawnych (odpowiednio 37,9% i 39,2%) nie potrafiących dokonać konfrontacji obrazu medialnego reformy służby zdrowia z rzeczywistym funkcjonowaniem placówek medycznych (tab. 4).

Uzyskane wyniki wskazują, iż zmiany zasad finansowania i organizacji opieki zdrowotnej uruchomiły procedury sprzyjające egalitaryzacji dostępu do usług medycznych, bowiem na zmianach w służbie zdrowia najbardziej skorzystały w ciągu ostatnich dwóch lat osoby:

- gorzej wykształcone,
- mniej zarabiające,
- oraz pochodzące z mniejszych ośrodków miejskich i ze wsi.

Badani z niższych pięter drabiny społecznej, mimo napotykaných nadal trudności w zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych częściej dostrzegają walory nowego systemu – zwłaszcza zaś otwarcie dla ludzi o niższym statusie społecznym drogi do wielu niedostępnych do tej pory instytucji i świadczeń medycznych (zwłaszcza specjalistycznych, możliwość wyboru, „próbowania” nowych możliwości itp.).

Pozytywy zmian w organizacji opieki zdrowotnej dostrzegają także emeryci i renciści, jakkolwiek stanowią oni równocześnie najliczniejszą grupę pacjentów napotykających na kłopoty natury biurokratycznej w kontaktach placówkami służby zdrowia kontraktującymi usługi w Kasie Chorych. Po stronie negatywnych efektów reformy osoby w wieku emerytalnym lokują rosnące obciążenia z tytułu kosztów leczenia (zwłaszcza leków).

Na reformie zyskały zatem te kategorie społeczne, które nie dysponowały i nie dysponują znaczącym „kapitałem społecznym”, nie tkwiły i nie tkwią w sieci osobistych powiązań ułatwiających dostęp do wielu dóbr i instytucji.

Najbardziej krytycznymi wobec wszystkiego co niesie ze sobą reforma systemu opieki zdrowotnej są osoby (i to bez względu na status materialny):

- w średnim wieku,
- najlepiej wykształcone,
- pełniące funkcje kierownicze,
- mieszkające w dużych miastach.

Na pełniejszym niż dotychczas otwarciu systemu opieki zdrowotnej najbardziej traci inteligencja, zwłaszcza wielkomiejska. Ludzie o wysokiej pozycji społecznej, to jednostki, które w ostatnich kilku latach najsilniej

parły do zmian w systemie organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, jednakże skutek tychże właśnie oczekiwanych zmian tracące najwięcej. W poprzednim systemie opieki zdrowotnej jednostki o wyższym statusie społecznym znajdowały się w uprzywilejowanej pozycji w dostępie do „dóbr rzadkich” – mniej liczyły się pieniądze, znaczące były koneksje i ich wymiana na inne dobra. Z dnia na dzień ludzie ci utracili uprzywilejowaną pozycję beneficjanta starych reguł dostępu do świadczeń medycznych („szybka ścieżka” dotarcia do specjalisty poprzez znajomych, dostęp do wyższych jakościowo usług na podstawie prywatnego polecenia, „płacenie” za usługi medyczne dostępem do innych dóbr rzadkich itd.) i obecnie w zdecydowanej większości muszą oni realizować potrzeby zdrowotne (zwłaszcza na wyższych poziomach referencyjnych systemu) zgodnie z nowymi rygorami dostępu do świadczeń medycznych (prymat podstawowej opieki zdrowotnej, skierowanie). To główna przesłanka silnego i utrzymującego się krytycyzmu wobec zmian w opiece zdrowotnej w tej opiniotwórczej warstwie społecznej.

Klientami placówek medycznych sektora prywatnego są jak dawniej w takich przypadkach ludzie lepiej wykształceni, dobrze zarabiający i mieszkający w dużych miastach – na wsi leczenie poza placówkami posiadającymi kontrakt z kasą chorych rzadziej jest wyborem – leczenie pełnopłatne częściej wymusza uboższa infrastruktura służby zdrowia i pozory ustawowego wyboru lekarza i placówki leczącej.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI KOŃCOWE

Powszechnie i od wielu lat oczekiwana, gigantyczna operacja reformatorska w najbardziej wrażliwym obszarze życia społecznego, jakim jest funkcjonowanie opieki zdrowotnej, wystartowała w bardzo niekorzystnym klimacie politycznym i medialnym oraz przy dużej dezorientacji adresatów zmian w najbardziej istotnych kwestiach dotyczących funkcjonowania nowego systemu organizacyjno-finansowego w opiece zdrowotnej. Globalny adresat i konsument, dominacja moralno-etycznych kryterium oceny wszystkiego co dotyka problematyki zdrowotnej, rozbudzone obietnicami kolejnych ekip rządowych oczekiwania społeczne to dodatkowe, acz niezwykle brzemiennie w skutkach, psychospołeczne determinanty zainicjowanej w 1999 roku najtrudniejszej wdrożeniowo reformy.

Placówki medyczne są jednymi z ostatnich instytucji społecznych, które po roku 1989 rozpoczęły proces przywracania *podmiotowości* ich użytkownikom (czasami rzeczywistym suwerenom). Prawa obywatelskie w wersji praw konsumenckich, wzmacniane tezą o „sile własnych pieniędzy” (płace i wymagam) to potężne, zewnętrzne w stosunku do instytucji medycznych narzędzie zmiany funkcjonowania personelu medycznego. Zjawiskom tym towarzyszy rosnący krytycyzm wobec stanu zasobów systemu zdrowia i sposobu ich wykorzystania, oczekiwanie radykalnego zwiększenia ilości i poprawy jakości świadczeń zdrowotnych oraz niecierpliwość pacjentów. Należy być świadomym, iż egzekwowanie praw pacjenta, to także nowe, poważne źródło konfliktów w relacjach personel medyczny-pacjenci.

Otoczenie instytucjonalne całkowicie nowej w warunkach polskich instytucji, jaką są kasy chorych, wchodziło w nowy system w stanie rozchwiania struktur i dezorientacji pracowników, co do reguł nowego rozwiązania strukturalno-finansowego.

W totalnej krytyce tego, co działo się w opiece zdrowotnej po 1.01.1999 roku nigdy nie próbowano wykazać, ile problemów i trudności ma swoje źródło w stereotypach, rutynie i oportunistycznym wniesionym do nowego systemu przez ludzi funkcjonujących wiele lat w zupełnie innym otoczeniu prawnym, własnościowym i finansowym, a ile ma swoje źródło w niedostatkach ustawowych, kompetencjach i działaniu instytucji wykreowanych w wyniku reformy. Takich rozróżnień nie czynią również autorzy zmian – to rezultat braku reakcji medialnej w oparciu o monitoring wyników badań opinii publicznej, krytyki prasowej, skarg pacjentów itp.

W ciągu ostatnich dwóch lat profil społecznych konsekwencji zmian w systemie organizacyjno-finansowym opieki zdrowotnej rysowały głównie media oraz badania opinii publicznej kwitujące problem jednym, dwoma pytaniami o poziom zadowolenia ze zmian w funkcjonowaniu służby zdrowia. Uproszczonemu wizerunkowi medialnemu zmian systemowych w służbie zdrowia towarzyszył od początku wdrażania reformy „syndrom niecierpliwości” w zbiorowym myśleniu i w debacie publicznej na ten temat. Reforma była i jest postrzegana jako coś, co miało (powinno) zdarzyć się i zadziałać prawie automatycznie oraz w całkowitej zgodzie z modelem normatywno-organizacyjnym, przebiegać bezkonfliktowo, bez naruszenia interesów grupowych, konieczności korygowania ujawnionych mankamentów, zaś poprawa jakości funkcjonowania służby zdrowia – i to właściwie we wszystkich wymiarach, także w sferze wynagrodzeń personelu medycznego – powinna być natychmiastowa.

Opóźnienie zmian systemowych w opiece zdrowotnej (w sferze finansowej w szczególności) oraz niezbyt częste i czytelne w intencjach komunikowanie się reformatorów z użytkownikami systemu zdrowia doprowadziło do znanego zjawiska, zwanego „szumem informacyjnym”. W praktyce oznacza to zakłócenia przekazu lub mieszanie się różnych komunikatów na temat kierunków przewidywanych zmian w służbie zdrowia. Inaczej mówiąc mieliśmy w ostatnich latach do czynienia z sytuacją poważnego zróżnicowania między tym „co reformatorzy chcieli” społeczeństwu „powiedzieć, co” rzeczywiście „powiedzieli” oraz tym, „co potencjalni adresaci” planowanych zmian „usłyszeli”. Co więcej, decydenci rzadko próbowali zasięgać opinii o tym „co obywatele myślą na temat tego, co im zostało powiedziane” o projektowanych reformach.

Brak było również jednolitego i pewnego źródła informacji na temat założeń reformy i zasad funkcjonowania systemu instytucji, świadczących usługi medyczne – stąd też ujawnianemu w badaniach opinii publicznej rosnącemu społecznemu krytycyzmowi wobec aktualnego stanu posiadania i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz oczekiwaniu zasadniczych zmian w jego obrębie, towarzyszył brak orientacji szerszej publiczności co do istoty, mechanizmów, konieczności i sposobów przeprowadzenia systemowej reformy w służbie

zdrowia. Politycy, kolejnymi wystąpieniami publicznymi, budowali w świadomości społecznej obraz perfekcyjnie przygotowanego pakietu czterech reform ustrojowych – w tym projektu reformy służby zdrowia, zapowiadającego szybkie tempo korzystnych dla wszystkich zmian. Opinia publiczna oczekiwała, iż poprawa jakości funkcjonowania służby zdrowia (i to właściwie we wszystkich wymiarach, także w sferze wynagrodzeń personelu medycznego) powinna być natychmiastowa i niejako automatyczna. Pozwolono ludziom traktować reformę w opiece zdrowotnej jako obietnicę, która się natychmiast spełni.

Rezygnując z pełniejszego informowania o możliwych, a także nie dających się przewidzieć kłopotach w procesie wdrażania nowego systemu finansowania i organizacji opieki zdrowotnej, twórcy reformy nie zagwarantowali dla niej niezbędnego okresu ochronnego i miejsca na autentyczną debatę publiczną o sposobach przezwyciężania normalnych dla tak poważnego procesu zmian trudności, barier i zakłóceń. Z kolei wyłączenie z partnerstwa w tworzeniu nowego systemu finansowania i przebudowy struktur organizacyjnych w opiece zdrowotnej kręgów medycznych resort zdrowia uczynił siebie jedynym kreatorem zmian i odpowiedzialnym za kształt i wdrażanie reformy.

Niekorzystny obraz reformy w mediach i w świadomości społecznej to przede wszystkim rezultat:

- 1) braku osoby publicznego zaufania kojarzonej z reformą służby zdrowia, reaktywnego charakteru działań informacyjnych kręgów odpowiedzialnych za medialną obudowę procesu zmian w opiece zdrowotnej (spóźnianie się z reakcją, brak umiejętności wyprzedzania zdarzeń);
- 2) braku jednolitej polityki informacyjnej rządu/resortu zdrowia oraz stałego sprzeniewierzenia się zasadzie nakazującej mówienie „jednym głosem” w sprawach kluczowych dla procesu inicjowanych zmian;
- 3) zmerkantylizowania debaty publicznej toczonej wokół reformy służby zdrowia (dyskusje zdominowane przez kwestie związane z wysokością składki, płac, kosztów);
- 4) nadreprezentacji negatywnych przykładów funkcjonowania opieki zdrowotnej w nowych warunkach organizacyjno-finansowych powodowana naturalną skłonnością mediów do pogoni za sensacją oraz „zamówieniami politycznymi”;
- 5) braku dobrych przykładów funkcjonowania ludzi i struktur w poszczególnych fazach wdrażania reformy;
- 6) niedostatecznego poinformowania opinii publicznej o zasadach funkcjonowania opieki zdrowotnej w nowych warunkach organizacyjno-finansowych i prawach pacjentów;
- 7) braku sojuszników reformy wśród przedstawicieli publiczności instytucjonalnych;
- 8) obiektywnej niewydolności i dysfunkcjonalności (także zawinionej) poszczególnych elementów systemu opieki zdrowotnej (zwłaszcza szpitali).

Należałoby podkreślić, iż zastosowane przez autora narzędzia oceny funkcjonowania poszczególnych elementów systemu instytucjonalnego opieki zdrowotnej nie były używane dla ewaluacji systemu zdrowia przed wprowadzeniem reformy. Stąd też trudno orzekać, czy personel medyczny

i pacjenci są obecnie bardziej/mniej krytyczni wobec funkcjonowania służby zdrowia niż dawniej. Wiemy natomiast, że powszechne było oczekiwanie zmian w organizacji i funkcjonowaniu opieki zdrowotnej tuż przed podjęciem decyzji politycznej inicjującej proces reformowania najbardziej wrażliwego obszaru życia społecznego.

Odnotowany przez badania socjologiczne brak akceptacji dla zmian w opiece zdrowotnej wśród dużej części personelu medycznego (zwłaszcza ze strony elit medycznych); to konsekwencja: niejawnego konfliktu interesów i podziałów między podstawową i specjalistyczną opieką zdrowotną, niekorzystnego układu preferencji w zasadach wynagradzania, utraty przez kręgi kierownicze służby zdrowia uprzywilejowanej pozycji w dostępie do zasobów systemu opieki zdrowotnej oraz narastającego efektu rozczarowania („nie tak miało być”).

Infrastruktura służby zdrowia (zasoby i ich dyslokacja) uległa w ciągu ostatnich dwóch lat stosunkowo niewielkim zmianom, stąd też mimo przekształceń własnościowych i zmian w zasadach finansowania opieki zdrowotnej, dostęp do świadczeń medycznych (zwłaszcza specjalistycznych oraz dla mieszkańców wsi) nie zmienił się tak radykalnie, by zaspokoić rozbudzone z wdrożeniem reformy oczekiwania społeczne. „Syndrom niecierpliwości” odnotowany zarówno wśród pacjentów, jak i dostawców usług medycznych sprzyja obciążaniu wszystkimi niedociągnięciami systemu opieki zdrowotnej reformę i jej realizatorów. Uzyskane wyniki pozwalają jednakże stwierdzić, że najbardziej niekorzystne opinie odbiorców świadczeń o reformie są kształtowane nie tyle przez osobiste doświadczenia, co przez wizerunek medialny reformy i przez potoczne opinie na jej temat.

Wyniki badań wskazują, iż pacjenci stosują często w ocenie świadczeń medycznych swoistą racjonalizację – to z czym ja mam do czynienia nie jest tak złe, iżby źle oceniać pracę „moich” lekarzy, „mojej” placówki medycznej itp., ale inni mogą mieć/mają gorzej.

Na wprowadzonych zmianach zyskały jednostki z niższych piętér drabiny społecznej – za „przebrane” uznały zaś siebie osoby o wysokiej pozycji społecznej, które w ostatnich kilku latach najsilniej parły do zmian w systemie organizacji i finansowania opieki zdrowotnej. Dla decydentów oznacza to poważne uszczuplenie kręgów proreformatorskich i osłabienie zasobów intelektualnych, które mogą być wykorzystane w kolejnych fazach przebudowy systemu zdrowia.

Większość uchwyconych prawidłowości to znane socjologom statusowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych i ocen relacji pacjent – lekarz („im wyższy status społeczny i miejski rodowód, tym lepsze wejście w układy społeczne, dostęp do dóbr rzadkich, większa świadomość zdrowotna, rosnący krytycyzm itp.”). Trzeba zatem w kolejnych badaniach koncentrować uwagę na tym, co odbiega od znanych prawideł socjologicznych w zachowaniach użytkowników systemu opieki zdrowotnej i naprawdę jest efektem zmian w organizacji i funkcjonowaniu służby zdrowia.

I na koniec dwie uwagi ogólniejszej natury, a dotyczące istoty omawianego problemu.

1. Zrodzona w toku zmian ustrojowych niezbyt budującymi doświadczeniami nieufność społeczna i kształtowana latami niepowodzeń niewiara w możliwość zbudowania systemu opieki zdrowotnej na miarę rozbudo-

nych oczekiwań społecznych ułatwia nie tylko krytykę każdego pojawiającego projektu zmian w służbie zdrowia, lecz także przy ujawnianym przez media dowodom braku profesjonalizmu reformatorów sprzyja zwracaniu się ku dawnym, lepiej znanym, acz przez wiele lat krytykowanym rozwiązaniom organizacyjno-finansowym w opiece zdrowotnej.

2. Po roku 1997 raptem dwa razy podejmowano próbę zmian systemowych (powołanie ZOZ w latach 70 oraz nieśmiałe próby restrukturyzacji służby zdrowia po roku 1989), nigdy jednak nie było dane reformatorom obejrzeć rezultatu wprowadzanych zmian z kilkuletniej choćby perspektywy, bowiem kolejne ekipy decydentów zatrzymywały lub poważnie zmieniały pierwotne założenia konkretnych projektów.

Ta niedobra tradycja daje o sobie znać kolejny raz – po ostatnich wyborach parlamentarnych zwycięzcy przygotowują pakiet ustaw powodujących wycofanie się z dotychczasowej formuły finansowania świadczeń medycznych (likwidacja kas chorych i powołanie jednego funduszu) oraz podporządkowania struktur i finansów ministrowi zdrowia²⁸.

²⁸ W chwili pisania artykułu do wiadomości publicznej dotarła tylko kilkustronicowa zapowiedź kierunków zmian, bez szczegółów i konkretnych rozwiązań organizacyjno-funkcjonalnych i finansowych.

Tabela 1

Opinie pacjentów, lekarzy i pielęgniarek na temat reformy w opiece zdrowotnej

Opinie	Personel medyczny							Pacjenci			
	lekarze ogółem	lekarze POZ	lekarze specja- liści	stomato- lodzy	pieleg- niarki	zakłady pie- legnacyjno- opiekuńcze	studenci akademii medycznej	ogółem Polska	stomatologa w dużym mieście	stomatologa w małym mieście	uzdrowisk
Rozpoczęcie reformy w służbie zdrowia było konieczne:											
1. Tak	92,2	94,0	90,0	93,9	76,2	56,5	80,0	x	68,0	87,6	56,0
2. Nie	3,2	4,0	2,5	1,8	19,0	29,0	10,0	x	13,5	2,8	24,0
3. Brak zdania	3,6	2,0	7,5	4,3	4,8	14,5	10,0	x	18,5	9,6	20,0
Po reformie służba zdrowia funkcjonuje:											
1. Dobrze	22,2	38,0	2,5	42,1	25,7	3,3	17,0	18,0	34,1	57,6	32,0
2. Złe	75,6	60,0	95,0	40,8	55,5	95,1	79,0	76,0	45,5	30,1	52,0
3. Trudno powiedzieć	2,2	2,0	2,5	17,1	18,8	1,6	4,0	6,0	20,4	12,3	16,0
Wprowadzenie reformy jest dla lekarzy/pielęgniarek/pacjentów:											
1. Korzystne	27,8	36,0	17,5	60,4	4,8	6,5	22,0	9,0	22,4	28,0	28,0
2. Bez znaczenia	20,0	30,0	7,5	13,4	23,8	16,1	20,0	27,0	30,0	36,2	16,0
3. Niekorzystne	35,5	16,0	60,0	9,8	57,1	72,6	43,0	57,0	26,8	21,6	32,0
4. Trudno powiedzieć	16,7	18,0	15,0	16,4	14,3	4,8	15,0	8,0	30,8	14,2	24,0
Reforma budzi:											
1. Raczej nadzieje , niż obawy	14,4	20,0	7,5	30,5	9,5	3,2	14,0	14,0	13,0	20,9	28,0
2. Tyle samo obaw, co nadziei	45,6	56,0	32,5	48,2	33,3	58,2	32,0	21,0	36,1	24,4	32,0
3. Raczej obawy , niż nadzieje	40,0	24,0	60,0	17,0	52,4	36,4	51,0	61,0	44,9	32,9	40,0
4. Trudno powiedzieć	–	–	–	4,3	4,8	3,6	3,0	4,0	6,0	21,8	–
Dochody w wyniku reformy:											
1. Wzrosły	44,4	74,0	7,5	82,3	34,6	3,2	x	x	X	X	X
2. Są bez zmian	21,2	14,0	30,0	12,2	34,6	45,2	x	x	X	X	X
3. Obniżyły się	31,4	12,0	62,5	5,5	30,8	51,6	x	x	x	x	X
100% =	90	50	71	164	101	62	100	1087	185	100	50

* Badania wśród pacjentów przeprowadzono w grudniu 2000 roku przez CBOS na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków. Pozostałe badania wykonali pod kierunkiem Z. Woźniaka seminarzyści Podyplomowego Studium Ubezpieczeń Zdrowotnych Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu od lipca do października 2000 r. (obszar działania Wielkopolskiej Regionalnej Kasy Chorych i Zachodniopomorskiej Kasy Chorych).

Tabela 2

**Ocena jakości usług medycznych uzyskanych w placówkach zobowiązanych
do udzielania świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego
w roku poprzedzającym badanie (grudzień 2000)**

Ocena jakości usług medycznych	Próbka badawcza	Odsetek korzysta- jących	Średnia ocena	Skala ocen: od 1 pkt. – ocena najniższa; do 5 pkt. ocena najwyższa (dane w %)				
				1	2	3	4	5
1. Lekarza leczącego (ogólnego, rodzinnego)	Wielkopolska	83,8	4,0	6,1	5,8	17,7	27,2	42,2
	Wieś (powiat)	89,7	3,8	2,0	5,2	25,6	40,5	26,7
	Niepełnosprawni	100,0	3,9	4,6	6,4	17,4	38,5	33,1
2. Lekarza stomatologa	Wlkp.	45,5	3,0	25,6	10,9	19,8	20,6	23,1
	W	43,6	3,4	12,8	11,6	19,8	31,4	24,4
	N	35,0	3,5	10,0	12,0	16,0	40,0	22,0
3. Pediatri	Wlkp.	24,8	4,2	3,0	5,1	12,2	29,1	50,5
	W	23,1	4,0	2,2	2,2	15,6	48,9	31,1
	N	7,5	4,2	–	–	11,1	55,6	33,3
4. Ginekologa	Wlkp.	51,4	3,7	12,0	10,8	10,8	25,0	41,4
	W	41,5	3,9	4,1	10,2	12,2	34,7	38,8
	N	44,8	3,7	3,3	10,0	23,3	43,3	20,1
5. Lekarza specjalisty	Wlkp.	40,3	4,1	6,2	5,7	10,7	28,0	49,4
	W	28,7	3,7	5,2	9,1	22,1	37,7	25,9
	N	62,5	4,1	1,1	7,9	12,3	38,2	40,5
6. Pielęgniarki środowiskowej	Wlkp.	51,4	4,3	4,7	4,3	7,3	20,7	62,9
	W	20,0	4,5	–	–	7,1	35,7	57,2
	N	10,0	4,2	5,9	11,8	–	23,5	58,8
7. Położnej środowiskowej	Wlkp.	20,2	3,9	9,9	6,6	13,2	20,9	49,4
	W	15,2	4,0	–	5,3	5,3	52,6	36,8
	N	3,0	4,2	–	–	33,3	33,3	33,3
8. Pomocy wieczorowej	Wlkp.	14,3	3,5	17,7	7,1	20,3	18,6	36,3
	W	4,6	4,1	11,1	–	11,1	22,2	55,6
	N	9,2	3,7	–	7,6	46,2	15,4	30,8
9. Pomocy doraźnej (Pogotowia Ratunkowego)	Wlkp.	22,6	3,2	25,3	9,6	14,6	20,2	30,3
	W	8,7	3,2	15,8	15,8	26,3	15,8	26,3
	N	21,7	3,5	21,4	–	14,3	35,7	28,6
10. Leczenia szpitalnego	Wlkp.	49,3	4,1	5,3	3,8	13,1	32,2	45,6
	W	26,2	3,6	6,5	13,1	21,7	32,6	26,1
	N	70,8	4,2	–	4,4	8,9	46,7	40,0
11. Leczenia sanatoryjnego	Wlkp.	7,2	3,6	12,2	8,9	17,5	24,6	36,8
	W	3,6	3,7	16,7	–	–	66,7	16,7
	N	22,5	4,3	–	3,8	7,7	46,2	42,3
12. Zabiegów rehabilitacyjnych	Wlkp.	13,3	3,7	13,3	4,8	17,1	32,4	32,4
	W	5,6	3,6	–	30,8	7,6	39,8	30,8
	N	26,7	4,3	2,6	–	10,5	39,5	47,4
13. Zabiegów z zakresu fizykoterapii	Wlkp.	13,6	3,9	8,4	4,7	13,1	30,8	43,0
	W	4,1	4,1	–	18,2	–	36,4	45,4
	N	25,0	4,3	5,9	–	5,9	38,2	50,0

Tabela 3

Ocena funkcjonowania szpitala w opinii Wielkopolan

Ocena poszczególnych sfer funkcjonowania szpitala	Próbka badawcza	Średnia ocena	Skala ocen: od 1 pkt. – ocena najniższa; do 5 pkt. ocena najwyższa (dane w %)				
			1	2	3	4	5
1. Dostęp pacjenta do ordynatora	Wielkopolska	3,9	7,9	7,4	17,0	22,7	45,0
	Wieś (powiat)	3,6	15,5	8,9	20,1	13,3	42,2
	Niepełnosprawni	3,9	5,1	6,8	16,9	33,9	37,3
2. Kontakt chorego z lekarzem leczącym	Wlkp.	4,2	4,3	4,1	10,6	26,8	54,2
	W	4,0	4,4	4,4	17,8	31,1	42,2
	N	4,3	1,7	3,4	3,4	40,7	50,8
3. Dostęp pacjenta do innych lekarzy	Wlkp.	3,8	8,5	6,1	16,4	32,2	36,8
	W	3,2	16,7	14,3	26,2	21,4	21,4
	N	3,6	1,8	7,1	41,1	33,9	16,1
4. Praca pielęgniarek	Wlkp.	4,5	1,9	1,4	7,1	26,4	63,2
	W	4,1	6,7	4,4	13,3	26,7	48,9
	N	4,2	1,7	3,5	10,5	38,6	45,6
5. Dbłość o jakość wykonywanych zabiegów	Wlkp.	4,3	2,3	3,4	8,4	30,3	55,6
	W	3,4	–	6,7	6,7	33,4	35,6
	N	4,3	–	1,7	8,6	50,0	39,7
6. Dostęp pacjenta do informacji na temat stanu zdrowia	Wlkp.	3,8	7,4	7,4	15,4	32,9	36,9
	W	3,4	6,5	17,4	28,3	28,3	19,5
	N	3,8	5,2	6,9	24,1	32,8	31,0
7. Wyżywienie	Wlkp.	3,4	10,7	12,1	25,8	29,4	22,0
	W	2,9	20,4	15,9	27,3	20,5	15,9
	N	3,5	3,4	8,6	39,7	34,5	13,8
8. Liczebność sal chorych	Wlkp.	3,4	10,6	11,2	26,2	29,8	22,2
	W	3,0	17,5	13,1	32,6	28,3	6,5
	N	3,3	3,6	26,8	25,0	26,8	17,8
9. Wygląd, estetyka sal chorych, korytarzy itp.		3,7	9,9	8,3	19,8	29,5	32,5
	W	3,4	8,7	15,2	17,4	39,1	19,6
	N	3,5	6,9	17,2	17,2	34,6	24,1
10. Dbłość o higienę w salach chorych	Wlkp.	3,9	4,9	6,6	17,2	28,7	42,6
	W	3,6	8,9	6,7	17,8	44,4	22,2
	N	3,8	1,7	13,8	8,6	50,0	25,9
11. Stan techniczny urządzeń sanitarnych (WC, łazienka)	Wlkp.	3,6	12,0	9,2	20,6	24,2	34,0
	W	3,2	17,4	10,9	23,9	28,3	19,5
	N	3,3	10,3	19,0	13,8	41,4	15,5
12. Dbłość o higienę pomieszczeń ogólnodostępnych (łazienka, ubikacja)	Wlkp.	3,8	9,3	7,3	17,5	27,3	38,6
	W	3,4	8,9	10,9	26,1	36,8	17,3
	N	3,5	10,7	10,7	14,3	48,2	16,1
13. Częstość zmian bielizny pościelowej	Wlkp.	3,6	9,0	11,8	21,7	25,1	32,4
	W	2,9	24,5	8,9	24,4	31,1	11,1
	N	3,6	8,9	7,1	19,6	41,2	23,2
14. Wygląd i wyposażenie sal rekreacyjnych	Wlkp.	3,1	20,0	14,0	21,1	27,5	13,4
	W	2,1	57,1	4,8	14,3	14,3	9,5
	N	3,1	19,3	7,0	26,3	33,3	14,1
15. Dostępność usług takich jak fryzjer, kiosk, bufet	Wlkp.	3,2	19,8	13,5	17,9	27,7	21,1
	W	2,8	26,5	17,6	20,6	20,6	14,7
	N	3,7	12,1	8,6	10,3	29,3	39,6
16. Możliwość odwiedzin chorego	Wlkp.	4,7	1,4	1,1	3,6	19,4	74,5
	W	4,5	–	4,4	8,9	24,5	62,2
	N	4,7	–	–	1,7	19,0	79,3
17. Cisza	Wlkp.	3,9	4,5	6,5	16,9	32,1	40,0
	W	3,6	8,9	2,2	20,0	40,0	28,9
	N	4,6	1,7	1,7	3,5	24,1	69,0
18. Możliwość praktyk religijnych	Wlkp.	4,5	1,8	2,1	6,5	21,6	68,1
	W	4,4	7,1	–	7,1	16,7	69,1
	N	4,8	1,7	–	–	13,8	84,5

Tabela 4

Wielkopoleanie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej po zmianach organizacyjno-finansowych w służbie zdrowia (grudzień 2000)

Wyszczególnienie	Wielko- polska ogółem	Mieszkańcy wsi wybra- nego powiatu	Osoby niepełno- sprawne
Uzyskujący po 1.01.1999 roku pomoc medyczną zawsze, gdy było to konieczne	77,4	85,1	82,5
Korzystający wyłącznie z usług placówek posiadających kontrakt z kasą chorych	81,1	70,8	90,0
Leczący się w tej samej placówce, co przed reformą	77,8	83,6	86,7
Planujący dokonać wyboru tej samej placówki podstawowej opieki zdrowotnej w kolejnym roku funkcjonowania reformy	71,0	74,9	91,7
Leczący się u tego samego lekarza, co przed reformą	58,4	65,6	58,3
Planujący dokonać wyboru tego samego lekarza w kolejnym roku funkcjonowania reformy	83,5	77,4	85,8
Twierdzący, iż ponownie wybraliby ten sam szpital, gdyby zaszła taka potrzeba	73,8	54,9	78,0
Wnoszący opłaty za usługi medyczne w placówkach posiadających kontrakt z kasą chorych	23,4	25,1	25,0
Pacjenci, którym odmówiono jakiegś usługi w placówce realizującej kontrakt z kasą chorych	16,2	25,1	22,5
Pacjenci zmuszeni do korzystania z usług medycznych poza placówkami zobowiązanymi do udzielania świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (za pełną odpłatnością)	35,9	60,5	40,0
Dostrzegający nowe, korzystne dla pacjentów rozwiązania i propozycje w funkcjonowaniu służby zdrowia	12,7	13,3	28,3
Twierdzący, iż po reformie służba zdrowia:			
– lepiej niż dawniej	21,7	14,4	6,7
– gorzej niż przed reformą	35,0	44,6	42,5
– ani lepiej, ani gorzej – nic lub niewiele się zmieniło	34,6	41,0	50,8
– brak zdania	(8,7)	–	–
Dostrzegający potrzebę korekt w funkcjonowaniu nowego systemu	49,4	61,0	55,8
Twierdzący, iż posiadają wystarczający zasób informacji o funkcjonowaniu reformowanego systemu opieki zdrowotnej, by korzystać ze świadczeń służby zdrowia	24,0	29,7	30,8
Szukający konkretnych informacji o funkcjonowaniu służby zdrowia dopiero wówczas, gdy konieczne jest skorzystanie z jakiegś formy opieki zdrowotnej	46,9	43,6	53,3
Ubezpieczeni, którzy zetknęli się z informacjami na temat przepisów dotyczących praw pacjenta, obowiązujących w placówkach medycznych	29,4	20,0	26,7
Zmuszonych do bezpośredniego kontaktu z kasą chorych w związku z realizacją uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego	10,1	6,2	10,0
Twierdzący na podstawie własnych doświadczeń, iż medialny obraz funkcjonowania służby zdrowia po reformie jest:			
– taki jak w rzeczywistości	25,0	19,5	15,0
– zbyt pesymistyczny	21,2	7,7	6,7
– za mało krytyczny	40,3	34,9	39,2
– nie posiadający zdania w tej kwestii	13,5	37,9	39,2
Mający trudności w uzyskaniu skierowania do szpitala	8,0	5,9	–
Posiadający możliwość wyboru szpitala	49,9	43,1	69,5
100% =	789	195	120

BIBLIOGRAFIA

1. Brunet-Jailly J., *Has the World Bank a strategy on health?*, „International Social Science Journal”, September 1999/161, s. 347 - 361.
2. Czapinski J. (red.), *Diagnoza społeczna 1999 rok, Niezależne badanie skutków społecznych reform realizowane przez Społeczną Radę Monitoringu*, Biuro Badań i Analiz Statystycznych Polskiego Towarzystwa Statystycznego, Warszawa, maj 2000, materiał powielony.
3. Field M., *System zdrowia a system społeczny*, w: M. Sokołowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, PWN, Warszawa 1976, s. 133 - 154.
4. Frączkiewicz-Wronka A. (red.), *Reforma ochrony zdrowia: szanse i bariery*, Katowice 1999.
5. Freidson E., *Zastosowanie teorii organizacji. Modele organizacji i usług w opiece zdrowotnej*, w: M. Sokołowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, PWN, Warszawa 1976, s. 155 - 172.
6. Getzen T., *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
7. Harrison S., Moran M., *Resources and rationing: Managing supply and demand in health care*, in: G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Scrimshaw (eds.), *Handbook of social studies in health and medicine*, Sage Publication, London-Thousand Oaks-New Delhi 2000, s. 493 - 508.
8. Kasper J. D., *Health-care utilization and barriers to health care*, in: G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Scrimshaw (eds.), *Handbook of social studies in health and medicine*, Sage Publication, London-Thousand Oaks-New Delhi 2000, s. 323 - 338.
9. Kolarska-Bobińska L., *Druga fala polskich reform*, Warszawa 1999.
10. Kolarska-Bobińska L., *Cztery reformy – od koncepcji do realizacji*, Warszawa 2000.
11. Koronkiewicz A., *Reforma ochrony zdrowia i wprowadzanie ubezpieczeń zdrowotnych w opinii Polaków*, Warszawa 1998.
12. Kulesza A., *Reforma służby zdrowia – ubezpieczenia zdrowotne 1989 - 1997*, Warszawa 1997.
13. Latoszek M., *Zachowania i postawy wobec przemian ochrony zdrowia*, Gdańsk 2000.
14. Lewis S., Saulnier M., Renaud M., *Simple truths, complex solutions*, in: G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Scrimshaw (eds.), *Handbook of social studies in health and medicine*, Sage Publication, London-Thousand Oaks-New Delhi 2000, s. 509 - 523.
15. Light D. W., *Charakter of health-care markets*, w: G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Scrimshaw (eds.), *Handbook of social studies in health and medicine*, Sage Publication, London-Thousand Oaks-New Delhi 2000, s. 394 - 408.
16. Majewska W., Sobiech J., Woźniak Z., *ubezpieczenia zdrowotne. Założenia*, Warszawa 1993.
17. *Ochrona Zdrowia w gospodarstwach domowych w 1999 r.*, GUS, Warszawa 2000.
18. *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 1998.
19. Walczak-Duraj D., *Społeczne aspekty reformowania służby zdrowia*, Łódź 1999.
20. White D., *Consumer and community participation: A reassessment of process, impact, and value*, in: G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Scrimshaw (eds.), *Handbook of social studies in health and medicine*, Sage Publication, London-Thousand Oaks-New Delhi 2000, s. 465 - 480.
21. Williams A., *Economics, ethics and the public in health care policy*, „International Social Science Journal”, September 1999/161, s. 297 - 312.
22. Williams S. J., Torrens P. R., *Introduction to health services*, Delmar Publishers Inc., New York 1988.
23. Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce: studium polityki zdrowotnej*, Kraków 1998.
24. Woźniak Z., *Mieszkańcy Wielkopolski o ubezpieczeniach zdrowotnych. Opinie, oczekiwania, postulaty*, Wielkopolska Unia Opieki Zdrowotnej, Poznań 1996.
25. Woźniak Z., *Ubezpieczenia zdrowotne w zamierzeniach reformatorów systemu opieki zdrowotnej i w oczekiwaniach społecznych*, Wielkopolska Unia Opieki Zdrowotnej i Wielkopolska Izba Lekarska, Poznań 1997.
26. Woźniak Z., *Ubezpieczenia zdrowotne w oczekiwaniach Wielkopolan*, w: R. Cichocki (red.), *Teorie społeczne a możliwości praktyczne*, Poznań 1997, 281 - 291.
27. Woźniak Z., *Poznaniacy o własnym zdrowiu i funkcjonowaniu opieki zdrowotnej*, w: R. Cichocki, K. Podemski, *Życie w Poznaniu 1997. Poznaniacy o swoim mieście*, Poznań 1998, s. 63 - 77.
28. Woźniak Z., *Mieszkańcy Poznania o funkcjonowaniu służby zdrowia po dwóch latach reformowania systemu opieki zdrowotnej*, w: R. Cichocki, K. Podemski (red.) *Życie w Poznaniu 2001. Miasto – mieszkańcy – instytucje*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2002, s. 145 - 158.

Autorska baza materiałowa opracowania

1. Raporty Zespołu Ekspertów (K. Godlewska, R. Drozdowski i Z. Woźniak – kierownik) wykonane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w styczniu 2001 roku (materiał powielony).
 - *Wizerunek reformy służby zdrowia w prasie polskiej w latach 1999 - 2000.*
 - *Reforma w służbie zdrowia w odbiorze społecznym.*
 - *Rekomendacje dla kampanii medialnej na rzecz zmiany wizerunku społecznego reformy służby zdrowia.*
2. Autorskie badanie (Z. Woźniak, D. Godlewski, M. Adamczak) oparte na celowo-losowej próbie 789 mieszkańców Województwa Wielkopolskiego **korzystających** z jakiegokolwiek formy pomocy medycznej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej: w podstawowej opiece zdrowotnej, u specjalistów i w szpitalach²⁹. Próbę kontrolną stanowiły badania wśród osób niepełnosprawnych i w wybranym powiecie o typowo rolniczym charakterze wykonane w ramach seminarium magisterskiego prowadzonego przez autora.
3. Badania wykonane pod kierunkiem autora między lipcem i grudniem 2000 roku przez seminarzystów Studium Poddyplomowego Studium Ubezpieczeń Zdrowotnych Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu³⁰. Dyplomanci zebrali opinie i oceny Wielkopolan na temat zmian wprowadzanych po 1.01.1999 roku w opiece zdrowotnej – badaniami objęto:
 - 90 lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej i w szpitalu,
 - 164 stomatologów,
 - 127 pielęgniarek zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej i w szpitalu,
 - 62 pracowników zatrudnionych w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - 100 studentów poznańskiej Akademii Medycznej,
 - 335 pacjentów korzystających z usług placówek medycznych,
4. Wyniki badań J. Herfort-Gortat³¹, dyplomantki Wyższej Szkoły Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa w Poznaniu przeprowadzonych w roku 2000 wśród 700 mieszkańców Województwa Wielkopolskiego.
5. *Opinie o opiece zdrowotnej*, CBOS, luty 2000 roku; badania na 1075 osobowej, reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków.
6. *Opinie ludności o usługach medycznych w Polsce 1999*, PENTOR, Warszawa listopad 2000; 1000 osobowa reprezentatywna próba dorosłych Polaków.
7. Badania wykonane na zlecenie Urzędu Miasta Poznania w roku 1997 i 2000 na reprezentacyjnych próbach poznaniaków.
8. Wtórna, pogłębiona analiza danych surowych raportu *Diagnoza'1999* opartego na ogólnopolskiej próbie 3007 gospodarstw domowych (6435 osób).

²⁹ Badanie zrealizowano we współpracy z Ośrodkiem Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu na przełomie 2000/2001 roku, na zlecenie Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu.

³⁰ R. Badoń, *Reforma służby zdrowia w ocenie studentów Akademii Medycznej w Poznaniu*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis; M. Biskupska, *Reforma ochrony zdrowia w ocenie pracowników zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis; N. Buchwald, J. Pawlik, *Reforma ochrony zdrowia w ocenie indywidualnie praktykujących lekarzy stomatologów na terenie miasta Poznania i b. woj. poznańskiego*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis; M. Cieśla, *Ocena reformy służby zdrowia dokonana przez pielęgniarki środowiskowe praktykujące na terenie województwa wielkopolskiego*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis; K. Hercher-Cnotliwy, *Ocena zmian w ochronie zdrowia w opiniach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis; A. Jaworska, *Reforma służby zdrowia w ocenie pracowników stacji hemodializ i dializ otrzewnowych Wielkopolski*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis; S. Markiewicz, *Reforma służby zdrowia w opiniach diabetologów województwa wielkopolskiego*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis; M. Kucharski, M. Ozorowska, E. Skrbeńska, P. Stawny, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w prasie polskiej w latach 1999 - 2000*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis; B. Lempe, M. Zurowski, *Reforma służby zdrowia w opinii ubezpieczonych korzystających z usług stomatologicznych w małym i dużym mieście*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis; A. Płażalska, I. Radecka, *Reforma służby zdrowia w ocenie ubezpieczonych korzystających z lecznictwa uzdrowiskowego*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis; P. Wasiak, *Reforma służby zdrowia w ocenie pacjentów gabinetów stomatologicznych*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2000, maszynopis.

³¹ J. Herfort-Gortat, *Reforma systemu ochrony zdrowia jako konflikt społeczny. Na przykładzie województwa wielkopolskiego*, Instytut Nauk Politycznych UAM, Poznań 2000, niepublikowana praca dyplomowa (materiał powielony).

CHECKS ON THE POLISH HEALTHCARE REFORM

S u m m a r y

Health care has been founded on the priorities of accessibility and quality of health care services. It is also attempted to build an effective (also economically), just, and complex institutional system focused on health promotion and disease prevention, and at the same time allowing citizens a free choice of medical services. The Author analyses the Polish healthcare system reform both from the perspective of global tendencies in healthcare systems and through the prism of domestic projects of organisation solutions that open the way to improving the work of medical institutions, rationalising the expenses and satisfying citizens' medical needs.

The strongly empirically oriented diagnosis of the difficulty to implement a new financial and organisational healthcare system provides information about the dysfunctional role played voluntarily or involuntarily by the reformers in building the social image of the changes in the healthcare system, the influence of the media on the public opinion concerning the healthcare reform, and finally the attitude to the reform of those addressed by it, i.e. medical workers and patients.