

Mirosława Skawińska

MODEL POLITYKI SPOŁECZNEJ W POLSCE OKRESU TRANSFORMACJI NA PRZYKŁADZIE ZMIANY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Polityka społeczna realnego socjalizmu, nacechowana słabościami tamtego systemu, stała się wyzwaniem do poszukiwania nowego, właściwego modelu w warunkach gospodarki rynkowej. Punktem odniesienia oceny przemian – jakie następują w polityce społecznej po 1989 r. – jest obraz realnego socjalizmu, w którym ograniczano inicjatywę, pozbawiano ludzi samodzielności, przyzwyczajano do postawy roszczeniowej, biernej. Zdaniem Edmunda Wnuka-Lipińskiego, „ktoś, kto przez długie lata był w więzieniu, po wyjściu na wolność czuje się zagubiony, bezradny, nieledwie osierocony... W życiu społecznym można zaobserwować podobnego typu zjawiska na masową skalę... Ustrój totalitarny kontrolował nasze życie od kołyski do grobu”¹.

W latach 90. zanotowano wzrost bezrobocia, wzrost cen i spadek płac realnych oraz ograniczenie rozmaitych świadczeń socjalnych. Wszystkie te czynniki spowodowały postępujące zubożenie społeczeństwa, obniżenie standardu życia dużych grup społecznych, znaczne rozszerzanie się sfery niedostatku i znaczący spadek zaspokojenia podstawowych potrzeb ludności². Z drugiej strony transformacja ustroju i systemu gospodarczego w Polsce powoduje „oczyszczenie” kategorii ekonomicznych z elementów socjalnych. Chodzi przede wszystkim o likwidację dotacji do produkcji dóbr podstawowych i oświatowo-kulturalnych. Liczne instytucje polityki społecznej tracą dopływ środków budżetowych, a wzrost cen i opłat za usługi tych instytucji przynosi w konsekwencji radykalne zmniejszenie popytu³.

Polityka społeczna zaczyna się zawężać do świadczeń pieniężnych, a na ich powiększenie – w miarę wzrostu kosztów utrzymania i kurczenia się zatrudnienia – wywierana jest silna presja społeczna i polityczna. Podstawowym problemem spo-

¹ E. Wnuk-Lipiński, *Wycieczka bezradność*, „Nowe Życie Gospodarcze”, 23.11.1995.

² Zob. J. Danecki, *Świadectwo danych*, „Polityka Społeczna” 1992, nr 11/12.

³ Np. przepełnione jeszcze niedawno przedszkola, żłobki, szpitale, domy wczasowe i domy kultury obecnie stoją puste.

lęcznym prowadzonej polityki gospodarczej jest bezrobocie⁴. Zawężanie sfery pracy powoduje realne zagrożenie dla wydolności finansów publicznych. To z kolei doprowadza do problemów związanych nie tylko z ograniczaniem działań instytucji usług społecznych, ale także z cofaniem uprawnień do świadczeń pieniężnych licznym grupom biedniejszego społeczeństwa⁵. Na politykę tę wywierana jest presja żądań i oczekiwań nie tylko ze strony jednostek, ale i całych grup społecznych, domagających się kompensacji utraconych dochodów oraz osłon przed recesją i urynkowaniem gospodarki. Reformatorskie zmiany w obszarze polityki społecznej dotyczą także instytucjonalnych form prowadzonej działalności⁶. Instytucje państwowe przestają być jedynymi podmiotami chroniącymi obywateli przed skutkami ryzyka socjalnego. Decentralizacja polityki społecznej poprzez tworzenie szczebli wojewódzkich, powiatowych i gminnych oraz wzrost aktywności instytucji pozarządowych w sferze usług socjalnych ma przejąć dominujące w tym zakresie państwo⁷.

Ideą przewodnią polskiej polityki społecznej jest zdecydowane odejście od opiekuńczej funkcji państwa i przerzucenie odpowiedzialności za własne życie i los na samych obywateli. Przyjęte w tym obszarze działania oraz strategię wywołują potrzebę zmian dotychczasowego modelu polityki społecznej⁸. Tworzenie takiego modelu polityki społecznej wynika przede wszystkim: po pierwsze – z przekonania o integralności i współzależności rozwoju gospodarczego i społecznego⁹; po drugie – z potrzeby stworzenia takiej polityki społecznej, która łagodziłaby pogłębiającą się przepaść między najbogatszymi i najbiedniejszymi poprzez nie tylko wyrównywanie szans między tymi grupami, ale i zapobieganie powstawania nierówności; po trzecie – z konieczności wypracowania takiego modelu, który respektowałby właściwy dla kultury polskiej system wartości i byłby w pełni dostosowany do potrzeb społecznych powstającego w Polsce systemu społeczno-politycznego; po czwarte źródłem zaangażowania w tworzenie nowego modelu polityki społecznej jest fakt wstąpienia Polski do struktur Unii Europejskiej¹⁰. Kolejnym ważnym wyzwaniem dla polityków jest to, że budowanie

⁴ Nastąpiła zmiana formuły państwa opiekuńczego, odejście od zasady pełnego zatrudnienia, wycofanie się państwa opiekuńczego z obszarów ekonomicznych oraz zaprzestanie używania ekonomicznego instrumentarium dla realizacji celów socjalnych. Więcej na ten temat: *Polityka gospodarcza okresu transformacji*, red. M. Dąbrowski, Warszawa 1995.

⁵ Zob. S. Golińska, *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej*, Warszawa 1994, s. 205-211.

⁶ W okresie realnego socjalizmu typowym rozwiązaniem organizacyjnym był hierarchiczny układ instytucji administracyjnych zarządzających jednostkami świadczeń społecznych (szkołami, szpitalami, ośrodkami pomocy społecznej itd.). W tym układzie państwo było głównym podmiotem odpowiedzialnym za efektywność systemu funkcjonowania instytucji przyznających świadczenia społeczne. Jednocześnie państwo było tu „Świętym Mikołajem” dostarczającym bezpłatnie lub tanie usługi socjalne.

⁷ Niestety, wycofaniu się państwa ze zobowiązań socjalnych nie towarzyszy przejmowanie tych zobowiązań przez inne podmioty. Mimo iż zlikwidowano wiele administracyjnych ograniczeń działalności samopomocowej, charytatywnej i tej nastawionej na zysk, to jednak władze nie stymulowały rozwoju podmiotów pozarządowych. Por. N. Barr, *Ekonomia polityki społecznej*, Poznań 1993.

⁸ Przypomnę, że w *expose* rządowym premiera Tadeusza Mazowieckiego z września 1989 r. była mowa o potrzebie budowy ustroju III RP zgodnie z zasadami społecznej gospodarki rynkowej.

⁹ Rozwój gospodarczy bez rozwoju społecznego w dłuższej perspektywie jest niemożliwy, ponieważ prowadzi do zaburzeń zarówno w rozwoju ekonomicznym, jak i społecznym. Por. E. Domańska, *Wokół interwencji państwa w gospodarkę: Keynes, Fridman, Laufer, Kennedy, Reagan i inni*, Warszawa 1992; *Spoleczne uwarunkowania przejścia do gospodarki rynkowej*, red. L. Gilejko, Warszawa 1993.

¹⁰ Fakt ten jest bardzo istotny, gdyż określając charakter polityki społecznej w Polsce, musimy liczyć się z istniejącymi w krajach Unii różnymi modelami. Por. K. Głębicka, *Polityka społeczna w Unii Europejskiej*.

nowego modelu tej polityki powinno być oparte na zakorzenionych w polskiej kulturze i tradycji wartościach i zasadach nauki społecznej Kościoła. Czyni ona rodzinę filarem i motorem polityki społecznej. Zgodnie z tą nauką to polityka rodzinna zakłada istnienie polityki społecznej¹¹.

W warunkach gospodarki rynkowej możemy wyodrębnić kilka modeli polityki społecznej. Powstało wiele prac, które próbują usystematyzować politykę społeczną poszczególnych krajów i dążą do znalezienia cech wspólnych tych koncepcji polityki pozwalających na identyfikację różnych modeli funkcjonujących na świecie¹². Postulowane modele silnie związane są także z postulowanymi doktrynami społecznymi w państwie, które wprowadza dany model. Dlatego też, biorąc pod uwagę czynniki doktrynalne, możemy wyróżnić strategię liberalną, konserwatywną i socjalną polityki społecznej.

Model liberalny, określany także jako marginalny, zakłada, że istnieją dwa naturalne kanały zaspokojenia potrzeb jednostki – jest to rynek i rodzina. Zatem w modelu tym przyjmuje się, że większość społeczeństwa w warunkach gospodarki rynkowej da sobie radę przy pomocy rodziny i organizacji charytatywnych. Dopiero gdy zawodzi rynek i rodzina, wkracza państwo ze swoimi rozwiązaniami o charakterze doraźnym, selektywnym. Zgodnie z głównym założeniem tego modelu „właściwym celem państwa opiekuńczego jest nauczenie ludzi, jak sobie bez tego państwa radzić”¹³. Model ten określany jest jako: marginalny¹⁴, państwo pozytywne¹⁵, liberalny¹⁶ czy rezydualny¹⁷. Taki model polityki społecznej i rodzinnej realizuje Wielka Brytania.

Drugi model zwany konserwatywnym¹⁸ uzależnia stopień zaspokojenia potrzeb i wysokość świadczeń socjalnych od statusu danej osoby na rynku pracy. Państwo w tej strategii polityki społecznej zmusza swoich obywateli do uczestnictwa w ubezpieczeniach społecznych i płacenia na nie składek. Ubezpieczenia te mają charakter społeczny i obejmują wszystkie typowe sytuacje życiowe oraz wszystkie osoby, które uzyskują dochody z pracy. Są one zorganizowane tak, aby odzwierciedlały różnice w statusie uzyskanym na rynku. Zatem pomoc udzielana jest tym rodzinom czy jednostkom, które znajdują się w sytuacji wystąpienia określonego zagrożenia socjalnego. Uzależniona jest ona od jej wkładu pracy (wydajności) oraz uzyskanych dochodów i wysokości płaconych składek. Poziom zaspokojenia naszych potrzeb w tym modelu zależy więc od indywidualnych zasług i wydajności pracy. Z drugiej strony powinna istnieć granica ingerencji państwa w sprawy socjal-

Aspekty aksjologiczne i empiryczne, Warszawa 2001; W. Anioł, *Polityka socjalna Unii Europejskiej*, Warszawa 2003.

¹¹ Więcej na ten temat: M. Skawińska, *Rodzina w nauczaniu społecznym Kościoła katolickiego*, Kielce 2001.

¹² Por. R. Titmuss, *Social Policy: An Introduction*, London 1974; N. Furniss, D. Tilton, *The Case for the Welfare State*, Bloomington 1977; G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge 1990.

¹³ Cyt. za: M. Książkowski, *Modele polityki społecznej*, Warszawa 1999, s. 9.

¹⁴ Np. R. Titmuss, *op. cit.*

¹⁵ Np. N. Furniss, D. Tilton, *op. cit.*

¹⁶ Np. G. Esping-Andersen, *op. cit.*

¹⁷ Np. M. Książkowski, *op. cit.*

¹⁸ Jest on także określany jako: motywacyjny konserwatywno-korporacyjny, wydajnościowy, służebny, korporacyjny. Zob. M. Książkowski, *op. cit.*

ne. Programy socjalne w państwie realizującym te założenia powinny być tak budowane, aby w jak najmniejszym stopniu zakłócać mechanizmy gospodarki rynkowej. Model ten realizowany jest w Niemczech i we Francji.

Kolejny model to model socjalny. Określany jest także mianem modelu instytucjonalno-redystrybucyjnego¹⁹, państwem dobrobytu społecznego²⁰ albo modelem socjaldemokratycznym lub opiekuńczym²¹. Ta strategia rozwiązywania kwestii społecznych znacząco różni się od pierwszej czy drugiej propozycji. Model socjalny uznaje politykę społeczną za integralną instytucję w ramach danego społeczeństwa. Przyjmuje się w nim, że przyczyny problemów społecznych tkwią w całym społeczeństwie, a nie tylko w jednostce. W związku z tym społeczeństwo jest odpowiedzialne za sytuację, w jakiej znajdują się jego obywatele, a także za pomoc w rozwiązywaniu tych problemów. W założeniach tego modelu rynek jest niedoskonały i nie gwarantuje obywatelom możliwości zaspokojenia potrzeb społecznych na pożądanym poziomie. To właśnie państwowa polityka społeczna powinna zastąpić mechanizmy rynkowe w procesie zaspokajania tych potrzeb, posługując się kryterium potrzeb, a nie zasług. Zatem świadczenia rodzinne powinny przysługiwać wszystkim rodzinom, a pomoc mieć charakter bezwarunkowy. Taki model realizowany jest w krajach skandynawskich, przede wszystkim w Szwecji²².

Porównując zasady polityki społecznej realizowanej w okresie PRL, możemy stwierdzić, że miały one wiele wspólnych cech zarówno z modelem socjalnym, jak i motywacyjnym. Polityka społeczna okresu realnego socjalizmu traktowała państwo jako „gestora” niemal wszystkich świadczeń i usług socjalnych, ale także dążyła do powszechności świadczeń socjalnych, podobnie jak w modelu instytucjonalno-redystrybucyjnym. Podobieństwo do modelu motywacyjnego wynikało z faktu, że polityka ta silnie uzależniała prawa socjalne od statusu obywatela na rynku pracy oraz na dominującej roli ubezpieczeń społecznych w budowaniu systemu zabezpieczenia społecznego. I na tym podobieństwa się kończą²³. Funkcje redystrybucyjne systemu świadczeń społecznych, które gwarantowały utrzymanie na wypadek typowych zdarzeń losowych, były mało widoczne w porównaniu z tymi w krajach gospodarki rynkowej. W okresie PRL to właśnie państwo decydowało o wysokości płac; a ponieważ poziom przeciętnego wynagrodzenia był niski i stosunkowo mała rozpiętość płacowa, nie było potrzeby korygowania pierwotnego podziału dochodów przez świadczenia socjalne. Powstaje zatem pytanie: co się zmieniło w polityce społecznej

¹⁹ Jest to określenie wprowadzone przez Richarda Titmussa. Patrz: R. Titmuss, *op. cit.*

²⁰ Określenie to wprowadził Norman Furniss i Dorothy Tilton w *The case...*

²¹ Pierwsze określenie – socjaldemokratyczny model – jest autorstwa Gosty Espinga-Andersena, drugie Mirosława Książopolskiego. Więcej na ten temat: M. Książopolski, *op. cit.*, s. 91.

²² Zaprezentowane strategie czy też modele polityki społecznej mają charakter idealny. Czyli żaden kraj nie prowadzi tych modelowych założeń w stu procentach, jeśli idzie o rozwiązania praktyczne polityki społecznej. Jednakże cechy charakterystyczne dla omawianych modeli są mniej lub bardziej dominujące w danym państwie. Więcej na ten temat: K. Głabcicka, *op. cit.*, s. 118-119.

²³ Należy jednak podkreślić, że „powszechność” polityki społecznej w czasach PRL wyrażała się nie tyle prawem każdego do otrzymania pomocy, ile zagwarantowaniem każdemu prawa do pracy. Poza tym, bezpieczeństwo socjalne i dobrobyt obywateli zapewniane były dzięki ingerencji państwa socjalistycznego w sferę konsumpcji, przy jak najmniejszej ingerencji w sferę produkcji. Natomiast drugim filarem systemu bezpieczeństwa socjalnego były wysokie subsydia państwowe do podstawowych towarów i usług, a także powszechny dostęp do bezpłatnych lub niskopłatnych usług socjalnych.

w Polsce po 1990 r.? W jakim stopniu zmiany gospodarcze w okresie transformacji implikują konieczność zmiany podejścia do regulowania spraw socjalnych i społecznych obywateli kształtującego się państwa demokratycznego? Jakie są możliwe strategie polityki społecznej na progu XXI w. w przeobrażającej się Polsce?

Wraz ze zmianami politycznymi i gospodarczymi na początku lat 90. nie podjęto gruntownych zmian dotychczasowego modelu polityki społecznej. Możemy zatem stwierdzić, że sprawa reformy społecznej znalazła się na marginesie dyskursu politycznego i ekonomicznego²⁴.

Niewątpliwie okres transformacji przynosi nowe uwarunkowania polityki społecznej. Zmieniają się bowiem przesłanki ustrojowe, ekonomiczne, polityczne i społeczne. W pierwszych latach transformacji akcentowano potrzebę kształtowania polityki społecznej na rzecz rodziny na podstawie nauki społecznej Kościoła. Zgodnie z tą nauką, to rodzinę a nie państwo uczyniono odpowiedzialną za wychowanie i kształcenie dzieci. Oznacza to ograniczenie ingerencji i odpowiedzialności instytucji pozarodzinnych, przede wszystkim instytucji państwowych. W wyniku zmiany systemowej następuje decentralizacja uprawnień państwa w zakresie polityki społecznej, restrukturyzacja i przekształcenia własnościowe ograniczające i zawężające działalność socjalną zakładów pracy, a poza tym również kryzys finansów publicznych, co z kolei przyczynia się do zmniejszenia nakładów państwa na usługi społeczne²⁵.

Po 1989 r. w Polsce wyodrębniamy trzy fazy cyklu transformacji polityki społecznej²⁶. Pierwszą możemy określić jako działalność zachowawczą (1989-1995), drugą jako fazę przebudowy i tworzenia nowych zasad oraz instytucji sfery społecznej (1996-1998), natomiast trzecią jako okres wdrażania reform społecznych (począwszy od 1999).

Polska odchodzi od modelu opiekuńczego w kierunku społecznej gospodarki rynkowej. Ważniejsze wydaje się tworzenie systemu motywującego do pracy niż systemu rozbudowanego zabezpieczenia socjalnego. Należy uznać priorytet pracy nad zabezpieczeniem socjalnym i stworzyć model zatrudnienia socjalnego w Polsce. Kiedy mówimy: społeczna gospodarka rynkowa, powinniśmy mieć na uwadze, że jest to idea bazująca na zasadach wolnego rynku, czyli na teorii liberalnej, a nie interwencjonistycznej zakładającej ingerencję państwa w rynek. Określenie społeczna w odniesieniu do gospodarki rynkowej powinno zakładać, że w przypadku występowania nieprawidłowości w jej funkcjonowaniu, należy próbować włączyć w rynek

²⁴ Praktyką rządów – nie tylko w Polsce, ale także w krajach Europy Środkowej – było wówczas zachowanie podstawowych funkcji systemów zabezpieczenia społecznego sprzed 1989 r., a nie tworzenie nowych instytucji. Opóźnienie reform społecznych w porównaniu z reformami w dziedzinie politycznej i gospodarczej wynikało wówczas w krajach Europy Środkowej po pierwsze – ze słabo wykrystalizowanych poglądów w sprawach rekonstrukcji sfery społecznej; po drugie – z niestabilności politycznej i ekonomicznej państw, która dodatkowo nie sprzyjała planowaniu i podejmowaniu reformy społecznej w początkowym okresie transformacji. Zob. M. Rymusza, *Urynkowienie państwa czy uspołecznienie rynku? Kwestia socjalna w Trzeciej Rzeczypospolitej na przykładzie ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1998; także opinie ekspertów na temat przebudowy państwowej sfery socjalnej w Polsce: *Polityka społeczna w okresie zmian ustrojowych. Zbiór rozmów z przedstawicielami świata nauki*, red. E. Leś, Warszawa 1992.

²⁵ Należy w tym miejscu uzupełnić, że jednoczesnemu ograniczeniu możliwości w finansowaniu przez państwo świadczeń społecznych nastąpił wzrost kosztów funkcjonowania placówek publicznych.

²⁶ Podział proponowany przez E. Leś, *Od filantropii do pomocniczości. Studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych*, Warszawa 2000, s. 197-198.

warstwy, które są z niego eliminowane i zintegrować je z nim, ale przy zastosowaniu mechanizmów rynkowych, a nie bezwarunkowych dotacji, zasiłków itp.

System ochrony zdrowia stanowi jeden z filarów prawidłowo funkcjonującego społeczeństwa. Przez lata (zarówno w systemie socjalistycznym przed 1989 r., jak i demokratycznym państwie prawa po 1989 r.) zastanawiano się, jak zapewnić obywatelom świadczenia medyczne na możliwie wysokim poziomie przy ograniczonych środkach, spełniając przy tym oczekiwania społeczne co do efektywności i skuteczności działania służby zdrowia.

System opieki zdrowotnej w Polsce na początku lat 90., odziedziczony został po PRL i stanowił scentralizowaną i zbiurokratyzowaną strukturę organizacyjną zbudowaną według założeń modelowych Siemaszki. Obowiązywał on w krajach bloku socjalistycznego przed 1989 r. i zakładał, że: opieka zdrowotna to narodowa służba zdrowia; zadania polityki zdrowotnej realizuje administracja państwowa, finansowanie służby zdrowia jest centralne, dostępność do służby zdrowia gwarantuje państwo; zakładała ciągłość profilaktyczno-leczniczą systemu, zatrudnienie lekarzy na etatach państwowych oraz pełny zakres bezpłatnych świadczeń (z wyjątkiem niektórych leków w lecznictwie otwartym)²⁷. W systemie tym Ministerstwo Zdrowia było monopolistą nie tylko w sferze finansowania, ale także wykonawstwa świadczeń zdrowotnych. To ono ponosiło pełną odpowiedzialność (jako monopolista) za zorganizowanie opieki zdrowotnej dla obywateli, a była ona nieefektywna, gdyż podporządkowana całkowicie doktrynie obronnej Układu Warszawskiego. Rozumienie funkcji służby zdrowia jako części doktryny militarnej doprowadziło do zubożenia cywilnych form udzielania świadczeń medycznych, szczególnie związanych z profilaktyką i promocją zdrowia²⁸. Mimo zapisu w Konstytucji z 1952 r., że obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do bezpłatnej służby zdrowia oraz polepszenia warunków bezpieczeństwa i higieny pracy, a także podnoszenia poziomu zdrowia (art. 70), nie było pełnej bezpłatności i dostępności do ochrony zdrowia. Takie wskaźniki jak: umieralność niemowląt, przeciętne trwanie życia, zachorowalność, plasowały Polskę na końcu listy krajów europejskich²⁹.

Z tych powodów konieczne było poszukiwanie nowych rozwiązań systemowych w okresie transformacji po 1989 r. Przecież demokracja była jednym z najważniejszych pragnień Polaków przed 1989 r. Hasło „powrót do normalności” najlepiej wyrażało atmosferę polskiej „rewolucji”. Planowane w początkowym okresie zmiany systemowej przekształcenia miały doprowadzić do takiej organizacji opieki zdrowotnej, która gwarantowałaby przede wszystkim satysfakcję i pacjentom, i personelowi medycznemu. W związku z powyższym, podczas negocjacji Okrągłego Stołu w 1989 r. za jeden z najbardziej palących problemów do rozwiązania w przygotowywanych reformach społeczno-politycznych przez nowy układ polityczny uznano sprawę służby zdrowia³⁰. Pierwsze ustalenia dotyczyły przede wszystkim zmian w me-

²⁷ *Organizacja ochrony zdrowia*, red. J. Indulski, Warszawa 1984, s. 31-32.

²⁸ Zob. M. Dercz, H. Izdebski, *Zmiany w ochronie służby zdrowia: permanentna reforma systemu*, [w:] *Reformy społeczne. Bilans dekady*, red. M. Rymasz, Warszawa 2004, s. 114-115.

²⁹ S. Golinowska, *Polityka społeczna. Koncepcje – instytucje – koszty*, Warszawa 2001, s. 81.

³⁰ C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Kraków 1998, s. 151-152.

todzie finansowania służby zdrowia opartego na ubezpieczeniach społecznych³¹. Najważniejsze wydaje się jednak to, że jednym ze skutków transformacji ustrojowej było przywrócenie polityce zdrowotnej należnego miejsca w polityce społecznej państwa.

Polityka zdrowotna ma na celu poprawę stanu zdrowia, zaspokajanie potrzeb zdrowotnych oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych. Przy jej realizacji należy przyjąć określoną strategię, służącą kontrolowaniu i wykorzystywaniu wiedzy medycznej i dostępnych zasobów stosowanych do rozwiązania problemów zdrowotnych. Politykę zdrowotną można również sformułować jako dynamiczny proces polegający na projektowaniu i wdrażaniu działań, które kształtują system opieki zdrowotnej³².

Efektywność jej funkcjonowania wyznaczają takie kryteria, jak: dostępność, kompleksowość, ciągłość, skuteczność i jakość, produktywność systemu, akceptacja i satysfakcja pacjenta i personelu medycznego, dynamika systemu i zdolność do jego akceptacji³³.

Po 16 latach procesu zmiany systemu służby zdrowia, wkomponowanej w kolejne reformy w latach 1989-2003, z przykrością należy stwierdzić, że założenia reformy zdrowia z 1989 r. dalekie są od spełnienia. Reformowanie opieki zdrowotnej, jak się okazało, należy do jednego z mniej owocnych działań kolejnych ekip rządzących w Polsce. Przez 16 lat nie udało się przeprowadzić reformy służby zdrowia, o której można powiedzieć, że przyniosła sukces. Powodów do reformowania przybywa. Stale rosną koszty usług medycznych, społeczeństwo się starzeje, jego edukacja w zakresie potrzeb medycznych jest coraz większa, wzrasta podaż nowych technologii oraz usług medycznych.

Pierwszym etapem reformowania służby zdrowia była jego komercjalizacja. Pierwsze zmiany zapoczątkowała masowa prywatyzacja aptek (1990), następnie opracowano nowe zasady płatności za leki (1991), wprowadzono opłaty za usługi medyczne (1994) i przeprowadzono komercjalizację placówek służby zdrowia (1995). Jak się w konsekwencji okazało, stało się to źródłem coraz większych kosztów ponoszonych przez pacjentów oraz ich frustracji. Tak oczekiwane zmiany okazały się rozbieżne z deklarowanymi.

Podstawy prawne dla reformy systemu ochrony zdrowia zostały określone w ustawie z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym³⁴, która weszła w życie ze znacznymi zmianami 1 stycznia 1999 r. Długo oczekiwana zmiana systemu finansowania opieki zdrowotnej z budżetowego na ubezpieczeniowy miała być panaceum na bolączki budowanego przez kilkadziesiąt lat modelu służby zdrowia i prowadzić do osiągnięcia standardów opieki. Mimo że reformą zajmowało się kilka kolejnych ekip rządzących, sposób jej wdrażania spowodował, że oczekiwania prze-

³¹ Należy dodać, że jak wykazuje praktyka, w latach 1989-1998 nie udało się w Polsce wdrożyć w życie ubezpieczeniowego systemu zdrowia [przyj. M.S.].

³² Zob. A. Frączkiewicz-Wronka, *Polityka ochrony zdrowia w gospodarce rynkowej*, [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Frączkiewicz-Wronka, Katowice 1998, s. 115-116; L. Waszkiewicz, *Polityka zdrowotna*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. T. Kulik, Lublin 2002, s. 178; W. C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996, s. 15.

³³ Zob. S. M. Shortell, A. D. Kałużny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Kraków 2001, s. 25-30.

³⁴ Dz.U. 1999, nr 28, poz 153 z późn. zm.

rosły rzeczywistość³⁵. Skutki stosowanej decentralizacji w postaci zróżnicowań działania między kasami wpływają na nierówne traktowanie pacjentów oraz trudności w często koniecznej współpracy między nimi. W dyskusjach na ten temat wskazywano, że każda kasa prowadzi odrębną politykę zdrowotną wobec swoich ubezpieczonych, podczas gdy polityka zdrowotna powinna być domeną jednolitego działania państwa. Stąd niekiedy wyraźnie wynika dążenie powrotu do systemu bardziej scentralizowanego. Zróżnicowanie postępowania kas chorych bierze się z braku regulacji, a instytucja, która wzięła na siebie zadanie ujednoczenia działania kas – Krajowy Związek Kas Chorych została zlikwidowana. Z dniem 1 kwietnia 2003 r. każdy ubezpieczony w kasie chorych z mocy prawa stał się ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia, a sposób opłacania składek nie uległ zmianie.

Od startu reformy służby zdrowia zaczęły obowiązywać reguły gospodarki rynkowej: popyt, podaż, ceny, kontrakty na usługi zdrowotne, negocjacje. Pacjenci natomiast nie mają wpływu na to, do czyich rąk trafiają ich pieniądze; często nawet nie są świadomi, że to ich fundusze – za świadczenie płaci Fundusz, czyli leczenie jest bezpłatne. Dlatego popyt na usługi medyczne staje się praktycznie nieograniczony i towarzyszy mu nadmierna i chaotyczna podaż. Potrzebna jest racjonalizacja kosztów, a to zapewnić może choćby nadanie szpitalom stopni referencyjnych, co zostało zapisane w strategii Narodowej Ochrony Zdrowia, ale nie jest realizowane. Kolejne pomysły: komercjalizacja placówek, umorzenie zadłużenia, obligacje, wprowadzenie symbolicznych opłat mają zasilić system dodatkowymi środkami pieniężnymi, czyli zapobiec ostatecznemu krachowi w służbie zdrowia. Nadal jednak brakuje odpowiedzi na zasadnicze pytania, które powinni postawić sobie rządzący: co publiczna służba zdrowia jest w stanie zaoferować ubezpieczonym w ramach opłacanej składki, jaki ma być docelowy kształt opieki zdrowotnej i czy jest w niej miejsce na prywatyzację i ubezpieczenia dodatkowe³⁶.

Reforma nie spełniła pokładanych w niej nadziei. Zastąpienie kas chorych Funduszem Zdrowia to za mało, żeby poprawić publiczne leczenie. System ubezpieczeniowy napotyka wiele trudności w pogodzeniu interesów różnych podmiotów. Inne są oczekiwania społeczeństwa, inne pracowników służby zdrowia, a jeszcze inne państwa. Świadczeniobiorcy liczą na wzrost jakości i dostępności usług medycznych przy minimalnych nakładach własnych, świadczeniodawcy na zysk, a państwo, znajdujące się w sytuacji niedoboru środków finansowych, zainteresowane jest zmniejszeniem wydatków³⁷.

³⁵ J. Stępień, *Popyt i podaż. Jak na nie wpływać?*, „Służba Zdrowia” 2000, nr 100-102, s. 15.

³⁶ Stan służby zdrowia jest zły. Od siedmiu lat płace lekarzy nie zależą od rządu, tylko od kondycji finansowej szpitali. Mimo że dług szpitali dzięki pożyczce restrukturyzacyjnej zmniejszył się o ponad 1 mld zł, nadal wynosi ponad 5 mld zł. Szpitale, które nie spełniają kryteriów sanitarnych, nie kontraktują z NFZ. Nacisk na rząd, by zwiększył stopniowo finansowanie placówek i by zagwarantował większe pieniądze na płace. Zob. E. Cichoćka, *Niech Religa zagwarantuje nam podwyżki*, „Gazeta Wyborcza”, 24.05.2006, s. 4.

³⁷ Świadczeniodawcy mają większą świadomość uwarunkowań ekonomicznych swojego funkcjonowania. Są świadomi zależności między kosztami świadczonych usług, liczbą leczonych a uzyskiwanym z tego tytułu przychodem i wysokością dochodów poszczególnych świadczeniodawców. Nie udało się uzyskać zakładanych wysokich podwyżek dla personelu medycznego zatrudnionego w służbie zdrowia, gdyż system finansowania nie oznacza automatycznego zwiększenia środków, a jedynie inną ich alokację. Stąd niezadowolenie i protesty pracowników. Zob. A. Frączkiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Katowice 2001, s. 205.

Reasumując, należy podkreślić, że wprowadzenie jakiegokolwiek zmiany – w tak trudnej sytuacji, w jakiej jest reforma systemu ochrony zdrowia – wymaga zarówno projektu logistycznego działań, jak i dużej grupy dobrze przygotowanych do dokonania zmiany liderów.

Na zakończenie rozważań dodajmy, że kolejne ekipy polityczne rządzące w Polsce po 1989 r. w swoich wyborczych programach proponowały nowe szczegółowe zasady polityki społecznej, którą realizowały po dojściu do władzy w różnym stopniu i z różnym rezultatem. Pomimo że sprecyzowanie obecnie w Polsce nowej funkcji państwa w sferze społecznej wymaga czasu, jest procesem kosztownym i przebiegającym w atmosferze konfliktów, polityka społeczna pozostaje tą dziedziną, którą politycy powszechnie wykorzystują w kampanii przedwyborczej i dzięki obietnicom zyskują popularność wśród wyborców.