

# Zdrowie publiczne

Stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy

Krzysztof Krajewski-Siuda, Piotr Romaniuk



T W O R Z Y M Y I D E E D L A P O L S K I



Instytut Sobieskiego  
ul. Nowy Świat 27  
00-029 Warszawa  
tel./fax: 22 826 67 47

sobieski@sobieski.org.pl  
**www.sobieski.org.pl**

Zdrowie publiczne  
Stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy

Krzysztof Krajewski-Siuda  
Piotr Romaniuk  
recenzent dr hab. Ryszard Sowiński

Wydanie I, Warszawa 2011  
Nakład 700 egz.

ISBN 978-83-927691-5-6

© Copyright by Instytut Sobieskiego

Redakcja: zespół  
Korekta: Barbara Marcinkowska  
Projekt: Piotr Perzyna  
Okładka: Piotr Perzyna, fot. ALC Marketing & Media Projectc

---

# Zdrowie Publiczne

## Stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy

Krzysztof Krajewski-Siuda  
Piotr Romaniuk

*Pamięci Pawła Wypycha*

*sekretarza stanu w kancelarii prezydenta RP, człowieka  
zaangażowanego w służbę publiczną, ojca i męża.*



## Spis treści:

---

**Wprowadzenie**

---

<b>1. Polski system zdrowotny – diagnoza stanu</b>	<b>9</b>
1.1. Polski system zdrowotny w opiniach pacjentów	9
1.2. Zasoby polskiego systemu zdrowotnego	11
1.3. Podstawowe dane epidemiologiczne	19
<b>2. Polski system zdrowotny – przegląd projektów reformatorskich</b>	<b>27</b>
2.1. Lata 90-te XX wieku	27
2.2. Druga dekada transformacji	29
<b>3. Systemy zdrowotne – rozwiązania stosowane w innych krajach</b>	<b>37</b>
3.1. Modele systemów zdrowotnych	37
3.2. Modele systemów zdrowotnych – zastosowanie w wybranych krajach, wady i zalety	39
3.3. Wnioski	48
<b>4. Polski system zdrowotny – postulaty reformatorskie</b>	<b>51</b>
4.1. Wprowadzenie	51
4.2. Źródła finansowania świadczeń zdrowotnych	52
4.3. Zarządzanie finansami ochrony zdrowia	53
4.4. Organizacja świadczeniodawców	56
4.5. Analiza szans powodzenia projektu	59
<b>5. Podsumowanie</b>	<b>69</b>
<b>6. Bibliografia</b>	<b>70</b>
<b>O autorach</b>	<b>73</b>

---

## Wprowadzenie

Od momentu upadku systemu komunistycznego w 1989 roku kwestia reformy systemu organizacyjnego ochrony zdrowia pozostaje w Polsce niezmiennie aktualnym zagadnieniem. W różnych momentach dwudziestolecia istnienia III Rzeczypospolitej problematyka ta z różnym nasileniem funkcjonowała w przestrzeni dyskursu publicznego, jednak do dziś problem docelowego modelu organizacyjnego systemu zdrowotnego nie został rozwiązany, jak również wciąż niezmiennie system zdrowotny boryka się z nierozwiązanymi problemami niedostatecznego finansowania, niskich zarobków przedstawicieli zawodów medycznych, długiego czasu oczekiwania na świadczenia, niskiej oceny jakości opieki zdrowotnej czy też – w ostatnich latach – niebezpieczeństwa niedoboru specjalistów określonych dziedzin w związku z otwarciem rynków pracy w zamożnych krajach Europy Zachodniej po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej.

Społeczne niezadowolenie z jakości usług medycznych i ogółu funkcjonowania systemu zdrowotnego nie jest w przypadku Polski żadnym kuriozum (problem ten dotyczy zdecydowaną większość państw świata – włączając w tę liczbę także te zamożne, wydające znaczne fundusze na opiekę zdrowotną). Trzeba mieć na względzie fakt, iż ocena działania systemu, opierająca się wyłącznie o badania opinii społecznej, daleka może być od obiektywnej rzeczywistości w tym obszarze. Niewątpliwie prawdą jest, że polski system zdrowotny od lat boryka się z nierozwiązanymi problemami w znaczący sposób wpływającymi tak na jakość świadczonych usług zdrowotnych, jak i na stan finansów ochrony zdrowia i szerzej – publicznych. Nie należy zapominać także i o tym, że obecnie artykułowane niezadowolenie pacjentów z funkcjonowania systemu zdrowotnego w rzeczywistości jest mniejszym problemem (choć niewątpliwie bardziej interesującym z perspektywy bieżącej walki politycznej), niż fakt, iż w związku ze zmianami demograficznymi trudności dotyczące system zdrowotny nasilą się najpewniej w perspektywie kolejnych kilkudziesięciu lat. Zwiększające się zapotrzebowanie na świadczenia medyczne generowane przez proces starzenia się populacji może stanowić przyczynę poważnego kryzysu całego publicznego systemu zabezpieczenia społecznego, nie tylko ochrony zdrowia. Jakkolwiek proponowane w niniejszym opracowaniu reformy niekoniecznie stanowiąc będą względem tego problemu kompletne i w pełni skuteczne zabezpieczenie, bez wątplenia trwający aktualnie stan zawieszenia tym większe może poczynić szkody, jeśli trendy demograficzne nie ulegną zmianie.

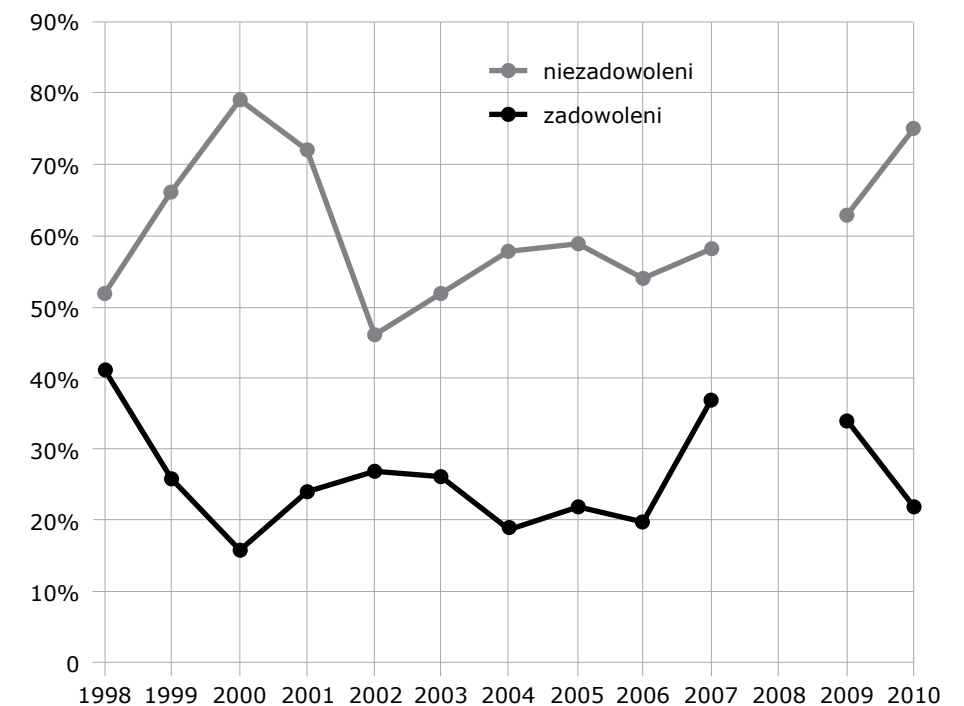
Celem niniejszego opracowania będzie zdiagnozowanie najbardziej kluczowych obszarów wymagających zmian organizacyjnych, w opinii autorów mogących poprawić aktualny stan rzeczy. Diagnozie obecnej sytuacji w polskiej ochronie zdrowia poświęcona zostanie pierwsza część niniejszej publikacji. W dalszej kolejności poświęcimy nieco miejsca na omówienie dotychczasowych projektów reformatorskich (zarówno tych planowanych, jak tych, które doczekały się – przynajmniej częściowej – realizacji). Kolejną część pracy poświęcimy omówieniu wybranych przykładów rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia w państwach świata, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które bądź to stanowią najczęstsze punkty odniesienia dla projektantów polskich reform, bądź też same w niedalekiej przeszłości doświadczyły intensywnych reform.

W ostatniej części zaproponowany zostanie kierunek działań reformujących polski system zdrowotny. Jego wyjściowym założeniem będzie odwołanie się zarówno do wypracowanego w toku dotychczasowej transformacji kierunku przekształceń w systemie polskim, jak i do sprawdzonych rozwiązań stanowiących przedmiot doświadczeń innych państw, które zdołały przeprowadzić skuteczne reformy systemu zdrowotnego.

## 1. Polski system zdrowotny - diagnoza stanu.

### 1.1. Polski system zdrowotny w opiniach pacjentów

Poniższy wykres ilustruje zmiany opinii o polskim systemie opieki zdrowotnej wyrażanych przez opinię publiczną w ostatnich latach.



Rys. 1. Opinia publiczna o polskim systemie zdrowotnym. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Prosta interpretacja tych danych jest dość jednoznaczna: w sposób stały i niezmienny system zdrowotny jest oceniany źle. Liczba osób negatywnie oceniających funkcjonowanie systemu waha się w ostatnich latach, stale jednak przewyższając w wyraźny sposób liczbę osób zadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej. Proste odczytywanie wyników badania opinii publicznej, w szczególności w odniesieniu do tak czulej materii, jaką jest ochrona zdrowia, prowadzić będzie jednak raczej do mało rzetelnego obrazu rzeczywisto-

ści. Pamiętać bowiem należy, że opinia publiczna w dużej mierze stymulowana będzie wydarzeniami zachodzącymi w przedmiotowym obszarze, jak również, że badania tego rodzaju potwierdzać zdają się zasadę, iż ich rezultat w dużej mierze zależy od sposobu sformułowania pytania.

Właśnie reakcjami na zachodzące zmiany tłumaczyć należy skokowy wzrost liczby osób niezadowolonych w latach 1999–2000. Jest to dość oczywista reakcja na rewolucyjne przemodelowanie systemu zdrowotnego w toku reformy przeprowadzonej przez rząd Jerzego Buzka. Wahania w latach kolejnych prawdopodobnie zależne są od wydarzeń w rodzaju strajków przedstawicieli zawodów medycznych, powracających w mediach tematów kolejnych przekształceń w systemie (restrukturyzacja szpitalnictwa, likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia, wprowadzenie współpłacenia itp.). W kwestii różnego wyniku zależnie od pytania warto natomiast zwrócić uwagę na niektóre badania towarzyszące pytaniom o opinię o funkcjonowaniu systemu zdrowotnego. I tak w roku 2000 opinia o systemie zdrowotnym była dość zauważalnie lepsza wśród osób deklarujących korzystanie ze świadczeń lekarskich w półroczu poprzedzającym badanie. Może to potwierdzać dość silną determinację ogólnego wyniku doniesieniami medialnymi.

W kolejnych latach dość wyraźnie różny był wynik pytania o ocenę jakości świadczeń zdrowotnych, gdzie liczba niezadowolonych jest również większa od tych, którzy deklarują zadowolenie, jednakże różnica ta jest zdecydowanie mniejsza. Wzrost liczby osób pozytywnie oceniających system zdrowotny zwiększa się również zauważalnie, gdy w kwestionariuszach badania opinii wyeliminować opcję „ani zadowolony, ani niezadowolony” (co nie jest równoznaczne z opcją „brak zdania”). Interesujące jest również, iż zdecydowana większość badanych (w 2007 roku było to 77%) deklaruje brak problemów w dostępie do świadczeń medycznych. Ponadto, w 2003 roku opinia publiczna w dość sceptyczny sposób odnosiła się do ogłoszonego przez ministra Mariusza Łapińskiego projektu likwidacji kas chorych i zastąpienia ich Narodowym Funduszem Zdrowia – pomimo wcześniej wyraźnie deklarowanego niezadowolenia z funkcjonowania kas.

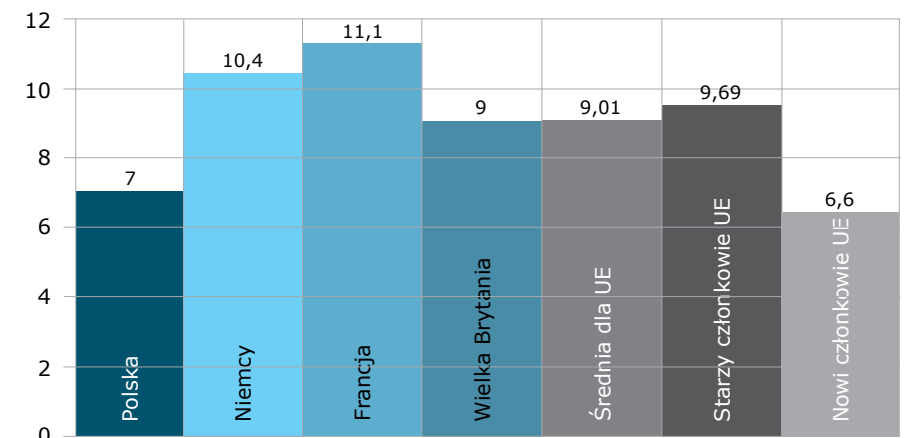
Wszystkie powyższe niuanse świadczyć mogą o lepszym obrazie systemu zdrowotnego, niż na pozór wynikałoby to z prostej interpretacji badań opinii publicznej. Są również jednak i dane, które mogą świadczyć o odwrotnej tendencji. W 2009 roku, przeciwnie, niż w okresie bezpośrednio po reformie 1999 roku, odsetek osób zadowolonych z systemu zdrowotnego wyższy był wśród tych, którzy nie deklarowali korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Odsetek zadowolonych z funkcjonowania systemu zdrowotnego systematycznie zmniejsza się również wraz z deklarowanym wzrostem korzystania ze świadczeń finansowanych prywatnie poza ubezpieczeniem społecznym. Wydawać się to może zaskakujące, zważając na fakt, że prywatne leczenie zazwyczaj lepiej oceniane jest w kategoriach jakości leczenia.

nia. Prawdopodobnie różnica ta jest rezultatem frustracji spowodowanej funkcjonowaniem konkretnie systemu publicznego, co jednocześnie jest powodem wyjścia z tego systemu i korzystania ze świadczeń finansowanych poza nim. Frustracja ta, może być tym większa, że osoba taka w większości przypadków znajdzie się w sytuacji niejako podwójnego opłacenia opieki zdrowotnej: raz w drodze obowiązkowego ubezpieczenia, drugi raz: w drodze pozaubezpieczeniowego finansowania prywatnego.

## 1.2. Zasoby polskiego systemu zdrowotnego

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia, w 2008 roku ze źródeł publicznych w Polsce na ochronę zdrowia przeznaczonych zostało łącznie 60 mld złotych, co stanowi równowartość 4,73% PKB. Największa część tej kwoty pochodziła z ubezpieczenia społecznego (53 mld zł), pozostałymi źródłami zasobów finansowych ochrony zdrowia kwalifikowanymi jako publiczne były: budżet centralny (5,3 mld zł) oraz budżety samorządów terytorialnych (łącznie 1 mld zł). Wydatki publiczne uzupełniane są wydatkami prywatnymi, które wg tych samych danych w 2008 roku stanowiły 23,23 mld zł, czyli równowartość 1,82% PKB oraz 26% całości wydatków na ochronę zdrowia. Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych stanowiły 20 mld zł (86% wydatków prywatnych). Podane kwoty należy uzupełnić jeszcze dodatkowo o wydatki na inwestycje (5,9 mld zł i 0,46% PKB), co łącznie poziom wydatków na ochronę zdrowia w Polsce ustala na poziomie 7% PKB<sup>1</sup>.

Poniższy rysunek przedstawia powyżej przytoczone dane w zestawieniu z analogicznymi informacjami dla wybranych państw świata.



Rys. 2. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce oraz wybranych krajach Europy w 2008 (odsetek PKB). Źródło: Ministerstwo Zdrowia oraz Światowa Organizacja Zdrowia

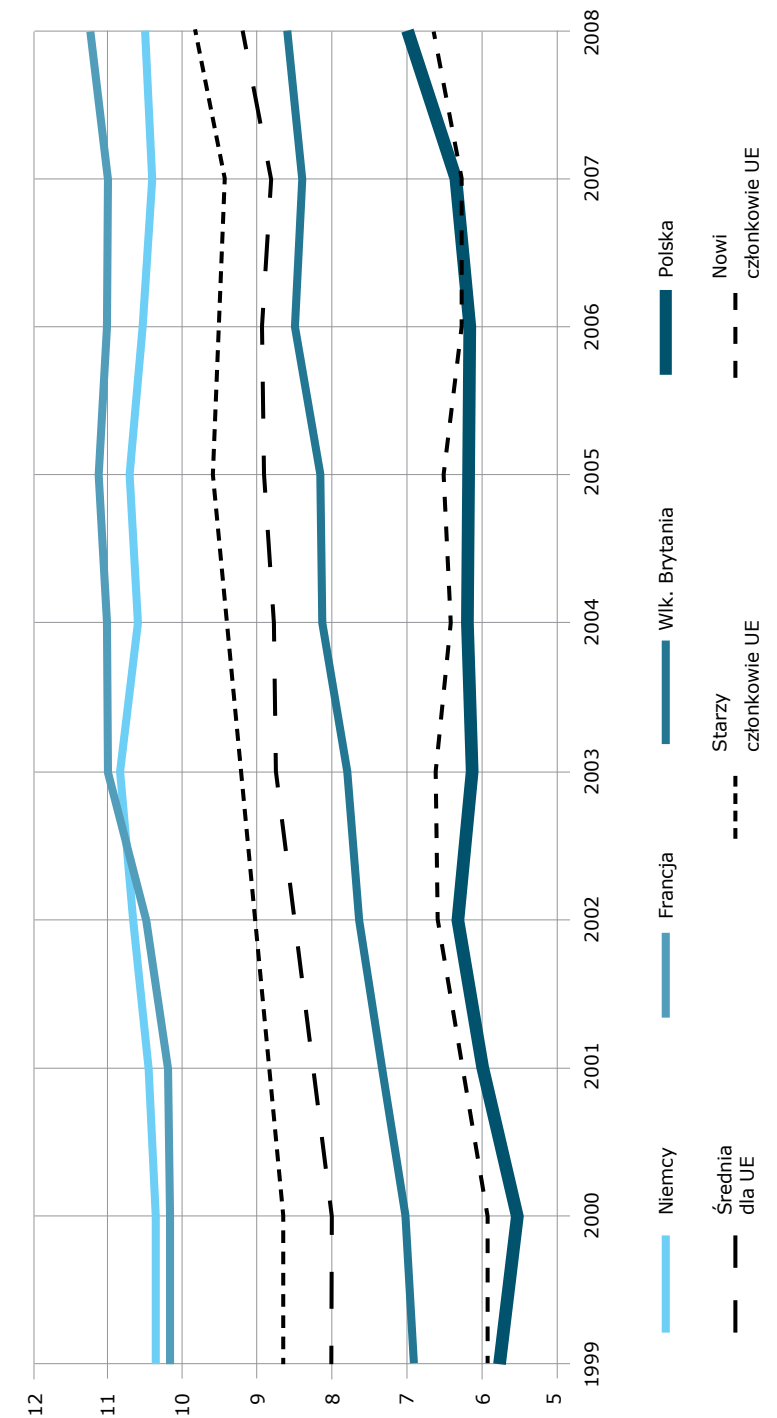
Powyższe dane pokazują dość znaczne różnice w poziomie finansowania ochrony zdrowia pomiędzy „nowymi” krajami członkowskimi UE, a „starymi” krajami członkowskimi. Różnica ta wynosi nawet 3 – 5 punktów procentowych (w relacji do PKB danego kraju) na niekorzyść tych pierwszych. Polska wprawdzie wypada nieco lepiej na tle średniej dla krajów postkomunistycznych, ale wciąż poziom finansowania ma znacząco niższy, niż w krajach zachodnich. Dane te interesująco prezentują się również, gdy uwzględnić trendy w odniesieniu do wydatków na ochronę zdrowia, jak również gdy porównać wydatki ujmowane w kwotach przypadających na mieszkańca.

Dane pokazane na wykresach 3 i 4 pokazują kilka bardzo istotnych spraw. Po pierwsze: wydatki na ochronę zdrowia liczone jako odsetek produktu krajowego brutto na przestrzeni ostatnich lat zmieniają się bardzo nieznacznie. Można mówić o generalnym zwiększaniu się, jednak nie jest on (z wyjątkiem Wielkiej Brytanii równającej do pozostałych krajów „zamożnej” części UE) w wyraźny sposób stały i znaczący. W roku 1999 wydatkowano w Polsce na ochronę zdrowia kwoty odpowiadające 5,7% PKB. Była to wartość odpowiadająca 65,7% średniego finansowania dla „starych” członków Unii Europejskiej (8,64% PKB) i 101,8% wartości średniej dla nowych członków UE (5,6% PKB). W roku 2008 wydatki w Polsce sięgnęły 7% PKB, co odpowiadało 71,6% średniego poziomu dla „starej” Unii (9,78%) i 106% średniej dla „nowej” Unii (6,6%). Różnica względem krajów zamożniejszych została zatem w Polsce zredukowana, jednak stosunkowo nieznacznie. W relacji do krajów o podobnym poziomie zamożności można stwierdzić, iż różnica (na korzyść Polski) w ciągu dziesięciolecia zwiększyła się. Śledząc trendy w kolejnych latach widać jednak, iż przez praktycznie cały ten okres poziom wydatków w Polsce pozostawał poniżej tej średniej, wyraźnie wzrastając dopiero w 2008 roku.

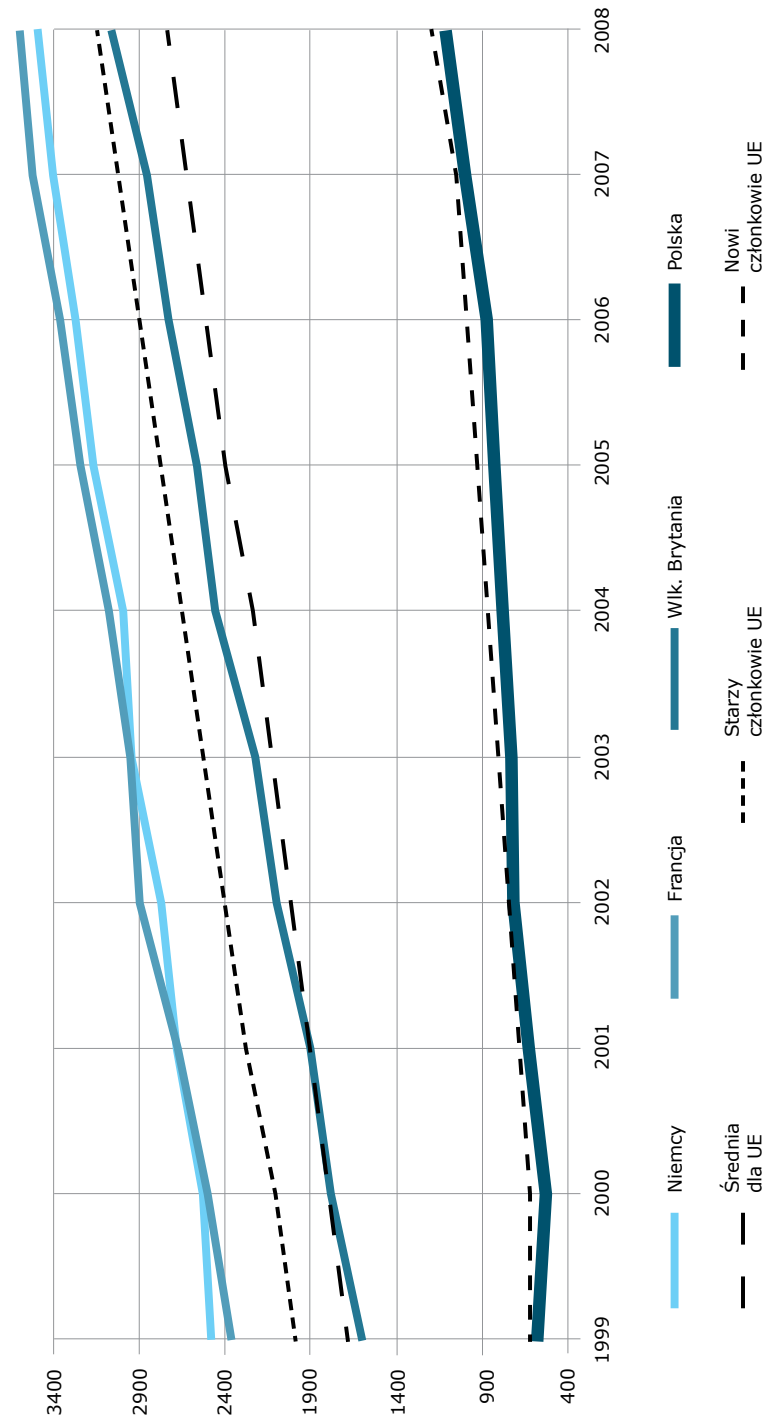
Po drugie: jeśli porównać wydatki liczone w kwotach bezwzględnych, różnica między Polską (a także pozostałymi krajami tzw. „nowej” Unii Europejskiej), a zamożniejszymi krajami zachodnimi jest zdecydowanie większa. W 1999 roku w Polsce wydawano na ochronę zdrowia kwoty odpowiadające 573 dolarom na jednego mieszkańca. Była to wartość równa zaledwie 27,8% średniej wartości analogicznie liczonych wydatków dla „starych” państw członkowskich UE oraz 98,8% wartości dla „nowych” państw członkowskich. W roku 2008 relacja ta wynosiła odpowiednio 36,4% i 95,9%.

Po trzecie: jednocześnie jednak oznacza to, że jeśli brać pod uwagę wydatki liczone jako odsetek PKB, przez całe dziesięciolecie różnica między Polską, a średnią

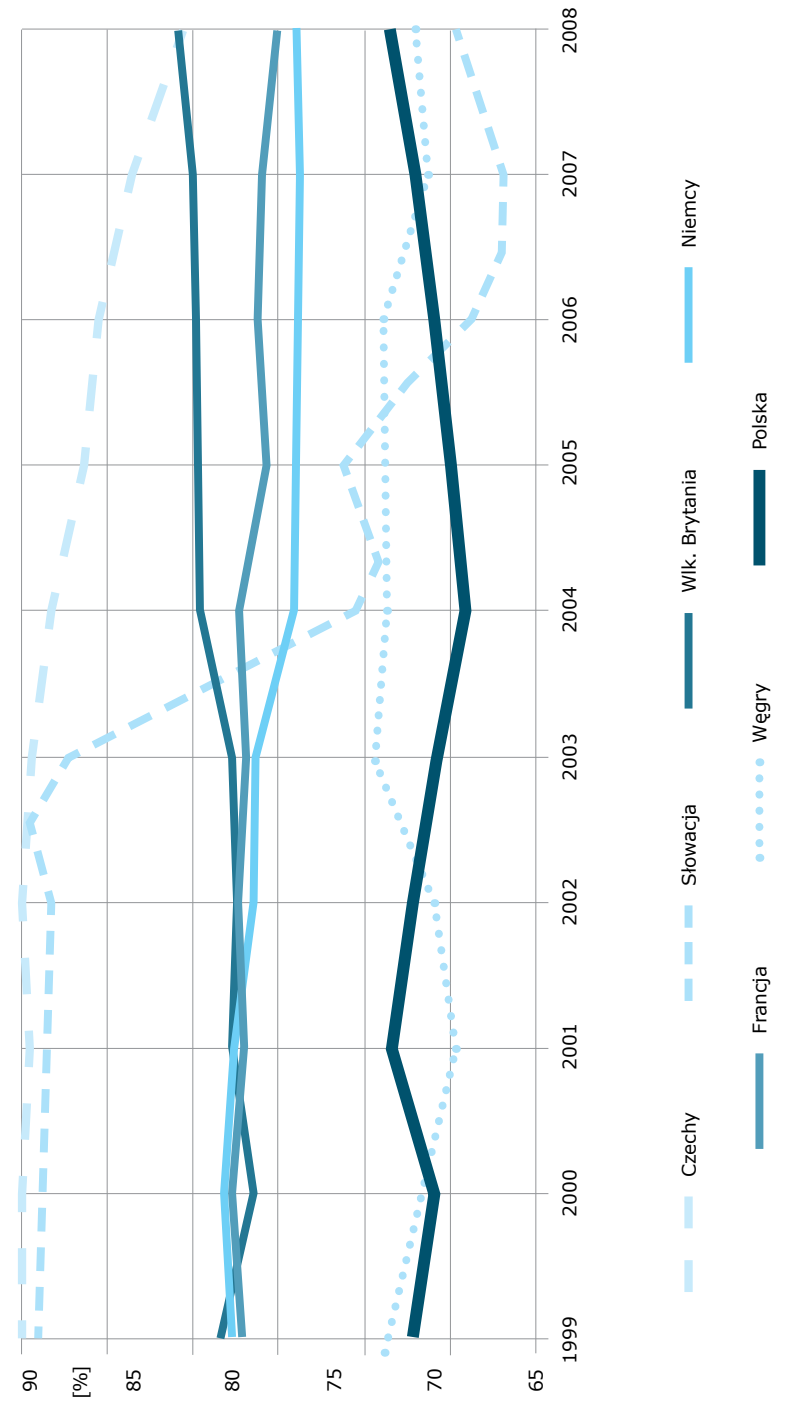
Rys. 3. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i wybranych krajach Europy w okresie 1999 – 2008 (jako odsetek PKB). Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia.



Rys. 4. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i wybranych krajach Europejskich w latach 1999 – 2008 per capita (dol./osoba). Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia.



Rys. 5. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce i wybranych krajach Europejskich w okresie 1999 – 2008 (jako odsetek całkowitych wydatków). Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia.





dla zamożnych krajów zachodnich zmniejszyła się o około 9% wartości wyjściowej. Jeśli natomiast brać pod uwagę wydatki per capita, różnica zmniejszyła się już o 30% wartości wyjściowej! Rezultat ten jest oczywiście pochodną szybszego wzrostu gospodarczego w Polsce, niż w krajach bogatszych. Warto przy tym zanotować, że wyższy poziom wydatków PKB w roku 2008 w porównaniu do średniej dla „nowych” członków UE przełożył się na niższą wartość wydatków liczonych per capita. Co więcej – różnica między Polską a średnią dla tej grupy państw zwiększyła się na niekorzyść Polski w całym analizowanym okresie.

Ostatnia rzecz związana z finansowaniem ochrony zdrowia, w której warto dokonać porównań, dotyczy poziomu finansowania publicznego. Trendy w okresie 1999 – 2008 w analizowanej grupie państw przedstawiały się w sposób zaprezentowany na rysunku 5.

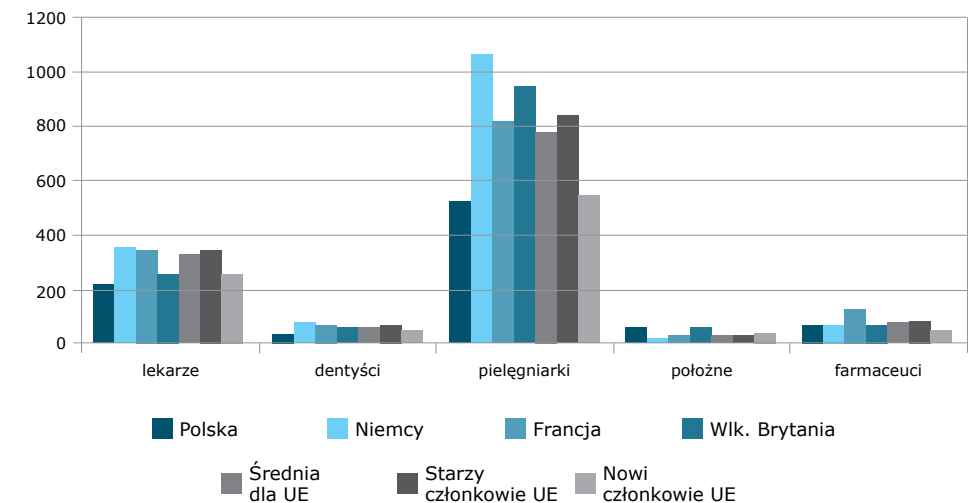
Z uwagi na brak danych uśrednionych dla grup państw, na powyższym wykresie zaprezentowano dane dotyczące wybranych krajów z grona „starych” członków Unii Europejskiej oraz „nowych” krajów członkowskich UE. Zgodnie z powyższymi danymi można stwierdzić, iż odsetek publicznego finansowania utrzymuje się mniej więcej na stałym poziomie oscylującym w okolicach 80% dla krajów zamożniejszych i 70% dla krajów uboższych. Zauważalne są bardzo nieznaczne zmiany o charakterze regularnym: w Niemczech i Francji finansowanie publiczne zmniejsza się, w Wielkiej Brytanii zaś rośnie. W grupie krajów postkomunistycznych od mniej więcej połowy analizowanego okresu zmniejszać zaczął się poziom publicznego finansowania w Czechach i Słowacji. W obydwu krajach poziom wyjściowy był bardzo wysoki, sięgający 90% ogółu wydatków. W Czechach spadek ten ma charakter stosunkowo łagodny i relatywnie nieznaczny. Natomiast w przypadku Słowacji następuje skokowa zmiana w roku 2004 oraz 2006 oznaczająca bardzo znaczące zmiany proporcji środków publicznych i prywatnych przeznaczanych na ochronę zdrowia.

W Polsce w tej materii sytuacja jest stabilna. Następują wahania poziomu publicznego udziału w wydatkach na ochronę zdrowia, jednak nie mają one charakteru regularnego. Udział ten utrzymuje się stale w okolicach 70% ogółu wydatków na ochronę zdrowia.

Interesującą informacją odnośnie finansowania ochrony zdrowia, acz dotyczącą nieco odmiennej materii, niż kwestie poruszone powyżej, jest rozdział środków pomiędzy poszczególne kategorie lecznictwa. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiają się one następująco (dotyczy wydatków Funduszu):

Podstawowa opieka zdrowotna: 11,83%, ambulatoryjna opieka specjalistyczna: 7,99%, lecznictwo szpitalne: 48,26%, opieka psychiatryczna: 3,4%, rehabilitacja lecznicza: 3,17%, opieka długoterminowa: 1,85%, leczenie stomatologiczne: 3,53%, lecznictwo uzdrowiskowe: 0,96%, pomoc doraźna i transport sanitarny: 0,06%, profilaktyka: 0,19%, świadczenia kontraktowane odrębnie: 2,34%, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki techniczne itp.: 1,17%, refundacja leków: 14,94%<sup>2</sup>.

W 2008 roku w Polsce mieliśmy 131418 lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu. Jest to liczba mniej więcej stała (nieznacznie zwiększająca się) w ostatnim czasie. W tym gronie 52576 osób są to lekarze posiadający specjalizację. Około 11% z nich (5986) posiada specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej. W tym samym czasie liczba stomatologów uprawnionych do wykonywania zawodu wyniosła 36196, pielęgniarek 275122, położnych 33173, farmaceutów: 27025<sup>3</sup>. Zgółła odmiennie prezentują się jednak dane dotyczące pracowników medycznych rzeczywiście praktykujących, co daje rzeczywisty obraz zasobów systemu zdrowotnego. W tym przypadku liczba lekarzy wynosiła 82828, dentyści 13114, pielęgniarek 197884, położnych 22204, zaś farmaceutów 23561<sup>4</sup>. Rysunek 6 prezentuje te same dane standaryzowane względem liczby mieszkańców w porównaniu do wybranych krajów świata.

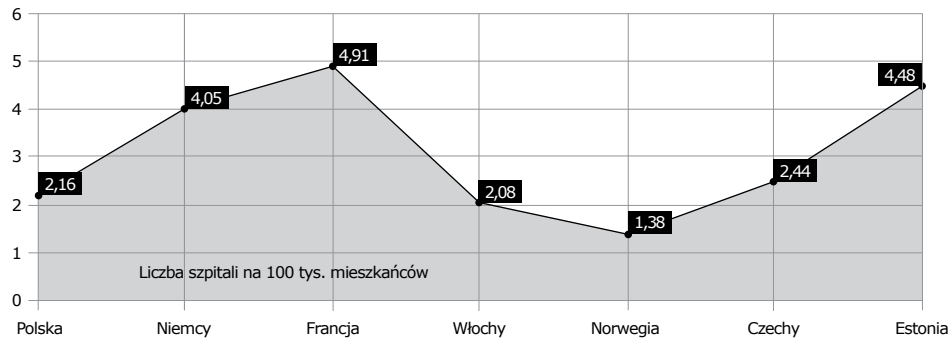


Rys. 6. Zasoby kadrowe polskiego systemu zdrowotnego w porównaniu z wybranymi państwami świata (liczba pracowników/100 tys. mieszkańców). Źródło: GUS oraz Światowa Organizacja Zdrowia

Jeśli chodzi o placówki świadczące usługi zdrowotne, w 2008 roku w Polsce funkcjonowały 14853 zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Z tej liczby 3298 zakładów (22,2%) było placówkami publicznymi. Oprócz tego funkcjonowało 6,5 tysiąca praktyk lekarskich oraz 4619 praktyk stomatologicznych. Liczba placówek szpitalnych wyniosła w 2008 roku 774. W tej liczbie 186 (24%) było placówkami niepublicznymi. Łączna liczba łóżek szpitalnych wynosiła 183565, z czego 7,4% (13524) pozostawało w dyspozycji placówek niepublicznych. W ostatnich latach systematycznie zwiększa się liczba placówek niepublicznych, natomiast zmniejsza się ogólna liczba łóżek szpitalnych. Mniej więcej na stałym poziomie pozostaje jedynie liczba łóżek długoterminowych<sup>5</sup>.

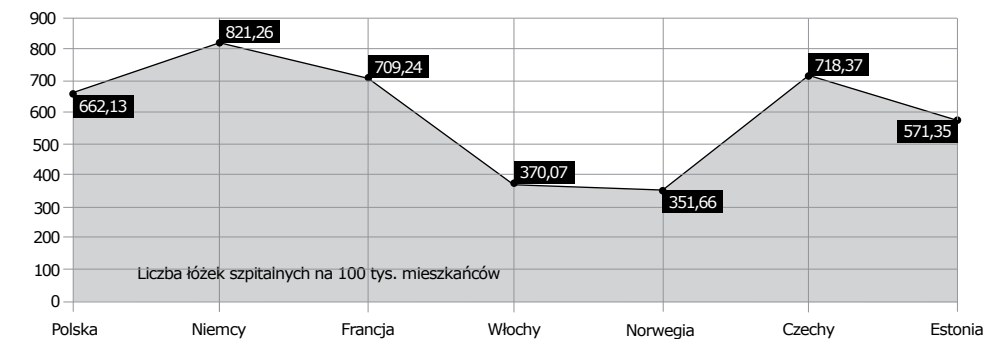
Dla pełnego obrazu zasobów polskiego systemu zdrowotnego dane te uzupełnić należy jeszcze o informację o lecznictwie uzdrowiskowym (w 2008 roku dysponowaliśmy 66 szpitalami uzdrowiskowymi, 154 sanatoriami, 23 przychodniami uzdrowiskowymi oraz 12 sanatoriami rehabilitacyjnymi; zdecydowana większość spośród tej liczby są to placówki niepubliczne), handlu farmaceutykami (10628 aptek w 2008 roku, z czego jedynie około 1% publicznych oraz 1103 punkty apteczne – w całości niepubliczne) oraz systemie ratownictwa medycznego (1513 zespołów ratownictwa medycznego, z czego: 595 o charakterze specjalistycznym, 485 podstawowym, 232 wypadkowym i 30 innego rodzaju; 186 szpitalnych oddziałów ratunkowych i 134 izby przyjęć)<sup>6</sup>.

Poniższe wykresy prezentują podstawowe spośród powyższych danych w porównaniu z analogicznymi informacjami dla wybranych krajów świata.



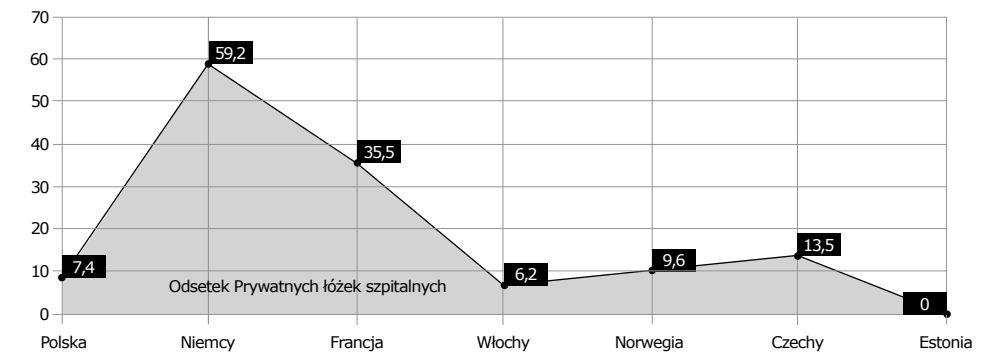
Rys. 7. Zasoby infrastrukturalne polskiego systemu zdrowotnego w porównaniu z wybranymi państwami świata: liczba szpitali/100 tys. mieszkańców.

Źródło: GUS oraz Światowa Organizacja Zdrowia.



Rys. 8. Zasoby infrastrukturalne polskiego systemu zdrowotnego w porównaniu z wybranymi państwami świata: liczba łóżek szpitalnych/100 tys. ludności.

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia.



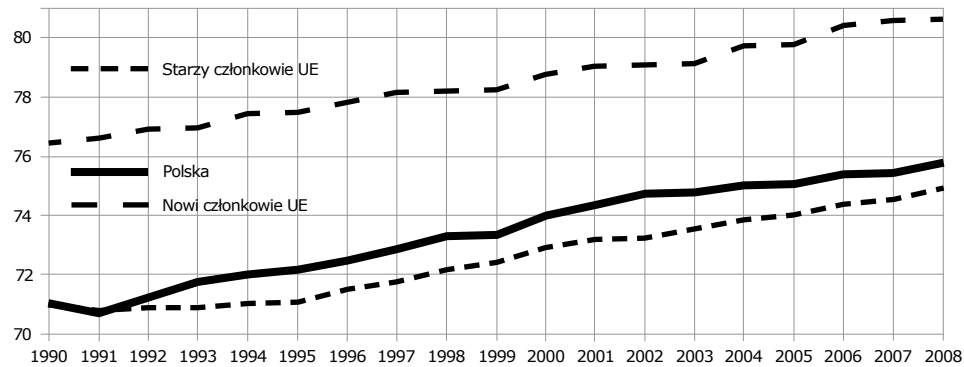
Rys. 9. Zasoby infrastrukturalne polskiego systemu zdrowotnego w porównaniu z wybranymi państwami świata: odsetek prywatnych łóżek szpitalnych.

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia.

### 1.3. Podstawowe dane epidemiologiczne

Pewną, względnie obiektywną, miarą jakości działania systemu zdrowotnego jest analiza mierników stanu zdrowia populacji. Konfrontacja podstawowych danych charakteryzujących zdrowie Polaków w poszczególnych latach okresu transformacji z opiniami dotyczącymi funkcjonowania systemu zdrowotnego, jak również porównanie tych danych z analogicznymi miernikami w innych państwach może być informacją o znacznej wartości poznawczej.

Poniższy rysunek (Rys. nr 10) prezentuje dane dotyczące przeciętnego dalszego trwania życia w Polsce w okresie 1990 – 2008. Dane porównane zostały z wartością średnią dla „starych” i „nowych” krajów członkowskich Unii Europejskiej.

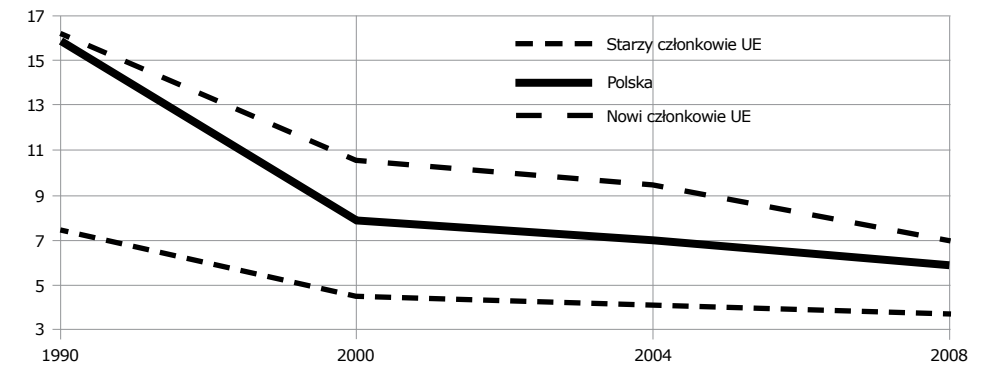


Rys.10. Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie narodzin w Polsce oraz krajach UE (w latach). Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia

Jak widać na powyższym wykresie, wartości przeciętnego dalszego trwania życia w analizowanym okresie zwiększały się systematycznie (z kilkoma nieznacznymi wahnięciami w każdej grupie) zarówno w Polsce, jak i w krajach „nowej” i „starej” Unii. Wartość ta dla „starych” krajów członkowskich jest znacząco wyższa, niż w przypadku Polski oraz średniej dla „nowych” członków UE, oscylując w okolicach 5 lat. Jednocześnie wartość ta w przypadku Polski przez cały badany okres nieznacznie przewyższa średnią dla wszystkich „nowych” krajów członkowskich Unii.

Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce w okresie 1990 – 2008 wydłużyło się z wartości 71,01 lat do 75,73 lat, tj. łącznie o 6,64%. Wartość średnia dla „starych” krajów członkowskich Unii Europejskiej w tym samym czasie wzrosła z wartości 76,48 lat do wartości 80,61, tj. o 5,4%. W przypadku średniej dla „nowych” członków UE zmiana nastąpiła w przedziale 70,78 lat w 1990 roku i 74,96 lat w 2008 roku. Oznacza to wzrost o 5,9%. Tym samym można na tej podstawie wyciągnąć wniosek, że wartość przeciętnego dalszego trwania życia w Polsce w okresie transformacji systemowej rosła szybciej, niż w grupie bardziej rozwiniętych państw dzisiejszej Unii Europejskiej i jednocześnie rosła szybciej, niż w traktowanych łącznie państwach byłego bloku wschodniego dziś będących również członkami Unii. Różnica między Polską a obydwoma grupami państw w roku 1990 wynosiła odpowiednio -5,47 lat i 0,22 lat. W roku 2008 ta relacja wyniosła -4,88 lat i 0,77 lat. Wszystkie dane te w stawiają Polskę w generalnie dobrym świetle, jakkolwiek należy mieć na względzie fakt, że przeciętne dalsze trwanie życia jest wartością w ograniczonym stopniu zależną od funkcjonowania systemu zdrowotnego. Powyższe dane w większym stopniu należałoby potraktować jako świadectwo poprawiającej się ogólnej jakości życia w Polsce w okresie transformacji systemowej.

Miernikiem w znacznie większym stopniu podatnym na różnice w jakości funkcjonowania systemu zdrowotnego jest umieralność niemowląt. Dane dotyczące tego miernika dla tego samego okresu oraz tych samych grup państw przedstawiono poniżej na rysunku nr 11.



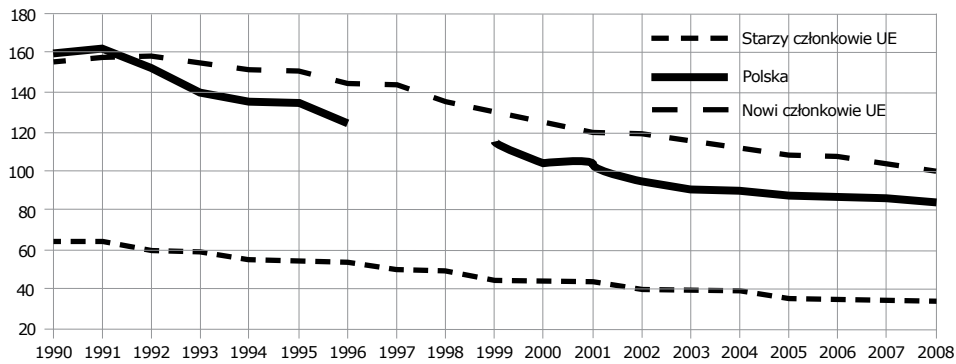
Rys 11. Umieralność niemowląt w Polsce oraz krajach UE (na 1000 żywych urodzeń).

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia

W przypadku tego miernika notowany jest systematyczny spadek w kolejnych latach. W Polsce wartość ta zmniejszyła się w okresie 1990 – 2008 z poziomu 16 do 6 zgonów na 1000 żywych urodzeń. Oznacza to spadek o 62,5%. W tym samym czasie wartość średnia w starych krajach członkowskich UE zmniejszyła się z 7,5 do 3,73 zgonów na każde 1000 żywych urodzeń, zaś wartość średnia dla „nowych” członków UE z wartości 16,06 do 6,87 zgonów na każde 1000 żywych urodzeń. Spadek ten oznacza odpowiednio zmianę o 51% i 57,2%. Ponownie więc sytuacja w Polsce jest mniej korzystna, niż w lepiej rozwiniętych krajach Europy Zachodniej, jednak poprawa wartości miernika w przypadku Polski jest lepsza, niż w obu grupach państw traktowanych łącznie i dodatkowo różnica ta jest dość znacząca. Jednocześnie podkreślić jednak należy, że dynamika spadku liczby zgonów noworodków w okresie 2000 – 2008 jest mniejsza w Polsce, niż w traktowanych łącznie „nowych” krajach członkowskich UE.

Kolejna grupa porównywanych mierników dotyczyć będzie umieralności spowodowanej najważniejszymi z punktu widzenia skutków dla ogólnego stanu zdrowia populacji grupami chorób: chorobami układu krążenia, nowotworami złośliwymi, chorobami układu oddechowego oraz chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi. Mierniki te uznać można za zależne od funkcjonowania systemu zdrowotnego w stopniu ograniczonym (będąc zaliczanymi do grupy chorób cywilizacyjnych zależne są w znacznym stopniu od czynników środowiskowych czy stylu życia), choć mogą stanowić pewne świadectwo efektywności leczenia, jak również systemu zdro-

wotnego ujmowanego bardziej globalnie, a więc obejmującego także działania redukujące niekorzystny wpływ na zdrowie czynników środowiskowych, czy też skuteczność promowania zdrowego stylu życia.

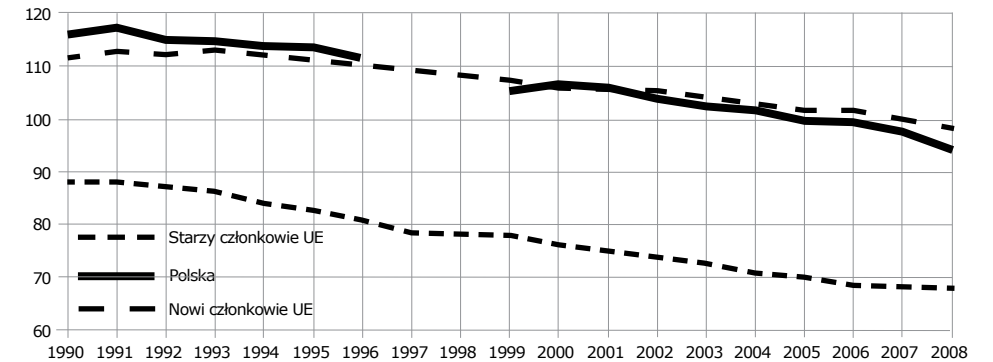


Rys. 12. Umieralność wskutek chorób układu krążenia (liczba zgonów na 100 tys. ludności dla osób w wieku 0 – 64 lat). Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia

Powyższe dane ukazują przede wszystkim ogromną różnicę wartości miernika pomiędzy „starymi” a „nowymi” krajami członkowskimi UE. W roku 1990 różnica ta sięgała ponad 91 zgonów na każde 100 tys. ludności (blisko 60%). W roku 2008 różnica wyniosła 66 zgonów na każde 100 tys. ludności (66%). Spadek liczby zgonów w grupie „starych” członków UE wyniósł 30,04 zgony na 100 tys. mieszkańców (spadek o 47%); w grupie „nowych” członków spadek wyniósł 55,08 zgonów na każde 100 tys. ludności, co równie jest spadkowi wartości miernika o 35,6% wartości wyjściowej.

W tym samym czasie w Polsce wartość analizowanego miernika zmniejszyła się z poziomu 157,41 w roku 1990 do 85,89 w roku 2008. Oznacza to spadek o 71,52 punktów, czyli 45,4% wartości wyjściowej. O ile więc w 1990 roku w Polsce wartość miernika była o 1,6% wyższa, niż średnia dla dzisiejszych „nowych” członków UE oraz o 46,7% wyższa, niż w grupie dzisiejszych „starych” członków Unii, o tyle w roku 2008 relacja ta wyniosła odpowiednio 16% na korzyść Polski i blisko 60% na niekorzyść Polski. Na tej podstawie można wnioskować, że system zdrowotny Polski w całym analizowanym okresie znacząco bardziej poprawił swoją efektywność w tej dziedzinie, niż w innych państwach postkomunistycznych dziś będących członkami Unii traktowanych łącznie. Jednocześnie jednak systemy zdrowotne państw „starej” Unii w analogicznym okresie swoją efektywność poprawiły w jeszcze bardziej znamienym stopniu. Tym samym sytuacja w Polsce, jak i całej grupie państw postkomunistycznych, poprawiła się w stosunku do stanu wyjściowego, ale różnica pomiędzy Polską (i innymi krajami regionu), a pozostałymi członkami „starej” Unii relatywnie zwiększyła się.

Rys. nr 13. przedstawia analogiczne dane, jak powyżej, dotyczące umieralności z powodu nowotworów złośliwych.



Rysunek 13. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych w Polsce oraz krajach UE (liczba zgonów na 100 tys. ludności w grupie 0 – 64 lat).

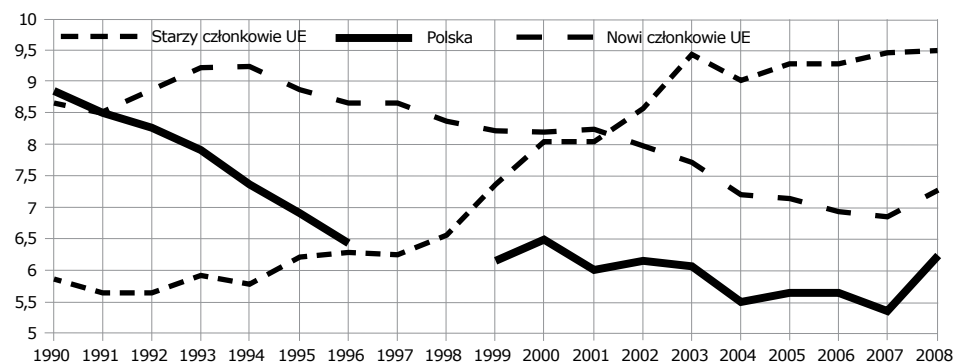
Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia

W przypadku rysunku prezentującego zmiany miernika umieralności z powodu nowotworów złośliwych wnioski są dość podobne, jak miało to miejsce w przypadku umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia. Również i w tym przypadku zauważalny jest spadek wartości miernika w całym rozpatrywanym okresie, jakkolwiek w grupie „nowych” członków Unii w pierwszym okresie (lata 1990 – 1994) wartość miernika nieznacznie rosła. W przypadku Polski wzrost nastąpił w okresie 1990 – 1991, by następnie systematycznie spadać (podobnie, jak w przypadku wszystkich wcześniej analizowanych mierników). Także i w tym przypadku zauważalna jest bardzo znacząca różnica pomiędzy „nowymi” i „starymi” członkami Unii Europejskiej – na niekorzyść tych pierwszych. Również i w tym przypadku wartość średnia dla krajów „nowej” Unii w pierwszym okresie była korzystniejsza, niż w Polsce, jednak trend spadkowy w Polsce w kolejnych latach był wyraźniejszy, by ostatecznie doprowadzić do różnicy na korzyść Polski.

W 1990 roku umieralność w krajach zachodnich była o niespełna 21% niższa, niż w grupie dzisiejszych „nowych” członków UE. Różnica pomiędzy tymi krajami a Polską wynosiła w tym czasie nieco ponad 24%. Przez kolejne lata wartość miernika zmniejszyła się o kolejno: 22,7% wartości wyjściowej dla „starych” członków Unii Europejskiej, 11,9% dla „nowych” członków UE i 18,7% dla Polski. Tym samym w roku 2008 wartość miernika dla grupy państw zachodnich była niższa o 30,6% od wartości średniej dla dzisiejszych „nowych” członków i o 27,8% od wartości dla Polski. Ponownie zatem poprawa sytuacji w grupie państw postkomunistycznych jest mniejsza, niż w pań-

stwach zachodnich, przez co różnica między obydwoimi grupami powiększa się. Jednocześnie w przypadku Polski, podobnie jak w przypadku poprzedniego miernika, różnica narasta wolniej.

Rysunek 14. prezentuje umieralność z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych.



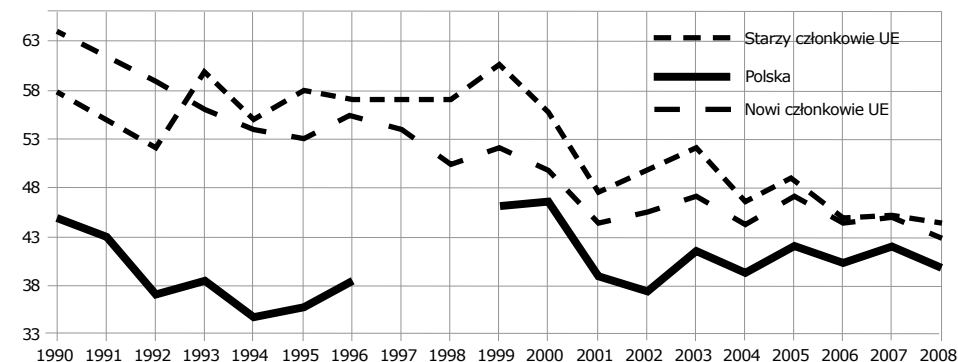
Rys. 14. Umieralność z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce i krajach UE. Wartość liczby zgonów na 100 tys. ludności dla wszystkich grup wiekowych.

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia

W przypadku tego miernika sprawa prezentuje się całkowicie odmiennie. Przede wszystkim wartości dla wszystkich analizowanych grup i państw są znacząco niższe. Jednocześnie wartość tego miernika niższa jest zarówno w Polsce, jak i państwach „nowej” Unii łącznie, niż w przypadku państw „starej” Unii. Różnica ta większa jest w przypadku Polski. Dodatkowo brak jest w tym przypadku jednoznacznego trendu: zmienia się on zależnie od roku wykazując wahnięcia w obie strony. Generalnie jednak patrząc z perspektywy całego okresu raczej zwiększa się w państwach zamożniejszych i zmniejsza się w Polsce i innych „nowych” krajach członkowskich UE.

Wartości miernika wraz z trendem zmiany należy zasadniczo rozpatrywać jako korzystne z punktu widzenia oceny Polski w tym względzie. Nie należy jednak traktować tego jako dowodu lepszej kontroli chorób zakaźnych w Polsce lub też lepszej jakości opieki medycznej. Wyższy poziom miernika w przypadku krajów zachodnich może być prawdopodobnie spowodowany większą mobilnością ludności i większą „otwartością” tych krajów. Powoduje to większą podatność na szybkie rozprzestrzenianie się czynników chorobotwórczych oraz większe narażenie na nowe choroby wyrastające z ognisk usytuowanych w innych częściach globu. Wciąż jednak sytuację Polski pod tym względem należy traktować jako korzystną.

Ostatnim poddanym analizie miernikiem jest umieralność z powodu chorób układu oddechowego. Jego wartość w poszczególnych latach zaprezentowana została na rysunku 15.



Rys. 15. Umieralność z powodu chorób układu oddechowego w Polsce i krajach UE. Liczba zgonów na 100 tys. ludności dla wszystkich grup wiekowych.

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia

W przypadku pokazanego powyżej miernika ponownie trudno o jednoznaczną interpretację trendów zmiany jego wartości. Zarówno w grupie „nowych”, jak i „starych” członków Unii, a także w przypadku Polski, zmiana jego wartości w analizowanym okresie nie wykazywała jednoznacznego trendu, choć w każdym z tych trzech przypadków można zaobserwować spadek wartości miernika w pierwszej połowie lat 90-tych, wzrost w kilku kolejnych latach i ponowny spadek w przeciągu następnej dekady. Wartość miernika w Polsce w początku lat 90-tych była w jednoznaczny sposób niższa od tej, która charakteryzowała wszystkie pozostałe analizowane państwa. W roku 2008 nastąpiło wyraźne zbliżenie się wszystkich trzech wartości, choć wciąż w przypadku Polski jest ona najniższa, najwyższa zaś w grupie „starych” członków UE.

Przyjmując, że także i w tym przypadku niekorzystny wynik państw zamożniejszych koreluje z czynnikami cywilizacyjno – środowiskowymi, wciąż jako pozytywne zjawisko w przypadku Polski należy traktować utrzymanie relatywnie niskiego poziomu umieralności w kolejnych latach, jak również sytuowanie się Polski poniżej średniej dla krajów będących „nowymi” członkami Unii.

Podsumowując wszystkie pokazane powyżej dane stwierdzić należy, iż jeśli uznać je za elementy świadczące o efektywności i jakości działania systemu zdrowotnego (przy wszystkich towarzyszących temu zastrzeżeniach), sytuacja Polski przedstawia się względnie korzystnie na tle innych państw o zbliżonym poziomie zamożności. W przypadku

każdego z zaprezentowanych mierników poziom charakteryzujący Polskę pozytywnie odbiegał od średniej dla nowych krajów członkowskich Unii Europejskiej. Dane te zatem stały by w sprzeczności z negatywnymi opiniami na temat funkcjonowania systemu dominującymi wśród pacjentów. Pamiętać przy tym należy, iż opinie te niekoniecznie determinowane są odczuciami pacjentów dotyczącymi samej jakości świadczonych usług, ale także np. dostępnością świadczeń gwarantowanych w ramach publicznego finansowania, a w tym przypadku obraz Polski rysuje się raczej niekorzystnie. Poprawa ogólnych mierników, w tym przypadku, w dużej mierze determinowana jest ogólną poprawą zamożności społeczeństwa, czego rezultatem jest m.in. łatwiejszy dostęp do usług świadczonych w ramach finansowania prywatnego. Wniosek ten zdaje się być potwierdzonym przez dane mówiące o umieralności spowodowanej chorobami powszechnie uważanymi za największe zagrożenie w zamożnej części globu, a jednocześnie najbardziej kosztochłonne jeśli chodzi o ich leczenie (choroby cywilizacyjne). Jakkolwiek w tym przypadku sytuacja w Polsce również ulega systematycznej poprawie (i również w tym przypadku sytuacja przedstawia się korzystniej na tle ogółu państw o podobnym poziomie zamożności), narastająca różnica w porównaniu do zamożniejszych państw zachodnich świadczyć może, iż system zdrowotny słabo radzi sobie w tym obszarze<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Narodowy Rachunek Zdrowia za 2008 rok. Materiał na konferencję prasową w dniu 23 lipca 2010 r.. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009, s. 2-3.

<sup>2</sup> Dane publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10>.

<sup>3</sup> Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009, s. 105 i nast.

<sup>4</sup> Tamże.

<sup>5</sup> Tamże, s. 110 i nast.

<sup>6</sup> Tamże

<sup>7</sup> Szczegółowa analiza stanu zdrowia ludności Polski w analogicznym okresie zawarta jest w opracowaniu: B. Wojtyński, J. Stokwiszewski, P. Goryński, D. Rabczenko, Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego. W: G. Ciura (red.) Zdrowie Polaków. Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Warszawa 2010, ss. 9 – 50.

## 2. Polski system zdrowotny - przegląd projektów reformatorskich.

### 2.1. Lata 90-te XX wieku

Kwestia ochrony zdrowia jest dyskutowana na forum publicznym w Polsce praktycznie rzecz biorąc od początku okresu transformacji systemowej. Zmianie ulega jedynie stopień nasilenia tych dyskusji. Jak można się przekonać z poniższego opisu, projekty, które ostatecznie stanowią podwalinę konkretnych działań reformatorskich, w pewnej mierze są również ze sobą spójne, choć często różnią się w pewnych (mniej bądź bardziej istotnych) szczegółach. Mówiąc o dyskusjach dotyczących ochrony zdrowia należy wreszcie zaznaczyć również, że dopiero od końca lat 90-tych XX wieku dyskusje te przerodziły się w konkretne projekty legislacyjne, jakkolwiek niepozostające w całkowitym oderwaniu od wcześniejszych postulatów.

Cofając się do samego początku epoki transformacji warto przybliżyć postulaty w zakresie ochrony zdrowia, jakie pojawiły się w dokumencie stanowiącym załączek wszystkich późniejszych reform. Porozumienia Okrągłego Stołu, bo o nich tu mowa, były w tym względzie dość niekonsekwentne. Z jednej bowiem strony wyartykułowano w nich poparcie dla wdrożenia ubezpieczeniowego modelu finansowania świadczeń, z drugiej zaś postulując zachowanie obywatelskiego (zaopatrzeniowego) uprawnienia do korzystania z nich. Porozumienia wykazywały się podobnym brakiem logiki także i w innych materiałach (co jest w przypadku tego dokumentu o tyle uzasadnione, iż miały w większym stopniu charakter manifestu politycznego, niż realnego projektu działań reformatorskich; zresztą w faktycznie podjętych działaniach w kolejnych miesiącach w rzeczywistości w niewielkim stopniu na treści porozumień się opierano<sup>8</sup>). Oto bowiem postulowano, by składki ubezpieczeniowe obciążały jedynie osoby zamożne oraz podmioty prowadzące działalność gospodarczą. Pracownicy utrzymujący się z pracy najemnej mieli zaś być z niej zwolnieni. Tym samym zaproponowano rozwiązanie pomijające kluczowy element definiujący metodę ubezpieczeniową, czyli zasadę wzajemności ubezpieczenia. De facto również było to rozwiązanie nawiązujące do rozwiązań funkcjonujących w okresie istnienia PRL w obszarze zabezpieczenia społecznego<sup>9</sup>.

Dokument rządowy opublikowany w roku 1990, a więc już po powstaniu niekomunistycznego rządu, podtrzymywał pożądaną kierunek zmian (wprowadzenie ubezpieczenia społecznego w celu finansowania kosztów funkcjonowania systemu zdrowotnego

go). Pojawiły się jednocześnie postulaty, które rozwijały dość istotnie pierwotną wizję okrągłostołową, w postaci m.in. propozycji utworzenia systemu ubezpieczeń alternatywnych. Wciąż jednak na tym etapie nie przedstawiono żadnych konkretnych projektów legislacyjnych<sup>10</sup>. Konkretyzacja propozycji rozpoczęła się dopiero w okolicach połowy dekady. Jednym z najistotniejszych projektów reformy tego czasu była propozycja zgłoszona przez NSZZ Solidarność. Był to projekt postulujący utworzenie w Polsce systemu bardzo mocno nawiązującego w swoim kształcie do niemieckiego pierwowzoru ubezpieczeń społecznych (i wprowadzonego w dość zbliżonej formie już w 1993 roku w Czechach<sup>11</sup>). Projekt przewidywał oparcie finansowania ochrony zdrowia o system wielu autonomicznych, samorządnych kas ubezpieczeniowych działających w oparciu o wspólnoty terytorialne i branżowe, rozdzielenie płatnika i świadczeniodawcy, a także dywersyfikację form własności w obszarze podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Świadczeniodawcy publiczni i prywatni mieli na równych prawach konkurować o kontrakty podpisane z publicznym płatnikiem. W tym samym czasie na forum publicznym ogłoszony został projekt przygotowany przez zespół rządowy. Różnił się on od projektu solidarnościowego zdecydowanie większym naciskiem kładzionym na publiczną własność w obrębie świadczeniodawców, jak również bardziej scentralizowaną strukturą ubezpieczenia, które oparte miało zostać o duże fundusze regionalne oraz centralny system poboru składki. Projekt ten nie zdobył jednak poparcia politycznego, w przeciwieństwie do projektu solidarnościowego, który cieszył się sympatią zwolenników reprezentujących bardzo różne siły polityczne. Prace nad nim przerwane zostały jednak wraz z przyspieszonym zakończeniem kadencji parlamentu w 1993 roku<sup>12</sup>.

Po zmianie rządu patronat nad projektem solidarnościowym objął prezydent Lech Wałęsa. W 1994 roku został on zgłoszony przez niego jako inicjatywa legislacyjna alternatywna wobec projektów rządowych. Patowa sytuacja polityczna spowolniła prace nad projektem reformy, ale jednocześnie wymusiła poszukiwania rozwiązań kompromisowych. Jako taki przedstawiany był projekt przygotowany przez Komisję Nadzwyczajną Sejmu, który uzyskał następnie wsparcie największej siły politycznej w parlamencie (SLD). Stał się on też podstawą uchwalonej ostatecznie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w 1997 roku. Ustawa przewidywała wprowadzenie ubezpieczeniowej metody finansowania systemu zdrowotnego, jednak uzupełnianego przez finansowanie budżetowe i opierającego się o duże regionalne fundusze. Projekt przewidywał również wprowadzenie w ograniczonym zakresie współpłacenia za świadczenia zdrowotne, a także dywersyfikację form własności w obrębie świadczeniodawców pozostających z ubezpieczycielami w relacji wynikających z indywidualnie negocjowanych kontraktów (jakkolwiek z dominacją własności komunalnej). Fundusze ubezpieczeniowe, jakkolwiek zorganizowane zgodnie ze wzorem charakterystycznym raczej dla wspomnianego wcześniej projektu rządowego z 1993 roku, miały działać w warunkach wza-

jemnej konkurencji, co można traktować jako pewne ustępstwo względem tzw. projektu prezydenckiego (czyli wspomnianego solidarnościowego)<sup>13</sup>.

Ustawa ta przyjęta została w schyłkowym okresie działania sejmu. Nowo wybrany sejm działał w warunkach zmienionego układu politycznego. Koalicyjny rząd Akcji Wyborczej Solidarność oraz Unii Wolności ogłosił ambitny projekt czterech wielkich reform społecznych, w tym – także ochrony zdrowia. Reforma zdrowotna ostatecznie wprowadzona w życie w początku 1999 roku nie stanowiła jednak gwałtownej rewolucji względem projektu wcześniej uchwalonego. Ograniczono się do nowelizacji ustawy z 1997 roku, modyfikując ją jednak w kilku istotnych punktach. Najważniejsze było położenie większego nacisku na swobodę wyboru świadczeniodawcy oraz płatnika ze strony ubezpieczonych, a tym samym konkurencję pomiędzy podmiotami działającymi w obu tych obszarach. Wciąż jednak organizacyjnie system opierał się o ubezpieczenie w funduszach regionalnych, centralnie pobieraną składkę oraz mieszaną formę własności świadczeniodawców, idąc także w tym obszarze dość znacząco dalej, niż wcześniej proponowane rozwiązanie. Nawiązując również do pierwotnych propozycji solidarnościowych, a także klasycznego nazewnictwa, stosowanego na gruncie ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia, instytucje ubezpieczeniowe nazwano kasami chorych. Bardziej wyraźnym nawiązaniem do ubezpieczeniowego pierwowzoru (a także rozwiązaniem spójniejszym z punktu widzenia systemu finansowania) było wprowadzenie ubezpieczeniowego tytułu do świadczeń w miejsce pierwotnie uchwalonego obywatelskiego. Towarzysząca reformie zdrowotnej reforma administracji lokalnej zasadniczym ciężarem obowiązków właścicielskich w zakresie świadczeniodawców obciążyla władze lokalne. Projekt podkreślał jednak bardzo silnie znaczenie prywatyzacji jako preferowanego kierunku działań. Po tym, jak rok później dopuszczono prywatnych świadczeniodawców do kontraktów z kasami chorych, faktycznie sektor ten zaczął rozwijać się niezwykle dynamicznie, jakkolwiek przede wszystkim w obszarze leczenia ambulatoryjnego<sup>14</sup>.

## 2.2. Druga dekada transformacji

W drugim dziesięcioleciu transformacji systemowej w Polsce trzykrotnie dochodziło do zmiany obozu rządzącego, trzykrotnie także ogłaszany był oficjalny rządowy projekt reformy zdrowotnej. Spośród tych trzech projektów, zaledwie jeden doczekał się konkretnej realizacji – projekt ministra Mariusza Łapińskiego wdrożony w 2003 roku. Reforma ta w pewnej mierze stanowiła odstępstwo od kierunku obranego podczas działań reformatorskich poprzedniego rządu utworzonego przez partie postsolidarnościowe. Kształt tej reformy w dużej mierze determinowany był ponadto nie tyle realną potrzebą gruntownej reorganizacji systemu, co faktem społecznego niezadowolenia i zachwianiem po-

czucia bezpieczeństwa wywołanym gwałtowną zmianą w roku 1999. Projekt zachował wprawdzie ubezpieczeniowy system finansowania systemu zdrowotnego, jednak doprowadził do zlikwidowania istniejących od czterech lat kas chorych, w ich miejsce wprowadzając scentralizowaną instytucję Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>15</sup>. Działanie takie z punktu widzenia efektywności systemu nie miało większego znaczenia (poza zmniejszeniem sterowności systemu poprzez jego daleko posuniętą centralizację i przeniesienie znaczącego zakresu kompetencji na centralny ośrodek decyzyjny). Z punktu widzenia pacjentów przyniosło to jedyny wymierny rezultat w postaci ujednoczenia polityki kontraktowania w skali całego kraju i wprowadzenia możliwości swobodnego korzystania ze świadczeń zdrowotnym poza województwem zamieszkania, co jednak można było osiągnąć bez konieczności tak daleko idących zmian instytucjonalnych. Warto przy tym zaznaczyć, iż pierwotny projekt reformy ogłoszony bezpośrednio po wyborach parlamentarnych w 2001 roku przez Sojusz Lewicy Demokratycznej, nie przewidywał aż tak radykalnej zmiany, a jedynie zmniejszenie liczby funduszy ubezpieczeniowych do liczby, która uczyniłaby z nich instytucje o zasięgu ponadregionalnym<sup>16</sup>.

Minister Łapiński zdradzał dość wyraźną niechęć także względem sektora prywatnego w obszarze świadczeniodawców. W trakcie jego urzędowania nie nastąpiły w tym obszarze żadne daleko idące zmiany. Po części z uwagi na silny opór, jaki jego projektem reformatorskim postawiły środowiska związane ze świadczeniodawcami (w szczególności podstawowej opieki zdrowotnej), po części zaś wskutek gwałtownego zakończenia jego urzędowania i oskarżeń o powiązania z koncernami farmaceutycznymi. Jedynym rzeczywistym rezultatem działań Mariusza Łapińskiego było zahamowanie prac nad restrukturyzacją sektora szpitalnego oraz ogłoszenie (lecz nie wprowadzenie w życie) projektu krajowej listy szpitali publicznych jako placówek strategicznych dla całego systemu zdrowotnego. Następcy Mariusza Łapińskiego podjęli pewne działania zmierzające do modyfikacji wprowadzonego przez niego modelu organizacyjnego. W części było to rezultatem orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 2004 roku o częściowej niezgodności z konstytucją ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, po części zaś frontalną krytyką silnej centralizacji systemu ubezpieczenia zdrowotnego. W rezultacie w toku kolejnych modyfikacji doszło do częściowej decentralizacji polegającej na przerzuceniu części odpowiedzialności na oddziały regionalne Funduszu. Zasadniczy schemat organizacyjny nie uległ jednak zmianie. Fiaskiem zakończyły się także wszelkie działania zmierzające do restrukturyzacji sektora szpitalnictwa, co z kolei przypisać należy skrajnie niesprzyjającym uwarunkowaniom politycznym i podsycaniu atmosfery zagrożenia w związku z pojawiającymi się oskarżeniami, iż rzeczywistym celem tych działań jest doprowadzenie do faktycznej prywatyzacji tego sektora systemu zdrowotnego.

Drugim projektem reformy był ten, który firmowany był nazwiskiem profesora Zbigniewa Religi zasiadającego na stanowisku ministra zdrowia po wyborach w 2005 roku. Ogłoszony przez Zbigniewa Religę projekt stanowił odstępstwo od postulatów Prawa i Sprawiedliwości, czyli ugrupowania stanowiącego główne zaplecze polityczne rządu w owym czasie, w stosunku do tez sprzed wyborów. Postulaty zgłaszane przez PiS w kampanii wyborczej postulowały bowiem odejście od finansowania ubezpieczeniowego i powrót do rozwiązań budżetowych sprzed 1999 roku<sup>17</sup>. Projekt ministra Religi zaś w większym stopniu nawiązywał do rozwiązań zawartych w niedokończonym projekcie reformy z 1999 roku, proponując przekształcenie NFZ w 5-6 dużych ogólnokrajowych funduszy ubezpieczeniowych działających na zasadzie wzajemnej konkurencji. Projekt przewidywał też uzupełnienie podstawowego finansowania ubezpieczeniowego o dobrowolne ubezpieczenia komplementarne, towarzyszące wprowadzeniu „pozytywnie” zdefiniowanego koszyka świadczeń gwarantowanych. Zbigniew Religa zachował także w mocy odziedziczony po poprzednikach projekt krajowej listy szpitali publicznych. Oprócz tego, Zbigniew Religa zakładał powstanie (postulowanego od dłuższego czasu, jednak bez powodzenia) koszyka świadczeń gwarantowanych, przebudowę systemu ratownictwa medycznego (które, pomimo uchwalenia w warunkach politycznego konsensusu nowoczesnej ustawy w 2001 roku, wciąż funkcjonowało w sposób niesprawny), racjonalizację polityki lekowej państwa (poprzez m.in. nowelizację prawa farmaceutycznego, nakierowaną na modyfikację listy leków refundowanych, zmianę zasad rejestracji leków, wprowadzenie urzędowych maksymalnych cen na leki stosowane w lecznictwie zamkniętym, ograniczenie swobody kształtowania marż aptecznych w przypadku leków refundowanych oraz wprowadzenie ograniczeń w zakresie promocji i reklamy farmaceutyków)<sup>18</sup>.

Projekt reformy opracowany przez ministra Zbigniewa Religę miał spore szanse powodzenia, zważając na fakt, iż zawierał postulaty w dużej mierze zgodne z oczekiwaniami większości interesariuszy w owym czasie uwikłanych bądź to w sferę polityczną, bądź też bezpośrednio w system zdrowotny. Analiza polityczna szans powodzenia tego projektu dość wyraźnie pokazuje, iż podjęcie stosownych działań mobilizujących pozwalało na wygenerowanie znaczącego poparcia dla tego projektu ze strony zainteresowanych uczestników, jak również środowisk politycznych. Niebagatelne znaczenie miało również społeczne zaufanie, jakim cieszył się Zbigniew Religa. W tym kontekście zastanawiająca może być jego nieomal całkowita porażka. Zbigniewowi Relidze udało się przeprowadzić przez ścieżkę legislacyjną nową ustawę o ratownictwie medycznym, która – w przeciwieństwie do ustawy z roku 2001 wywarła realny wpływ na strukturę organizacyjną oraz zasady finansowania systemu ratownictwa medycznego; w 2007 roku



weszła również w życie duża nowelizacja prawa farmaceutycznego. W tym drugim przypadku jednak dyskusyjne jest, czy skutek praktyczny rzeczywiście określić można mianem racjonalizacji polityki lekowej państwa. Jak bowiem pokazują dane Narodowego Funduszu Zdrowia, wydatki publicznego ubezpieczyciela na refundację leków w kolejnych latach niezmiennie rosną. Wprawdzie dynamika tego wzrostu w grupie leków z listy podstawowej i uzupełniającej od roku 2007 zmniejszyła się (wzrost w roku 2006 względem 2005 wyniósł 9,12%, w latach kolejnych wynosił odpowiednio: 1,68% w roku 2007, 2,25% w 2008 i 5,6% w roku 2009), jednak w przypadku leków z listy chorób przewlekłych dynamika wzrostu zwiększyła się i to znacząco (wzrost o 8,6% w roku 2006, a następnie: 2,95% w 2007, 14,28% w 2008 i 18,12% w roku 2009). Spadek wydatków zanotowano jedynie w przypadku leków dla inwalidów wojennych oraz inwalidów wojskowych<sup>19</sup>.

Te kategorie jednak nie generują znamiennych kosztów z punktu widzenia ogółu zasobów finansowych NFZ. Spadek w tych grupach z dużym prawdopodobieństwem wynika również bardziej z przyczyn naturalnych (wymieranie beneficjentów świadczeń), niż realnej zmiany zasad prowadzenia polityki lekowej. Aby być jednak sprawiedliwym, trzeba przy tym zaznaczyć, że udział kosztów refundacji leków w ogóle kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia zmniejszyła się: z poziomu około 18% w roku 2005 i 2006 do około 14% w roku 2008 i 2009<sup>20</sup>.

Sukcesem ministra Religi (oraz jego zastępcy wiceministra Jarosława Pinkasa) było także przeprowadzenie przetargu na śmigłowiec ratunkowy dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Jego wyniki zostały zaakceptowane i wdrożone już przez następczynię Religi. W efekcie LPR posiada nowoczesną flotę maszyn, co zauważalnie poprawi standard ratownictwa medycznego w naszym kraju.

Jeśli mówić o najbardziej kontrowersyjnych elementach projektowanej reformy (zmiana zasad finansowania systemu zdrowotnego, zmiana struktury organizacyjnej publicznego płatnika, zmiana struktury organizacyjnej świadczeniodawców, w szczególności w lecznictwie zamkniętym), kadencja Zbigniewa Religi na stanowisku ministra zdrowia nie przyniosła systemowych zmian. Możliwych przyczyn wskazać można co najmniej kilka, z czego zdecydowana większość ma charakter polityczny:

Po pierwsze – pozycja Zbigniewa Religi w rządzie była relatywnie słaba. Jego nominację na stanowisko ministerialne znaczna część opinii publicznej odbierała bardziej w kategoriach manewru o charakterze politycznym, niż jako rzeczywisty dowód za-

ufania w jego kompetencje. Świadczyć może o tym kilka faktów. Jeszcze krótko przed nominacją na stanowisko ministra zdrowia Zbigniew Religa związany był z Platformą Obywatelską (wchodził w skład honorowego komitetu poparcia jej kandydata prezydenckiego w 2005r), a nie z Prawem i Sprawiedliwością. Objęcie przez niego zaferowanego stanowiska było zatem poważnym ciosem w przeciwników politycznych i przysporzeniem sobie przychylności opinii publicznej, która Zbigniewa Religę darzyła dużym zaufaniem. Z drugiej strony, jesienią 2005 rząd był tworzony z nadzieją na zawarcie koalicji, za którą opowiadało się ok. 2/3 wyborców – stąd prof. Religa mógł być odbierany jako krok w kierunku tej koalicji. Ten swoisty patchwork polityczny wzmacnia jeszcze postać Andrzeja Sośnierz, który został wybrany do sejmu w 2005 z listy PO, po czym, po nie dojściu do zawarcia koalicji reformatorskiej PiS-PO, odszedł z PO, aby zostać szefem Narodowego Funduszu Zdrowia. Andrzej Sośnierz jest powszechnie odbierany jako zwolennik myślenia menedżersko-technokratycznego w służbie zdrowia.

Po drugie – co wynika bezpośrednio z pierwszego – Zbigniew Religa działał w warunkach dość silnej opozycji wewnętrznej. Osobą, która w Prawie i Sprawiedliwości była głównym twórcą założeń polityki zdrowotnej był Bolesław Piecha – sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia (formalnie zastępca ministra Religi). Spotkać się można z opinią, wedle której miał on stanowić względem Zbigniewa Religi polityczną przeciwwagę. Nie należy wreszcie zapominać, iż postulaty Zbigniewa Religi odbiegały dość znamiennie od postulatów wyborczych partii, która desygnowała go na stanowisko. Jeśli dodatkowo uwzględnić fakt, iż silnym stronnikiem tych (zarzuconych przez ministra) założeń był właśnie wiceminister Bolesław Piecha, owa opozycja, poza czynnikami czysto politycznymi nabiera również wymiaru osobistego<sup>21</sup>. Różnicę zdań załagodzono po interwencji prezydenta Lecha Kaczyńskiego, ale w rezultacie skoncentrowano się na innych celach niż zasadnicze zmiany.

Po trzecie: koalicja polityczna będąca zapleczem parlamentarnym rządu była słaba i skupiona na próbach przetrwania permanentnego wewnętrznego kryzysu, poddana presji, co utrudniało podejmowanie realnych działań reformatorskich, w szczególności takich, które są potencjalnie kontrowersyjne. W rezultacie wszelkie koncepcje reformatorskie wychodzące z ministerstwa zdrowia (szczególnie jeśli dodatkowo uwzględnić punkt pierwszy i drugi) nie miały charakteru priorytetowego.

Po czwarte: pogarszający się stan zdrowia Zbigniewa Religi z całą pewnością miał również negatywny wpływ na determinację w wysiłkach zmierzających do realizacji własnego projektu.

Po piąte wreszcie - skrócenie kadencji sejmu w 2007 roku (będące bezpośrednią konsekwencją okoliczności opisanych w punkcie trzecim) uniemożliwiło dokończenie podjętych działań, przerywając wszelkie prace nad projektami legislacyjnymi w założeniu wdrażającymi reformę. Jednocześnie przedterminowe wybory parlamentarne w 2007 roku stały się przyczynkiem do sformułowania nowego, ostatniego na obecną chwilę, projektu, firmowanego przez Ewę Kopacz pełniącą funkcję ministra zdrowia w rządzie kierowanym przez Donalda Tuska.

W rezultacie przewaga politics (nominacja Religi) nad policy (program zwycięskiej w 2005 partii) spowodowała zachowanie systemu w zasadniczo niezminionej postaci.

Program Ewy Kopacz w aspektach dotyczących kluczowych kwestii w zakresie organizacji systemu zdrowotnego zawiera kluczowe postulaty:

- restrukturyzacja sektora świadczeniodawców, w tym m.in. obligatoryjne zakwalifikowanie działalności wszystkich zakładów opieki zdrowotnej jako działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z 2004 roku) oraz określenie zasad akredytacji placówek świadczących usługi zdrowotne. Przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia przewidywał także odstępianie od formuły organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na rzecz spółek kapitałowych, ewentualnie (w wybranych przypadkach) jednostek i zakładów budżetowych.
- zebranie w jednym, odrębnym akcie prawnym wszystkich przepisów odnoszących się do praw pacjenta
- wprowadzenie alternatywnych wobec NFZ możliwości ubezpieczenia
- wprowadzenie instrumentów popularyzujących dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne<sup>22</sup>.

Pierwsze działania legislacyjne, podjęte przez Ewę Kopacz odnosiły się do restrukturyzacji szpitalnictwa. Zaproponowane obligatoryjne przekształcenie w spółki prawa handlowego nie zyskały jednak wystarczającego politycznego poparcia, co spowodowało porażkę projektu w toku prac legislacyjnych. Sytuacja ta spowodowała zmianę strategii działania minister zdrowia, która forsować poczęła projekt przekształceń nieobligatoryjnych, zachęcając jednocześnie jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialne za podjęcie stosownych działań wsparciem finansowym. Ten tok działania stał się następnie podstawą kolejnego projektu legislacyjnego, prace sejmowe nad tym projektem kończą się w marcu/kwietniu 2011. Zgodnie z nim jednostki samorządu, które nie zdecydowały się na przekształcenie podległych im placówek, zostaną jednocześnie obciążone obowiązkiem pokrycia długów podległych im placówek. W przeciwnym przypadku zobowiązania zostaną spłacone przy wsparciu środków ministerialnych.

Pozostałe dwie sprawy w obecnej chwili wciąż pozostają jedynie w sferze deklaracji. Minister zapowiada jednocześnie wdrożenie pilotażowego projektu w zakresie alternatywnych ubezpieczeń zdrowotnych w dwóch województwach, by – w przypadku powodzenia nowych rozwiązań – wprowadzić je następnie w całym kraju. Jednocześnie zrezygnowano z pierwotnego postulatu likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia i zastąpienia go mniejszymi funduszami. W odniesieniu do ubezpieczeń uzupełniających projekt ministerialny jest jeszcze mniej skonkretyzowany, w obecnej chwili sprowadzając się jedynie do deklaracji dotyczących konieczności zapewnienia równych praw w zakresie dostępu do świadczeń medycznych dla wszystkich pacjentów – niezależnie od poziomu ich zamożności i ewentualnej możliwości wykupienia dodatkowego ubezpieczenia. Jednocześnie jednak ten sposób rysowania problemu budzi poważne wątpliwości co do szans praktycznego powodzenia samego przedsięwzięcia. Bez rzeczywistego ograniczenia zakresu gwarancji ze strony finansowania publicznego, przesłanka do ewentualnego dodatkowego ubezpieczenia się będzie bardzo słaba. Jak pokazuje opisany poniżej przykład Wielkiej Brytanii, nie jest to przeszkoda, która całkowicie uniemożliwiłaby rozwój ubezpieczenia uzupełniającego. Zważając jednak na ogólny niższy poziom zamożności społeczeństwa polskiego, należy spodziewać się, że przy braku wyraźnych zachęt do zakupu tego rodzaju ubezpieczeń, jego popularność raczej nie osiągnie brytyjskiego pułapu 10% populacji. Ponieważ już obecnie około 5% Polaków posiada takie ubezpieczenie (w 90% przypadków wykupione za pośrednictwem pracodawcy<sup>23</sup>), nie należy spodziewać się bardziej znaczących zmian w tym zakresie.

Potwierdzeniem tych konkluzji może być sytuacja panująca w Czechach, gdzie funkcjonuje zarówno pozytywnie zdefiniowany koszyk świadczeń gwarantowanych, jak i współpłacenie, jednak popularność dodatkowych ubezpieczeń nie przekracza kilkunastu procent ludności decydującej się na taki zakup. Przyczyn tej sytuacji upatrywać należy prawdopodobnie w dużym zakresie odpowiedzialności finansowej państwa w odniesieniu do owego koszyka, co – przy relatywnie niskim poziomie zamożności obywateli – nie stanowi zachęty do dodatkowego ubezpieczania się.

### 3. Systemy zdrowotne - rozwiązania stosowane w innych krajach.

#### 3.1. Modele systemów zdrowotnych

Na gruncie literatury przedmiotu stworzono wiele typologii systemów zdrowotnych. Dość przejrzystą zastosowała m.in. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), dzieląc istniejące rozwiązania pod względem dwóch kryteriów: dobrowolności/przymusowości przynależności do systemu oraz relacji pomiędzy instytucją finansującą koszty świadczeń zdrowotnych, a podmiotami realizującymi te świadczenia<sup>24</sup>. Inną, powszechnie stosowaną, typologią jest podział odwołujący się do względów historycznych. Jest on wygodny w zastosowaniu z dwóch powodów. Po pierwsze, wyodrębnia niewielką liczbę rozwiązań modelowych (cztery), po drugie, poza odwołaniem się do względów historycznych, pozwala także w dość prosty sposób usystematyzować rozwiązania kwalifikowane do poszczególnych modeli pod względem roli odgrywanej w nich przez instytucje publiczne i niepubliczne. Z tego też względu, jako że kwestia roli podmiotów niepublicznych jest jednym z kluczowych przedmiotów dyskusji odnośnie polskiego systemu zdrowotnego i jego reform, tą właśnie typologią będziemy posługiwać się w dalszej części niniejszego opracowania.

Zgodnie z nią, wyodrębnić można cztery podstawowe typy systemów zdrowotnych:

1. **System rezydualny**, kojarzony dziś przede wszystkim ze Stanami Zjednoczonymi, gdzie rzeczywiście największej elementów jego tradycyjnego kształtu do dziś pozostało. Najważniejszymi elementami charakteryzującymi ten model jest dominacja sektora prywatnego – zarówno w sferze produkcji świadczeń medycznych, jak i ich finansowania, ograniczony zakres odpowiedzialności państwa w zakresie gwarantowania dostępu do świadczeń medycznych (pierwotnie istniał bardzo wyraźny rozdział pomiędzy sferą zdrowia indywidualnego pozostającego w obszarze odpowiedzialności jednostek, a zdrowia publicznego, za które odpowiada państwo; od lat 60-tych XX wieku stopniowo państwo zaczęło zwiększać zakres swojej odpowiedzialności, co znalazło wyraz m.in. w stworzeniu odrębnych, publicznie finansowanych, systemów dostępu do opieki medycznej dla osób starszych i ubogich), a także brak jednolitych formuł organizacyjnych w zakresie zarządzania finansami systemu zdrowotnego, skutkujący ogromną ilością bardzo różnorod-

- <sup>8</sup> P. Zalewa Transformacja ustrojowa a kształt polskiego systemu ekonomicznego. Wyd. UMCS, Lublin 2008.
- <sup>9</sup> C. Włodarczyk Droga do ubezpieczeń zdrowotnych. Wędrówka koncepcji reformatorskich w procesie polityki zdrowotnej, „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, 2(1): 13 – 28.
- <sup>10</sup> Tamże.
- <sup>11</sup> P. Romaniuk, K. Krajewski-Siuda Organizacja i finansowanie opieki zdrowotnej w wybranych krajach środkowoeuropejskich. W: M. Syrkiewicz-Świtała, R. Hanisz (red.) Ekonomia i zarządzanie w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty. Wyższa Szkoła Biznesu, Dąbrowa Górnicza 2010, s. 109 – 142.
- <sup>12</sup> C. Włodarczyk op. cit.
- <sup>13</sup> Tamże
- <sup>14</sup> Tamże
- <sup>15</sup> K. Krajewski Siuda, P. Romaniuk. Dlaczego możliwe było wprowadzenie Narodowego Funduszu Zdrowia. „Zdrowie i Zarządzanie” nr 1/2004, s. 36-42.
- <sup>16</sup> I. Kowalska – Koprowska. Reformowanie opieki zdrowotnej w świetle programów, ustaw i w opiniach decydentów. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie nr 1/2003, 165 – 76.
- <sup>17</sup> C. Włodarczyk. Zdrowie i opieka zdrowotna w programach partii politycznych. W: Golinowska S., Boni M. Nowe dylematy polityki społecznej. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2006, s. 296 – 324.
- <sup>18</sup> M. Starosolski, J. Wróblewski, P. Romaniuk, K. Krajewski-Siuda. Rządowy projekt reformy zdrowotnej. Ocena szans powodzenia ministerialnego projektu przy użyciu mapowania politycznego. Problemy Higieny i Epidemiologii 2006; 87(3), ss. 228-238.
- <sup>19</sup> Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 rok. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2010, s. 90.
- <sup>20</sup> Zob. Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w kolejnych latach: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=11>. Dostęp dn. 31.01.2011.
- <sup>21</sup> Por.: M. Starosolski et al. op. cit.
- <sup>22</sup> Por. Zmiany w systemie ochrony zdrowia. Druki sejmowe nr 283, 284, 286, 287, 293, 294, 311. Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Warszawa 2008 oraz Zmiany w systemie ochrony zdrowia w procesie legislacyjnym. Druki sejmowe nr 283, 284, 286. Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Warszawa 2008.
- <sup>23</sup> J. Czapieński, T. Panek. Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009, s. 107.

nych rozwiązań. Jest to model najbliższy pełnemu urynkowaniu ochrony zdrowia, jakkolwiek w rzeczywistości zdecydowana większość osób posiadających wykupione ubezpieczenie zdrowotne, uzyskuje je za pośrednictwem pracodawcy, co czyni model rezydujący pokrewny nieco kolejnemu omówionemu poniżej.

**2. Model Bismarcka**, wyrastający z tradycji niemieckiej (kanclerz pruski Otto von Bismarck „patronuje” temu modelowi, jak inicjodawca pierwszego na świecie publicznego systemu ubezpieczenia społecznego), dziś powszechnie w krajach Europy Zachodniej (oprócz Niemiec, także w Holandii, Belgii i Francji) i Środkowej (Austria, Czechy, Polska). Tradycyjnie model ten opiera się na silnie zdecentralizowanych instytucjach publicznych ubezpieczycieli (kasy chorych) tworzonych z myślą o wyodrębnionych wspólnotach osób narażonych na podobnego rodzaju kategorii ryzyk ubezpieczeniowych (grupy zawodowe, wspólnoty terytorialne, pracownicy jednego zakładu pracy). Ubezpieczyciele mają zazwyczaj charakter publiczny, jednak zorganizowani są zgodnie z zasadą samorządności i dysponują bardzo dużym zakresem autonomii (w systemie niemieckim brak jest nawet odgórnie zdefiniowanego poziomu składki ubezpieczeniowej). W tradycyjnym modelu założeniami konstrukcyjnymi są również zasady solidaryzmu społecznego oraz przymusowości ubezpieczenia. Oznacza to z jednej strony obowiązek przynależności do systemu dla określonych w prawie grup społecznych, z drugiej zaś wpisanie się całego ubezpieczenia społecznego w instrumentarium państwowej polityki społecznej i funkcjonowanie jako jeden z kanałów redystrybucji dochodów. Z drugiej strony, model ten opiera się przede wszystkim na sektorze niepublicznym w sferze wytwarzania świadczeń medycznych, a także kierowany jest z natury swojej do osób gorzej sytuowanych. W rezultacie w systemie niemieckim osoby przekraczające określony próg dochodu wyłączone są z obowiązku ubezpieczenia (jest to około 10% populacji), co daje także bardzo szerokie pole do rozwoju prywatnych ubezpieczycieli.

**3. Model Beveridge’a**, charakterystyczny dla Wielkiej Brytanii, a także krajów Europy Południowej oraz Skandynawii. W tym przypadku następuje bardzo znaczący wzrost odpowiedzialności państwa w zakresie gwarantowania dostępu do opieki medycznej, która zostaje zaliczona do katalogu praw obywatelskich jako jedna z podstawowych potrzeb jednostki ludzkiej. System zdrowotny w tym rozwiązaniu podlega dość ścisłemu nadzorowi ze strony państwa – zarówno w obszarze zarządzania finansami, jak i wytwarzania świadczeń. Z drugiej strony w krajach stosujących ten model dość powszechnie jest określanie wspomnianej potrzeby zdrowotnej przynależnej każdej jednostce na poziomie rzeczywiście minimalnym, co wciąż daje stosunkowo szerokie pole do rozwoju komplementarnych rozwiązań opierających się na zasadach komercyjnych. Ewolucja rozwiązań, których zrab stworzony został po II wojnie świato-

wej przez brytyjskiego lorda Williama Beveridge’a rozszerzyła również zakres stosowania rozwiązań rynkowych w ramach systemu publicznego, m.in. poprzez wprowadzenie charakterystycznego dla niemieckiego modelu ubezpieczeniowego kontraktowania świadczeń u samodzielnych dostawców.

**4. Model Siemaszki**, stworzony w latach 30-tych XX wieku w Związku Radzieckim, oraz „wyeksportowany” do państw pozostających pod politycznym wpływem tego państwa. Dziś ma raczej walor historyczny, choć wciąż w państwach postkomunistycznych (w tym i Polsce) odnaleźć można sporo jego pozostałości. Model ten pod pewnymi względami przypomina omówiony powyżej model Beveridge’a (albo też może bardziej właściwe byłoby stwierdzenie, iż to model Beveridge’a przypomina model Siemaszki, jako że ten drugi historycznie jest starszy), przede wszystkim pod względem dominacji sektora publicznego w zakresie wytwarzania świadczeń zdrowotnych (w tym przypadku jest to już dominacja absolutna), a także oparcia finansowania systemu o publiczne środki budżetowe. Ponadto model ten gwarantuje bardzo obszerny zakres uprawnień w korzystaniu ze świadczeń, eliminując praktycznie całkowicie (albo w dominującym zakresie) odpowiedzialność jednostki za zapewnianie sobie dostępu do opieki medycznej. Ostatnim wreszcie elementem charakterystyki tego modelu, na który w tym miejscu warto zwrócić uwagę, jest praktycznie całkowite wyeliminowanie gry rynkowej i swobodnej inicjatywy w zakresie tworzenia podmiotów wytwarzających świadczenia medyczne. Cała sfera produkcji tych świadczeń natomiast sprowadzona zostaje do zasad zbliżonych do tych, które stosowane są w gospodarce planowej.

Rozwiązania stosowane współcześnie w poszczególnych krajach nigdy praktycznie nie stanowią absolutnie stuprocentowej realizacji rozwiązań zawartych w czterech powyższych modelach. Są one swoistą mieszanką poszczególnych systemów. Każdy model ma jednak pewne cechy charakterystyczne, odróżniające go od pozostałych, przez co do któregoś z modeli kwalifikować można rozwiązania wdrażane w poszczególnych krajach. Ponadto, każdy z tych modeli boryka się ze specyficznymi bolączkami i problemami. Kilka z nich wyszczególnimy omawiając poniżej rozwiązania stosowane w kilku wybranych krajach świata.

### 3.2. Modele systemów zdrowotnych – zastosowanie w wybranych krajach, wady i zalety

Najbardziej charakterystycznymi przykładami rozwiązań w zakresie silnego urynkowania systemu zdrowotnego będą dwa kraje: Stany Zjednoczone (rozwiązanie „archetypiczne”) oraz Chile (przykład radykalnej reformy wprowadzającej rozwiązania

rynkowe). Jakkolwiek są to kraje o zgoła odmiennych uwarunkowaniach działania systemu (zarówno z uwagi na wielkość państwa, jak i tradycje i otoczenie polityczno-gospodarcze), będzie można w nich zauważyć pewne podobieństwa, które jednocześnie uwypuklą cechy charakterystyczne dla modelu opierającego się o rozwiązania rynkowe.

W USA najbardziej rozpoznawalną jego cechą od lat był brak obowiązku ubezpieczenia oraz dominacja rozproszonych i konkurujących między sobą ubezpieczycieli. O ile pierwszy z tych elementów właśnie ulega zmianie w skutek reform przeprowadzonych przez prezydenta Baracka Obamę, w przypadku drugiego sytuacja nie ulega zmianie. Jest to zresztą element na tyle mocno zakorzeniony w tradycji amerykańskiego systemu, że jego zmiana (szczególnie w krótkim okresie czasu) jest mało prawdopodobna. Warto jednak nadmienić w tym miejscu, że struktura ta nie jest statyczna. W ostatnich kilkunastu latach tradycyjne rozwiązania opierające się o ubezpieczenie gospodarcze uzupełnione zostało o rozwiązania zintegrowane (tzw. Health Maintenance Organizations), gdzie w ramach jednego podmiotu następuje zarówno opłacenie składki, jak i uzyskanie świadczenia zdrowotnego. Pamiętać jednak trzeba, że wciąż jest to jedynie jedna z dostępnych form dostępu do ochrony zdrowia – jedna z bardzo wielu.

Z zabezpieczenia wykupywanego na wolnym rynku korzysta około 62-65% mieszkańców USA<sup>25</sup>. Charakterystyczne jest przy tym, że oferta ubezpieczalni nie jest zazwyczaj kierowana do indywidualnych klientów, lecz do klientów korporacyjnych. Od co najmniej okresu powojennego bowiem tradycyjnym elementem składowym wynagrodzenia za pracę jest całkowite lub częściowe finansowanie przez pracodawcę pakietów ubezpieczenia społecznego. W tej formie dostęp do ubezpieczenia uzyskuje nawet ponad 90% ubezpieczonych w USA, jakkolwiek duża część osób wykupuje również dodatkowe polisy indywidualne. Pewnym paradoksem amerykańskiego skomercjalizowanego systemu jest również fakt, że największym indywidualnym podmiotem finansującym koszty ubezpieczenia zdrowotnego jest... państwo. Około 1/4 ludności kraju korzysta bowiem z ubezpieczeń publicznych w postaci systemów Medicare (obowiązkowy dla osób powyżej 60-go roku życia) i Medicaid (dla osób ubogich i niepełnosprawnych). Cała reszta populacji kraju pozbawiona jest gwarantowanego dostępu do opieki zdrowotnej. W ramach tej kategorii jednak też wskazać można co najmniej kilka grup osób. Część z nich, będą to osoby młode decydujące się ponieść ryzyko konieczności samodzielnego pokrycia kosztów ewentualnego leczenia, licząc, że niebezpieczeństwo to (z uwagi na niskie ryzyko zachorowania) jest niewielkie. Dla nich wykupienie ubezpieczenia zdrowotnego jest nieracjonalnym gospodarowaniem własnymi środkami finansowymi. Część stanowią będą osoby, których nie

stać na wykupienie indywidualnej polisy, a jednocześnie nie kwalifikują się do otrzymania ubezpieczenia w ramach systemu Medicaid. M.in. w tej kategorii sytuacja ma ulec zmianie po reformie Obamy. Ważną grupą są wreszcie osoby zatrudnione w niewielkich firmach, które nie finansują swoim pracownikom kosztów ubezpieczenia. Zaś sami oni nie czynią tego – z różnych względów.

U schyłku XX wieku na rynku ubezpieczeń zdrowotnych w USA funkcjonowało około 700 podmiotów, w zdecydowanej większości o charakterze komercyjnym. Tym samym dochodzimy do kluczowej cechy systemu amerykańskiego: z jednej strony niezwykle silna konkurencyjność tamtejszego systemu (czego konsekwencją jest wysoka jakość świadczonych usług i ich technologiczne zaawansowanie – wszak amerykański system w tym względzie należy do światowej czołówki), ale jednocześnie bardzo niska jego efektywność pod względem wykorzystania posiadanych zasobów finansowych. Wedle szacunków nawet 1/4 środków pochodzących z ubezpieczenia przeznaczanych jest na obsługę administracyjną systemu. Inne szacunki mówią, że realnie, na faktyczne sfinansowanie kosztów świadczeń medycznych przeznaczane jest zaledwie 55-60% ogółu środków przeznaczanych na ubezpieczenie zdrowotne w USA<sup>26</sup>. Pozostała część pożerana jest przez koszty okołomedyczne w postaci marketingu, obsługi technicznej, prawnej, informatycznej, a także marży ubezpieczycieli. Tym samym niebotycznie wysokie wydatki na ochronę zdrowia (sięgające 14% amerykańskiego PKB) niekoniecznie w bezpośredni sposób przekładają się na najlepszą dostępność świadczeń medycznych.

Jeśli chodzi o Chile, system zdrowotny w tym kraju, podobnie jak całościowy system gospodarczy, a także pozostała część systemu zabezpieczenia społecznego, był przedmiotem dość radykalnych (i w skali świata rewolucyjnych) reform w czasach dyktatury Augusto Pinocheta. W odniesieniu do ubezpieczenia zdrowotnego reformy te poszły w kierunku dość radykalnego urynkwienia, które może nasuwać skojarzenia z amerykańskim pierwowzorem, jednak w rzeczywistości będziemy mieć do czynienia w tym kraju ze specyficzną mieszanką rozwiązań solidarnościowych z komercyjnymi. Przedstawia się to w formie obowiązkowego ubezpieczenia społecznego, które uzupełniane zostaje przez dobrowolne ubezpieczenie dodatkowe. W ramach publicznie gwarantowanego systemu, obywatele mają jednak prawo wyboru ubezpieczyciela spośród instytucji publicznej (FONASA – Fondo Nacional de Salud) oraz około 30 ubezpieczycieli prywatnych (tzw. ISAPRE – Instituto de Salud Previsional). Istnieją także w marginalnej skali ubezpieczenia wzajemne (Mutuales). Państwo określiło minimalną wartość ubezpieczenia – w formie pokrewnej europejskim systemom ubezpieczeń społecznych, tj. jako odsetek wynagrodzenia. Wartość tę ustalono na poziomie 7% wynagrodzenia. Średnia wartość polisy ubezpieczeniowej w pierwszej połowie pierwszej dekady XXI wieku odpowiadała natomiast mniej więcej 9% wynagrodzenia osoby

ubezpieczonej. System prywatny obejmuje około 19 – 25% populacji kraju, co z pozoru nie jest liczbą wysoką. Podkreślić należy jednak, iż prywatni ubezpieczyciele nie są obciążeni żadnym obowiązkiem względem swoich klientów (brak narzędzi eliminujących selekcję negatywną – poza udostępnieniem możliwości ubezpieczenia w instytucji publicznej)<sup>27</sup>, a także i to, że w początkach funkcjonowania tego modelu system prywatny obejmował zaledwie niewielką część najbogatszych warstw społeczeństwa. Tak duży przyrost popularności ubezpieczenia komercyjnego w świecie odbierany jest jako dowód sukcesu chilijskiej reformy<sup>28</sup>. Jednocześnie jednak, system komercyjny dotknięty został tymi samymi problemami, które uwidaczniają się w systemie amerykańskim. W pierwszej kolejności jest to bardzo wysoki koszt obsługi administracyjnej systemu, sięgający 20% kosztów ubezpieczenia (w systemie publicznym jest to nawet dziesięciokrotnie mniej!), a także zwiększona konsumpcja świadczeń (w systemie komercyjnym przewyższa ona o około 2% wartość charakterystyczną dla systemu publicznego). Kwestię tę można interpretować na dwa sposoby. Z jednej strony może to być dowód zwiększonego moralnego hazardu, albo też sztuczne zwiększanie konsumpcji przez zwiększanie podaży świadczeń, z drugiej jednak może być dowodem lepszej dostępności tychże świadczeń w systemie komercyjnym.

Systemy występujące w krajach europejskich są – przynajmniej na pozór – mniej urynkowane od systemu amerykańskiego, albo też reformowanych intensywnie systemów Ameryki Łacińskiej. Bliższe przyjrzenie się ich kształtowi może jednak prowadzić do pewnej weryfikacji tej opinii. Przy czym w części przypadków (Niemcy) stopień tego urynkowania de facto zawsze był wysoki, w innych natomiast (Holandia, Wielka Brytania) jest rezultatem reform przeprowadzonych na przestrzeni ostatnich lat.

Niemiecki system ubezpieczenia zdrowotnego jest pierwszym w świecie przykładem powstania publicznego systemu zabezpieczenia społecznego. Wskutek inicjatywy pruskiego kanclerza Ottona von Bismarcka, na przestrzeni około 10-ciu lat w końcu XIX wieku powstał system społecznych ubezpieczeń dla robotników najemnych, zabezpieczający nie tylko dostęp do leczenia w wypadku choroby, ale także rekompensatę zarobków utraconych wskutek zaistnienia niezdolności do pracy lub osiągnięcia określonego wieku (ubezpieczenie emerytalne). Niemiecki system na przestrzeni ponad stu lat istnienia przeszedł szereg reform, jednak zrąb systemu pozostał niezmienny do dziś, wciąż pozostając przykładem bardzo silnie zdecentralizowanego i samorządnego modelu ubezpieczeń zdrowotnych.

Najbardziej bodaj charakterystycznym elementem niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego są instytucje kas chorych: terytorialnych, zakładowych, cechowych i tzw. zastępczych (istniejące przed końcem 1992 roku kasy, w których ubezpieczeni mogli

uzyskać członkostwo na zasadzie własnego wyboru – a nie z mocy prawa)<sup>29</sup>. Obok tej struktury istnieją jeszcze: Morska Kasa Chorych, Federalne Bractwo Górnicze i rolnicze kasy chorych<sup>30</sup>. Na poziomie zrzeszeń krajowych kas chorych następuje zawieranie umów na świadczenie usług zdrowotnych, a także orzekanie o dopuszczaniu lekarzy do wykonywania zawodu i tworzenie urzędów rozjemczych. Na poziomie związków federalnych ustalane są treści umów o świadczeniu usług zdrowotnych i określanie katalogu świadczeń obowiązującego wszystkie zrzeszone kasy<sup>31</sup>. System zrzeszeń krajowych i federalnych umożliwia ujednoczenie zasad obowiązujących na obszarze całego kraju – pomimo rzeczywistego rozproszenia organizacyjnego systemu. Ponadto, stanowi także kolejne zobrazowanie cechy niemieckiego systemu, czyli odwołanie się do idei korporacyjnej i wspólnotowości (rozumianej w bardzo różny sposób i ujmowanej na różnych poziomach). Liczba kas chorych w Niemczech to około 250 instytucji. Jeszcze kilkanaście lat temu było to około 500 ubezpieczalni, zaś w początkach XX wieku liczba kas chorych sięgała nawet 20 tysięcy<sup>32</sup>. Tendencja do zmniejszania się liczby kas (a zarazem – zwiększanie się ich „rozmiaru”) jest zapewne rezultatem zmieniających się okoliczności ich funkcjonowania, gdzie małej ubezpieczalni niezwykle trudno jest zachować efektywność finansową.

Pomimo obowiązku ubezpieczenia wynikającego z przepisów prawnych, w Niemczech brak jest odgórnie zdefiniowanej wysokości składki ubezpieczeniowej. Zgodnie z prawem powinna ona być ustalana na takim poziomie, by wraz z innymi przychodami (w tym – dotacjami z budżetu państwa) pokryć przewidziane w planie budżetowym wydatki oraz fundusz rezerwowy<sup>33</sup>. Średnia wysokość składki w ostatnich latach, zwiększyła się z 12,36% wynagrodzenia ubezpieczonego w roku 1991 do 14,5% w roku 2003<sup>34</sup>. Kluczową z punktu widzenia interesującej nas tu materii wreszcie cechą niemieckiego systemu jest brak obowiązku ubezpieczenia się w przypadku osób przekraczających określony próg dochodu. W rezultacie obok systemu publicznego powstał całkiem rozbudowany i zarządzający niemałymi kwotami pieniędzy system alternatywnych ubezpieczeń komercyjnych – około 50 firm uzyskujących łączne roczne wpływy rządu 25 mld euro<sup>35</sup> i ubezpieczających około 9% populacji kraju. System publiczny (przypomnijmy – pierwotnie przewidziany dla robotników najemnych) ubezpiecza około 88% mieszkańców Niemiec. Pozostała część (około 600 tys. osób) nie posiada żadnego ubezpieczenia<sup>36</sup>.

System holenderski jest przykładem bardzo intensywnego reformowania systemu zdrowotnego w ostatnich latach, co w krajach wysokorozwiniętych jest pewnego rodzaju ewenementem. Obecny kształt systemu w tym kraju zyskał w roku 2006. Reformy te, w sposób zadeklarowany przez swoich autorów zmierzały do zwiększenia roli podmiotów prywatnych oraz komercjalizacji ubezpieczenia. Obywatele w ra-

mach obowiązkowego społecznego ubezpieczenia otrzymali możliwość wyboru ubezpieczyciela, ubezpieczycielom zaś umożliwiono prowadzenie działalności komercyjnej, wcześniej zabronionej. Wraz z tą zmianą zlikwidowano również wcześniej istniejące (analogiczne do rozwiązań niemieckich) rozróżnienie pomiędzy systemem publicznym obowiązkowym i prywatnym dobrowolnym, gdzie ten drugi dotyczył osób przekraczających prawnie zdefiniowane kryterium dochodowe<sup>37</sup>. Inaczej jednak, niż np. w omówionym powyżej Chile, wprowadzono przepis w założeniu ograniczający tzw. „efekt spijania śmietanki”, mówiący o obligatoryjności ubezpieczenia każdej osoby, która wyrazi taką wolę. Powstał także jeden centralny fundusz odpowiedzialny za pobór składek i dystrybucję środków pomiędzy poszczególnych ubezpieczycieli – zgodnie z wytycznymi wynikającymi z liczby klientów danej firmy, ale także z zastosowanych mechanizmów wyrównawczych<sup>38</sup>.

Na rynku holenderskim dominują cztery fundusze, łącznie ubezpieczające 88% populacji kraju. Pomimo opisanej powyżej zmiany, zaledwie jeden z tych funduszy ma charakter komercyjny, pozostałe zaś wciąż działają na zasadzie non-for-profit<sup>39</sup>. Holenderskie ubezpieczenie dzieli się na 3 filary. Pierwszym jest obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek opieki długoterminowej, drugim – podstawowe obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, trzecim – dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie uzupełniające. Ubezpieczenie w trzecim filarze wykupuje 91% populacji kraju, przy czym większość ubezpieczycieli oferuje je bezpłatnie dla dzieci<sup>40</sup>.

W przypadku systemu francuskiego struktura organizacyjna jest wypadkową dwóch przeciwstawnych trendów: pierwszy - decentralizacyjny, wynikający z tradycyjnych założeń modelu bismarckiego, drugi - centralizacyjny, będący z kolei rezultatem wpływu typowego francuskiego modelu scentralizowanej administracji publicznej. Pomimo jednak, iż Francja generalnie odbierana jest poprzez pryzmat stereotypu nakazującego mówić o tym kraju jako zbiurokratyzowanym i chętnie wdrażającym rozwiązania etatystyczne, system zdrowotny tutaj również w szerokim stopniu opiera się na działalności podmiotów niepublicznych.

We Francji mamy do czynienia z trzema podstawowymi podsystemami ubezpieczenia zdrowotnego obejmującymi łącznie 95% populacji kraju: powszechnego, systemem ubezpieczenia społecznego rolników oraz systemem dla osób prowadzących samodzielną działalność pozarolniczą. W ostatnich latach system francuski ewoluuje również w kierunku ubezpieczenia opierającego się na przesłance obywatelstwa, w miejsce tradycyjnego powiązaniego z pracą. Początkiem tej ewolucji był kryzys gospodarczy przełomu lat 70-tych i 80-tych XX wieku skutkujący dynamicznym zwiększaniem się liczby osób bezrobotnych – a tym samym pozbawionym dostępu do ubezpiecze-

nia zdrowotnego. Mniejsza we francuskim modelu jest również autonomia i zakres obowiązków funduszy ubezpieczeniowych, niż ma to miejsce w oryginalnym modelu niemieckim<sup>41</sup>.

System powszechny obejmuje około 84% ludności Francji. Drugim co do wielkości jest system rolników dotyczący 7,2% ludności kraju, trzecim system dla samodzielnie prowadzących działalność gospodarczą (5%). Na uboczu tych głównych znajdują się systemy szczegółowe, m.in. dla górników, pracowników administracji, kolejarzy czy marynarzy. Łącznie działa we Francji 129 lokalnych funduszy ubezpieczeniowych, 16 regionalnych (mają ograniczony zakres obowiązków, zajmując się finansowaniem leczenia ofiar wypadków przy pracy i chorób zawodowych, a także pełniąc pewne funkcje nadzorcze względem świadczeniodawców) oraz narodowy fundusz dla pracowników najemnych pełniący funkcję nadzorczą względem funduszy regionalnych i lokalnych. System dla osób samodzielnie zarobkujących liczy kolejnych 31 funduszy regionalnych i korporacyjnych. Ubezpieczeni mają prawo ubezpieczyć się w dowolnym podmiocie, który posiada stosowną umowę z właściwym funduszem regionalnym. Ubezpieczenie rolników opiera się o niepubliczne podmioty również zrzeszane na poziomie regionalnym<sup>42</sup>.

Składka ubezpieczeniowa do 1997 roku wynosiła 19,6% dochodów ubezpieczonej osoby, z czego 12,8% pokrywa pracodawca, resztę – pracownik. W końcu ubiegłej dekady doszło jednak do znaczącego przemodelowania składki. Pracownik pokrywa ze swojego wynagrodzenia składkę w wysokości 0,75% swojego dochodu. Składka ta uzupełniana jest jednak przez „ogólną składkę socjalną” płaconą od wszystkich źródeł dochodu. Wynosi ona 5,25% w przypadku wynagrodzenia za pracę, zysków kapitałowych oraz wygranych w grach hazardowych. W przypadku dochodów wolnych od podatku, jak również świadczeń zabezpieczenia społecznego, obciążenie składką wynosi 3,95% składki. Niezależnie od składek ubezpieczeniowych, blisko 40% zasobów systemu ubezpieczenia zdrowotnego pochodzi z podatków ogólnych<sup>43</sup>.

System ubezpieczenia podstawowego nie zapewnia stuprocentowego pokrycia kosztów leczenia. Charakterystyczny dla Francji jest również model ubezpieczenia, w którym pacjent w pierwszej kolejności samodzielnie pokrywa koszty leczenia, a następnie otrzymuje z ubezpieczenia zwrot poniesionych kosztów. Z tego względu większość ludności Francji korzysta z ubezpieczeń dodatkowych. Ubezpieczenie takie dostarcza 12,4% dochodów systemu zdrowotnego (kolejnych 11% to wydatki bezpośrednie pacjentów). Korzysta z niego 86% populacji kraju, bardzo często za pośrednictwem i przy współudziale pracodawcy. Ubezpieczenie takie oferowane jest przez trzy rodzaje instytucji: towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (non-profit), ubezpieczycieli komercyjnych oraz towarzystwa ubezpieczeń asekuracyjnych<sup>44</sup>.

W sferze świadczenia usług zdrowotnych sektor niepubliczny odgrywa rolę dominującą. Niemal w całości zdominował sektor leczenia ambulatoryjnego. W tym obszarze mamy też do czynienia z modelem bardzo tradycyjnym dla ubezpieczenia zdrowotnego, czyli dominacją indywidualnych praktyk lekarskich. W sektorze szpitalnictwa również sektor niepubliczny dominuje. Szpitale publiczne stanowią zaledwie 25% całkowitej liczby placówek tego szczebla, jakkolwiek jednocześnie w szpitalach tych znajduje się 2/3 wszystkich łóżek. Kolejnych 30% placówek to szpitale non-for-profit (prowadzone przez fundacje, kościoły i inne organizacje religijne itp). W ich dyspozycji pozostaje 15% łóżek. Wreszcie 40% placówek szpitalnych (20% łóżek) to w typowe prywatne i komercyjne przedsiębiorstwa. Ogółem szpitalnictwo generuje około 48% kosztów całego sektora ochrony zdrowia, co również charakterystyczne jest dla klasycznego modelu ubezpieczeniowego<sup>45</sup>.

W przypadku Wielkiej Brytanii mamy do czynienia z sytuacją odrobinę analogiczną do Niemiec. O ile bowiem bismarckowskie Prusy były pierwowzorem ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia, o tyle Wielka Brytania w okresie po drugiej wojnie światowej wdrożyła model dziś znany jako system Narodowej Służby Zdrowia (albo też model Beveridge'a), również traktowany jako wzorcowy w grupie państw preferujących budżetowe finansowanie systemu zdrowotnego. Jest to system opierający się na kryterium potrzeby jako podstawy uprawnienia do korzystania ze świadczenia (w odróżnieniu od kryterium posiadania ubezpieczenia występującego w powiązaniu z pracą typowego dla modelu ubezpieczeniowego); potrzeba owa jest ustalana na jednolitym poziomie dla wszystkich obywateli kraju<sup>46</sup>. System jest dość mocno scentralizowany, ściśle powiązany ze strukturami administracji publicznej oraz – w pierwotnym kształcie – opierający się na założeniu integracji struktur płatnika i świadczeniodawcy. Oznacza to, że organy administracji publicznej odpowiedzialne za finansowanie systemu zdrowotnego równocześnie pełnią obowiązki zarządcy publicznych placówek ochrony zdrowia.

Sytuacja ta zmieniła się nieco wraz z reformami przeprowadzonymi przez konserwatywny rząd w początkach lat 90-tych XX wieku. W owym czasie wprowadzono zasadę zaczerpniętą z rozwiązań bismarckowskich, w myśl której struktury płatnika i świadczeniodawcy są rozłączne. Wprowadzono zasadę kontraktowania świadczeń przez publicznego płatnika u niezależnych dostawców usług zdrowotnych, gdzie wśród tych drugich pojawiać zaczęli się również świadczeniodawcy niepubliczni. Reforma ta de facto spowodowała również demonopsonizację (wprowadzenie wielu nabywców) obszaru płatnika, doprowadzając do powstania instytucji „lekarza rodzinnego dysponującego budżetem”<sup>47</sup>. Lekarze rodzinni (tradycyjnie w brytyjskim systemie pełniący bardzo istotną rolę; wręcz nazywani fundam-

mentem systemu), po spełnieniu dodatkowych wymogów formalnych otrzymali możliwość funkcjonowania w warunkach tzw. fundholdingu. Prowadzący prywatne praktyki lekarze rodzinni otrzymali do dyspozycji budżety na zakup świadczeń specjalistycznych dla swoich pacjentów. Tym samym stali się alternatywnymi względem jednostek Narodowej Służby Zdrowia partnerami kontraktów dla dostawców usług zdrowotnych. Model ten spotkał się z przychylnym przyjęciem wszystkich uczestników systemu. Poprawił dostępność świadczeń zdrowotnych (co stanowi jedną z podstawowych bolączek systemu brytyjskiego, a także wszystkich mu pokrewnych), zwiększył też pole działania dla dostawców świadczeń specjalistycznych. W ciągu kilku lat od wprowadzenia, jego popularność dość znacząco przerosła oczekiwania projektodawców tego rozwiązania<sup>48</sup>.

Sytuacja ponownie ulegała jednak zmianie po dojściu do władzy Partii Pracy i powstaniu rządu Tony'ego Blaira. Argumentując nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych pomiędzy pacjentami korzystającymi z usług lekarzy rodzinnych dysponujących budżetem, a tymi, którzy wciąż funkcjonowali w tradycyjnej strukturze, zdecydowano się na reorganizację całej sfery podstawowej opieki zdrowotnej. Utworzono tzw. Primary Care Trusts zrzeszające lekarzy rodzinnych prowadzących dotychczas w pełni niezależne praktyki i odpowiedzialne wszelkie kwestie związane z zarządzaniem finansami<sup>49</sup>.

Odpowiednikiem samorządowego zarządzania ubezpieczeniem zdrowotnym w Niemczech w przypadku modelu brytyjskiego są powstałe w połowie lat 70-tych XX wieku lokalne Rady Zdrowia (Community Health Councils) stanowiące w założeniu pomost łączący struktury NHS ze wspólnotami terytorialnymi. Na obszarze Anglii i Walii funkcjonuje 207 tego rodzaju podmiotów, dodatkowo 16 istnieje na obszarze Szkocji oraz 4 w Irlandii Północnej (w tym ostatnim przypadku są to tzw. Rady Usług Socjalnych – Social Services Councils). Członkowie rad są wybierani przez władze lokalne, a także przedstawiciele organizacji społecznych oraz rząd centralny. Pełnią rolę konsultacyjną w ważnych kwestiach dotyczących zarządzania systemem zdrowotnym, jednocześnie jednak będąc przedmiotem pewnych kontrowersji co do celowości swojego istnienia i efektywności działania<sup>50</sup>.

Na uboczu systemu publicznego funkcjonuje kilkadziesiąt funduszy oferujących prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Z tego rodzaju oferty korzysta jednak zaledwie około 10% populacji kraju. Jednocześnie pewna część kosztów dostępu do ochrony zdrowia spoczywa bezpośrednio na pacjentach, jednak w zdecydowanej większości to fundusze publiczne zapewniają finansowanie sektora zdrowotnego (finansowanie prywatne w końcu lat 90-tych sięgało około 6,2% ogółu zasobów – z uwzględnieniem prywatnych ubezpieczeń)<sup>51</sup>.



Jak wspomniano, podstawowym problemem modelu budżetowego ochrony zdrowia jest długi czas oczekiwania na świadczenia medyczne. Problem ów dotyczy nawet wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, jednak najbardziej dotkliwie odczuwalny jest w przypadku świadczeń specjalistycznych. W końcu lat 90-tych ogólna liczba osób oczekujących na świadczenie szpitalne w Wielkiej Brytanii wynosiła ponad 1 mln 100 tys. osób. W tej liczbie około 50 tys. osób oczekiwało na udzielenie świadczenia dłużej, niż 12 miesięcy<sup>52</sup>.

### 3.3 Wnioski

Podstawowy wniosek płynący z powyższych rozważań jest następujący: określone kierunki reform w ramach systemów zabezpieczenia społecznego następują po sobie falami, warunkowanymi paradygmatami dominującymi w danym momencie w doktrynie ekonomicznej. Powszechny trend do zwiększania zakresu odpowiedzialności państwa w obszarze polityki społecznej, a co za tym idzie – zwiększanie nakładów na system zabezpieczający dostęp do opieki zdrowotnej, miał miejsce przede wszystkim w kilku dekadach po drugiej wojnie światowej. Poza samym zwiększaniem się zakresu odpowiedzialności państwa, czasy te skutkowały również wdrażaniem na bardzo szeroką skalę rozwiązań, w ramach których państwo nie tylko angażuje się w finansowanie systemu zdrowotnego, ale także w zarządzanie nim. To właśnie na fali popularności doktryny państwa dobrobytu powstał brytyjski system Beveridge'a, będący swoistym protoplastą omawianych przez nas rozwiązań. Właśnie na tej fali w latach sześćdziesiątych w Stanach Zjednoczonych powstały publiczne systemy zabezpieczenia Medicare i Medicaid. W tym to okresie w krajach tradycyjnie stosujących rozwiązania ubezpieczeniowe rozpoczęto stopniowo rozwijać istniejące systemy o kanały dystrybucji środków poza ubezpieczeniem. Innymi słowy – model Bismarcka stawać się zaczął mniej bądź bardziej zniekształconą hybrydą rozwiązań ubezpieczeniowych i zaopatrzeniowych. Najbardziej dobitnym przykładem takiej hybrydyzacji, a jednocześnie ostatnim tchnieniem fali powojennych przemian, były transformacje systemów w krajach Europy Południowej (Grecja, Hiszpania, Portugalia), które mniej więcej na przełomie lat 80-tych i 90-tych poczęły deklarować wprowadzenie na wzór brytyjski systemów Narodowej Służby Zdrowia (w żadnym z tych krajów tak naprawdę nie przybrało to jednak formy w pełni konsekwentnej i do dziś współistnieją systemy zaopatrzeniowe i starsze ubezpieczeniowe).

Fala druga, podążająca w przeciwnym kierunku, nastąpiła od około lat 80-tych. Rozpoczęła się w tzw. krajach rozwijających się, do wysokorozwiniętych docierając z kilkuletnim opóźnieniem. W tym przypadku nastąpił odwrót od rozwiązań typowo centralistycznych i zorientowanych na państwo, na rzecz tendencji urynkawiających. W grupie państw uboższych sztandarowym przykładem takiej reformy jest Chile. Sztandarowym przede wszystkim dlatego, że reformy w tym kraju okazały się zadziwiająco efektywne i trwałe, co w Ameryce Łacińskiej bynajmniej nie jest normą. Rezultatem tej fali było także częściowe

sprywatyzowanie służby zdrowia w Wielkiej Brytanii (dopuszczenie kontraktowania niepublicznych świadczeniodawców, wprowadzenie zaawansowanej konkurencji w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej), skomercjalizowanie ubezpieczenia zdrowotnego w Holandii czy też dość wyraźne ograniczenie zakresu publicznych gwarancji w zakresie ochrony zdrowia w krajach skandynawskich. W ten trend wpisuje się też sporo projektów reformatorskich realizowanych (z różną intensywnością i z różną konsekwencją) w państwach postkomunistycznych.

Najprostszym wyjaśnieniem tego trendu jest pojawienie się w latach siedemdziesiątych XX wieku, a następnie zyskanie sporej popularności i poparcia politycznego, przez doktrynę neoliberalną. Tego rodzaju wytłumaczenie jest jednak zdecydowanie zbyt banalne i znacząco upraszczające złożoną rzeczywistość społeczno-ekonomiczną. W rzeczywistości doktryna neoliberalna, stanowiła jedynie teoretyczną podbudowę reform tego okresu, zaś bezpośrednią ich przyczyną okazał się fakt, że rozbudowane systemy zabezpieczenia społecznego okazały się zwyczajnie niemożliwe do udźwignięcia przez systemy finansów publicznych. Stojąc przed groźbą kryzysów budżetowych, czy wręcz niewypłacalności, rządy państw rozwiniętych nie miały innego wyjścia, jak zmieniać kształt swojej polityki społecznej. Zważając na fakt, że w warunkach polityki demokratycznej realizowanie tego rodzaju reform jest zdecydowanie trudniejsze, zawsze bowiem beneficjenci systemów zabezpieczenia społecznego – a zarazem wyborcy – niechętnie przyjmować będą wszelkie decyzje potencjalnie odbierające im jakieś przywileje, nie jest dziwne również i to, że reforma tego rodzaju wcześniej (i głębiej) przeprowadzona została w modelowym dziś, a wówczas rządzonym autokratycznie, Chile.

Od kilku ostatnich lat, ze szczególnym nasileniem okresu po kryzysie finansowym, który wybuchł w 2008 roku, doktryna neoliberalna zdaje się być w odwrocie. A w każdym razie paradygmat mówiący o państwie, jako złym gospodarzu, o niewidzialnej ręce rynku jako najlepszym regulatorze życia gospodarczego wyraźnie osłabł. Mimo to brak jest wyraźnej i zdecydowanej tendencji zwrotnej w ochronie zdrowia, a wręcz reformy o charakterze rynkowym są kontynuowane. Jedynym wyjątkiem na tym polu wydaje się być przeforsowana przez Baracka Obamę reforma systemu zdrowotnego w USA, zwiększająca zakres gwarancji państwa w obszarze dostępu do opieki zdrowotnej. Także i tu jednak nie doszło bynajmniej do zasadniczego zwrotu w zakresie organizacji systemu i faktu jego zdominowania przez urynkowany sektor niepubliczny. W tych okolicznościach istotnym pytaniem staje się: co determinuje ten stan rzeczy – wydawałoby się zaistniały trochę wbrew logice historycznej. Odpowiedzią jest eskalacja potrzeb zdrowotnych, wynikająca nie tyle z obniżonej ceny świadczeń (finansowanie opieki medycznej ze środków, a tym samym zwolnienie pacjenta z konieczności poniesienia kosztów leczenia – właśnie to przyczyniło się do kryzysów systemów zaopatrzeniowych w minionych latach), co z realnie zwiększającego się zapo-

trzebowania determinowanego przez przemiany w strukturze demograficznej państw rozwiniętych. Starzejące się społeczeństwa to z jednej strony większa liczba osób bardziej intensywnie korzystających z opieki medycznej, z drugiej – mniejsza liczba tych, którzy poprzez płacone przez siebie podatki/składki mogą ten system zasilić dodatkowymi zasobami. Tym samym widmo kryzysu wciąż pozostaje realne i stąd konieczność gruntownego przemodelowania zarówno systemu finansowania systemu zdrowotnego, jak i sfery świadczeniodawców. W pierwszym przypadku celem reformy będzie zagwarantowanie stabilności finansowania systemu, w drugim – bardziej efektywne zarządzanie zasobami.

- <sup>24</sup> C. Włodarczyk, S. Poździej Systemy zdrowotne. Zarys problematyki. Wyd. UJ, Kraków 2001, s. 88 – 91.
- <sup>25</sup> A. Sobczak. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Charakterystyka i przegląd międzynarodowy. W: A. Sobczak (red.) Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie. Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2004, s. 29.
- <sup>26</sup> Tamże
- <sup>27</sup> Tamże, s. 39-40.
- <sup>28</sup> Tamże, s. 42-44.
- <sup>29</sup> G. Chałupczak. Ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech i w Polsce. Analiza prawno-porównawcza. Oficyna Wydawnicza Verba, Lublin 2006, s. 144 – 145.
- <sup>30</sup> Tamże, s. 148 – 149.
- <sup>31</sup> Tamże, s. 156 – 157.
- <sup>32</sup> P. Białynicki-Barula. Reforma służby zdrowia w Niemczech – modyfikacja czy zmierzch systemu kas chorych? <http://www.biuletyn.e-gap.pl/index.php?view=artykul&artykul=33> oraz S. Poździej. Ubezpieczenia zdrowotne w wybranych krajach wysokorozwiniętych, cz. I., „Zdrowie i Zarządzanie” nr 2/1999, s. 36-37.
- <sup>33</sup> G. Chałupczak, op. cit., s. 189.
- <sup>34</sup> Tamże, s. 209.
- <sup>35</sup> Ż. Boruc, J. Węckowska, D. Dargiel. System ubezpieczeń dobrowolnych w Niemczech. W: B. Samoliński (red.) Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006, ss. 163-172.
- <sup>36</sup> P. Bałynicki-Barula, op. cit.
- <sup>37</sup> Tamże, s. 64.
- <sup>38</sup> C. Włodarczyk. Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 88-89.
- <sup>39</sup> W. Schäfer, M. Kroneman, W. Boerma, M. van den Berg, G. Westert, W. Devillé, E. van Ginneken. The Netherlands. Health system review. World Health Organisation, Copenhagen 2010, s. 31.
- <sup>40</sup> Tamże, s. 64.
- <sup>41</sup> S. Sandier, V. Paris, D. Polton. Health care systems in transitions. Fance. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen 2004, s. 8 i nast.
- <sup>42</sup> Tamże, s. 30 i nast.
- <sup>43</sup> Tamże, s. 45-46.
- <sup>44</sup> Tamże, s. 50 i nast.
- <sup>45</sup> Tamże, s. 78 i nast.
- <sup>46</sup> C. Włodarczyk Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym. Wyd. Vesalius, Łódź, Kraków, Warszawa 1996, s. 316 – 317.
- <sup>47</sup> E. Akzman Narodowa Służba Zdrowia w Wielkiej Brytanii. Antidotum nr 4/1999, s. 7-35.
- <sup>48</sup> Tamże.
- <sup>49</sup> Health care systems in transitions. United Kingdom. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 1999, s. 24 i nast.
- <sup>50</sup> Tamże, s. 30.
- <sup>51</sup> Tamże, s. 48.
- <sup>52</sup> Tamże, s. 46.

## 4. Polski system zdrowotny - postulaty reformatorskie.

### 4.1. Wprowadzenie

Podsumowując całą powyżej przeprowadzoną dyskusję, czas przejść do propozycji rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia, które stanowiłyby docelowy kierunek finalizacji realizowanych od kilkunastu lat reform. Propozycja ta warunkowana będzie kilkoma czynnikami:

- Powinna wpisywać się w ciąg działań reformatorskich realizowanych w interesującym nas obszarze w ostatnich kilkunastu latach. Jak wykazano powyżej, kluczowe elementy reform przez cały okres transformacji powtarzały się w kolejnych programach reformatorskich. W niektórych przypadkach pewne punkty były mniej eksponowane, w innych kładziono na nie większy nacisk. Czasem na niektórych polach następował odwrót od przyjętego wcześniej kierunku, czasem taki odwrót postulowano, nie dokonując go jednak w rzeczywistości. Podjęcie działań (przy dokonaniu niezbędnych korekt odpowiadających aktualnym okolicznościom, a także nabytemu już samodzielnie, ale i przez inne kraje, doświadczeniu) stanowiących kontynuację wcześniejszych reform z jednej strony pozwoli uniknąć wstrząsów, które mogłyby zaburzyć na długi czas funkcjonowanie, i tak działającego w trudnych okolicznościach, systemu zdrowotnego, z drugiej zaś – pomoże w opinii publicznej wykształcić pogląd o istnieniu określonej racji stanu, której realizacja nie podlega nadmiernej głębokiemu konfliktowi politycznemu. Jak pokazują badania opinii publicznej, poczucie niezadowolenia oraz dezorientacji wśród beneficjentów systemu zdrowotnego w większym stopniu spowodowane jest samym faktem dokonywania zmian gruntownie przemodelowujących istniejące status quo, niż konkretnym kierunkiem owych przekształceń.

- Powinna być względnie ostrożna, w tym sensie, że wpisywać będzie się w doświadczenia innych krajów, adaptując do polskich warunków sprawdzone rozwiązania. Wprawdzie łańskie przysłowie mówiło: „w nieszczęściu należy obierać drogę ryzykowną”, wydaje się jednak, że podejmowanie działań nadmiernie eksperymentatorskich nie jest pożądane – ani z punktu widzenia ewentualnych korzyści politycznych (a także politycznych szans powodzenia projektu), ani z punktu widzenia stabilności czułej społecznie sfery, jaką jest system zdrowotny.

- Powinna brać pod uwagę konieczność rachunku kosztów i gospodarowania ograniczonymi zasobami, ale także zagrożenie osłabienia etosu służby zdrowia poprzez wprowadzenie rozwiązań promujących przede wszystkim zyski świadczeniodawców, stąd zwracamy uwagę na wprowadzenie nowego typu osoby prawnej prowadzącej działalność nie dla zysku (wzorem szeregu innych krajów OECD).
- Powinna wreszcie stanowić odpowiedź na kluczowe bóle systemu zdrowotnego oraz stanowić podłoże przygotowujące go na potencjalne zagrożenia, również w powyższych akapitach nadmienione.

Propozycja zmian dotyczyć będzie trzech kluczowych obszarów:

- źródła finansowania świadczeń zdrowotnych
- zarządzanie finansami ochrony zdrowia
- struktura i organizacja podmiotów świadczących usługi zdrowotne

#### 4.2. Źródła finansowania świadczeń zdrowotnych

Wymiar będącej aktualnie podstawowym źródłem finansowania kosztów funkcjonowania systemu zdrowotnego składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosi obecnie 9% dochodu ubezpieczonego pracownika. Jak wskazano w pierwszej części tego opracowania, dochody ze składek uzupełniane są o pozostałe źródła środków publicznych w postaci wydatków z budżetu państwa oraz z budżetów samorządów terytorialnych, jak również wydatki prywatne pacjentów, stanowiące łącznie ponad ¼ ogółu zasobów systemu zdrowotnego. Pewną wątpliwość budzi w kontekście źródeł dochodu systemu zdrowotnego sytuacja, gdzie jedynie część składki równa 7,75% podstawy wymiaru jest odpisywana od podatku dochodowego, podczas gdy pozostała część obciąża wynagrodzenie netto pracownika. Część obciążająca bezpośrednio wynagrodzenie pracownika wciąż pozostaje daniną publiczną zwiększającą po prostu parapodatkowe obciążenia pensji pracowników, jednakże bezpośrednio odczuwanie tego obciążenia przez pracownika w postaci mniejszego wynagrodzenia może być przez ubezpieczonych odczuwane jako równie dotkliwie, co konieczność ponoszenia wydatków bezpośrednich. Jeśli środki te potraktować w taki właśnie sposób, drastycznemu zwiększeniu ulega wskaźnik wydatków prywatnych w źródłach finansowania ochrony zdrowia, sięgając po uwzględnieniu części składki nieodpisywanej od dochodu ponad 40% ogółu zasobów. Jest to poziom przewyższający analogiczne wskaźniki dla większości państw członkowskich UE, będąc jednocześnie około dwukrotnie wyższym od poziomu typowego dla państw wysokorozwiniętych.

W obliczu wskazanego w pierwszej części opracowania niedofinansowania polskiego systemu zdrowotnego (rozumianego jako poziom finansowania niekorzystnie wypadający w porównaniu z innymi państwami) za pożądane uznać należałoby podwyższenie poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia, przy równoległym zwiększeniu udziału wydatków publicznych. Jednocześnie należałoby poważnie rozważyć odstępianie od postulowanej w większości wspomnianych projektów reformatorskich (i realizowanej w praktyce) zasady uśredniania ryzyka ubezpieczeniowego w całej ubezpieczonej populacji. Nie chodzi tu przy tym o podwyższenie wymiaru składki dla osób w podeszłym wieku (co z punktu widzenia zasady solidaryzmu społecznego byłoby rażącym złamaniem cywilizowanych standardów), lecz np. zwiększenie wymiaru składki dla osób wykazujących bardziej ryzykowne zachowania zdrowotne (jak skłonność do nałogów).

W powyższy postulat wpisywałoby się przeforsowane przez ministra Zbigniewa Religę obciążanie kosztami leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych sprawców takich zdarzeń, jakkolwiek konkretnie zastosowana tu formuła budzi pewne wątpliwości, stając się nie tyle praktyczną realizacją regresu ubezpieczeniowego, co dodatkowym obciążeniem parapodatkowym, bynajmniej nie dającym gwarancji rzeczywistego przeznaczenia pobranych składek na leczenie pacjentów będących ofiarami wypadków. Formuła „zryczałtowanego” odpisu części składki OC na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia odbierana jest również jako niesprawiedliwa wobec kierowców, którzy nigdy sprawcami wypadków nie byli. Wprawdzie ubezpieczeniowy mechanizm rozkładania ryzyka zakłada opłacanie składki niezależnie od wystąpienia zdarzenia losowego, wprowadzone rozwiązania uniemożliwiają zastosowanie równie powszechnego w ubezpieczeniowej metodzie zabezpieczania się przed ryzykiem mechanizmu różnicowania wartości składki w zależności od poziomu narażenia na ryzyko. Z tego punktu widzenia bardziej sprawiedliwym, choć również bardziej złożonym, mechanizmem byłoby obciążanie kosztami leczenia konkretnych ofiar towarzystwa ubezpieczeniowego, u którego sprawca zdarzenia posiada wykupioną polisę. Dałoby to gwarancję bardziej klarownej relacji pomiędzy faktycznymi kosztami leczenia ofiar, a przeznaczonymi na to kwotami, choć istnieje również prawdopodobieństwo, że spowodowałoby zwiększenie wartości polis obowiązkowego komunikacyjnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

#### 4.3. Zarządzanie finansami ochrony zdrowia

W odniesieniu do kwestii zarządzania zasobami finansowymi ochrony zdrowia należy rozważyć następujące działania:

- Poprawa sprawności w zakresie zarządzania i efektywności decyzyjnej ubezpieczyciela poprzez jego decentralizację.

- Pozostawienie pacjentom większej swobody wyboru ubezpieczyciela poprzez demonopolizację społecznego ubezpieczenia zdrowotnego. Konkurencja pomiędzy płatnikami stanowiłaby mechanizm skłaniający do większej dbałości o interes ubezpieczonych oraz racjonalizowania polityki finansowej, skutkujących poprawą jakości i zwiększeniem liczby kontraktowanych świadczeń. Zmiana idąca w tym kierunku gwarantowałaby jednoczesną demonopolizację ubezpieczenia zdrowotnego, dając większe perspektywy rozwoju sektorowi świadczeniodawców i zrównując ich pozycję z ubezpieczycielami w procesie kontraktowania świadczeń.

- Uzupełnienie podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego o dodatkowe formuły nie-obowiązkowe. Wprowadziłoby to bardziej klarowny podział w dziedzinie świadczeń objętych gwarancjami państwa i wyłączonych z tych gwarancji, jak również – w sytuacji stworzenia realnych zachęt do korzystania z uzupełniających formuł ubezpieczeniowych – poprawiłoby ogólną dostępność świadczeń oraz pozytywnie wpłynęło na ich jakość.

Warunkiem sprawnego działania instrumentów wskazanych powyżej jest istnienie pozytywnie zdefiniowanego koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach publicznego finansowania. Koszyk ten nie może jednak obejmować zakresu świadczeń wyczerpującego lub prawie wyczerpującego potencjalne potrzeby pacjentów. Tylko bowiem w tych okolicznościach liczba wykupywanych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ma szansę wyraźnie przekroczyć dzisiejszy poziom około 5% ludności kraju. Byłby to mechanizm wymuszający istnienie pewnego udziału środków prywatnych w finansowaniu kosztów usług zdrowotnych, jednak prawdopodobnie z tytułu większej swobody dysponowania własnymi zasobami – bardziej pożądaną, niż obecnie funkcjonujące obciążanie obowiązkową składką wynagrodzenia netto pracownika.

Ażeby istniała realna zachęta do doubezpieczania się, komplementarne polisy, poza ewentualnym wyższym komfortem korzystania z usług medycznych muszą nieść bardziej realną i bardziej namacalną korzyść, w postaci np. szybszego dostępu do oczekiwanego świadczenia i/lub zwolnienia z dodatkowej opłaty bezpośredniej obciążającej pacjenta. Tym samym postulowanym zmianom towarzyszyć powinno również jednoczesne wprowadzenie zasady współpłacenia za świadczenia medyczne – choćby nawet na minimalnym poziomie, w wysokości 5 zł za wizytę/dzień hospitalizacji. Jest to bardzo niewielka kwota po stronie pacjenta, która, co pokazuje doświadczenie innych krajów, zauważalnie wpływa na ich zachowania.

Należy również w tym miejscu zaznaczyć, iż nietrafne są argumenty podnoszone w debacie politycznej przez przeciwników współpłacenia, jakoby miało ono, podobnie

zresztą jak prywatne ubezpieczenie, prowadzić do wzrostu nierówności oraz zmniejszenia się odpowiedzialności państwa za dostęp do świadczeń. Jak pokazują przykłady licznych krajów – zarówno wysokorozwiniętych, jak i postkomunistycznych (by wskazać choćby bałkańskie republiki Chorwacji i Słowenii), sprawne działanie tego mechanizmu możliwe jest przy dużo niższym udziale prywatnych wydatków na zdrowie, niż ma to miejsce w Polsce, zapewniając jednocześnie eliminację licznych patologii utrudniających sprawne funkcjonowanie systemu zdrowotnego, w postaci moralnego hazardu prowadzącego do nadmiernej konsumpcji świadczeń zdrowotnych (i w efekcie nieuzasadnionej rzeczywistą potrzebą zwiększenia kosztów finansowania systemu) czy też opłat nieformalnych, które w warunkach niedofinansowania systemu ze strony środków oficjalnych oraz utrudnionego dostępu do świadczeń, stają się substytutem oficjalnych mechanizmów regulujących dostęp do świadczeń medycznych. Współpłacenie obowiązuje w szeregu krajów Europy Środkowej (Słowacja, Estonia, wspomniana wyżej Słowenia i Chorwacja) jak i Zachodniej (Niemcy, Francja, Irlandia).

Jak pokazują przykłady państw stosujących model zdecentralizowanego i zdemonopolizowanego ubezpieczenia zdrowotnego, formuła taka pociąga za sobą również pewne niebezpieczeństwa. Wśród nich – możliwość nierównowagi pomiędzy funduszami ubezpieczeniowymi, z których te, działające na bardziej zyskowym obszarze geograficznym, albo bardziej umiejętnie konstruujące swoją rynkową ofertę trafiająca do młodszych i lepiej zarabiających osób, znajdowałyby się w lepszej sytuacji finansowej. Poza nierównowagą na rynku ubezpieczycieli, sytuacja taka mogłaby powodować realne różnicowanie w dostępności świadczeń medycznych, niekorzystnie odbijając się na sytuacji osób ubezpieczonych w funduszach ze skumulowanym ryzykiem. Problem ten wyeliminować można – poza zupełnie oczywistą obligatoryjnością ubezpieczenia każdej osoby przez wszystkie fundusze dopuszczone do działania na rynku – poprzez zastosowanie odpowiednich mechanizmów wyrównywania dochodów ze składek. Wydaje się, że stosunkowo efektywnym mechanizmem byłoby zastosowanie na wzór francuski scentralizowanego poboru składek z jednoczesnym centralnym algorytmem ich rozdziału pomiędzy poszczególne fundusze.

Powyższy zarys organizacji systemu prowadzi nas nieuchronnie w stronę (zbliżonej nieco do rozwiązań holenderskich) trójfilarowej konstrukcji systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Poza odwołaniem się do wzorców sprawdzonych w innych krajach, byłyby to model gwarantujący jednocześnie zachowanie ciągłości instytucjonalnej systemu, a także dający możliwość łagodnego i stopniowego wdrożenia nowych rozwiązań. Struktura takiego systemu mogłaby być zorganizowana według następujących założeń:

- 1. Pierwszy filar:** powszechne obowiązkowe ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia, na poczet kosztów ewentualnych procedur wysokospecjalistycznych, opieki długoterminowej, terapii wybranych kategorii chorób przewlekłych, leczenia psychiatrycznego, jak również wydatków na określone rodzaje środków farmaceutycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia mógłby być również podmiotem odpowiedzialnym za dystrybucję zasobów pomiędzy pozostałych ubezpieczycieli działających na zdemonopolizowanym rynku, wypełniających też nad nimi pewien zakres funkcji kontrolnych w zakresie dysponowania publicznymi zasobami i realizacji zobowiązań wynikających z kształtu koszyka świadczeń gwarantowanych
- 2. Drugi filar:** powszechne obowiązkowe ubezpieczenie w konkurencyjnych kasach chorych, zapewniające finansowanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego pierwszego i drugiego stopnia referencyjnego. Z tego źródła pochodzić powinny również środki na prowadzenie działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki i rehabilitacji oraz leczenia uzdrowiskowego na podstawowym poziomie, a także pokrycie wydatków na farmaceutyki wyłączone z refundacji na poziomie Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 3. Trzeci filar:** dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie w komercyjnych funduszach ubezpieczeniowych w zakresie usług wykraczających poza koszyk świadczeń gwarantowanych, współpłacenia w dwóch pierwszych filarach, podwyższonego standardu hotelowego w leczeniu szpitalnym i uzdrowiskowym<sup>53</sup>.

Zaproponowane wyłączenie usług wysokospecjalistycznych z systemu opartego o u rynkowane reguły jest zasadne z powodu faktycznego monopolu szpitali klinicznych w zakresie tego rodzaju świadczeń. Istnieje również ryzyko, że koszt tych świadczeń mógłby stanowić zbyt duże obciążenie dla funduszy działających w ramach filaru drugiego. Narodowy Fundusz Zdrowia, dla zachowania ewolucyjnego charakteru wdrażanych zmian, powinien także mieć możliwość – przynajmniej w początkowym okresie istnienia proponowanego systemu – działania w ramach filara drugiego na równych prawach z pozostałymi kasami chorych.

#### 4.4. Organizacja świadczeniodawców

Mówiąc o sferze organizacji świadczeniodawców, należy mieć na względzie przede wszystkim kwestie związane z sektorem lecznictwa szpitalnego. Procesy restrukturyzacyjne w lecznictwie ambulatoryjnym są bowiem w obecnej chwili bardzo zaawansowane, a proces prywatyzacji nieomal zakończony. Jediną kwestią, która mogłaby wciąż być przedmiotem dyskusji na tym poziomie jest zakres odpowie-

działności lekarzy rodzinnych. Z pierwotnie bowiem zakładanego powierzenia im zasadniczej odpowiedzialności za stan zdrowia pacjentów oraz ich poruszanie się w ramach systemu pozostały jedynie szczątki, realizowane w różnym zakresie zależnie od stopnia zaangażowania danego lekarza. Tym niemniej, nie budzi większych kontrowersji samo funkcjonowanie tej części systemu od strony organizacyjnej.

Obecna, niezmiennie trudna, sytuacja w szpitalnictwie spowodowana jest w pierwszej kolejności powszechnie przyjmowanym założeniem wyjściowym, stwierdzającym, że ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli lecznictwo szpitalne powinno opierać się o instytucje publiczne. Jak pokazuje przykład licznych krajów wysokorozwiniętych (w tej liczbie Francji czy Niemiec), wysoka jakość i łatwa dostępność świadczeń szpitalnych zawsze idzie w parze z różnorodnością form prawnych, pod którymi funkcjonują szpitale.

Zarówno doświadczenia innych krajów, jak i sytuacja zaistniała w polskim lecznictwie ambulatoryjnym, wyraźnie wskazują na zauważalnie wyższą skuteczność organizacyjną oraz finansową placówek niepublicznych. Tym samym należy podjąć prace nad prawnym uregulowaniem kwestii przekształceń szpitalnictwa, gdzie docelowo system składałby się z trzech form: zreformowanego, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zwykłej spółki prawa handlowego, oraz nowego typu osoby prawnej, prowadzącej działalność nie dla zysku (zob. niżej).

Należy przy tym zaznaczyć, iż przekształcenie publicznych placówek szpitalnych w jednostki niepubliczne bynajmniej nie musi oznaczać całkowitej utraty kontroli samorządów lokalnych nad infrastrukturą szpitalną. W chwili obecnej, niezwykle popularną formułą organizacyjną są tzw. niepubliczne szpitale samorządowe, będące realnie szpitalami prowadzonymi przez samorząd terytorialny, jednak w oparciu o zmienioną formułę organizacyjną. Szpitale funkcjonujące w ten sposób stają się spółkami prawa handlowego podlegającymi wszelkim przepisom prawa upadłościowego, lecz wciąż ich właścicielem pozostaje samorząd. Jednocześnie jest to forma na tyle elastyczna, iż w razie konieczności pozwala na stosunkowo łatwe pozyskanie kapitału na rozwój placówki poprzez zbycie części udziałów spółki prywatnym właścicielom. Jak pokazują dotychczasowe przykłady placówek przekształconych zgodnie z tą formułą, sprzyja ona poprawie efektywności finansowej i organizacyjnej. Inną formułą, która powinna być promowana jest tzw. prywatyzacja funkcjonalna oznaczająca dzierżawę prywatnym świadczeniodawcom infrastruktury pozostającej własnością publiczną. Formuła taka umożliwi zagwarantowanie zabezpieczenia dostępności świadczeń medycznych na danym obszarze – niezależnie od kondycji finansowej spółki faktycznie realizującej świadczenia.

Dodatkowo należy zaznaczyć, iż przekształcanie szpitali w formułę prawną spółki prawa handlowego nie powinno mieć charakteru obligatoryjnego. Zastrzeżenie to wynika z faktu, iż jednostka przyjmująca tę formułę prawną zobligowana jest do opłacania podatku od osób prawnych CIT, co stawia ją w sytuacji finansowo mniej korzystnej od placówek działających w formule samodzielnej publicznej opieki zdrowotnej, będących od tego obowiązku wolnymi. Tym samym nie ma uzasadnienia dla przekształcania placówek, które funkcjonują sprawnie i osiągają dobre rezultaty finansowe także działając jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Trzecią uwagą dotyczącą przekształceń szpitali jest możliwość ich działania na zasadzie non-for-profit, co jest formułą niezwykle popularną i tradycyjnie powszechną w państwach wyrastających z niemieckiej tradycji ubezpieczeniowego systemu zdrowotnego, a w Polsce praktycznie nieobecna. W obecnym stanie prawnym nie jest jasny i nie budzący wątpliwości sposób przewidziane funkcjonowanie jednostki świadczącej usługi medyczne jako spółki nie działającej dla zysku (spółka non profit). Wprawdzie przepisy prawa handlowego nie zabraniają tego rodzaju działalności, przez co należy rozumieć, że jest ona dozwolona<sup>54</sup>, jednakże podobnie jak w przypadku prawa dotyczącego przekształceń własnościowych placówek publicznych, należałoby w tym względzie oczekiwać prawa zdecydowanie bardziej jednoznacznego i klarownego. Dodatkowo zwrócić należy uwagę na fakt, iż formuła ta w obecnym stanie prawnym pozostaje konstrukcją czysto teoretyczną, co ma związek z przepisami podatkowymi. O ile typowe organizacje non profit (fundacje, stowarzyszenia) mogą korzystać na tym polu z pewnych przywilejów (pod warunkiem przeznaczania swoich przychodów na działalność statutową, tą zaś nie może być osiąganie zysku), o tyle nie ma podobnej możliwości w przypadku spółek prawa handlowego<sup>55</sup>. Stosowne zmiany w kodeksie spółek handlowych, ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych i ewentualnie ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, uczyniłyby spółkę non profit realną alternatywą dla dotychczasowych propozycji w zakresie restrukturyzacji sektora szpitalnego. Dodatkowo, polityka ministerstwa zdrowia powinna tego rodzaju formułę traktować w sposób uprzywilejowany, m.in. w zakresie dotyczącym finansowego wsparcia procesu przekształceń.

Formuła spółki non profit mogłaby być szczególnie stosowną w przypadku szpitali prowadzonych przez związki religijne, albo też np. spółki pracownicze. Jednocześnie jej znamienne miejsce w polskim systemie zdrowotnym mogłoby wyeliminować obawy przed niechęcią niepublicznych placówek do wykonywania wysokospecjalistycznych zabiegów, rozumianych jako wysoce kosztochłonne procedury utrudniające generowanie zysku. Formuła ta mogłaby również załagodzić obawy przed zaangażowaniem w szpitalnictwo prywatnego kapitału na nieczystych zasadach. Dobrym przykła-

dem rozpowszechnienia takiej formuły organizacyjnej jest Holandia, gdzie zdecydowana większość szpitali działa w formie fundacji, a jednocześnie prawnie zabroniona jest statutowa działalność zarobkowa tych spółek<sup>56</sup>. Szpitale oparte o formułę nie dla zysku, stanowią także znaczną część sektora świadczeniodawców w Szwajcarii, Francji, Niemczech, Austrii, Republice Czeskiej, Włoszech, Stanach Zjednoczonych. Ich udział w całym sektorze zdrowotnym jest bardzo zróżnicowany np. we Francji stanowią 30% ogółu szpitali, w USA nawet 60%<sup>57</sup>. Dodatkowo upowszechnienie się formuły szpitali działających nie dla zysku bezzasadnymi czyniłyby zakreślone powyżej wątpliwości dotyczące konieczności opłacania podatku CIT, co pod względem obciążeń finansowych wynikających z przepisów podatkowych zrównałoby tak zorganizowane placówki z dzisiejszymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

#### 4.5. Analiza szans powodzenia projektu

W niniejszej części przeprowadzona zostanie analiza polityczna szans powodzenia przedstawionego powyżej projektu. W celu przeprowadzenia analizy użyte zostanie narzędzie wspomagające w postaci programu komputerowego PolicyMaker<sup>58</sup>. Jest to program służący do systematyzowania oraz graficznej projekcji gry interesów towarzyszącej określonym projektom wdrażanym w drodze decyzji politycznych. Przy czym za decyzję polityczną uznać można tą, podejmowaną w ramach struktury organów władzy państwowej, ale również uwikłaną w określoną grę interesów decyzję podejmowaną w ramach procesu zarządzania dowolnym podmiotem. Tym samym użyte narzędzie wpisuje się w metodę nazywaną analizą interesariuszy (stakeholder analysis)<sup>59</sup>.

Przeprowadzając analizę powyższego rodzaju względem przedstawionego projektu trzeba jednak poczynić pewne zastrzeżenia. Po pierwsze – może ona mieć wyłącznie charakter przyczynkowy, odnosząc się do projektu eksperckiego, nie będącego w obecnej chwili oficjalnie wpisanym w programie żadnej z liczących się sił politycznych. Jest również przeprowadzona w odniesieniu do konkretnych okoliczności politycznych, które ulegają dynamicznym zmianom, przez co jej rezultaty – poza swoim ograniczonym charakterem – dość szybko ulec mogą dezaktualizacji. Po drugie, analiza interesariuszy pierwotnie znajdowała zastosowanie w systemach politycznych, w których interesy poszczególnych graczy sceny politycznej były dość klarownie zdefiniowane, jak również w dość oczywisty sposób powiązane z konkretnymi siłami i grupami funkcjonującymi w sferze społecznej i gospodarczej. W Polsce sytuacja przedstawia się pod tym względem w odmienny sposób. Grupy interesu funkcjonujące na łonie społeczeństwa, które zdołają skonsoli-

dować się w sposób wystarczający do tego, by traktować je jako osobnego gracza, raczej nie tworzą odrębnej siły politycznej reprezentującej ich interes w sferze organów decyzyjnych. Zamiast tego grupy takie próbują promować własny interes na gruncie zastanego układu sił na scenie partyjno-politycznej, poszukując możliwości oddziaływania na już istniejące siły i podmioty. Jednocześnie zdecydowana większość społeczeństwa nie posiada jasno zdefiniowanych preferencji politycznych wynikających z identyfikacji na podstawie interesów<sup>60</sup>. Zamiast tego mówić można o ogólnikowo ujętym graczu, którego określić można mianem „opinii publicznej”, którego przychyłność istniejące siły polityczne usiłują zdobyć stosując raczej instrumentarium typowe dla marketingu politycznego, niż odwołania się do interesów. Płynność sympatii politycznych opinii publicznej jest jednocześnie bardzo znaczna.

Sytuacja ta ma również bardzo poważne konsekwencje po drugiej stronie układu. Scena polityczna jest niestabilna, dominujące siły polityczne ulegają częstym zmianom, dochodzi do częstych podziałów, secesji, ponownych zjednoczeń, a także przepływów kluczowych osób stanowiących o rozpoznawalności i popularności danego ugrupowania pomiędzy różnymi ugrupowaniami. Partie polityczne, nie będąc projekcją interesów konkretnych grup społecznych, stają się niezależnymi interesariuszami, których działalność na scenie politycznej przekształca się w działalność zbliżoną do aktywności komercyjnych przedsiębiorstw na wolnym rynku towarów i usług<sup>61</sup>. Celem naczelnym staje się maksymalizacja własnego zysku (przez co rozumieć można zarówno zagospodarowanie jak największej części „rynku” - czyli elektoratu wyborczego, jak i możliwie najbardziej korzystne z własnego punktu widzenia usytuowanie się w układzie stanowisk personalnych w ramach struktury państwowych organów decyzyjnych). Część graczy – również analogicznie do sytuacji panującej na rynku konsumenckim – dążyć będzie do zagospodarowania „niszy”, czyli nie tyle zdobycia poparcia maksymalnego możliwego poparcia, co zdobycie względnie stałej popularności stosunkowo niewielkiej części elektoratu, umożliwiającej komfortowe funkcjonowanie na obrzeżach głównego nurtu walki politycznej. Sytuacja taka dodatkowo wzmacnia fragmentację sceny politycznej, jednocześnie utrudniając przeprowadzanie jakichkolwiek procesów decyzyjnych. Okoliczności dodatkowo komplikując personalne rozgrywki pomiędzy liderami i działaczami poszczególnych ugrupowań politycznych, które stanowią niejako drugą warstwę opisaną gry „pararynkowej”.

Zasadniczą konsekwencją opisaną specyfiki polskiej sceny politycznej z punktu widzenia możliwości przeprowadzenia analizy interesariuszy dotyczącej jakiegokolwiek projektu politycznego (a w szczególności projektu wychodzącego z ośrodka niezależ-

nego) jest trudność w zdefiniowaniu stanowisk, jakie zajmą poszczególni gracze polityczni względem propozycji będącej przedmiotem analizy. O ile stosunkowo łatwo stanowiska te można zdefiniować w stosunku do interesariuszy uwikłanych w funkcjonowanie systemu zdrowotnego (lekarze, pielęgniarki, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej etc.), względnie przewidywalne jest również zachowanie się opinii publicznej, o tyle w przypadku kluczowych podmiotów – bo bezpośrednio uwikłanych w procesy decyzyjne, zajęcie konkretnego stanowiska jest wypadkową co najmniej kilku czynników, takich jak nastroje w danym momencie dominujące wśród opinii publicznej, własna pozycja w aktualnym układzie sił i wpływów politycznych, stanowisko zajmowane względem analizowanego projektu przez politycznych konkurentów, a także trendy dominujące w zakresie problematyki będącej aktualnie przedmiotem dyskursu publicznego i politycznego.

Kompletna analiza interesariuszy powinna obejmować rozpoznanie podmiotów potencjalnie zainteresowanych realizacją danego projektu (zarówno z uwagi na swoje możliwe korzyści, jak i straty), zidentyfikowanie ich stanowisk względem projektu, określenie ich położenia względem ośrodka decyzyjnego oraz siłę wpływów na proces decyzyjny, a także określenie jaki skutek względem każdego z nich przyniesie realizacja analizowanego projektu. Następnym krokiem takiej analizy powinno być opracowanie strategii oddziaływania na poszczególnych uczestników całego procesu decyzyjnego w sposób, który umożliwiły zdobycie ich przychyłności względem projektu, zmobilizowanie ich do odpowiedniego zaangażowania w proces jego wdrażania, lub też – w przypadku braku możliwości odpowiedniego usytuowania danego gracza w gronie stronników projektu – zminimalizowanie jego wpływu na przebieg procesów decyzyjnych. Końcowym efektem podjęcia tak zaprojektowanych działań powinno być zwiększenie politycznej wykonalności projektu.

Jak wspomniano, analiza przeprowadzona na potrzeby niniejszego opracowania będzie miała charakter przyczynkowy. Ograniczona zostanie ona do rozpoznania kluczowych interesariuszy, którzy mogą mieć wpływ na wykonalność zaprezentowanego projektu, przy czym z uwagi na płynność sytuacji politycznej skupiono się przede wszystkim na podmiotach zbiorowych. Następnym krokiem jest zidentyfikowanie stanowisk wyodrębnionych graczy, wraz z potencjałem ich wykorzystania w ewentualnym procesie politycznego wdrażania zaprojektowanej reformy lub też jego zmiany wskutek określonych działań modyfikujących. Tym samym przedmiotem analizy realnie rzecz ujmując jest wykonalność wyjściowa projektu, dodatkowo w warunkach odpowiadających bieżącemu stanowi rzeczywistości politycznej. Na następnych stronach zaprezentowano tabelę wynikową analizy oraz projekcję graficzną (mapę) wyjściowej wykonalności projektu.

GRACZ	INTERESY	TYP	PRIORYTET
<b>Platforma Obywatelska</b>	Platforma Obywatelska zainteresowana jest przede wszystkim zachowaniem społecznego wizerunku partii zdecydowanej i dysponującej konkretnym planem działań. Mając własnego ministra zdrowia, który firmuje własnym nazwiskiem rozpoczęty plan działań będzie niechętna nowym pomysłem. Jednocześnie linia ideologiczna PO jest częściowo przychylna zmianom proponowanym w projekcie.	polityczny	wysoki
<b>Polska Jest Najważniejsza</b>	PJN potencjalnie jest najlepszym odbiorcą przedstawionego projektu, będąc ugrupowaniem pilnie potrzebującym konkretnych propozycji programowych, wokół których mogłoby budować swoją polityczną pozycję. Linia ideologiczna względnie spójna z propozycjami.	polityczny	wysoki
<b>Prawo i Sprawiedliwość</b>	PiS jako partia opozycyjna może chętnie czerpać postulaty programowe z niezależnych źródeł. Jednocześnie jednak elementy proponowanego programu nie są spójne z linią ideową tej partii. Przyjęta przez PiS aktualnie strategia komunikacji może być niesprzyjająca z punktu widzenia szans zaszczepienia projektu na gruncie politycznym, choć poparcia można oczekiwać wobec koncepcji spółki działającej nie dla zysku.	polityczny	wysoki
<b>środowiska lekarskie</b>	Projekt daje środowiskom medycznym szansę na większą swobodę w zakresie generowania źródeł przychodów. Z tego punktu widzenia środowiska lekarskie będą prawdopodobnie bardzo przychylnie projektowi.	własny	wysoki
<b>opinia publiczna</b>	Opinia publiczna z natury jest niechętna zmianom. Z jej punktu widzenia najważniejsze jest przeprowadzenie projektu w sposób możliwie najbardziej niezauważalny	inny	średni

GRACZ	INTERESY	TYP	PRIORYTET
<b>samorządy terytorialne</b>	Samorządy uznać należy za potencjalnie silnego sprzymierzeńca projektowanych rozwiązań. Przede wszystkim z uwagi na zmianę formuły zarządzania placówkami ochrony zdrowia, które z ich punktu widzenia powinny być korzystne.	organizacyjny	średni
<b>Sojusz Lewicy Demokratycznej</b>	SLD jest ugrupowaniem raczej niechętnym kierunkom zmian proponowanych w projekcie. Jednocześnie jednak jest to ugrupowanie, które potencjalnie powinno być stosunkowo elastyczne w zakresie poparcia dla projektu. W dużej mierze jest to jednak zależne od konfiguracji politycznej towarzyszącej ewentualnemu wdrożeniu projektu.	polityczny	średni
<b>środowiska pielęgniarskie</b>	Środowiska pielęgniarskie zazwyczaj są bardziej zachowawcze w swoich preferencjach, niż ma to miejsce w przypadku lekarzy, optując za większym zakresem zaangażowania finansowego i organizacyjnego ze strony państwa. Pod względem możliwości przekonania ich do proponowanych rozwiązań są jednak raczej elastyczne.	własny	średni
<b>Polskie Stronnictwo Ludowe</b>	PSL kwestii ochrony zdrowia nie traktuje priorytetowo. Propozycjom projektu byłoby najprawdopodobniej niechętnie z uwagi na brak wyraźnego uprzywilejowania ludności wiejskiej. Jednocześnie powinno być to ugrupowanie względnie ugodowe w przypadku podejmowania konkretnych działań legislacyjnych.	polityczny	niski
<b>Prezydent RP</b>	Prezydent będzie prawdopodobnie najbardziej neutralnym graczem politycznym względem proponowanego projektu. Jednocześnie jednak, jego rzeczywiste zachowanie w dużej mierze zależy może od okoliczności politycznych oraz układu sił parlamentarnych.	własny	wysoki

Tabela 1. Interesy graczy Źródło: własne, wygenerowane przy użyciu programu PolicyMaker

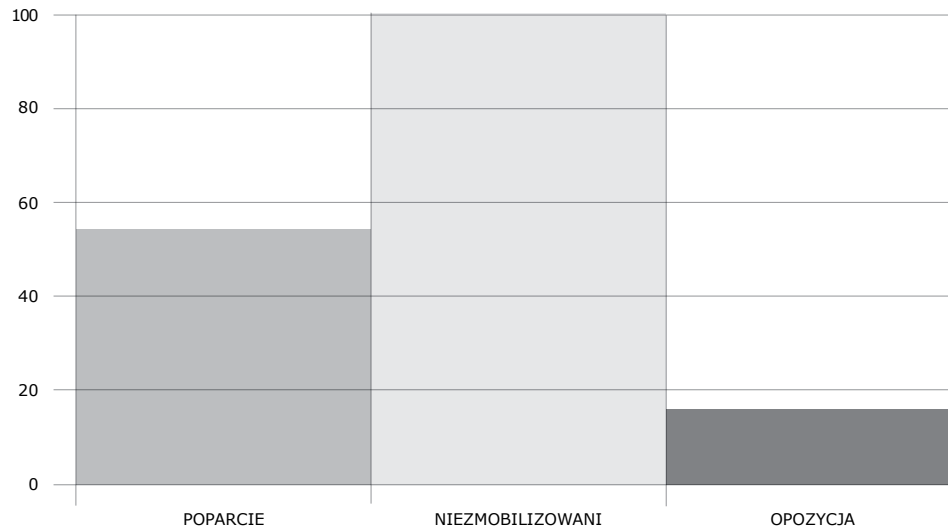


Mapa stanowisk (wyjściowa)

WYSOKIE POPARCIE	ŚREDNIE POPARCIE	NISKIE POPARCIE	NIEZMOBILIZOWANI	NISKI SPRZECIW	ŚREDNI SPRZECIW	WYSOKI SPRZECIW
Jednostki samorządu terytorialnego		środowiska pielęgniarskie	opinia publiczna	Polskie Stronnictwo Ludowe		
środowiska lekarskie			Prezydent RP	Platforma Obywatelska		
			Sojusz Lewicy Demokratycznej			
			Polska Jest Najważniejsza			
			Prawo i Sprawiedliwość			

Rys. 16. Stanowiska uczestników.

Źródło: własne, wygenerowane przy użyciu PolicyMaker.



Rys. 17. Wykonalność polityczna projektu, stan wyjściowy

Źródło: własne, wygenerowane przy użyciu programu PolicyMaker.

Wynik analizy zinterpretować należy, jako dość niską wykonalność wyjściową opisanego projektu. Jednocześnie jednak, posiada on spory potencjał wzrostowy w tym względzie (tak właśnie należy interpretować wysoki wskaźnik niezmobilizowania sugerowany powyższym rysunkiem), który warunkowany jest dwoma grupami czynników: zależnymi i niezależnymi. Czynniki zależne to takie, na które można wpłynąć poprzez podjęcie stosownych działań lobbingsowo – przetargowych. Zdobywanie sojuszników politycznych o stosownej sile wpływu mogłoby wykonalność polityczną projektu w bardzo znaczący sposób zwiększyć. W obecnym układzie politycznym, ugrupowaniem, które wydawać się może najbardziej podatnym na ewentualne „zaszczepienie” projektu w środowisku politycznym jest Polska Jest Najważniejsza. Z jednej strony, podłoże światopoglądowe dominujące wśród liderów tej partii nie stanowi znaczącej bariery, która mogłaby uniemożliwić inkorporację projektu do programu partii, z drugiej zaś – ugrupowanie to, będące wciąż w stadium wykształcania własnej podmiotowości na scenie politycznej oraz poszukujące programowych punktów zaczepienia, które pomogłyby mu trwale zakorzenić się w świadomości społecznej. Ugrupowanie to wydaje się mieć także dużą zdolność koalicyjną, w przypadku konieczności formowania nowego rządu koalicyjnego, miałoby możliwość uczestniczenia zarówno w koalicji z Platformą Obywatelską, jak i Prawem i Sprawiedliwością. Z drugiej jednak strony, jako niekorzystne z punktu widzenia wykonalności projektu – przy założeniu, że PJN miałoby być główną platformą implementacji projektu na gruncie politycznym – jest stosunkowo słaba siła oddziaływania tego ugrupowania. Jej poparcie sondażowe oscyluje w okolicach progu wyborczego, z tendencją malejącą, nie dając pewności, czy zdoła ona po wyborach parlamentarnych stać się znaczącą siłą polityczną (lub w ogóle utrzymać się w parlamencie). Ugrupowanie to jest też słabo skonsolidowane wewnętrznie i brak mu lidera w postaci silnej i charyzmatycznej osobowości, która mogłaby z jednej strony stać się ośrodkiem takiej konsolidacji, z drugiej zaś – stać się podstawą budowania poparcia społecznego.

Mając na względzie aktualną sytuację polityczną, ugrupowaniem, które w drugiej kolejności mogłoby stać odbiorcą przedstawionych idei jest Prawo i Sprawiedliwość. Będąc największą partią opozycyjną PiS jest obarczone swoistym nieformalnym obowiązkiem przedstawiania rozwiązań alternatywnych względem działań podejmowanych przez stronę rządową, mając w tej materii jednocześnie spory zakres swobody. Zaprezentowanie opinii publicznej projektu o pozapolitycznych podstawach merytorycznych i jednocześnie relatywnie mało radykalnego w formie, mogłoby z punktu widzenia Prawa i Sprawiedliwości, stanowić potencjalnie korzystne politycznie posunięcie. Poważną przeszkodą może być jednak wynikający z przesłanek aksjologicznych opór części członków i działaczy tego ugrupowania przeciwko niektórym z rozwiązań stanowiących treść projektu. Również strategia polityczna, która wydaje się obecnie

dominować w podejściu tej partii, nie rokuje dobrze pod względem możliwości podjęcia na forum publicznym postulowanych tu rozwiązań. Wszelkie przesłanki zdają się bowiem sugerować, iż PiS swojego miejsca na scenie politycznej usiłuje poszukiwać przede wszystkim w zachowawczej części elektoratu, aczkolwiek zauważalne jest otwarcie się na nowe grupy wyborców np. młodzież, co należałoby potraktować jako okoliczność sprzyjającą.

W przypadku Platformy Obywatelskiej potencjalnym elementem sprzyjającym analizowanemu projektowi mogłoby być pokrewieństwo proponowanych rozwiązań oraz postulatów programowych tego ugrupowania. Partia ta jednak, będąc aktualnie rządzącą, zmuszona jest do pewnej konsekwencji w materii proponowanych i podejmowanych działań. Wywodząca się z PO minister zdrowia, promując i przygotowując program zmian firmowany własnym nazwiskiem prawdopodobnie nie będzie chętna przyjmowaniu do niego nowych idei.

W przypadku dwóch pozostałych sił politycznych liczących się na aktualnej scenie, czyli Polskiego Stronnictwa Ludowego oraz Sojuszu Lewicy Demokratycznej należy założyć, iż ich podstawowa linia programowa raczej nie jest zbieżna z postulatami niniejszego projektu, co potencjalnie stanowić może czynnik niekorzystny z punktu widzenia szans jego powodzenia. Z drugiej strony obydwie te ugrupowania mogą być otwarte na nowe idee, poszukując sposobów na zdynamizowanie własnej roli politycznej. Wydaje się przy tym, że większy potencjał pod tym względem ma Sojusz Lewicy Demokratycznej, co wynika z faktu, iż w programie Polskiego Stronnictwa Ludowego kwestie ochrony zdrowia nie stanowią (i nigdy nie stanowiły) zagadnienia priorytetowego. Dodatkowo, ugrupowanie to może eksponować względem projektu niechęć z uwagi na fakt, iż nie przewiduje on żadnego różnicowania zasad opłacania składek na poszczególne filary przez różne grupy ludności. PSL natomiast z pewnym prawdopodobieństwem dążyć będzie do zachowania – w tej czy innej formie – uprzywilejowanych zasad dotyczących osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników. Jednocześnie, jeśli ugrupowania te potraktować jako ewentualnego partnera koalicyjnego partii, która wdrażałaby analizowany program, z dużym prawdopodobieństwem nie stanowiłyby one znaczącego ośrodka oporu – po zastosowaniu odpowiednich działań przetargowych, a więc uwzględnieniu ich postulatów programowych w innych sferach.

W przypadku graczy usytuowanych poza wąsko rozumianą sceną polityczną za kluczowego możliwego partnera uznać należy środowiska reprezentujące zawody medyczne, w szczególności lekarzy. Postulaty środowisk lekarskich

nie są odległe od tych, które pojawiają się w tym projekcie; środowisko to jest też otwarte na nowe propozycje, rzecz jasna takie, które z ich punktu widzenia mogą przynieść korzyść. Tradycyjnie nieco bardziej wstrzeźliwe są w tej materii środowiska pielęgniarskie. Wydaje się jednak, iż ich przekonanie do postulowanych rozwiązań powinno być zadaniem nie wymagającym angażowania dużych sił. Większy wysiłek włożyć trzeba będzie niewątpliwie w przypadku opinii publicznej, która z natury niechętna jest zmianom – nawet w sytuacji, kiedy aktualnie funkcjonujące rozwiązania budzą powszechne niezadowolenie. Należy zatem liczyć się z nieufnością ze strony opinii publicznej, szczególnie, iż część postulowanych rozwiązań jest potencjalnie kontrowersyjna. Jednocześnie ewolucyjność proponowanych zmian i brak konieczności radykalnej zmiany instytucjonalnej jest czynnikiem, który można i należałoby wykorzystać do zdobycia przychylności ogółu ludności kraju. Przychylność taka, a przynajmniej zachowanie status quo, będzie możliwa w sytuacji, kiedy z punktu widzenia przeciętnego pacjenta zmiana organizacyjna będzie niezauważalna (w pierwszym okresie reformy – zakładając poprawę sytuacji pacjenta w okresach kolejnych). Schemat systemu postulowany w projekcie pozwala uniknąć nagłego chaosu organizacyjnego, a tym samym uniknąć nagłego przyrostu niezadowolenia społecznego.

Czynniki niezależne, które mogą w bardzo poważny sposób zaważyć o wykonalności projektu to: wspomniana płynność rzeczywistości politycznej w Polsce oraz podatność sfery politycznej na zmiany koniunktury społecznej. Ugrupowania polityczne, zamiast podejmować działania, które miałyby opinię publiczną przekonać do projektowanych pomysłów, mogą wykazywać wolę do ogłaszania projektów w znacznie łatwiejszy sposób przysparzających przychylności społecznej, przy uwzględnieniu aktualnych nastrojów dominujących w społeczeństwie. Skłonność do takich zachowań w szczególności widoczna być może w okresie przedwyborczym. Jednocześnie zachowania poszczególnych ugrupowań w znaczący sposób mogą zmieniać się zależnie od tego czy dana partia w danym momencie jest partią rządzącą, czy współrządzącą, czy też opozycyjną. Tym samym, ugrupowania wskazane w powyższej analizie jako potencjalny grunt, na którym zaszczerpiony może zostać program reformy, po zmianie konfiguracji politycznej mogą diametralnie zmienić swój charakter w tym względzie. Również w przypadku skutecznego wprowadzenia projektu do debaty politycznej, może okazać się, iż ugrupowanie będące jego stronnikiem zmieni swoje zachowanie po zmianie konfiguracji politycznej. Tym samym skuteczne zaszczerpienie projektu na gruncie politycznym nie stanowi jeszcze gwarancji sukcesu rozumianego jako przedstawienie programu w postaci konkretnego projektu legislacyjnego.

Spośród obydwu wyodrębnionych grup czynników te, które określone zostały mianem niezależnych, prawdopodobnie wpływają na polityczną wykonalność projektu w znacząco większym stopniu i właśnie je należałoby uznać za kluczową barierę mogącą utrudnić jego powodzenie.

- <sup>53</sup> Przedstawiana koncepcja trzyfilarowego systemu jest rozwinięciem rozwiązań proponowanych w: K. Krajewski-Siuda, Co zrobić z Narodowym Funduszem Zdrowia? Trzy filary ubezpieczenia zdrowotnego jako alternatywa dla dotychczasowych rozwiązań. „Antidotum” nr 2/2006, s. 5-9 oraz: K. Krajewski Siuda, P. Romaniuk, Propozycja docelowego modelu polskiego systemu ochrony zdrowia. Raport Instytutu Sobieskiego nr 20/2006
- <sup>54</sup> Zob. S. Szczepaniak Szpital może być spółką non profit. <http://edgp.gazetaprawna.pl/index.php?act=mprasa&sub=article&id=199313>. Dost. 2 grudnia 2010 r.
- <sup>55</sup> A. Zych Firma o celach charytatywnych. [http://new-arch.rp.pl/artukul/588213\\_Firma\\_o\\_celach\\_charytatywnych.html](http://new-arch.rp.pl/artukul/588213_Firma_o_celach_charytatywnych.html).
- <sup>56</sup> S. Meijer, R. Douven, B. van den Berg Recent developments in Dutch hospitals. CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, Hague 2010, s. 12. Od 2008 roku na zasadzie eksperymentu dopuszczono w pewnych przypadkach działalność typowo komercyjną, co w założeniu ma przyciągnąć do spółek szpitalnych inwestorów zapewniających środki na innowacyjne rozwiązania infrastrukturalne. Jest to jednak wciąż sytuacja w holenderskim systemie zdrowotnym wyjątkowa. Zob. W. Schäfer, et al. op. cit. s. 152.
- <sup>57</sup> D. Walker, Testimony before Committee on Ways and Means, 2005
- <sup>58</sup> <http://www.polimap.com>. Dost. 9 lutego 2011 r.
- <sup>59</sup> zob. M.R. Reich, D. M. Cooper PolicyMaker: computer-assisted political analysis. Software and manual. Poli-Map, Brooklyne, MA 1998 oraz C. Włodarczyk, I. Koprowska Wykorzystanie programu Policy Maker w polityce zdrowotnej. Niektóre aspekty wdrażania reformy opieki zdrowotnej w Polsce. „Problemy Polityki Społecznej” nr 2/2000, ss. 63 – 87; K. Krajewski Siuda, P. Romaniuk Ocena szans realizacji koncepcji Narodowego Funduszu Zdrowia przy użyciu mapowania politycznego jako narzędzia analizy politycznej. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie nr 2(II)/2004, ss. 76 – 85; K. Krajewski Siuda, P. Romaniuk Mapowanie polityczne jako metoda badawcza w obszarze polityki zdrowotnej. Zdrowie Publiczne nr 3/2004, ss. 446 - 450.
- <sup>60</sup> Zagadnienie grup interesu i ich roli w systemie politycznym jest bardzo obszernym zagadnieniem z bogatą literaturą na gruncie nauk politycznych. Kwestia odniesienia konkretnych ugrupowań politycznych do konkretnych grup społecznych oraz ich braku w systemie polskim nawiązuje do koncepcji podziałów społecznych Lipseta i Rokkana (por. S. Lipset, S. Rokkan. Cleavage structures, party systems, and voter alignments: and introduction. W: S. Lipset, S. Rokkan (red.). Party systems and voter alignments: crossnational perspectives, The Free Press, New York 1967, s. 1 – 64 oraz M. Grabowska Podział postkomunistyczny. Społeczne podstawy polityki w Polsce po 1989 roku. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2004), Kwestia ścierania się interesów różnych grup jako podstawowa siła napędowa polityki demokratycznej to centralny punkt tzw. podejścia pluralistycznego (zob. A.W. Jabłoński. Teorie państwa i grup interesu w teoriach polityki. W: Z. Machelski, L. Rubisz (red.). Grupy interesu. Teorie i działanie. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2003, ss. 31 – 44 oraz L. Porębski Amerykańska nauka o polityce. W poszukiwaniu modelu demokracji. W: T. Biernat, A. Siwik (red.). Demokracja. Teorie, idee, instytucje. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2001, ss. 45 – 62.
- <sup>61</sup> por. T. Własiuk Patologie świata polityki w oczach polityków. W: J. Raciborski (red.) Elity rządowe III RP 1997 – 2004. Portret socjologiczny. Wyd. Trio, Warszawa 2006, ss. 323 – 345.

## 5. Podsumowanie.

Zaproponowany powyżej kierunek działań reformatorskich spełnia zakresione na początku warunki: czerpie z doświadczeń innych krajów (holenderska konstrukcja filarowa), wpisuje się w ciąg projektów reformatorskich sięgających połowy lat 90-tych w Polsce, jednocześnie stanowiąc płynną zmianę istniejącej aktualnie struktury organizacyjnej systemu. Projekt ten daje również duże szanse na uzyskanie wsparcia ze strony reprezentantów zawodów medycznych. Najbardziej kontrowersyjną kwestią z politycznego punktu widzenia wydaje się być kwestia reformy szpitalnictwa, stanowiąca punkt zapalny wszystkich projektów reformatorskich poczynając od 1999 roku. Jednocześnie jednak coraz powszechniejsza wydaje się być opinia, iż jest to w obecnym momencie jedyny możliwy kierunek działań, który przynieść może jakikolwiek skutek. Stronnikami proponowanych rozwiązań powinny być również władze samorządowe, restrukturyzacja szpitalnictwa uwalnia bowiem jednostki administracji lokalnej od ciężkiego i kłopotliwego brzemienia utrzymywania generującego duże potrzeby finansowe szpitalnictwa. Zakres dokonanych już przekształceń w obrębie lecznictwa ambulatoryjnego, jak i zasadniczo pozytywny skutek dotychczasowych procesów restrukturyzacyjnych w sektorze szpitalnym każe wykazywać spory optymizm pod względem szans powodzenia tego projektu. Wszelkie inne działania w rzeczywistości bowiem będą jedynie utrwalaniem obecnej patologicznej sytuacji i pogłębianiem kryzysu finansowego w ochronie zdrowia.

Spójność proponowanych działań z postulatami różnych obozów politycznych, z punktu widzenia szans jego powodzenia stanowić może zarówno zaletę, jak i wadę proponowanego projektu. Z jednej strony – stanowi dobrą podstawę budowania politycznego konsensusu wokół projektu reformy zdrowotnej, dając tym samym poważne podstawy polityczne dla jej powodzenia. Jednocześnie jednak, jeśli projekt ów wpisać w szerszy kontekst polityczny oraz polaryzację stanowisk dwóch aktualnie najważniejszych ugrupowań politycznych polskiej sceny, może to stać się przyczyną zablokowania wszelkich działań reformatorskich, jako firmowanych szyldem politycznego oponenta. W warunkach dość słabej stabilności poparcia wyborczego ugrupowań politycznych w Polsce, być może właśnie owe polityczne uwarunkowania stanowić będą podstawową przeszkodę na drodze podjęcia realnych działań reformatorskich w obrębie systemu zdrowotnego.

## 6. Bibliografia:

1. Aksman E. Narodowa Służba Zdrowia w Wielkiej Brytanii. *Antidotum* nr 4/1999, s. 7 – 35.
2. Białynicki-Barula P. Reforma służby zdrowia w Niemczech – modyfikacja czy zmierzch systemu kas chorych? <http://www.biuletyn.e-gap.pl/index.php?view=artykul&artykul=33>.
3. Boruc Ż., Węcowska J., Dargiel D. System ubezpieczeń dobrowolnych w Niemczech. W: Samoliński B. (red.) *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006.
4. Chałupczak G. Ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech i w Polsce. Analiza prawnoporównawcza. Oficyna Wydawnicza Verba, Lublin 2006.
5. Czapiński J., Panek T. *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009.
6. *Health care systems in transitions*. United Kingdom. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 1999.
7. Kowalska-Koprowska I. Reformowanie opieki zdrowotnej w świetle programów, ustaw i w opiniach decydentów. „*Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*” nr 1/2003, s. 65 – 76.
8. Grabowska M. Podział postkomunistyczny. Społeczne podstawy polityki w Polsce po 1989 roku. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
9. Jabłoński A.W. Teorie państwa i grup interesu w teoriach polityki. W: Z. Machelski, L. Rubisz (red.). *Grupy interesu. Teorie i działanie*. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2003, s. 31 – 44.
10. Krajewski Siuda K., Romaniuk P. Ocena szans realizacji koncepcji Narodowego Funduszu Zdrowia przy użyciu mapowania politycznego jako narzędzia analizy politycznej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* nr 2(II)/2004, ss. 76 – 85.
11. Krajewski Siuda K., Romaniuk P. Mapowanie polityczne jako metoda badawcza w obszarze polityki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne* nr 3/2004, ss. 446 – 450.
12. Krajewski Siuda K., Romaniuk P. Dlaczego możliwe było wprowadzenie Narodowego Funduszu Zdrowia. „*Zdrowie i Zarządzanie*” nr 1/2004, s. 36 – 42.
13. Krajewski Siuda K. Co zrobić z Narodowym Funduszem Zdrowia? Trzy filary ubezpieczenia zdrowotnego jako alternatywa dla dotychczasowych rozwiązań. „*Antidotum*” nr 2/2006, s. 5-9.
14. Krajewski Siuda K., Romaniuk P. Propozycja docelowego modelu polskiego systemu ochrony zdrowia. Raport Instytutu Sobieskiego nr 20/2006.
15. Lipset S., Rokkan S. Cleavage structures, party systems, and voter alignments: an introduction. W: S. Lipset, S. Rokkan, (red.). *Party systems and voter alignments: crossnational perspectives*, The Free Press, New York 1967, ss. 1 – 64.
16. Meijer S., Douven R., van den Berg B. Recent developments in Dutch hospitals. CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, Hague 2010.
17. Narodowy Fundusz Zdrowia: sprawozdania z działalności: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=11>.
18. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2008 rok. Materiał na konferencję prasową w dniu 23 lipca 2010 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.
19. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.
20. Porębski L. Amerykańska nauka o polityce. W poszukiwaniu modelu demokracji. W: Biernat T., Siwik A. (red.). *Demokracja. Teorie, idee, instytucje*. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2001, ss. 45 – 62.
21. Poździejoch S. Ubezpieczenia zdrowotne w wybranych krajach wysokorozwiniętych, cz. I. „*Zdrowie i Zarządzanie*” nr 2/1999, s. 36 – 37.

22. Reich M.R., Cooper D.M. *PolicyMaker: computer-assisted political analysis. Software and manual*. Poli-Map, Brooklyne, MA 1998.
23. Romaniuk P., Krajewski – Siuda K. Organizacja i finansowanie opieki zdrowotnej w wybranych krajach środkowoeuropejskich. W: Syrkiewicz-Świtłała M., Hanisz R. (red.) *Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty*. Wyższa Szkoła Biznesu, Dąbrowa Górnicza 2010, s. 109 – 142.
24. Sandier S., Paris V., Polton D. *Health care systems in transitions*. Fance. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen 2004.
25. Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W., van Ginneken E. *The Netherlands. Health system review*. World Health Organisation, Copenhagen 2010.
26. Sobczak A. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Charakterystyka i przegląd międzynarodowy. W: Sobczak A. (red.) *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*. Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2004.
27. *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 rok*. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2010.
28. Starosolski M., Wróblewski J., Romaniuk P., Krajewski-Siuda K. Rządowy projekt reformy zdrowotnej. Ocena szans powodzenia ministerialnego projektu przy użyciu mapowania politycznego. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2006; 87(3), ss. 228-238.
29. Szczepaniak S. Szpital może być spółką non profit. <http://edgp.gazetaprawna.pl/index.php?act=mprasa-&sub=article&id=199313>.
30. Własiuk T. Patologie świata polityki w oczach polityków. W: J. Raciborski (red.) *Elity rządowe III RP 1997 – 2004. Portret socjologiczny*. Wyd. Trio, Warszawa 2006, ss. 323 – 345.
31. Włodarczyk C. *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Wyd. Vesalius, Łódź, Kraków, Warszawa 1996.
32. Włodarczyk C. Droga do ubezpieczeń zdrowotnych. Wędrowka koncepcji reformatorskich w procesie polityki zdrowotnej. „*Zdrowie i Zarządzanie*” nr 2/1999, s. 13 – 28.
33. Włodarczyk C., Koprowska I. Wykorzystanie programu Policy Maker w polityce zdrowotnej. Niektóre aspekty wdrażania reformy opieki zdrowotnej w Polsce. „*Problemy Polityki Społecznej*” 2000, 2: 63 – 87.
34. Włodarczyk C., Poździejoch S. *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Wyd. UJ, Kraków 2001.
35. Włodarczyk C. *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
36. Włodarczyk C. *Zdrowie i opieka zdrowotna w programach partii politycznych*. W: Golinowska S., Boni M. *Nowe dylematy polityki społecznej*. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2006, s. 296 – 324.
37. Wojtyniak B., Stokwiszewski, J. Goryński P., Rabczenko D. Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego. W: G. Ciura (red.) *Zdrowie Polaków*. Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Warszawa 2010, ss. 9 – 50.
38. <http://www.polimap.com>.
39. Zalewa P. *Transformacja ustrojowa a kształt polskiego systemu ekonomicznego*. Wyd. UMCS, Lublin 2008.
40. *Zmiany w systemie ochrony zdrowia*. Druki sejmowe nr 283, 284, 286, 287, 293, 294, 311. Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Warszawa 2008.
41. *Zmiany w systemie ochrony zdrowia w procesie legislacyjnym*. Druki sejmowe nr 283, 284, 286. Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Warszawa 2008.
42. Zych A. *Firma o celach charytatywnych*. [http://new-arch.tp.pl/artykul/588213\\_Firma\\_o\\_celach\\_charytatywnych.html](http://new-arch.tp.pl/artykul/588213_Firma_o_celach_charytatywnych.html).

---

## O autorach

---



### **Krzysztof Krajewski-Siuda**

Doktor habilitowany nauk medycznych. Kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej, Wydziału Zdrowia Publicznego w Bytomiu Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Adiunkt w Instytucie Zdrowia Publicznego na Wydziale nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Autor monografii naukowych oraz ponad kilkudziesięciu publikacji krajowych i międzynarodowych.



### **Piotr Romaniuk**

Doktor nauk humanistycznych w zakresie nauk o polityce. Absolwent Instytutu Nauk Politycznych i Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, gdzie również obronił rozprawę doktorską. Pracownik naukowy i dydaktyczny Zakładu Polityki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz Wyższej Szkoły Ekonomiczno-Humanistycznej w Bielsku Białej, gdzie dodatkowo pełni funkcję dyrektora Kolegium Nauk Społecznych. Autor kilkudziesięciu publikacji z zakresu polityki zdrowotnej oraz nauk politycznych.

**Zdrowie publiczne** to kolejna książka wydana przez Instytut Sobieskiego. Autorzy diagnozują stan obecny sektora ochrony zdrowia w naszym kraju, analizują kolejne etapy reform, opisują modele ochrony zdrowia funkcjonujące w krajach OECD oraz przedstawiają własne propozycje w tym min. koncepcję nowego typu osoby prawnej – spółki prowadzącej działalność nie dla zysku.

ISBN 978-83-927691-5-6



**Instytut Sobieskiego**  
ul. Nowy Świat 27  
00-029 Warszawa  
tel./fax: 22 826 67 47

[sobieski@sobieski.org.pl](mailto:sobieski@sobieski.org.pl)  
[www.sobieski.org.pl](http://www.sobieski.org.pl)